

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales : suite et complément de tous les dictionnaires / par M.P. Garnier ; précédé d'une introduction par M. le docteur Amédée Latour.

Contributors

Garnier, P. 1819-1901.
Latour, A.

Publication/Creation

Paris : Germer Baillière, 1865-88.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/n56v3bhb>

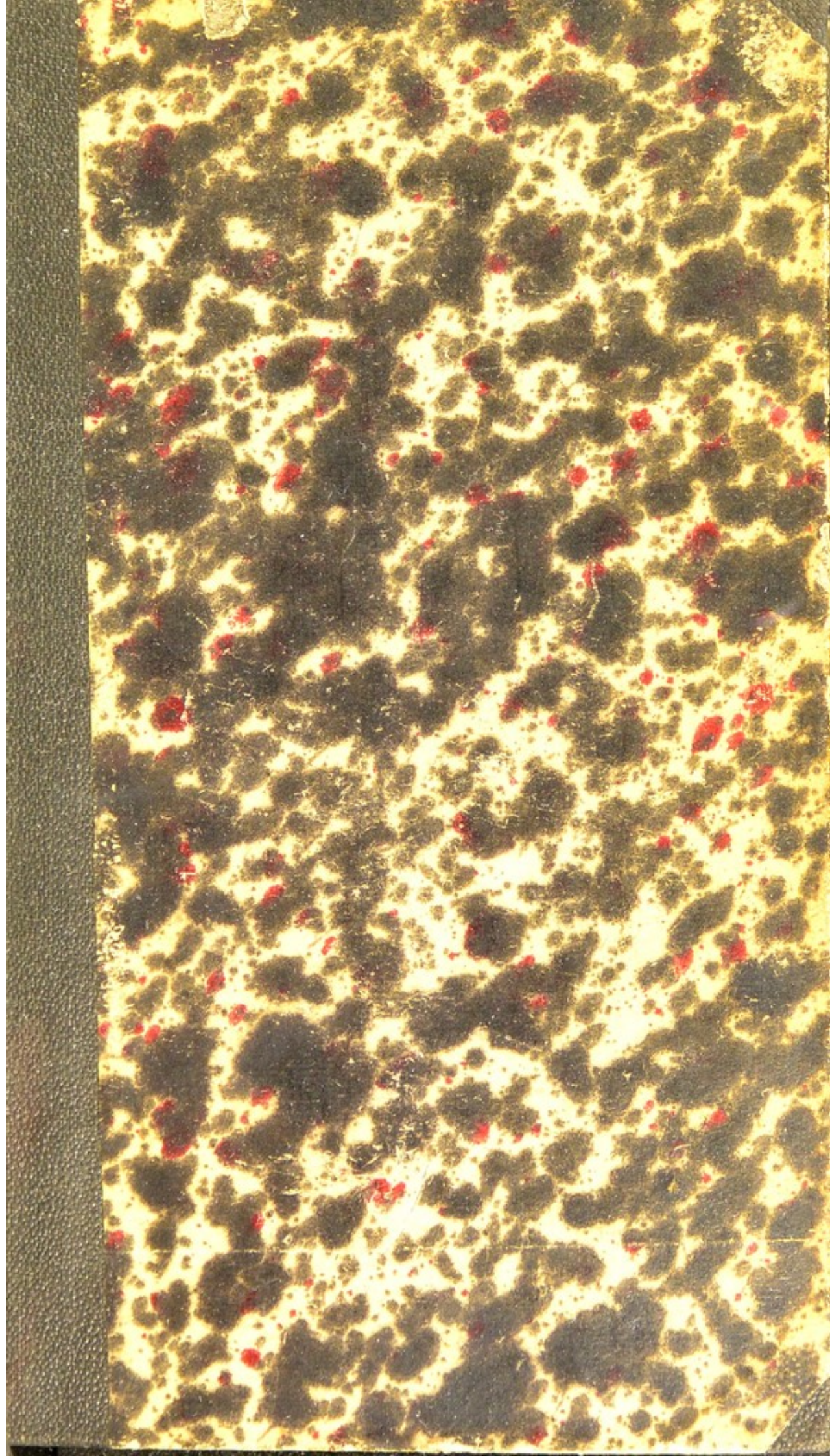
License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



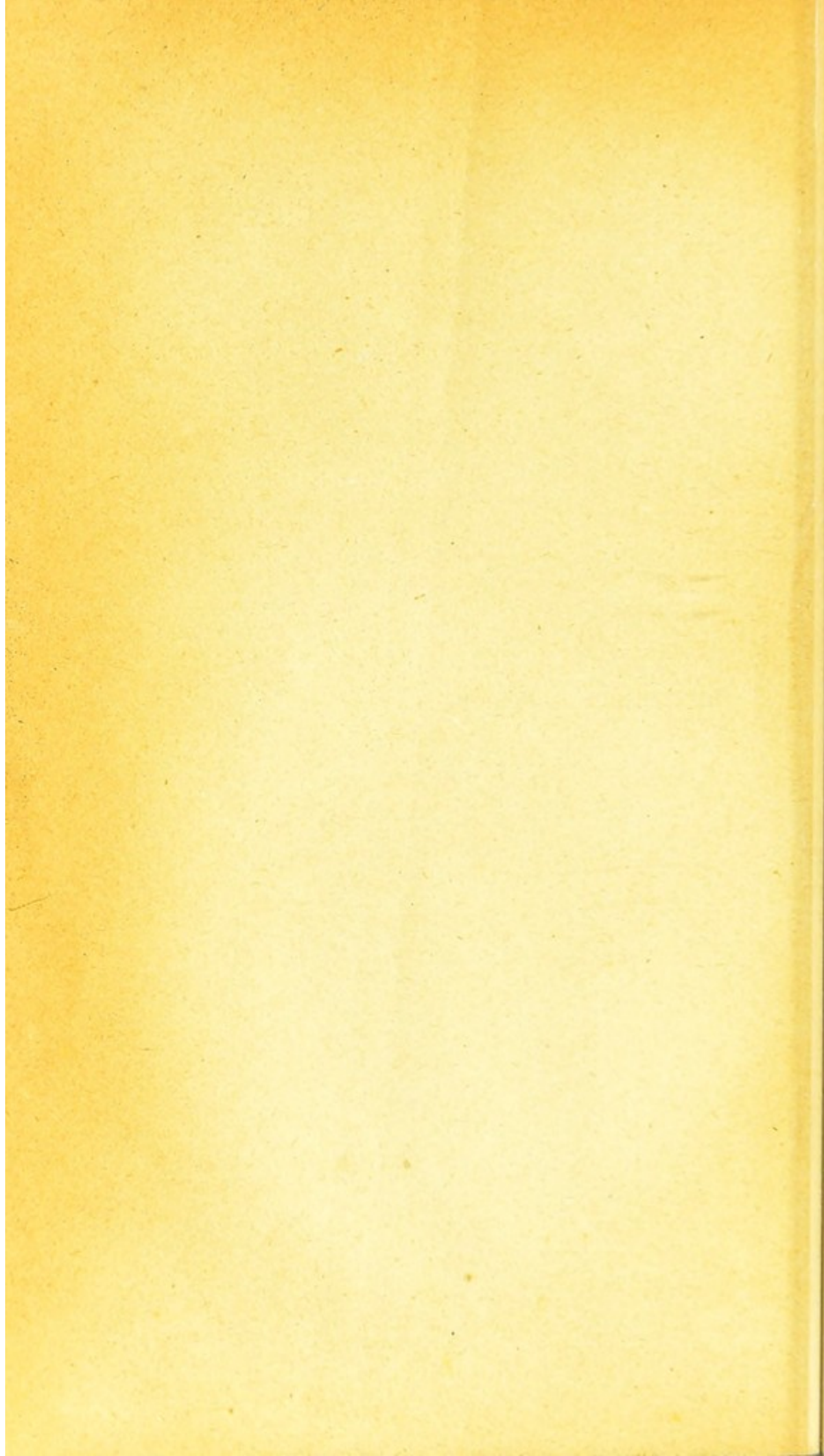
124401



22501473401



Digitized by the Internet Archive
in 2014



DICTIONNAIRE ANNUEL
DES PROGRÈS
DES SCIENCES ET INSTITUTIONS
MÉDICALES
DIX-SEPTIÈME ANNÉE

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour.

- 1 vol. in-18 de 500 pages. 1^{re} année, 1864. 5 fr.
— 2^e année, 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.
— 3^e année, 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.
— 4^e année, 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.
— 5^e année, 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.
— 6^e année, 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.
— 7^e année, 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.
— 8^e année, 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.
— 9^e année, 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.
— 10^e année, 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.
— 11^e année, 1 vol. de 588 pages, 1875. 8 fr.
— 12^e année, 1 vol. de 521 pages, 1876. 7 fr.
— 13^e année, 1 vol. de 585 pages, 1877. 7 fr.
— 14^e année, 1 vol. de 466 pages, 1878. 7 fr.
— 15^e année, 1 vol. de 576 pages, 1879. 7 fr.
— 16^e année, 1 vol. de 632 pages, 1880. 7 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 4 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F.-A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages; traduit du portugais. Paris, 1858. 4 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga, traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 3 fr.

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

42600

DICTIONNAIRE ANNUEL
DES PROGRÈS
DES SCIENCES ET INSTITUTIONS
MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.



Dix-septième année, 1881



PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

Au coin de la rue Hautefeuille.

—
1882

M16613

WELLCOME
LIBRARY
WB 100
1865-
G 23d

INTRODUCTION

Les années se suivent et ne se ressemblent pas, dit-on. C'est une erreur, au point de vue scientifique. Le courant des idées, des études, des théories, des doctrines, et surtout des expérimentations, qui déborde en ce moment, ne saurait changer subitement d'une année à l'autre. La politique peut bien avoir de ces revirements soudains, de ces révolutions qui changent la face d'un pays; jamais rien de semblable ne s'opère dans la science. Elle vit d'observations lentes, répétées, de méditations et d'expériences qui doivent toujours avoir la consécration du temps pour obtenir crédit et valeur. Tous ses progrès sont à cette condition, et ce n'est que dans les détails, bien infimes parfois en apparence, et même imperceptibles, que se manifeste sa marche en avant.

Le mouvement annoncé l'année dernière s'est ainsi continué et augmenté en 1884. La recherche des microbes, comme germes parasites des maladies, leur culture et leur inoculation aux animaux servant de preuves à l'appui, n'ont pas cessé d'être à l'ordre du jour dans les laboratoires, les Académies et les Sociétés savantes. Grâce à la présence et à l'activité de M. Pasteur pour entretenir le zèle et la foi de la panspermie, il n'est plus question partout que de nouvelles décou-

vertes à ce sujet. S'il fallait en croire les jeunes adeptes de cette doctrine, elle serait d'ores et déjà l'alpha et l'oméga de l'art de guérir. Aucun progrès solide ne serait réalisable sans elle, et des pathologistes éminents, des thérapeutes officiels s'y rallient même, quoiqu'en petit nombre, pour étayer de nouvelles interprétations sur l'infection et la contagion des maladies, leur nature et leur traitement.

Il n'y a donc rien à retrancher de ce que nous disions en 1880 de ce mouvement, sinon que, en s'affirmant et s'accentuant, il s'est justifié, légitimé depuis par un immense succès pratique : c'est l'inoculation de plusieurs milliers de moutons et de bœufs, de véritables troupeaux, pour les mettre à l'abri du charbon. Que cette préservation se réalise par une immunité absolue des animaux ainsi vaccinés en les plaçant au milieu d'épizooties charbonneuses ou de sang de rate, et la preuve sera faite alors — mais seulement alors — qu'ils sont aussi bien vaccinés que l'homme contre la variole. C'est à ce titre que la découverte sera complète et que M. Pasteur pourra être proclamé, comme Jenner, le bienfaiteur..... des bêtes.

On prétend en vain que l'épreuve est faite dès maintenant, parce que ces animaux vaccinés, ayant été inoculés de nouveau avec du virus charbonneux comparativement à d'autres qui ne l'étaient pas, ceux-ci en sont tous morts, tandis que les premiers n'ont rien éprouvé et sont restés indemnes. Tout cela, étant affaire d'expérimentation, n'est qu'un commencement de preuves, et ce n'est qu'en plaçant ces animaux vaccinés dans des écuries infectées ou dans un milieu épizootique, en les faisant pâturer sur des terrains suspects, que l'on pourra déclarer, s'ils résistent, la valeur absolue de l'inoculation préventive. Jenner n'a

proclamé sa découverte qu'après des années de pratique, et il a fallu presque un siècle d'observation sur l'homme pour être fixé sur les effets temporaires de la vaccine. Déclarer, *ipso facto*, la toute-puissance préventive de ces inoculations artificielles, c'est méconnaître les lois et les secrets impénétrables de la nature vivante, c'est agir en simple chimiste, en expérimentateur systématique plutôt qu'en observateur, en médecin scrupuleux.

Sans vouloir assimiler cette grande et belle expérience à l'inoculation des poules contre le choléra qui les décime, ni au traitement contre la flacherie des vers à soie, quoique ressortissant de la même doctrine, il n'en est pas moins vrai que c'est une expérience tout artificielle, dont M. Pasteur et ses collaborateurs ont le monopole et la dispensation, pour ne pas dire le secret. Il y a loin de là aux résultats variables, confus et indécis, obtenus par M. Toussaint sur le même sujet ; mais il est aussi évident que les injections faites par les vétérinaires de Lyon contre le charbon symptomatique en diffèrent. C'est là du moins une application ressortissant directement à la médecine vétérinaire et dont les effets bien plus concluants et pratiques sont à la portée de tous les vétérinaires. Ces résultats pourront être vérifiés, contrôlés rapidement, sans s'inquiéter de la petite bête ou bactériodie charbonneuse qui se trouve au fond de tout cela, suivant la doctrine panspermiste. On peut donc espérer avec confiance savoir à quoi s'en tenir sur cette vaccination des bêtes contre la maladie de Chabert qui les fait aussi bien mourir que le charbon essentiel.

Ces deux principales découvertes de l'année, quoique spéciales aux animaux, ont d'autant plus d'importance qu'elles peuvent s'appliquer également à la pathologie

humaine. Elles s'y rattachent d'abord en affirmant la nature parasitaire des maladies et en éclairant les causes d'infection et de contagion : deux points les plus obscurs de la médecine et d'où jaillirait une prophylaxie des plus faciles s'il suffisait, pour s'en préserver, de se faire vacciner, comme pour la variole, ou bien d'éviter le simple contact, comme pour la gale, la syphilis et tant d'autres maladies contagieuses. C'est l'idéal du but poursuivi par les panspermistes, et c'est pourquoi nous estimons les dernières expériences plus capables de nous en rapprocher que les premières, en étant à la portée de tous les médecins.

Elles ont surtout un intérêt direct pour la prophylaxie et le traitement de la pustule maligne, assimilée au charbon des animaux, ainsi que l'œdème malin et certaines formes d'anthrax. Il y aurait même un charbon interne de l'homme, d'après les Allemands, comme on peut le voir à ce mot. Une attention toute spéciale s'est ainsi portée sur ce sujet ; des observations et des discussions en sont résultées, et des recherches, des expériences adéquates aux précédentes ont montré le même microbe dans le liquide des pustules et le sang des malades. Entretenu par des cultures successives, il a même été inoculé avec succès à de petits animaux en reproduisant les symptômes du charbon.

Ainsi se justifient les développements consacrés à ces questions connexes. Toute la jeune Ecole est maintenant occupée à chercher ces microbes. Elle crée, invente de nouveaux procédés pour les trouver plus sûrement et en découvre partout. L'un de ses coryphées, M. Toussaint, en créant un nouveau vaccin du choléra des poules chez le lapin, a même produit à la fois ce choléra et la septicémie, avec un microbe identique ; ce qui n'a rien de nouveau, puisque la bactériodie

charbonneuse est la même que celle de la septicémie, moins leur différence de vivre avec ou sans air. Aussi de nombreuses découvertes analogues seraient à énumérer ici. On croit tenir notamment le microbe de la diphthérie et du croup, ce qui est contredit cliniquement par l'innocuité observée de la diphthérie pharyngienne chez l'adulte. On a trouvé aussi ceux de la fièvre typhoïde, de la lèpre, de la tuberculose et tant d'autres. M. Pasteur crut même un moment, ô triomphe ! avoir découvert le microbe de la rage. Mais l'éclatant échec qu'il a subi à cet égard commande précisément plus de réserve pour assurer que l'on tient bien les autres, afin de ne pas éprouver le même sort. Des découvertes si microscopiques doivent être rendues évidentes par leurs résultats avant d'être promulguées. Nous les avons simplement enregistrées pour mémoire à leurs mots respectifs avec les objections à l'appui.

Moins difficiles ou plus perspicaces, des théoriciens de l'Ecole se sont empressés d'accepter à la lettre toutes ces prétendues découvertes microscopiques, sinon imaginaires, pour des réalités tangibles, pondérables, évidentes, ainsi que leur interprétation étiologique. Et aussitôt ils ont établi sur ces données incertaines tout un cadre nouveau de maladies infectieuses et contagieuses, en vertu du microbe qui est censé les produire. Outre la diphthérie et la fièvre typhoïde, considérées comme telles d'après la clinique, M. le professeur Bouchard a décrété *ex cathedra* des néphrites et des phthisies infectieuses, on verra sur quelles bases. La tuberculose est déclarée infectieuse et parasitique par les cultures des microbes et leurs inoculations aux petits animaux, lapins ou cobayes, sans tenir compte que le cancer, des corps étrangers, des matières pulvérulentes ont produit des lésions iden-

tiques. L'assurance, l'entrain, la fougue qui président à ces expériences empêche d'en faire la contre-épreuve, et c'est plaisir à voir surtout M. Toussaint s'y livrer à tort et à travers. C'est la *furia francese* en fait d'inoculations.

Parasitisme et infection sont devenus synonymes, d'après l'interprétation du maître. Dans sa communication à l'Académie des sciences, M. Pasteur dit, en effet, que l'extinction des épidémies serait subordonnée à l'atténuation du virus, c'est-à-dire des microbes qui le constituent par l'influence de l'air. Ils constitueraient même les crises des anciens sous la forme d'une éruption de miliaire bactériidienne observée dans la fièvre typhoïde. De là la nécessité d'introduire ici de nouveaux titres généraux : *infection, inoculations, maladies infectieuses, néphrites infectieuses* et autres, pour répondre à ces innovations.

Avec la facilité de tout expliquer par ces microbes ou ces microzymas imperceptibles et qui ne se voient que par une double vue et les yeux de la foi, on revient insensiblement à admettre toutes les ontologies des anciens, rejetées il y a un demi-siècle par la doctrine de l'inflammation. Les données aussi subtiles de l'histologie qui ont fait admettre cette année une *endarterite oblitérante* par opposition à la *myocardite scléreuse* ont eu ainsi pour conséquence de constituer la *diathèse scléreuse*. Toutes ces nouvelles entités expriment bien les tendances des jeunes pathologistes. Après avoir localisé et spécialisé à l'excès, on généralise maintenant à l'infini, suivant les systèmes régnants. La récente tentative d'assimilation de la scrofule et la tuberculose en est un exemple frappant. Tout est dans tout avec l'analyse minuscule apportée en toute chose. Les éléments sur lesquels on s'appuie et l'on discute sont si ténus et déliés qu'à défaut de

les apercevoir, on en suppose l'existence par les effets qu'on leur attribue. Telles sont les données actuelles de la pathologie générale.

Entre ces microbes ferments, producteurs ou résultats des maladies septiques, et les alcaloïdes animaux récemment découverts, une confusion pourrait bien naître, suggère aussitôt M. Colin. D'autant plus que M. A. Gautier assimile la vie des tissus animaux supérieurs au mode anaérobie de certains microbes. D'après ses calculs, en effet, un chien, absorbant par la respiration et ses aliments 1566 grammes d'oxygène par jour, en excrète 1599. Or, en déduisant de ce nombre 1012 grammes reçus par l'animal à l'état d'eau et qui sont entrés et sortis dans le même état sans provoquer de combustion, il reste 587 grammes d'oxygène dans les excrétions des vingt-quatre heures. Or, le chien n'en recevant que 477 grammes par l'air, il en emprunte donc 110 grammes à la combustion autonome des aliments et des tissus, passant à l'état d'acide carbonique, d'eau, d'urée, etc., sans nul apport d'oxygène étranger. Ce qui veut dire que les quatre cinquièmes environ de nos combustions internes sont de véritables fermentations aérobies, comparables à l'oxydation de l'alcool sous l'influence du *mycoderma vini* ou *aceti*, et que l'autre cinquième de ces combustions désassimilatrices se produit aux dépens des tissus eux-mêmes, sans nul recours à l'oxygène étranger, c'est-à-dire que cette partie des tissus vit à la façon des ferments *anaérobies*. (*Journ. de l'anatomie et de la physiol.*, septembre.)

Ce spécimen de l'analyse de la vie dans ses plus intimes et profondes opérations organiques offre exactement la manière dont on la considère aujourd'hui. L'exemple de ce qui se passe dans un verre ou une cornue, et les calculs obtenus chez le chien font pré-

juger ce qui se passe chez l'homme. L'auteur conclut ainsi : « L'acide carbonique expiré *paraît* correspondre en grande partie à la vie anaérobie des tissus, la plupart des autres produits d'excrétion étant réservés à la vie aaérobie. L'animal est particulièrement anaérobie après le sommeil ou un repas complet, car il consomme alors plus d'oxygène qu'il n'en reçoit. »

Sur toutes ces interprétations de contagiosité, d'infection, de fermentation putride par les microbes et de vaccination pour s'en prémunir, une voix autorisée et retentissante a protesté énergiquement, en pleine Académie, avant de s'éteindre. Distinguant la septicité dont le foyer se forme dans l'organisme et celle qui vient du dehors, M. Bouillaud a admis plus souvent la première que la seconde. Il met en doute la contagiosité de la fièvre typhoïde d'un individu malade à un individu sain et refuse de croire à la vaccination de maladies autres que la variole. La fermentation putride pendant la vie comme après la mort ne peut avoir lieu, d'après sa vieille expérience, que dans les parties préalablement frappées de gangrène ou de mortification. Tel fut le chant du cygne et le testament scientifique du grand clinicien que la France a perdu.

II

A cette observation patiente et attentive des malades sur leur lit de douleur, pratiquée dans tous les lieux, depuis l'antiquité, comme le moyen direct de reconnaître le siège et la nature de leurs souffrances, les cliniciens modernes tendent à substituer de plus en plus l'expérimentation sur les animaux en provoquant artificiellement sur eux les mêmes symptômes ob-

servés spontanément sur l'homme, afin de s'assurer et de juger *de visu* de la cause, de la nature et du siège précis de ses maladies. C'est le procédé habituel des biologistes, sans lequel, d'après eux, la clinique seule, isolée, ne peut rien fixer ni préciser. Duchenne (de Boulogne) n'était pourtant ni anatomo-pathologiste, ni micrographe, ni expérimentateur et encore moins biologiste, ce qui ne l'a pas empêché, comme simple clinicien amateur, de découvrir l'ataxie locomotrice, la paralysie pseudo-hypertrophique et de les distinguer des autres paralysies bien mieux que Olivier (d'Angers) son prédécesseur, et M. Brown-Sequard lui-même. C'est qu'il avait le coup d'œil et la sagacité des grands observateurs qui font les grands médecins.

Considéré comme indispensable aux progrès de la médecine moderne, ce droit d'expérimentation, contesté, attaqué et limité en Angleterre par une loi récente, a été pris habilement pour texte d'un long plaidoyer du professeur Virchow, au Congrès international de Londres, appuyé par l'*address* du docteur Foster à la section de physiologie. Entre plusieurs résultats de son emploi, deux réformes capitales dans la nosologie sont déduites cette année d'expériences exclusives sur les chiens. L'orchite ne serait plus qu'une *épididymite uréthrale*, et l'*urémie*, étant produite exclusivement par les sels de potasse de l'urine, serait une *potassiémie* ! Avec la facilité des histologistes à créer de nouvelles espèces morbides, comme la sclérose généralisée de tout le système artériel, jusque dans l'oreille, d'où l'*otite scléreuse*, ce Dictionnaire, qui enregistre alphabétiquement toutes ces nouvelles dénominations, va devenir indispensable pour les connaître, en montrant sur quels caractères les jeunes nosographes édifient leur classification. C'est un nouveau regain de succès.

Des caractères macroscopiques au contraire constituent définitivement le *myxœdème* par de nombreux cas observés en basse Bretagne. Son voisinage de la Grande en fait une maladie essentiellement endémique des climats humides et froids. L'*hémoglobinurie* s'est aussi affirmée par de nouveaux faits, ainsi que l'*anémie parasitaire*.

L'*aphasie transitoire* acquiert aussi de nouveaux droits à sa naturalisation à côté de celle de Broca, par quelques cas de guérison, sans préjudice des variétés que les Allemands prétendent distinguer sous le nom semi barbare de *Worttaubheit* ou surdité verbale.

C'est par la nature spéciale du liquide épanché qu'une *pleurésie graisseuse* a été introduite par M. Debove. Mais, en se rencontrant avec les mêmes caractères dans le péritoine et les articulations, cette sécrétion mérite simplement une place à part dans les épanchements, comme le *pus orangé*, dont plusieurs cas sont relatés, se distingue du pus ordinaire.

L'existence d'une *épilepsie gastrique* est aussi problématique, au contraire, que le *charbon interne de l'homme* et tant d'autres espèces nouvelles, admises hypothétiquement.

Une symptomatologie simplifiée, exacte et précise, est le trait distinctif de la clinique actuelle. La température, mesurée mathématiquement, en est ainsi le caractère essentiel, placé au-dessus de tous les autres signes. On y attache la plus grande importance par les modifications subites qu'on lui imprime à volonté, soit par la réfrigération topique, comme dans la miliaire épidémique, soit avec l'acide phénique à l'intérieur dans la fièvre typhoïde. Son action rapide, instantanée en est le meilleur critérium. De là l'importance attribuée à ce signe, dont on connaît encore imparfaitement les causes, d'après quelques exemples de *températures pa-*

radoxales observés à l'étranger. Son élévation, au début des convulsions, pourrait même indiquer le caractère et la gravité de celles-ci, suivant quelques pathologistes, en raison de sa source dans le système nerveux.

L'*albuminurie* s'observe si fréquemment comme symptôme et comme complication que la découverte de deux albumines en provenant peut jeter un jour nouveau sur ses manifestations pour le diagnostic et le pronostic des maladies. Ces caractères physiques permettraient notamment de distinguer les néphrites infectieuses de celles qui ne le sont pas.

Deux nouvelles observations ont confirmé la relation de l'atrophie musculaire progressive avec la *paralyse infantile*, qui en serait toujours l'antécédent et le signe avant-coureur. Ce serait donc à la prévenir par une hygiène appropriée chez les enfants qui présentent celle-ci.

Les *lésions osseuses* dans l'ataxie locomotrice se confirment aussi tandis que le réflexe rotulien est alternativement nié et affirmé systématiquement. Affaire d'origine.

Le *souffle céphalique*, oublié depuis longtemps, a été retrouvé dans l'anémie et décrit de manière à ne plus douter de sa réalité, mais sans que l'on en pénètre mieux le mécanisme à Lyon qu'à Boston.

C'est surtout dans les maladies fréquentes et protéiformes, comme l'hystérie, le rhumatisme, les étranglements herniaires, que les plus grands efforts sont tentés pour trouver des symptômes fixes et constants. Plusieurs signes nouveaux sont ainsi indiqués, mais ils sont évidemment plutôt l'exception que la règle. De rares et maigres glanes sont à trouver dans ce champ moissonné depuis si longtemps, et de nouvelles méthodes de recherches peuvent seules en donner de meilleurs résultats.

Un tableau synoptique des causes et des formes mul-

tiples de l'*insomnie* permettra d'y rencontrer tous les remèdes et les moyens de combattre efficacement ce fréquent accident dans ses différentes manifestations.

Dans la nécessité pour le positivisme moderne de trouver une cause tangible, à défaut de microbe, à toute maladie, on l'attribue de préférence à une affection virulente ou contagieuse, comme la syphilis. Les spécialistes la voient ainsi partout, et le professeur Parrot a proclamé solennellement, au Congrès international de Londres, que le rachitisme n'était qu'une manifestation syphilitique. C'était une grave accusation dans le pays du *morbus anglicus*. A défaut de preuves, un *tolle* général a accueilli cette nouvelle étiologie, malgré la preuve *à posteriori* de l'efficacité du traitement spécifique, et la motion a été repoussée à l'unanimité. C'est au contraire à l'exclusion de la scrofule et du rachitisme que M. Lannelongue fait intervenir la syphilis héréditaire dans les affections des os longs qui se développent dans l'enfance. Elle s'affirme aussi dans l'*ataxie locomotrice*.

III

Une thérapeutique de plus en plus simplifiée est la conséquence nécessaire, forcée de ces doctrines positivistes. La polypharmacie était le fait de l'empirisme. Une maladie bien déterminée dans sa nature, son siège et ses lésions, suivant le point de vue actuel, ne comporte que des médicaments simples dirigés contre un symptôme, un signe, un parasite ou une altération. Ils sont antagonistes ou spécifiques, comme le salicylate de soude contre le rhumatisme, par exemple, ou le sulfate de quinine contre l'intermittence, le froid contre l'hyperthermie et réciproquement. Il faut reconnaître

pourtant que la science actuelle fournit rarement de ces indications précises et rationnelles. Si le fer est utilement dirigé contre l'aglobulie, ce n'est ni l'hématologie moderne, ni la numération globulaire qui ont conduit à cette application thérapeutique, mais la clinique, l'observation montrant que cet agent, sous le vieux nom de *safran de Mars*, réussissait mieux que tout autre contre les pâles couleurs, ainsi que certaines eaux minérales *ocracées*. Et la science moderne n'a fait qu'éclairer ces données en les confirmant.

Il ne faut donc pas trop compter sur l'histologie ni l'expérimentation des animaux pour trouver des spécifiques à nos maux. *L'étirement des nerfs*, qui a fait merveille cette année contre l'ataxie, les névralgies, la sciatique surtout et tant d'autres affections nerveuses, même les paralysies, n'a pas été suggéré évidemment par les nombreux travaux histologico-physiologiques exécutés sur le système nerveux par les biologistes. Les fécondes recherches anatomo-pathologiques de M. Charcot n'y ont même contribué indirectement, qu'en fixant spécialement l'attention clinique sur la neurologie dont il est le grand maître aujourd'hui. Et cependant c'est là une méthode qui, par les brillants succès obtenus cette année, promet de surpasser en efficacité tous les sédatifs et les calmants connus contre les douleurs nerveuses localisées.

L'emploi de l'*arsenic* en injections et en pilules contre le lympho-sarcome et l'urticaire chronique n'a pas été inspiré davantage par la nature de ces affections. L'empirisme seul a présidé à son administration, comme à la plupart des autres remèdes nouveaux. Tandis que la *pilocarpine*, opposée si rationnellement au croup, à la diphthérie par son action élective sur les glandes salivaires et les sécrétions de la gorge, n'a

donné que des résultats douteux entre les mains des plus autorisés. Justification surabondante de toute la réserve à garder sur les belles promesses arrivant d'outre-Rhin, où il ne se trouve pas plus de spécifique contre ces fléaux de l'enfance qu'en France avec la papaine, et avec le tannin en Belgique. Il y a même lieu de craindre de ne jamais le rencontrer, à moins d'une inoculation préventive avec le microbe de M. Talamon, atténué selon la méthode pastorienne.

Les *injections de pilocarpine* ont mieux réussi dans le diabète contre la polyurie azoturique, et il est à prévoir qu'entre tous les essais faits avec ce puissant alcaloïde du jaborandi, même contre la rage, on en trouve d'autres applications utiles.

Les *injections d'éther* ont aussi pris une nouvelle extension comme stimulant efficace contre l'adynamie, le collapsus compliquant les maladies et les opérations. La pneumonie, la variole, le shock traumatique ou opératoire, les hémorrhagies même en ont reçu d'heureuses applications qui vont certainement se généraliser. Mais c'est encore la clinique qui revendique cette conquête.

La méthode des *inhalations térébenthinées et phéniquées*, dans les affections respiratoires, a reçu également des applications nouvelles et efficaces. La coqueluche et la phthisie en ont été influencées plus favorablement qu'avec les baumes d'autrefois et l'atmosphère des étables. On pourra ainsi remplacer ou continuer à domicile les inhalations des stations thermales, maritimes et des sapinières qui ne sont accessibles que dans l'été et aux malades riches.

Des applications analogues ont permis l'*alimentation artificielle* par la tolérance de l'œsophage aux corps étrangers. La petite découverte du tube mou de Fau-

cher pour le lavage de l'estomac peut ainsi servir utilement à le remplir chez ceux qui ne peuvent avaler. On ne mourra plus de faim, malgré les rétrécissements, les opérations ou les vomissements..., quand l'estomac n'est pas malade.

Sans compter l'introduction de plusieurs remèdes nouveaux, comme la résorcine, et les nouvelles applications faites des anciens, nous signalerons encore la prescription légale des ordonnances en toutes lettres, quand il s'agit de poisons vénéneux, pour montrer que l'année thérapeutique n'a pas été moins féconde que les précédentes.

IV

La chirurgie, employée thérapeutiquement pour remédier aux maux qu'elle constate, fait chaque jour des progrès bien plus remarquables. L'usage de la méthode antiseptique la rend de plus en plus entreprenante. Ni difficultés, ni obstacles ne l'arrêtent, et aucun organe, si profond et caché soit-il, n'est à l'abri de ses coups, grâce au nuage phéniqué. A l'aide de l'anesthésie et de l'hémostase perfectionnée, elle pénètre partout pour retrancher et enlever les néoplasmes les plus rudimentaires comme les plus volumineux en les morcelant au besoin. Le *morcellement* est ainsi érigé en procédé opératoire méthodique et régulier. Des productions morbides ou des excroissances pathologiques énormes, des organes entiers sont retranchés aussi facilement de l'intérieur de l'organisme qu'un membre, un œil, ou le bout de l'oreille de sa surface, sans un cri ni un mot, ni perte de sang notable. Elle fouille au sein même des organes pleins ou creux et jusque dans les conduits, les canaux les plus si-

nueux pour en extirper le germe morbide ou les parties malades. Aucun ne peut se soustraire aujourd'hui à ces explorations et à ces résections totales ou partielles quand il en est besoin.

Tous les organes internes de l'abdomen sont spécialement soumis à ces mutilations, depuis l'estomac et ses dépendances jusqu'au rectum, ainsi que le foie, la rate, les reins, la vessie, l'utérus et ses annexes. Elles constituent la chirurgie nouvelle dont on s'occupe à peu près spécialement sous les noms de chirurgie *abdominale*, *péritonéale*, *gynécologique*. On néglige les autres opérations usuelles : luxations, fractures, amputations, malgré l'intérêt pratique de certains perfectionnements et simplifications dont on trouvera quelques exemples. L'attention est ailleurs, sur ces ablations ou résections d'organes, de productions morbides monstrueuses qui, sous le nom de tumeurs, s'y développent en particulier. De là la néphrectomie, l'hépatotomie, l'entérectomie, l'hystérectomie, l'ovariectomie et l'oophorectomie, etc.

La laparotomie ou l'ouverture du ventre est pratiquée si couramment pour ces diverses opérations qu'elle est appliquée maintenant aux étranglements de l'intestin, aux ruptures de la matrice comme à celles de la vessie, afin de prévenir l'infection urinaire, et à toutes les blessures de cet organe. Un chirurgien hongrois est allé jusqu'à en proposer récemment l'excision totale ou partielle dans une foule de cas, comme aussi facile à exécuter qu'elle a été imaginée. L'*excision du scrotum* a bien été pratiquée pour la guérison *radicale* du varicocèle ! Après l'exemple de Billroth, on en arrivera certainement à proposer la même résection de l'estomac, surtout contre la dilatation chronique de cet organe dont la fréquence est invoquée, sinon son exci-

sion totale comme celle du pylore. On a bien retranché deux mètres d'intestin avec succès! Il en est des nouvelles opérations comme des nouveaux médicaments; dès qu'elles ont réussi, elles deviennent à la mode, et l'on en généralise l'emploi à outrance. Les esprits enthousiastes se donnent libre carrière et y trouvent de nouvelles indications. L'ancienne méthode du *massage* tend ainsi à se généraliser, en se régularisant, et celle de la réparation par les *greffes* s'étend maintenant aux os et aux muscles.

La *taille sus-pubienne* reprend aussi son ancien crédit, d'après des témoignages nombreux; et avec la *lithotritie américaine* en une seule séance, dont les chirurgiens français commencent à s'occuper, la vessie sera facilement exonérée de toute cause de souffrance, surtout avec la *cystotomie* contre la cystite.

L'habitude de l'expérimentation sur les animaux vivants chez la jeune génération n'est certainement pas étrangère à ces audaces et ces excentricités chirurgicales. La preuve en est dans ce fait que les dernières sur la vessie n'ont d'autre base que les expériences sur les chiens. En guérissant ces animaux des affreuses blessures et des tortures qui leur sont faites gratuitement par le pansement de la vessie à nu, est-ce une preuve suffisante qu'il en sera de même des blessures accidentelles chez l'homme? On peut acquérir ainsi le sang-froid et la sûreté de main nécessaires à l'opération; mais c'est tout ce qu'il en ressort.

Quoi qu'il en soit, les chirurgiens réclament avec plus d'insistance que jamais leurs droits exclusifs sur le cancer, l'*épithélioma de la langue* en particulier, qu'ils ont revendiqué à la Société de chirurgie comme leur domaine spécial, sans exhiber leurs droits de propriété par des succès décisifs. Une simplification opératoire

d'un chirurgien anglais est pourtant à signaler. L'*excision du cancer du rectum* est toujours en question, pour savoir si la côlotomie lombaire n'en suspend pas plus efficacement les progrès. La *trachéotomie* s'est montrée également fatale contre un *cancer de la trachée*, tandis qu'elle eût infailliblement empêché la mort si elle eût été pratiquée dans un cas d'œdème phlegmoeux de la glotte.

Saisir les indications et les contre-indications opératoires est, en effet, l'art souverain du chirurgien, qui doit être médecin à la fois pour résoudre ce difficile problème. Deux cas de *phthisie* ont été ainsi manifestement améliorés, suspendus par un grand traumatisme, quoique son action sur les diathèses reste toujours à l'étude par des résultats contradictoires.

En dehors des succès de la *thyroïdectomie*, même dans le goître exophtalmique, et celui de la *néphrectomie* obtenu en France, ce qui semble mettre ces excisions en vogue, il n'y a à signaler que la guérison des *hernies ombilicales*, compliquant même l'ovariotomie, et celle des *kystes* sous le nuage phéniqué. L'application de la *sonde à demeure* dans l'œsophage, celle de la *compression élastique* aux anévrismes et l'*élongation des nerfs* sont les principales innovations opératoires de l'année. Des études intéressantes ont aussi été faites sur les résultats des *ligatures au catgut* et l'emploi comparatif de divers désinfectants. L'usage de la méthode antiseptique s'étend jusqu'aux *abcès*, aux *adénites suppurées*. Elle est appliquée à la chirurgie oculaire et aux accouchements avec tant de succès en Allemagne que l'*ophthalmie purulente des nouveau-nés* en serait prévenue.

Les revendications allemandes en faveur de l'*opération césarienne* modifiée contre l'*hystérectomie* nous ont

fait insister sur les avantages de celle-ci dans le cas de cancer lors de l'*accouchement*. A un article spécial de *gynécologie* se rapportent plusieurs observations d'atrophie des *tumeurs utérines* par la castration, du drainage dans les ruptures de l'utérus, d'*amputation du col* en deux temps, de *trachélorraphie* et d'*oophorectomie*, etc., etc., toutes ces innovations venant principalement d'Amérique.

V

Les différentes spécialités n'ont pas été plus négligées en ce qu'elles ont offert de remarquable, la syphiligraphie surtout, par l'extension croissante donnée à son étiologie. Toutes les maladies d'origine inconnue y sont ainsi rapportées hypothétiquement, comme un jalon posé en tout cas par les prétendus positivistes. Ses manifestations chroniques, son influence sur les diathèses et ses modifications thérapeutiques sont indiquées à ce mot.

L'ophtalmologie et l'otologie ont aussi leur contingent. Mais c'est à la *Médecine légale* que revient la plus grande part cette année par des faits nouveaux d'empoisonnements, notamment par le *plomb* contenu dans les aliments et la présence des *alcaloïdes animaux* résultant de la putréfaction. Une expérience curieuse sur le résidu de la salive humaine semblerait même les assimiler aux *venins*. L'exemple de *somnambulisme spontané*, en montrant la réalité morbide par ses effets délictueux, rend évidente la nécessité pour le médecin et le magistrat d'en tenir compte dans certains cas.

Tous les documents professionnels nouveaux ou intéressants sont réunis aux mots afférents : *Enseignement*, *Exercice*, *Hôpitaux*, *Jurisprudence*, *Nécrologie*,

Prix, Secret. Les *Congrès* ont tenu une trop grande place dans l'enseignement public cette année pour ne pas former aussi un article séparé pour en montrer les différences et les résultats principaux. Ils ne sont pas le champ clos où s'annoncent, se révèlent les découvertes récentes ; ce rôle revient spécialement aux Académies et aux Sociétés savantes. Ils sont surtout consacrés à la promulgation officielle, scientifique des découvertes acquises et sanctionnées par l'observation générale, l'acquiescement universel. Le Congrès international de Londres avait ainsi placé à l'ordre du jour de ses sections les principales questions qui fixent l'attention du monde médical savant. Le succès obtenu fait espérer que le prochain Congrès, ayant lieu à Copenhague en 1883, n'en sera que plus éclatant.

Tous les événements médicaux, petits et grands, ayant un enseignement utile et pratique, sont ainsi mentionnés, condensés dans ce Dictionnaire annuel. La laïcisation dans les hôpitaux s'y trouve même appréciée, et, si l'épouvante de la trichinose est omise, c'est parce qu'elle est restée frustrée, sans suites. Aussi terminerons-nous, pour être complet, en annonçant que les poursuites dirigées contre le professeur Ferrier par la police de Londres, à propos de ses vivisections, n'ont pu être suspendues ni arrêtées par les protestations du Congrès ni les adresses des Sociétés savantes. Quand on célèbre si pompeusement en Allemagne l'anniversaire d'*argent* du professorat de Virchow, qui a été l'initiateur de ces expérimentations à la mode, il est étrange et triste de voir l'Angleterre poursuivre celui qui a le plus attiré de renommée sur son nom par les vivisections. Telle est la fin de notre chronique annuelle.

P. GARNIER.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

A

ABCÈS. Quels que soient leur siège et leur nature, inflammatoire ou diathésique, chauds ou froids, les abcès sont justiciables de la méthode antiseptique pour leur ouverture, selon le professeur Trélat. Leur cicatrisation est ainsi plus rapide, plus sûre et à l'abri de récurrence. Il en cite comme exemples à l'appui le cas d'un jeune homme atteint d'un gros abcès à la partie postérieure du cou, dont la peau était extrêmement amincie. Néanmoins, les deux parois furent recollées à plat après l'évacuation, et il resta simplement à ce niveau une petite surface bourgeonnante qui se cicatrisa quelques jours après. Un abcès froid de la cuisse, traité de la même manière, a guéri par première intention, avec persistance d'un petit trajet fistuleux causé par la lésion primitive.

La réunion s'obtient même dans des cas encore plus réfractaires, sous le pansement phéniqué. Chez un malade atteint d'un petit abcès ganglionnaire sous-maxillaire, il fut nécessaire, après avoir ouvert la poche, d'en gratter la surface interne avec une curette tranchante, jusqu'en un point très profondément situé, car cet abcès s'étendait jusque sous le sterno-mastoïdien. Cette opération laborieuse ne donna cependant lieu à aucune réaction, et elle fut suivie de

la guérison aussi rapidement que les précédentes. Or ce résultat paraît d'autant plus favorable que les abcès scrofuleux du cou, comme l'était celui-là, nécessitent ordinairement un traitement particulièrement long et difficile.

Au point de vue du traitement des abcès, l'avantage présenté par cette méthode est d'autant plus grand qu'elle permet d'obtenir des cicatrices linéaires, à peine visibles, et c'est là un point bien important à considérer, surtout dans certaines régions. Ce résultat fut obtenu par M. Trélat chez une jeune fille bien portante, mais atteinte de la gale, chez laquelle était survenu un énorme abcès sous-mammaire consécutif à une ulcération du mamelon. Quatre points de suture placés convenablement permirent d'obtenir une cicatrice presque invisible.

Des panaris, des plaies contuses, traités d'après la même méthode, ont été singulièrement abrégés dans leur durée. Ces faits sont loin d'être isolés; le nombre de ceux observés est déjà grand, et l'on peut par exemple en trouver un bon nombre d'analogues dans le livre de M. Lucas-Championnière. Néanmoins, ils ne sont peut-être pas assez connus et sont d'ailleurs difficilement acceptés par un certain nombre de chirurgiens, parce qu'ils sont contraires aux idées généralement admises sur la marche des plaies. La méthode de Lister en effet n'emprunte rien aux émollients et aux antiphlogistiques, qui paraissaient jusqu'ici si nécessaires au traitement de toutes les plaies; elle guérit beaucoup plus rapidement que tous les autres moyens thérapeutiques, et néanmoins il semble difficile qu'on arrive à remplacer d'une manière générale, d'ici assez longtemps encore, les cataplasmes et tous les topiques du même genre par des procédés qui ont pourtant sur eux tant d'avantages. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, janvier.)

Contribution à l'étude des abcès, par A. Ogston, d'Aberdeen. Après une série d'expériences sur les animaux, quant à la production des inflammations suppuratives, l'auteur conclut que les micrococci semblent la cause la plus fréquente de la formation des abcès chauds. Le pus et les parois sont ainsi remplis de ces organismes.

On n'en trouve pas au contraire dans les abcès froids, et l'injection du pus privé de ces protozoaires dans le tissu

cellulaire n'est suivie d'aucune réaction inflammatoire, tandis qu'il donne lieu à la formation d'un abcès chaud lorsqu'il en contient. (*Archiv für klin. chirurg.* 1880).

Abcès froids. Transformation kystique. Par leur consistance primitivement solide et ordinairement tuberculeuse, les tumeurs appelées abcès froids, qu'elles proviennent des os ou des parties molles, dit M. Trélat, sont sujettes à des évolutions diverses. Limitées par une membrane fibreuse plus ou moins résistante, les produits qu'elles contiennent, toujours à un état de régression plus ou moins avancé, peuvent revêtir différents aspects. Elles se terminent parfois par la guérison, sous l'influence d'un traitement général, à l'état solide ou de gommes tuberculeuses; ramollies, elles peuvent encore guérir complètement et spontanément, comme David de Rouen et Bouvier l'ont signalé, en se transformant en kystes contenant soit des hématies en voie de régression, soit des granulations petites et nombreuses ou des cristaux de cholestérine. Mais l'origine tuberculeuse lui semble constante, malgré la diversité des faits suivants :

I. A l'autopsie d'un malade auquel il avait ouvert plusieurs abcès froids, M. Le Dentu a trouvé l'un d'eux qui, ponctionné pendant la vie, avait fourni un liquide séreux, citrin, et très fortement albumineux, transformé en un kyste à contenu transparent. Son siège correspondait à la partie postérieure de la troisième côte, avec de profondes adhérences et l'épaississement du périoste de la côte avoisinante. C'était donc manifestement un abcès symptomatique d'une ostéo-périostite, transformé en kyste séreux.

II. Un jeune homme portait à la partie supérieure de l'épaule une tumeur mollassse, avec fluctuation profonde, qui donna à la ponction par M. Nicaise un liquide séreux, visqueux, citrin et transparent. La reproduction du liquide ayant nécessité l'opération, on trouva une tumeur lipomateuse recouvrant une poche fibreuse, lisse au dehors, tomenteuse en dedans et intimement adhérente aux côtes saines. Elle était remplie du même liquide de la ponction avec des grumeaux fibrineux, débris d'un pus pauvre en leucocytes.

III. Deux poches voisines ont été observées par M. Lannelongue sur le même malade, dont l'une contenait du pus, l'autre du sérum. Le vrai pus ne se trouve jamais dans l'ab-

cès froid; c'est un produit caséeux, qui se liquéfie, et de nature ordinairement tuberculeuse.

IV. Six mois après une chute sur le moignon de l'épaule, un homme de quarante ans offrit à M. Terrillon une tumeur indolente, grosse comme le poing, fluctuante, située dans la fosse sous-épineuse et faisant corps avec l'omoplate. Une ponction donna un liquide jaune filant, grumeleux. Ouverte aussitôt avec le thermo-cautère, elle se composait d'une poche anfractueuse, très épaisse et superficielle, légèrement crétacée, revêtue d'une couche caséeuse, séparée de l'os par le périoste très hypertrophié, sans autre lésion. Le malade est guéri sans fistule.

M. Verneuil a cru voir là une gomme de l'omoplate, dont il a rencontré trois exemples récemment et qui ont guéri par le traitement spécifique. D'autre part, en poursuivant la résolution d'abcès froids et même de chancres suppurés avec la teinture d'iode, on provoque avec le temps cette transformation kystique, d'après M. Le Fort. Mais il y a loin de là à la transformation spontanée et d'emblée d'un abcès froid, purulent, en liquide séreux et visqueux, soutenue par M. Le Dentu. Les abcès vertébraux ou par congestion, après avoir fourni du pus, donnent un liquide séreux, comme les observations de Broca le démontrent et comme il n'est pas rare d'en rencontrer dans la pratique. Cette transformation peut résulter d'un processus spécial encore inconnu, mais qui semble n'avoir rien de tuberculeux. Chez un enfant de treize ans portant une tumeur sous-cutanée, dure, ronde et légèrement conique, développée récemment au-dessus du trapèze, M. Le Dentu, en voyant un phlegmon chronique circonscrit, c'est-à-dire un abcès froid en voie de formation, le ponctionna et n'obtint qu'un liquide visqueux, qui serait devenu du pus en le laissant à demeure. Sous l'influence de la ponction et de badigeonnages iodés, il se résorba au contraire entièrement. (*Soc. de chirurgie*, juillet.)

Abcès froids et tuberculose osseuse, par le docteur Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau. Un vol. in-8, avec fig. et 12 pl. en chromolithogr. Paris.

Trois variétés en sont distinguées. Les abcès froids des parties molles, qui se développent spécialement dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous le nom de *gommescrofuleuses*,

forment la première. La deuxième comprend les abcès développés au voisinage d'un os malade, sans rapport anatomique avec lui : ce sont les anciens abcès *circonvoisins* de Gerdy, au pourtour des articulations atteintes de tumeur blanche, et appelés simplement *concomitants* par l'auteur. Les abcès liés étroitement à la tuberculose osseuse par une communication directe entre la caverne de l'os et la collection purulente forment la troisième : ce sont les *abcès des os*, décrits par Nélaton.

La différence essentielle, fondamentale, de ces abcès froids avec les abcès chauds, est dans leur mode de développement. Au lieu d'être produits par inflammation, ils résultent du dépôt d'un néoplasme tuberculeux dans les tissus, qui se développe, se ramollit et se liquéfie plus ou moins lentement, en développant une membrane périphérique renfermant le pus et formée, comme la tumeur, de follicules tuberculeux.

Les éléments constitutifs de ces follicules tuberculeux, origine et cause des abcès froids, sont ici, comme partout, du centre à la périphérie, une cellule géante, une masse caséeuse, une zone de cellules épithélioïdes et une autre d'éléments embryonnaires. Leur réunion forme la granulation, qui, en s'accumulant et se condensant peu à peu, constitue le nodule tuberculeux ou tumeur primitive, visible à l'œil nu, qui forme l'abcès. De là quatre périodes distinctes, d'induration ou de crudité, de ramollissement, d'ulcération et de cicatrisation.

Cette nouvelle conception de l'abcès froid est édictée sur des constatations histologico-microscopiques, analogues à celles faites dans ces dernières années sur l'unité du tubercule. De là le nouveau traitement qui doit lui être appliqué pour que la guérison soit rapide et complète. L'évacuation de la collection purulente ne suffit pas ici, comme dans l'abcès chaud ; il faut extirper la membrane enveloppante et toutes ses traînées adjacentes pour en tarir sûrement la source. Une bande d'Esmarch, appliquée autour de l'abcès, permet ainsi d'en faire une large ouverture sans effusion notable de sang et d'en détruire la paroi avec une spatule ou un grattoir.

Telle est la substance de ce livre, dont nous avons déjà donné les prémisses l'année dernière.

Abcès du foie. Il y aurait un rapport obscur entre leur formation avec l'hypocondrie et d'autres affections mentales, suivant le professeur Hammond. L'hépatite aiguë, dit-il, peut donner lieu à des collections purulentes ne se traduisant par aucun des symptômes classiques. Au contraire, ces abcès sont accompagnés assez souvent de manifestations éloignées, surtout du côté du cerveau, ce qu'on peut expliquer par la continuation directe des vaso-moteurs du foie, à travers les ganglions sympathiques abdominaux, avec ceux des artères vertébrales.

D'où l'indication d'examiner toujours le foie dans les cas d'hypocondrie et de mélancolie. Si l'on trouve de la fluctuation, une aspiration serait pratiquée aussitôt et sans attendre la formation d'adhésions entre le foie et les parois abdominales. Dans tous les cas, même quand il n'y a pas de fluctuation, on devrait faire une ponction exploratrice à travers l'un des espaces intercostaux. Cette opération est en elle-même absolument inoffensive, et, si elle amène la découverte d'un abcès, l'aspiration guérira en même temps l'affection mentale et la maladie hépatique.

Sur 43 applications de ce traitement, M. Hammond a rencontré 15 fois du pus, 1 fois un kyste hydatique, et 27 fois il ne découvrit rien. Les suites de l'opération n'ont jamais été malheureuses.

Siège électif de la ponction. Après une série de recherches sur le cadavre, le professeur Gros, de l'Ecole de médecine d'Alger, a fixé ainsi l'endroit de la face convexe du foie où l'on peut atteindre le kyste avec le trocart explorateur, sans léser ni la plèvre ni le poumon. C'est l'espace triangulaire ayant pour base la dernière côte, pour sommet l'extrémité interne du sixième espace intercostal, et pour côté les lignes descendant de ce sommet aux deux extrémités de la douzième côte. (*Congrès d'Alger*).

Ouverture précoce. Un laboureur de quarante-quatre ans fut admis à l'infirmerie royale de Manchester, le 24 septembre 1880, pour un gonflement douloureux de la région hépatique remontant à cinq mois, contracté en Amérique sous l'influence du froid, de l'humidité et la diarrhée consécutive. Absence de dyssenterie et de syphilis. Anémie profonde.

Une tumeur fixe, résistante, quoique légèrement fluctuante, est distincte à l'épigastre, avec matité jusqu'au mamelon et le bord de la cinquième côte du côté droit et à deux pouces au-dessous du rebord costal.

Trois ponctions successives sont faites du 26 octobre au 7 novembre, avec issue de pus sanieux en plus ou moins grande quantité. Ce n'est que le 9 novembre que M. Heath est admis à pratiquer une large incision sous le nuage phéniqué. Huit onces de pus sanieux s'écoulèrent; un gros drain fut placé et donna lieu à un écoulement si abondant, que le pansement antiseptique dut être changé matin et soir pendant trois jours sous le nuage phéniqué. Le pansement fut fait ensuite avec une gaze boratée enduite d'un mélange de vaseline et un huitième d'eucalytus. Le 24 décembre, la plaie était cicatrisée, et l'opéré quittait l'hôpital le 24, *Christmas day*. (*Lancet*, 5 mars.)

N'est-ce pas là un exemple de l'erreur qu'il y a à attendre si longtemps pour ouvrir ces abcès? La ponction n'est évidemment qu'une mesure palliative. La température persistait ainsi à 103° Fahr., tandis qu'elle s'abaissa à 99 aussitôt après l'incision. Le médecin ne fait-il pas courir de plus grands dangers par cette expectation prolongée que de recourir immédiatement au chirurgien? La réponse est faite par la pratique des chirurgiens anglais à Shang-Hai, signalée par M. Rochard au Congrès de Reims en 1880. Ils se préoccupent peu d'avoir des adhérences, grâce aux précautions antiseptiques de Lister; ils ouvrent impunément, d'emblée, ces grandes collections, comme il en a rapporté des exemples. M. Bertherand a vu au Mexique le professeur Ximenès ouvrir directement et largement les abcès du foie au bistouri et les guérir. Lui-même a ouvert ainsi un abcès contenant sept litres de liquide et le malade se levait quinze jours après. (*Congrès d'Alger*.)

Abcès périnéphriques. Etiologie. Deux cas en ont été traités et guéris par M. Rendu par l'incision et le pansement de Lister. La fréquence de faits identiques ne justifierait pas cette communication, si elle n'indiquait une cause assez curieuse de ces abcès. L'un des malades, ayant pris un purgatif, fut obligé d'aller à la selle plusieurs fois dans la journée, et, une mauvaise disposition des cabinets l'ayant

exposé chaque fois à un violent courant d'air froid sur la région lombaire découverte, il apparut le soir même des frissons et les premiers symptômes de la périnéphrite. Le refroidissement, indiqué dans plusieurs cas, n'avait pas encore eu une action topique aussi évidente. Avis.

Mais, un phlegmon gangréneux du scrotum avec large perte de substance étant venu compliquer cet abcès, il est bien permis d'y voir une action simultanée plus profonde et générale que celle indiquée. (*Soc. méd. des hôpitaux*, février.)

ACCOUCHEMENTS. *Pourquoi fait-on accoucher les femmes dans le décubitus dorsal?* dit Ludwig dans une brochure, où il cherche à démontrer que le décubitus dorsal pèche gravement contre les lois de la mécanique, entrave les différents actes du travail et tourmente inutilement la parturiente en l'exposant, ainsi que son enfant, à subir des dommages sérieux. C'est pour ces raisons qu'il recommande la position que prennent ordinairement les femmes sauvages et celles qui sont abandonnées à leur instinct, c'est-à-dire la posture *accroupie sur les genoux*, le haut du corps penché en avant. Il désire qu'à chaque douleur, la sage-femme fasse prendre cette position à la parturiente en plaçant devant elle une chaise ou un coussin élevé pour y appuyer les bras et la tête. Pendant les intervalles des douleurs, la femme peut rester couchée ou assise. (*Traité de l'art des accouchements* de Nœgele; seconde édition française par Aubenas, Paris.)

Il suffit en effet de prescrire cette posture aux femmes dont le col reste élevé en avant ou en arrière et à celles qui ont le périnée très élevé pour se convaincre de ses avantages sur l'efficacité des contractions. La tête descend et la dilatation se fait plus rapidement. Nous nous en sommes personnellement assuré plusieurs fois, et quand le travail ne marche pas régulièrement, que la dilatation est lente sans cause appréciable, nous ne manquons pas de recourir à ce moyen depuis plus de vingt ans, et le plus souvent avec un succès immédiat, en touchant la femme postérieurement et en soutenant même le périnée ainsi.

Antisepsie. La diminution de la mortalité dans les accouchements à 0,75 0/0 chez les accouchées dans le pavillon

Tarnier, d'après l'isolement et les précautions hygiéniques qui leur sont appliquées, a fait rechercher à M. Tarnier quel était le meilleur antiseptique à employer pour réduire encore cette mortalité, si possible. A cet effet, il a fait macérer séparément un fragment de placenta dans un verre d'eau phéniquée d'un titre variable, dans une solution d'acide borique et une autre de liqueur de Van Svieten au millième. Tenus à la température moyenne, tous ces verres, excepté deux, contenaient en peu de jours des légions innombrables de microbes vivants. Les deux verres stériles contenaient la liqueur de Van Svieten et la solution saturée à froid d'acide borique à 40 grammes par litre d'eau.

De là l'usage de la liqueur de Van Svieten, aussi bien à l'hôpital qu'en ville, pour se laver les mains en approchant une accouchée; les internes font de même sans éprouver le moindre accident. Autrement, c'est l'eau phéniquée qui sert à mouiller les sondes et les instruments et à imbiber les tampons de charpie. La vaseline phéniquée est employée particulièrement au toucher; pour empêcher l'introduction des germes qui voltigent dans l'air, une sage-femme est spécialement chargée, pendant le travail, de badigeonner la vulve et la tête fœtale avec un pinceau imbibé d'huile phéniquée au dixième. La toilette des accouchées est faite avec de l'eau et du coton phéniqués, mais sans injections vaginales ni intra-utérines, excepté dans les cas pathologiques.

Appliquée au cordon ombilical, la méthode antiseptique le dessèche très rapidement, sans mauvaise odeur, mais il ne tombe qu'après dix à quinze jours. Cette lenteur inquiète les mères, retarde leur sortie de l'hôpital et a fait renoncer à l'emploi de ce pansement. (*Progrès méd.*, août.)

Anesthésie obstétricale. Son indication la plus précise est la rigidité du col, rendant les douleurs inutiles. Le nouveau succès obtenu par le docteur Boutequoy, en juin dernier, sur une jeune primipare de vingt-un ans, n'a donc rien de remarquable après celui que nous avons enregistré l'année dernière à la clinique d'accouchements. Les inhalations de chloroforme, faites librement et à distance pendant les douleurs exclusivement, ont suffi à amener une dilatation complète en trois heures, alors que pendant les quarante-huit heures

antérieures de souffrances atroces, et malgré la procidence de la poche des eaux, elle n'était pas plus de cinq centimètres auparavant. La disparition de la rigidité et de l'épaisseur du col, survenue dès la troisième inhalation, ne peut laisser aucun doute sur leur action immédiate. (*Journ. de therap.*, n° 5.)

Devant la résistance que ce moyen peut rencontrer dans certaines familles, il est bon cependant que l'accoucheur ne reste pas dans l'expectation. Les onctions avec la pommade belladonnée, reconnues si longtemps comme efficaces sur la dilatation, ne doivent pas être négligées, en les employant avec mesure et circonspection. Mais ce qu'il faut recommander surtout en pareil cas, c'est l'emploi de 2 à 4 grammes de chloral dans un quart de lavement simple. Dès que la parturiente peut le garder quelques minutes, l'effet en est manifeste sur la dilatation, en diminuant l'acuité des contractions. Par leur extrême facilité d'emploi, ces deux moyens topiques et locaux méritent au moins d'être essayés avant de recourir à l'anesthésie, dont l'effet peut toujours être mal interprété en cas de mort du nouveau-né.

Pratique privée en Angleterre. Un exemple frappant en est donné par la statistique suivante : pendant quarante-trois ans, le docteur G. Ridgen a fait 5682 accouchements, ayant donné 5751 enfants, 2947 garçons et 2804 filles, dont 65 doubles et 2 triples ; c'est donc une moyenne de 132 par an. Il y eut 5422 présentations de la tête, face comprise, et 156 du siège, 84 des extrémités supérieures et 89 des inférieures. Il y eut 255 mort-nés, 165 avortons et 105 cadavres. 13 mères ont succombé. 759 applications de forceps ont eu lieu, dont une seulement sur 222 cas avant 1860 et depuis une sur 15. Les mort-nés ont aussi beaucoup diminué durant cette dernière période, ce que l'auteur attribue au plus fréquent emploi de cet instrument, dont il est devenu ainsi l'un des plus ardents défenseurs. (*Obstetr. Soc.*, 4 mai.)

Insertion vicieuse du placenta. Sur 7336 accouchements faits à la clinique de Lille de 1854 à 1880 inclusivement, M. Pilat a relevé vingt cas d'insertion vicieuse du placenta, dont il rapporte les observations. La fréquence est donc de

1 : 365, proportion très considérable quand, d'après les différentes statistiques publiées à ce sujet, elle est de 1 : 829 accouchements pour Mac Clintock et Hardy, de 1 : 1564 pour Schwartz, de 1 : 1492 pour Collins et de 1 : 663 pour Depaul. C'est donc en France que cette fréquence se rapproche davantage.

Cet accident est le plus fréquent chez les multipares. Il est si rare chez les primipares qu'il s'en trouve deux seulement dans les vingt cas précédents, soit le dixième. Que l'on invoque une action physique, mécanique ou vitale pour expliquer cette anomalie, le fait n'en est pas moins évident, incontestable et peut être mis à profit pour la prophylaxie de cet accident redoutable. (*Bull. méd. du Nord*, décembre 1880.)

Indication du cancer. Deux cas de cette redoutable complication se sont présentés au docteur Frommel, de Berlin, et, l'accouchement étant reconnu impossible par les voies naturelles dans le premier cas, il pratiqua l'opération césarienne par la méthode ancienne. L'enfant fut extrait vivant et vécut trois mois. Le placenta et les membranes étaient si adhérents qu'ils ne furent extraits qu'avec difficulté, et la femme succomba dès le lendemain. Le fœtus étant mort dans le second cas et se présentant transversalement, on eut recours à la version; mais le cancer marcha si vite ensuite, que la femme succomba quinze jours après. (*Centralbl. für Gynäkologie*, 1880.)

Chez une femme de trente-quatre ans, en travail avant terme de son septième enfant, le docteur Galton, ayant rencontré à la place du col une masse dure et ulcérée dont l'orifice n'admettait que l'extrémité de l'index, après plus de vingt-quatre heures de douleurs fréquentes, exécuta de même l'opération césarienne. L'incision, correspondant à l'insertion du placenta, donna lieu à une hémorrhagie abondante. Le fœtus, du sexe féminin, n'avait que six mois et demi et ne tarda pas à succomber. La mère succombait le surlendemain. (*Lancet*, 4 juin.)

Qu'espérer d'une telle opération en pareil cas? Quelques mois d'une vie douloureuse, répond le docteur Galton. Pourquoi dès lors ne pas la rendre plus radicale et plus sûre en exécutant l'opération de Porro? Avec la chance de

diminuer l'hémorrhagie, on ajoute du moins celle d'enlever tout le mal et d'augmenter la survie. La présence du cancer de l'utérus en paraît l'indication la plus positive.

C'est ce qu'a parfaitement compris M. Spencer Wells, après la relation de ce dernier cas, dans une occurrence identique. Il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, mère de cinq enfants, au sixième mois d'une grossesse et atteinte d'un épithélioma du col. Le 21 octobre dernier, l'opération de Porro fut pratiquée par l'habile et judicieux gynécologue, en excisant l'utérus gravide en entier. Douze jours après, l'opérée allait aussi bien que possible et pouvait être considérée comme sauvée. (*Lancet*, novembre.)

Pour être le premier exemple de cette opération radicale en pareil cas, il nous semble devoir être suivi à l'avenir, quelqu'en soit le résultat, comme la seule conduite rationnelle.

Rupture complète de l'utérus. Un cas de guérison de cet accident redoutable est signalé par le professeur Hecker, de Munich, à l'aide du drainage du péritoine. C'était chez une femme ayant eu précédemment six accouchements toujours laborieux, c'est-à-dire exécutés avec le forceps. Le septième se prolongeant, on lui donna du seigle ergoté, et cependant le forceps dut être appliqué de même. Portée ensuite à la clinique, cette femme était dans le collapsus, et l'on constata, sur la paroi postérieure du vagin et de l'utérus, une déchirure assez grande pour donner passage à la main. Le cordon s'y rencontre, et, le placenta étant passé dans la cavité péritonéale, on l'extraît immédiatement.

Treize heures après, un gros drain est introduit à travers la déchirure jusque dans le péritoine. Une grande quantité de liquide roussâtre s'écoule immédiatement. Le quatrième jour, ce drain étant tombé, on en replace un second, et grâce à ce drainage persistant, facilitant l'écoulement de tous les liquides, cette femme sortit guérie de la Maternité. D'où le précepte, d'après ce succès, de ne plus recourir à l'opération césarienne dans le cas de rupture de l'utérus pendant l'accouchement, mais de la remplacer par le drainage du péritoine. (*Centralbl. für Gynæk.*, n° 10.)

Cette nouvelle application mérite d'autant plus de fixer l'attention qu'elle se rattache à une question fort agitée,

dans les différentes opérations qui se pratiquent si fréquemment sur l'utérus et ses annexes. V. LAPAROTOMIE PUERPÉRALE.

Retournement du rectum. Voici ce procédé, indiqué par M. Tarnier, pour explorer *de visu* les lésions de l'extrémité inférieure du rectum :

Le doigt indicateur de la main droite, dont l'ongle doit être court et poli pour ménager les tissus, est introduit dans le vagin et recourbé en crochet, de telle sorte que son extrémité appuie sur la cloison recto-vaginale. La pulpe du doigt, placée à quelques centimètres au-dessus de l'anus, déprime peu à peu la cloison de haut en bas, comme pour la faire sortir par l'anus. Peu à peu, cet orifice s'entr'ouvre et la muqueuse apparaît. En accentuant les pressions, le doigt, ganté par la muqueuse rectale, fait bientôt une saillie suffisante pour mettre à découvert des lésions qui, grâce à leur petite étendue, pourraient passer inaperçues.

Chez les femmes récemment accouchées ou qui ont eu plusieurs enfants, rien de plus facile que d'user de ce procédé. Chez les nullipares, cet examen est plus douloureux ; on pourrait le faciliter par le sommeil anesthésique. (*Ann. de gyn.*)

Faradisation consécutive. Cette nouvelle application de l'électricité aux accouchements, par le docteur Apostoli, se distingue de toutes les précédentes, dont le but était d'activer les contractions utérines. L'histologie et la clinique étant aujourd'hui d'accord pour démontrer que toute métrite ou engorgement utérin a pour facteur initial presque constant un arrêt d'involution de l'utérus, il propose, comme moyen prophylactique de cette affection si commune à la suite de couches, le nouveau moyen thérapeutique suivant, qu'il formule ainsi :

Etant donnée une femme qui vient d'être délivrée d'un enfant, à terme ou non, j'applique immédiatement, et séance tenante à son utérus, un courant faradique ou induit engendré par une bobine à fil gros et court et à intensité progressivement croissante, en renouvelant cette opération de huit à dix fois pendant six jours en moyenne, après un accouchement à terme ou normal ; quinze à vingt fois en moyenne, pendant dix à quinze jours, après une fausse couche ou un accouchement laborieux. Le but est d'aider,

de hâter, de compléter l'involution utérine, pour abréger la convalescence et prévenir toutes les complications qui résultent de son arrêt ou de sa lenteur.

L'étude de trente-deux cas observés depuis deux ans, parmi lesquels onze fausses couches, vingt et un accouchements à terme, pour lesquels ont été faites cinq cents électrisations de l'utérus à l'état de gravidité et de puerpéralité, permet de tirer les conclusions suivantes :

La faradisation de l'utérus est toujours absolument inoffensive.

C'est un calmant et un sédatif constant.

Elle abrège considérablement la convalescence en accélérant l'involution ou le retrait de l'utérus, que l'on ne sent plus au-dessus du pubis, par le palper profond, du sixième au huitième jour en général.

Elle accélère le retour et l'exercice régulier de toutes les fonctions et préserve la femme de toutes les complications utérines produites par l'accouchement.

La faradisation est le vrai traitement préventif des déviations utérines, suite de couches, comme la rétroflexion ou la rétroversion. Elle diminue l'écoulement lochial.

Etant donnée la même dose de faradisation, la contractilité utérine est très variable et en raison inverse de son inertie. Son action sur l'utérus, comparée à celle du seigle ergoté, est manifestement plus prompte et plus énergique.

En résumé, il propose l'introduction dans la thérapeutique obstétricale de la faradisation utérine après tout accouchement : 1^o parce que c'est une merveilleuse méthode par son application simple, son dosage facile, son action rapide et énergique toujours inoffensive, qu'on peut interrompre et renouveler à volonté ; 2^o parce que son but immédiat est de restaurer la femme le plus promptement possible, et son but éloigné de prévenir toute complication utérine ultérieure.

Sur une nouvelle application de l'électricité après les accouchements. Brochure in-8 extraite des *Annales de gynécologie*, mai, par le docteur G. Apostoli.

ADÉNITES. Par leur nature souvent diathésique, constitutionnelle, c'est-à-dire scrofuleuse ou lymphatique, ces tumeurs indolentes, à marche lente, exigent surtout la mé-

thode antiseptique, selon le professeur Trélat, pour leur ouverture et leur pansement. Les conséquences de l'opération sont ainsi plus sûres et rapides. Exemple : un homme de vingt-quatre ans, strumeux à un haut degré, portait de chaque côté, en haut du triangle de Scarpa, un volumineux paquet de ganglions suppurés. Ces deux abcès furent incisés et pansés de la même manière, c'est-à-dire par la méthode de Lister; cependant un des abcès était guéri au bout de cinq jours, tandis que l'autre, par suite d'une circonstance restée inexplicquée, suppura encore pendant deux mois.

Un autre malade, âgé de trente-trois ans, était atteint, après une blennorrhagie, d'une adénite suppurée qui fut ouverte et pansée de même et qui était complètement guérie au bout de treize jours. Chez un troisième, une adénite, située également dans l'aîne, fut guérie dans le même temps; enfin chez un quatrième, atteint d'une adénite sous-maxillaire, consécutive à une carie dentaire, la guérison eut lieu en six jours. M. Trélat fait remarquer que ce sont là en général des affections de longue durée, qui demandent souvent cinq à huit semaines de traitement, tandis qu'ici, sauf dans un cas, il a été d'une durée bien moindre, et dans beaucoup de circonstances pourrait être abrégé encore. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, janvier.)

Piqûres au thermo-cautère. Cette modification est due au docteur Périer, dans le traitement des adénites strumeuses en particulier. Elle consiste à traverser, en une série de points, le ganglion malade et plus ou moins suppuré, avec une pointe fine de thermo-cautère. Cela donne une ouverture immédiate, une issue facile du pus, et provoque une réaction salubre dans le ganglion, qui mène à la guérison.

Un jeune homme de dix-neuf ans, batteur d'or, était atteint, depuis trois mois, d'une adénite volumineuse et très douloureuse du pli de l'aîne droite. Il souffrait, et la tumeur n'avait aucune tendance vers la résolution. M. Périer, avec la pointe du thermo-cautère, la traversa en six points différents. Il y avait fort peu de pus. Mais, en revanche, la tumeur se métamorphosa avec une rapidité extraordinaire, car, huit jours après l'opération, elle était méconnaissable; la résolution se fit si bien que sous peu toute trace aura disparu. (*Idem.*)

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-LARYNGIENNE. On observe dans la laryngite syphilitique secondaire, comme chez les tuberculeux, d'après le docteur Gouguenheim, une aphonie subite et complète qu'il a souvent attribuée à l'adénopathie bronchique. Qu'il y ait écartement des cordes vocales ou non, l'examen laryngoscopique ne révèle que des signes objectifs de laryngite peu accusés, sans lésions organiques spéciales.

L'autopsie d'une femme entrée à l'hôpital de Lourcine, pour une laryngite qu'elle croyait de nature syphilitique, lui révéla la vérité. Cette femme était aphone, avec sifflement inspiratoire, cornage, bruit intense, dyspnée avec accès paroxystiques, cyanose et suffocation imminente. Contrairement à la plupart des autres cas, les cordes vocales, au laryngoscope, étaient dans un état de rapprochement excessif, surtout aux trois quarts postérieurs. L'autre quart, légèrement béant, permettait seul la respiration. Le reste du larynx était rouge, et une ulcération grisâtre, assez superficielle, s'observait à la commissure postérieure.

La trachéotomie fut pratiquée par la menace d'asphyxie ; mais la dyspnée reparut après quelques jours, avec perte d'appétit, amaigrissement extrême, fièvre, signes de ramollissement pulmonaire, qui firent succomber la malade dans un marasme complet.

Au lieu de la contracture des cordes vocales, elles étaient peu malades et parfaitement séparées l'une de l'autre ; intégrité des articulations crico-arythénoïdiennes. Mais un examen attentif montra, entre l'œsophage, le larynx et la trachée, un chapelet de petits ganglions de la grosseur d'un pois à une aveline, en voie de dégénérescence caséeuse.

Ce fait était l'explication des troubles moteurs rencontrés si fréquemment chez les syphilitiques et les tuberculeux. L'hypertrophie ganglionnaire voisine et son retentissement sur les nerfs récurrents déterminaient la parésie des cordes vocales, fréquente surtout, tandis que la contracture n'en avait été observée que deux fois. Ces petits ganglions lymphatiques sont à peine décrits par les anatomistes, tant ils sont peu visibles à l'état normal. Leur hypertrophie seule, sous l'influence pathologique de la syphilis secondaire, la tuberculose et le cancer, les rend apparents et susceptibles de produire des signes rapportés ordinairement à l'adéno-

pathie bronchique, en comprimant les nerfs récurrents voisins. D'où la paralysie des cordes vocales et parfois leur contracture.

Le courant induit, employé dans les cas ultérieurs, confirma cette étiologie. Les pôles, appliqués de chaque côté du larynx, en suspendant alternativement l'action du courant, ont guéri assez rapidement l'aphonie dans plusieurs cas. L'application renouvelée tous les jours suffit, en une semaine ou deux, pour obtenir ce résultat. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 36.)

ALBUMINURIE. Ce symptôme essentiel de la maladie de Bright se montre si souvent passagèrement sans altération appréciable du rein, au point d'apparaître et disparaître d'un jour et même d'un moment à l'autre dès que l'organisme est troublé, dérangé, que plus on l'étudie, plus on l'observe et plus on s'aperçoit de tout ce qu'il reste à apprendre, à connaître de ses divers modes de production. Les théories et les hypothèses ne manquent pas à ce sujet, car, en poursuivant ce phénomène dans ses retranchements anatomiques les plus intimes, à l'état physiologique et pathologique, on tombe bientôt dans l'induction. Et c'est ainsi que l'observation du jour a si souvent démenti, contredit le secret que l'on croyait avoir découvert la veille.

Deux nouvelles théories, appuyées sur l'expérimentation et l'histologie, sont aujourd'hui en présence pour expliquer les différentes manifestations de ce phénomène. L'une est la double nature de l'albumine, signalée l'année dernière par le professeur Bouchard; l'autre est l'endartérite scléreuse, généralisée et progressive, qui, en oblitérant les capillaires artériels, du rein comme des autres organes, détermine l'albuminurie. Une longue suite ininterrompue d'illustres répondants est déjà acquise à celle-ci : c'est l'artério-capillarite fibro-hyaline de Gull et Sutton, l'endartérite généralisée du professeur Peter, promulguée à la Société clinique en 1879, sa nature scléreuse découverte par MM. Debove et Letulle en 1880 et formulée définitivement cette année, avec planches, par M. H. Martin, sous le nom d'endartérite oblitérante progressive.

Albumines pathologiques. Deux espèces distinctes en ont été constatées par M. Bouchard. L'albumine des urines.

albumineuses, coagulée par divers réactifs, soumise ensuite à l'action de la chaleur, se rétracte parfois en flocons ou en grumeaux qui, en se resserrant, laissent sourdre, en dehors du coagulum, l'urine redevenue limpide. C'est l'*albumine rétractile*. D'autres fois, elle ne subit pas cette rétraction, et l'urine reste uniformément louche et lactescente, en contenant l'albumine non rétractile.

Or la clinique a montré que les urines à albumine rétractile appartiennent aux néphrites et indiquent ainsi une lésion ou une congestion rénale intense qui laisse l'albumine du sang filtrer à travers le rein. Les autres au contraire seraient dues au passage par les reins d'une albumine anormale qui se trouverait dans le sang à la suite d'une mauvaise élaboration des matières azotées par les éléments anatomiques; elles indiqueraient dès lors un simple trouble général de la nutrition. Elles s'observent principalement dans les pyrexies, les phlegmasies, les cachexies, les empoisonnements aigus, sans que les reins soient malades. Telle est l'explication de la difficulté de l'albuminurie avec ou sans altération rénale. Elle est bien subtile sans doute, et encore un peu hypothétique; mais, si cette différence se confirme dans la majorité des cas, ce sera là une grande découverte. (*Soc. de biol.*, 1880.)

Endartérite oblitérante progressive. Cette prolifération des éléments conjonctifs de la tunique interne des artères sert à expliquer comment l'albumine du sang peut filtrer à travers le rein, sans qu'il soit malade ni lésé autrement.

L'influence seule de l'alcoolisme, du saturnisme, ou toute autre intoxication typhique, diphthéritique, variolique, etc., en imprimant le plus souvent et d'une manière toute spéciale cette nutrition insuffisante et scléreuse aux capillaires du rein, suffirait à provoquer ce passage de l'albumine non rétractile, comme un déchet du sang. L'atrophie rénale et l'hypertrophie cardiaque n'en seraient que la conséquence à un degré plus avancé, comme le rein sénile et l'athérome des artères chez les vieillards. C'est à un degré aigu qu'elle se manifesterait, au contraire, dans la fièvre typhoïde et la diphthérie. En l'examinant au microscope et par les réactifs au laboratoire, M. H. Martin a pu la figurer sous ces divers états. (*Voy. ENDARTÉRITE.*)

Fuchsine. A la dose de cinq centigrammes en deux pilules jusqu'à 25 centigrammes par jour, elle communique à l'urine, suivant Renzi, une coloration rougeâtre pendant toute la durée du traitement. L'absence de ce signe serait la preuve qu'il n'y a pas destruction organique essentielle. Elle n'agit pas alors contre l'albuminurie, mais elle modifie les urines muqueuses qui s'observent souvent dans ce cas, et le mucus disparaît complètement. (*Répertoire de pharmacie*, mai.)

ALCALOÏDES des animaux. La putréfaction des cadavres détermine la formation, aux dépens des matières albuminoïdes, d'alcaloïdes divers qui ont été désignés jusqu'ici sous le nom de ptomaines ou alcaloïdes cadavériques. (Voy. CADAVRES, 1880.) C'est en 1870, alors que tout travail scientifique était suspendu par la guerre, que François Selmi, professeur de médecine légale à Bologne, en fit la découverte, dans une expertise médico-légale des viscères d'un homme que l'on croyait avoir été empoisonné. Mais il n'en reconnut pas tout d'abord ni l'origine ni la nature, comme le montre son mémoire à l'Académie des sciences de Bologne, le 25 janvier 1872. C'est dans ses recherches sur les transformations réciproques des albuminoïdes, pendant cette année, que M. A. Gautier découvrit que la fibrine du sang, abandonnée à la putréfaction, fournissait une petite quantité d'alcaloïdes fixes et volatils, que le savant italien reconnut ensuite être de même nature que ses alcaloïdes cadavériques. La genèse en était dès lors reconnue et expliquée, et c'est ainsi que s'affirma indirectement la réalité de la *sepsine* extraite des plaies putrides par Panum dès 1855, convertie même en *sulfate* ensuite, dont l'existence était restée douteuse et discutée jusque-là.

Sans insister ici sur le procédé chimique à suivre pour obtenir les ptomaines ou bases cadavériques fixes, en voici les principaux caractères. Elles sont solubles dans l'éther ou le chloroforme et l'alcool amylique. Elles produisent des réactions colorées différemment sous l'action des divers acides, et donnent naissance à des composés cristallisables. Très oxydables à l'air, elles réduisent les acides iodique et chromique, les chlorures d'or et de fer, et surtout le ferrocyanure de potassium, en produisant du bleu de Prusse par

l'addition d'une goutte de perchlorure de fer : caractère qui peut servir le plus souvent à les distinguer des autres alcaloïdes végétaux, comme on le verra plus loin.

En se décomposant, brunissant et s'oxydant à l'air, elles dégagent une odeur variable, urineuse ou cadavérique, vireuse parfois comme la conicine, ou bien agréable et persistante, rappelant la cannelle, le styrax, l'oranger et l'aubépine, le musc, sous l'influence des acides. Leur saveur est piquante, parfois amère et le plus souvent très vénéneuse. Elles produisent surtout la dilatation irrégulière des pupilles suivie de contraction, le ralentissement instantané et l'irrégularité du pouls, puis des convulsions et la mort avec le cœur en systole et vide de sang.

Ces réactions varient suivant que les ptomaines proviennent de cadavres plus ou moins récents. Les caractères précédents, obtenus avec des ptomaines extraites deux à trois mois après la mort, diffèrent ainsi avec ceux qu'ont donnés récemment des ptomaines recueillies peu de jours après le décès. Elles varient donc avec le degré de putréfaction. Mais, remarque importante, l'ensemble de ces diverses réactions n'appartient à aucun alcaloïde végétal connu.

Certaines analogies pourraient cependant les faire confondre parfois. Il passe ainsi à la distillation des matières cadavériques alcalinisées, un alcaloïde qui a la plus grande ressemblance avec la conicine. Liquide, volatile, soluble dans l'éther, cette base en a l'odeur vireuse rappelant celle de la souris. D'autres ont plus d'analogie avec la codéine, la morphine, l'atropine et même la delphinine ; mais certaines réactions particulières finissent toujours par les distinguer.

La mort prolongée imprime surtout les plus grandes difficultés à cet égard. Les résidus d'un cadavre, ayant putréfié près de dix-huit mois sous l'eau et passé à l'état de gras, donnaient ainsi les mêmes réactions avec l'acide nitrique que la morphine, la codéine, la brucine, l'atropine et la vératrine. Le ferri-cyanure de potassium les réduisait seul instantanément en cyanoferrure, qui donnait aussitôt du bleu de Prusse par l'addition de perchlorure de fer.

C'est ainsi que MM. Brouardel et Boutmy ont été amenés à faire récemment de cette réaction toute spéciale, sinon spécifique, le caractère essentiel des alcaloïdes cadavéri-

ques. Tandis que, en solution saline neutre ou légèrement acide, ces ptomaïnes successivement traitées par le ferri-cyanure de potassium et le perchlorure de fer produisent *immédiatement* du bleu de Prusse, presque tous les alcalis végétaux toxiques ne donnent aucune coloration. Sauf la morphine et l'apomorphine, l'hyosciamine et la muscarine, qui précipitent également du bleu de Prusse, les autres alcaloïdes usités, comme la colchicine, l'émétine, la nicotine, l'ergotinine et même la digitaline amorphe ou cristallisée, donnent avec ce réactif une coloration verte qui ne passe que *lentement* au bleu. Ce caractère est donc précieux pour distinguer les alcaloïdes animaux des alcaloïdes végétaux et d'autres substances toxiques naturelles ne donnant pas dans les mêmes conditions ce précipité bleu. C'est le plus sûr moyen d'éviter des erreurs judiciaires et d'établir l'autonomie des divers corps qui s'y montrent sensibles.

Une erreur judiciaire a été commise dans ces derniers temps en Italie, où des experts ont conclu à l'empoisonnement du général X... par la delphinine, lorsqu'ils étaient seulement en présence d'une ptomaïne.

Les alcalis artificiels, peu employés dans un but criminel, quoique très vénéneux, peuvent seuls faire confusion en passant aussi au bleu de Prusse, mais plus *lentement* et *faiblement* en général que les ptomaïnes.

Comment se forment ces matières alcaloïdiques au sein des cadavres? Elles semblent naître de préférence quand la putréfaction s'opère à l'abri du contact de l'air et résulter de l'union de certains hydrogènes carbonés avec l'azote provenant des tissus ou des liquides animaux, quand leur oxygène et leur carbone s'en échappent à l'état d'acide carbonique. Des observations d'un ordre différent permettent d'admettre qu'elles peuvent ainsi se développer pendant la vie sous l'influence de certains processus morbides. La sepsine a été extraite du pus fourni par une plaie chez un individu atteint d'infection purulente. Certaines maladies, les affections septiques en particulier, seraient donc susceptibles de produire des alcaloïdes animaux. La variole hémorrhagique et confluente, l'érysipèle par exemple, en enlevant aux globules sanguins le pouvoir d'absorber une quantité normale d'oxygène, pouvant diminuer d'un tiers et même de la moitié, seraient particulièrement dans ce cas. Que le

globule sanguin n'apporte plus aux tissus une quantité normale d'oxygène pendant la vie, ou qu'il leur fasse défaut après la mort, et le même effet doit en résulter dans les deux cas.

Il résulte clairement en effet d'expériences et d'observations nombreuses, dit M. Gautier, que les matières alcaloïdiques résultent normalement dans l'économie du processus ordinaire de la vie des tissus, car on les retrouve en plus ou moins grande quantité dans la bile, les urines, le suc musculaire ; elles font partie intégrante de certaines sécrétions normales très actives. L'ammoniaque et les sels ammoniacaux, la triméthylamine, la névrine, la carnine, la créatine, sinon la créatinine, sont de véritables bases alcalines que l'on peut extraire des animaux en pleine santé, par les mêmes procédés qui ont servi jusqu'ici à extraire les ptomaines après la mort.

Les venins en particulier paraissent leur devoir en grande partie leurs propriétés. Elles semblent se produire surtout en quantité considérable dans certaines conditions pathologiques et deviennent une des causes des troubles fonctionnels qui se succèdent dans beaucoup de maladies, tout spécialement quand le mouvement de désassimilation est exagéré et que l'élimination des produits urinaires est enrayée. (*Acad. de médecine*, mai, et *Journ. de l'anat.*, n° 5.)
Voy. URÉMIE.

Incité sans doute par les récentes expériences de M. Pasteur, annonçant qu'il produisait une maladie nouvelle en inoculant un microbe trouvé dans la salive d'enfants nouveau-nés malades, et qu'il avait cru être celui de la rage, M. Gautier, en poursuivant ses investigations sur les alcaloïdes contenus dans les produits normaux d'excrétion, a recherché si les glandes salivaires notamment ne produisaient pas chez les animaux supérieurs des substances toxiques analogues aux venins des serpents. Il a constaté ainsi qu'il existe dans la salive mixte normale de l'homme une substance qui, inoculée aux oiseaux, les stupéfie profondément. Cette substance soluble et non albuminoïde a une activité qui résiste à la température de 100 à 125 degrés et qui ne peut être confondue par ce caractère avec les ferments et les virus. Il est probable que ce sont des produits nécessaires à la désassimilation des tissus. (*Acad. des sciences*.)
Voy. VENINS.

Alcaloïdes végétaux. Un moyen très sûr, simple et pratique d'en caractériser très nettement les principaux et de les distinguer des ptomaines, c'est d'en mélanger intimement une parcelle avec le double de son poids de sucre de canne pulvérisé. Il suffit de faire tomber ensuite une ou deux gouttes d'acide sulfurique très pur pour donner une coloration particulière dont voici les exemples :

Chlorhydrate de morphine. Coloration rose tournant au violet.

Codéine. Rouge cerise, puis violet.

Sulfate de quinine. Coloration verdâtre, puis jaune clair, suivie d'un noir café au centre.

Strychnine et santonine. Couleur rougeâtre, puis noir de café.

Sulfate d'atropine. Violet tournant au brun.

Narcotine. Brun acajou persistant et caractéristique.

Salicine. Rouge vif.

Vératrine. Vert foncé.

Cédrine et valdivine. Principes actifs extraits par M. Tanret de la noix de cédron, employés comme succédané de la quinine. (Voy. FIÈVRES, 1879.) La première seule possède des propriétés fébrifuges incontestables, quoique moins sûres que le sulfate de quinine. La seconde est très toxique. 2 à 4 centigrammes, en injections hypodermiques, suffisent à tuer un lapin de 2 kilogrammes et un gros chien avec 6 centigrammes, en provoquant des vomissements violents, avec torpeur consécutive, quoique la mort n'arrive que de cinq à dix heures après l'injection, sans convulsions. La cédrine est beaucoup moins toxique. Ni l'une ni l'autre n'ont d'action contre les morsures de serpents et ne produisent aucun effet sur les grenouilles, même à doses élevées. Elles suspendent au contraire les accès de rage. (Voy. ce mot.)

Les alcaloïdes du maïs gâté ont des principes toxiques, suivant le docteur J. Arnould, qui les rapprochent des ptomaines. Il le montre en rappelant, trop en détail, les diverses expériences de Lombroso, de Turin, sur l'homme et les animaux, avec les produits fermentés naturellement et artificiellement du maïs, et celles qui ont été faites compa-

rativement en vue de produire la pellagre. De là sa pella-grozéine. Ce ne serait donc pas le champignon, le mycélium du maïs altéré quiserait la cause de cette maladie, mais le résultat même de la fermentation, qui n'est ni l'huile ni la résine extraites de ce végétal. C'est un principe toxique, ou plutôt un corps particulier inconnu, non isolé et que l'on cherche encore.

Ce qui est prouvé, démontré, c'est que les produits fermentés du maïs ont une action manifeste sur le système nerveux des grenouilles et de certains mammifères, ce qui corrobore l'opinion déjà accréditée que c'est par cet intermédiaire que se produit la pellagre, plutôt que par la peau. On ne peut sans doute conclure simplement des empoisonnements aigus des animaux à la nature de l'intoxication chronique chez l'homme; mais c'est une nouvelle et curieuse contribution ajoutée à ce que l'on sait déjà des poisons putrides alimentaires. (*Soc. centrale de méd. de Lille et Bull. méd. du Nord*, n° 8.)

ALCOOLISME. *Delirium tremens*. Ce n'est pas un délire, dit le professeur Lasègue, c'est un rêve, et il le prouve par son observation aussi profonde que fine et sagace, en montrant que le rêve ordinaire n'est qu'une hallucination visuelle. Si les yeux sont les seuls fermés pendant le sommeil, tandis que les oreilles et les autres sens restent ouverts, c'est par les yeux que l'on rêve presque exclusivement. On ne sent et l'on n'entend que rarement, vaguement, imperceptiblement, tandis que l'hallucination visuelle est d'une merveilleuse précision. On a toujours vu et même touché quelqu'un ou quelque chose, tandis que les hallucinations des aliénés portent presque exclusivement sur l'ouïe. Ils entendent toujours et ne voient presque jamais; ils ne peuvent même toucher l'objet de leur délire. De là le caractère différentiel.

Les alcoolisés au contraire, après avoir eu plus ou moins longtemps le sommeil troublé par des rêves, des cauchemars en voyant ou en poursuivant quelqu'un, sont souvent pris d'un accès de *delirium tremens*, à la suite d'excès bachiques, le matin au réveil. C'est parfois même comme la simple continuation de leur rêve de la nuit, et toujours ils voient, ils frappent, ils poursuivent, sans presque jamais

entendre leurs interlocuteurs, par l'intensité même de leurs visions, leurs hallucinations. Il faut les secouer fortement par les bras ou les épaules, en parlant très haut et d'un ton d'autorité, pour les faire entendre et répondre sensément, en les tirant de leurs rêves et de leurs récits hallucinatoires.

C'est appuyé sur des histoires nombreuses d'alcooliques atteints de delirium tremens, et d'après la sténographie même de leurs rêvasseries, que M. Lasègue montre que leurs hallucinations sont purement visuelles, comme dans le rêve, sans aucune ressemblance avec le vrai délire pathologique, ni les hallucinations surtout auditives des aliénés. Distinction fondamentale, tendant à faire de cette manifestation morbide de l'alcoolisme une espèce de sommeil différant de celui de l'opium et du chloroforme et se rapprochant du sommeil normal. (*Archiv. de méd.*, novembre.)

Paralysies toxiques. Voy. ce mot.

ALIÉNATION MENTALE. 2625 individus, 1497 hommes et 1128 femmes, ont été soumis comme aliénés à l'examen des médecins de l'infirmerie spéciale du département de la Seine en 1880, contre 2582, 1462 hommes et 1120 femmes, examinés en 1879. C'est donc un simple écart en plus de 35 hommes et 8 femmes. Sauf cette augmentation insignifiante, ce cycle fatidique se poursuit régulièrement.

Sur ces 2625 individus, 1267, soit presque la moitié, relevaient de la préfecture de police ou de la justice, 656 ayant été arrêtés sur la voie publique pour crimes, délits ou contraventions; 460 avaient déjà subi un interrogatoire judiciaire, et 151 étaient retenus en prison par jugements. Preuve évidente du danger public et permanent que l'aliénation mentale fait courir dans les grandes villes. Il y avait ainsi 657 cas de délire alcoolique : 314 hommes et 143 femmes, contre 663 en 1879.

2154 de ces individus ont été reconnus aliénés. Les 471 autres non aliénés ont été mis en liberté ou envoyés comme malades dans les hôpitaux.

Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et le conseil judiciaire, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière. In-8 de 511 pages.

Mixture exhilarante. Une femme de soixante-deux ans prenait de l'ergot de seigle sous forme de teinture pour une arthrite subaiguë du genou droit, lorsque, craignant une transformation mauvaise de cette affection, M. Luton crut devoir renforcer l'action du premier médicament en lui adjoignant une certaine quantité de phosphate de soude, qui, dans sa pratique, remplace toutes les préparations de phosphore plus ou moins vantées. On administra ainsi, dans environ un quart de verre d'eau sucrée, une cuillerée à café de teinture d'ergot de seigle et une cuillerée à bouche d'une solution de phosphate de soude ordinaire, au dixième. L'étonnement fut grand, lorsque, au bout de trois quarts d'heure environ, il se produisit chez la malade, sans aucun motif, une explosion de rire aux grands éclats, qui pendant plus d'une demi-heure ne s'arrêta guère et revint par accès très rapprochés. Ce rire semblait s'associer à des pensées gaies et trahir une sorte d'ivresse, et même, lorsqu'il fut épuisé, la personne en cause conserva pendant longtemps encore de l'entrain et de la bonne humeur. Une seconde épreuve fut suivie des mêmes résultats, et il en fut de même d'une troisième.

Une autre malade de la même infirmerie, âgée de quarante-neuf ans, atteinte d'une affection choréique, demanda d'elle-même à prendre cette mixture, dont elle avait vu les curieux effets, et trois fois l'expérimentation donna les mêmes résultats avec plus de rapidité et d'intensité encore que dans le premier cas. Chez une troisième personne, âgée de soixante et onze ans, mêmes résultats encore, qui cette fois persistèrent plus de deux jours, amenant un sentiment de bien-être que la malade aurait voulu voir durer encore. Chez une jeune fille chlorotique, à la suite de quelques nausées, le visage s'empourpra peu à peu, une chaleur agréable s'étendit à tout le corps, et les éclats de rire se déclarèrent avec vigueur et se continuèrent avec peu d'interruption une partie de la journée. La jeune fille ressentait une gaieté vraie, éprouvant un bien-être général, parlant à la façon d'une personne de bonne humeur et qui

serait légèrement prise de vin. Elle ne désirait qu'une chose, la continuité de ces sensations, et demandait que dès le lendemain on recommençât la même épreuve.

L'expérimentation fut faite encore chez d'autres personnes avec les mêmes résultats; mais, chez les hommes, la même dose ne donna qu'un léger degré de vertige et de céphalalgie. Lorsque l'on analyse l'effet ainsi produit, il paraît évident qu'il s'agit d'une sorte d'ivresse qui se rapproche de l'action des vins légers, du chloroforme, du haschisch et de l'opium. On sait aussi que l'ergot de seigle n'est pas sans influence sur le centre encéphalique, et que dans les années pluvieuses, lorsque la farine de seigle renferme plus de 4 pour 100 d'ergot, il détermine une sorte d'enivrement que les consommateurs sont loin de dédaigner et recherchent même avec empressement. S'agit-il ici de cet effet ordinaire, mais exalté par la présence du phosphate de soude, substance qui, par une espèce d'élection, se porte sur la cellule nerveuse dont elle est l'élément naturel? ou bien un principe immédiat plus ou moins analogue à la haschischine prend-il naissance par l'action réciproque du phosphate de soude et de l'ergot de seigle? C'est ce que l'on ne peut encore déterminer.

Voici la formule employée par M. Luton et qui se rapporte à une dose moyenne pour une personne suffisamment excitable :

Teinture d'ergot de seigle.....	5 grammes.
Solution de phosphate de soude au dixième.	15 —

Mélez dans un quart de verre d'eau sucrée, à prendre en une fois à jeun.
(*Bull. de therap.*)

Administrée à cinq lypémaniques par le docteur Adam à l'asile de Fains, cette mixture n'a pas donné les mêmes résultats. Une seule malade en parut légèrement influencée. Elle avait l'air plus éveillé et répondait plus volontiers, mais elle revint à son état primitif dès le cinquième jour. Aucun résultat positif ne fut obtenu chez les autres. En doublant la dose, on détermina des nausées avec troubles cérébraux. Les effets produits par cette mixture exhalante semblent donc de l'enivrement ergotique qu'il ne serait pas sans inconvénient de prolonger. (*Ann. médico-psychol.*, juillet.)

Hallucinations syphilitiques. Voy. SYPHILIS.

ALIMENTATION ARTIFICIELLE. Un nouveau procédé vient d'être rencontré presque au hasard, qui promet de rendre cette méthode aussi simple, facile et naturelle, qu'elle était difficile, gênante, laborieuse et quelque peu cruelle même dans certains cas. Ce n'était que par force en effet que l'on alimentait autrefois certains aliénés, en leur bouchant le nez pour les forcer à avaler en respirant par la bouche ou en leur ingurgitant des aliments avec la sonde œsophagienne, ce qui entraînait toujours la perte ou le rejet d'une grande partie des aliments et provoquait souvent le vomissement. Ce n'est que dans ces dernières années que l'on a eu recours à la voie nasale pour éviter plus sûrement cet inconvénient. Les lavements nutritifs ne pouvaient être employés que chez les malades qui voulaient bien les garder et ne suffisaient qu'imparfaitement à une alimentation complète, une nutrition réparatrice.

L'usage du tube stomacal, flexible et mou, de Faucher, dont l'extrémité olivaire s'avale si facilement pour les lavages de l'estomac (voy. ESTOMAC, 1880), va bientôt remplacer tous les moyens précédents. C'est devant l'observation d'un pauvre phthisique dont l'alimentation était devenue impossible par le dégoût qu'il éprouvait et les vomissements qui en résultaient que le docteur Debove eut l'idée de recourir à cet instrument pour introduire directement du lait et d'autres aliments semi-liquides dans l'estomac. Leur digestion permit au malade de se nourrir, de dormir, d'augmenter de poids et de voir disparaître en même temps la diarrhée et les sueurs, en reprenant des forces. Ce succès, répété chez d'autres malades, permet donc dès aujourd'hui d'essayer l'emploi de ce moyen dans d'autres cas analogues. Voy. PHTHISIE.

Pour expliquer le résultat heureux de ce traitement, M. Debove croit qu'il faut distinguer la capacité digestive de la sensation de la faim. Le dégoût des aliments entraîne la perte de ce facteur, et c'est en supprimant le contact des aliments avec les premières voies digestives qu'on le surmonte. C'est ainsi que les médicaments sous forme capsulaire sont facilement ingérés, alors que l'intolérance absolue se montre autrement. Deux cancéreux qui ne pouvaient plus supporter aucun aliment ont pu être nourris de cette manière par M. Joffroy.

Le lait pur, des œufs, puis de la viande crue hachée ont été introduits ainsi dans l'estomac par le tube de Faucher, d'un centimètre de diamètre, surmonté d'un entonnoir en verre d'une contenance d'un litre. On peut faire deux ou trois injections semblables par jour suivant la faim des malades. 150 grammes de viande crue hachée, avec 4 œufs entiers dans un litre de lait, font un mélange assez homogène et qui passe sans difficulté. On peut y ajouter d'ailleurs du sel marin et les médicaments nécessaires. Après le lavage préalable de l'estomac avec de l'eau de Vichy, M. Dujardin-Beaumetz introduit ainsi trois à quatre cuillerées d'huile de foie de morue et autant de peptones, en nettoyant le tube ensuite avec le lait tiède. La présence de la diarrhée excluant cette médication, il la remplace par une dose souvent considérable de sous-nitrate de bismuth.

Des malades qui ne mangeaient plus et vomissaient après chaque quinte de toux, avec un amaigrissement croissant, ont obtenu par ce procédé la cessation des vomissements, l'augmentation de l'appétit, l'accroissement du poids et des forces, avec atténuation de la fièvre et des sueurs, et cela pendant plus de six mois. C'est donc un puissant encouragement. (*Bull. de thérap.*, 15 novembre.)

AMPUTATIONS. *Danger des maladies coïncidentes.* L'amputation de la jambe droite au tiers inférieur, pratiquée sur un homme de soixante-cinq ans pour une ostéoarthrite suppurée des deux pieds, avec fusées dans les gaines tendineuses, dont il était atteint depuis dix-huit mois, a été fatale, d'après M. Richardière, malgré la perte de 100 grammes de sang, l'emploi du pansement de Lister et la réunion qui la rendent ordinairement bénigne. Des lésions tuberculeuses aux deux sommets, des urines légèrement albumineuses et de l'athérome artériel, sans lésion cardiaque, ne suffirent pas pour la contre-indiquer. Aussi, dès le quatrième jour, le moignon se gangrène, les urines deviennent plus albumineuses, élimination lente de l'eschare, mauvais état général, somnolence, puis coma. Mort six semaines après.

L'autopsie montra des lésions tuberculeuses peu étendues; mais une néphrite interstitielle double, avec lésions parenchymateuses, rendait compte de cet insuccès. (*Congrès d'Alger.*)

Le contraire a été signalé par M. Bryant à la Société clinique de Londres, le 24 octobre dernier. Il s'agit d'une amputation de la cuisse pratiquée le 7 juin chez un valet de chambre de vingt-trois ans, atteint d'une suppuration du genou avec tuberculisation des deux sommets. On constatait, en effet, de la matité des deux côtés en avant avec inspiration rude et craquement aux deux sommets, mais surtout marqué à gauche. L'expiration était prolongée avec souffle bronchique de ce dernier côté. De nombreuses hémoptysies antérieures et une expectoration muco-purulente justifiaient ce diagnostic, malgré une bonne résonnance et un murmure vésiculaire normal à la base.

La cicatrisation de la plaie fut très rapide et sans complication, en la laissant suppurer naturellement. Le moignon fut pansé pour la première fois le sixième jour, quand la réunion était presque complète. Le 14 juillet, l'opéré sortait convalescent de l'hôpital. La résonnance du sommet droit était meilleure et il n'y avait plus qu'une légère prolongation du murmure respiratoire à gauche avec inspiration rude et un peu de souffle bronchique. Plus de sueurs nocturnes ni de sang dans les crachats.

Tout semble donc prouver que l'amputation et la suppuration ont été favorables à l'état des poumons dont la tuberculisation est d'autant plus probable que le genou fut trouvé rempli d'une pulpe caséeuse, les condyles externes étant séparés des cartilages et recouverts de granulations. La diathèse n'a donc pas aggravé le traumatisme ici, suivant la règle; au contraire, celui-ci a agi comme un révulsif efficace sur la première. Tel est du moins l'avis de l'habile chirurgien de Guy's hospital. (*Lancet*, 29 octobre).

Névrite ascendante consécutive. Elle se manifeste dans les moignons, sous forme de douleurs névralgiques persistantes, et peut même se compliquer de myélite, qui, à son tour, frappe de paralysie les organes qu'elle tient sous sa dépendance. La mort s'en est même suivie dans un cas par l'intensité des douleurs. L'étude histologique a montré à M. Nepveu, dans l'unique cas examiné, que les lésions sont interstitielles et parenchymateuses, en portant sur le tissu conjonctif et sur l'élément nerveux. (*Revue mens.*, n° 1.)

Toutes ces propositions ne doivent pas être considérées

comme définitivement établies, car elles ne reposent guère chacune que sur un fait particulier, ce qui montre au moins l'extrême rareté de cette espèce de névrite à la suite des amputations. Il faut donc se demander si la résection du nerf, proposée par M. Verneuil pour la prévenir, est justifiée par cette extrême rareté.

Amputation du col utérin. Devant la difficulté, sinon l'impossibilité d'obtenir une section perpendiculaire avec l'écraseur ou l'anse galvano-caustique sans léser le péritoine ou la vessie, le professeur Paquet, de Lille, a modifié cette opération en faisant deux applications successives de ces moyens. La chaîne de l'écraseur est portée, en premier lieu, dans l'un des culs-de-sac, celui qui correspond à la face du col la moins envahie par la dégénérescence. On opère sans se préoccuper du second temps. Dans ce second temps, on reporte la chaîne de l'écraseur dans le cul-de-sac opposé, et l'on obtient ainsi une plaie presque conoïde, sans danger de blesser le péritoine. L'excision conoïde reste, quand elle est possible, la meilleure méthode d'amputation du col.

Trois amputations exécutées suivant cette règle lui ont donné les résultats les plus satisfaisants. Il s'agissait de tumeurs épithéliales dont l'une a récidivé promptement et d'une tumeur vilieuse du col à caractère carcinomateux dont la guérison se maintenait encore un an après l'opération. (*Soc. de méd. de Lille*, décembre 1880, et *Bull. méd. du Nord*, janvier.)

Si cette ablation, pratiquée au fond du vagin, se fait plus sûrement et complètement par deux sections que par une seule, en facilitant et simplifiant le procédé opératoire, il y a donc lieu de l'adopter, sauf à rendre l'opération plus longue. La sécurité est le point essentiel.

ANÉMIE. Souffle céphalique. Observé spécialement chez les enfants, ce signe vague, incertain, inexplicable surtout, a été rencontré récemment par le docteur Tripier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, chez plusieurs malades adultes des deux sexes, sans que la cause ait pu en être saisie ni découverte. Ils étaient atteints d'affections diverses, mais avec le caractère commun d'un état anémique très prononcé. Il l'a

constaté notamment chez plusieurs chlorotiques, dont il rapporte trois observations, puis chez un homme et une femme âgés, très profondément anémiés, et enfin chez un homme tourmenté depuis longtemps de bruits dans la tête et présentant un souffle céphalique très marqué.

La coïncidence de ce souffle dans tous ces cas avec un souffle cardiaque se rattachant à l'anémie semble donc indiquer qu'il est en rapport avec cette altération du sang. Il ne se rencontre pourtant pas chez tous les anémiques, même chez ceux qui présentent du souffle cardiaque, comme un exemple en offre la preuve. Il n'a pas été trouvé dans plusieurs cachexies s'accompagnant d'anémie. Mais il suffit que sa manifestation ait toujours coïncidé avec une anémie très prononcée pour qu'il en soit regardé comme un signe. Son existence décèlera donc au moins ce fait important, qui complique tant d'autres états morbides.

Il serait difficile d'analyser rien de plus précis de ce long et compendieux mémoire. Pour éclaircir son sujet, l'auteur y mêle et confond une foule de choses accessoires et étrangères, qui l'embrouillent d'une façon incompréhensible. Ses conclusions suffiront à en faire ressortir laconiquement les points principaux :

C'est un souffle systolique profond qu'on entend sur tout le crâne, principalement sur les parties latérales au niveau des tempes, avec maximum d'intensité sur la région temporale droite.

Les malades qui le présentent entendent un bruit intermittent synchrone avec le souffle perçu à l'auscultation et avec la systole cardiaque, dont l'intensité est en rapport direct avec celle du souffle céphalique.

Le bruit et le souffle peuvent être modifiés ou supprimés momentanément par la compression de la carotide du côté où l'on ausculte, ou même du côté opposé.

Parfaitement synchrone avec la systole cardiaque, le souffle céphalique doit se passer dans le système artériel. L'auteur est arrivé, par exclusion, à le placer dans la partie terminale de la carotide interne, au niveau du point où elle pénètre dans le crâne.

Il se rencontre dans les anémies par hémorrhagies et par cachexie, dans la chlorose, lorsque les symptômes d'anémie sont intenses et de longue durée.

En l'absence du souffle à la base du cœur et surtout sans anémie, le souffle céphalique devra faire songer à la possibilité de la compression de la carotide interne au niveau de sa partie terminale, lorsqu'il n'existera aucun trouble du côté de l'orbite.

L'existence de ce souffle à la suite d'hémorrhagies, ou dans la chlorose, indique toujours que l'anémie est profonde et exige un traitement énergique. Sa coïncidence avec un état cachectique quelconque doit toujours faire rechercher avec soin la cause de l'anémie. Il est toujours un signe grave en pareil cas, et sa diminution ou sa disparition est encore un indice plus fâcheux lorsque la maladie s'aggrave.

La perception de troubles cérébraux ou de bruits anormaux dans la tête par les anémiques indique toujours d'ausculter la tête, car, en l'absence d'un trouble cardiaque, il peut être causé par une lésion intra-crânienne. Une tumeur anévrysmale ou anévrysmoïde peut ainsi faire recourir à la ligature de la carotide pour obtenir la guérison. (*Revue mens. de médecine*, février et mars.)

Anémie parasitaire. Il n'est plus permis de l'appeler *intertropicale*, depuis que les observations de M. Perroncito l'ont découverte en Europe sur les ouvriers mineurs du Saint-Gothard. (Voy. *année* 1880.) D'après le docteur Niepce, qui l'a observée, ces ouvriers pâlissaient, perdaient leurs forces et tombaient dans une anémie profonde, absolument semblable au *cançaco*, *oppilação*, c'est-à-dire la faiblesse, la dépression invincibles des esclaves du Brésil, traduisant le principal phénomène extérieur de cette *hypoémie intertropicale* décrite ici pour la première fois (Voy. *année* 1866.) Les autopsies faites en Italie sur les nombreux ouvriers qui en sont morts ayant révélé la présence de petits vers cylindriques, longs de 6 à 9 millimètres, armés d'une ventouse qui les fixe à la muqueuse et leur sert à aspirer le sang, comme Griesinger l'avait découvert en Egypte et Wucherer au Brésil, la similitude de la maladie est à peu près incontestable. D'autant plus que cet anchylostome, au nombre de plus de 3000 chez certains malades et se retrouvant dans les matières fécales, a souvent été observé dans différentes parties de l'Italie, en déterminant toujours une anémie profonde et persistante des sujets atteints et sou-

vent leur mort. La haute température, l'air vicié et les autres conditions anti-hygiéniques où se trouvaient les mineurs du Saint-Gothard ont ainsi pu rendre l'action de ce parasite d'autant plus nocive et mortelle.

L'origine de cet entozoaire est encore obscure, quoiqu'il paraisse résider particulièrement sur les légumes cultivés dans certaines régions de la Lombardie.

Tous les vermifuges ont été employés vainement pour le détruire chez l'homme. La dose extrême de 10 à 20 grammes de teinture éthérée de fougère mâle a seule réussi, quand les malades pouvaient la supporter. L'acide thymique à la dose de 10 grammes réussit beaucoup mieux, et c'est le remède le plus employé en Italie.

L'extract éthéré d'*Aspidium filix mas* s'est montré plus efficace cette année entre les mains du professeur Perroncito, chez les ouvriers mêmes du Saint-Gothard. L'un d'eux, qui ne pouvait en receler moins de 1500, en a été guéri complètement, et le traitement de douze autres a montré que les œufs de cet anchylostome diminuaient rapidement sous l'influence de cet anthelmintique. Ils ont recouvré leurs forces et semblaient en voie d'une guérison définitive. (*Revue méd. de la Suisse romande.*)

A la suite de ce traitement par l'extract de fougère mâle, administré à la dose de 14 à 30 grammes, à une, deux ou trois reprises, le professeur Perroncito a obtenu, par la culture des larves contenues dans les excréments d'un ouvrier anémique du Saint-Gothard, de nombreux spécimens d'anchylostome duodénal et d'*anguillula stercoralis* qu'il a soumis à l'Académie de médecine de Turin.

Le docteur Parona a donné également la relation de nombreux cas de guérison d'ouvriers anémiques du Saint-Gothard, obtenus par la même médication, qui détermine l'élimination rapide du ver, suivie d'une parfaite guérison. Elle peut se constater par l'absence successive et permanente des œufs dans les matières fécales des individus affectés.

En présence de ces observations, confirmées par celles du docteur Long, de Genève, sur des mineurs du Saint-Gothard, et communiquées au Congrès de Londres, il importe, toutes les fois qu'une anémie grave se présente, de rechercher les œufs d'anchylostome dans les déjections du malade,

et, si l'on en trouve, d'administrer l'extrait éthéré de fougère mâle comme anthelminthique. Voy. TRANSFUSION.

ANESTHÉSIE. *Modifications opératoires.* Admettant que la mort est le fait de l'anémie cérébrale ou de la paralysie cardiaque, deux médecins italiens, de Stefanis et Vachetta, proposent de maîtriser l'effet nocif des anesthésiques, sans diminuer l'insensibilité, en provoquant un certain degré d'ébriété. Au lieu de prescrire la diète, ils recommandent un léger repas avec biscuit ou pain, en buvant, selon l'âge, le sexe, la vigueur et les habitudes, une certaine quantité de vin généreux, comme le bordeaux, soit de 100 à 200 grammes. On peut y joindre un peu de cognac chez les alcooliques. On ne procède à l'anesthésie que quand l'excitation du cœur et du cerveau est suffisante. Outre qu'elle est ainsi obtenue plus facilement et avec 5 à 10 grammes seulement de chloroforme ou d'éther, aucun accident n'a été observé sur l'homme dans plusieurs cas, et des expériences ont confirmé ces résultats. Il n'y a ni vomissements, ni somnolence prolongée, ni diminution de la température. (*Ann. univ. di medic. d'Omodei*, 1880.)

Le docteur Bonwill, dentiste de Philadelphie, fait faire à son malade une série de respirations forcées, aussi profondes et aussi rapides que possible. Il l'avertit qu'il aura pleinement conscience de ce qui se passe, qu'il sentira tout contact, mais qu'il ne sentira aucune douleur aussi longtemps qu'il continuera à respirer énergiquement et très rapidement, pendant toute l'opération. Les respirations doivent être d'une centaine par minute. Il est difficile d'ailleurs de respirer plus de 100 fois, et, pendant la minute qui suit l'opération, la respiration tombe à un chiffre très bas, souvent 1 et 2.

Depuis cinq ans, il fait toutes ses extractions de dents, ses cautérisations de nerf par ce procédé, à la grande satisfaction de ses malades.

Dans une communication faite à la Société médicale de Philadelphie, le docteur Lee dit avoir ouvert un abcès du périnée chez un jeune homme nerveux, sans la moindre douleur. Après l'avoir fait respirer rapidement pendant trois quarts de minute, il fit une incision d'un pouce de long, évacua plusieurs onces de pus; le malade continua ses

respirations pendant une demi-minute de plus et fut tout surpris que l'opération fût terminée. Des trajets fistuleux s'étant formés quelques jours plus tard, le docteur Lee coupa deux brides d'un pouce de long chacune, avec des ciseaux sur conducteur, sans que le malade éprouvât de douleur.

M. Ash, de Monaco, dit avoir fait quinze extractions de dents avec le même résultat satisfaisant; il cite entre autres une demoiselle de vingt ans, dents très serrées, gencives enflammées, pour l'extraction de la première grosse molaire gauche de la mâchoire inférieure. Après 40 secondes de respirations profondes et rapides, la dent est enlevée sans souffrance.

Homme de soixante-dix ans; deux dents très sensibles au toucher, gencives enflammées. Le malade déclare n'avoir éprouvé aucune douleur, bien qu'il eût toujours souffert énormément dans les extractions antérieures.

Femme de vingt-six ans; extraction d'une très grosse dent de sagesse, opération difficile; pas de douleur.

Quel est le mode d'action des respirations forcées? Le docteur Bonwill l'attribue à l'attention et l'effort de volonté, l'excès d'acide carbonique éliminé et l'hyperémie du cerveau. (*Nice médical.*)

Pour obtenir une insensibilité suffisante pour les opérations qu'on pratique sur la bouche et les organes génitaux, le professeur Trélat recommande la formule suivante :

Chloral	4 grammes.
Sirop de morphine.....	40 —

en une fois, 35 ou 40 minutes avant l'opération. (*Journal de thérapeutique.*)

En versant du chloroforme sur la peau du cobaye, du chat, du chien et du lapin, le professeur Brown-Sequard a provoqué le sommeil anesthésique et d'autres phénomènes étrangers, qu'il rapporte à l'inhibition des nerfs cutanés transmettant l'influence qu'ils en reçoivent aux centres nerveux. Voy. NERFS.

Ethérisation. Trois cas récents de mort à la suite de l'administration de l'éther dans les hôpitaux de Londres, pu-

bliés coup sur coup, démontrent, suivant le professeur Eustache, que l'on n'est pas plus à l'abri des dangers avec cet anesthésique qu'avec le chloroforme. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 37.) Il est vrai que l'une des victimes, atteinte d'obstruction intestinale, était à l'agonie. Néanmoins la fréquence de ces tristes catastrophes en Angleterre plus que partout ailleurs semble accuser une excessive légèreté dans l'administration des anesthésiques. Depuis 1876 que l'emploi de l'éther a remplacé le chloroforme dans les hôpitaux de Londres, sauf chez les enfants et les vieillards, on compte ainsi beaucoup plus de malheurs qu'à Lyon où l'éthérisation est de règle. Le chloroforme a d'ailleurs causé encore 25 décès, publiés en 1880 d'après le docteur Jacob, dans des opérations de peu d'importance : 4 extractions de séquestre, 3 pansements de doigts ou d'orteils blessés, amputation du sein, lithotritie, application d'une attelle à la jambe d'un enfant. Sur les 14 autopsies faites, tous les organes étaient sains dans 5 cas et le cœur seul était un peu gros ou mou dans les autres. L'éther ni le chloroforme ne semblent donc pas les seuls coupables, les chirurgiens anglais ont aussi leur part de responsabilité.

Sur l'anesthésie dans les opérations de la face qui exposent à l'entrée du sang dans les voies aériennes, par le docteur A. Jorry. Paris, 1880.

Historique des différents procédés employés, en donnant la préférence à l'usage de la potion au chloral, adoptée aujourd'hui par plusieurs chirurgiens dans les opérations sur la bouche et la face. Elle place le patient entre la connaissance et l'inconscience ; la sensibilité n'est que très diminuée, affaiblie sans être abolie, et l'action réflexe est encore ainsi gardienne des voies respiratoires et suffit pour en défendre l'entrée au sang. L'opéré peut être facilement réveillé au gré du chirurgien, qui lui fait cracher les caillots sanguins accumulés dans l'arrière-gorge ; puis il retombe aussitôt dans sa torpeur, sans passer par aucune phase d'excitation. En associant la morphine au chloral, l'anesthésie est plus rapide et profonde.

Anesthésie du larynx. Le tronc de la branche exclusivement sensitive du nerf laryngé supérieur pénétrant dans

l'intérieur du larynx, en traversant très superficiellement la membrane thyro-hyoïdienne au-dessous de l'extrémité arrondie de la grande corne de l'os hyoïde, le professeur Rosbach a cherché à interrompre la conductibilité du tronc du nerf à ce niveau. A cet effet, il pratiqua en ce point et des deux côtés du cou une injection sous-cutanée de 5 milligrammes de morphine. Le succès fut complet. Il reconnut ensuite, par des expériences faites sur des personnes saines, que la conductibilité pouvait aussi être interrompue par un froid intense. Il s'est servi, à cet effet, d'un pulvérisateur de Richardson, dont le jet sortait par deux petites ouvertures, écartées l'une de l'autre, de manière que les deux nerfs fussent atteints à la fois. Une pulvérisation d'éther, pendant moins de deux minutes, a suffi pour rendre l'intérieur du larynx insensible au contact d'un corps étranger.

L'auteur pense que cette méthode pourra aussi être utile dans les crampes réflexes, ayant leur point de départ dans l'intérieur du larynx, ainsi que dans les douleurs violentes de cet organe. (*Wiener med. Press*, 1880, et *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.)

ANÉVRISMES. *Ligature au catgut.* On persiste à discuter sur la valeur hémostatique de ce fil animal, pour l'oblitération des vaisseaux. La raison en est toute simple. La striction ou serrement n'étant pas toujours opéré de même, et les vaisseaux, les artères surtout, n'offrant pas la même résistance selon leur volume et leur état chez les différents individus, il en résulte les différences signalées.

Des expériences faites sur la carotide et la fémorale des chiens, par le docteur Arnaud, ne lui ont pas même donné des résultats uniformes. Sur quatorze applications avec le catgut phéniqué, son absorption fut trouvée complète du quatrième au seizième jour dans neuf cas, incomplète dans deux et nulle dans trois, dont un au quatrième jour et les deux autres au neuvième et au seizième. Il y avait absence de réaction inflammatoire et de caillot. La ligature était enkystée, et la lymphe et les granulations manquaient pour l'absorber.

Quant à l'état de l'artère, la membrane externe fut trouvée intacte douze fois et partiellement ulcérée dans les deux autres : d'où son avantage sur les autres fils contre l'hémorrhagie consécutive. Les membranes interne et moyenne

étaient complètement divisées dans douze cas, comme avec le fil de soie ou de chanvre, incomplètement dans un et nullement dans l'autre. Le caillot était très petit, sinon absorbé, ce qui a pu faire dire dans quelques cas qu'il ne s'en formait pas avec le catgut. (*Étude de la ligature dans le traitement des anévrismes*, Paris.)

La différence a été encore plus frappante dans un cas d'anévrisme du tronc innominé, chez un homme de quarante-sept ans, et dont la ligature des deux branches donna les résultats suivants : La carotide droite fut liée avec du catgut fort et toutes les précautions antiseptiques, le 30 juin 1880, par M. J. Adams, sans accident ni difficulté, au-dessus du muscle homo-hyoïdien. Réunion immédiate. Effet nul. Le 21 juillet suivant, M. Trèves lie le tiers interne de la sous-clavière dans les mêmes conditions ; mais la plaie suppure, et la cicatrisation n'est complète que le trente-sixième jour, malgré le pansement phéniqué. L'anévrisme s'améliore, et l'opéré, guéri en apparence, quitte définitivement l'hôpital. Mais il s'y représente bientôt, le 14 octobre suivant, pour une douleur dans le dos avec toux et faiblesse générale, et deux jours après il mourait subitement, après une hémoptysie légère. La rupture d'un anévrisme de l'aorte thoracique, ayant corrodé plusieurs vertèbres dorsales, avait causé la mort, et l'examen des deux ligatures faites cent huit jours avant sur la carotide, et quatre-vingt-sept sur la sous-clavière, montra que la première n'offrait aucun signe de constriction. Une légère teinte bleuâtre, résultant de la faible épaisseur des membranes, en était la seule trace. Sa lumière était rétrécie par un diaphragme perforé, un pylore en miniature d'une ouverture de une ligne et demie de diamètre. Ce diaphragme était formé par les bords recourbés des extrémités rompues de la tunique moyenne, et, comme la tunique externe maintenait sans déformation la circonférence du vaisseau, un petit espace triangulaire s'était formé, ayant pour base la tunique externe isolée, indiquée par la ligne bleuâtre, et pour sommet le bord du diaphragme, où les extrémités de la tunique moyenne se rencontraient. Les deux portions de la tunique moyenne n'étant unies entre elles que par une petite quantité de tissu connectif, l'artère offrait, au niveau de la ligature, des soulèvements angulaires considérables.

Au contraire, la sous-clavière était entourée dans le tiers interne d'une masse de tissu inflammatoire solide, bouchée et entièrement oblitérée, sans aucune trace de ligature. La différence était donc complète avec la carotide, restée perméable, bien que sa condition physiologique parût plus favorable à l'oblitération que la sous-clavière lors de la ligature. Rien dans la santé ni les conditions de l'opéré ne pouvant expliquer les résultats, M. Trèves admet que les procédés antiseptiques en sont la cause, par leur perfection même, en amenant la réunion immédiate, c'est-à-dire le retour trop prompt et complet des parties à leur état primitif. Anatomiquement, la guérison de la plaie était parfaite, trop parfaite même pour le but cherché de l'arrêt du cours du sang dans le vaisseau. Un peu de réaction dans la plaie, un peu de cette matière inflammatoire solide, presque trop abondamment produite autour de la sous-clavière, aurait probablement amené l'oblitération permanente de l'artère. Il faut cependant considérer les risques comparés qui accompagnent les deux modes de guérison. La question reste donc à savoir si, dans quelques cas, la guérison parfaite qu'on demande à l'emploi du traitement antiseptique est désirable ou avantageuse.

Un autre cas du docteur Jeremiah Mac Carthy pour un anévrisme de l'axillaire montre que la ligature au catgut avec la méthode antiseptique fut du moins impuissante à produire la guérison de l'anévrisme. L'oblitération produite ne fut que momentanée. La tumeur, après avoir cessé pendant quelque temps de battre, revint bientôt à son état primitif, augmenta de volume et nécessita l'amputation du membre supérieur.

La meilleure explication de ces insuccès semble se trouver dans ce fait que la rupture de la tunique interne n'est pas produite par le catgut, et, cette tunique restant saine, la lumière du vaisseau ne tarde pas à se rétablir quand le fil cesse son action constrictive. (*Soc. med.-chir. de Londres*, 8 février, et *Bull. de therap.*, 15 mars.)

Compression élastique. Ce mode de traitement des anévrismes des membres surtout, qui a eu un si grand retentissement en Angleterre en raison même de leur fréquence dans le pays, ne paraît avoir été suivi ailleurs que très

exceptionnellement. Il est resté tout à fait négligé en France surtout, et c'est un chirurgien de province, M. Poincot, de Bordeaux, qui paraît s'en préoccuper le premier, en recueillant les faits publiés à l'étranger et leurs résultats. Sur quarante-sept applications, il a relevé dix-huit insuccès et deux morts, en maintenant la compression trop longtemps pour interrompre le cours du sang. Huit insuccès paraissant dus à une mauvaise application, il reste donc trente-sept faits, dont vingt-sept guérisons. C'est un résultat qui mérite bien que l'on s'en occupe davantage. (*Soc. de chirurg.*, 12 janvier.)

Une statistique plus récente d'Amérique, par le docteur Lewis Steinson, compte soixante-deux cas traités de cette manière, ce qui prouve le succès qu'elle a obtenu aux États-Unis. Sauf trois exceptions où elle a été essayée sur les artères axillaire, circonflexe interne et tibiale antérieure, toutes ses applications se rapportent à des anévrismes de l'artère fémorale et surtout de l'artère poplitée. Sur les cinquante-deux cas où le procédé de Reid a été appliqué, il y a vingt-huit guérisons complètes, dont vingt-quatre obtenues d'emblée et quatre à la seconde tentative. Il n'avait été appliqué qu'incomplètement dans dix-sept cas d'insuccès et dans cinq autres seulement, où il a été scrupuleusement observé, des tentatives réitérées n'ont pu déterminer la guérison. Ce serait donc une faible proportion de 15 0/0 d'insuccès contre celle de 84,9 de guérisons. Les deux morts sont ceux de Weis et de Rivington, précédemment cités.

Sur seize insuccès, où la ligature fut pratiquée consécutivement, il n'y eut qu'un seul exemple de gangrène, tandis que, d'après Holmes, il y en eut deux ou trois sur dix-sept cas de ligature primitive. (*The amer. journ. of med. sc.*, avril.)

On voit donc, d'après ces statistiques, que le bandage élastique est un moyen efficace et à peu près inoffensif d'abrégier la durée du traitement par compression des anévrismes poplités et fémoraux. C'est entraînée par ces brillants résultats que la presse médicale française est enfin arrivée à les signaler, alors que le premier fait remonte à six ans. (*Voy. année 1875.*)

Dans trois cas d'anévrisme du membre inférieur, dont deux de la région poplitée, la compression et la réfrigéra-

tion employées par M. Combalat (de Marseille) restèrent vaines. Il lui fallut recourir à la ligature au-dessus du sac avec le catgut, comme au pli inguinal, et il obtint ainsi trois guérisons. (*Soc. de chirurg.*, février.)

Deux guérisons en sont également rapportées par le docteur Wheeler, chez deux hommes de trente-trois et trente-sept ans. Chez celui-ci, la tumeur avait le volume d'une petite orange dans le creux poplité. Une première bande élastique fut appliquée du pied au bord inférieur de l'anévrisme, et une seconde de son bord supérieur sur la cuisse. La bande fut laissée soixante-cinq minutes; après quoi, un tourniquet fut appliqué sur l'artère fémorale et la bande graduellement enlevée. Le soir, on réappliqua de même les bandes, qu'on enleva après une demi-heure avec les mêmes précautions. La compression par le tourniquet fut continuée pendant quelques heures. Les battements ne reparurent plus, et la guérison fut complète.

Le second cas est celui d'un homme de trente-trois ans. Le creux poplité droit était occupé par une tumeur de la grosseur d'une noix. La seule cause appréciable était un effort en jouant au cricket. On appliqua un traitement analogue au précédent, et le résultat fut aussi favorable. (*Soc. chirurg. d'Irlande*, mars.)

Née et appliquée surtout en Angleterre, cette méthode opératoire ne pouvait manquer d'être mise à l'ordre du jour du Congrès international de Londres, dans la section de chirurgie. Mais les auditeurs sont restés étrangers à cette discussion, comme dans leur pays, malgré les efforts des chirurgiens anglais. Il y en a eu pour et contre. M. Pearce Gould, en présentant le tableau de 62 applications, lui est surtout favorable. Tandis que la ligature, la compression et la flexion ne font qu'arrêter ou diminuer le courant sanguin dans le vaisseau principal, la bande d'Esmarch arrête de plus, d'après lui, la circulation dans les vaisseaux de volume secondaire et dans les branches anastomotiques. Appliquée de façon à empêcher la circulation, elle peut déterminer la coagulation du sang en masse, sans provoquer le dépôt de la fibrine sur les parois de l'anévrisme. Or, en étudiant ces deux modes de guérison, l'auteur conclut que la fibrine est stable et résiste au processus d'organisation ou de résorption; tandis que le caillot sanguin est

très peu stable et peut être facilement absorbé ou organisé.

M. E. Bellamy affirme que l'anévrisme est rebelle à la bande d'Esmarch quand son développement est rapide, le sac très dilatable, avec des complications cardiaques coexistantes. Elle n'est utile que si une guérison spontanée par dépôt de fibrine est en voie de production, en établissant un contact plus intime du sac avec son contenu et en arrêtant la circulation dans tous les vaisseaux secondaires et anastomotiques.

Anévrisme de la fémorale. La ligature de l'iliaque externe, faite au catgut par M. Combalat, de Marseille, a donné un succès complet. L'opéré étant mort dix mois après d'une affection cardiaque, on put constater que le sac n'était plus qu'un amas de tissu fibreux, oblitéré par le tissu conjonctif. L'iliaque externe était oblitérée à deux centimètres de son origine et la fémorale jusqu'à dix centimètres au-dessous de la naissance de l'épigastrique. La circulation s'était rétablie par les anastomoses. Le catgut complètement résorbé avait agi comme le fil de soie. (*Soc. de chirurg.*, juin.)

APHASIE. Une conclusion pratique, non encore signalée, résulte, selon M. Chauffard fils, de l'observation suivante, recueillie par lui à l'hôpital Lariboisière, chez un homme de soixante-cinq ans, ayant des ascendants apoplectiques dans sa famille. Pris d'une attaque qui le rend complètement aphasique, il décline correctement son nom et son adresse à l'entrée, mais ne peut indiquer sa profession ni prononcer une phrase suivie; à chaque instant, un mot, un substantif lui fait défaut, et il exprime vivement son désespoir et ses efforts pour le retrouver. Son écriture est aussi hésitante que sa parole, et son énergie cérébrale est vite à bout. Pendant qu'on l'interroge avec instance, ce qui provoque de sa part des efforts considérables, il est pris d'un nouvel ictus cérébral, dont il sort plus faible et plus aphasique qu'auparavant; il accuse de plus une céphalée continue et très pénible au niveau de la région fronto-pariétale gauche.

Sous l'influence du repos absolu et de quelques purgatifs, du bromure et de l'iodure de potassium associés à faible dose, l'état général s'est peu à peu amélioré; mais le

malade reste boiteux du cerveau, selon l'expression de Trousseau. Il parle comme si la langue qu'il parle ne lui était pas familière, mais les expressions sont justes, correctes, le vocabulaire ne présente presque plus de lacunes. En revanche, tout effort intellectuel est impossible et aboutit rapidement à la fatigue cérébrale, au surmenage, à la défaillance de l'organe.

Deux points intéressants sont donc à retenir dans ce fait : ne pas fatiguer les aphasiques par un examen trop minutieux ou trop prolongé, sous peine de les exposer à un nouvel ictus, surtout chez ceux dont l'aphasie paraît liée à une thrombose localisée, à un vice de l'irrigation corticale ; en second lieu, ne pas oublier, en matière de pronostic, que l'aphasique peut retrouver à peu près l'usage de la parole, mais qu'il est toujours sous l'imminence de nouveaux accidents, souvent promptement mortels. (*France médicale.*)

Aphasie transitoire. Soit que l'on en place le siège en dehors de la troisième circonvolution frontale gauche, soit que l'on en recherche les lésions histologiques pour l'expliquer, il est maintenant évident, par un assez grand nombre d'observations, qu'elle existe sans altérations apparentes. Sa disparition ou sa guérison par l'électrisation prouve d'ailleurs qu'elle existe sans lésions morphologiques appréciables. En voici encore deux exemples remarquables.

Un homme de cinquante-neuf ans, buveur d'absinthe et s'étant livré à tous les excès pendant dix-huit ans, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. Proust, le 16 mars 1880, ayant été frappé à son réveil, dix-sept jours auparavant, d'une hémiplegie droite avec aphasie. Il marche en traînant la jambe, mais le membre supérieur droit est absolument inerte ; traits de la face déviés à gauche sans paralysie de l'orbiculaire ; sensibilité notablement diminuée ; intelligence normale lui permettant de raconter gaiement, quoique avec difficulté, tous les détails de son histoire.

Trois jours après, le 20 mars, il est pris d'un étourdissement en se promenant sur la terrasse de l'hôpital et il tombe. L'hémiplegie devient absolue ainsi que l'aphasie. Ne pouvant trouver ses mots, il jure et s'impatiente ; bientôt l'intelligence décline, et une somnolence comateuse amène : mort le 3 avril.

Après la constatation des lésions viscérales de l'alcoolisme, l'autopsie montre l'hémisphère cérébral gauche présentant un élargissement notable des circonvolutions de la zone motrice, avec effacement des sillons. Au niveau de la première frontale, de la partie supérieure de la frontale ascendante et du lobe paracentral, existe une fluctuation manifeste, bien évidente après décortication. La région des deuxième et troisième frontales et des circonvolutions de l'insula, paraît saine à la surface. Il n'existe d'ailleurs, en aucun point du cerveau, de lésions superficielles des circonvolutions.

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

Quant à l'aphasie bien constatée, elle ne peut s'expliquer que par des lésions vasculaires, embolie ou thrombose, quoique rien de semblable n'ait été constaté dans la sylviennne gauche, sinon par des altérations histologiques. C'est donc une dérogation exceptionnelle à la loi de Broca, qu'il suffit de constater. (*Soc. anatomique.*)

Electrisation. Une femme de cinquante-six ans, demeurant à Nancy, rue Notre-Dame, n° 7, mère de trois enfants bien portants dont le dernier a quatorze ans, ayant cessé d'être réglée depuis trois ans, sans oppressions ni palpitations, est frappée, le 19 juin 1880, d'un éblouissement et de perte de connaissance en se mettant au lit. C'était une attaque d'apoplexie qui la laisse trois jours sans recouvrer sa connaissance, avec paralysie de la face et des membres du côté droit. Elle ne pouvait prononcer un seul mot.

Trois mois après, elle avait recouvré en partie ses mouvements et son intelligence, lorsqu'elle se présenta à l'hôpital le 20 septembre. Hémianesthésie du côté droit, sensitive

et sensorielle, mouvements des membres et des lèvres; mais elle ne peut remuer la langue ni émettre un son.

Frappé de ce dernier symptôme, le docteur E. Lévy, chef de clinique, essaya d'électriser séance tenante la langue, les cordes vocales, les parties latérales du cou avec des courants induits faibles. Aussitôt elle put remuer la langue, la sortir de la bouche et prononcer *Ah!* Elle put même dire quelques mots en rentrant chez elle. La même opération fut répétée cinq jours de suite, et cette femme regagna ainsi l'usage complet de la parole en apprenant à prononcer les mots longs comme un enfant. C'était donc là une simple amnésie verbale, justiciable de la paralysie, qu'il suffit de traiter pour rétablir la parole.

D'où les conclusions suivantes posées par l'auteur :

1^o L'aphasie peut être d'origine corticale ou d'origine ganglionnaire centrale.

2^o L'aphasie avec hémianesthésie est d'origine centrale et non corticale.

3^o Le pronostic de cette *aphasie hémianesthésique* est moins fâcheux que celui de l'aphasie corticale.

4^o Dans tous les cas d'aphasie, il importe au plus haut degré d'essayer les courants électriques ou l'aimant pour réveiller l'excitabilité des fibres périphériques et d'électriser directement les organes dévolus à la fonction de la parole. (*Revue méd. de l'Est*, n^o 14.)

Un autre exemple est l'aphasie plus ou moins complète dont les personnes atteintes de migraine ophthalmique sont parfois prises subitement. Les unes ne perdent que quelques mots, à d'autres il n'en reste presque aucun, et elles les placent à contre-temps. Ce ne sont parfois que des erreurs de mots ou même un simple embarras de parole; mais la soudaineté de son apparition, coïncidant toujours avec des troubles oculaires effrayants, jette généralement une certaine perturbation dans l'esprit de ces malades.

Un homme dans ce cas fait appeler son médecin, le docteur Augron, et l'aborde en lui disant : « Docteur, je suis aphasique. » Mais il ne peut dire que cela et le répète constamment. Il ne peut même qu'écrire imparfaitement le mot cerises. L'aphasie devient complète pendant la nuit et cesse après l'application de douze sangsues derrière les oreilles.

Une douleur céphalique au-dessus du sourcil gauche

avec un peu d'hémyopie ont été les prodromes de trois ou quatre accès semblables. Une fatigue cérébrale, un accès de colère, un abus de tabac paraissent en avoir été les causes ordinaires. (*Revue mens. de méd.*, août.)

De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie; thèse inaugurale, par Mlle Nadine Skwortzoff, docteur en médecine; Paris 1884. Exposition et analyse des nouvelles variétés d'aphasie créées en Allemagne d'après ces symptômes et le siège des lésions coïncidentes avec un grand nombre d'observations à l'appui. L'auteur a observé ainsi une fleuriste de trente-trois ans, syphilitique, qui perdit subitement la parole pour la recouvrer six mois après, mais sans pouvoir reconnaître les lettres imprimées ni écrites, pas même celles de son nom. Un exercice long et laborieux put seul lui faire reconnaître quelques lettres mobiles en relief. Elle ne pouvait écrire que de la main gauche.

La surdité des mots existait de même chez un menuisier en voitures de cinquante-quatre ans, ayant fait de fréquents excès alcooliques. Devenu aphasique, il emploie un mot pour un autre; puis il ne les comprend plus s'il les entend, car, admis à Sainte-Anne, il ne répond pas aux questions qui lui sont adressées. Cette surdité des mots est cependant plus rare que la cécité.

Toutes les deux ont été néanmoins observées simultanément chez un garçon de café de quarante-quatre ans, alcoolique, entré le 18 mai dernier à l'hôpital, service de M. Jacoud. En deux à trois mois, il acquiert tous les traits du tableau classique de la stase veineuse généralisée, de l'asystolie lente et progressive. Malgré le traitement pendant six mois et une amélioration appréciable, il perd tout à coup la parole et l'usage de ses facultés, le 10 octobre, et le lendemain à la visite il est assis et appuyé comme d'habitude, immobile, l'œil fixe, perdu dans le vague, ne répondant rien et ne paraissant ni voir ni entendre. Néanmoins, il prend et se sert de tous les objets qui lui sont habituels et nécessaires. Rien n'est changé dans son physique, sinon la paupière supérieure droite, légèrement abaissée, qui le fait cligner à demi. Toutes les fonctions s'exécutent bien, et, pendant trois jours, cet état d'inconscience cérébrale absolue le rend étranger à tout ce qui l'entoure et inaccess-

sible aux diverses incitations extérieures; il marmotte seulement : « Ça va mieux, ça va mieux, » et meurt tout à coup le 13, dans le coma et quelques convulsions.

Outre les altérations de l'alcoolisme et un athérome très prononcé de la crosse de l'aorte, l'autopsie signale un foyer de ramollissement rouge, de forme circulaire, comme une pièce de cinq francs, à bords sinueux, en plein lobe pariétal gauche. Il occupe toute l'épaisseur de la substance grise des circonvolutions du lobule au pli courbe et le pli courbe lui-même, s'avancant en haut jusqu'à la scissure intra-pariétale et à la scissure parallèle en bas. D'où l'auteur de l'observation, M. A. Chauffard, conclut que cette lésion est la cause des troubles observés.

Pour les auteurs allemands Wernicke et Kussmaul, il y aurait entre la troisième circonvolution frontale gauche, chargée de l'émission de la parole, et la région temporo-occipitale de l'écorce, appareil récepteur des impressions sensorielles, visuelles et auditives, un appareil intermédiaire de transmission, dont l'intégrité serait indispensable pour le mécanisme normal du langage articulé. De là les caractères variables de l'aphasie suivant le siège de la lésion. Le cas précédent serait donc typique de l'aphasie par surdité et cécité verbales.

Mais les objections faites en France à cette théorie ne permettent de voir là qu'un simple effet psychique. L'existence des centres sensoriels corticaux chez l'homme est encore loin d'être cliniquement démontrée, et ce fait curieux ne peut être considéré que comme un jalon d'attente. (*Revue de méd.*, novembre.)

APOMORPHINE. Les médicaments expectorants, comme l'ipéca, le chlorhydrate d'ammoniaque, le kermès et même le polygala, sont si incertains dans leurs résultats que ce nouvel alcaloïde, considéré simplement comme vomitif jusqu'ici, serait doublement précieux s'il possédait, à faible dose, la propriété expectorante dont Kormann le premier l'a doué en Allemagne.

Dans dix-sept cas d'affections pulmonaires, chez des enfants âgés de six mois à dix ans, Kushel a obtenu des résultats concordants de tous points avec ceux du premier expérimentateur.

Il a administré l'apomorphine à onze malades atteints de rougeole compliquée de bronchite, avec une grande élévation thermique (41°); un autre malade présentait une bronchite intense au cours d'une variole; trois fois il s'agissait d'une pneumonie franche et trois fois d'un catarrhe pulmonaire ancien et rebelle contre lequel avaient échoué le chlorhydrate d'ammoniaque et l'ipéca. En général, dans les vingt-quatre heures après l'administration de l'apomorphine, les râles secs ont fait place aux ronchus humides, l'expectoration est devenue facile, et la température a baissé. Jamais l'auteur n'a observé de vomissements.

Les doses ont nécessairement varié avec l'âge; pour un enfant d'un an : un milligramme toutes les deux heures; pour un enfant de deux ans : un milligramme et demi, et ainsi de suite jusqu'à onze ans, en augmentant d'un demi-milligramme par année. On peut associer l'apomorphine avec l'ipéca, ou l'administrer dans un sirop quelconque. (*New-York med. Record.*)

ARTHROPATHIES. *Courants continus.* L'emploi de l'électricité est formellement contre-indiqué tant qu'une articulation présente des phénomènes aigus ou subaigus; il peut même réveiller une inflammation éteinte en apparence. De là la prudence et la modération indispensables lorsque les symptômes phlegmasiques ne sont apaisés que depuis peu. L'arthrite chronique réclame seule cette médication.

Des cinq formes distinctes d'arthrites chroniques, admises par M. A. Joffroy, — selon qu'elles succèdent au rhumatisme articulaire progressif ou à localisation et à marche indéterminées, blennorrhagique ou puerpéral, au traumatisme ou à la goutte — c'est surtout contre la périarthrite que le traitement doit être dirigé. Dès que les tissus durs, résistants, peu vasculaires, se résorbent et s'assouplissent sous l'influence des courants continus, l'articulation reprend ses mouvements normaux, proportionnellement à la diminution de volume de la tumeur. Aussi conviennent-ils surtout quand la palpation de la jointure ankylosée ne perçoit que des tissus indurés, indolents à la pression, mais sensibles et douloureux aux mouvements de flexion et d'extension. C'est lorsqu'il n'y a ni tissus mous et fongueux, ni lésions osseuses

que l'on en obtient les meilleurs effets. Les tumeurs blanches en sont donc absolument exclues.

Les résultats ont été très médiocres après le rhumatisme chronique progressif; c'est à peine s'ils agissent contre l'atrophie musculaire et suspendent les accidents. Le succès en est principalement dans les arthrites consécutives à la blennorrhagie, la puerpéralité ou le traumatisme. L'exemple suivant, observé à la clinique médicale de la Pitié en 1876, est la preuve des résultats satisfaisants que l'on peut en obtenir dans ces divers cas.

Femme de vingt-neuf ans, ayant eu des accidents de pelvi-péritonite assez graves à la suite d'un accouchement difficile. De la douleur avec gonflement survient au cou-de-pied gauche, puis se transporte au genou. Cinq mois après l'accouchement et plus de quatre après le début de cette arthrite, le genou formait une grosse tumeur arrondie comme une tête d'enfant de 49 centimètres de circonférence. Les tissus étaient durs et résistants, sans épanchement notable, et l'immobilité paraissait due à l'épaississement et à l'induration de ces tissus. Atrophie très marquée du triceps fémoral.

Malgré les applications de teinture d'iode, les vésicatoires répétés, les pointes de feu, le massage pratiqué avec soin tous les jours pendant deux semaines, conjointement avec l'usage interne de l'iodure de potassium à haute dose, tout était resté sans succès. Les courants continus furent employés avec une pile de quarante éléments, le pôle positif sur une partie de la tumeur, tandis que le tampon du pôle négatif était promené sur la surface cutanée. Il faisait rougir la peau et produisait une douleur intense.

Après une semaine de ces séances; d'une durée de dix minutes environ chaque jour, l'amélioration était notable et l'articulation exécutait quelques mouvements. En quinze jours, diminution très appréciable du volume du genou qui ne mesurait plus que 41 centimètres contre 35 du genou sain. Les mouvements se rétablirent bientôt, et, après un mois de séjour, la malade guérie quittait l'hôpital. Ce n'est donc pas là une simple coïncidence.

Une arthropathie blennorrhagique et deux autres se rapportant à des accidents traumatiques ont présenté une amélioration semblable. La condition essentielle du succès

de ce traitement est donc qu'il n'existe aucune lésion profonde de l'articulation. (*Archives de méd.*, novembre.)

ARTHROTOMIE. L'emploi du nuage phéniqué a rendu cette opération aussi fréquentè et efficace qu'elle était redoutée auparavant. On ouvre les grandes articulations comme toutes les autres cavités closes, sans danger de pyohémie. Une arthrite suppurée du genou a été traitée avec succès par M. Nicaise, chez un homme de vingt-huit ans, consécutive à une ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité du fémur droit remontant à dix ans. La distension de la synoviale était extrême, les douleurs vives avec fièvre. Une ponction aspiratrice, faite le troisième jour, donna issue à de la sérosité purulente qui se reproduisit en trois jours. Une large incision fut pratiquée en octobre 1880 à la face externe et supérieure du genou, d'où s'écoula une quantité considérable de pus. L'articulation fut ensuite lavée à plusieurs reprises avec de l'eau phéniquée au cinquantième, et, un drain gros et court étant placé, la plaie fut pansée antiseptiquement.

Dès le vingtième jour, le membre fut sorti de la gouttière pour rétablir les mouvements dans le lit. Un mois après, l'opéré marchait avec des béquilles, et, au mois de mars dernier, les mouvements de l'articulation étaient rétablis dans l'état normal.

Un garçon de dix-huit ans était atteint d'une hydarthrose des deux genoux depuis quatre ans, sans que le traitement médical eût pu les modifier. Après avoir inutilement employé la teinture d'iode, la compression et les vésicatoires, M. Nicaise, voyant que le liquide ne diminuait que momentanément pour reparaitre ensuite, pratiqua, le 15 juin, l'arthrotomie du genou gauche le plus volumineux. Une injection phéniquée au 40^e fut pratiquée, suivie d'un drain; puis le membre fut placé dans une gouttière. Le dix-neuvième jour, le malade pouvait marcher.

Ce succès provoqua l'arthrotomie du genou droit, le 18 octobre, par le même procédé. L'hydarthrose était simple, avec épaissement de la synoviale. Le drain fut enlevé le cinquième jour et, dès le quinzième, le malade se levait, sans la moindre raideur articulaire.

Un phénomène surprenant a suivi ces deux opérations.

Une douleur vive dans l'aîne et sur le trajet des lymphatiques de la cuisse, avec gonflement et douleur des ganglions inguinaux, se manifesta dès le lendemain. Tout est promptement rentré dans l'ordre.

Un succès semblable a été obtenu pour l'extraction d'un corps étranger du genou droit, chez un homme tombé d'une vergue sur le pont d'un navire longtemps auparavant. Il était mobile et empêchait la marche. Entré à l'hôpital le 20 juillet, cet homme fut soumis à toutes les précautions antiseptiques, et M. Nicaise fit l'incision à la partie supérieure et externe. Il arriva ainsi, couche par couche, jusque sur la synoviale, ayant soin d'attendre avant d'ouvrir celle-ci que tout écoulement sanguin eût cessé. La synoviale ouverte, il put extraire le corps étranger sans difficulté, lequel mesurait 3 centimètres dans son grand axe sur 16 ou 17 millimètres, formant le volume d'un gros haricot de Soissons. La plaie fut fermée par trois points de suture, et un pansement antiseptique appliqué. Ces points de suture furent enlevés le troisième jour; la réunion était complète. Le membre fut placé dans une gouttière. Le sixième jour, le malade commençait à faire des mouvements; il se levait le dixième jour, complètement guéri.

L'emploi de la méthode antiseptique n'est certainement pas étranger à la rapidité de cette guérison.

La même opération a été pratiquée à Saint-Louis par M. Pozzi, qui rencontra des difficultés particulières. Le corps étranger était solidement attaché à la synoviale, et la moindre traction exercée sur lui déterminait de très vives douleurs. Cette pédiculisation avait un autre inconvénient : l'incision de ce pédicule a déterminé une petite hémorrhagie persistante qui n'a sans doute pas été étrangère au défaut de réunion. Malgré un traitement antiphlogistique et l'application, vingt-quatre heures après, du pansement ouaté, ce malade a eu une arthrite suppurée. M. Pozzi n'hésita pas à ouvrir largement l'articulation, plaça un tube à drainage, et son malade guérit très bien. D'où la preuve de la supériorité du bandage phéniqué sur le bandage ouaté, surtout dans ces opérations délicates, car la synoviale n'était pas dans une bonne condition dans le premier cas. Avec la méthode antiseptique, l'écoulement du sang entre les lèvres de la plaie n'aurait pas empêché la réunion immé-

diate. (*Soc. de chir.*, mars, avril et novembre.) Voy. RÉSECTION DU GENOU.

ARTHROXÉSIS. C'est l'abrasion intra-articulaire, introduite en France par le professeur Letiévaut, contre l'arthrite fongueuse, à la suite des essais de quelques chirurgiens allemands. Les premières applications avec succès en remontent seulement à trois ans. Renchérissant sur le simple raclage à la cuiller tranchante de Volkmann, il ouvre l'articulation, sans craindre de sacrifier même une masse osseuse lorsqu'elle est entourée d'un fongus qui en a légèrement érodé la surface. En cas de fongosités profondes, il évide même, sans pour cela amputer ni réséquer. Enlever le mal, rien que le mal ; respecter ce qui est sain, tout ce qui est sain, telle est la règle principale de cette opération, dont il n'y a pas lieu de rappeler ici le manuel opératoire, déjà décrit. (Voy. TUMEURS BLANCHES. 1879.)

Traitement de l'arthrite fongueuse par l'abrasion intra-articulaire, thèse inaugurale par R. de Laprade. Paris, 1880 (n° 400).

Cautérisation consécutive. La disposition anatomique de l'articulation malade rendant la destruction exacte des fongosités difficile, sinon impossible, le docteur Poinsoy a modifié l'opération par un procédé plus radical. Il s'agissait d'une arthrite du genou gauche consécutive à une blennorrhagie, chez un garçon de vingt-deux ans, entré le 24 juillet 1880 à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Trois vésicatoires et l'immobilisation étaient restés sans résultat. Les douleurs intolérables faisaient réclamer l'amputation. Fièvre violente, avec élévation de la température à 38°, 5 chaque soir. Le malade maigrit et s'anémie. Genou très volumineux, avec distension énorme du cul-de-sac supérieur et saillie molle latérale ; fluctuation évidente.

Le 10 septembre, l'articulation est largement ouverte par incision demi-circulaire à convexité inférieure, avec section du tendon rotulien, pratiquées avec toutes les précautions antiseptiques. La rotule, relevée, laisse voir largement l'intégrité des surfaces osseuses. Les cartilages sont érodés partiellement ; mais la synoviale et les ligaments sont dans

toute leur étendue recouverts de fongosités assez vasculaires pour faire issue au dehors, à mesure que le bistouri ouvrait l'article. Elles sont aussitôt réséquées avec soin dans tous les points aisément accessibles; la curette est employée dans les autres, et la plus grande partie du tissu fongoïde est enlevée. Mais, au lieu de laver simplement l'intérieur avec une solution phéniquée, elle fut remplacée par une solution de chlorure de zinc au douzième pour laver largement la cavité articulaire. Drainage avec quatre mèches de crin, deux de chaque côté. Le lambeau rotulien est fixé par trois points de suture métallique et une suture superficielle; pansement de Lister. Le membre est ensuite immobilisé dans une gouttière avec valves mobiles au-dessus du genou.

Malgré ce traumatisme effrayant, aucune trace de suppuration n'eut lieu, la température n'a pas dépassé 37 à 38°, l'opéré a pu dormir dès le premier jour et les suivants, et, sans un petit abcès survenu le 4 octobre, il pouvait être considéré comme guéri. Le 13 novembre, le membre est enfermé dans un appareil silicaté permettant la marche avec des béquilles. La marche est possible avec une canne dès le 15 décembre, et, le 27, l'appareil est enlevé; l'ankylose est complète, la marche est facile et nullement douloureuse, et le genou, indolent à la pression, a repris ses dimensions normales.

Revu deux mois après, cet homme présente un état général excellent. Il marche aisément, sans appui, sans autre trace au genou qu'une cicatrice linéaire. L'articulation a repris son volume, sa forme, ses dépressions et ses saillies ordinaires. C'est donc là un succès complet, grâce à cette addition d'une ouverture plus large de l'article permettant d'en explorer l'intérieur et de détruire les racines des fongosités en empêchant la formation du pus. (*Revue de chirurgie*, mai.)

ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS. *Immersion dans l'eau chaude.* L'emploi récent de ce moyen, dont la priorité a eu un certain retentissement, a été indiqué dès 1872 par le docteur Le Bon dans une note adressée à l'Institut. (Voy. *année 1873*). Le refroidissement du sang et la formation de caillots cardiaques étant considérés par lui, d'après ses expé-

riences sur les lapins, comme l'accident le plus redoutable et mortel de l'asphyxie, il proposait l'immersion de ces animaux dans l'eau chauffée graduellement de 38 à 48° centigrades.

On comprend que les accoucheurs aient tenu peu de compte de cette indication laconique. C'est d'après elle cependant que M. Goyard a pu sauver un nouveau-né dans les circonstances suivantes : Une femme primipare, éclamp-tique, venait d'être accouchée au forceps, avec l'aide de deux autres médecins. Le nouveau-né, asphyxié, était en état de mort apparente, sans aucun battement du cœur. Frictions avec des linges chauds, respiration artificielle, électricité et tous les autres moyens usités en pareil cas avaient été vainement essayés pendant plus de deux heures, et l'on allait abandonner le corps, quand, se rappelant l'indication précédente, l'accoucheur le plongea jusqu'au cou dans de l'eau chauffée à 45°. Il ne s'était pas écoulé une demi-minute qu'un premier mouvement inspiratoire se manifesta, lequel, suivi de plusieurs autres, ramena cet enfant à la vie en cinq minutes. (*Acad. des sciences*, janvier.)

Ce succès n'a pas manqué de soulever une question de priorité. Le docteur Houzel a réclamé aussitôt l'avantage d'un procédé analogue qu'il emploie depuis fort longtemps et qui lui a permis de rappeler rapidement à la vie des nouveau-nés asphyxiés ou en état de mort apparente. Voici la formule de ce procédé :

Un enfant venant au monde en état de mort apparente, pendant que j'enlève avec le doigt les mucosités de la bouche jusque sur la glotte et que je pratique rapidement l'insufflation, je fais apporter deux seaux contenant, l'un de l'eau à 50° environ, l'autre de l'eau aussi froide que possible.

Si l'insufflation ne réussit pas, et c'est le cas le plus commun, l'enfant saisi à pleines mains, les pouces sous les aisselles, les doigts se réunissant derrière la nuque afin de soutenir la tête, je le plonge jusqu'au cou dans l'eau chaude, où je le laisse une demi-minute environ, et pendant ce temps j'essaye de pratiquer la respiration artificielle en comprimant le thorax avec les mains.

Je l'enlève brusquement et le mets dans l'eau froide, d'où je le retire aussitôt pour le plonger dans l'eau chaude,

et ainsi de suite jusqu'à ce que la respiration soit bien établie.

Souvent, à la deuxième ou à la troisième immersion, j'obtiens une inspiration profonde. En continuant avec persévérance, les inspirations se suivent en espaces de plus en plus rapprochés, jusqu'à ce que la fonction soit établie dans toute son intégrité. (*Gaz. des hôpitaux.*)

Ce procédé diffère donc essentiellement du précédent, car son auteur compte surtout sur l'action du bain froid. « Plongez, dit-il, un adulte dans l'eau froide, il se produit sur toute la peau une impression subite, énergique, qui se traduit par une action réflexe irrésistible de tous les muscles inspireurs. Involontairement, il se produit une inspiration profonde, souvent même un cri. Si je le mets dans l'eau chaude, c'est afin d'éviter un refroidissement qui pourrait être funeste et fournir une transition de température encore plus grande et pouvoir le replonger impunément dans l'eau froide. L'impression brusque et énergique de la peau est le point essentiel, et, d'après mes observations, c'est presque toujours au moment où il est saisi par l'eau froide que l'enfant asphyxié fait sa première inspiration. »

Ce moyen si simple, employé depuis plus de douze ans, et presque toujours avec succès, ne peut donc prétendre à la priorité sur l'immersion dans l'eau chaude. C'est d'ailleurs celui que Marshall Hall a recommandé pour exciter les muscles inspireurs. Et, comme l'eau doit être glacée plutôt que froide pour avoir de l'efficacité, le danger en est d'autant plus grand. Que l'action en soit analogue ou différente, il est évident que le danger du refroidissement est beaucoup plus redoutable. L'action de l'eau chaude, mesurée à la température où le fœtus se trouvait dans le sein de sa mère, ne peut être d'aucune nocuité et suffit à établir la respiration, comme l'exemple suivant en est la preuve.

Le 13 juillet 1879, Mlle Anna Puéjac, sage-femme en chef à la Maternité de Montpellier, mettait au jour un garçon chétif, né avant terme et ne pesant que 1800 grammes. Après deux inspirations assez faibles, la face pâlit, muqueuse décolorée, relâchement musculaire général, battements faibles du cœur. Après avoir successivement débarrassé le larynx de ses mucosités, frictionné la colonne vertébrale, flagellé le thorax et les fesses, tout cela sans

succès, elle prit le coin d'une serviette imbibée d'eau chaude à 60 ou 65 degrés centigrades, en en aspergeant la poitrine. Immédiatement l'enfant poussa un cri. L'impression fut tellement instantanée qu'elle est comparable à celle que produit un coup de fouet sur un animal endormi. Chaque goutte d'eau fit sur la peau une tache rosée, qui s'étendit rapidement et transforma toute la coloration du corps. De livide qu'elle était, elle devint normale; il n'y eut ni inflammation ni phlyctènes. Du reste, l'enfant fut placé dans un bain tiède, aussitôt qu'il eut crié. Une fois établies, les fonctions respiratoires persistèrent avec leur type normal. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, n° 20, 1880.)

La priorité de l'emploi de l'eau chaude, si priorité il y a, appartiendrait donc plutôt à Mlle Puéjac qu'au docteur Goyard. Mais qui n'a dû employer l'un ou l'autre de ces moyens, en pareil cas? Le docteur Reid rappelle à ce sujet que son père, mandé près d'une jeune femme que l'on croyait morte après un accès, demanda de l'eau chaude, qu'il fit couler sur la région précordiale par un jet continu. Peu à peu, les battements du cœur revinrent, et la malade fut rendue à la vie. Ce souvenir de son enfance a fait récemment appliquer le même remède sur un vieillard qui semblait avoir succombé à un accès et dont les battements cardiaques avaient cessé. Ce même moyen rappela le vieillard à la vie. (*British med. journ.*)

Il est indubitable que la même pratique est employée chez les nouveau-nés. Leur immersion dans l'eau chaude, à une température qui n'est pas déterminée avec le thermomètre, il est vrai, est de pratique courante en Bretagne, ainsi que l'a fait remarquer dans une des dernières séances de la *Société de médecine pratique* la lettre d'un médecin de cette région. Ce n'est donc plus à l'insufflation bouche à bouche qu'il faudra s'arrêter à l'avenir pendant des heures. La flagellation du corps, du thorax en particulier, avec de l'eau très chaude, est bien plus efficace quand les mucosités ont été enlevées du larynx.

ATAXIE LOCOMOTRICE. Cette dénomination serait impropre dans beaucoup de cas, selon le professeur Pitres, de Bordeaux, parce que les divers troubles de la sensibilité, qui marquent le début de l'affection, peuvent durer des

mois, des années et même toute la vie, sans que les troubles moteurs se manifestent. L'exhibition de cinq malades à l'une de ses leçons a mis en évidence l'importance de ce fait pour le diagnostic et le traitement. Le premier, malade depuis cinq ans, avait commencé par éprouver une douleur vive avec élancements dans le gros orteil gauche. Le second, en mars 1879, a ressenti des fourmillements dans les pieds s'étendant jusqu'au genou, avec crampes douloureuses dans le mollet. Neuf mois après, l'ataxie était confirmée. Des douleurs dorso-lombaires, comparées aux morsures d'un chien, ont formé le début chez le troisième. C'étaient, chez les deux autres, des douleurs dans les hanches, se manifestant le matin en se levant chez l'un d'eux, comme un déchirement aigu et rapide.

De là l'importance de tenir compte de ces douleurs prémonitoires de l'ataxie et qui l'annoncent, en se manifestant sous le type fulgurant ou le type persistant. Les premières sont ordinairement subites, passagères et reviennent par accès; les secondes sont plus continues et persistantes. Leur siège principal est la face ou les membres, les viscères abdominaux et le rachis. C'est en les diagnostiquant dès le début et en leur opposant un traitement approprié que l'on peut prévenir l'ataxie ou en atténuer la gravité. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Confusion avec la sciatique. L'essence nerveuse de l'ataxie, en donnant lieu à des douleurs dans les membres inférieurs surtout, doit prémunir contre cette erreur. La localisation tout à fait exceptionnelle de ces douleurs dans un seul membre, en l'absence d'autre signe, est surtout propre à la faire naître et à l'entretenir. C'est ainsi que chez un malade entré à la clinique de l'Hôtel-Dieu, service du professeur Sée, tous les phénomènes de la sciatique étaient si apparents que les injections de morphine, les cautérisations les plus énergiques et autres moyens analogues avaient été employés, vainement bien entendu, puisqu'il s'agissait en réalité de crises douloureuses purement symptomatiques de l'ataxie.

Des troubles de la vue, appréciables dès la première inspection, firent aussitôt soupçonner quelque chose de spécial. L'ophtalmoscope, en permettant de découvrir la

lésion spéciale du nerf optique, mit aussitôt sur la voie de la maladie véritable, confirmée par l'absence complète du phénomène du genou, qui a une si grande importance dans le diagnostic. C'était une de ces formes frustres, si fréquentes, dont le principal symptôme, la sciatique, qui résistait depuis plusieurs semaines, céda rapidement au salicylate de soude. C'est en effet dans ces conditions particulières qu'il se montre le plus efficace par son action analgésiante. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, février.)

Influence de la syphilis. Elle est si fréquente que, dès sa découverte, l'ataxie lui a été attribuée exclusivement. Sur 30 ataxiques examinés en France par M. A. Fournier, 24 avaient eu la vérole. La syphilis était notée 5 fois sur 11 ataxiques cités par M. Féréol et existait 8 fois sur les 10 cas de M. Siredey, soit chez plus des deux tiers de la totalité. (*Ann. de dermatologie*.)

Cette proportion est encore trouvée plus considérable en Allemagne.

Sur 100 ataxiques examinés par Erb, 12 seulement n'avaient jamais eu de chancre simple ou syphilitique; 59 fois les accidents secondaires avaient été observés. Chez 29 malades, ils ne s'étaient pas produits ou étaient passés inaperçus; mais, parmi ces derniers, 12 avaient été soumis au traitement mercuriel et, conséquemment, considérés comme syphilitiques.

Un relevé de 88 observations montre que le temps écoulé entre le chancre et les premiers symptômes de l'ataxie a varié entre 3 à 5 ans dans 17 cas; de 6 à 10 ans dans 37 cas; de 11 à 20 ans dans 24 cas. Dans 10 autres cas, 20 ans s'étaient écoulés entre le chancre et l'apparition de l'ataxie. Pour démontrer qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, Erb a interrogé les antécédents de 400 malades, âgés de plus de vingt-cinq ans et atteints d'affections diverses complètement indépendantes de la syphilis. Les résultats concordent pour chaque centaine : sur 100 malades, 11 avaient eu un chancre seulement, 12 un chancre suivi d'accidents secondaires, 77 étaient indemmes de tout antécédent vénérien.

Au contraire, sur 100 ataxiques pris dans le même milieu social que les précédents, 88 avaient eu un seul chancre suivi d'accidents constitutionnels. (*Centralblatt für med. Wissensch.*)

Depuis cette statistique, l'auteur a observé 13 nouveaux ataxiques dont un seul n'avait pas eu d'infection antérieure. La proportion est donc encore plus concluante.

C'est ordinairement de la cinquième à la quinzième année après l'infection que les accidents ataxiques surviennent; mais ils surviennent aussi parfois avant, c'est-à-dire de la troisième à la cinquième.

Il évalue ainsi à 90 0/0 la cause de la syphilis dans l'ataxie, mais cette fréquence est combattue par MM. Althaus (de Londres) et Gairdner (de Glasgow), qui ne l'ont rencontrée que dans 40 0/0 des cas. (*Congrès internat. de Londres.*)

Ces résultats ont été confirmés en Angleterre par le docteur Gowers. Sur 33 ataxiques observés, dont 21 à l'hôpital et 12 en ville, 18 présentaient des antécédents syphilitiques très positifs, consistant en chancres avec symptômes secondaires chez 15, et 3 ne présentant que ceux-ci. Des 15 autres ataxiques, 5 avaient eu un chancre sans symptômes secondaires; le surplus était indemne de tout accident analogue, mais 5 avouaient avoir été atteints de gonorrhée.

Sur les vingt et un ataxiques hospitalisés, dix avaient présenté une syphilis constitutionnelle et cinq la gonorrhée. Des douze cas observés en ville, il y en avait huit de syphilis secondaire et un de chancre simple. Ce qui est une démonstration indirecte pour l'auteur que l'ataxie procède directement de la syphilis, en se montrant encore plus fréquente parmi les malades de la classe aisée que parmi les pauvres. Il admet ainsi que, chez la moitié des ataxiques au moins, cette maladie ne reconnaît pas d'autre cause.

L'intervalle qu'elle a mis à se manifester est beaucoup plus long ici que dans la statistique précédente; l'infection ne remontait pas à moins de sept ans dans aucun cas, de vingt dans trois cas, et de vingt et un à vingt-cinq dans deux. Tous les autres étaient fixés à peu près également dans les périodes intermédiaires.

On peut se demander comment cette influence est si tardive, et pourquoi le traitement spécifique n'a pas eu plus d'action ici que partout ailleurs. Dans sa foi robuste, M. Gowers passe sur ces objections capitales, en se retranchant sur l'obscurité profonde de l'action du virus syphilitique sur le système nerveux. Ces dernières statistiques ne sont donc pas plus concluantes que les précédentes. (*Lancet*, 15 janvier.)

Il paraît dès lors difficile de ne pas admettre qu'un certain nombre d'ataxies ne soient d'origine syphilitique. On doit donc l'interroger chez tous les malades, car l'ataxie constituerait, même pour certains spécialistes exclusifs qui ne voient partout que la syphilis, une des modalités de la syphilis cérébrale.

Sans doute, le traitement spécifique n'est pas toujours capable d'enrayer la maladie. Mais l'administre-t-on à doses suffisamment massives ? A-t-on le soin de donner simultanément l'iodure et le mercure en friction, comme le recommandent aujourd'hui la plupart des spécialistes ? Et puis, n'institue-t-on pas un peu tard ce traitement spécifique ? C'est au début, avant que les lésions soient entièrement constituées, qu'il faut agir ; plus tard, le mal est irréparable.

Lésions osseuses. Elles se présentent de plus en plus depuis que M. Charcot en a fait la découverte. Aux altérations organiques constatées par M. Regnard (Voy. *année 1880*), voici de nouvelles lésions histologiques rencontrées par M. Blanchard, d'après l'examen de trois fémurs provenant d'ataxiques très avancés, morts dans le service de M. Dbove, à Bicêtre. L'aspect d'une coupe transversale ressemble à celui de l'ostéite raréfiante. Les canaux de Havers sont très dilatés, au point que, la résorption du tissu osseux ayant lieu sur deux canaux connexes, ils peuvent se réunir ou communiquer ensemble par l'usure, la destruction de la lamelle intermédiaire. De là l'amincissement progressif des os longs chez les ataxiques.

Cette altération appréciable se rencontre surtout au centre de l'os, au voisinage de la moelle. Le diamètre de ces canaux, de 30 à 60 μ à l'état normal, oscille entre 100 et 250. Ils ne sont plus représentés alors que par deux ou trois lamelles concentriques plus ou moins régulièrement érodées. A l'état frais, ils sont remplis de graisse. C'est ainsi que, en plongeant ces os dans le picro-carminate d'ammoniaque, les parties lésées prennent une coloration rouge, dont l'intensité est proportionnée à la lésion, tandis que le surplus reste incolore, comme tout os non décalcifié. L'os décalcifié fixe seul les matières colorantes ; c'est son caractère particulier. Cette épreuve montre donc que les matières organiques di-

minuent dans les systèmes de Havers chez les ataxiques : d'où la diminution des phosphates et la présence de la graisse dans ces os, signalées par M. Regnard.

A côté de ces systèmes dont le canal est élargi, on en observe d'autres dont le canal se présente avec l'apparence normale, mais qui fixent cependant les réactifs colorants. On peut dire que, dans ce cas, on a affaire à des systèmes de Havers que vient d'atteindre la lésion, et on peut prévoir que les canaux placés au centre de ces systèmes n'auraient pas tardé à s'élargir, par le fait de la résorption des lamelles les plus proches du centre.

Cette observation montre enfin que la lésion débute par une disparition des sels calcaires et que l'érosion du système de Havers est un phénomène secondaire. (*Soc. de biol.*, janvier.)

Ces lésions ne diffèrent pas dans les fractures spontanées ou l'usure des épiphyses chez les ataxiques. Les canaux de Havers se dilatent identiquement par la résorption du tissu osseux à leur pourtour, en allant toujours du centre à la périphérie. Ils peuvent ainsi s'élargir et communiquer à l'extérieur par de vastes lacunes dans les cas très avancés. La surface de l'os est alors dentelée et déchiquetée. (*Idem*, mars.)

Mal perforant du pied. C'est encore une conséquence de la lésion spinale, au même titre que l'arthropathie tabétique, d'après le professeur Ball, qui en rapporte deux exemples, déjà publiés dans les *Archives de physiologie*. Il se rattache spécialement aux douleurs fulgurantes, au symptôme du genou et autres lésions trophiques semblables, celles de l'œil en particulier. (*Congrès intern. de Londres.*)

Localisation du réflexe rotulien. La disparition du mouvement de projection brusque de la jambe en avant, qui s'obtient, le genou demi-fléchi, en donnant un coup sec sur le tendon rotulien, découvert par le professeur Westphal comme le signe de l'ataxie, ne lui suffit plus. Comme tous les Allemands, il prétend en fixer le siège non plus vaguement dans les lésions des cordons postérieurs de la moelle lombaire, mais bien plus précisément dans la dégénérescence d'une zone déterminée de cette région, d'après

un cas observé à la Charité de Berlin en 1877. C'était un homme de trente-deux ans, aveugle depuis six mois, sans irrégularité des mouvements, ni anesthésie, ni douleurs lancinantes, ni aucun autre symptôme d'ataxie. Hypochondriaque, il tombe en démence en 1879, et c'est seulement que la disparition du réflexe rotulien est constatée à droite. La mort arrive en janvier, lorsqu'il avait également disparu à gauche.

L'autopsie montre une dégénérescence grise très avancée des nerfs et des bandelettes optiques et des corps quadrijumeaux avec une dégénérescence jaunâtre dans la partie moyenne des cordons postérieurs ayant son maximum dans la région lombaire. Elle ne s'avance pas jusqu'au septum médian et respecte les faisceaux de Goll. L'angle du coin de ces faisceaux, à la région dorsale, est coiffé par la zone dégénérée. C'est donc là le siège positif du réflexe rotulien. (*Berl. klin. Wochenschr.*, nos I et II, et *Gaz. hebdomad.*, n° 28.)

Tout ce qu'il est permis d'affirmer, c'est qu'il réside bien dans l'intégrité de la moelle, car, en en provoquant simplement l'anémie par la compression de l'aorte, M. Prévost (de Genève) l'a exagéré. (*Soc. de biol.*)

En déterminant graphiquement le temps écoulé entre la percussion du tendon et la contraction musculaire, le professeur Eulenburg (de Greiswald) incline à croire, comme Waller (de Londres), que cette contraction n'est pas d'origine réflexe. (*Congrès de Londres.*)

Un ataxique de quarante-trois ans a été soumis à la Société médicale de Londres, le 28 février, par le docteur Héron, comme un exemple de cette persistance du réflexe rotulien, avec tous les symptômes de l'ataxie remontant à trois années sans traces de syphilis. Extinction du pouvoir sexuel, contractures spasmodiques des jambes, avec crampes. Sensation de constriction autour du tronc à deux niveaux différents. Rien dans le fond de l'œil; pupille normale. Sensation tactile diminuée, incoordination marquée. Réflexe rotulien très marqué dans les deux jambes, surtout à droite. Diminution de l'irritabilité musculaire aux courants dans les mains, les jambes et les pieds.

C'est un cas anormal, suivant le docteur Dowse, comme il en existe d'autres. Ce n'est pas de l'ataxie locomotrice,

quoique les racines postérieures soient lésées, mais une myélite chronique transverse. (*Lancet*, 12 mars.)

On subordonne ainsi l'observation clinique à l'anatomie pathologique. Il ne subsistera donc plus d'espèces morbides, ou du moins elles ne se composeront que de variétés distinctes à l'infini, selon l'analyse actuelle.

Troubles laryngés. Pour en montrer toute l'importance dans la symptomatologie de l'ataxie, le docteur Cherevsky ne se borne pas à en donner un tableau analytique exact, d'après les observations qui existent dans la science. Il les rapporte toutes en entier, depuis celle de Cruveilhier en 1825 jusqu'à celle de M. Charcot en 1877, au nombre de quinze, en en ajoutant trois autres personnelles recueillies depuis.

D'après ces dix-huit observations, ces troubles consistent essentiellement dans une toux spasmodique, rappelant celle de la coqueluche, apparaissant par accès et s'accompagnant de spasmes glottiques, d'étouffement, d'asphyxie et même de convulsions. Leur intensité est si différente qu'on peut les diviser en trois degrés, sans qu'aucune cause précise, tant elles sont diverses, puisse y être rattachée. Ces accès surviennent subitement, ou par une sensation de brûlure, de chatouillement ou de picotement, sinon d'un corps étranger. Leur durée est variable, depuis quelques secondes jusqu'à une demi-heure, en se présentant plutôt le jour que la nuit, et se renouvelant jusqu'à cinquante fois par jour.

L'examen laryngoscopique et même anatomique, dans les deux cas où ce dernier a eu lieu, n'ayant révélé aucune lésion fixe, cette négation peut donc faire rapporter ces accès à l'ataxie. (*Revue de méd.*, juillet.)

L'incoordination des mouvements, dit le docteur Buzzard, regardée comme caractéristique de cette affection par Duchenne, qui l'a découverte, manque au début et est remplacée par d'autres troubles capables de donner le change. Telles sont les crises gastriques, qui dans certains cas peuvent faire croire à un cancer de l'estomac, à une obstruction intestinale ou à la goutte stomacale. L'atrophie papillaire et la surdité peuvent aussi former le début. Un calcul vésical fut même le premier symptôme par des troubles plus

marqués que d'habitude. Il ne faut donc pas attendre l'incoordination pour diagnostiquer l'ataxie. La disparition du réflexe tendineux du genou en est un symptôme bien plus sûr. (*Congrès intern. de Londres.*)

Étirement des nerfs douloureux. C'est encore d'Allemagne que vient cette nouvelle et étrange méthode de traitement. L'extrême acuité des douleurs fulgurantes et la difficulté de les calmer ont incité Langenbuch à tenter localement ce moyen suprême, d'après les succès obtenus dans certaines névralgies rebelles. Les deux nerfs cruraux et le nerf sciatique furent tour à tour soumis à la distension ou l'étirement, car on ne saurait dire exactement que l'élongation, l'allongement s'ensuive. Non seulement les douleurs fulgurantes cessèrent dans les membres, mais encore l'incoordination motrice, et l'on pouvait ainsi considérer ce fait comme un exemple de guérison, lorsque, peu de temps après, ce malade fut frappé d'apoplexie et mourut.

Un second ataxique, éprouvant des douleurs atroces de l'avant-bras, fut également soumis à l'étirement des nerfs du creux axillaire par Esmarch, et le même résultat eut lieu aussitôt. Enfin, Erlenmeyer, ayant pratiqué la même opération contre l'incoordination motrice, n'en obtint qu'une légère augmentation de la force musculaire.

Ces faits étaient à peine connus en France à la fin de 1880, que l'on tenta de les répéter. M. Debove en fit le premier l'application sur un ataxique de son service de Bicêtre. Malade depuis dix ans, cet homme ne pouvait plus remuer ses jambes et s'affaissait dès qu'on le plaçait au bord de son lit. Des douleurs fulgurantes atroces, avec soubresauts, existaient dans les quatre membres, et jusqu'à 16 centigrammes de morphine, en injections, par jour, les calmaient à peine; l'incoordination complète des mouvements l'obligeait ainsi à garder le lit depuis dix-huit mois. Des crises gastriques les plus pénibles survenaient en outre toutes les trois semaines.

L'étirement fut pratiqué le 17 novembre par M. Gillette, en découvrant le nerf sciatique gauche à la partie moyenne et postérieure de la cuisse. Dénudé, ce nerf fut étiré à deux reprises avec les deux index recourbés en crochet, en le soulevant perpendiculairement à sa direction à une distance

de 20 centimètres. Quoique non chloroformé, le patient déclara n'avoir pas souffert la centième partie de ses douleurs fulgurantes.

Dès le surlendemain, les douleurs ont cessé, et l'incoordination motrice a notablement diminué. Cette amélioration croissante persistait trois semaines après, avec retour de la sensibilité. Le malade remue ses membres et peut se tenir sur ses pieds en faisant quelques pas. Les crises gastriques ont aussi diminué. D'où l'encouragement à renouveler cette expérience. (*Soc. méd. des hôp.*, décembre 1880.)

Un autre ataxique a été opéré quinze jours après. Les douleurs existant surtout dans les membres supérieurs, les nerfs radial et médian ont été découverts entre les régions brachiale et axillaire. Ces deux troncs ont été étirés à une distance de 15 centimètres perpendiculairement à leur plan normal. Les douleurs fulgurantes ont disparu, et l'incoordination des mouvements a été notablement diminuée.

Le même procédé a été appliqué sur un ataxique de trente ans, dont les douleurs fulgurantes siégeaient dans les viscères abdominaux. C'est le nerf sciatique gauche qui a été découvert et étiré sans que le résultat en soit encore connu. Mais d'autres tentatives semblables, faites en Angleterre, ne manqueront pas d'établir ce que l'on peut attendre de ce nouveau moyen. Une distension des deux sciatiques a été ainsi nécessaire pour obtenir la guérison chez un ataxique opéré par M. Berridge. (*Med. Times*, avril.)

Chez un menuisier de trente-six ans, ayant contracté la syphilis seize ans auparavant, l'ataxie, datant de deux ans, avait commencé par des vomissements bilieux, maux de tête et troubles de la vision; après des douleurs lancinantes dans les jambes depuis un an, l'ataxie se caractérisa par l'absence du réflexe rotulien. Les douleurs et les attaques gastriques continuèrent, et, quatre jours après son entrée à l'hôpital, M. Banks étira les deux nerfs sciatiques au degré de 40 livres, soit environ la moitié du poids nécessaire à leur rupture.

Les plaies, traitées antiseptiquement, guérissent facilement, et, trois semaines après, il y avait de l'amélioration dans la coordination des mouvements et un léger retour du réflexe rotulien. Les douleurs lancinantes et les attaques gastriques

avaient disparu; deux mois après, l'opéré pouvait marcher assez bien, le réflexe rotulien devenant de plus en plus évident.

La même opération fut faite sur un homme de trente-quatre ans dont les premières douleurs lancinantes des mains et des bras dataient de 1878. Des accès fréquents de vomissements survinrent en 1879; il était faible, émacié, incapable de marcher sans assistance, avec des mouvements ataxiques très marqués des bras aussi bien que des jambes.

Il se rétablit rapidement de l'opération, mais l'ataxie des jambes n'en fut pas améliorée; les bras agissaient mieux, les douleurs gastriques et les vomissements avaient disparu. C'est donc une preuve que le peu de durée du mal est une condition de succès de ce nouveau traitement. (*Liverpool med. chir. journ.*)

Il en fut de même chez deux ataxiques traités à l'infirmerie royale de Manchester par M. Southam. Le premier, depuis un an de séjour, n'éprouvait du soulagement de ses douleurs que par les injections de morphine et d'autres calmants, lorsque, l'étirement du sciatique gauche ayant été fait le 13 juillet, une amélioration s'ensuivit la nuit suivante, et les douleurs disparurent dès le second jour. Six semaines après, les mouvements de la jambe gauche étaient revenus avec le clonus et le réflexe rotulien.

Chez une ataxique de cinquante et un ans, atteinte depuis trois ans, la même opération, pratiquée le 18 juillet, amena des résultats aussi satisfaisants, qui lui permirent de quitter l'hôpital le 15 août suivant. (*Idem*, 8 octobre.)

Les succès de MM. Gillette et Debove ont d'autant plus d'importance sur l'efficacité de cet étirement dans l'ataxie que le premier malade soulagé par Langenbuch, à l'aide de cette méthode, étant mort, Westphal ne trouva pas à l'examen microscopique de la moelle la sclérose caractéristique des cordons postérieurs. D'où la conclusion qu'il ne s'agissait pas d'ataxie réelle, quoique le malade en présentât tous les symptômes. On en fit une ataxie aiguë pour expliquer l'état encore latent des lésions.

Sur 8 faits collectés par M. Chauvel, y compris les précédents, on trouve 6 améliorations plus ou moins prononcées, 1 mort et 1 insuccès. Si ces résultats autorisent des tentatives nouvelles, ils sont insuffisants pour juger la valeur de ce traitement. (*Archiv. de méd.*, juillet).

Une femme de trente ans avait depuis six ans une anesthésie absolue des pieds et des jambes, avec douleurs fulgurantes, symptôme de Romberg et crises gastriques. Westphal avait porté le diagnostic ataxie. L'étirement du nerf sciatique, pratiqué par Langenbuch, amena le retour de la sensibilité générale et la disparition presque complète des phénomènes ataxiques. (*Congrès des chirurgiens allemands.*)

Ces remarquables succès vont donner une impulsion nouvelle à la méthode de l'étirement des nerfs, dont ils dérivent. Le procédé en est déjà modifié, car, au lieu de soulever à peine le nerf contre les douleurs névralgiques, comme dans le principe, voilà qu'on l'élève jusqu'à 15 et 20 centimètres au-dessus de son plan. Un dynamomètre est même employé pour en mesurer la puissance. Une pareille méthode eût semblé barbare et injustifiable il y a dix ans. La névrotomie du sciatique, pratiquée par un célèbre chirurgien allemand, Langenbeck ou Billroth, il y a douze à quinze ans, souleva ainsi un *tolle* général. Aussi les représentants actuels de la chirurgie française ont-ils manifesté leur étonnement de cette distension. M. Verneuil admet difficilement que l'on puisse soulever le nerf médian à 12 ou 15 centimètres, le bras étendu surtout. M. Nicaise a senti des craquements sur le cadavre et il y a eu des arrachements, des paralysies incurables, dit-il, surtout en agissant près de la moelle, comme les chirurgiens allemands conseillent de le faire pour obtenir le succès. Ce sont donc là des avertissements à prendre en considération. (*Soc. de chir.*, décembre 1880.)

Six expériences faites sur des cadavres, à l'hospice des Incurables, par le docteur Audhoui, ont fait entendre des craquements dès qu'on soulevait les nerfs médian et cubital dans le creux axillaire, à une hauteur de 6 à 12 centimètres au plus ; ce qui semble indiquer un danger réel d'amincissement ou de déchirure du nerf à ce degré. Le nerf sciatique gauche, élevé de 15 à 20, s'est même rompu. (*Thérapeutique contemporaine*, février.)

Mais le défaut d'analogie avec ce qui a lieu sur les nerfs vivants ne permet aucune conclusion. Les expériences faites de l'étirement, il y a peu d'années, contre les douleurs névralgiques ne permettent pas de douter que ce moyen ne soit praticable sans danger. Tout est de le faire avec pru-

dence et réserve, car le soulèvement peut bien avoir lieu à une certaine hauteur sans qu'il y ait élongation réelle. Voy. **MASSAGE, NERFS.**

Ataxie locomotrice frustre. En présence des nombreux cas où l'ataxie ne revêt pas l'ensemble de son complexus symptomatique, de plus en plus considérable à mesure qu'on l'observe et qu'on l'étudie, ce titre serait souvent mérité, surtout au début. Mais M. Marrotte semble l'appliquer à un exemple qui lui est étranger. La malade jette d'abord un cri, toujours précédé de sensations agaçantes dans les membres inférieurs qui en sont comme l'aura et leur affaïssement progressif sans atrophie musculaire rend ainsi la chute imminente. L'accès est caractérisé ensuite par des contorsions toniques, marquées surtout d'un côté de la face et du corps et suivies de convulsions cloniques des membres du même côté. Un coma stertoreux y succède avec grande prostration pendant plusieurs jours consécutifs.

Ces crises épileptiformes durent depuis cinq ans et paraissent remonter à l'usage intempestif des eaux sulfureuses de Saint-Sauveur. Une diarrhée tenace, à récidives, les accompagne. Et ce n'est que par l'affaiblissement des membres inférieurs, sans atrophie musculaire, et un processus sclérosique progressif autour du bulbe, révélé par le microscope, que l'auteur rattache ces accidents à une ataxie frustre, en comparant les crises bulbaires épileptiformes aux crises gastriques ou laryngées de cette maladie. L'analogie est manifestement forcée, et il est bien plus clinique de s'arrêter à ces attaques hystéro-épileptiformes, dont la cause peut être rationnellement attribuée à l'impudisme, à l'action prolongée du froid humide et surtout à l'abus du vin, auxquels la malade a été successivement ou simultanément soumise depuis de longues années. (*Acad. de méd.*, 15 novembre.)

ATHREPSIE. Ce nouveau nom, introduit par M. Parrot dans la nosologie des maladies de l'enfance, résume assez exactement toutes les affections du tube digestif appelées catarrhe intestinal, diarrhée, entérite et gastro-entérite, entraînant le défaut d'assimilation des aliments, quelle qu'en soit la cause. (Voy. *année 1876.*) C'est à cette maladie

que la plupart des nouveau-nés succombent en si grand nombre partout durant la première année, sinon les premiers mois, dans les pays chauds comme dans les pays froids. La principale raison en est surtout le défaut d'allaitement ou un allaitement imparfait, mauvais.

Malgré la salubrité de la ville d'Athènes, sa température moyenne de 17°, son atmosphère claire, transparente, l'absence de brouillards, le défaut d'encombrement et l'action du soleil dans toutes les moindres habitations par leur peu d'élévation, ainsi que l'habitude de garder les nourrissons à demeure, le docteur Zinnis montre par la statistique qu'il en est à peu près de même là que dans les villes capitales les plus encombrées sous ce rapport. Sur une mortalité totale de 16 322 individus des deux sexes et de tout âge, de 1869 à 1878 inclusivement, il y eut 7 526 enfants au-dessous de cinq ans, dont 22 pour 100 étaient des enfants trouvés, allaités, nourris et élevés dans la capitale, ce qui en élève d'autant la proportion.

Directeur de l'hospice de ces enfants trouvés, M. Zinnis a montré que, sur ce nombre total de 7 526 décès d'enfants, 2 606 étaient dus exclusivement à des affections du tube digestif, au marasme et à l'atrophie, dont 2 044 sur des enfants de moins d'un an. Et la preuve que l'athrepsie, désignée là sous le nom de diarrhée endémique, en est bien la cause, c'est que le plus grand nombre, 2 443, a lieu en été, c'est-à-dire pendant les chaleurs, comme partout ailleurs.

La cause de cette mortalité considérable est, selon l'auteur, le préjugé que la diarrhée survenant chez les enfants après le sixième mois tient à la dentition et ne nécessite aucun traitement. De là le défaut de soins. Mais le sevrage prématuré, l'alimentation des enfants avec des bouillies d'arrow-root, de riz ou de semoule préparée au beurre ou à l'huile, en est une cause bien plus efficace. Le lait de vache ou de chèvre entre très rarement dans le régime de ces enfants, à cause de sa rareté et de sa cherté, mais aussi parce que les mères et les nourrices croient qu'il produit la diarrhée. De là l'athrepsie ou le défaut de nutrition et la mort à bref délai.

Placé depuis vingt-deux ans à la tête de l'hospice des enfants trouvés, M. Zinnis a observé que, sur 1506 morts durant les dix années précitées, 932 ont succombé à des

affections du tube digestif et à l'atrophie. De là ses efforts pour modifier leur alimentation. A défaut de pouvoir leur accorder du lait naturel, à cause de sa cherté, et le lait suisse concentré ayant donné des résultats insuffisants à l'asile, il y a fait admettre la farine lactée de Lapp depuis 1879. Dès cette année, la mortalité a baissé de 6 pour 100, et en en étendant l'emploi, en 1880, sur 547 enfants entretenus, dont la majorité étaient au-dessous de deux ans, il n'y eut que 154 décès, soit 12 pour 100 moins que les années antérieures, c'est-à-dire moins de la moitié. Ce témoignage est donc en faveur de l'usage de la farine lactée.

Etude sur les principales causes léthifères chez les enfants au-dessous de cinq ans et plus spécialement chez ceux de 0-1 an à Athènes. Brochure in-8 de 50 pages, par le docteur A. Zinnis, professeur à la Faculté de médecine d'Athènes et directeur de l'hospice des enfants trouvés. Athènes.

Principale cause de l'excessive mortalité chez les enfants trouvés et moyens d'y remédier. Brochure in-8 par le professeur A. Zinnis. Athènes.

B

BROMURES. En agissant uniformément par le brome qu'ils contiennent comme modérateur du système nerveux, ils peuvent néanmoins différer d'action d'après leur base, qui, en se combinant dans des proportions différentes avec le brome, leur imprime des propriétés spéciales. Tel est le résultat qui ressort manifestement des expérimentations faites par les docteurs Chéron et Fauquez, médecins de Saint-Lazare, avec les trois principaux bromures alcalins. Le régime de l'hôpital étant le même pour toutes les femmes vénériennes qui y sont admises, il a suffi de leur administrer comparativement la même dose quotidienne de 1 à 4 grammes de bromure de sodium ou d'ammonium, les moins usités, pour en connaître les effets sur la nutrition d'une manière exacte et les comparer avec ceux bien connus du bromure de potassium.

L'idée de cette expérimentation fut suggérée par le fait suivant. Un malade atteint de tétanie des membres infé-

rieurs, consécutivement à la scarlatine, était très amélioré par l'usage du bromure de potassium ; mais, un effet purgatif violent et persistant s'ensuivant dès que la dose quotidienne de 4 grammes était dépassée, on y substitua le bromure de sodium. Il fut au contraire si bien toléré qu'il put être administré progressivement jusqu'à 12 grammes par jour, sans le moindre trouble de l'intestin. L'augmentation des urines et de l'appétit, la prolongation du sommeil, la disparition des érections à cette dose sont sans la moindre action sur le voile du palais. En modérant la sensibilité, il n'agit sur la motilité qu'à dose très élevée. D'où sa préférence motivée contre l'épilepsie. (*Voy. ce mot.*)

Le résumé des quatre séries d'analyse des urines chez les trois femmes soumises séparément à l'usage des deux bromures a donné en moyenne les chiffres suivants :

	BROMURE DE SODIUM.	BROMURE D'AMMONIUM.
Volume.....	2000 c. c. en 24 heures.	850 c. c.
Densité.....	1020	1018
Matériaux solides.	87 grammes.	35 grammes.
Urée.....	14 —	6 gr. 30
Acide sulfurique des sulfates.....	4 gr. 85	0 gr. 87
Acide phosphori- que des phos- phates alcalins.	2 gr. 45	0 gr. 94
Acide phosphori- que des phos- phates terreux.	0 gr. 30	Traces.

D'où ce résultat évident que le bromure de sodium augmente la quantité et la densité de l'urine, ainsi que la quantité des matières solides en diminuant parallèlement celle de l'urée, ce qui montre que la nutrition est ralentie, en même temps que le lavage des tissus entraîne les déchets accumulés, sans que les matières terreuses en soient augmentées.

Il convient donc particulièrement chez les gouteux, les graveleux, les rhumatisants et les dyspeptiques. L'élimination de plus de 200 grammes de matières solides en est ainsi résultée chez des gouteux pendant quinze à vingt jours consécutifs, l'équilibre se rétablissant ensuite.

Au contraire, le bromure d'ammonium diminue la quan-

tité d'urine, ainsi que les matières solides, l'urée notamment, tandis que sa densité en est augmentée. C'est donc un modérateur de la nutrition, par l'ammoniaque, qui, comme tous les excitants diffusibles, rend la respiration plus ample, le pouls large et plein, augmente l'activité cérébrale et a force musculaire. Tels sont les effets observés par son usage concurremment avec l'anesthésie relative du voile du palais et de la conjonctive produite par l'action sédative du brome. De là son succès contre le spasme de la coqueluche et son action contre l'épilepsie. Ces deux propriétés réunies doivent le faire préférer à ses congénères dans l'insomnie produite par la congestion générale ou partielle du cerveau résultant d'une suractivité fonctionnelle ou de lésions locales.

Le bromure de potassium est à peine diurétique, comme on sait, et diminue la quantité d'urée à la dose de un gramme par jour. Il modère donc aussi la nutrition. En s'éliminant rapidement par les muqueuses, il en modifie la sensibilité, celle des organes génitaux surtout, comme le bromure de sodium. Mais, comme tous les sels de potasse, il devient purgatif dès que la dose en est élevée, et, en modérant l'action du cerveau et de la moelle, il peut aussi ralentir l'action du cœur et déterminer la paresse musculaire.

Il convient donc essentiellement contre l'insomnie nerveuse à la dose de 3 à 5 grammes, mais son active purgation sur le tube digestif et le système musculaire doit lui faire préférer le bromure de sodium, qui, à la même dose, n'a aucun de ces inconvénients. De là la substitution de celui-ci dans l'épilepsie ou du moins son association avec le premier. La même application peut en être faite à la chorée dans des proportions variables, suivant que les mouvements sont plus ou moins désordonnés.

On peut donc résumer ainsi les propriétés spéciales de ces trois bromures :

Le bromure de potassium joint à son action sédative des centres nerveux une action dépressive sur le système musculaire, due au potassium : *c'est un névro-musculaire*. Le bromure de sodium agit comme le bromure de potassium sur les centres nerveux ; mais il n'agit point sur le système musculaire ; *il est simplement modérateur réflexe et éliminateur*. Enfin le bromure d'ammonium est un modérateur

réflexe par le brome, comme les deux précédents, et par l'ammonium, il est excitant diffusible : *c'est à la fois un modérateur réflexe et un excitant de la périphérie.*

Par conséquent, lorsqu'on veut agir sur le pouvoir réflexe et sur le système musculaire, c'est au bromure de potassium qu'il faut donner la préférence.

Si, au contraire, il suffit d'agir sur les centres réflexes, le bromure de sodium est indiqué.

Enfin, lorsque, en respectant le système musculaire, on veut agir sur les centres nerveux et amener une détente de la circulation, un abaissement de pression, le bromure d'ammonium donnera ce résultat. (*Journ. de therap.*, n° 16.)

BRONCHITE CHRONIQUE. *Cautérisation ponctuée.*
Sans être nouveau, ce mode de traitement n'a pas jusqu'ici d'observations absolument concluantes en sa faveur, bien que M. J. Guérin en ait cité plusieurs à l'Académie de médecine. Celle de M. Barth fils, pour être unique, présente au moins toutes les garanties d'exactitude nécessaires.

Une jeune fille de vingt ans, exempte de toute diathèse suspecte, fut prise de bronchite aiguë après un refroidissement. Elle avait épuisé sans résultat, pendant trois ans consécutifs, tous les traitements, lorsque, la situation devenant presque intolérable, M. Barth se décida, le 27 novembre 1880, à essayer la cautérisation ponctuée des parois thoraciques, à l'aide du thermo-cautère. Une première séance est pratiquée immédiatement, et des mouchetures très superficielles sont disséminées en grand nombre sur toute l'étendue de la région dorsale.

Dès le lendemain, on constate une diminution marquée de tous les symptômes : la malade a mieux dormi ; la toux et la dyspnée ont été moins vives. A l'auscultation, beaucoup moins de râles humides, mais la sibilance persiste.

Le 30 novembre, deuxième application de feu, suivie d'une amélioration beaucoup plus marquée : l'abondance de l'expectoration a notablement diminué ; la malade a pu reprendre la position horizontale ; les accès de suffocation ne se sont pas reproduits.

Le 3 décembre, troisième séance, après laquelle la convalescence a marché d'une façon continue : la toux a cessé presque entièrement : la dyspnée est devenue insignifiante.

La malade se lève toute la journée, va et vient dans les salles, descend et remonte les escaliers sans fatigue. Elle-même demande la suppression de tout médicament. A l'auscultation, on ne trouve plus aucun râle : le murmure vésiculaire, encore un peu faible, s'entend bien partout ; la sonorité emphysémateuse a beaucoup diminué.

Le 7, le 15 et le 21 décembre, quatrième, cinquième et sixième application du thermo-cautère. Quoique les accidents n'aient pas reparu, cette prolongation du traitement a été jugée nécessaire pour assurer la guérison.

Le 29 décembre, la malade, entièrement rétablie, réclame son exeat. Avant de la laisser partir, on pratique un dernier examen. La sonorité du thorax est partout normale, sauf le léger défaut d'élasticité déjà constaté au sommet droit et qui paraît tenir à un peu de pneumonie chronique ; aux deux bases, on ne trouve plus de tympanisme : le son est normal et identique des deux côtés. La respiration, un peu rude dans la fosse sus-épineuse droite, est partout ailleurs d'une ampleur et d'une pureté parfaites ; on ne découvre pas le moindre râle sec ou humide ; le rythme respiratoire est régulier et normal. Il n'y a pas de toux, aucune dyspnée ; l'expectoration est nulle ; enfin l'état général est aussi bon que possible, et la malade a repris toute la valeur et l'activité de son âge. (*France méd.*, 19 février.)

Ce succès vient à l'appui de beaucoup d'autres obtenus par un moyen analogue : l'application de fonticules avec le caustique de Vienne sur les parois du thorax. Au début de la phthisie pulmonaire, surtout lorsqu'elle est marquée par une pneumonie aiguë du sommet, ce moyen nous a personnellement donné les meilleurs résultats dans plusieurs cas. Le thermo-cautère lui serait donc préférable, s'il peut produire les mêmes effets, en raison de la moindre douleur qu'il cause et de l'absence des stigmates cicatriciels.

C

CALCULS. Les *calculs vésicaux*, qui, par ordre de fréquence, devraient se trouver les premiers ici, ne figurent plus guère en clinique que par les opérations qu'ils réclament. Nous renvoyons donc sur ce sujet à la lithotritie

rapide et à la taille sus-pubienne, qui sont les deux principales modifications apportées à leur extraction.

De même des *calculs du rein*, qui se montrent de plus en plus fréquents depuis que l'on a tenté de les extraire directement par la néphrectomie. (Voy. *ce mot*.)

Calculs du périnée. Quatre variétés en sont distinguées par le professeur Mazzoni, de Rome, quant au siège. Ils peuvent dériver directement de la vessie, et c'est le cas le plus fréquent. Ils se forment aussi dans les fistules vésico-uréthro-périnéales. Enfin ils se rencontrent dans le scrotum sans communication avec l'urèthre après sa cicatrisation, de même qu'ils sont parfois contenus dans un kyste formé par les parois de l'urèthre.

Le traitement est le même dans les trois premiers cas : extraction du calcul et fermeture de la fistule ; mais il est indispensable d'exécuter méthodiquement l'opération de l'hypospadias dans le quatrième, en créant une ouverture périnéale permanente dans l'urèthre. (*Congr. intern. de Londres.*)

Calcul biliaire. Forme latente. Une couturière de quarante ans, d'une robuste constitution, mère de six enfants et n'ayant jamais eu ni jaunisse, ni coliques, ni aucune douleur abdominale, est prise brusquement, le 7 mai dernier, d'une douleur aiguë à l'épigastre et aux hypocondres, surtout à droite, avec frisson, fièvre et abattement simultanés. Mêmes phénomènes les deux jours suivants, avec nausées et vomissements sous forme d'accès, suivis d'épistaxis.

Ce n'est que le troisième jour que l'ictère apparaît avec les règles, en avance de huit jours. Entrée le 17 mai à l'hôpital de la Pitié, elle présente un ictère intense, d'un jaune tirant sur le vert. Pouls à 100, peau froide, température à 35°,2 ; pétéchies punctiformes d'un rouge vineux. Langue sèche, inappétence absolue, nausées, hoquet fréquent, ballonnement de tout le ventre, douloureux à la pression, constipation absolue depuis quatre jours. Foie augmenté et douloureux ; rétention d'urine, celle qui est retirée par le cathétérisme étant très bilieuse. Pas de céphalalgie ni de délire.

Malgré une légère amélioration apparente dans l'accom-

plissement des fonctions excrétoires, le ballonnement abdominal s'accroît, un grand abattement se manifeste, et la maladie s'éteint progressivement. Mort le 21 juin.

A l'autopsie, l'énorme dilatation des conduits hépatique et cholédoque est frappante ; la vésicule biliaire est remplie de bile jaune, épaisse, mêlée de graviers, et le canal cystique est oblitéré par un petit calcul à son aboutissement. Il s'élargit graduellement et atteint 2 centimètres de diamètre à sa jonction avec le canal hépatique. Canal cholédoque encore plus dilaté, jusqu'à son embouchure dans l'ampoule de Vater, complètement remplie par un calcul ovoïde, se moulant sur ses parois. Gros comme une petite noix, il a une surface mûriforme, de couleur jaunâtre, et est entièrement formé de cholestérine, sans addition de pigment.

Il est donc très étonnant et exceptionnel qu'une obstruction aussi complète des voies biliaires ait pu s'opérer tout à coup, sans ictère. Aussi l'auteur de cette observation, le docteur Henri Barth, admet qu'elle s'est produite lentement, comme l'indiquait la dilatation même des conduits biliaires. Les accidents ont donc été ceux de l'inflammation de ces conduits par une angiocolite véritable, comme les frissons, la fièvre, la douleur l'indiquent suffisamment. Au point de vue clinique, ce cas rare méritait donc d'être signalé. (*Revue de méd.*, septembre.)

Calculs pancréatiques. Ils coïncidaient avec le diabète maigre chez un nègre de cinquante-cinq ans, alcoolique et très maigre, entré à l'Hôtel-Dieu de Montpellier le 24 juillet 1880. Le docteur Baumel constata de la polydipsie et de la polyurie ; 400 grammes de glycose étaient rendus chaque jour ; urée normale.

La mort, arrivée par tuberculose le 9 août, permit de constater, entre autres lésions locales, que le pancréas, d'apparence normale, était rempli de calculs de la tête à la queue. De volume variable et ayant pris la forme des cavités où ils se trouvaient, ces calculs, en nombre infini, obstruaient le canal pancréatique et entravaient l'action de la glande. Les vaisseaux, très nombreux, avaient une dilatation et un épaississement anormaux ; des travées conjonctives très dures et subdivisées enserraient en les étouffant

les tubes glandulaires. Toute la glande était transformée.

Le poids total de ces calculs, formés de carbonate de chaux, ne s'élevait qu'à 4 gr. 20. (*Montpellier méd.*)

Calcul intestinal. Le caractère spécial de ce corps étranger paraît être de produire des accidents d'étranglement. (Voy. OBSTRUCTION INTESTINALE, 1880.) Un nouvel exemple en a été observé [par le docteur Feltz de (Saint-Denis)] chez une femme de soixante ans, prise tout à coup de symptômes d'étranglement au mois de mars 1880 : face grippée, sueurs froides, pouls filiforme et onduleux, vomissements fécaloïdes assez fréquents, ventre extrêmement ballonné, à peine sensible, absence de selles depuis six jours.

Malgré les purgatifs, les lavements de toutes sortes, ceux d'eau de Selz à grand courant, les bains, la glace, les narcotiques, la mort était imminente, lorsqu'un réophore fut appliqué dans le creux épigastrique et l'autre dans le rectum. En quelques minutes, une débâcle eut lieu ; deux vases en furent remplis ; tout accident cessa, et la malade était guérie deux jours après.

Sauf une douleur persistante dans la région iliaque droite, s'accompagnant de coliques et même de vomissements au moindre excès de régime, cet état se maintint jusqu'au 19 mai 1881, où la malade prit de l'huile de ricin. Dès lors, les selles, jusque-là liquides, cessent totalement, et des vomissements continus mucoso-biliéux reparaissent avec ballonnement du ventre et douleur vive dans la fosse iliaque droite. Un vésicatoire est appliqué *loco dolenti*, bientôt suivi d'un lavement huileux, qui provoque l'émission d'un calcul cylindrique, de couleur brunâtre, pesant 20 grammes, entièrement formé de cholestérine, et dont les paillettes sont cristallisées. (*Soc. clinique et France méd.*, juillet.)

Calcul fécal. Il s'est rencontré à l'autopsie d'un homme de soixante-dix-neuf ans, entré à l'hôpital Saint-Pierre de Londres, le 21 juin dernier, pour des troubles de la miction durant depuis dix-huit mois. Les envies d'uriner étaient irrésistibles et la miction douloureuse ; l'urine, assez rare, était d'un jaune rougeâtre avec des globules sanguins altérés ; prostate hypertrophiée et douloureuse, sans trace de

calculs. L'aspect cachectique du malade fit ainsi croire à une affection maligne au chirurgien Roger Williams. L'odeur urineuse des défécations fit bien admettre une communication entre le rectum et la vessie ; mais, l'exploration digitale ne permettant pas d'en préciser le siège, le malade mourut d'épuisement dix-huit jours après son entrée.

L'autopsie montra une petite vessie, à parois épaissies et remplie d'une matière brun noirâtre d'une consistance pâteuse et coriace, avec des lobules arrondis comme de gros pois, à surface irrégulière et plus ou moins adhérents. Son poids total était de 40 grammes, avec odeur putride urino-fécale. Une ouverture au-dessus de l'orifice de l'uretère gauche en décela l'origine ; c'était une fistule recto-vésicale, ayant donné passage aux matières du rectum dans la vessie, lesquelles, en raison de l'hypertrophie de la prostate, n'avaient pu repasser par l'orifice de communication. (*Lancet*, octobre.)

Le diagnostic s'est donc fait ici à l'autopsie, comme dans les cas de Civiale et de Voillemier. Le mélange des matières à l'urine était si intime qu'il n'avait attiré l'attention ni du malade, ni des assistants.

CANCER. Contre les douleurs inséparables, M. Th. Anger propose l'application topique sur la région douloureuse de compresses imbibées de la solution suivante :

Sulfate d'atropine.....	1	gramme.
Eau distillée.....	1000	—

Ces compresses sont renouvelées trois ou quatre fois par jour et on les recouvre de taffetas ou de gutta-percha. Un soulagement prononcé en résulte, sans symptômes apparents d'absorption, comme la dilatation des pupilles, la sécheresse de la gorge. L'action semble toute locale et consiste dans une contraction des vaisseaux, avec diminution de la sensibilité. (*Paris médical*, 4 août.)

Guérison radicale. La seule condition pour l'obtenir, d'après le professeur Kocher (de Berne), serait non seulement l'emploi du pansement antiseptique, mais l'excision des ganglions infectés, en opérant de bonne heure, avant

que les voies lymphatiques aboutissant à la première station ganglionnaire soient atteintes par le mal. Sur 29 cas opérés dans ces conditions, il n'a eu que 4 morts, dont 3 de septicémie et 1 d'hémorrhagie ; des 15 survivants, 9 peuvent être regardés comme radicalement guéris, dans des cas réputés incurables. Telles sont cinq extirpations du pharynx, dont une suivie de guérison radicale ; les autres ont eu des récidives trois ans après. Quatorze extirpations de la langue, faites avant que les ganglions sous-maxillaires fussent envahis, n'ont donné qu'une seule mort par hémorrhagie secondaire. Il y eut huit récidives et cinq guérisons, qu'on peut regarder comme radicales, bien qu'un malade soit mort un an après de pneumonie. (*Deutsch Zeitschr. für chir.* 1880.)

Devant ces guérisons radicales surprenantes, il est permis de se demander s'il n'y a pas plusieurs épithéliomas dont la guérison est possible. (Voy. *ce mot.*) D'ailleurs, Kocher comme Billroth, considère tout opéré sans récidive un an après l'extirpation comme radicalement guéri ; ce sont donc des guérisons radicales d'un an. Il en a été de même dans les quatre guérisons de cancer du rectum. (Voy. *ce mot.*)

Cancer du sein. *Résultats de l'excision.* L'efficacité de l'intervention chirurgicale dans le cancer est toujours si douteuse et discutée que le professeur Gross, qui tient actuellement le sceptre de la chirurgie aux Etats-Unis, surtout sur ce sujet, a tenté de décider cette question importante par la statistique. Et ce n'est pas, bien entendu, en groupant et en additionnant indistinctement tous les cas de tumeurs du sein, comme l'a fait Tanchou en 1845 ; un pareil travail était indigne du grand chirurgien américain. Il n'a réuni et comparé que des tumeurs ayant des caractères histologiques spéciaux, de vrais carcinomes. Cette statistique a donc une valeur plus concluante que les précédentes sur ce sujet.

Dans 67 carcinomes du sein laissés à leur cours naturel, sans opération, la mort est arrivée dans une moyenne de vingt-sept mois après le début, tandis que sur 224 opérés, la durée moyenne de la vie fut de trente-neuf mois, soit presque un tiers en plus. Le résultat de l'intervention active, dans ces cas malheureux, a donc été de prolonger la vie d'une année environ.

Il y a un meilleur aspect de cette question. Sur un total de 519 opérations, 47 n'ont pas été suivies de récurrence pendant une durée de trois à seize ans, 4 de ces opérés étant morts ensuite d'une autre cause. La survie moyenne depuis l'opération, dans ces quarante-sept cas, est de cinq ans et neuf mois et comme le cancer remontait à dix-huit mois avant, c'est une survie de sept ans et un quart, dont 43 profitent encore.

Suivant l'auteur, la mort par métastase du cancer du sein arrive dans une durée moyenne de trente et un mois. Et, comme la durée de la survie de ceux qui succombent avec ou sans opération est plus ou moins longue, il estime qu'une tumeur cancéreuse du sein, sans récurrence apparente locale ou à distance après trois années de son extirpation, peut être considérée comme guérie. Il y a sans doute bien des exceptions à cette règle ; mais on peut toujours se demander si c'est la récurrence même de la tumeur enlevée.

Voici, sous ce rapport, les résultats de cette statistique. Dans plus de 60 pour 100 des cas opérés, la récurrence locale s'est montrée dans les trois mois suivants. Elle est infiniment plus rare ensuite. L'aisselle est le siège ordinaire de cette récurrence quand les ganglions n'ont pas été excisés. On peut donc regarder cette récurrence locale, lorsqu'elle se manifeste quelques semaines seulement après l'opération, comme la continuation même de la maladie plutôt que sa récurrence. D'où l'indication de ne rien laisser de suspect dans cette région, en y regardant de très près. Il ne suffit pas de pratiquer l'excision de bonne heure, il faut y comprendre toutes les parties envahies ou suspectes.

Cette modification de l'auteur ne peut cependant être donnée en exemple, car une opérée sur six est morte des suites immédiates, proportion considérable si l'on met en regard celle de cinq pour cent obtenue par J. Paget en Angleterre avant l'emploi des méthodes antiseptiques. Il semblerait donc que l'excision des ganglions axillaires est une complication dangereuse qui augmente la mortalité. (*Tumours of the Breast*, 1880.)

Pansement antiseptique complet. Sur 10 ablations de sein cancéreux opérées ainsi par M. Christophe Heath, il y eut 10 guérisons ; 8 par le pansement antiseptique incomplet

donnèrent 3 morts, 2 d'érysipèle et de pyohémie, 1 de syncope cardiaque; 2 autres pansés avec la ouate salicylée ne donnèrent qu'un succès; l'autre opérée mourut de septicémie aiguë, de même qu'une autre, pansée à la ouate simple. (*Med. Times and Gaz.*, 1^{er} octobre.)

Traitement électrolytique. Dans cinq cas de tumeurs du sein : un épithélioma, un fibro-sarcome et trois sarcomes, le professeur Semmola, devant l'ablation décidée des chirurgiens, a employé l'électrolyse avec succès à petits éléments, avec des pointes en acier bien dépolies, en enfonçant l'aiguille de 2 à 3 centimètres seulement. La durée de l'application est de dix à quinze minutes, suivant la tolérance. Trois en sont faites par semaine, et vingt-quatre ont eu lieu dans le cas le plus heureux. La durée du traitement est ainsi toujours longue et s'est étendue dans un cas jusqu'à huit mois.

L'examen histologique ayant été pratiqué constamment, et la tumeur dans un cas étant une récurrence survenue dix-huit mois après l'opération, ces guérisons méritent d'être prises en grande considération. L'action curative s'explique pour l'auteur de trois manières : par la formation de petits foyers d'inflammation avec sclérose consécutive, par la transformation colloïde et graisseuse de la tumeur en voie de ramollissement, et par une inflammation avec suppuration disséquante.

L'iodure de potassium a été employé à haute dose pendant tout le traitement, pour modifier les échanges nutritifs. (*Congrès de Londres.*)

Injectons d'acide acétique. Une couturière de quarante-deux ans, grande, maigre, très ardente au travail et négligente des soins de l'hygiène, se présente, au mois de mars 1880, au docteur Aubril, pour une tumeur du sein gauche non ulcérée. Cette mère d'un fils de dix-huit ans, qu'elle n'a pas nourri, est faiblement réglée et d'un sang pauvre. Elle a commencé à sentir des tumeurs mamelonnées dans le sein il y a cinq ans. La douleur et l'augmentation de volume la décident seules à les montrer.

Malgré le diagnostic de cancer, elle refuse absolument l'opération, et, à l'exemple du docteur Moore, à l'hôpital de

Middlesex, en 1872, des injections dans la tumeur sont faites avec une solution d'acide acétique, 1 partie pour 2 d'eau distillée. A sept reprises différentes, séparées par trois jours d'intervalle, seize injections sont faites à la partie supérieure de la masse cancéreuse et en dehors surtout, en combattant l'inflammation modérée par la chaleur humide.

Quinze jours après, la tumeur, qui au début avait 15 centimètres de diamètre, était notablement diminuée. De la mousseline ouatée, imbibée trois fois par jour d'acide prussique médicinal, est tenue en permanence sur le sein, avec la médication iodée à l'intérieur. Régime fortifiant et repos. Le 16 décembre, la tumeur, presque détruite, ne mesure plus que trois centimètres de diamètre. Le sein malade est atrophié et moins volumineux que le sain; la malade le trouve, s'en aperçoit, et je le constate. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, janvier.)

Cancer de la trachée. La difficulté du diagnostic de cette affection primitive rend particulièrement intéressante l'observation qu'en a faite le docteur Morra sur un ancien militaire de soixante-deux ans. Toujours bien portant jusqu'en juin 1878, ce fut après une orgie le 24, où il but et chanta beaucoup, qu'il fut pris d'enrouement. On crut à une paralysie musculaire, que le laryngoscope sembla même confirmer; mais tous les moyens employés pour la combattre : pulvérisations locales au carbonate de soude, badiageonnages avec tannin et glycérine, courants interrompus continus pendant sept mois, restèrent absolument sans résultat. L'inflammation de la lame thyroïdienne droite en fut la complication. Enfin la tuméfaction externe augmenta; il y eut de l'orthopnée avec sensation de *corde tendue à l'intérieur du larynx*. La dyspnée augmenta tellement que le malade fut porté à l'hôpital pour la trachéotomie, qui ne put être terminée, par l'impossibilité d'introduire la canule. Il mourut aussitôt.

On trouva dans la trachée une tumeur de 5 centimètres de long, adhérente à la paroi postérieure et latérale de la trachée, à 2 centimètres au-dessous des cordes vocales. L'examen histologique en démontra la nature carcinomateuse (*carcinome médullaire*). Le diagnostic n'a été fait ainsi qu'après la mort, à défaut sans doute d'avoir répété

l'examen laryngoscopique et pratiqué le cathétérisme, qui peuvent toujours renseigner utilement à cet égard. (*Journ. internat. des sciences médicales.*)

Une grande réserve à pratiquer la trachéotomie en pareil cas est donc de rigueur, par l'obstacle que le siège de la tumeur forme souvent à l'introduction de la canule. La question en fut plusieurs fois posée dans un cas analogue observé à la Pitié, dans le service de M. Brouardel, chez un homme de soixante-neuf ans, dans un degré très avancé de cachexie. La respiration était ronflante à l'inspiration et à l'expiration. Des accès d'oppression de deux à trois heures survenaient de temps à autre, quoique la déglutition se fit assez bien. Les ganglions cervicaux étaient tuméfiés. Le siège de la tumeur finit par faire renoncer à pratiquer la trachéotomie pour mettre fin aux accès, et l'autopsie montra la sagesse de cette réserve.

L'œsophage, au niveau de son tiers supérieur, présentait une dégénérescence cancéreuse, occupant surtout le côté droit du canal, quoique laissant sa lumière perméable. La trachée, dans sa partie médiane, était également envahie par le néoplasme. La face postérieure en était dégénérée, et des bourgeons cancéreux existaient à l'intérieur, qui auraient manifestement mis obstacle à l'introduction de la canule, comme dans le cas précédent. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux, d'après le microscope. (*Soc. anatomique, mars.*)

Cancer pharyngo-laryngé. *Œsophagotomie externe.* Cette opération a été pratiquée le 5 septembre dernier par le docteur Studsgaard, de Copenhague, chez une femme de cinquante-deux ans. La trachéotomie avait été faite d'urgence deux mois auparavant. Le rétrécissement pharyngien était si étroit que l'on ne put y introduire de conducteur. L'incision fut faite au-dessous du troisième anneau trachéal et un tube à drainage introduit ainsi dans l'œsophage pour l'alimentation. La respiration continua à se faire par la canule trachéale.

Malgré la gravité de cet état, l'opération eut des suites simples, et l'opérée vivait encore en publiant cette observation, quoique l'hypertrophie et le ramollissement des ganglions fissent prévoir une issue promptement funeste. (*Hospital's Tidende, octobre 1880.*)

Cancer secondaire de l'estomac. Il est aussi rare, comme on sait, que le cancer primitif est commun dans cet organe. Sur 889 carcinomes collectés par Marc d'Espine, il y en avait 399 exemples, et 210 sur 587 cas recueillis par Lang, soit une proportion de 41 0/0 sur le total. Grawitz, en rencontrant 4 cas de cancer secondaire, n'en a trouvé que 4 autres dans la littérature médicale allemande; 4 fois il coïncidait avec le cancer de l'œsophage, 2 fois avec celui du sein, 1 fois avec celui du testicule et 1 fois avec un cancer de la jambe.

Une seule tumeur existait dans deux cas, mais il y en avait deux ou plusieurs dans les autres. La paroi entière de l'estomac était atteinte dans deux cas, mais la muqueuse seule l'était dans tous les autres. L'ulcération était semblable à celle du cancer primitif dans 4 cas, contrairement à l'assertion de Forster, qui la nie dans les tumeurs secondaires. Mais le caractère local et circonscrit de ces tumeurs dans ces 8 cas en fait un signe caractéristique dans les cas douteux pour le diagnostic. (*Virchow Archiv*, octobre.)

Cancer pulmonaire. La difficulté du diagnostic en est si grande par la variété des formes cliniques que, pour l'élucider, le professeur Sée en fait deux variétés : cancer primitif et cancer compressif, afin de mieux en saisir les symptômes. Il en relate ainsi trois exemples, à l'occasion d'un cas observé dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu, pour montrer combien cette manifestation du cancer est insidieuse. Une dyspnée considérable avec une matité absolue de toute la région cardiaque et alentour existaient seules chez un homme de soixante ans, malade depuis sept à huit mois. Un kyste hydatique avait même été diagnostiqué. Le malade, envoyé à Nice, présenta là, pour la première fois, des crachats gelée de groseilles, caractéristiques du cancer pulmonaire.

Ce symptôme pathognomonique existait au contraire chez une jeune femme traitée pour une tuberculose aiguë et qui en présentait tous les signes; le cancer du poumon fut confirmé par l'autopsie.

Une oppression excessive et toujours croissante avait fait diagnostiquer successivement un anévrisme de l'aorte et une adénopathie bronchique chez une jeune fille. La matité

complète de la partie antérieure de la poitrine, avec disparition du murmure respiratoire coïncidant avec l'œdème de la face et lividité de la peau, fit diagnostiquer, au contraire, un cancer compressif. L'induration des ganglions dans l'espace sus-claviculaire en était le signe.

Le cancer primitif se distingue ainsi par la dyspnée permanente, excessivement intense, plus pénible que dans toute autre affection dyspnéique et qui est très caractéristique; c'est aussi la toux, qui n'existe pas toujours, il est vrai, mais qui, lorsqu'elle existe, est réellement intolérable; les crachats sanglants, constituant l'expectoration gelée de groseilles ou souvent aussi une sorte de purée sanglante, sans qu'il y ait jamais quantité abondante de sang; la douleur du côté, presque toujours très violente et persistante, ce qui tient probablement à ce que les nerfs intercostaux sont englobés par la tumeur. Au point de vue de l'auscultation, l'abolition des vibrations thoraciques, l'absence complète du murmure respiratoire et surtout le siège de la matité; celle-ci, en effet, n'est soumise à aucune règle et peut se trouver au sommet comme à la base, ainsi que le cancer lui-même; sa présence seule dans un point insolite, comme dans l'exemple cité plus haut, peut faire soupçonner la maladie.

Des accidents de compression comme peuvent en déterminer toutes les tumeurs intra-thoraciques, dès qu'ils coïncident avec l'un ou plusieurs des symptômes précédents, et surtout l'expectoration gelée de groseilles, doivent faire penser à un cancer pulmonaire. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, février.)

Cancer du rectum. En faveur de l'excision de ce néoplasme et par opposition à la côlotomie généralement préférée en Amérique et en Angleterre, le docteur Kelsey, chargé du service de l'infirmerie pour les maladies du rectum à New-York, a compulsé 140 cas des plus détaillés et concluants d'ablation de ce cancer, pour en montrer les résultats. La mort est survenue dans vingt-deux cas du fait même de l'opération, par péritonite le plus souvent, septicémie, érysipèle, une seule fois par hémorrhagie, ce qui montre la facilité de l'hémostase par le galvano-cautère et par l'écraseur.

La péritonite est surtout à redouter quand la dégénérescence dépasse les limites du cul-de-sac péritonéal, car le péritoine en cette région semble moins tolérant au traumatisme qu'en d'autres parties. Il n'a été lésé impunément que dans trois cas, et sur les dix cas de mort par péritonite, huit fois le mal dépassait cette limite. L'opération est donc contre-indiquée en pareil cas. Et comme il est difficile, sinon impossible, de fixer la limite du péritoine, l'auteur estime que toutes les tumeurs dont le doigt, d'une main moyenne, ne peut atteindre le sommet, soit trois pouces de hauteur, ou qui envahit les parties voisines de manière à rendre l'extirpation complète très difficile, sans compromettre cette membrane, doivent être laissées sur place. La côlotomie est donc préférable en pareil cas.

L'ablation est applicable au contraire dans tous les autres cas, non en vue d'une guérison radicale et permanente, — il n'y a eu que six cas de ce genre, dus à Volkmann, Velpeau et March, — mais d'une cure palliative. La récurrence est en effet très fréquente et plus ou moins rapide. La durée moyenne de la vie chez ces opérés a été de deux ans environ, car la survie dépasse un an et demi chez vingt-deux, sans compter les guérisons permanentes, dont une de Volkmann se maintenait onze ans après, malgré deux récurrences consécutives avec opération.

De là l'indication positive de l'extirpation du cancer du rectum au début ou lorsqu'il est peu étendu, car il ne s'en est pas suivi une incontinence des fèces ni aucun progrès appréciable de la maladie. (*The New-York med. journal*, 1880.)

Sur dix extirpations du rectum pour cancer, le professeur Kocher a eu quatre décès d'abord, dont deux immédiatement et deux par péritonite dans les huit jours consécutifs. Il y a eu quatre guérisons et deux récurrences, ce qu'il attribue à la différence du procédé opératoire. Comme Simon, il attaque le rectum par sa partie postérieure et trouve dans ce procédé de grands avantages pour l'hémostase, l'ablation large du cancer et la facilité du pansement, qui doit être largement ouvert, afin de donner issue aux liquides sécrétés. (*Deutsch. Zeitschr. für chir.*, 1880.)

De l'examen des deux méthodes revendiquées et mises trop exclusivement en usage : l'ablation en Allemagne, la

côlotomie lombaire en Angleterre, le docteur Reclus, après en avoir montré les avantages et les inconvénients, donne la préférence aux deux méthodes françaises : la rectotomie linéaire et l'anūs iliaque, et en trace séparément les indications dans les conclusions suivantes :

1° Lorsque le cancer ano-rectal est bien limité, mobile, non adhérent, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours.

2° Lorsque les limites supérieures du cancer ne dépassent pas la base du coccyx, mais que le néoplasme est adhérent, c'est la rectotomie de Verneuil qui doit être préférée.

3° Lorsque le cancer envahit un long segment du rectum et qu'il a gagné les organes voisins, il faut établir un anus artificiel.

4° La côlotomie lombaire a pour elle la consécration d'une longue expérience ; mais peut-être l'anūs de Littré serait-il préférable, et les quelques essais faits à une époque où nous étions moins bien armés que maintenant ne sont pas pour nous décourager. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 27.)

Cancer intra-périnéal. Chez les hommes atteints de rétrécissements anciens avec lésions inflammatoires chroniques, on observe des dégénérescences cancéreuses, dont le point de départ est probablement dans les tissus ambiants, constamment irrités par l'urine. En voici deux cas observés par le docteur Poncet (de Lyon) :

Un homme de cinquante-six ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies de vingt à trente-cinq ans, avec gêne de la miction depuis plus de vingt ans par des rétrécissements multiples ayant exigé la dilatation et l'uréthrotomie interne, suivie d'abcès urinaires et de fistules, entre à l'Hôtel-Dieu pour une nouvelle exacerbation de ces divers accidents. On constate une induration en masse de tout le périnée, formant un véritable plastron. Trajets fistuleux fournissant un liquide sanieux, fétide, sans ulcérations externes. Ganglions cancéreux dans les aines ; cachexie. Léger écoulement par le méat pendant la miction. La sonde est arrêtée à 11 centimètres.

Un autre homme de soixante ans, ayant eu de même des blennorrhagies répétées avec rétrécissements et un abcès urinaire, est pris, en janvier 1880, d'un nouvel abcès avec

infiltration urineuse. État général mauvais. De larges incisions sont nécessaires.

Six mois après, une dégénérescence cancéroïdale s'empare des bords de la plaie, que l'examen au microscope reconnaît pour un épithélioma lobulé, à forme diffuse. Gros ganglions dans les aines, œdème des membres inférieurs, cachexie. Mort en octobre 1880.

Un écoulement séreux, sanieux, des trajets fistuleux avec odeur fétide *sui generis*, épithéliale, et l'apparition de ganglions dans les aines coïncidant avec la cachexie, sont donc les signes sensibles de cette forme du cancer, qui se rapproche des épithéliomes des vieux ulcères. (*Congrès d'Alger.*)

Cancer de l'utérus. V. ACCOUCHEMENTS.

CERVEAU. *Circulation.* Il résulte de l'examen critique, par le docteur F. Franck, des travaux faits à ce sujet, que la circulation augmente pendant le travail intellectuel ou sous l'influence d'une émotion, comme tous les autres organes en fonction. Ce fait facile à prévoir, d'après la connaissance des phénomènes circulatoires accompagnant l'état fonctionnel des organes, a été démontré positivement par les travaux récents, mais sans que cette circulation plus active, cette quantité de sang plus abondante puisse être attribuée à un excès de pression artérielle résultant du resserrement des vaisseaux des membres et de la peau, comme le voulait Mosso. Elle serait un effet normal et physiologique de son activité, ce qu'il démontre par des arguments rationnels et des expériences concluantes. (*Gaz. hebdom.*, nos 29 et 31.)

D'où cette induction pratique que les gens prédisposés héréditairement à l'apoplexie et autres affections cérébrales organiques ne devraient pas se livrer à des travaux continuels de l'esprit, sous peine d'accélérer le moment fatal. L'hygiène préventive consisterait essentiellement dans des travaux physiques corporels.

Lésions intra-crâniennes. Un moyen d'en découvrir le siège, d'en fixer la localisation, surtout lorsque la trépanation est applicable, selon le docteur Macewen, c'est d'observer le début et la fin des convulsions épileptiformes auxquelles ces lésions donnent lieu. Un observateur intelligent, placé en permanence près du malade, peut, en saisissant les premières

manifestations convulsives, guider sur le siège de la tumeur, abcès ou toute autre lésion. L'élévation de la température, annonçant généralement le début de la convulsion, doit être étudiée surtout dans le rectum, pour en épier plus sûrement les premières manifestations. En se généralisant bientôt après, elles perdent toute signification et ne permettent plus aucune localisation certaine. L'aphasie survenant après peut indiquer cependant le voisinage de la troisième circonvolution frontale gauche, comme un exemple en est relaté. (*Lancet*, sept. et oct. et *Archiv. de méd.*, déc.)

C'est d'après ces observations, dont il rapporte quatre exemples, que le chirurgien écossais s'est assuré qu'un fragment d'os, même privé de péricrâne, pouvait être inséré et fixé dans l'ouverture du trépan et reprendre vie comme une greffe. Voy. GREFFES OSSEUSES.

Conservation et momification. L'importance de l'étude topographique et histologique du cerveau a fait imaginer divers procédés pour sa conservation, dont plusieurs restent secrets. M. Variot, interne à la Salpêtrière, ayant observé les effets favorables de la solution de bichromate de potasse sur la substance cérébrale, a formulé le traitement suivant en 1878, lequel, employé depuis lors par M. Luys, a donné les résultats les plus satisfaisants.

Extrait de la boîte crânienne et débarrassé de la protubérance et du cervelet, les deux lobes sont séparés pour leur décortication exacte. Ils sont ainsi plongés dans un vase spacieux, contenant une solution saturée de chromate de potasse, de manière à les immerger complètement.

Une macération de douze à quinze jours est nécessaire pour une imbibition suffisante, déterminant un gonflement très marqué de la substance cérébrale. On la retire alors, et, après l'avoir lavée dans l'eau simple, on la plonge de nouveau dans une solution de 25 grammes d'acide phénique pour 1000 grammes d'eau. Il en résulte un durcissement du cerveau, qui diminue ainsi graduellement de volume, surtout en ajoutant un peu d'acide à mesure qu'il s'évapore. Un séjour de huit à dix jours dans ce bain est indispensable, et l'on peut même le prolonger davantage sans inconvénient, suivant la consistance du tissu nerveux.

Ainsi durci, le cerveau doit être retiré et plongé dans un

troisième bain de glycérine pure, pour compléter sa préparation. On doit même recouvrir la partie supérieure d'une compresse, pour en faciliter l'imbibition uniforme. Il suffit de trois à quatre jours pour qu'elle soit complète. On retire alors les deux lobes, que l'on expose simplement à l'air pour la dessiccation.

Après ce traitement, la substance cérébrale acquiert une coloration d'un vert bronzé. Elle se dessèche et se momifie insensiblement dans l'espace de deux à trois semaines, et il suffit alors de la badigeonner au pinceau de plusieurs couches de vernis copal à l'alcool pour qu'elle se conserve ensuite, sans aucune altération, depuis deux ans et demi. Il peut ainsi servir pour l'étude. (*L'Encéphale*, n° 1.)

CHANCRES. *Chancre vaginal.* Infectant ou non, c'est une lésion rare, puisque sur 152 cas de chancre non infectant des organes génitaux, observés à Lourcine par M. Martineau, il ne s'en est rencontré que deux exemples contrôlés par le résultat positif de l'auto-inoculation.

Le chancre infectant, non encore décrit, l'a été dans une thèse récente, d'après trois observations recueillies par M. Martineau dans l'espace de quatre années. Il peut siéger sur tous les points de la muqueuse et repose sur une base indurée constatée facilement au toucher. L'auto-inoculation est constamment restée négative. Si cet accident primitif de la syphilis est une localisation rare, son existence est désormais hors de doute.

Essai sur le chancre du vagin; thèse inaugurale, par le docteur Gardillon. Paris, 1881.

Chancres mous. *Acide pyrogallique.* L'heureuse et rapide action de cet acide, introduit par M. Vidal (voy. année 1880), en a fait perfectionner la préparation de la manière suivante :

2/ Amidon.....	5 grammes.
Vaseline	15 —
Acide pyrogallique.....	5 —

Employé ainsi par M. Terrillon à l'hôpital de Lourcine, cet acide, inapplicable pur, s'est montré bien supérieur au nitrate d'argent et à l'iodoforme. Fraîche, cette pommade

ne provoque aucune douleur locale, et une seule application par jour suffit à modifier l'aspect de l'ulcération et à amener une cicatrisation rapide. La virulence en est détruite dès la seconde application, d'après des expériences nombreuses et absolument concluantes. (*Bull. général de therap.*, 15 mai.)

Acide salicylique. Sa solubilité dans l'alcool et la glycérine lui fait donner la préférence par M. Autier. Sans être un spécifique infailible, son avantage est d'être inodore et de ne provoquer aucune douleur. Il peut être employé en poudre, en solution liquide ou en pommade, d'après la formule suivante :

Vaseline.....	30 grammes.
Paraffine.....	} à 6 —
Acide salicylique.....	

Les pansements ont lieu deux fois par jour, aussi bien sur les chancres mous que dans les bubons ulcérés. La plaie devient rose et perd sa virulence en quelques jours.

Du traitement des chancres mous et des bubons chancreux par l'acide salicylique ; thèse inaugurale, par le docteur Autier. Paris.

Le soin des pansements avec ces divers agents semble être la condition principale de leur succès. C'est ainsi que, dans les trois services de l'hôpital des vénériens, les pansements diffèrent, tandis que les résultats sont identiques, quant à la durée et au succès. Toute la supériorité est donc dans la facilité d'emploi, l'absence d'odeur et de douleur et surtout la neutralisation de la virulence.

CHARBON. Cette maladie des animaux, des moutons en particulier, continue de fixer d'une manière croissante l'attention générale, universelle des hommes par les curieuses expérimentations dont elle est l'objet en France et surtout les résultats surprenants qui en ont été obtenus cette année. A la découverte par M. Chauveau de l'immunité des moutons d'Algérie, sous l'influence du climat torride dans lequel ils vivent, et aux essais de vaccination faits à ceux de France par M. Toussaint avec du sang charbonneux filtré, surchauffé et phéniqué pour les en prémunir,

des résultats bien plus décisifs ont été obtenus par M. Pasteur. Étudiant la bactériodie charbonneuse dans ses cultures artificielles, de concert avec ses collaborateurs, il a vu ses filaments mycéliens se transformer rapidement, en un jour ou deux, en corpuscules ovoïdes très réfringents, et s'isoler en constituant les germes de ce petit organisme producteur du charbon, sans subir aucune altération au contact de l'air pendant plusieurs années consécutives.

Dans sa multiplication par scission sous sa forme filamenteuse, cet organisme étant entièrement comparable au microbe du choléra des poules, M. Pasteur l'a soumis aux mêmes épreuves pour en faire un vaccin préventif du charbon même. Qu'un germe proprement dit, une graine, ne subisse de la part de l'air aucune modification, cela se conçoit aisément, et on conçoit aussi aisément que, s'il doit y avoir un changement, celui-ci porte de préférence sur un fragment mycélien. Une bouture abandonnée sur le sol au contact de l'air ne tarde pas à perdre toute vitalité, tandis que, dans ces conditions, la graine se conserve, prête à reproduire la plante. C'est fondé sur ces analogies que le savant panspermiste a étudié l'action de l'oxygène de l'air sur la bactériodie, non sur son germe ou sa graine, c'est-à-dire son spore, mais sur le fragment mycélien qui y donne naissance. Il restait donc à faire cette culture en empêchant l'émission des spores.

A la température la plus basse que se cultive ce parasite, c'est-à-dire vers $+ 16$ degrés, la bactériodie ne prend pas de germes, au moins pendant un temps très long. Les formes du petit microbe à cette limite inférieure de son développement sont irrégulières, en boules, en poires, en un mot monstrueuses, mais dépourvues de spores. Il en est de même sur ce dernier point aux températures les plus élevées encore compatibles avec la culture du parasite, températures qui varient un peu suivant les milieux. Dans le bouillon neutre de poule, la bactériodie ne se cultive plus à 45 degrés. Sa culture y est facile, au contraire, et abondante de 42 à 43 degrés, mais également sans formation possible des spores. En conséquence, on peut maintenir au contact de l'air pur, entre 42 et 43 degrés, une culture mycélienne de bactériodie entièrement privée de germes.

Alors apparaissent les très remarquables résultats suivants :

après un mois d'attente environ, la culture est morte, c'est-à-dire que, semée dans du bouillon récent, il y a stérilité complète. La veille et l'avant-veille du jour où se manifeste cette impossibilité de développement et tous les jours précédents, dans l'intervalle d'un mois, la reproduction de la culture est au contraire facile. Voilà pour la vie et la nutrition de l'organisme.

En ce qui concerne sa virulence, on constate ce fait extraordinaire que la bactériémie en est dépourvue déjà après huit jours de séjour à 42, 43 degrés et ultérieurement; du moins ses cultures sont inoffensives pour le cobaye, le lapin et le mouton, trois des espèces animales les plus aptes à contracter le charbon. On est ainsi en possession non pas seulement de l'atténuation de la virulence, mais de sa suppression en apparence complète, par un simple artifice de culture. De là aussi la possibilité de conserver et de cultiver à cet état inoffensif le terrible microbe.

Qu'arrive-t-il dans ces huit premiers jours à 43 degrés qui suffisent à priver la bactériémie de toute virulence? Le microbe du choléra des poules périt aussi, lui, dans ces cultures au contact de l'air, en un temps bien plus long il est vrai, en éprouvant des atténuations successives dans l'intervalle. On est donc autorisé à penser qu'il doit en être de même du microbe du charbon, car, avant l'extinction de sa virulence, il passe aussi par des degrés divers d'atténuations, et chacun de ces états de virulence atténuée peut être reproduit par la culture, comme celui du choléra des poules. Et, comme le charbon ne récidive pas, chacun de ces microbes charbonneux, atténué dans son essence, doit donc constituer un vaccin pour le microbe supérieur, c'est-à-dire un virus propre à donner une maladie plus bénigne.

C'est d'après ce raisonnement et par des cultures faites en conséquence, dont le liquide était essayé sur de petits animaux comme le cobaye, que M. Pasteur en est venu, avec cette assurance de logique qui le caractérise, à l'essayer sur les moutons. Pour atténuer la virulence, il maintient donc les liquides de culture dans du bouillon de poulet, à une température de 43 degrés, au contact d'un air privé de tous les germes atmosphériques. Dans ces conditions, les bactéries ou microbes ne se transforment point en germes, elles ne se multiplient que par scissiparité et deviennent de

moins en moins actives. Il a ainsi entre les mains un liquide virulent à tous les degrés, depuis celui dont l'inoculation ne peut tuer jusqu'à d'autres qui tuent toujours à coup sûr, soit relativement aux différents âges du même animal, soit d'après les plus petits aux plus grands. Dans cette série ascendante, les plus faibles serviraient de vaccin par rapport aux plus énergiques. (*Acad. des sciences, mars.*)

Au mois d'avril dernier, la Société d'agriculture de Melun, par l'organe de son président, a fourni les moyens de tenter une expérience décisive, en mettant à la disposition de M. Pasteur un troupeau de soixante moutons, plus dix bœufs.

Les expériences ont commencé le 5 mai, dans la commune de Pouilly-le-Hault, près de Melun, dans une ferme appartenant à M. Rossignol, vétérinaire.

Deux moutons avaient été remplacés par deux chèvres.

On inocula, au moyen d'une seringue de Pravaz, vingt-quatre moutons, une chèvre et six vaches, chaque animal par cinq gouttes d'une culture d'un virus charbonneux atténué.

Le 17 mai, on réinocula ces vingt-quatre moutons, la chèvre et les six vaches par un second virus charbonneux également atténué, mais plus virulent que le précédent.

Le 31 mai, on procéda à l'inoculation très virulente qui devait juger de l'efficacité des inoculations préventives des 5 et 17 mai. A cet effet, on inocula d'une part les trente et un animaux précédents, vaccinés, et d'autre part vingt-quatre moutons, une chèvre et quatre vaches. Aucun de ces derniers animaux n'avait subi de traitement préalable.

Afin de rendre les expériences plus comparatives, on inocula alternativement un animal vacciné et un animal non vacciné. L'opération faite, rendez-vous fut pris pour le jeudi 2 juin, par conséquent après quarante-huit heures seulement depuis le moment de l'inoculation virulente générale.

A l'arrivée des visiteurs, au nombre de plus de trois cents, les vingt-quatre moutons et la chèvre qui avaient reçu les virus atténués, ainsi que les six vaches, avaient toutes les apparences de la santé; au contraire, vingt et un moutons et la chèvre qui n'avaient pas été vaccinés étaient déjà morts charbonneux; deux des autres moutons non vaccinés moururent sous les yeux des spectateurs, et le dernier de la série s'éteignit à la fin du jour.

Les vaches non vaccinées n'étaient pas mortes, mais toutes avaient des œdèmes volumineux autour du point d'inoculation, derrière l'épaule. Leur température s'éleva de 3°. Les vaches vaccinées n'éprouvèrent ni élévation de température ni tumeur, pas la moindre inappétence, ce qui rend le succès des épreuves tout aussi complet pour les vaches que pour les moutons.

Le vendredi 3 juin, une des brebis vaccinées mourut. L'autopsie en fut faite le jour même par M. Rossignol et par M. Garrouste, vétérinaire militaire; la brebis fut trouvée pleine, à terme, et l'agneau mort dans la matrice depuis douze ou quinze jours. L'opinion des vétérinaires qui ont fait l'autopsie est que la mort de cette brebis devait être attribuée à la mort du fœtus. Ces expériences ont eu pour témoins plusieurs centaines de personnes, parmi lesquelles plusieurs vétérinaires.

On possède donc maintenant, d'après M. Pasteur, des virus-vaccins du charbon, capables de préserver de la maladie mortelle, sans jamais être eux-mêmes mortels, vaccins vivants, cultivables à volonté, transportables partout sans altération, préparés enfin par une méthode qu'on peut croire susceptible de généralisation, puisque, une première fois, elle a servi à trouver le vaccin du choléra des poules. Par le caractère des conditions ici énumérées, et à n'envisager les choses qu'au point de vue scientifique, la découverte des vaccins charbonneux constitue un progrès sensible sur le vaccin jennérien, puisque ce dernier n'a jamais été obtenu expérimentalement. (*Acad. des sciences et de médecine*, juin.)

De nouvelles expériences sur la vaccination charbonneuse ont été faites à Chartres, par M. Boutet, vétérinaire, qui en rend compte de la manière suivante :

Deux lots de moutons, l'un préalablement soumis à la vaccination, l'autre vierge de toute vaccination, ont été inoculés avec le sang d'un mouton mort du charbon. Dix-neuf moutons qui avaient subi la vaccination préventive ont tous résisté à l'inoculation charbonneuse, tandis qu'au contraire, sur seize moutons qui n'avaient pas été soumis à cette vaccination préalable, la même inoculation en a tué quinze.

Ces expériences ne diffèrent de celles qui ont été faites à Melun qu'en ce qu'on s'est servi ici du sang d'un mouton

qui venait de mourir du charbon, tandis que, dans le premier cas, on s'est servi d'un liquide de culture, gardé depuis quatre ans dans le laboratoire de M. Pasteur. (*Acad. de méd.*, 26 juillet.)

Ces résultats laissent donc bien loin derrière eux les essais tentés par M. Toussaint le premier, et, malgré les soixante succès obtenus depuis par sa méthode d'inoculation du sang charbonneux chauffé, filtré et atténué, celle-ci présente une uniformité et une sécurité bien supérieures.

Reste à savoir quelle sera la durée de l'immunité et son influence sur les nouveau-nés. Elles seraient en raison directe de l'intensité de la vaccination, à en juger d'après les résultats suivants, obtenus par M. Toussaint : Ayant inoculé comparativement des agneaux et des brebis, en août 1880, les survivants de ceux qui avaient reçu une forte dose de virus conservaient leur immunité un an après, et les brebis l'avaient même conférée à leurs petits. Tandis que ceux qui avaient reçu dans des conditions identiques un vaccin plus atténué, une nouvelle inoculation aux brebis, quatre mois après, les a tuées, alors que les antenais ont conservé leur immunité.

L'hérédité est acquise à l'agneau. Sept brebis vaccinées aux mois de mai, juillet et août 1880 ont été conservées et mises au troupeau après les premiers essais. Les sept agneaux en provenant, inoculés dans le premier mois de leur naissance, ainsi que les mères, n'ont montré aucun symptôme morbide. Si ce résultat se confirme, il suffirait donc d'inoculer les femelles au moment du rut pour avoir des troupeaux indemnes. Cette immunité conférée par l'inoculation avant la conception est donc bien plus concluante que celle des brebis algériennes, revaccinées par M. Chauveau lorsqu'elles étaient pleines et conférant l'immunité à leurs petits, qu'ils tenaient déjà de la race et du climat. (*Acad. des sciences.*)

Mais tous ces résultats sont encore si nouveaux, récents, imprévus, et l'emploi de la méthode de M. Pasteur pouvant les modifier, qu'il est superflu de s'y arrêter. Il faut attendre que la vaccination soit bien établie, et l'on verra ensuite.

La démonstration solennelle de cette immunité a été faite devant le jury d'un concours ouvert à l'École vétérinaire de Lyon, le 5 juin, pour une chaire de professeur.

Un bélier d'Auvergne fut inoculé avec 5 millimètres cubes

de liquide de pulpe charbonneuse dans la cuisse gauche. Il mourait le surlendemain, avec tous les symptômes du charbon symptomatique et en offrait les lésions typiques à l'autopsie.

On inocula à la cuisse gauche, avec un centimètre cube du même liquide, un veau charolais, vacciné depuis quatorze mois par l'injection intra-veineuse. Aucune manifestation locale ni générale ne s'ensuivit.

Un veau bernois, vacciné de même depuis onze mois, par injection intra-veineuse, fut inoculé avec 5 millimètres du même liquide à la cuisse gauche, sans plus d'effet.

Un veau de seize jours, n'ayant encore pu être vacciné, mais dont la mère l'avait été au quatre-vingt-septième jour de sa gestation avec 4 centimètres cubes de liquide virulent injecté dans la veine jugulaire, a été inoculé avec 5 centimètres cubes de virus dans la cuisse gauche, sans en éprouver aucun effet appréciable. L'immunité lui avait été conférée par sa mère.

Une brebis auvergnate, vaccinée depuis quinze jours par l'introduction du virus dans la trachée, inoculée avec 5 centimètres cubes de virus dans la cuisse gauche, s'est montrée aussi réfractaire que par l'injection dans les veines. (*Id.*, juin.)

Il est ainsi manifeste que le virus naturel de la maladie de Chabert peut être introduit directement dans la circulation comme méthode vaccinale et préventive, contrairement à celui du sang de rate qui tue immédiatement, ce qui, en confirmant leurs rapports cliniques, marque bien distinctement leurs différences fondamentales.

Charbon symptomatique ou *maladie de Chabert*. Il est définitivement distingué, séparé du charbon essentiel ou sang de rate, d'après la différence des résultats expérimentaux obtenus dans les deux cas. Ce que la clinique n'a pu faire par l'observation patiente des symptômes et des effets de ces deux affections similaires et confondues jusqu'ici, l'expérimentation actuelle prétend le résoudre par une simple piqûre de lancette. MM. Arloing et Cornevin, professeurs à l'École vétérinaire de Lyon, en collaboration avec M. Thomas, vétérinaire à Dammartin, sont les auteurs de cette découverte, promulguée aujourd'hui officiellement d'après les preuves suivantes :

La bactériémie constitue toute la maladie dans les deux cas, mais elle est plus grosse dans cette forme que dans l'autre et très mobile. Les effets de son inoculation sont tout différents. Si l'inoculation a lieu dans le tissu cellulaire, une tumeur avec emphysème en résulte et accumulation de gaz acide carbonique, sans gangrène ni odeur. Mais des symptômes graves apparaissent ensuite et l'animal succombe avec tous les signes de l'intoxication charbonneuse. Si, au contraire, on préserve le tissu cellulaire du contact du virus en injectant le sang toxique dans la veine de l'animal, avec la précaution qu'il n'en fuse pas le moindre atome sur la gaine celluleuse externe, il n'y a ni tumeur ni emphysème, mais une faible élévation de température, avec fièvre légère. C'est l'effet de la vaccination, car, en revenant à l'état normal, l'animal a acquis l'immunité contre le charbon symptomatique. L'inoculation et ses effets diffèrent donc entièrement de ceux du charbon essentiel.

Il a encore bien d'autres différences. Ainsi il se communique au fœtus dans le sein de sa mère chez l'espèce ovine, contrairement au sang de rate. On l'a constaté dans plusieurs cas avec les mêmes lésions que chez l'adulte. (*Acad. des sc.*, mars.) Les auteurs ont d'ailleurs mis en relief tous ces caractères cliniques différentiels, mais en tenant compte surtout des résultats expérimentaux pour le distinguer. (*Congrès d'Alger et Revue de méd.*, janvier.)

Vaccination préventive. Le 26 septembre dernier, le Conseil général de la Haute-Marne faisait réunir à Chaumont 25 animaux de l'espèce bovine pour les soumettre à l'inoculation intra-veineuse par MM. Arloing, Thomas et Cornevin. 13 l'avaient déjà subie par eux au mois de février; 12 n'avaient pas été vaccinés. En mettant la veine à nu avec la précaution de disséquer la tunique externe, afin qu'aucune parcelle du sang virulent ne fût mise en contact avec le tissu cellulaire, une seringue pleine fut injectée moitié dans la fémorale d'un sujet vacciné, l'autre moitié dans celle d'un sujet non vacciné. Or, des 13 premiers, 12 restèrent indifférents à l'épreuve; un seul présenta un peu de fièvre. Des 12 autres, au contraire, 9 sont morts avant le troisième jour, 2 ont été fort malades pendant longtemps, 1 seul s'est montré réfractaire, parce qu'il avait

séjourné préalablement dans un milieu charbonneux. Cette condition semble, en effet, conférer l'immunité consécutive, surtout chez les animaux de cinq à dix-huit mois, spécialement dans les contrées où le charbon symptomatique est endémique. (*Acad. de méd.*, 4 octobre.)

Deux vaches de neuf et dix ans, nées et élevées dans des étables ravagées par le charbon symptomatique, ont été soumises à deux reprises à l'injection vaccinatrice sans en éprouver aucune influence, tandis que les deux témoins ayant toujours vécu en dehors de foyers charbonneux en sont rapidement morts. C'est donc la consécration apparente de l'immunité acquise par le danger même de la contagion. (*Acad. des sc.*, octobre.)

Charbon interne chez l'homme. Il n'était question jusqu'ici, pour l'espèce humaine, que du charbon externe constitué par la pustule maligne, les œdèmes charbonneux et certains anthrax malins assimilés au charbon des animaux, surtout depuis la constatation de la bactériodie spécifique dans les tumeurs. Le grand bruit fait sur cette question depuis quelques années et la vogue croissante du parasitisme semblent devoir agrandir le champ de cette terrible affection. Le docteur Kelsch, agrégé au Val-de-Grâce, tend ainsi à en introduire une nouvelle espèce, le charbon intestinal, d'après un seul fait observé en Algérie en 1876, sans que le corps même du délit ait été recherché. Il s'agit d'un Maltais de trente ans, menant une vie errante et vivant on ne sait comment, qui se présente à l'hôpital de Batna, sans fièvre, avec des vomiturations. Le ventre, douloureux, se météorise, le délire survient, l'adynamie se prononce, et tous ces symptômes, en s'accroissant, amènent la mort en quatre jours, sans que le diagnostic ait pu être porté.

Malgré des lésions diffuses et considérables, l'autopsie n'éclaire pas davantage la nature de la maladie. L'abdomen, considérablement distendu, surtout dans la portion supérieure de l'intestin grêle, depuis le pylore jusqu'à 3 mètres 1/2 ensuite, dont les anses sont échelonnées les unes au-dessus des autres, est rempli de gaz et de sang liquide, avec exsudat hémorrhagique. La lésion significative consiste dans une trentaine de petites tumeurs ulcérées.

échelonnées sur une hauteur de 3 mètres à partir du pylore, sorte de furoncles légèrement saillants, grands comme une lentille jusqu'à une pièce de 50 centimes, avec des ulcères plats ou cratériformes remplis de détritüs noirâtres.

Sans entrer dans plus de détails, nous signalerons le poids de 2160 grammes du foie et celui de 260 grammes de la rate, sur lesquels l'auteur n'insiste pas et qui semblent pourtant devoir être pris en sérieuse considération.

Ce fait serait passé inexpliqué sans la littérature allemande. Wahl avait admis, dès 1861, la mycose de l'estomac, d'après un cas analogue où une éruption semblable aux pustules varioliques fut rencontrée dans cet organe chez une femme de cinquante ans, morte en cinq jours. Puis Recklinghausen, Buhl, Waldeyer, Münch, E. Wagner avaient rapporté ensuite un certain nombre d'observations analogues. Dès 1871, l'hypothèse d'une affection charbonneuse, d'un anthrax intestinal est émise par Waldeyer, parce que l'un des malades était employé dans un abattoir, et, 15 ouvriers employés à la préparation du crin en Russie ayant présenté des lésions intestinales, la nature anthracique du mal fut bientôt affirmée par Münch (de Moscou). La constatation de bactéries en forme de bâtonnets, rencontrées à l'autopsie d'un homme qui avait mangé du foie à moitié cru d'une chèvre morte du charbon, fut la confirmation de cette théorie. Six observations de cordiers morts dans des circonstances analogues et présentant les mêmes lésions furent ainsi données comme des exemples de charbon interne.

Telle est l'origine, la généalogie du charbon interne. Il peut être admis en Allemagne, mais des signes plus spécifiques sont nécessaires pour le faire adopter et naturaliser en France. La constatation positive du bacille anthracique dans l'intestin et le sang serait au moins indispensable, et c'est pour aider à cette recherche, dans les cas douteux, que cette relation peut avoir son utilité. (*Revue de méd.*, juillet.)

CHIRURGIE. En continuant sans relâche son évolution et ses modifications transformatrices, elle n'a réalisé aucune innovation magistrale cette année; tous ses progrès sont dans les détails. L'emploi de la méthode antiseptique est trop récent pour que ses perfectionnements et ses applica-

tions croissantes ne suffisent pas à préoccuper les esprits. Tout se rapporte et se limite à cette immense découverte, et c'est en l'associant à l'anesthésie et aux progrès de l'hémostase que le professeur Trélat, dans son discours d'inauguration de la clinique chirurgicale, a pu faire un tableau si flatteur de la chirurgie actuelle comparée à l'ancienne.

« Je me souviens, dit-il, de ma première entrée dans un service de chirurgie : c'était en 1844, dans le service de Gerdy. Une pauvre jeune fille, atteinte d'une tumeur blanche du coude, était sur le lit d'opérations. Gerdy la soumit à la cautérisation ignée; je vois encore l'horreur effroyable de cette malheureuse, ses cris de douleur au milieu du bouillonnement des chairs, des fongosités en fusion, en vapeurs. Chez Blandin, chez Roux, les opérations se faisaient aussi au milieu des cris, des souffrances extrêmes. Un vieil homme, dans son héroïsme dur et raide, fumait sa pipe pendant qu'on lui torturait les chairs. C'était alors la chirurgie barbare : le chirurgien semblait bardé de fer, insensible des yeux et des oreilles, la main ne tremblant jamais, résolu à outrance. A cette époque, on se félicitait d'avoir vu un chirurgien réséquer le thorax d'un malade, mettre à nu les plèvres : on avait vu les poumons! — « Quelle belle opération! » disait-on. Et le malade?.... Le malade était mort, mais cela ne faisait rien... peu importait pour célébrer l'audace du chirurgien. Avouons-le, à cette époque, l'examen des malades était insuffisant, l'exécution détestable, et les indications étaient loin d'être remplies. »

Aussi a-t-il étendu l'emploi de cette méthode à toutes les petites opérations courantes journalières, comme l'ouverture des abcès chauds et froids, des adénites, des hygromas, des kystes, des panaris, etc. Voy. ABCÈS, ADÉNITES.

Compression élastique. En dehors de son emploi pour la guérison des anévrismes (voy. *ce mot*), elle a reçu de nouvelles applications par le docteur M. Sée, qui a eu particulièrement à s'en louer :

Contre l'infiltration œdémateuse des membres quelle qu'en soit la cause déterminante, même l'œdème persistant après la guérison des phlébites et des lymphangites;

Contre les infiltrations séro-plastiques et les raideurs articulaires consécutives à certaines phlegmasies diffuses; c'est un adjuvant utile des frictions et du massage dans l'intervalle des séances;

Contre les épanchements sanguins et les ecchymoses de toute sorte;

Contre les épanchements séreux articulaires du genou et du cou-de-pied surtout, parfois rebelles à l'immobilité et les cautérisations ignées, comme dans l'arthrite blennorrhagique;

Contre les inflammations phlegmoneuses circonscrites ou diffuses, pour empêcher l'afflux sanguin, en remplacement des cataplasmes;

Contre l'ecthyma et les ulcères des membres : atoniques, calleux, variqueux, en en favorisant la cicatrisation;

Même contre les plaies récentes, suturées, dont elle favorise la réunion immédiate, en espaçant les pansements phéniqués.

C'est en l'appliquant plus ou moins serrée, suivant les cas, soit à nu, soit par-dessus le pansement phéniqué ou une couche de ouate, que l'on remplit toutes ces indications. Certaines infiltrations d'origine cardiaque peuvent en être une contre-indication, de même que l'œdème localisé du cancer du sein par la dyspnée qui en est la conséquence. Les œdèmes durs de l'éléphantiasis en sont spécialement justiciables (*Soc. de chirurgie.*)

Sonde à demeure. Son application dans l'œsophage semble devoir être aussi bien tolérée, sinon mieux, que dans l'urèthre, d'après M. Krishaber, en les passant plutôt par les fosses nasales que par la bouche pour l'alimentation. Dans un premier cas, il a pu la laisser en place pendant quarante-six jours consécutifs, et trois cent cinq dans un second. Elle était placée depuis cent un jours dans un troisième et depuis soixante-quinze dans le quatrième. D'après ces exemples, M. Verneuil l'a appliquée de même chez un opéré de la bouche, pour l'alimenter, en la laissant deux heures le premier jour, quatre le second, six le troisième, puis toute la journée. Après une semaine, l'opéré gardait très facilement un numéro 18 en permanence dans son œsophage.

Les opérations sur la bouche, la langue, le voile du palais notamment, pourront ainsi être pratiquées à l'avenir avec sécurité, sans danger de voir les opérés mourir ensuite d'inanition, comme il en existe plusieurs exemples. (*Soc. de chirurgie*, février, et *Congrès internat. de Londres*.)

L'application du tube stomacal de Faucher, employé récemment dans le même but contre les vomissements incoercibles, est une garantie de plus à cet égard. Il s'agit simplement d'employer le caoutchouc vulcanisé dans les deux cas. Voy. ESTOMAC, RETRÉCISSEMENTS DE L'ESOPHAGE.

Chirurgie de la main, par le docteur A. Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. En spécialisant la chirurgie d'un organe, d'une région, comme cela se fait depuis longtemps en Angleterre, cette monographie doit inaugurer en France autant de monographies distinctes qui peuvent se détacher utilement des traités généraux. On traite bien séparément de la même opération dans les diverses parties du corps, comme les hernies, les résections, les ligatures, etc. Les maladies du testicule, du rectum et d'autres organes sont ainsi traitées à part depuis longtemps en Angleterre. Avec la méthode croissante de tout diviser et isoler, en n'observant plus qu'au microscope, cette facture doit prévaloir à l'avenir, à mesure que la science grandit et s'étend.

Manuel de chirurgie antiseptique, par Mac Cormac, professeur et chirurgien à l'hôpital Saint-Thomas, chirurgien consultant de l'hôpital français à Londres; traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'auteur par A. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare. 1 vol. in-8° de 358 pages, avec 62 figures dans le texte. Librairie Germer Baillière.

Par son origine, ce nouveau plaidoyer en faveur de la méthode antiseptique semble avoir une supériorité locale par la précision des renseignements et des résultats. Tous les précédents, parus en France, en Allemagne ou ailleurs, ne venaient que de seconde main, quoique inspirés à la source. L'authenticité sur cette question importante suffit donc à le recommander à l'attention.

Outre un aperçu général de la méthode dans ses princi-

pales applications, cet ouvrage contient la description de la théorie et du matériel antiseptique, ainsi que de son emploi dans les plus délicates opérations; le tout illustré de planches démonstratives, intercalées dans le texte et appuyées de statistiques et de nombreux faits confirmatifs, selon la méthode anglaise. La traduction *in extenso* de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société médico-chirurgicale de Londres, en 1879, par une communication de l'auteur, en donnant l'opinion pour ou contre des plus célèbres chirurgiens anglais et le résultat de leur pratique, sert comme de pièce à l'appui pour démontrer la facture essentiellement originale de ce livre.

Elle l'est surtout par sa traduction qui a conservé la forme et jusqu'aux idiotismes de la langue anglaise, comme une fracture *remise*, très peu de *sécrétion* des plaies, de nombreux essais *de* thymol, etc. Ces phrases et jusqu'aux paragraphes sans fin, énonçant des propositions différentes, ont conservé la tournure et le caractère anglais. Tout en retrace le type. C'est plutôt un livre anglais, mis simplement en français par un Anglais qui le comprendrait, selon l'étymologie rigoureuse du mot *translation*.

Cette traduction défectueuse et par trop anglaise nuit essentiellement à la lecture et à l'intelligence de l'ouvrage. Sans rien changer à l'esprit ni au fond d'un livre, une bonne traduction doit le rendre absolument comme s'il était écrit primitivement dans la langue où il est traduit, en y adaptant non seulement les mots, mais les phrases et la division. La *fistule fécale* n'est pas connue en français comme synonyme d'anus artificiel ou contre nature. Pourquoi donc encombrer et embarrasser la traduction de tant de mots étrangers et de phrases si bicornues, souvent incompréhensibles pour nos oreilles françaises? Une seule nationalité vaut mieux que le cosmopolitisme ou le polyglottisme pour faire une bonne traduction.

Chirurgie abdominale. Une nouvelle chirurgie est née de la méthode antiseptique par le grand nombre d'opérations nouvelles qu'elle comporte : l'extirpation de l'utérus et des ovaires, de la rate, des reins et même de la vessie; la résection de l'estomac, du pylore et jusqu'à deux mètres d'intestin par l'ouverture du ventre. (Voy. LAPAROTOMIE.) Ce

nom a été solennellement consacré et adopté au Congrès international de Londres. Un autre titre lui a été donné à la réunion annuelle de la Société clinique : c'est la *surgerg of the future*, a dit M. Arthur Durham, en ajoutant : d'un futur immédiat. Cette chirurgie de l'avenir a au moins l'avantage de comprendre toutes les régions du corps, car la chirurgie abdominale ne pouvait comprendre exactement les opérations gynécologiques qui se font par les voies naturelles, comme l'hystérectomie vaginale. Voy. GYNÉCOLOGIE.

L'un de ses partisans les plus décidés, M. Lawson Tait (de Birmingham), en a exposé ainsi les progrès récents. Il a ouvert l'abdomen dans des conditions considérées jusqu'ici comme inaccessibles à l'intervention chirurgicale, alors que les tumeurs, bénignes par elles-mêmes, ne menaçaient la vie des malades que par la gêne ou la douleur qu'elles déterminaient. Sur 36 cas, il n'a eu qu'une seule mort, dans une grossesse des trompes, chez une femme profondément épuisée.]

Voici les principes qui doivent présider à ces opérations :

Opérer avant que le malade soit trop épuisé ;

Ouvrir l'abdomen avec soin sur la ligne médiane ;

Eviter la pénétration dans le péritoine du liquide contenu dans les parties malades ;

Fermer complètement la cavité péritonéale dans tous les cas par une suture continue à la plaie de la paroi ;

Isolement complet du malade.

Les procédés de Lister, trouvés encombrants et peu pratiques dans beaucoup de cas, ne sont pas toujours employés. L'emploi de l'acide phénique lui a paru retarder plutôt que favoriser la guérison, et ses opérés se sont parfaitement rétablis sans cela. Voy. HÉPATOTOMIE, LAPAROTOMIE.

Blessures du péritoine par coups de feu. Le président de la section de chirurgie, à la dernière assemblée de l'Association médicale américaine, a réalisé ce vœu en prenant ce sujet pour texte de son discours. Aucune blessure perforante et pénétrante n'étant aussi grave et mortelle que celles du péritoine, le docteur Mac Guire propose de les traiter comme toutes les opérations qui se font sur cet organe. Les statistiques des dernières guerres de Crimée,

d'Amérique et de France montrent que les 9/10 des blessés succombent, et cependant les seuls moyens employés se bornent généralement au repos absolu, l'usage de l'opium pour prévenir l'action péristaltique de l'intestin et favoriser les adhérences dans la fallacieuse espérance d'empêcher l'épanchement du sang dans le péritoine. Mais l'expulsion inévitable des gaz, en en séparant les deux feuillets, détermine fatalement l'effusion des liquides et des solides. Une ou deux exceptions à cette règle figurent dans l'histoire de la guerre civile d'Amérique. De là la péritonite aiguë, dont 90 cas sur 100 sont mortels dans les quarante-huit heures, sans que jamais une autre cause ne tue aussi rapidement.

Malgré l'assertion de Malgaigne et d'autres que les coups de feu du péritoine entraînent fatalement des lésions viscérales, le contraire résulte des autopsies et des expériences. L'auteur en a observé quatre cas, deux à l'examen médico-légal et chez deux soldats morts de péritonite, sans aucune lésion viscérale à l'autopsie. L'absence de shock en est le meilleur signe. L'un des soldats n'avait senti sa blessure qu'un certain temps après avoir été atteint, et l'autre, dans un duel, avait été capable de tirer son coup après avoir été frappé. Le météorisme soudain, l'étendue et la direction de la plaie, l'absence surtout d'écoulement, en sont les autres caractères rationnels.

Ces exemples ne doivent donc pas être aussi rares qu'on le suppose, et les guérisons survenant dans les blessures de l'intestin non recouvert, du péritoine avec fistules intestinales, pourquoi l'intervention opératoire reste-t-elle nulle dans les autres cas? Sur 59 guérisons de blessures pénétrantes du gros intestin, 55 étaient perforantes et facilitaient le drainage. Les blessures du bassin ne sont pas généralement si fatales que celles du péritoine. A moins de graves lésions viscérales, trois sur quatre guérissent, et l'auteur expliquant ces succès par le drainage, qui est de règle dans ces cas, de même que dans l'ovariotomie et toutes les opérations pratiquées dans cette région, il propose d'en faire de même dans les blessures du péritoine. Au lieu de fermer ces plaies, comme on le faisait autrefois de celles de la plèvre, il conseille d'ouvrir le péritoine, comme on divise sans crainte aujourd'hui la plèvre, par des contre-ouvertures

avec le bistouri ou le trocart, en l'injectant même de liquides antiseptiques. Les blessures de la paroi abdominale doivent donc être agrandies, en divisant largement sur la ligne blanche pour faire une inspection des parties lésées. L'hémorrhagie pourra être ainsi arrêtée, et, si l'intestin est lésé, on pourra le réséquer, en réunir les lèvres avec le catgut et évacuer tous les corps étrangers. Le drainage étant établi, ces plaies se réduiront à une simple laparotomie. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 22.)

Et l'Académie de médecine de New-York, renchérissant encore sur ce nouveau thème par l'organe de son plus illustre gynécologue, Marion Sims, approuve explicitement toutes les conclusions précédentes, qu'il fait siennes, en les développant et les précisant. Ces nouvelles indications ressortent directement, selon lui, de l'ovariotomie qui a constitué la chirurgie péritonéale, — *peritoneal surgery*, — comme il l'appelle. Une toilette soignée de cette séreuse et son drainage au besoin en seraient les règles principales.

Mais une sourdine a été mise aussitôt à ce diapason enthousiaste par un chirurgien autorisé, M. James Wood, en n'accordant pas *toute la gloire* des progrès de cette chirurgie péritonéale aux gynécologues et en faisant des réserves expresses sur l'assimilation de l'ovariotomie avec les blessures du péritoine par coups de feu. Il est difficile de diagnostiquer les lésions ainsi produites, et le shock de la blessure aussi bien que les recherches à faire des balles ou du plomb sont bien plus graves que la division simple du péritoine le plus souvent sain chez les ovariectomisées. (*Medical Record*, octobre.)

Il faut encore rattacher à cette chirurgie de l'avenir l'emploi de la médication iodoformée, qui se généralise de plus en plus en Allemagne. Voy. IODOFORME, PANSEMENTS.

Beaucoup plus réservée se montre la chirurgie française dans ces innovations parfois aventureuses et hasardées. Elle semble les dédaigner au contraire et ne les tenter qu'en dernier appel et comme forcée par les succès authentiques de l'étranger. On ne la voit guère entreprendre ces extirpations, ces excisions d'organes entiers, comme le larynx, le pylore, et, si elle ouvre l'estomac pour en retirer une fourchette ou résèque l'intestin gangréné, ce ne sont là que des exceptions forcées. Elle ne s'occupe même de ces innova-

tions qu'en dernier lieu; exemples : la ligature élastique contre les anévrismes compte à peine quelques applications, et ce n'est que bien timidement et imparfaitement que la lithotritie en une seule séance a été enfin essayée à côté des nombreux et brillants succès de l'Angleterre. La néphrectomie elle-même ne compte encore que deux applications ! La dernière, en fournissant un brillant succès, pourra heureusement servir d'encouragement à la répéter.

Chirurgie oculaire. Antisepsie. On peut en améliorer considérablement les résultats par ce moyen, suivant le professeur Horner, de Zurich. La désinfection du malade et du chirurgien, des instruments, le nettoyage du sac conjonctival, les bandages antiseptiques peuvent réduire les accidents dans la proportion des trois quarts. En employant cette méthode, le docteur Reymond, de Turin, en a obtenu les meilleurs effets. (*Congrès international de Londres.*)

CHORÉE. *Bromure de camphre.* Un cas extrêmement rare en a été constaté par le docteur Gauthier (de Charolles), chez une femme de soixante-quinze ans, d'une santé aussi bonne et d'une intelligence aussi nette que le comporte son âge. Sans rhumatisme antécédent, sans bruit anormal ni matité à la région du cœur, elle s'aperçoit un matin, en se levant, d'une incertitude et d'une exagération notables dans les mouvements du membre inférieur gauche. Le lendemain, l'incoordination est complète dans tout le côté *gauche*, et, cinq jours après le début des accidents, la chorée envahit le côté droit. La malade ne peut manger seule; la marche est incertaine et trébuchante, la figure grimaçante, la parole intacte. La jactitation diminue lorsque la malade est couchée; mais, dans cette position, l'agitation est encore assez grande pour que la jambe, bien que reposant sur le lit, remonte par une contraction soudaine, puis soit lancée dans des directions différentes. Cet état dura quatorze jours, et, pendant tout ce temps, la sensibilité générale, les organes des sens, les facultés intellectuelles restèrent intacts. Les mouvements choréiques cessaient pendant le sommeil, qui était difficile, et ont toujours été plus marqués du côté gauche.

Le traitement consista simplement en quelques dragées

de bromure de camphre et quelques cuillerées d'une solution arsenicale.

Un mois après le début des accidents, tout était rentré dans le calme.

Les détails qui précèdent suffisent pour établir l'existence d'une chorée essentielle. L'intégrité des fonctions du système cérébro-spinal avant, pendant et après la manifestation des accidents, la forme de ces accidents, qui étaient bien choréiques et non choréiformes, la durée et la terminaison heureuse justifient pleinement ce diagnostic.

Un point intéressant est passé sous silence : la cause provocatrice des accidents convulsifs. La veille du jour où ont éclaté les mouvements choréiques, cette femme s'était fait extraire une molaire du côté *gauche* du maxillaire inférieur. Une heure ou deux après cette opération, la mâchoire inférieure fut prise de mouvements spasmodiques involontaires. Cette agitation du maxillaire ne se calma que la nuit pendant le sommeil et ne reparut plus pendant toute la durée de la maladie.

Le mécanisme par ordre réflexe est ici évident; c'est bien lui seul qui est en jeu, car il est impossible chez cette malade de rapporter l'attaque choréique à aucune autre cause. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.*)

La guérison par le bromure de camphre est aussi manifeste dans le cas suivant, observé par le docteur Larmande chez une fille de vingt ans, anémique depuis deux ans, sans avoir suivi de traitement régulier. Elle est nerveuse, pleure et rit sans motifs, et c'est dans ces conditions que, après avoir vu tomber une femme hystérique devant elle, elle fut prise huit jours ensuite d'une héli-chorée gauche. Sa sœur, atteinte d'accès semblables, ayant suivi longtemps un traitement arsenical sans grand résultat, on prescrivit un bain sulfureux tous les deux jours avec 100 grammes de sulfure de potassium et un gramme de bromure de potassium matin et soir.

Ce traitement n'avait amené aucun résultat sérieux au bout de cinq mois, bien que la dose de bromure de potassium eût été élevée à 6 grammes par jour. C'est alors (février 1879) que le bromure de camphre fut prescrit à la dose de 80 centigrammes dans la journée, en capsules de 10 centigrammes. L'amélioration ne s'est pas fait attendre.

La jeune fille, qui est couturière, a pu recommencer à travailler. Au bout d'un mois, elle était complètement guérie, et la guérison ne s'est pas démentie depuis.

Vers la même époque, le 9 novembre 1878, se présente un petit garçon de dix ans, ayant de la chorée alterne, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le bromure de potassium restant sans effet, il est remplacé, le 14 mars 1879, par le bromure de camphre à la dose de six capsules de 10 centigrammes. La guérison était complète en trois semaines, et, revu quatre mois après pour une pelade et à diverses reprises en 1880, cet enfant s'est présenté sans récurrence.

Encouragé par ces deux succès rapides, le même traitement fut institué d'emblée chez une jeune couturière de dix-neuf ans, qui avait déjà eu de la chorée dans son enfance. Le 8 septembre 1880, elle présentait une hémichorée gauche. On prescrit six capsules de bromure de camphre à 10 centigrammes et un bain sulfureux deux fois par semaine. Elle a pris six bains. L'amélioration a été rapide. Le 5 octobre, il y avait encore quelques mouvements choréiques ; mais la malade pouvait coudre. On ajoute des pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale. Le 19 octobre, il y avait déjà plusieurs jours qu'elle n'avait plus de mouvements convulsifs. Le 26 octobre, elle était rentrée à son atelier. (*Idem.*)

Chorée paralytique. Cette forme particulière résulte de l'observation par le docteur Gowers de cinq enfants de sept à quatorze ans dont la parésie musculaire constituait le symptôme prédominant, tandis que l'incoordination des mouvements était très atténuée. C'est plutôt de l'inaction que de la paralysie réelle. Un seul bras est ordinairement atteint, et, quand les deux sont pris simultanément, c'est avec une intensité inégale.

Les contractions cloniques sont rares et peu accentuées, la langue, le tronc et les jambes restent ordinairement intacts.

Malgré sa longue durée, cette forme est généralement bénigne et finit par céder à l'usage de la strychnine. (*British med. Association.*)

Un enfant de onze ans, placé à l'hôpital Trousseau, service de M. Cadet de Gassicourt, offrait un exemple analogue. Presque tous les muscles étaient atteints, et l'incoordination

des mouvements telle que l'alimentation était très difficile. Les muscles de la nuque et du cou font exception; leur faiblesse est extrême, aussi la tête repose-t-elle inerte sur l'oreiller, ce qui forme un singulier contraste avec l'agitation incessante du tronc et des membres.

Sous l'influence de la médication arsenicale, un mieux sensible s'est produit, les mouvements sont moins désordonnés, mais les muscles du cou n'ont pas repris leur vigueur, et la tête roule toujours inerte et oscillante dès qu'on fait asseoir le malade.

COEUR. C'est ici que paraissent devoir venir aboutir et échouer tous les efforts des modernes anatomo-histologistes voulant expliquer les symptômes cliniques fournis par cet organe central de la circulation, l'*ultimum moriens*, par les lésions microscopiques rencontrées à l'autopsie. On peut juger de leur embarras en les voyant se contredire réciproquement en face de la même altération microscopique et histologique, obtenue après maintes préparations techniques de la pièce anatomique. La sclérose du myocarde est ainsi devenue actuellement le champ clos de ces contestations. En la rencontrant à un degré microscopique avec une hypertrophie macroscopique du cœur, appréciable à l'œil nu, sans lésions valvulaires, on veut en faire la cause directe, immédiate de celle-ci. D'où le nouveau nom de *myocardite scléreuse hypertrophique*, imposé à cette nouvelle entité morbide sur laquelle chacun est d'accord.

Mais voici où commencent les divergences, les contradictions. Tandis que, pour MM. Debove et Letulle, cette sclérose ou hyperplasie du myocarde coïncide toujours avec la néphrite interstitielle qui lui est adéquate, comme résultant d'une diathèse fibro-scléreuse généralisée de tout le système artériel (voy. NÉPHRITE INTERSTITIELLE, 1880), le docteur Rigal, aidé de son interne, relate, tout en admettant la réalité de la précédente, deux observations où cette même myocardite s'est rencontrée sans athérome ni aucune lésion rénale, c'est-à-dire primitive. Elle serait donc essentielle dans ces deux cas, dont la relation, démesurément étendue, compense au moins le nombre et la qualité. Ils n'en ont vu d'autre cause que l'alcoolisme dans le premier et le tabagisme dans le second.

Ce n'est pas tout. M. H. Martin, ayant constaté histologiquement bien entendu un épaississement généralisé de la membrane interne des capillaires artériels comme la cause principale de l'athérome, en a étendu aussitôt l'action à toutes les scléroses, les cirrhoses organiques. Par son action oblitérante progressive, cette diathèse fibro-scléreuse, établie sur des planches.... figurées, serait à la fois la cause première de la néphrite interstitielle et de la myocardite scléreuse hypertrophique, du rein sénile, de l'ataxie locomotrice et de toutes les scléroses viscérales dystrophiques. Voy. ENDARTÉRITE.

Comment admettre, si l'histologie est un guide si sûr et positif pour pénétrer le secret étiologique de toutes les manifestations morbides en constatant les lésions les plus minuscules, que tous ces observateurs n'aient pas observé uniformément cette lésion primitive de la membrane interne des artérioles pour expliquer la cause de toutes les scléroses dystrophiques? Si séduisante et probable que soit la diathèse fibro-scléreuse généralisée de MM. Debove et Letulle, elle n'est pas établie aussi solidement sur leurs constatations que sur celles de Gull et Sutton. Comment n'ont-ils donc pas vérifié aussitôt l'endartérite figurée de H. Martin pour mieux en démontrer la réalité? Peut-être eussent-ils au moins élucidé sa nature non inflammatoire, admise par ce dernier envers et contre tous les observateurs.

Ce n'est pas que toutes ces prétendues entités histologiques : endartérite et myocardite scléreuses, soient nouvelles. Corvisart les indique en gros par l'endurcissement du tissu musculaire du cœur et sa transformation en substance cartilagineuse et osseuse. Mais ces faits très rares étaient vus et connus ; il a fallu raffiner. L'histologie est née pour cela, et l'on étaye, d'après elle, théories sur hypothèses, pour tomber dans une confusion inextricable, en vertu des à peu près. « On doit admettre jusqu'à plus ample informé, disent les auteurs de la nouvelle myocardite scléreuse primitive, que les causes qui l'amènent sont les diathèses et les intoxications : tabagisme, goutte, rhumatisme, alcoolisme, saturnisme. En entraînant les altérations des petites artères et des capillaires, elles aboutissent à supprimer l'élasticité de ces petits vaisseaux et créent au

cœur un obstacle : d'où son hypertrophie. » (*Archiv. de méd.*, août.)

L'analyse histologique minutieuse, subtile, infinitésimale, microscopique, actuellement en usage, ne peut conduire qu'à ces exceptions, ces particularités s'excluant réciproquement, surtout en se fondant sur une ou deux observations pour raisonner à perte de vue, comme elle le fait. On a voulu réagir par elle contre les hypothèses, les systèmes *à priori*, et l'on en fait tous les jours en se basant sur des subtilités inappréciables souvent pour tout autre œil que celui qui les a découvertes. Est-ce là du progrès ?

Atrophie cachectique. Pour vérifier l'influence que les cachexies prolongées ont sur la déformation du cœur, M. Ducastel a institué une nouvelle série de recherches, en mesurant le cubage des cavités cardiaques par les injections. Le poids moyen du cœur, fixé entre 250 à 280 grammes par Bouillaud, n'est pas sans exception. L'un de ceux observés par l'auteur pesait seulement 200 grammes, et un autre dépassait 300, quoique à l'état normal tous les deux. Son poids augmente surtout avec l'âge, sans varier de droite à gauche. L'ampleur de ses cavités, quoique très variable, est toujours supérieure, chez l'adulte, du côté droit ; leur égalité paraît s'établir vers soixante ans. Cette dilatation sénile anormale du cœur gauche produit une saillie du ventricule aortique sur la face antérieure du cœur, tandis que la saillie de l'infundibulum pulmonaire, plus considérable chez l'enfant, va sans cesse en diminuant.

Toutes ces particularités sont justifiées par une série de spécimens de cœurs normaux recueillis aux différents âges, dont trois, provenant d'individus âgés de soixante à soixante-dix ans, ayant succombé à la cachexie cancéreuse, étaient atrophies. En les examinant de près, il y avait absence presque complète de graisse, et, par la diminution considérable de la masse musculaire des ventricules, les cavités en étaient considérablement rétractées. Cette disposition était au maximum pour le cœur gauche, qui, à l'état normal, doit offrir à cet âge une capacité égale à celle du cœur droit. Les oreillettes étaient moins modifiées, en formant une saillie appréciable par rapport au plan des ventricules. Le cœur des cachectiques offre ainsi la forme générale d'un

gland de chêne dont la saillie en bourrelet des oreillettes représenterait la cupule. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Hypertrophie professionnelle. Les altérations suivantes ont été constatées par le docteur Peffer à l'autopsie d'un garçon de dix-neuf ans occupant dans une fabrique un emploi l'obligeant à des efforts musculaires assez considérables. C'est un cœur volumineux, très hypertrophié, surtout le ventricule gauche, au point que l'orifice aortique est épaissi, rempli de végétations et ne formant plus qu'un pertuis du calibre d'une plume de corbeau. Jamais ce garçon n'avait été malade; aucun antécédent syphilitique ni rhumatismal, lorsqu'on le trouva mort au pied d'un arbre d'une forêt où il était allé pour dénicher des nids. On se demande dès lors quelle est la pathogénie de cette endocardite. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre.)

Influence du nerf vague. A l'aide d'un appareil des plus ingénieux sur le cœur isolé et vide de sang des batraciens, M. Gaskell a pu étudier et enregistrer simultanément les contractions des oreillettes et des ventricules pendant et après l'excitation du pneumo-gastrique. Des effets complètement ignorés jusqu'ici sur la puissance du muscle cardiaque en sont résultés. Le ventricule présente ainsi un relâchement considérable pendant l'excitation et exécute ensuite des mouvements d'une fréquence et d'une force remarquables. Son action trophique peut donc être soutenue. (*Congrès de Londres.*)

Rupture. Dans un cas de rupture spontanée du ventricule gauche, le docteur H. Mollière a constaté une plaque d'athérome dans l'artère coronaire avec thrombus ancien et une dégénérescence pigmentaire des fibres musculaires. (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, mars.)

Sédatifs du cœur. D'accord avec tous les cliniciens, Gubler, Sée, Vulpian, Cl. Bernard, sur l'action sédative du bromure et de l'iodure de potassium, le professeur de Renzi, après avoir employé ces deux sels alcalins et l'hydrate de chloral sur sept cardiopathes de sa clinique, a posé les conclusions suivantes :

Le bromure de potassium diminue l'anxiété des malades atteints d'affections cardiaques : ils éprouvent un certain bien-être et la respiration est plus facile. Sous son influence, le sommeil est plus tranquille, plus facile et plus durable ; aussi c'est le retour du sommeil physiologique qui paraît être le fait le plus constant et le plus avantageux de ce bromure.

Le nombre des pulsations cardiaques et des inspirations diminue ; c'est pour ces dernières, jusqu'à présent du moins, que la diminution est le plus sensible. La toux seule semble s'aggraver sous l'influence du médicament.

L'iodure de potassium réussit mieux et est plus utile dans les maladies du cœur. Son effet principal est d'améliorer d'une manière remarquable la respiration et surtout de faire cesser l'asthme symptomatique.

L'hydrate de chloral, à petites doses, peut combattre l'insomnie qui tourmente les cardiopathes. En général cependant, il ne diminue pas sensiblement la dyspnée d'origine cardiaque. Il facilite la torpeur cérébrale et la somnolence, phénomènes qui ne sont pas rares dans les maladies du cœur. Le plus souvent, on a dû suspendre le chloral, parce que, administré avec l'iodure de potassium, il produit alors chez les malades une somnolence grave et persistante. (*Gazz. med. italiana*, janvier.)

Drainage du péricarde. Chez un enfant de dix ans, atteint d'un épanchement péricardique dont l'influence sur la circulation et la respiration était si intense qu'une aiguille aspiratrice fut introduite par Rosenstein (de Leyde) dans le quatrième espace intercostal, près du sternum, 620 centimètres cubes de liquide furent retirés. Un épanchement pleurétique du côté gauche suivit bientôt, et 1100 centimètres cubes de liquide furent de nouveau évacués. Les symptômes cardiaques s'étant renouvelés, une seconde ponction du péricarde donna 120 centimètres cubes de liquide purulent. Une récurrence s'étant manifestée, une incision d'un pouce et demi de long fut faite à la place de la ponction, en divisant la paroi couche par couche sous le nuage phéniqué. Une grande quantité de pus s'échappa du péricarde, et deux drains y furent insérés. Le retour normal de la circulation et de la respiration fut immédiat, mais une incision de la

plèvre devint aussi nécessaire. Ce n'est qu'après quatre mois de ce traitement que l'enfant quitta l'hôpital en assez bon état. Il n'y avait plus ni fièvre, ni œdème de la peau de la région précordiale. (*Lancet*, octobre.)

CONGRÈS. Ils sont la forme à peu près universellement adoptée aujourd'hui pour promulguer, vérifier et discuter les découvertes des sciences et les progrès de l'art de guérir en particulier. Tout ce qui touche à cet art *salutaire*, comme on dit en Italie, gagne spécialement à être rendu public et vulgarisé, car la moindre découverte ou innovation utile devient ainsi un bienfait pour l'humanité tout entière. C'est par cette compilation, cette inscription publique des divers moyens de guérison que l'art de guérir s'est constitué dans les temps primitifs où la médecine se confondait avec la religion. Les prêtres médecins inscrivaient ainsi les remèdes dans les temples d'Esculape, et c'est pourquoi les médecins de tous les temps ont le plus écrit, comme aujourd'hui, pour se communiquer réciproquement leurs succès et leurs revers.

Toute différente et positive que soit la médecine actuelle, elle ne peut que gagner à la diffusion et à la discussion de ses découvertes. C'en est le critérium et la meilleure garantie. Si les Sociétés ou les Académies locales ont à les enregistrer les premières, c'est aux Congrès à les sanctionner de leur autorité, en en faisant la démonstration et la promulgation universelle. Ils forment la cour suprême des appels portés devant eux et consacrent définitivement le bien fondé de l'observation particulière, individuelle, par l'observation et l'acquiescement général. De là l'accueil favorable que leur doit ce *Dictionnaire annuel des progrès*, en enregistrant leurs actes.

Congrès médical de Londres. Grande, vaste et brillante organisation, comme on n'en avait pas vu encore depuis l'institution des Congrès internationaux en Europe, dont l'inauguration a eu lieu à Paris en 1867, à l'occasion de l'exposition universelle. Un comité général, assisté de deux autres, l'un exécutif et l'autre de réception, composé des sommités et des noms les plus connus, a présidé à cette admirable organisation. La division en quinze sections ou

classes distinctes, avec leurs bureaux complets et leurs lieux de réunion séparés, en a été tout le secret. Un programme publié d'avance dans les trois langues permises : anglais, français et allemand, indiquait cette division, avec les questions qui devaient être soumises à la discussion dans les différentes sections, nonobstant la faculté pour les adhérents d'en introduire de nouvelles en les faisant connaître aux bureaux.

Grâce à cette ordonnance magistrale, toute simple qu'elle est, et dont le docteur Mac Cormac, secrétaire général, a été l'âme et le principal exécuteur, aucune confusion, ni retard, ni désordre n'a eu lieu dans la distribution des travaux, leur lecture et leur publicité. Tout s'est produit avec un ordre parfait, malgré l'immensité et la variété du travail accompli, pendant ces sept jours du 2 au 9 août. Chaque section travaillait séparément à son aise, sans avoir à s'inquiéter des autres, et tout s'exécuta ainsi simultanément.

Les principaux travaux étant signalés à chaque mot correspondant dans ce volume, il serait superflu de les indiquer ici. Leur actualité, leur à-propos et leur caractère pratique se dessinent nettement, en portant spécialement sur les trois points à l'ordre du jour des préoccupations médicales actuelles : les microbes, la tuberculose, les néphrites. L'indifférence qui s'est révélée à la discussion des localisations cérébrales suffit à montrer que la pathologie a toujours dominé la physiologie, conformément au positivisme bien connu des Anglais.

Un inconvénient nous semble pourtant être résulté de cette extrême division : c'est que les grandes questions en ont été morcelées dans leurs points essentiels et soumises à la discussion dans des sections différentes, soit dans la physiologie et la médecine, comme en ressortissant à la fois. On a vu ainsi le professeur Goltz discuter là avec M. Ferrier, alors que le professeur Brown-Sequard était aux prises ici sur le même sujet avec M. Charcot. (Voy. LOCALISATIONS CÉRÉBRALES.) Tel sujet à l'ordre du jour a même été subdivisé en trois ou quatre fractions et discuté dans trois ou quatre sections différentes, comme les fonctions, les maladies et les lésions médicales et chirurgicales des reins, du cœur, de l'estomac, du foie, des nerfs, en passant alternativement de la physiologie à la pathologie, de la médecine

à la chirurgie et à d'autres sections spéciales. Les questions les plus générales et aussi les plus importantes ont été ainsi disséminées, suivant les maladies et les organes, d'après la coutume anglaise de spécialiser les maladies selon les régions. Cette méthode nous paraît avoir nui essentiellement à l'unité et à l'utilité des discussions.

Mais le concours, l'empressement des travailleurs étaient si grands — près de trois mille médecins étaient réunis — que rien n'a souffert. Toutes les sections ont été occupées, aucune n'a chômé, et tout le programme a été parfaitement rempli. Après les *introductory addresses* ou discours d'inauguration de chaque président, les travaux ont afflué et les discussions ont réciproquement commencé. Partout dominants, les travaux anglais ont surtout été présentés sous forme de conclusions ou de résumés, d'aperçus généraux. Que de descriptions minutieuses dont les Allemands se sont approprié le monopole ! Chacun a voulu établir son opinion individuelle sur les questions les plus discutées des affections générales et spéciales. Rien de plus frappant que les contradictions absolues émises sur la valeur et l'application du même moyen, comme le thermo-cautère ou l'anse métallique dans les affections du nez et de la gorge.

Afin de compléter l'instruction, ce qui n'avait pu être vu ni expliqué dans le jour était complété le soir par des exhibitions de malades ou de pièces anatomiques dans des réunions distinctes. Il y eut même une exposition d'instruments et d'appareils, et l'hospitalité anglaise, couronnant ces journées si laborieuses par des réceptions privées, des *luncheons*, des fêtes et des banquets, a fait de cette réception cordiale et confraternelle le Congrès médical le plus brillant et le plus complet dont on puisse garder le souvenir. La dépense totale en est évaluée à 50 000 francs.

Congrès d'Alger. Il a été ouvert par anticipation le 10 avril, en raison même du climat exceptionnel où il avait lieu. Malgré la multiplicité des travaux présentés à cette dixième session de l'Association française pour l'avancement des sciences, aucune production médicale ne s'en détache d'une manière remarquable. Le discours présidentiel sur les virus et les ferments n'a même pas rempli l'attente de la plupart des auditeurs. Il a été critiqué, comme trop compendieux,

sans rien de magistral. L'allocution de bienvenue du gouverneur civil n'a pas même été trouvée à la hauteur de la situation. Mais, en prenant possession de cette nouvelle terre d'Afrique française à la suite de l'armée et des colons, au moment où la barbarie semble vouloir encore une fois leur disputer le terrain, la science pacifique et civilisatrice ne peut qu'y introduire des éléments de force, de progrès et de stabilité.

Beaucoup de détails locaux sur l'hygiène, la salubrité, l'acclimatement de la colonie distinguent surtout cette réunion. La question du paludisme, comme une nécessité de circonstance, a été traitée par M. Verneuil, sans nouveaux développements de ses précédentes études sur ce sujet, dans ses rapports avec la chirurgie. La session prochaine, qui aura lieu à La Rochelle, promet d'être plus brillante et fructueuse.

Congrès des chirurgiens allemands. La dixième session a eu lieu au mois d'avril dernier en *catimini*, comme d'habitude, sans appareil, ni annonce, ni bruit et presque à la sourdine. Les résidents semblent vouloir en éloigner avec soin les étrangers, pour prévenir plus sûrement leurs objections. Ils se complaisent à traiter leurs affaires personnelles en famille et en secret. C'est un vrai conclave, dont le bruit ne se répand qu'après coup, par les expériences excentriques et spéculatives qui y sont relatées ou les opérations risquées dont les détails étranges sont faits pour étonner le monde chirurgical. La résection de l'estomac, du pylore, des reins mobiles et d'autres plus ou moins hasardées en ont fait les principaux frais cette année. L'extirpation totale de la vessie et de la prostate a même été proposée par Glück, comme parfaitement réalisable chez l'homme, d'après ses expériences sur les animaux; un instrument spécial servirait à établir la continuité des uretères avec l'urèthre.

Il y a donc peu à s'occuper des Congrès de ce côté; ils sont sans attrait scientifique, sinon pour en extraire quelques faits curieux et intéressants que l'on trouvera aux mots correspondants.

Congrès de l'American gynecological Society. Voy. GYNÉCOLOGIE.

COQUELUCHE. En continuant à confondre les causes diverses de cette névrose et ses formes multiples, les observateurs s'obstinent à donner comme des spécifiques tous les moyens internes ou externes qui leur réussissent, alors qu'il n'en saurait exister, à moins que l'on ne découvre son microbe. Il peut être utile néanmoins de les enregistrer, car ils peuvent réussir empiriquement dans un cas donné.

Les *inhalations de térébenthine* ont donné un succès de ce genre au docteur Baréty, de Nice, qui soignait trois enfants de la même famille atteints simultanément. L'un d'eux, le plus sévèrement atteint, ayant été isolé dans une chambre dont les boiseries, récemment peintes, exhalaient encore une forte odeur de térébenthine, ses quintes devinrent bientôt moins fréquentes et fatigantes. La guérison fut ainsi plus rapide que chez les deux autres.

Il renouvela dès lors l'expérience en plaçant dans la chambre où couchent ses coquelucheux deux assiettes creuses remplies d'essence, dont une est placée près du lit et l'autre dans un coin de la chambre. Les enfants y restent même enfermés une partie de la journée, pour mieux en inspirer et en absorber les vapeurs, en renouvelant l'air deux fois par jour.

Les quintes s'atténuent rapidement, et la coqueluche ne dure guère qu'un mois en moyenne.

Le docteur Guisan, de Vevey, confirme ces bons résultats des *inhalations de la térébenthine*, en rappelant que le professeur Albrecht, de l'Université de Berne, les a promulgués dès 1878 dans le *Correspondenz Blatt*. Mais ce n'était là qu'un diminutif de la méthode française, car l'auteur se bornait à faire respirer trois à quatre fois par jour dix gouttes de térébenthine parfaitement épurée pendant quelques minutes. La nuit, il place sous l'oreiller de l'enfant un mouchoir imbibé de cinq gouttes. Il y a donc une grande différence dans le mode d'administration.

Les *inhalations avec l'acide phénique* ont donné les mêmes résultats à M. Raymond, en diminuant l'intensité et la durée des accès de toux. C'est pour celles-ci surtout qu'il y aurait lieu de recourir à de faibles doses. (*Soc. de biol.*)

C'est au *tannate de quinine* que le docteur Hagenbach

donne la préférence, suivant l'exemple de Binz en 1867. Il le préfère au sulfate, en raison de son peu d'amertume et de son innocuité. On en fait prendre deux fois par jour autant de décigrammes que le malade compte d'années, soit 40 centigrammes pour un enfant de quatre ans, et 60 pour un enfant de six ans.

L'eau sucrée suffit à son administration. Son action s'observe du troisième au quatrième jour par l'éloignement et la diminution des quintes et des vomissements. Mais il faut en continuer l'usage jusqu'à la guérison complète pour combattre efficacement l'élément spasmodique. (*Corresp. für Schew. Aertz.*)

Bromure d'ammonium. A la dose de 5 centigrammes toutes les deux heures pour les jeunes enfants et de 25 à 40 pour les plus âgés, Kormann en a constaté une amélioration très rapide. La coexistence d'un catarrhe bronchique chronique en est une contre-indication formelle, car il se produit sous son influence un peu de stupeur, qui disparaît rapidement par la suspension du médicament. (*Jahrb. für Kinderheilk. et London med. Record.*)

COXALGIE. *Toucher rectal.* Ce mode d'investigation devrait faire partie intégrante de l'examen de toute coxalgie, sèche ou suppurée, pour en préciser le diagnostic. De même qu'il est employé pour la recherche des abcès intra-pelviens volumineux, il peut servir, selon le docteur Cazin, qui en a fait une étude spéciale chez les petits malades de l'hôpital de Berck-sur-Mer, à mettre en évidence les symptômes suivants : douleur à la pression au niveau de la surface post-cotyloïdienne ; présence de l'engorgement des ganglions intra-pelviens ; augmentation de volume du plancher osseux ; dépression, flexibilité, mobilité, destruction, perforation de la surface post-cotyloïdienne ; empâtement des parties molles, abcès pelviens de volumes divers ; communication entre les abcès pelviens peu volumineux et les fistules situées en dehors. Ces abcès pelviens sont quelquefois uniques et se rencontrent dans des cas de coxalgie, regardées comme sèches ; il s'ensuit que toute tentative de redressement forcé devra, par prudence, être précédée du toucher rectal et de l'exploration minutieuse de la portion

du bassin qui correspond au fond du cotyle. Le toucher rectal permet donc de faire le diagnostic anatomique des altérations, même peu prononcées, de l'acétabulum et du bassin. Il doit toujours être pratiqué avant les résections et le redressement forcé. (*Acad. de médecine.*)

Paralysie musculaire consécutive. Elle se produit après des guérisons apparentes, suivant M. Verneuil. Une jeune fille de neuf ans, atteinte de coxalgie rhumatismale, avait été traitée pendant trois ans avec la gouttière de Bonnet, puis l'appareil de Bouvier, et déclarée guérie ensuite, tout en conservant un peu de raideur de la jointure. Mais, six mois après, l'enfant boitait, et revue un an après la guérison apparente, elle présenta une flexion très prononcée de la cuisse, avec ensellure considérable, sans gonflement ni douleur; l'attitude vicieuse seule s'était reproduite. L'enfant marchait sur la pointe du pied.

De même que dans l'arthrite du genou, le triceps fémoral se paralyse après la guérison et détermine la flexion de la jambe. M. Verneuil constata que les muscles fessiers étaient paralysés et que la déformation résultait de la contraction du psoas et des adducteurs. Elle fut corrigée facilement par la chloroformisation, et, grâce à l'application de l'appareil de Bouvier et de la faradisation simultanée des fessiers, la guérison se fit rapidement.

C'est donc à cet accident de la paralysie et de l'atrophie musculaire qu'il faut penser dans ces récides, surtout après les coxalgies légères, rhumatismales. Chez une autre fille de huit ans, qui boitait de temps en temps après la guérison d'une coxalgie de ce genre, il suffit également d'électriser les muscles fessiers pour faire disparaître la claudication.

A cette nouvelle interprétation, M. Le Dentu a fait l'objection suivante : « J'observe actuellement une enfant qui présente la déformation de la première période de la coxalgie. Guérie depuis quelque temps, elle est revenue la cuisse en flexion et en abduction très prononcées. Les muscles fessiers sont atrophiés, ce qui vient à l'appui de la théorie de M. Verneuil. Mais je dois ajouter qu'ils ont été longtemps comprimés par la plaque d'un appareil. Après avoir pris l'avis de plusieurs collègues, j'ai redressé les membres sous

le chloroforme, et dans l'opération j'ai eu la sensation très-nette d'un obstacle fibreux vaincu. Aussi m'étais-je imaginé que les déformations tenaient, sinon primitivement, du moins consécutivement, à des productions exagérées de tissu fibreux, en avant de la capsule. » Il y aurait donc lieu à suspendre toute opinion absolue, jusqu'à ce que des faits plus nombreux, étudiés spécialement sous ce rapport, se soient produits.

Tout dépend du travail pathologique intra-articulaire, d'après M. Th. Anger : usure du sourcil cotyloïdien ou de la tête fémorale. Il a constaté dans un cas, par des mensurations rigoureuses, l'allongement réel du fémur sans contracture ni atrophie des muscles, insuffisantes, d'après lui, pour expliquer les attitudes vicieuses.

Sans être constantes, obligatoires, les récidives sont très-fréquentes, dit M. Trélat, et de nature différente : osseuse, fibreuse, musculaire. Il n'a observé que deux cas, une fille et un garçon, de guérison intégrale; des rechutes et des altérations définitives se sont montrés dans tous les autres. La récurrence des déformations est la règle et peut survenir après dix et quinze ans, ajoute M. Ollier. C'est toujours de l'arthrite chronique avec déformation par usure des cartilages et des surfaces articulaires. Le défaut de mouvement c'est-à-dire l'ankylose met seule à l'abri des rechutes par l'usage du membre.

Cela est vrai des ostéites et des arthrites graves, profondes, mais il n'en est pas de même dans les arthralgies ou les simples hydarthroses de la hanche, pour M. Marjolin. Il peut y avoir guérison sans rechute. La terminaison dépend de la nature de l'affection. (*Soc. de chir.*, octobre et novembre.) Voy. RÉSECTION DE LA HANCHE.

CRANE. De nouvelles recherches faites sur cet organe, malgré son enveloppe solide, semblent devoir révéler chaque jour davantage les phénomènes qui se passent à l'intérieur. La température et les mouvements en sont ainsi étudiés, mesurés, et voici que l'auscultation et la percussion paraissent devoir révéler des phénomènes encore plus obscurs.

M. Alex. Robertson affirme que la percussion faite sur le crâne peut, dans certains cas, indiquer quelle est la région cérébrale malade. Ainsi, dans des cas de convulsions par-

tielles ou de monoplégie, où les symptômes semblaient indiquer la région motrice des circonvolutions comme le siège de la maladie, la percussion du crâne produit bien nettement une douleur dans cette partie de la tête et nulle part ailleurs. Dans certains faits, le diagnostic est confirmé par l'histoire de coups reçus antérieurement et aussi par les bons effets du traitement appliqué à la région douloureuse. La douleur n'est pas produite lorsqu'on exerce une friction ou une pression modérée sur le crâne, mais seulement lorsqu'on pratique la percussion ; on en conclut que la maladie ne siège pas dans l'os, à moins que ce ne soit sur sa table interne, ce qui est le cas pour beaucoup de lésions syphilitiques. L'auteur ne prétend pas que ce moyen de diagnostic soit d'une application très étendue. Il peut être utile dans les affections limitées et aussi dans les traumatismes de la tête. C'est ainsi que, dans un cas douteux de la fracture du crâne, l'auteur l'a vu employer avec succès pour aider à reconnaître la ligne de fraction. (*Congrès intern. de Londres.*)

Souffle céphalique. Découvert pour la première fois par Fisher, de Boston, en 1833, dans diverses maladies du cerveau chez l'enfant, il n'a été constaté que rarement dans les autres pays, sans aucun rapport constant avec les maladies indiquées ni aucune affection fixe du cerveau. Sur l'autorité de M. H. Roger en France, ce signe accidentel, constaté par lui, était considéré comme n'existant que dans l'enfance, exclusivement après la deuxième année, sans valeur ni signification diagnostique quelconque. D'où le peu d'attention que l'on y prêtait et son oubli à peu près complet sur le continent. Il était seulement signalé dans son pays d'origine, spécialement chez les enfants, comme en témoigne un travail récent du docteur Osler, qui l'a rencontré dans l'état de santé et de maladie, sans rapport direct avec aucune affection particulière. (*Boston med. and surg. journal*, juillet 1880, n° 2.)

Il a été rencontré de nouveau par le docteur Tripier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans des conditions toutes différentes. Il l'a constaté chez plusieurs adultes des deux sexes, atteints d'affections diverses, mais dont le fonds commun était une anémie profonde et prononcée. (*Voy. ce mot.*)

CROUP. *Dissolution des fausses membranes.* L'action dissolvante de la papaine, extraite du *Carica papaya* (voy. FERMENTS, 1880), sur la fibrine humide à l'étuve, les helminthes, ténias, ascarides et trichines, expérimentée par M. Bouchut, ne pouvait manquer de l'être sur les fausses membranes de l'angine couenneuse, comme elle l'a été sur celles de la diphthérie. (Voy. *ce mot.*) Dès 1877 et les années suivantes, des fausses membranes de la trachée, épaisses, résistantes et élastiques, extraites par la trachéotomie, étaient mises dans un tube à expériences avec une solution de papaya au tiers. Et il a montré devant de nombreux assistants, à sa clinique de l'hôpital des Enfants, qu'elles se dissolvent en quelques heures à froid et en quelques minutes si l'on chauffe légèrement le tube sur la lampe à alcool. Depuis lors, ces études ont été poursuivies sur un grand nombre de malades. Elles ont démontré qu'on pouvait espérer d'obtenir par les applications de papaine la dissolution et la digestion sur place des fausses membranes du croup.

Ce n'est sans doute pas la même chose de badigeonner avec la papaine cette pellicule de fibrine adhérente sur les amygdales que de la faire tremper dans une solution mise à l'étuve et dans un verre. Mais la papaine a des propriétés particulières, communiquées par M. Wurtz à l'Académie, dans la séance du 20 novembre 1880. Il lui a suffi de toucher et d'imprégner un instant la fibrine humide pour que celle-ci, lavée ensuite à grande eau pendant plusieurs heures, conserve la faculté de se dissoudre et de se transformer en peptone. C'est sur cette propriété fort extraordinaire que se base l'application de la papaine au traitement de l'angine couenneuse et de la diphthérie cutanée. L'expérience semble défectueuse, et elle l'est en réalité, puisque sur les malades on n'imprègne la pellicule membraneuse que par le côté extérieur et non par la face interne ; mais elle réussit même dans ces conditions défavorables.

L'application doit être renouvelée à plusieurs reprises, toutes les deux heures environ, et l'on voit les fausses membranes s'amincir lentement, se désagréger et disparaître définitivement au bout de trois, quatre et cinq jours.

Les fausses membranes ne fondent pas comme lorsqu'on les met baigner dans un verre à l'étuve ; mais elles sont manifestement attaquées et se dissolvent graduellement.

Cela a paru suffisant pour encourager de nouvelles tentatives, et, comme les cas sont toujours très nombreux, M. Bouchut a soumis indistinctement et sans choix tous ceux qui se sont présentés dans sa pratique et à l'hôpital.

Depuis le commencement de ces études, il a traité ainsi 32 cas, enfants ou adultes, et n'a eu que 4 morts. Un de ces malades guéris avait en même temps une diphthérie cutanée très épaisse du conduit auditif externe, et un autre une conjonctivite pseudo-membraneuse. (*Acad. des sciences.*)

Pilocarpine après la trachéotomie. Son influence, si largement expérimentée cette année dans la diphthérie, manquait encore de sanction. L'observation suivante, faite par le docteur Lemoyne, vient confirmer, sous une forme nouvelle et plus concluante, son mode d'action :

Le lundi 4 juillet, il était appelé en consultation à Keren-trech par le docteur Duliscouët, auprès d'un garçon âgé de six ans, atteint de croup bien caractérisé. La situation était si grave que la trachéotomie dut être pratiquée séance tenante. Une canule un peu trop volumineuse rendit son introduction dans la trachée longue et difficile; un instant, on crut le petit malade perdu. Enfin, après une grande demi-heure de lutte, il fut rappelé à la vie.

Mardi 5. La nuit s'est bien passée; le nettoyage de la canule a été fait avec intelligence par les parents; T. = 39°.

Le soir même, la respiration étant devenue bruyante et embarrassée, M. Duliscouët injecta sous la peau du cou 5 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine dans un gramme d'eau distillée. Cinq minutes après, salivation abondante; une quinte de toux expulse par la canule un flot de mucus et de fausses membranes. Un calme parfait succède et se maintient toute la nuit.

Mercredi 6. L'enfant paraît bien; T. = 38°,2.

La respiration est aisée. Le petit malade avale sans peine du bouillon et du lait alcoolisés; il s'est assis et a joué dans son lit.

Nous pratiquons néanmoins matin et soir une injection sous-cutanée avec 5 milligrammes de pilocarpine. Chaque fois, après quelques minutes, toussillement quinteux, avec rejet de mucus et de fausses membranes par la canule.

Jeudi 7. La nuit a été mauvaise. L'enfant est agité :

T. = 38°,5; la respiration est plus bruyante, l'expectoration plus difficile. M. Dulisouët, ne voyant pourtant rien d'inquiétant, s'abstient de faire, comme les jours précédents, une injection de pilocarpine. A deux heures de l'après-midi, le père vient nous chercher à la hâte; l'enfant est dans un état d'asphyxie avancée : regard terne, faciès pâle, violacé, lèvres bleuâtres, extrémités froides, etc.

De suite, les deux canules sont enlevées. Nous cherchons vainement à extraire avec une pince une large fausse membrane que l'on aperçoit dans la trachée. La situation semble désespérée. Une injection de pilocarpine (0 gr. 01 environ) est pratiquée en avant de la poitrine. Cinq minutes après, l'enfant est pris d'une quinte violente et rejette par la plaie trachéale un grand nombre de fausses membranes baignées de mucus. L'une d'elles, plus volumineuse, présente la forme de l'éperon bronchique. Les efforts de toux durent ainsi pendant près d'une demi-heure, expulsant chaque fois des débris pseudo-membraneux. Peu à peu, le visage de l'enfant s'est coloré, exprimant un soulagement extrême. A trois heures et demie, tout est rentré dans l'ordre.

Le soir, nouvelle injection de 5 milligrammes de pilocarpine, suivie de l'effet bienfaisant ordinaire.

Vendredi 8. L'enfant a parfaitement dormi; il n'y a plus de fièvre; l'expectoration est purement muqueuse, un peu épaisse, mais très facile. Une dernière injection de pilocarpine est pratiquée par précaution. Dans l'après-midi, la canule, enlevée provisoirement à titre d'essai, est supprimée définitivement le soir. Le lendemain et jours suivants, le larynx s'est dégagé en même temps que se fermait la plaie trachéale.

A partir de ce moment, la guérison s'est affirmée sans la moindre interruption.

Il semble donc manifeste que la trachéotomie à elle seule n'eût pas sauvé ce malade et que l'honneur en revient aux injections répétées de pilocarpine. Il nous a paru de toute évidence que l'action bienfaisante de la pilocarpine est due à l'hypersécrétion bronchique qu'elle provoque, détachant et entraînant à l'extérieur les fausses membranes qui obstruent les voies respiratoires. (*Journ. de méd. et chir. pratiques.* Voy. DIPHTHÉRITE.

CYSTITE. Les deux exemples suivants sont dignes de remarque par l'étrangeté du traitement employé et le succès qui l'a couronné. Après un refroidissement, une femme éprouve de la douleur en urinant, avec envies fréquentes. Sensation de brûlure quand le besoin n'est pas satisfait. Pendant plusieurs années, les douches vésicales, la dilatation et la cautérisation de l'urèthre, avec un traitement interne approprié, n'améliorent nullement cet état, qui empire au contraire.

C'est alors que la malade, âgée de quarante-trois ans, sans enfants, est adressée au docteur Warren, à l'hôpital de Massachusetts, pour pratiquer la cystotomie au besoin. L'urine est pleine de pus, de sang et d'épithélium vésical. Une incision d'un pouce de long environ à travers la paroi vaginale est pratiquée le 9 mai 1878. Un stylet est passé dans la vessie, et les lèvres de la plaie sont ensuite réunies au catgut. L'écoulement continu de l'urine diminue la douleur, entièrement disparue huit jours après. En enseignant à la malade à laver la vessie par l'urèthre une fois par jour avec de l'eau chaude, l'opérée peut quitter l'hôpital.

Jusqu'au mois d'octobre suivant, il n'y eut aucune douleur; mais l'urine, ayant cessé de couler, la fit reparaitre. L'examen ayant permis de constater le rétrécissement de la fistule, elle fut agrandie par une nouvelle incision, et, sauf une petite hémorrhagie, l'opérée put quitter l'hôpital quinze jours après.

En juillet 1880, l'urine étant devenue normale et l'état général ne laissant rien à désirer, la fistule fut fermée, après en avoir avivé les bords par dix-sept sutures métalliques, n'intéressant pas la muqueuse vésicale. Une sonde fut placée à demeure dans la vessie, et jusqu'au cinquième jour il n'y eut aucun écoulement par le vagin. Mais une diarrhée intense se manifesta, et l'urine s'échappa de nouveau par la fistule. Les fils d'argent furent enlevés, et l'opérée quitta l'hôpital, où elle revint le 23 septembre pour renouveler la même opération, qui, cette fois, fut définitive. Cinq mois après, elle était complètement guérie. C'est donc bien là un exemple de cystite ancienne, chronique, guérie par la cystotomie, comme une observation en a été relatée en 1880.

Le second cas n'est pas moins extraordinaire. C'est une femme de trente-huit ans qui depuis quatre ans est atteinte

d'une miction fréquente et douloureuse qu'aucune médication n'a pu soulager. Les douches vésicales ont amené des hémorrhagies abondantes; l'urine contient du pus, du sang et des cristaux phosphatiques. Le cathétérisme ne décèle pas de calcul, mais la muqueuse est d'une extrême sensibilité. L'urèthre est dilaté rapidement avec anesthésie, et le doigt parcourt aisément la vessie, dont la surface interne est comme incrustée de concrétions phosphatiques, surtout au voisinage du col. Elles sont détachées et écrasées avec l'ongle, moyennant un peu de saignement. Dès le lendemain, la malade se sent soulagée; les intervalles de la miction sont plus longs et sans incontinence. La vessie est lavée tous les jours avec une solution d'acide borique, et l'urine s'éclaircit. Trois semaines après, celle-ci ne contenait plus ni sang ni pus, et la malade quittait l'hôpital, avec la recommandation de continuer ces injections vésicales pendant un mois. Six semaines après, elle était entièrement libre d'aucun trouble de la miction. (*Boston med. and surg. journ.*, 11 août.)

D

DIABÈTE. *Rétinite hémorrhagique.* Ce signe unique, constaté par le docteur Coursserant chez des malades venant le consulter pour des troubles de la vue, lui a suffi pour diagnostiquer le diabète. Il peut donc apparaître primitivement, contrairement à l'opinion générale des auteurs. « Jamais la rétinite n'a, comme dans l'albuminurie, servi à faire découvrir la maladie générale, et toujours celle-ci avait produit des phénomènes accentués, non douteux, lorsque se sont produits les phénomènes d'amblyopie. » (Sichel, Leber, etc.)

D'où l'importance de le rechercher chez tous les diabétiques.

I. Une marchande de vins de quarante-huit ans, alcoolique, se plaint de ne plus voir de l'œil gauche depuis trois semaines, sans aucune douleur. Elle perçoit à peine le passage des doigts à 10 centimètres. L'ophtalmoscope révèle des hémorrhagies nombreuses sur toute l'étendue de la rétine, surtout au voisinage des veines, rendues tortueuses,

sinueuses et voilées. Dans sa totalité, la rétine était le siège d'un sablé hémorrhagique, véritable *purpura hemorrhagica*, qui, joint à une hyperémie passive de la membrane, lui faisait perdre ses caractères physiologiques. Rien dans l'œil droit. L'examen de l'urine décéla en effet 63 grammes de sucre en vingt-quatre heures sur 2 litres 1/2 d'urine dont la densité était de 1,031 ; absence d'albumine.

II. Depuis un mois, une femme de vingt-six ans se plaignait de la vue du côté gauche. Elle avait consulté successivement à l'Hôtel-Dieu et à Lariboisière deux ophtalmologistes distingués, dont l'un avait prescrit l'usage interne de l'iodure de potassium contre une névrite optique gauche. Elle se présente à la clinique le 23 avril 1880, en se plaignant d'évanouissements, de perte des forces et des facultés intellectuelles depuis deux mois. Névrite optique simple sans hémorrhagies rétinienne. Eblouissements avec diminution considérable de l'acuité, due à une hémypopie externe ; rien dans l'œil droit.

L'urine donne 27 grammes de sucre pour 700. Un traitement antidiabétique est institué, et dix jours après l'œil droit est pris d'hémypopie interne ; le 15 mai, la névrite existe comme du côté opposé.

Le traitement, dirigé par le docteur Galippe, est poussé vigoureusement, et une amélioration considérable des phénomènes généraux se manifeste : plus d'évanouissements ; les fonctions digestives, fort troublées, se régularisent, mais la névrite optique double persiste, ainsi que l'hémypopie. La malade a disparu.

III. Une femme de soixante-treize ans, pensionnaire aux Petits-Ménages, petite, sèche, se présente le 3 novembre 1880, en se plaignant de ne plus voir de l'œil gauche. Une rétinite hémorrhagique franche est constatée, marquée par de petits anévrismes miliaires. Rien dans les urines ; souffle cardiaque rude à la fin du premier temps et à la base, sans propagation vers la pointe, et couvrant légèrement le second temps. Artères athéromateuses. (*Soc. de méd. pratique*, décembre 1880.)

Otite. Bien que l'on n'en trouve aucune observation ni la moindre mention dans les traités spéciaux ni les ouvrages classiques sur le diabète, ce nouvel accident n'a pas lieu

d'étonner. La fréquence des troubles oculaires, la cataracte, la rétinite, l'abmyopie, suffit à faire prévoir que ceux de l'audition peuvent se rencontrer de même, par la relation étroite de ces deux fonctions. Cet accident peut donc devenir, comme l'anthrax, le phlegmon diffus, l'érythème des parties génitales, un indice révélateur de cette redoutable maladie.

Un exemple type s'en est rencontré à l'hôpital de la Charité dans le service du regretté M. Raynaud, chez un homme de quarante-sept ans, profondément émacié et présentant, avec une maigreur extrême, ce teint blafard, cet aspect terreux et flétri, cette sécheresse ou plutôt cette aridité de la peau qui forment un cachet spécial aux diabétiques et permet de les reconnaître à première vue, comme les phthisiques et les cancéreux. En moins de six semaines, le poids du corps était tombé de 70 kilogrammes à 50, et les urines émises dans les vingt-quatre heures à l'entrée contenaient 85 grammes de sucre par litre, soit 585 grammes par jour. La dose journalière de l'urée, de 36 gr. 50, s'éleva jusqu'à 54, et l'acide phosphorique à 4,40.

Le 27 janvier, quinze jours environ après son entrée et alors qu'une première poussée d'anasarque était à son déclin, le malade fut pris brusquement et sans cause appréciable d'une vive douleur de l'oreille droite. Elle augmenta rapidement et devint bientôt atroce, jusqu'à arracher de véritables hurlements. Cinq à six heures après survint une hémorrhagie assez abondante par l'oreille, qui amena un soulagement très marqué.

A la visite du lendemain, il s'écoulait encore goutte à goutte par l'oreille une sérosité sanguinolente, assez abondante pour être recueillie dans un vase. On voyait sourdre le liquide par une petite perforation du tympan recouvert d'une exsudation blanchâtre.

L'écoulement alla en diminuant et devint séreux. Il était très albumineux à l'examen, sans la moindre trace de sucre, tandis que le sérum de l'anasarque en contenait l'énorme proportion de 7 pour 1000, alors que le sang n'en renfermait que 1,80. Un suintement avec surdité persista ainsi jusqu'à la mort.

L'autopsie du rocher confirma la perforation assez large dans le segment antérieur du tympan, avec rougeur de

la muqueuse de la caisse, renfermant un liquide rosé et purulent, de même que les cellules mastoïdiennes, dont la muqueuse est rouge et ramollie. L'intensité de l'inflammation, prouvée par la douleur, a donc déterminé l'accumulation du liquide dans la caisse, lequel a provoqué la perforation tympanique de dedans en dehors pour l'issue du sang exhalé et de la sérosité ensuite, soit que cette otite ait été déterminée par l'ostéite du rocher comme il n'est pas rare de l'observer sur d'autres os chez les diabétiques, soit qu'elle résulte d'une autre cause inconnue. (*Ann. des malad. de l'oreille*, mai.)

Pilocarpine. Des injections de un centigramme, pratiquées tous les jours par le docteur Huchard pendant huit jours successifs, lui ont donné des succès remarquables contre la polyurie azoturique. Elle est naturellement indiquée par la sudation exagérée en résultant, comme une sorte de dérivation sur la polyurie et consécutivement sur l'excrétion de l'urine.

Un homme atteint de polyurie azoturique, soumis inutilement jusqu'alors à tous les traitements : belladone, bromure et iodure de potassium, valériane à haute dose, opium et injections morphinées, ergot de seigle, électricité, etc., a été très amélioré et même guéri en un mois par des injections de nitrate de pilocarpine avec la solution suivante :

Eau distillée.....	20 grammes.
Nitrate de pilocarpine,.....	20 centigrammes.

La quantité de l'urine, primitivement de 10 litres, est tombée à 2 litres, et la quantité d'urée, montée jusqu'à 90 grammes par jour, était descendue à 30 et même 25 grammes; enfin le poids du malade avait même augmenté de 8 kilogrammes en moins de deux mois.

Une autre malade, polyurique simple, est sortie également guérie de l'hôpital.

Chez un malade atteint de polyurie glycosurique encore en traitement, on a vu, du jour au lendemain, sous l'influence d'une injection de pilocarpine, la quantité d'urée descendre de 90 à 30 grammes; la faible quantité de sucre

qui s'y trouvait avait également passé dans la sueur et n'avait plus reparu dans les urines.

Jusqu'alors, on n'avait pas signalé de guérison authentique de la polyurie par la pilocarpine; mais il est probable que cette divergence dans les résultats obtenus tient à la différence des méthodes employées. M. Huchard est d'avis qu'il faut employer ces injections assez longtemps (pendant huit ou quinze jours) pour obtenir un résultat. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

Codéine. Des diverses préparations narcotiques préconisées surtout dans ces dernières années par le docteur Pavie comme diminuant le sucre de l'urine, sont particulièrement restreintes à la codéine par le docteur Smith (de Clifton). Il lui accorde la préférence, parce que, en ayant les mêmes propriétés que la morphine, elle ne produit pas la lourdeur et le narcotisme à un degré aussi prononcé. On l'administre à faible dose, qu'on augmente graduellement, en surveillant les effets physiologiques, et l'on en diminue la quantité dès que l'amélioration se manifeste par la diminution du sucre. (*Assoc. méd. anglaise*, août.)

DIATHÈSE SCLÉREUSE. En indiquant l'endurcissement morbide des tissus, autrefois limité à la peau, la sclérose a pris une extension infinie avec le secours du microscope et l'histologie, en s'appliquant à tous les tissus. Elle s'est étendue surtout depuis que la sclérose généralisée des petites artères par l'hypertrophie de leur membrane musculieuse a été découverte par les Anglais dans les maladies du cœur et des reins. (Voy. NÉPHRITES.) Cette coïncidence, dont la genèse reste indécise malgré les investigations faites à ce sujet, a pris une telle importance par sa généralisation qu'elle est élevée du coup au rang de diathèse par les jeunes histologistes, dont voici l'un des plus récents exemples à l'appui :

Un homme de quarante ans, atteint de bronchite à la suite d'un brusque refroidissement, est pris de frisson avec céphalalgie, nausées et une oppression croissante. Entré à la Pitié, dans le service du professeur Peter, il présente une extrême fréquence du pouls sans élévation de la tempéra-

ture. Les battements larges et vigoureux du cœur contrastent avec la petitesse du pouls. Rythme normal des battements et des bruits en dehors de leur fréquence. Un souffle à la pointe apparaît dès le lendemain, coïncidant avec une douleur atroce dans la jambe droite et une expectoration sanguinolente, à laquelle succèdent bientôt du souffle et des râles sous-crépitaux à la base du poumon droit pour en rendre compte. Le foie, douloureux, augmente de volume, la jambe droite, anesthésiée jusqu'au genou, se sphacèle, et le malade succombe le neuvième jour.

L'autopsie révèle des caillots noirâtres et gélatineux, remplissant le cœur, avec altérations de la valvule mitrale consistant en néo-formations de l'endocarde, rétrécissant son orifice. Le myocarde, aminci, est dur, avec zones blanchâtres indurées, comme dans la dégénérescence fibreuse. Congestion avec œdème des poumons et foyer pneumonique à droite autour de petits infarctus. Foie cardiaque et reins néphrétiques. Caillot noir de 3 centimètres d'étendue dans l'artère poplitée droite. Les lésions anatomiques répondaient donc parfaitement aux symptômes et les expliquaient clairement.

C'eût été là, autrefois, une simple endocardite ayant déterminé, suivant la découverte de Virchow, la formation d'embolies *in situ* qui, en se détachant et en circulant jusque dans l'artère poplitée, a déterminé la gangrène du membre en s'y arrêtant, comme les noyaux sanguins ont développé un foyer pneumonique. L'école histologique actuelle en fait au contraire « un très bel exemple de la diathèse scléreuse invoquée pour expliquer la coïncidence de la néphrite interstitielle et des lésions du myocarde », aujourd'hui que l'attention est fixée sur ce sujet. La fréquence extrême et la petitesse du pouls contrastant avec la force et la largeur des impulsions cardiaques en seraient ainsi le premier et le meilleur signe, non plus ici comme effet de l'inflammation locale, mais de l'obstacle et l'embarras en résultant. Et comme la néphrite, découverte seulement à l'autopsie, est demeurée latente, on en fait la preuve qu'elle est subordonnée à l'altération primitive du myocarde, suivant la doctrine des observateurs anglais, Gull et Sutton, soutenue en France par MM. Debove et Letulle. (*France méd.*)

DIPHTHÉRITE. Le microbe spécifique en serait enfin découvert. Et c'est bien le véritable et authentique microbe de la diphthérie, tant cherché par les Allemands, car il ne s'agit ni du *zigodesmus fuscus* de Letzerich, ni du *Tilletia diphtherica* qu'il avait adopté après avoir abandonné le premier, ni du *Microscoporon* de Klebs, qui n'est qu'un micrococcus. C'est un champignon facile à voir et à reconnaître, dont le développement a pu être suivi et étudié dans tous ses détails par M. Talamon, soit dans de grandes cultures multipliées, soit dans la chambre humide.

Grand triomphe dès lors pour la jeune école positiviste française, où l'actualité est aux infiniment petits. Ce sont les véritables lions du turf scientifique; ils s'imposent, on les recherche, et en découvrir un nouveau, non apocryphe comme ceux des Allemands, est une victoire mémorable. L'auteur a néanmoins présenté modestement cet organisme à la Société anatomique, comme le résultat de recherches et d'expériences poursuivies depuis... cinq mois; aussi fait-il encore des réserves, à cause de leur insuffisance sur les résultats futurs.

Voici son acte de naissance solennellement enregistré. Le premier a été recueilli sur un garçon de vingt ans, couchant dans la même chambre qu'un de ses amis atteint de diphthérie et qui sentit un léger mal de gorge le jour même de sa mort. Admis à l'Hôtel-Dieu le lendemain, il avait des fausses membranes d'un gris verdâtre sur les amygdales, avec un engorgement ganglionnaire considérable. Plusieurs cultures de ces fausses membranes, renouvelées chaque jour pendant les dix jours qu'a duré la maladie, ont constamment donné le même organisme. D'autres cultures ont ensuite été répétées avec de fausses membranes détachées des amygdales ou de la trachée d'enfants diphthériques du service de M. Bergeron, à l'hôpital Sainte-Eugénie ou qui étaient expulsées par la canule après la trachéotomie.

Ce nouvel organisme de la diphthérie est composé de mycélium et de spores caractéristiques. Les premiers, longs de 2 à 5 millièmes de millimètre, se bifurquent en forme de lyre ou de diapason. Les spores ronds ou ovales s'allongent pour former le mycélium. D'autres représentant le dernier terme du développement du champignon, sont rectangulaires : ce sont les conidies.

17 animaux ont été inoculés avec ce microbe, dont six lapins, tous morts de différentes manières. Un seul présentait un gonflement énorme, comparable à celui de la diphthérie; mais toutes les sérosités morbides présentaient le même microbe. Des grenouilles inoculées sont mortes en huit à dix jours, remplies de ces microbes, sauf dans le sang du cœur. Une grenouille placée simplement dans l'eau où étaient mortes les autres a également succombé le dixième jour. La muqueuse du bec de quatre pigeons, ayant été raclée et badigeonnée avec le liquide cultivé, a présenté une véritable diphthérie avec des fausses membranes comme chez l'homme. L'un des pigeons avait une laryngite membraneuse; mais deux sont seulement morts; les deux autres ont survécu, bien que leurs fausses membranes aient reproduit constamment le même organisme. (*Progrès méd.*, 12 février.)

Sera-ce le dernier des prétendus microbes de la diphthérie? On peut en douter après le discrédit des précédents, l'insuccès des inoculations tentées sur l'homme même et toutes les tentatives négatives faites pour montrer l'inoculabilité de cette maladie. Déjà la spécificité même de ce champignon est contestée par M. Thomas dans une thèse récente (*Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphthérie du pharynx*, Paris, 1881). Il faut donc attendre.

M. Léjard a pu cultiver également le microbe d'une angine pseudo-membraneuse survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde. Les deux organismes ne sont donc pas antagonistes. (*Soc. clinique*, avril.)

Contre cette étiologie parasitaire, le docteur Jacobi, de New-York, invoque la présence locale des micro-organismes dans les fausses membranes et la récurrence fréquente de la maladie chez les mêmes enfants. Le contagium est, d'après lui, de nature chimique, sans qu'il puisse en fournir la démonstration. (*Congrès de Londres*.)

Thrombose pulmonaire. Un enfant de huit ans, très fort et bien portant, est pris de diphthérie, le 12 février, avec une douleur lancinante dans l'oreille gauche. Le lendemain, il se plaint de mal de gorge, et les amygdales sont rouges, gonflées et recouvertes de fausses membranes grisâtres. Le mal va croissant jusqu'au 16 février, où la mort

arrive subitement par asphyxie, sans aucun signe d'obstruction laryngée ou autre. L'autopsie n'eut pas lieu.

La mort est cependant attribuée par le docteur Curtis à une thrombose pulmonaire, en se fondant simplement sur une revue très complète des auteurs français qui ont admis et reconnu anatomiquement ce genre de mort, comme Labadie-Lagrave, Sanné et notamment Beverley Robinson dans sa thèse sur ce sujet, soutenue à Paris en 1873. Il en rappelle les propres conclusions et les fait siennes. C'est la méthode américaine d'éclaircir une question très obscure. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 12.)

Paralysie diphthéritique sans angine. Au milieu d'une épidémie de diphthérie à Sarlat, le docteur Boissarie a observé, et même éprouvé lui-même, des phénomènes paralytiques sur un certain nombre d'individus avant la moindre trace d'angine et en l'absence de fausses membranes. Ils étaient si graves que les malades succombaient en quelques heures ou en peu de jours. Les phénomènes prédominants étaient des troubles de la parole, de la déglutition avec paralysie du voile du palais, une angoisse extrême, un embarras croissant de la respiration, l'affaiblissement du pouls, sans qu'un examen minutieux ait constaté à aucun moment la présence de fausses membranes.

L'auteur même fut pris à un moment donné d'accidents analogues qui consistèrent surtout dans de la paralysie du voile du palais, de la faiblesse dans le bras et les jambes, des troubles de la vue, une tendance à la syncope, une faiblesse générale, phénomènes qui persistèrent plus de deux mois.

Dans un autre ordre de faits, les phénomènes paralytiques furent les mêmes, mais ils furent suivis, après quelques jours, de l'apparition des fausses membranes; dans ces cas, il n'y avait qu'une inversion dans l'ordre d'apparition des symptômes, puisque l'angine et la paralysie ont été réunies sur le même sujet, la paralysie précédant et suivant l'angine, dominant ainsi toutes les autres manifestations. Enfin, au même moment, de nombreux cas de diphthérie à marche régulière, avec ou sans paralysie, étaient observés simultanément dans la ville et démontraient ainsi la nature de l'influence épidémique qui y

régnait. Tout semble donc se réunir pour établir que la diphthérie n'est pas constituée par l'apparition de fausses membranes à la surface des muqueuses ou de la peau, mais surtout par un ensemble de phénomènes généraux qui ont la propriété d'être épidémiques et contagieux.

Il est inutile d'ajouter qu'une enquête faite avec le plus grand soin démontre que cette épidémie de paralysie ne peut avoir d'autre cause que la diphthérie et n'était pas due à quelque intoxication. Au début, en effet, en face de phénomènes aussi insolites, on put se demander un instant s'il ne s'agissait pas de ces paralysies que Graves et Trousseau ont signalées à cause de leur analogie avec la paralysie diphthéritique et qui peuvent être produites par certains poissons, les sardines en particulier, ou par les matières putrides ; mais cette supposition fut rapidement mise hors de cause, et il fut démontré que la paralysie diphthéritique seule pouvait expliquer les accidents survenus.

Ce fait anormal est rattaché par M. Boissarie à ce que la diphthérie a pris une physionomie particulière qu'elle n'avait pas autrefois et qui semble indiquer une malignité plus grande, une extension plus accusée. Bretonneau n'avait jamais vu de paralysies diphthéritiques avant celle qu'il observa sur Herpin (de Tours). Malgré l'attention attirée sur elles et une observation plus exacte, elles ne devinrent que progressivement fréquentes, tandis qu'on les observe actuellement dans toute épidémie : elles sont devenues presque vulgaires. Il faut donc admettre maintenant qu'elles peuvent exister sans fausses membranes, c'est-à-dire que le mal infecte profondément l'économie avant de retentir et de se manifester sur son organe de prédilection. Plusieurs faits ont été observés ainsi dans un même quartier où l'épidémie semblait circonscrite. Dans une seule famille, composée de six personnes, cinq sont mortes dans l'espace de treize jours. (*Gaz. hebdomadaire*, nos 20 et suiv.)

Pilocarpine. Un grand bruit s'est fait sur l'usage de ce nouvel agent, surtout à l'occasion de son emploi par M. Lereboullet, chez une petite fille de onze ans, atteinte d'angine diphthéritique. Malgré des badigeonnages avec le perchlorure de fer et son administration à l'intérieur, l'ali-

mentation devint bientôt impossible, et le cinquième jour un accès de croup apparaissait. Une injection hypodermique de 5 centigrammes de nitrate de pilocarpine, répétée à un second accès, provoqua bientôt une salivation abondante. Le lendemain, l'état était moins désespéré, des fausses membranes avaient été expulsées, et cinq nouvelles piqûres de pilocarpine provoquèrent une salivation abondante et une soif intense. L'enfant put alors avaler quelques morceaux de glace, et, quatre jours après, l'alimentation était redevenue progressivement facile. Malgré une albuminurie effroyable, qui fit prendre l'urine en masse pendant huit jours, toutes les fausses membranes disparurent, et l'état général se releva avec rapidité, de manière à mettre la malade hors de danger.

Malheureusement, une récurrence ne tarda pas à se manifester. Les amygdales devinrent rouges, gonflées, en même temps que réapparaissait la fièvre. C'était le début d'un érysipèle pendant lequel l'urée et l'albumine contenues dans les urines subirent une augmentation considérable, malgré une dérivation vers la peau pour atténuer ces symptômes rénaux. Une injection de pilocarpine faite à la même dose que la première fois a été beaucoup moins bien supportée. Elle détermina des phénomènes inquiétants, un abattement profond, des sueurs profuses et une inappétence complète qui s'ajoutait à la difficulté d'avaler causée par l'œdème du pharynx. L'érysipèle disparut, des signes de paralysie précoce et des battements de cœur irréguliers rendaient le pronostic des plus sombres. (*Soc. méd. des hôp.*, mai.)

C'est en potion que le docteur Guttman emploie la pilocarpine, d'après la formule suivante pour les enfants :

℥ Pilocarpine muriatique.	de 2 à 4 centigrammes.
Pepsine.	de 6 à 8. —
Acide chlorhydrique.	2 gouttes.
Eau distillée.	80 grammes.

Une cuillerée à thé toutes les heures.

Sur 81 cas, presque tous graves, traités de cette manière pendant dix-huit mois, il n'y eut aucun insuccès. De un jour à trois, les guérisons avaient lieu, et de neuf à onze

chez les malades les plus gravement atteints. (*Wiener med. Blatter*, n° 41.)

Un fait observé par le docteur Cassin (d'Avignon) vient de confirmer ces résultats chez un enfant de six ans atteint d'angine compliquée bientôt de croup bien caractérisé. La respiration était rapide, pénible, avec sifflement laryngo-trachéal s'entendant à distance ; la face était pâle, bouffie, le cou tuméfié, les ganglions de la mâchoire engorgés ; du nez suinte un écoulement séreux ; peau sèche, brûlante ; pouls fréquent et très petit. Exsudation blanchâtre sur les deux amygdales. La prescription fut un vomitif et une infusion de 50 centigrammes de jaborandi, à défaut de pilocarpine, dans 180 grammes d'eau, à prendre par cuillerées toutes les deux heures. Il y eut plusieurs crises de dyspnée dans la nuit qui suivit, mais l'enfant fut plus calme, et une diaphorèse abondante s'établit, sans salivation notable (la moitié de l'infusion seulement fut prise). Une nouvelle potion fut alors prescrite suivant la formule de Guttman.

La salivation s'est établie dans l'après-midi, le sifflement devint moins aigu, et il y eut le lendemain une certaine amélioration ; les crises de suffocation diminuèrent, puis disparurent complètement. La nuit suivante, l'enfant fut réveillé toutes les heures pour prendre sa potion. Le quatrième jour de ce traitement enfin, l'amélioration était considérable, et peu à peu la guérison se confirma. (*Lyon méd.*)

Rien n'est plus variable que l'action de ce médicament chez les enfants, d'après le docteur P. Landowski. Les uns ont commencé à saliver avec trois cuillerées à dessert de la potion suivante :

℥ Chlorhydrate de pilocarpine.....	4 centigrammes.
Eau distillée.....	80 grammes.
Sirop.....	20 —

D'autres n'ont salivé qu'avec six à huit cuillerées. Une petite fille a eu une transpiration abondante, sans trace de salivation. Ni l'une ni l'autre ne sont apparues chez un enfant après une dose relativement considérable, et ce n'est que cinq à six heures après la dernière cuillerée qu'il a été pris d'une salivation et d'une transpiration extraordinaires.

Comme résultat, dit-il, je crois pouvoir, dans deux cas, attribuer à ce moyen l'élimination des membranes qui siègeaient aux amygdales. Surtout chez un petit garçon (petit-fils d'un de nos romanciers des plus éminents), les amygdales se sont nettoyées dans l'espace de trois heures. Malheureusement, la pilocarpine n'a eu aucune action sur les membranes situées plus bas dans le larynx, et il a fallu avoir recours à la trachéotomie pour sauver l'enfant.

Le mode d'action de la pilocarpine semble donc purement mécanique et nullement spécifique. La salivation peut aider à l'élimination des *pseudo-membranes* amygdaliennes, mais le médicament n'a aucune action sur celles qui se forment dans le larynx, et elle l'a encore moins sur l'empoisonnement diphthérique. Il est donc positivement contre-indiqué chez les enfants affaiblis, comme chez ceux qui ne vomissent pas. (*Journ. de théér.*, n° 13.)

Une revue très complète de l'emploi de cette nouvelle médication en Allemagne n'a pas convaincu davantage le docteur Zuber de sa spécificité ni de son innocuité. Il recommande la plus grande réserve dans les essais qui peuvent en être faits dans l'avenir, en essayant comparativement l'action du jaborandi, dont la pilocarpine n'est qu'un des éléments et dont l'usage interne est plus facile. (*Gaz. hebdom.*, n° 37.)

Sur vingt et un enfants traités avec la pilocarpine par le docteur Archambault, depuis le 20 mai dernier jusqu'au 25 octobre, neuf ont été guéris et douze sont morts. Résultat d'autant plus grave que les neuf guéris étaient atteints de diphthérie bénigne; l'expectative simple eût donné une mortalité moins élevée. Les douze décès étaient des diphthérites graves, compliquées de croup avec jetage et albuminurie dans plusieurs cas.

Deux cas seulement ont été traités par les injections hypodermiques d'un demi-centigramme trois fois par jour; mais la salivation très abondante, les vomissements et une dépression marquée du système nerveux firent recourir à l'usage interne de la solution suivante :

Véhicule.....	250 grammes.
Nitrate de pilocarpine.....	10 centigrammes.

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Des vomissements étant survenus, la solution a été abaissée à 5 centigrammes. Dans sept cas, il s'est produit une abondante salivation, qui a fait défaut dans trois et à peine marquée dans deux; les sueurs ont été très rares.

Les fausses membranes se sont détachées facilement sous l'influence de cette médication, mais pour se reproduire aussitôt, sans modifier la marche de l'affection. Cette expérience n'est donc pas favorable à l'emploi de ce remède, et, si l'usage interne ne permet pas de conclure de celui des injections, on peut voir du moins que ce n'est là nullement un spécifique, comme les Allemands l'avaient avancé. (*Soc. de thér.*, octobre.)

Traitement topique. C'est en badigeonnant sur place les membranes diphthériques avec une solution de papaine que M. Bouchut prétend les désagréger et les détruire. Il cite vingt et un cas traités dans l'espace de quinze jours, dans son service de l'hôpital des Enfants. Il a obtenu dix-huit guérisons. Les trois autres enfants, entrés dans un état d'empoisonnement très avancé, ont succombé. (*Congrès d'Alger.*)

Cela ressemble beaucoup trop aux succès obtenus avec le tubage de la glotte.

La *papayotine*, employée par Rossbach, ne paraît pas avoir une action plus certaine.

Tannin. En donnant confiance, le succès encourage, et le docteur Cousot, qui avait publié un opuscule sur les résultats obtenus avec cet agent (voy. *année* 1879), a cru devoir saisir l'Académie de Belgique, dont il est membre titulaire, d'une nouvelle série de succès.

37 nouveaux cas ne lui ont donné qu'un seul insuccès.

24 cas traités par le docteur Bertrand, de Farciennes, n'ont donné que deux insuccès, dont un de forme croupale.

22 cas communiqués par le docteur Cassart, de Dinant, ont donné 20 guérisons.

27 cas traités par divers autres médecins ont tous guéri.

C'est donc un total de 162 succès sur 169 malades, dont 4 étaient agonisants lorsque le traitement a commencé. A ce compte, le mucilage tannique appliqué topiquement sur des plaques diphthéritiques et en injections dans le nez constituerait un véritable spécifique, en tuant sur place le

microbe spécial et en empêchant la prolifération. Telle est l'interprétation donnée à ces succès. Le tannin ne serait donc pas ici un dissolvant des plaques diphthéritiques, à la manière de la papaine sur les fausses membranes croupales, d'après M. Bouchut. Mais il nous reste à formuler notre première demande à ce sujet : des observations ! l'auteur n'en donnant pas plus que la première fois. (*La diphthérie et son traitement*; brochure de 22 pages, Bruxelles, 1881.)

Diphthérie pharyngienne chez l'adulte. Une épidémie a sévi à Montfermeil d'août 1880 à février 1881, qui sur 36 malades au-dessous de dix ans a donné 25 décès, tandis que, sur 12 adultes atteints, pas un n'est mort. De là une différence manifeste de gravité selon l'âge, que le mal ait été transmis par contagion directe, évidente, pour ainsi dire palpable, des enfants aux mères, ou spontané par infection miasmatique. Le début et les symptômes étaient uniformes, la marche seule était différente.

Contraire en apparence à ce qui s'observe dans les angines malignes, où l'on voit les adultes succomber de même que les enfants, comme Valleix et Gillette en sont des exemples et comme il s'en produit trop souvent dans les hôpitaux chez les élèves qui les imitent, ce résultat s'explique, suivant le docteur Maymon, qui s'en est montré l'observateur sagace, par la localisation du mal au pharynx. Sur les trente-six enfants atteints, un seul est mort du croup par l'extension des fausses membranes dans les voies aériennes; tandis que sa mère, âgée de trente ans, atteinte trois jours après de tuméfaction très douloureuse des ganglions de la région latérale gauche du cou, avec fausses membranes amygdaliennes, est guérie dans le même espace de temps. Pas une seule fois, les fausses membranes n'ont ainsi dépassé l'isthme du pharynx chez les adultes, tandis qu'elles se propageaient aux voies respiratoires dans les épidémies relatées par Bretonneau et Trousseau. D'où une différence à établir pour leur diagnostic différentiel.

Toutes ces angines limitées au pharynx, les plus graves comme les plus légères, ont débuté d'une façon brutale; l'engorgement ganglionnaire, dur, indolore, du ganglion placé sous l'angle de la mâchoire du côté envahi, en est le premier symptôme. L'amygdale correspondante se recouvre

bientôt d'une exsudation assez étendue très adhérente et dont les bords sans saillie se continuent avec les parties saines de la muqueuse. Les piliers postérieurs et la paroi du pharynx ne s'en recouvrent que consécutivement, sans tuméfaction de la chaîne ganglionnaire du cou, ni douleurs de l'oreille, comme dans le croup. Cette forme spéciale de la diphthérie est relativement très bénigne chez l'adulte et paraît toute spécifique en se communiquant de la même manière. Le principe qui l'engendre, contagieux ou miasmatique, n'en provoque que très exceptionnellement une autre, comme les douze observations d'adultes en sont la démonstration. (*Archives de méd.*, octobre.)

DYSPEPSIES. Une caractéristique subtile et absolue en est donnée par le professeur Sée : c'est un trouble chimique et durable de la digestion et la dénutrition générale de l'organisme en résultant. Elles peuvent exister sans douleur, sans constipation, et consister uniquement en une fermentation putride se manifestant par des gaz de décomposition, des vomissements d'acides gras et acétiques. Et, sans définir ce trouble chimique ni en rechercher la cause, le mode de production, il distingue simplement ces dyspepsies vraies des phénomènes qui peuvent les simuler : les *fausses dyspepsies*.

Telle est, au premier rang, l'atonie intestinale simple, avec conservation de l'appétit, douleurs à la fin de la digestion, siégeant au niveau du côlon transverse, avec paroxysme douloureux, véritables coliques, météorisme, expulsion de gaz. Comment cette colite se confondrait-elle avec la dyspepsie, dont l'inappétence est le caractère essentiel?

Viennent ensuite l'atonie par obstruction, l'atonie intestino-biliaire, due à l'absence de bile, et l'atonie gastralgique simple, dont les deux principaux phénomènes sont les douleurs et le météorisme, qui, tout en existant à divers degrés, ne manquent jamais absolument.

De là la différence et la distinction avec la dyspepsie qui peut exister sans douleurs, sans météorisme ni constipation, en raison même de leur essence différente. Les atonies sont des troubles d'ordre nervo-moteur, les dyspepsies sont d'ordre chimique. Elles peuvent ainsi se manifester par des

symptômes étranges et étrangers à la digestion, comme l'insomnie, les vertiges, accusant d'autant plus l'élément chimique. Si l'atonie prend parfois le masque de la dyspepsie, il lui manque toujours la ressemblance chimique. Et, quand le dyspeptique souffre, c'est dans les phénomènes chimiques et les indices de dénutrition qu'il faut chercher les éléments du diagnostic. En un mot, l'atonique souffre toujours et digère, tandis que le dyspeptique digère toujours mal et souffre souvent.

Il ne paraît pas que le diagnostic différentiel puisse être éclairci ni facilité par ces aphorismes subtils et absolus, comme tout ce qui émane du célèbre clinicien. Les digestions des dyspeptiques n'en seront pas moins ressemblantes et confondues avec celles des atoniques, sans que le tympanisme ni la douleur puissent servir à les distinguer exclusivement. Le traitement même n'en est modifié qu'en associant la crème de tartre pure ou bitartrate de potasse à la magnésie calcinée pour l'acidifier. Quand on l'emploie comme laxative, son action est ainsi favorisée. La fréquence du pouls en est aussi diminuée, dit l'auteur, comme l'énergie des contractions cardiaques. Ce mélange est surtout indiqué contre l'obstruction hémorroïdaire en en prévenant la congestion.

Le soufre précipité ou sublimé jouit de la même action sur les hémorroïdes. On peut donc le joindre à parties égales avec le mélange précédent. Le soufre purge ainsi sans se décomposer, car il se retrouve en nature dans les selles.

Une cuillerée à café de ce mélange de magnésie calcinée, soufre sublimé et crème de tartre à parties égales, une ou deux fois par jour, est la dose convenable.

La dyspepsie peut s'accompagner de crises douloureuses, dues souvent à la distension des parois gastro-intestinales par des gaz; alors, les évacuants étant indiqués, on doit combattre en même temps les phénomènes douloureux par des moyens qui en entravent l'action le moins possible; on peut prescrire dans ce but la belladone et la jusquiame, qui, loin d'augmenter la constipation, favorisent les évacuations. Un premier procédé consiste à prescrire : extrait alcoolique de belladone 1 à 2 centigrammes, aloès 10 centigrammes, pour une pilule; on peut remplacer la belladone par la jusquiame, mais il en faut une dose double.

Un autre procédé consiste à prescrire la poudre laxative indiquée plus haut ou bien les désobstruants, mais en atténuant les effets par la mixture suivante, dont on prend 15 à 30 gouttes à chaque repas :

Teinture alcoolique de jusquiame.....	20 grammes.
Teinture de gentiane.....	5 —
Essence d'anis.....	10 gouttes.

Pour éviter la sensation de sécheresse que produit la jusquiame, on peut la remplacer dans cette formule par la teinture de racine d'aconit. (*Dyspepsies gastro-intestinales.*)

Traitement spécial des affections gastro-intestinales, le plus ordinairement désignées sous le nom de *dyspepsie*, par les eaux de Pougues. Brochure in-8, par le docteur Logerais, médecin-inspecteur.

E

ÉCLAMPSIE. La nature et les causes des affections nerveuses sont si souvent obscures que le diagnostic en reste fréquemment incertain, quand il n'y a pas autopsie et que le succès du traitement par son action ne peut l'élucider. L'observation suivante reste un x insoluble, à côté des nombreux cas analogues de convulsions éclamptiformes.

Une petite fille de quatre ans, très robuste et sans antécédents pathologiques d'aucune sorte, fut prise subitement, à la promenade, de crises éclamptiques avec vomissements, puis coma. Le docteur Kien, aussitôt appelé, fit appliquer une vessie de glace sur la tête et donner du bromure de potassium à la dose d'un gramme. Pendant toute la nuit, les attaques se répétèrent à chaque heure, et le lendemain l'enfant était étendue inerte comme la veille, les yeux grands ouverts, les pupilles dilatées et insensibles aux excitations périphériques. L'urine retirée de la vessie ne contenait pas d'albumine.

Cependant la température est montée à 39°,2, les crises se renouvellent toujours, et l'application de deux sangsues derrière l'oreille n'amène aucun résultat. C'est alors qu'il

fut décidé qu'on donnerait d'heure en heure un bain tiède de dix minutes de durée, et qu'avant d'en retirer l'enfant on lui administrerait une douche froide avec l'eau de la pompe, projetée d'une hauteur d'un mètre environ. A partir de ce moment, les grandes attaques ont disparu, les petites sont très peu intenses et les convulsions presque insignifiantes. Mais l'enfant est toujours dans le coma, la température est à 40°, le pouls à 140, les paupières demi-closes et les pupilles moins dilatées. On donne un gramme de salicylate de soude. Malgré une médication révulsive assez énergique, l'état comateux persiste pendant six jours sans aucune amélioration. On se décide alors à revenir à l'hydrothérapie, qui avait si bien réussi tout d'abord et avait été mise de côté après la cessation des convulsions.

Le résultat fut surprenant : dès la première douche, l'enfant revint à elle, reconnut ses parents et les appela distinctement l'un après l'autre. Après huit jours de ce traitement, la guérison était complète. L'auteur se demande à quelle cause on pouvait rattacher cette névrose ; il ne s'agit pas d'éclampsie, puisque l'enfant n'était pas albuminurique, et de plus elle n'avait pas eu la scarlatine ; il ne s'agit pas non plus d'accidents nerveux liés à la présence des lombrics, puisque l'administration des purgatifs et des vermifuges n'en a pas révélé la présence. Il faut repousser également l'idée de crises épileptiques, à cause de la marche même de la maladie. Reste l'insolation, opinion à laquelle se rattache définitivement l'auteur, malgré les dénégations de la famille. Il s'est produit une congestion cérébrale avec léger épanchement séreux. La douche froide a eu pour action de faire resserrer les vaisseaux et d'amener la résorption des liquides. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1880, n° 7.)

Un cas plus correct et aussi heureux est relaté par le docteur J. Guyot, sans que l'action du traitement soit plus claire ni décisive. Un enfant de onze ans et demi, au onzième jour d'une fièvre scarlatine, avec urines albumineuses, est pris d'attaques d'éclampsie avec convulsions et coma. Une saignée de 300 grammes est faite, et deux lavements de chloral sont administrés à trois heures d'intervalle. La guérison survient très rapidement, sans que l'on puisse dire quel est, de ces deux moyens, celui qui l'a déterminée.

M. Lépine a publié, dans les *Archives de physiologie*, l'observation d'un enfant plus jeune qui, dans un cas semblable, fut guéri par un simple lavement. (*Soc. méd. des hôp.*, avril.)

Il n'y a donc qu'à enregistrer ces faits et suivre les indications en pareil cas, sans prétendre les expliquer par des actions réflexes. C'est là un mot trop élastique pour s'y attacher.

EMPOISONNEMENTS. La découverte récente des alcaloïdes vénéneux dans les matières cadavériques (voy. ALCALOÏDES) et provenant de la putréfaction des matières albuminoïdes peut servir à expliquer bien des empoisonnements dont la matière toxique, le corps du délit restait inaperçu et ne pouvait être démontré. Les cadavres des animaux comestibles sont susceptibles des mêmes réactions chimiques, et des ptomaines peuvent aussi se former après leur mort. Leur siège principal dans les matières intestinales que l'on extrait habituellement aussitôt la mort, chez les animaux de boucherie comme ceux de basse-cour, précisément pour prévenir une putréfaction rapide, peut seul mettre à l'abri de ces accidents. Les viandes faisandées et notamment le gibier offrent donc sous ce rapport un véritable danger.

L'an dernier, dit M. Brouardel, une femme albuminurique fut empoisonnée par de l'oie farcie. On a retrouvé dans cette oie un alcaloïde semblable à ceux que l'on trouve chez les cadavres. En Allemagne, on constate souvent des empoisonnements du même genre, par des conserves alimentaires en décomposition.

Lussana, de Bologne, a montré que, chez les animaux surmenés, il se formait aussi des produits. Le cerf, le lièvre longtemps poursuivis, se décomposent ainsi plus rapidement que tués sur place. La viande d'un veau tué après s'être échappé et avoir beaucoup couru, ayant déterminé des accidents d'empoisonnement chez les consommateurs, le propriétaire fut condamné, et c'est en appel seulement que M. Bouley put le faire décharger de cette condamnation, en démontrant que l'altération de la viande était due à ce surmenage involontaire, dont l'influence pouvait être d'autant moins connue du propriétaire qu'elle n'était encore admise que depuis peu dans la science.

De même des poissons dont la décomposition produit également des alcaloïdes toxiques. Dans les pays chauds et sous les tropiques notamment, les poissons ne peuvent être mangés impunément qu'au moment où ils viennent d'être pêchés. Tels sont les poissons *toxicophores* des mers de Chine et de l'Océanie, qui, sans être putréfiés, donnent lieu à des empoisonnements redoutables, selon l'observation du docteur Corre. (*Acad. de méd.*, 10 mai.)

Danger de l'alun dans la pâtisserie. Des accidents graves ont été observés par le docteur Delthil chez des personnes ayant fait usage du gâteau dit saint-honoré. Des vomissements, l'algidité, la cyanose, la syncope, l'anurie, les crampes, la résolution des forces en étaient la conséquence. De l'alun étant ajouté généralement aux blancs d'œufs battus dans une bassine de cuivre, pour coaguler l'albumine, il se formerait, d'après l'auteur, un sulfate double de cuivre et d'ammoniaque très soluble et par conséquent très vénéneux. D'où l'avis de proscrire l'alun de toutes les pâtisseries, en le remplaçant par un peu de sel marin. (*Acad. de méd.*, juillet.)

Dangers de l'emploi de l'alun en contact avec le cuivre dans les préparations culinaires, par le docteur E. Delthil, médecin-inspecteur des écoles. Brochure in-8 de 16 pages.

L'auteur avait compté sans l'avocat officiel du cuivre, son défenseur comme agent toxique, le docteur Galippe. Au bruit fait par cette communication, il n'a pu rester muet. Il a montré par une savante analyse des faits que la proportion d'alun incriminé ne pouvait pas avoir cette action sur le cuivre, au point de produire de tels accidents d'empoisonnement. D'après lui, la requête du docteur Delthil contre les pâtissiers et les boulangers serait absolument dénuée de fondement. Ce ne seraient donc là que des indigestions par excès ou mauvaise préparation. (*Idem*, août.)

Empoisonnement par l'opium. *Respiration artificielle.* Il n'est pas rare que de jeunes enfants soient intoxiqués par l'opium, soit par mégarde des nourrices ou des mères, en donnant du sirop de pavots ou diacode pour du sirop de chicorée, soit en forçant la dose du laudanum ou du sirop de morphine. Et, comme l'accident ne se reconnaît le plus

souvent que par un sommeil prolongé, c'est-à-dire après absorption du liquide toxique, les vomissements sont impossibles ou inutiles. Reste l'ingestion du café à haute dose ; mais l'impossibilité de le faire ingurgiter en grande quantité à des enfants de quelques semaines ou quelques mois rend le nouveau moyen de la respiration artificielle par la manœuvre des bras d'un précieux secours en pareil cas.

Un premier succès de ce genre a été communiqué à l'Académie de médecine le 17 février 1880. Un enfant de six semaines avait été empoisonné accidentellement par du laudanum, et la respiration prolongée par la manœuvre des bras avait seule pu le tirer du coma et prévenir une mort inévitable sans ce puissant moyen.

C'est instruit par ce fait que le docteur A. Mignon a pu obtenir le même succès en Algérie, sur un garçon de six mois, très fort, gros et bien constitué. Sa mère, croyant le purger avec une cuillerée de sirop de chicorée, suivant son habitude, lui donna du laudanum. Inquiète de son sommeil consécutif depuis deux heures, elle le trouve insensible, avec des tressaillements musculaires, des soubresauts des membres. Yeux convulsés ; respiration anxieuse, précipitée ; pouls rapide, cyanose, suffocation.

Un lavement avec le sulfate de quinine, des frictions, des sinapismes ne peuvent tirer l'enfant de son sommeil, et, pendant deux heures de soins, l'état ne fait que s'aggraver. Le pouls est de plus en plus imperceptible et la déglutition presque impossible ; membres convulsés. Aucune excrétion n'a eu lieu. La résolution, le coma sont complets, et c'est alors que la respiration artificielle est commencée par le procédé de Sylvester. L'enfant, placé sur un matelas, la tête légèrement élevée, est saisi par les bras par une personne agenouillée derrière, qui les élève et les abaisse alternativement en les écartant et les rapprochant.

La vie n'a pu être entretenue que par cette manœuvre sans relâche. Elle paraissait s'échapper dès qu'on la cessait, et le corps retombait inerte. Ce n'est qu'après seize heures de cette manœuvre continue que la vie parut se maintenir par l'ouverture des yeux et le mouvement de succion du café alcoolisé que l'on déposait dans sa bouche. La réaction s'opéra bientôt, avec élévation du pouls, et l'enfant fut sauvé. (*Acad. de méd.*, 24 mai.)

Exemple de la patience et de la persévérance à observer, surtout en pareil cas, pour arriver au succès final. La chaleur à entretenir autour du corps n'est pas moins indispensable.

Empoisonnement par le chlorate de potasse. L'emploi de ce sel sans ordonnance et sans mesure a encore amené des résultats déplorables (*Voy. année 1880*). Quatre enfants de la même famille ayant été soumis à une dose exagérée, soit 8 grammes en solution, n'ont pas tardé à succomber. L'examen médico-légal, fait par le professeur Brouardel, en a confirmé toutes les lésions. (*Acad. de méd.*, novembre.)

ENDARTÉRITE OBLITÉRANTE PROGRESSIVE.

Sous l'influence de la circulation du sang, contenant toute sorte d'agents irritants, d'origine étrangère ou nés dans l'organisme, il se formerait sur la membrane interne des artéριοles, en contact immédiat et permanent avec eux, une irritation qui l'enflamme, l'épaissit et en diminue le calibre. De là le nom que lui impose M. H. Martin. Elle débute dès les premières années de l'existence, en se localisant chez les jeunes enfants dans certains vaisseaux nourriciers de la première portion de l'aorte, dont il cite un exemple chez un garçon de neuf ans et trois mois mort de diphthérie dans la clinique du professeur Parrot. Deux plaques athéromateuses de l'aorte, au-dessus des valvules sigmoïdes, correspondaient à cette endartérite de la membrane interne, distinctement figurée.

Cette lésion, toute microscopique qu'elle est, serait ainsi non seulement l'origine de l'athérome local, mais de toutes les scléroses viscérales dystrophiques, par sa persistance avec l'âge ou sous l'influence des maladies infectieuses et des intoxications aiguës et chroniques, par les corps étrangers et les organismes parasitaires et fermentescibles qu'elles déterminent dans la circulation.

Elle se produirait surtout dans certaines intoxications : alcoolisme, saturnisme, goutte, c'est-à-dire dans les conditions mêmes où se rencontrent la néphrite interstitielle et l'hypertrophie du cœur. Les mêmes causes amènent dans le cœur, le foie, la moelle, le cerveau, des effets analogues, qui se manifestent par des symptômes appropriés au fonc-

tionnement des organes. Le passage du plomb, de l'alcool, de l'acide urique, du sucre peut-être et d'autres substances, produirait une véritable irritation, une véritable usure qui se retrouveraient normalement dans la vieillesse. Ce serait la véritable diathèse fibreuse, par la tendance marquée du tissu congestif à l'emporter sur les éléments nobles, se généralisant dans toute l'étendue du système circulatoire, sauf les cas où elle se localise dans le cœur et le cerveau, comme il y en a des exemples.

Plus tard, elle envahit en effet un grand nombre d'artérioles, en se localisant de préférence dans les organes où la circulation et la fonction sont très actives, notamment dans le cœur, le foie, le cerveau, où elle produit des scléroses viscérales d'autant plus rapides et profondes que des intoxications aiguës et chroniques, comme l'alcoolisme, le saturnisme ou la diphthérie, la variole, la fièvre typhoïde, etc., en activent la marche.

De là un grand nombre de scléroses viscérales et la pathogénie qui relie un certain nombre de scléroses entre elles. C'est ainsi que la lésion du cœur coïncide avec la néphrite interstitielle et peut la précéder ou la suivre, selon que l'endartérite s'est localisée tout d'abord ici ou là. Qu'elle se fixe dans les artérioles nourricières des régions postérieures de la moelle, et elle y déterminera la lésion et les symptômes de l'ataxie.

L'endartérite chronique progressive est surtout hâtée et exagérée dans son évolution par les particules irritantes qui circulent dans le sang des alcooliques, des saturnins et des goutteux. De même, dans les maladies infectieuses, les germes organiques et parasitaires du sang expliquent son évolution rapide et même la mort par les troubles circulatoires qui en résultent, surtout lorsque l'organe affecté remplit une fonction importante comme le cœur. (*Revue de méd.*, mai, et *Archiv. de méd.*, novembre.)

Si la conception de cette endartérite microscopique se confirme, on peut voir qu'elle sera d'un grand secours en pathologie générale pour expliquer bien des coïncidences jusqu'ici insolubles. C'est par elle évidemment que se produirait l'albuminurie épithéliale sans néphrite interstitielle ni aucune lésion apparente du rein.

ENSEIGNEMENT. La Faculté de médecine de Paris se montre toujours réfractaire à l'extension de son enseignement. Aujourd'hui encore, comme il y a vingt ans, sous le décanat de Rayer, elle a refusé d'instituer les nouvelles chaires que le gouvernement lui proposait :

Une chaire de clinique des maladies nerveuses ;

Une chaire d'hygiène internationale ;

Une chaire de toxicologie ;

Une seconde chaire de clinique obstétricale ;

Et un dédoublement de la chaire de dermatologie en chaire de maladies cutanées et de syphiligraphie.

Il est vrai que, en lui proposant ces chaires, on lui offrait en lui imposant des hommes pour les remplir. C'est peut-être là le principal motif de son refus. Jalouse de la prérogative de présentation qui lui est laissée, elle a voulu en user, et elle n'a accordé que la première de ces chaires, pour l'un de ses membres : le professeur Charcot. La Chambre des députés, dans sa séance du 9 juillet, a décidé à cet effet la création à la Salpêtrière d'une chaire de clinique des maladies des centres nerveux. Toutes les autres ont été refusées, même celle de clinique obstétricale, le titulaire n'ayant pas voulu d'égal, dit-on, ni de rival, et ayant fait valoir les cours annexes.

On ne pourrait qu'applaudir à ce refus si tous les jeunes agrégés de la Faculté étaient pourvus de cours, car c'est là que tout l'effort devrait porter. N'est-il pas déplorable que les agrégés soient surchargés d'examens, que le nombre des chaires ait presque doublé depuis quelques années et que le rôle de ces jeunes gens n'ait pas changé ? Puisque le concours n'est plus imposé qu'à eux, pourquoi ne pas mettre leurs connaissances et leur activité à contribution ? Cette modification suffirait pour que tous les besoins de l'enseignement au profit des élèves fussent largement remplis, sans qu'il en coûtât beaucoup au budget.

ENTÉRECTOMIE. Le principe nouveau de la chirurgie conservatrice, en mettant les résections au premier rang, les a rendues si fréquentes que la nouvelle synonymie proposée par M. Tillaux en 1879, à propos de l'excision de l'utérus, pour la désigner plus correctement d'après l'étymologie grecque et la distinguer de la simple division, tend chaque

jour à s'étendre davantage. Une résection de 2 mètres de l'intestin grêle pratiquée avec succès par M. Kœberlé, le chirurgien français de Strasbourg, et aussitôt répétée malheureusement, a fait naître l'entérectomie, par opposition à l'entérotomie, qui indique seulement la division de l'intestin. A cette opération nouvelle correspond donc exactement ce nouveau nom, que l'on chercherait vainement encore dans les dictionnaires, préférable à celui de résection qui s'applique surtout aux os, comme l'excision s'entendait des parties molles.

Jusque dans ces dernières années, dit M. Bouilly dans une revue générale de l'entérectomie et de l'entérorrhaphie, qui en est la conséquence, la résection de l'intestin n'avait pour but que d'enlever une anse intestinale gangrénée par étranglement dans un sac herniaire, et elle a toujours été faite dans ces conditions *en dehors de l'abdomen*. Plus récemment, au contraire, les chirurgiens n'ont pas craint d'aller chercher *dans le ventre* la cause d'une obstruction intestinale et de réséquer une portion d'anse intestinale invaginée et menacée de gangrène ou portant une production néoplasique qui ne pouvait être enlevée sans l'intestin correspondant. (*Revue mens.*, janvier.)

Cette opération unique a été faite sur une fille de vingt-deux ans, atteinte à divers intervalles d'accidents d'obstruction intestinale. Celle-ci étant devenue définitive, la gastrotomie fut pratiquée, et deux rétrécissements cicatriciels de l'intestin grêle, distants de un mètre et demi environ, se montrèrent. Cette longue portion d'intestin fut réséquée et les deux extrémités réunies par des sutures. Un mois après, la guérison était parfaite. D'où les conclusions suivantes de l'auteur :

1° La résection de l'intestin grêle peut être faite dans une étendue considérable, de 2 mètres et même au delà, sans troubler les fonctions digestives d'une manière appréciable.

2° Cette opération est donc parfaitement admissible dans les conditions convenables.

3° Elle peut avoir lieu soit en opérant directement la suture des deux bouts de l'intestin et en faisant la réunion immédiate de la plaie abdominale, soit en faisant une suture incomplète de l'intestin combinée avec un anus artificiel.

Le deuxième et le troisième procédé exposent à moins de dangers consécutifs.

4° La résection des rétrécissements fibreux, cicatriciels, qui sont probablement plus fréquents qu'on ne le suppose, est à même de donner lieu à une guérison radicale. Il en est de même de la résection des épithéliomas.

Au contraire, les résections appliquées aux obstructions cancéreuses ne permettent d'obtenir qu'un amendement temporaire plus ou moins précaire de l'état des malades, par suite de la récurrence de l'affection cancéreuse, de sa métastase et de la dégénérescence progressive des glandes lymphatiques.

5° En maintenant l'intestin fermé après l'opération, comme dans le cas actuel, l'opéré peut être maintenu à l'abri de l'écoulement des matières intestinales pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que les adhérences soient devenues suffisamment solides. D'autre part, le ventre ne se vide pas trop complètement après l'opération; cette circonstance préserve l'opéré d'accidents consécutifs, tels que l'introduction de l'air ou de liquides septiques dans la cavité péritonéale.

En nourrissant l'opéré avec des aliments aussi peu liquides que possible, l'écoulement des matières alimentaires par l'orifice de l'intestin est réduit à son minimum, et l'opéré s'affaiblit moins.

6° En introduisant les liquides directement par le gros intestin, en administrant la boisson par le rectum, l'eau est absorbée, ainsi qu'à l'état normal, et les opérés ne souffrent nullement de la soif; l'écoulement des liquides digestifs par l'intestin est moins considérable et donne moins d'ennui aux malades. (*Acad. de méd.*, février.)

Des phénomènes d'étranglement s'étant montrés presque aussitôt la réduction d'une hernie inguinale gauche, chez un cocher de cinquante-deux ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 janvier, avec ventre extrêmement dilaté, constipation absolue, vomissements persistants, douleurs atroces, pouls à 90, température à 37, M. Périer pratiqua la laparotomie sur la ligne médiane avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Au lieu d'un étranglement, comme il le supposait, il trouva une gangrène de l'intestin. Il plaça dès lors deux pinces à pression continue sur les limites des parties gangrénées et excisa, dans une étendue

de 20 centimètres, toute l'anse malade, suivie de l'entérorrhaphie. L'opéré a succombé trente-deux heures après, et l'examen des pièces excisées, soumises à la Société de chirurgie, a montré que les deux parties de l'intestin rapprochées se soudent très vite, car l'adhérence était déjà complète. Rien ne s'opposait plus au cours des matières.

En pareil cas cependant, l'opinion générale des membres de la Société a été de critiquer cette opération. Mieux eût valu pratiquer la kélotomie, ouvrir le sac et établir un anus artificiel, plutôt que de laisser en communication avec la cavité abdominale un sac présentant quelques plaques de sphacèle et dont la sérosité est ordinairement riche en bactériidies. L'auteur lui-même le reconnaît, son erreur de diagnostic l'a seule conduit à agir autrement. Il eût été préférable, selon M. Le Fort, d'établir d'abord un anus artificiel, sauf à pratiquer ultérieurement la réunion des deux bouts de l'intestin.

La suture de Gély, excellente au point de vue du rapprochement des surfaces, a des inconvénients, suivant M. Trélat. Si l'opérateur ne tire pas assez sur le fil, le rapprochement est incomplet; s'il tire trop, il en résulte un rétrécissement de l'intestin. La suture à points séparés lui semble préférable. Mais ce rétrécissement de la partie inférieure de l'intestin est aussi inhérent à cette suture, dite de Lemberg, suivant M. Berger, malgré l'abrasion du mésentère pour empêcher les fronces. (*Soc. de chir.*, février.)

L'entérectomie *intra-abdominale* a bien d'autres applications contre l'occlusion intestinale par tumeur, invagination, rétrécissement ou étranglement, comme elle a été exécutée plusieurs fois, même avec succès, dans quelques cas. On en trouve plusieurs exemples dans la revue précitée de M. Bouilly. (*Voy. HERNIO-LAPAROTOMIE.*)

Pour recommander cette grave opération sur l'homme, le docteur Beck fait valoir les résultats comparatifs suivants sur les animaux :

21 résections de l'intestin.....	14 guérisons.
20 anus artificiels.....	9 résultats, 3 douteux.

Conclure de là pour instrumenter sur l'homme, n'est-ce pas trop problématique? (*Archiv für klin. chirurgie.*)

Section oblique. Ayant pratiqué l'entérotomie sur une anse d'intestin dilaté à la suite d'un rétrécissement herniaire chronique (voy. HERNIES), M. Nicaise se demande si une section oblique de l'intestin dans l'entérectomie n'aurait pas plus de chances d'éviter le rétrécissement circulaire que la section perpendiculaire peut produire par la cicatrisation. La surface de la section oblique est non seulement plus étendue, mais elle a l'avantage de se trouver partout en rapport avec une portion d'intestin sain et dilatable. Elle permettrait donc plus facilement le passage des matières stercorales. L'idée est au moins rationnelle; mais il reste à savoir si l'étendue du traumatisme n'augmenterait pas le danger immédiat. (*Revue de chirurg.*, avril.)

Suture de Lemberg. Elle est la condition du succès, d'après Roggenbau. Une femme de soixante-quatorze ans, ayant une hernie crurale étranglée depuis sept jours, en fournit la preuve. L'intestin s'étant rompu dans les efforts de réduction, au niveau de son bord adhérent, il le réséqua dans une étendue de 30 centimètres et le sutura ainsi, en lavant l'intestin avec une solution phéniquée et en comprimant l'anneau herniaire pour empêcher l'accès des matières fécales dans l'abdomen. Vingt et un jours après, l'opérée était complètement guérie. (*Berlin. klin. Wochens.*, page 417.)

ÉPIDÉMIES. Leur extinction, suivant M. Pasteur, serait subordonnée à l'atténuation du virus par l'influence de l'air. C'est par cette vue de l'esprit qu'il terminait une de ses communications sur les microbes, dont certaines influences atmosphériques peuvent contribuer à favoriser le développement. D'où l'apparition dite spontanée de ces fléaux.

Une épidémie, dit-il, qu'un affaiblissement de son virus a éteinte, peut renaître par le renforcement de ce virus sous certaines influences. Les récits que j'ai lus d'apparition spontanée de la peste me paraissent en offrir des exemples: témoin la peste de Benghazi, en 1856-1858, dont l'éclosion n'a pu être rattachée à une contagion d'origine. La peste est une maladie virulente propre à certains pays. Dans tous ces pays, son virus atténué doit exister, prêt à reprendre sa forme active quand des conditions de climat de famine, de misère s'y montrent de nouveau. Il est

d'autres maladies virulentes qui apparaissent *spontanément* en toutes contrées : tel est le typhus des camps. Sans nul doute, les germes des microbes, auteurs de ces dernières maladies, sont partout répandus. L'homme les porte sur lui ou dans son canal intestinal sans grand dommage, mais prêts également à devenir dangereux lorsque, par des conditions d'encombrement et de développement successifs à la surface des plaies, dans des corps affaiblis ou autrement, leur virulence se trouve progressivement renforcée.

Et voilà que la virulence nous apparaît sous un jour nouveau, qui ne laisse pas d'être inquiétant pour l'humanité, à moins que la nature, dans son évolution à travers les siècles passés, n'ait déjà rencontré toutes les occasions de production des maladies virulentes ou contagieuses, ce qui est fort invraisemblable.

Qu'est-ce qu'un organisme microscopique inoffensif pour l'homme ou pour tel animal déterminé ? C'est un être qui ne peut se développer dans notre corps ou dans le corps de cet animal ; mais rien ne prouve que, si cet être microscopique venait à pénétrer dans une autre des mille et mille espèces de la création, il ne pourrait l'envahir et la rendre malade. Sa virulence, renforcée alors par des passages successifs dans les représentants de cette espèce, pourrait devenir en état d'atteindre tel ou tel animal de grande taille, l'homme ou certains animaux domestiques. Par cette méthode, on peut créer des virulences et des contagions nouvelles. Je suis très porté à croire que c'est ainsi qu'ont apparû, à travers les âges, la variole, la syphilis, la peste, la fièvre jaune, etc., et que c'est également par des phénomènes de ce genre qu'apparaissent, de temps à autre, certaines grandes épidémies, celle de typhus, par exemple, que je viens de mentionner.

Les faits observés à l'époque de la *variolation* (inoculation de la variole) avaient introduit dans la science l'opinion inverse, celle de la diminution possible de la virulence par le passage des virus à travers certains sujets. Jenner partageait cette manière de voir, qui n'a rien d'invraisemblable. Jusqu'à présent, nous n'en avons pas rencontré d'exemples, quoique nous les ayons cherchés. (*Acad. des sciences.*)

Quarantaines. L'inspecteur général des services sanitaires

en France, M. Fauvel, a défendu avec énergie, au Congrès international de Londres, la thèse dont il s'est fait le champion dans différentes circonstances : c'est que pour certaines affections pestilentielles exotiques, comme pour la fièvre jaune, il est impossible de formuler des règles uniformes applicables dans tous les pays, sous toutes les latitudes, qu'il s'agisse d'en prévenir l'invasion ou d'en arrêter la marche. Le savant hygiéniste a établi sans peine que si l'Angleterre, dans les conditions de topographie, de température où elle se trouve, peut, sans inconvénient, négliger les quarantaines contre les provenances de fièvre jaune, il n'en est pas de même ni pour la France, ni surtout pour l'Espagne et pour l'Italie, où la fièvre trouve des conditions favorables à son développement.

Au cours de son allocution, il a fait remarquer, avec beaucoup d'à-propos, que l'Angleterre elle-même avait deux manières de faire, suivant la latitude ; que les mesures dont elle demandait l'abrogation quand il s'agissait des Iles-Britanniques, elle les appliquait avec une extrême rigueur à Malte et à Gibraltar. En fait, l'Angleterre, malgré ses réclamations, a fait ce qui a été fait en France ; elle approprie les prescriptions à la région dans laquelle on les exécute.

Pour le choléra, la tâche de l'administration sanitaire est plus difficile, son développement n'étant subordonné — les épidémies que nous avons subies l'ont démontré — ni à des conditions de température, ni au climat du pays envahi. Aussi a-t-il proposé en 1866, à la conférence de Constantinople, et fait adopter par elle, un système préservatif pour l'Europe entière, fondé sur la connaissance des voies parcourues par le choléra pour pénétrer en Europe. Ces deux voies étant l'une au nord, en Russie, par le littoral de la mer Caspienne, l'autre au sud, en Egypte, par la mer Rouge, il suffisait de prendre des mesures quarantenaires pour arrêter le choléra sur des points bien choisis.

La persistance du choléra en Russie, à cette époque, n'a pas permis de réaliser immédiatement les mesures adoptées pour la voie du nord ; mais, sur la voie du sud, le système de défense organisé a complètement rempli le but qu'on s'était proposé et protégé le bassin de la Méditerranée de l'invasion du choléra, notamment en 1872 et en 1878. En

rappelant ces faits, qui offrent le plus grand intérêt, M. Fauvel a fait à l'Angleterre un appel qui sera certainement entendu pour aider à maintenir et à améliorer le service organisé sur la mer Rouge dans l'intérêt de l'Europe. (*Revue d'hygiène*, septembre.)

Propagation par le pain. Dans un travail adressé à l'Académie de médecine de Belgique, M. Léopold Hugo appelait son attention sur la valeur que peut avoir le pain comme agent de contagion, le pétrissage à la main continuant à être la règle, et les boulangers malades pouvant, selon lui, contaminer un grand nombre de pains.

Il pense donc qu'en temps d'épidémie, il est du devoir des municipalités d'assurer à la population un pain non contaminé, et pour cela d'ouvrir des ateliers de pétrissage mécanique qui recevraient la farine des boulangers et leur rendraient la pâte non levée.

Chargé de faire un rapport à ce sujet, M. Depaire réfute cette supposition de l'auteur que les maladies épidémiques se transmettent par le pétrissage. Il ne faut pas oublier que la température périphérique de 200° centigrades est nécessaire pour la formation de la croûte du pain, et que la mie atteint 100° pendant la cuisson. Aussi pense-t-il qu'aucune administration, dans un cas aussi douteux, ne saurait se charger de la fabrication du pain, surtout en temps d'épidémie.

ÉPIDIDYMYTE URÉTHRALE. Ce n'est plus *orchite* qu'il faudra appeler désormais l'inflammation intense et douloureuse avec rougeur et tuméfaction extrême du scrotum qui succède si souvent aux écoulements vénériens chez l'homme, sinon à la simple compression ou contusion du testicule. Selon la mode actuelle, M. Terrillon prétend changer tout cela d'après le procédé en vogue. Pour savoir *exactement* comment se produit et où siège cette inflammation, il a institué des expériences sur les chiens, qui, d'après les vétérinaires, n'ont ni blennorrhagie ni écoulement spécifique, pas plus que les chiennes. Il leur a injecté des liquides irritants dans le canal déférent et a déterminé de la sorte une inflammation avec gonflement, absolument semblable à l'orchite classique.

Mais ce n'en était pas une réellement, car les testicules ont toujours été trouvés intacts, sinon un peu congestionnés et un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Le canal déférent seul était plus ou moins enflammé, au point d'affecter tout le scrotum. De même de l'épididyme, dont les canaux étaient augmentés de volume, avec des dilatations ampulliformes simulant des abcès. Mais là n'est pas la source du gonflement, du casque volumineux dont les testicules semblent coiffés. C'est l'inflammation du tissu cellulaire environnant, compris dans l'enveloppe fibreuse vaginale, qui cause seule cette tuméfaction, cette péri-épididymite en un mot. L'injection de liquide dans ce tissu cellulaire chez l'homme après la mort le prouve d'une manière évidente. Ce n'est donc pas au développement considérable des canaux épididymaires, par leur inflammation et leur oblitération, qu'il faut attribuer ce gonflement, comme on le croyait, mais simplement au tissu cellulaire, enflammé et infiltré, qui les environne. D'où la sensation vague éprouvée par la palpation pour limiter ce gonflement. Voilà la grande découverte expérimentale.

De là l'unanimité des cliniciens pour contredire cette nouvelle interprétation de l'épididymite blennorrhagique par continuité de l'inflammation uréthrale au testicule, doctrine que Velpeau ni Ricord n'ont pu faire accepter. Comment éclaterait-elle soudainement lorsque l'urétrite est éteinte ou ne dépasse pas souvent la portion spongieuse, comme l'indique le toucher rectal? objecte M. Heurteloup. S'il en était ainsi, l'induration n'occuperait pas uniformément la queue, la tête et le corps de l'épididyme, deux à trois jours après le début, ajoute M. Tillaux. Et, si le testicule n'est pas atteint, d'où vient son atrophie consécutive? Aussi la Société de chirurgie a-t-elle passé à l'ordre du jour, d'autant plus qu'aucun mode particulier de traitement n'est indiqué pour combattre cette maladie d'un nouveau siège. (Février.)

ÉPILEPSIE. Par son incurabilité quand elle est essentielle, il n'y a pas plus à s'occuper de cette épouvantable névrose que de ceux qui en sont affligés. Leur hospitalisation serait donc une nécessité absolue pour le plus grand nombre, soit que, jeunes encore, ils présentent des chances d'améliora-

tion ou de guérison, soit qu'ils ne puissent subvenir à leurs besoins ou qu'ils deviennent dangereux. Or la loi de 1838, en modifiant profondément la situation des aliénés, n'a rien fait pour les épileptiques, dit le docteur Lunier, inspecteur des services d'aliénés, car ils ne sont admis dans les asiles qu'en étant réputés aliénés.

De ses recherches nouvelles faites à ce sujet, il résulte que le nombre total des épileptiques en France est d'environ 33 225, soit 9,20 par 1000 habitants. 3 550 sont séquestrés comme aliénés dans les asiles, et 1850 environ hospitalisés dans des établissements privés et les hospices d'incurables. 28 000 restent donc dans leur famille, dont 10 000 au moins devraient être internés. L'État devrait ainsi faire pour les épileptiques ce qu'il a réalisé pour les sourds-muets, les aveugles, les aliénés, en créant un établissement spécial où les deux sexes seraient reçus à des prix de pension modérés : ce qui les exclurait des asiles d'aliénés et des hôpitaux ordinaires. (*Acad. de méd.*, mars.)

Convulsions épileptiformes. Les diversités nombreuses qu'elles présentent lorsqu'elles sont produites par une affection cérébrale sont divisées, par M. Hucklings Jackson, en *monospasmes*, quand elles attaquent un seul membre ou la face, et en *hémispasmes*, quand elles atteignent la totalité ou partie de la moitié du corps opposée au siège de la lésion. Il place le siège de la lésion provocatrice dans la région corticale dite motrice, d'après de nombreuses autopsies. Quant aux paralysies consécutives, loin de les attribuer à la congestion asphyxique ou l'extravasation sanguine, il admet plutôt qu'elles résultent de l'épuisement consécutif, de l'excès passager d'activité dans les parties mises en jeu, comme la substance corticale, la capsule interne, les fibres de la moelle, les cornes antérieures, les nerfs, les muscles, etc. L'aphasie post-épileptiforme passagère pourrait de même y être attribuée.

L'épilepsie jacksonienne, dont les formes sont bien accusées, serait dans le même cas, suivant le docteur Muller (de Gratz). Son siège serait certainement dans une lésion corticale, et les formes variées de monoplégie qui se produisent pendant l'attaque ou lui font suite peuvent servir à fixer ce siège et la nature de la lésion. (*Congrès de Londres.*)

TRAITEMENT. L'emploi simultané des anti-épileptiques les plus usités a donné des résultats si heureux à la clinique de Sainte-Anne, comme en témoignent plusieurs observations, qu'il peut être utile de les indiquer :

℞ Bromure d'ammonium.....	} <i>āā</i> 10 grammes.
— de sodium.....	
Eau.....	300 —

Par cuillerées à bouche dans une tasse de tisane de valériane : quatre par jour au début jusqu'à huit ou dix ensuite pour obtenir un effet sensible.

℞ Extrait de belladone.....	} <i>āā</i> 1 gramme.
Oxyde de zinc.....	

F. S. A. Quarante pilules. Une matin et soir et jusqu'à deux dans les cas rebelles.

La saignée, les applications de sangsues aux tempes ou derrière les oreilles sont employées également chez les sujets congestifs ainsi que les pilules suivantes :

℞ Aloès socotrin.....	1 gramme.
Résine de scammonée.....	} <i>āā</i> 50 centigrammes.
— de jalap.....	
Calomel.....	} Q. S.
Savon amygdalin.....	

Pour vingt-quatre pilules, à prendre trois matin et soir, tous les huit jours. (*L'Encéphale*, n° 1.)

Effets des bromures. D'après la longue expérience spéciale du docteur Ramskill, à l'hôpital des épileptiques de Londres, le rôle le plus clair des bromures est d'avoir retardé les progrès de la thérapeutique des diverses formes de cette maladie. Dès que l'on a entendu l'histoire du malade, examiné s'il y a une origine syphilitique ou une lésion cérébrale, on donne les bromures si l'on ne trouve ni l'une ni l'autre, et il est abandonné à l'action médicatrice, qui agit parfois en secret, alors que l'on attribue le succès au bromure. L'emploi d'autres sédatifs sur les centres nerveux peut ainsi déterminer la guérison dans les cas récents et alors qu'aucune autre cause secondaire ne vient le compliquer. En voici un exemple :

Une fille de onze ans est admise à l'hôpital le 23 novembre 1880, atteinte d'accès épileptiques depuis l'âge de cinq ans, sans qu'il y ait dans sa famille aucune histoire d'accès de paralysie, de folie ni de phthisie. Ce furent d'abord de simples pertes de connaissance, qui se traduisirent progressivement en accès convulsifs, dont l'*aura* part toujours de l'épigastre sans remonter vers la tête. Elle tombe aussitôt, avec des convulsions uniformes des deux côtés. La langue n'est jamais mordue, et il n'y a pas de miction involontaire. Il y a deux ou trois accès de quelques secondes par semaine, parfois en un seul jour, et en cinq minutes l'accès est terminé, sauf de la céphalalgie et de la somnolence consécutives. Pas d'affection cardiaque, pupilles normales, rien à l'ophtalmoscope. Intelligence et mémoire normales, conformation et taille naturelles, crâne développé, sans l'aspect épileptique ni hystérique.

Soumise à l'usage de 65 centigrammes de bromure d'ammonium trois fois par jour, avec une pilule de valériane de zinc, aloès et ciguë chaque soir, en y joignant l'application de la vessie de glace sur la région dorso-cervicale de la moelle matin et soir, pendant trois heures jusqu'au 15 janvier, les accès diminuèrent rapidement, ainsi que la céphalalgie. Elle quitta l'hôpital le 15 février, sans avoir eu une seule attaque depuis le 15 novembre. Elle s'était engraisée et avait l'apparence d'une santé parfaite. Sans admettre une guérison complète, il suffit donc en pareil cas de quelques sédatifs pour obtenir une grande amélioration. (*Lancet*, 7 mai.)

Après des recherches statistiques fort intéressantes sur les résultats de l'administration des bromures dans des cas d'épilepsie pris au hasard, le docteur Bennett examine si quelque forme particulière de cette affection ou des circonstances spéciales tenant au malade même ou au milieu dans lequel il vit peuvent modifier l'action du médicament, et il arrive aux conclusions suivantes :

Dans 12,1 0/0 des cas, les attaques sont complètement annihilées pendant toute la durée des traitements par le bromure.

Dans 83,3 0/0, les attaques sont considérablement diminuées dans leur fréquence et leur gravité.

Dans 2,3 0/0, le traitement n'a pas eu d'effet apparent.

Dans 2,3 0/0, les attaques augmentèrent de fréquence pendant le traitement.

La forme de la maladie, héréditaire ou non, compliquée ou non, récente ou chronique, l'âge, le sexe, l'état de santé ou de maladie, n'ont pu influencer d'aucune manière le traitement.

Dans 66,6 0/0 des cas, il n'y a pas de traces d'empoisonnement par le bromure; dans les 33,4 0/0 des cas restant, on le constata à divers degrés, mais sans qu'il fût grave; il y eut de la faiblesse physique dans 28,5 cas 0/0, des troubles intellectuels dans 18,8 cas 0/0; enfin dans 16,6 cas 0/0 on observa l'éruption dite bromurée. (*Edinb. med. journ.*, mars.)

Bromure de sodium. Administré dans trois cas d'épilepsie symptomatique, à l'exemple de Decaisne, en raison de ses propriétés spéciales sur la sensibilité réflexe de la moelle, sans troubles de la motilité, il a donné les résultats suivants aux docteurs Chéron et Fauquez. Contre une épilepsie alcoolique de trois à quatre accès par semaine, chez une femme, la dose de 4 grammes, élevée graduellement à 8, arrêta complètement les accès.

Une autre femme de vingt-trois ans, épileptique depuis la puberté et soumise à l'usage du bromure de potassium, à 6 grammes par jour depuis plusieurs années, avait encore trois à cinq crises par mois au lieu de vingt-six; mais l'élévation de la dose pour les faire cesser enlevait la faculté de se mouvoir facilement avec engourdissement de la parole et de la pensée.

La dose de 5 grammes de bromure de sodium put être élevée de 1 gramme tous les dix jours jusqu'à 10 en quatre fois par jour, dans un grand verre d'eau sucrée, sans aucun trouble ni fatigue musculaire; le sommeil seul était plus profond et prolongé. Des malaises à peine appréciables, deux à trois fois par mois, remplaçaient les accès.

Un garçon de dix-neuf ans, ayant des accès incomplets, prenait depuis seize mois du bromure de potassium, élevé jusqu'à 12 grammes par jour. Une impotence musculaire considérable, avec essoufflement à la moindre course, hyper-sécrétion des muqueuses nasales et bronchiques, paresse de l'intelligence, en étaient la conséquence. Après un mois

de repos, le bromure de sodium fut donné progressivement jusqu'à 8 grammes par jour, et dès lors les crises furent enrayées, sans aucune fatigue musculaire et l'entière possession des facultés cérébrales.

Il diminue donc le pouvoir réflexe de la moelle et la sensibilité, sans porter atteinte à l'activité cérébrale et à la puissance musculaire. (*Journ. de therap.*, n° 16.)

Épilepsie gastrique. Cette nouvelle variété d'épilepsie symptomatique est fondée sur deux cas seulement, observés en Algérie par le docteur Pommay et coïncidant avec des troubles digestifs. Que l'on juge s'ils sont concluants.

Un jeune homme de vingt-six ans, après une course à cheval de 80 kilomètres, le 28 mai 1880, boit successivement plusieurs verres d'eau vineuse en mangeant très peu ensuite. Trois heures après, il est pris d'une indigestion avec attaque convulsive suivie de coma. Un an auparavant, il avait eu un accès semblable dans des conditions analogues. L'absence de déformation de la tête, de traumatisme du crâne et de syphilis, excluant toute idée d'épilepsie essentielle, l'auteur la rattache à l'embarras gastrique, qui persista pendant quatre jours.

Le second fait est plus probant. Un chasseur du 2^e bataillon, vigoureux et sobre, s'étant enivré un dimanche, fut pris d'un accès d'épilepsie peu de temps après être couché, accompagné également de vomissements alimentaires, en présence même du médecin. Il s'ensuivit de l'embarras gastrique pendant deux jours.

Ne sont-ce pas là plutôt de simples indigestions chez des individus nerveux? Cette supposition est d'autant plus probable que le même fait s'était déjà manifesté à plusieurs reprises dans des conditions semblables à la suite d'un écart de régime. Il n'y a donc pas lieu de rapprocher ce fait, comme le veut l'auteur, de l'épilepsie observée par M. Lépine chez un gros mangeur. (*Voy. année 1877.*)

Les accès étaient aussi caractérisés, dans ce dernier cas, qu'ils le sont peu dans ceux-ci. M. Lépine lui-même n'y voit qu'une épilepsie congestive sans rapport avec l'action réflexe, que la réplétion de l'estomac pourrait produire. (*Revue de méd.*, juin.)

ÉPITHÉLIOMA. Un cri d'alarme s'est fait entendre à la *Société de chirurgie* sur l'inutilité, le danger même du traitement médical contre l'épithélioma. Comme si M. Verneuil redoutait que le traitement de cette maladie toute superficielle n'entre définitivement dans le domaine du médecin, il a cherché à montrer que l'instrument seul pouvait la détruire et en triompher. Et, pour fortifier cette doctrine, il a produit des faits à l'appui. Tout naturellement, l'assemblée a fait chorus, en renchérissant encore sur la nécessité indispensable d'une opération hâtive et aussi étendue que possible. Tel est le dogme nouveau, récemment promulgué, pour vaincre cette maladie souvent bénigne, surtout quand elle siège sur la face.

Traitement de l'épithélioma bénin de la face par le chlorate de potasse; thèse inaugurale, par le docteur Lévêque. Paris, avril 1880. Il s'agit bien entendu des cancroïdes à forme légère dont M. Vidal en 1877 et M. Féréol encore tout récemment à la *Société de thérapeutique* ont plaidé la cause. Ce médicament serait même exclusivement efficace dans les cancroïdes ulcérés de la peau; tous les autres y seraient rebelles. 28 observations de ces cancroïdes bien avérés et sûrement guéris sont rapportées par l'auteur, dont 5 personnelles. Le sel est appliqué tantôt localement, tantôt à l'intérieur et le plus souvent par les deux procédés à la fois. Les applications locales se font soit avec la poudre, soit avec une solution très concentrée dans de l'eau tiède ou de la glycérine. On en imbibe un plumasseau de charpie que l'on fixe à demeure sur la plaie, tout en ayant soin de renouveler fréquemment le pansement ou d'en arroser les pièces à plusieurs reprises dans la journée. Un autre procédé, employé par M. Terrier, permet d'éviter les irritations et les saignements causés par l'enlèvement de la charpie : il consiste à pratiquer de très nombreux attouchements sur l'ulcération avec un pinceau trempé dans la solution saturée, puis à recouvrir chaque fois la plaie d'une compresse cératée.

L'emploi du chlorate de potasse à l'intérieur a été associé au traitement externe par le docteur Euthyboule, qui le prescrit à la dose de 2 à 4 grammes par jour et au moment du repas. M. Lévêque ne reconnaît à cette administration

mixte aucun effet utile et juge que l'ingestion répétée du sel potassique ne peut que fatiguer le malade et troubler sa digestion.

La durée moyenne du traitement est de deux à cinq mois, si l'on consulte toutes les observations prises en bloc. Toutes les fois qu'on s'est servi de la solution concentrée, c'est-à-dire en applications permanentes ou en attouchements incessants, la guérison a été obtenue dans l'espace de trois semaines à un mois. M. Lévêque avoue qu'il y a quelquefois des récidives, mais ni plus ni moins qu'avec le bistouri.

Épithélioma de la langue. Une discussion a été soulevée par M. Verneuil sur l'inutilité et le danger du traitement pharmaceutique et topique contre cette redoutable affection. Il n'a jamais vu une guérison par l'iodure de potassium, le chlorate de potasse ni le mercure, même aidés de cautérisations légères avec le nitrate d'argent, l'acide nitrique ou d'autres caustiques. Toutes les guérisons invoquées par ces moyens sont des erreurs de diagnostic, des cas de syphilis. Des ulcérations du rectum, du pénis, du testicule, simulant l'épithélioma, guérissent ainsi, et il en peut être de même de la langue. Les glossites tertiaires le simulent parfaitement dans leur marche. Dans le doute, abstiens-toi, dit le sage. Il vaut mieux opérer de suite, d'après l'auteur, à cause de la bénignité de l'opération, quand elle a lieu par les voies naturelles. Sur plus de 200 cas, il n'a perdu qu'un malade de pneumonie. Après un an, l'altération est profonde au contraire, surtout si la plaie a été irritée par les caustiques, et la récurrence est presque constante.

Cette assertion est en complet désaccord avec le caractère distinctif mis par le même auteur et M. Labbé entre le cancer vrai et l'épithélioma. C'est que jamais on n'observe la généralisation à distance de celui-ci ni la cachexie cancéreuse. Pourquoi dès lors l'excision hâtive en est-elle si urgente? A moins que ce soit un épithélioma muqueux chez un jeune sujet, car l'épithélioma parenchymateux, selon M. Perrin, surtout chez les gens âgés, d'après M. Després, est spécialement bénin. Il faudrait du moins tenir compte de ces différences. (*Soc. de chir.*, novembre 1880.)

Dès 1872, ce danger spécial des mercuriaux contre le

cancroïde de la langue fut signalé par M. Th. Anger dans sa thèse d'agrégation. Plusieurs des 260 observations qui y sont réunies démontrent cette nocuité du mercure. Mais comment distinguer les cas de syphilis, même au microscope?

Aussi tous les chirurgiens présents ont unanimement approuvé cette réprobation du traitement des cancroïdes de la langue par un traitement topique ou interne. C'est perdre un temps précieux. Il faut au contraire opérer de bonne heure et largement. M. Trélat a obtenu trois guérisons certaines dans ces conditions et estime qu'il vaut cent fois mieux exposer quelques malades à des opérations inutiles que de les vouer tous à une perte certaine. L'expectation a la plus fâcheuse influence. Si l'on opère un épithélioma très petit et sans retentissement ganglionnaire, on peut revoir l'opéré cinq à six ans après, tandis qu'en laissant marcher le mal, on ne le rencontre plus guère. Si ce n'est pas la guérison, il y a donc une survie considérable. La moyenne est de huit mois, d'après la statistique de M. Anger, quel que soit le moment de l'opération.

Sur cinq opérés depuis cinq à six ans par M. Delens, un seul qui l'avait été au début de l'affection, n'a pas eu de récurrence. C'est presque avouer que les autres sont morts; aussi les malades payants, qui n'arrivent en général à la Maison municipale de santé qu'après une longue évolution du mal, n'ont-ils fourni que de rares guérisons à M. Sée, qui regarde ce cancer, d'après sa pratique, comme l'un des plus malins. C'est le plus grave, selon M. Guyon, en raison de sa propagation rapide et étendue. De là ses fréquentes et rapides récurrences.

Faut-il donc n'opérer que les petits cancroïdes, comme le veut M. Le Fort, et s'abstenir quand ils sont étendus et atteignent la base de la langue? Cela dépend de l'âge, d'après M. Després, car l'affection a une marche aussi lente chez un homme de soixante-dix ans qu'elle est rapide dans la jeunesse et l'âge mûr. Au contraire, il faut toujours opérer pour les chirurgiens purs et enlever jusqu'à la totalité de la langue. Kocher, de Berne, enlève même les ganglions adjacents, comme Gross, de Philadelphie, dans le carcinome du sein, car la récurrence se produit surtout par cette voie. Sur 40 extirpations de la langue par la région

sus-hyoïdienne, communiquées par Billroth, 4 opérés sont morts des suites et 6 ont survécu, dont un sans récédive dix-huit mois après. Sur 54 observations relatées dans la thèse de son élève Schlepfer (Zurich, 1878), il y eut 33 succès. Chez 12 opérés, la récédive s'est faite par les ganglions cervicaux. On peut donc opérer avec chance de succès dans tous les cas. Un malade qui allait mourir fut ainsi opéré *in extremis* en 1879 par M. L. Labbé, sur les instances de la famille. Il vivait encore à la fin de 1880.

Un épithélioma de la langue, opéré en 1876 avec le thermo-cautère par le docteur Lamarre de Saint-Germain, était encore sans récédive quatre ans après. (*Soc. de chir.*, février.)

Les jeunes, ne pouvant parler d'après leur expérience, se sont bornés à rapporter des faits. M. Terrillon en cite trois. Deux hommes de quarante-trois et quarante-neuf ans, récemment opérés par lui à la Pitié, ont présenté une récédive également rapide, quoique le mal fût très limité dans le premier cas et très étendu dans le second. Il fallut faire depuis l'ablation totale de la langue, sans que l'on puisse dire encore si la récédive ne viendra pas.

Chez une célibataire de trente-deux ans, sans enfant, présentant une petite tumeur ulcérée au bord libre de la langue dont le diagnostic était douteux, l'excision faite après sept mois d'observation n'a pas été suivie de récédive depuis trois ans. Ce fait n'a donc rien de concluant.

Selon M. Le Dentu, l'envahissement des ganglions est la contre-indication principale. Il en fit ainsi l'extirpation préalable chez un homme de trente-neuf ans, portant un petit cancroïde en partie sphacélé. L'ablation du cancroïde eut lieu ensuite. Néanmoins une repullulation très rapide amena la mort de l'opéré.

Le mal existant à la base de la langue, l'opération déterminait une hémorrhagie foudroyante le cinquième jour.

Le diagnostic était douteux dans un troisième cas et l'affection gagnant du terrain, on enleva les deux tiers de la langue. Aucun ganglion n'était envahi. Quatre mois après, il s'en manifesta un, qui, en augmentant graduellement, a acquis le volume de la moitié du poing. La mort est ainsi inévitable.

De tous ses autres faits, il ne peut invoquer que le succès

d'un fungus cancéreux fétide, enlevé le 19 août 1876 par la bouche et comprenant le tiers de la langue. La guérison a été rapide et s'est maintenue depuis, c'est-à-dire plus de quatre années.

Sur six opérés au Val-de-Grâce par M. Perrin, aucun succès définitif et durable ne peut être cité, à défaut de nouvelles. Le premier, opéré en 1869, est mort en 1871, après avoir fait la campagne, et le cinquième a pu être suivi trois ans sans récurrence. D'où la conclusion que les épithéliomas récents et peu étendus, sans engorgement ganglionnaire, doivent seuls être enlevés immédiatement et largement. Ceux qui s'étendent en nappe et beaucoup plus muqueux que parenchymateux ne doivent pas être touchés. (*Idem*, décembre 1880).

De cette discussion et des faits cités à l'appui, il ressort que l'épithélioma de la langue est aussi dangereux que le carcinome du sein. Il l'est même davantage par son siège, car l'activité de l'organe rend les progrès et la propagation du mal plus rapides et d'autant plus redoutables qu'il empêche l'alimentation et la nutrition. L'enlever dès son apparition est donc un précepte rigoureux et logique. Mais, si cette affection est diathésique au lieu d'être locale, l'excision, aussi précoce et large soit-elle, ne peut en prévenir la récurrence. La cloison fibreuse qui sépare les deux moitiés de la langue, invoquée par M. Anger pour en arrêter les progrès, n'existe pas toujours et est insuffisante à cet effet, d'après l'observation. La rapidité de la récurrence dans la très grande majorité des cas montre que le thermocautère actuel n'arrête pas plus le mal que l'écraseur ni le bistouri.

On est ainsi autorisé à supposer des erreurs de diagnostic ou une résistance organique particulière, dans les cas très rares où la guérison s'est maintenue. Comment dès lors repousser les médicaments internes proposés contre cette diathèse et les injections interstitielles, autour du mal, avec une solution d'acide salicylique au 15^e, employée par M. Anger pour en arrêter ou suspendre les progrès? Et puisqu'il est généralement admis que la propagation se fait par les ganglions circonvoisins, comme dans les affections virulentes, le charbon par exemple, pourquoi ne pas essayer d'entraver ou arrêter le mal sur

place, en le neutralisant par des injections dans ces ganglions dès le moindre gonflement ? Si le rôle du chirurgien consiste à enlever le mal existant, comment refuserait-il au médecin le droit de le combattre et de chercher à l'anéantir dans sa source ? Il doit le tenter plus encore sur la langue qu'au sein et partout ailleurs, car la vie est plus directement menacée.

N'est-ce pas de cette manière que le cancer guérit parfois spontanément, lorsque la gangrène s'en empare ? M. Trélat a vu en 1879, à la Charité, une jeune fille ayant un cancroïde du mollet qui guérit rapidement en se calcifiant. Pourquoi ne pas essayer des méthodes analogues au début, plutôt que de recommander uniformément l'excision aussi large que possible du mal ? Il serait plus logique d'exciser la langue entière dès le début, par une de ces méthodes de mortification, que de l'amputer partiellement à plusieurs reprises, comme on le fait.

Modifications opératoires. Un procédé simple, facile et sûr est indiqué par M. James Taylor (de Chester). Une incision de quelques millimètres étant faite à la peau, au bord supérieur de l'os hyoïde, pour faciliter le passage d'une aiguille, on introduit l'indicateur de la main gauche sur le dos de la langue jusqu'à son point de jonction avec l'épiglotte. Une aiguille courbe, forte, ayant six pouces de long sans la poignée, avec un chas à la pointe et armée d'une anse de platine de l'écraseur galvanique, est passée à travers l'incision directement d'avant en arrière et de bas en haut jusqu'à la pointe de l'indicateur placé à la base de la langue. Ainsi guidée par le doigt indicateur, la pointe arrive dans la bouche, l'anse est saisie d'abord avec une pince, puis avec le doigt, et l'aiguille est retirée. L'anse de platine traversant la base de la langue au milieu, avec ses deux extrémités pendant au dehors, il n'y a plus qu'à l'amener en avant et la faire passer au-dessous de la langue, pour qu'en tirant sur les deux fils on ait toute la base de la langue exactement encerclée par le fil de platine. Il est prudent dès lors, sinon indispensable, de fixer la pointe de la langue avec un ténaculum. Ajustez ensuite les deux extrémités du fil à l'écraseur que vous mettrez en communication avec la batterie et la division s'effectuera lentement ; en dix à

quinze minutes, toute l'anse galvanique sortira par la petite incision, et, la langue étant extraite de la bouche avec le ténaculum, l'opération sera complète.

Cette opération a été exécutée le 23 juillet, à l'infirmerie de Chester, sur un homme de cinquante-cinq ans, atteint d'un épithélioma commençant sur le côté gauche de la langue; le 20 août suivant, il en sortait guéri.

Dans le cas où le plancher de la bouche serait atteint sans pouvoir être compris dans l'anse galvanique, l'incision préliminaire pourrait être faite de manière à comprendre ces parties malades dans l'anse galvanique. (*Lancet*, 27 août.)

C'est par la bouche et à l'aide de ciseaux que M. Whitehead procède de la manière suivante : La bouche est maintenue ouverte par un appareil convenable, confié à l'un des aides, puis la langue est attirée au dehors à l'aide de deux ligatures passées à 2 centimètres environ de la pointe et qui pourraient être remplacées par un ténaculum. Toutes les adhérences à la mâchoire et aux piliers sont dès lors détachées, puis, à petits coups de ciseaux, la base de la langue est séparée du bord inférieur de la mâchoire et aussi loin que possible en arrière sans blesser l'épiglotte. Toutes les artères sont liées immédiatement, et un fil de soie est passé à travers le moignon pour l'attirer au besoin en cas d'hémorrhagie secondaire.

Pratiquée vingt-huit fois depuis le mois de novembre 1877, cette opération s'est montrée sans danger ni difficultés sérieuses. L'hémorrhagie est facilement contrôlée, et il n'y a eu que quatre morts. Mortalité bien inférieure à celle des autres opérateurs. (*Congrès intern. de Londres*.)

C'est la *ligature élastique*, au contraire, que M. Delens continue à employer. (Voy. *année 1877*.) Sur onze cas où elle a été appliquée, il n'y a eu qu'une seule hémorrhagie secondaire légère, le septième jour, alors que la tumeur se détachait quatre jours après. C'est là le principal avantage de cette méthode, car, d'après la statistique de Otto Just en 1860, soixante-huit opérations par le bistouri ont donné soixante-deux hémorrhagies, et huit applications du galvanocautère en ont donné six dont une mortelle. L'écraseur linéaire en a même donné huit sur vingt et une appli-

cations, dont trois primitives, et il y en a eu trois cas sur vingt-six ligatures avec le fil ordinaire. C'est donc jusqu'ici le meilleur hémostatique. (*Journ. de therap.*, novembre.)

De l'application de la ligature élastique à l'amputation totale ou partielle de la langue; thèse inaugurale, par L. Gaillard. Paris, 1880.

Epithélioma du col utérin. *Nitrate de plomb.* Les succès signalés en Italie avec ce médicament contre le cancer ulcéré l'ont fait appliquer par le docteur Jules Chéron à l'épithélioma ulcéré du col. Après avoir bien nettoyé la plaie avec un tampon de charpie imbibé de glycérine, et injecté un litre d'eau froide avec 5 grammes de perchlorure de fer, s'il s'écoule du sang, comme cela a lieu si fréquemment en pareil cas, la plaie est séchée avec de la charpie ou de la ouate, puis le nitrate de plomb pur mélangé à de la poudre de lycopode est projeté à l'aide d'une poire insufflatrice; un tampon de ouate maintient la poudre en contact.

Le mélange est fait dans les proportions suivantes :

Nitrate de plomb purifié.....	15 grammes.
Poudre de lycopode.....	30 —

Sous l'influence de ce moyen, la suppuration diminue considérablement ainsi que l'odeur. Les hémorrhagies elles-mêmes sont supprimées.

Après douze ou quinze pansements ainsi pratiqués, on voit l'engorgement des culs-de-sac diminuer et l'état général des malades s'améliorer grandement. (*Revue des maladies des femmes.*)

ESTOMAC. Si prépondérant est le rôle de cet organe dans l'organisme, comme récepteur des aliments, que son intégrité est absolument indispensable à la santé, à la vie même. Toutes ses lésions, ses altérations, ses maladies, en s'opposant à l'alimentation, ne tardent pas à réagir sur le reste de l'organisme et à en troubler l'équilibre. De là l'importance de leur étude.

Dilatation. Comme tous les organes creux et contractiles, l'estomac se resserre et se dilate, et sa dilatation est devenue si fréquente, depuis qu'on l'étudie, qu'elle est aujourd'hui à

l'ordre du jour. Elle est provoquée par deux causes : les tumeurs de l'estomac amenant une gêne plus ou moins considérable à sa déplétion et au cours des matières suivant leur siège, et l'inflammation chronique de la muqueuse ou gastrite. Elle est donc symptomatique ou essentielle.

L'ingestion d'aliments indigestes ou excitants, surtout répétée, en congestionnant la muqueuse, produit la première par l'inertie et l'absence de sécrétion des glandes pepsiques altérées. L'estomac se distend progressivement, en recevant des aliments sans les digérer. C'est la gastrite des gros mangeurs et de ceux qui mangent et boivent souvent. L'abus des boissons et l'alcoolisme la produit également.

Très curable surtout au début, cette dilatation essentielle doit être distinguée de celle qui est produite par le cancer du pylore. La première survient à tous les âges après les excès ; la seconde est souvent héréditaire et n'apparaît qu'à un âge avancé. L'appétit et les forces se perdent beaucoup plus rapidement chez ceux-ci que chez ceux-là, et le traitement par des lavages, applicable aux deux, peut détruire bientôt la confusion et l'erreur, car ils sont aussi efficaces contre la première qu'ils le sont peu contre la seconde. (*Revue méd.*)

Voici quelques exemples cliniques de cette dilatation de l'estomac, sans obstacle pylorique, observés par le professeur Bernheim à l'hôpital Saint-Charles de Nancy.

I. Un homme de cinquante-huit ans entre, en octobre 1880, pour une dyspepsie, avec régurgitations aigres, vomissements glaireux, douleurs épigastriques accompagnées parfois de crampes, alternatives de constipation et de diarrhée depuis quinze ans. Depuis dix-huit mois, cet homme est devenu maigre, cachectique ; le creux épigastrique, effacé, donne une sonorité tympanique jusqu'au-dessous de l'ombilic ; la succussion produit un bruit de flot perceptible à distance.

L'évacuation de l'estomac avec le tube de Faucher donne trois litres de liquide aqueux, grisâtre, acide, et chaque matin on en retire un litre à un litre et demi. Une amélioration a lieu avec le régime lacté et les pilules de un centigramme de nitrate d'argent. Mais des vomissements se manifestent les 19 et 20 novembre, puis des accès épileptiformes le 22, et le malade succombe.

L'autopsie montre un estomac énorme descendant jusqu'au pubis ; la petite courbure mesure 26 centimètres de longueur et la grande 67 ; largeur de l'estomac, 18 centimètres. Il contient trois litres d'un liquide noir marc de café, avec beaucoup de sarcines, des granulations graisseuses, des globules sanguins. La muqueuse est épaisse, molle, boursouflée ; la paroi stomacale est hypertrophiée à la partie moyenne de la face antérieure ; elle mesure 4 millimètres d'épaisseur, dont 3 pour la musculuse et 1 pour la muqueuse. A l'examen histologique, on constate une dilatation des glandes stomacales, une hypertrophie des fibres musculaires lisses, nullement dégénérées, et une néoformation de cellules embryonnaires très abondante dans les couches superficielles et profondes de la muqueuse.

II. Un monsieur souffrait depuis plus de dix ans de dyspepsie, malgré un régime lacté dirigé contre un ulcère supposé de l'estomac. Des lavages de l'estomac étaient faits depuis deux ans, lorsque, réduit à l'état squelettique, il se présenta en 1879. L'estomac formait une vaste poche descendant jusque près du pubis, visible et sensible à travers les parois amaigries, fluctuante et gargouillante au moindre mouvement, peu douloureuse à la palpation. Il était souvent obligé de se sonder deux ou trois fois par jour, et, bien qu'il n'avalât que peu de liquide, aussitôt le cathétérisme achevé et l'estomac vidé, le liquide se reproduisait. Il rendait ainsi jusqu'à dix litres par jour d'un liquide grisâtre, acide, marc de café. Après les évacuations un peu abondantes survenaient des crampes douloureuses dans les mollets, de l'aphonie, les extrémités froides, un état cholériforme. Finalement survinrent des phénomènes d'excitation cérébrale, des idées de grandeur, une activité désordonnée et entêtée, que les injections de morphine calmèrent un peu. L'amaigrissement, la déshydratation due à l'évacuation excessive du liquide continuèrent jusqu'à la mort. A l'autopsie, il y avait une dilatation énorme avec hypertrophie de l'estomac, descendant jusqu'au pubis, sans altération macroscopique des parois autre que de l'hyperémie avec gonflement de la muqueuse, sans lésion pylorique.

Des troubles dyspeptiques peu intenses, passagers ou permanents, sont donc les symptômes de cette altération si grave et auxquels il convient de prêter la plus grande atten-

tion. Ayant pris l'habitude d'examiner la région épigastrique chez tous les malades se plaignant de troubles digestifs légers, l'auteur a été frappé de la fréquence jusqu'ici méconnue de cette dilatation. C'est ainsi que chez une femme de vingt-trois ans, souffrant depuis deux ans de dyspepsie, avec renvois aigres, régurgitations, crampes d'estomac, il trouva l'estomac dilaté jusqu'à l'ombilic et gargouillant à la palpation. La sonde ramène 200 grammes de liquide acide. Amélioration par le lavage.

III. De même chez une femme de trente ans, présentant du gonflement et des douleurs épigastriques avec régurgitation après les repas. Anorexie depuis trois ou quatre jours. Sensibilité vive à l'épigastre; douleurs dans les deux côtés du thorax. Estomac dilaté et gargouillant. Signes d'induration tuberculeuse au sommet droit.

IV. Chez une femme de vingt-neuf ans, la dyspepsie datait de trois à quatre ans. Douleurs épigastriques, renvois, une heure après le repas; vomissements liquides, une à deux heures après. Anémie, ovarialgie, souffle aortique, systolique, creux épigastrique effacé; estomac modérément dilaté, donnant quelquefois à la palpation un léger glou-glou.

V. Pollen (Joseph), chaudronnier, ancien marin, accuse des symptômes de gastrite il y a cinq ans. Depuis, il a, par intervalles assez rares, tous les mois environ, pendant deux à quatre jours, des douleurs vives à gauche de l'ombilic avec vomissements et renvois. Appétit conservé. Digestions bonnes dans l'intervalle. On constate que le son tympanique de l'estomac descend jusqu'à l'ombilic; la sonde ramène 400 grammes de liquide neutre légèrement coloré. Les troubles digestifs se dissipent rapidement.

VI. Un employé de commerce, de vingt ans, a eu, il y a deux ans, des troubles gastriques pendant deux mois, terminés par des vomissements et une diarrhée séreuse très abondante. Il a depuis des régurgitations et des renvois pendant une heure, le matin à jeun. Il ne peut rien prendre dans la matinée; mais il déjeune à midi, dîne le soir et digère très bien. Depuis deux ans, il sent le glou-glou stomacal le soir. Depuis huit jours seulement, nausées et régurgitations plus intenses. Estomac dilaté jusque vers l'ombilic. Amélioration rapide par le lavage de l'estomac. (*Soc. de méd. de Nancy et Revue méd. de l'Est*, février.)

Trois catégories de ces dilatations sont distinguées par le docteur Wade, de Birmingham, selon qu'elles sont aiguës et chroniques, ou placées sous la dépendance d'une obstruction pylorique de cause mécanique.

Il importe de différencier la dilatation de la distension dans la forme aiguë, car l'estomac, une fois distendu par le liquide ou les aliments, peut revenir à sa position normale lorsqu'il est vide. La dilatation à l'état de vacuité est la plus grave : ce qui n'a pas toujours été distingué par les auteurs.

Les tumeurs malignes siégeant dans le voisinage du pylore, les brides résultant de cicatrisation d'ulcères, les rétentissements, la pression des tumeurs situées dans le voisinage, etc., forment la deuxième catégorie, en déterminant une dilatation graduelle avec épaissement des parois de l'organe par les efforts que fait alors l'estomac pour vaincre la résistance.

La troisième catégorie débute le plus souvent par de la dyspepsie ou du catarrhe gastrique et dure ordinairement de longues années sans amener aucun désordre. Aucune cause physique ni mécanique n'explique souvent la rétention des aliments, et par suite la dilatation de l'estomac. (*Association méd. anglaise, août.*)

Lavages. La simplicité de ce procédé opératoire, la facilité de son emploi et son innocuité absolue, reconnues et constatées en ville et à l'hôpital par les cliniciens les plus autorisés, l'ont bientôt fait adopter partout. Les avantages nombreux et variés qu'il peut offrir au praticien pour connaître et examiner le contenu de l'estomac, étudier sa pathologie dans les cas si souvent obscurs des affections chroniques de cet organe, ont bientôt mis à la mode ce nouveau moyen thérapeutique. Tous les jours, de nouvelles applications en sont faites avec utilité. Les gastralgies et les dyspepsies en sont même efficacement modifiées par la disparition des douleurs, le retour de l'appétit, la régularité des garde-robes et l'augmentation du poids du corps. On peut prédire qu'à l'avenir tous les troubles et les souffrances de l'estomac seront passibles de ces lavages. Ils soulagent même dans le cancer de cet organe.

Le professeur G. Sée cite ainsi, au cours de son récent

traité des *Dyspepsies gastro-intestinales*, plusieurs faits témoignent de l'utilité de cette méthode dans les affections les plus diverses. Une jeune fille, atteinte d'une anorexie grave, avec refus invincible de toute nourriture, arrivée au dernier degré de marasme, fut guérie en trois mois par ce traitement mécanique. Des vomissements incoercibles ont été arrêtés de même, des cancers très soulagés, et des dyspepsies à forme cachectique, pouvant faire croire à un cancer, complètement guéries. Indépendamment du traitement, c'est donc là un véritable moyen de diagnostic.

Un perfectionnement tendant à rendre l'irrigation de l'estomac encore plus complète est la sonde gastrique à double courant, imaginée par le docteur Audhoui et fabriquée par Collin. Elle consiste en deux tubes de caoutchouc anglais soudés ensemble dans la partie qui doit être introduite dans les voies digestives, isolés dans la partie qui doit rester au dehors. Un de ces tubes est *petit* : c'est celui par lequel l'eau pénètre dans l'estomac ; l'autre est *plus grand* : c'est celui par lequel l'eau injectée dans l'estomac s'écoule à l'extérieur. La disposition des tubes, à l'extrémité stomacale de la sonde, est telle que le gros tube dépasse le petit d'environ 10 centimètres. Cette disposition a pour but d'éloigner le lieu d'introduction du liquide de son point de sortie.

On introduit cette sonde dans l'estomac, à la manière ordinaire, en fixant l'extrémité libre du petit tube sur un réservoir d'eau quelconque, entonnoir ou irrigateur, par exemple, et l'on fait tomber l'extrémité libre du gros tube dans un bassin placé à côté du patient. Le liquide, pénétrant dans l'estomac par le petit tube, amorce le gros tube, qui donne promptement issue à l'eau injectée et aux matières que contenait la cavité gastrique. On peut régler la marche du gros tube en le serrant entre les doigts plus ou moins fortement ; on peut suspendre enfin son écoulement en le pressant jusqu'à oblitération.

L'irrigation de l'estomac avec la sonde gastrique à double courant le lave ainsi sans manœuvre ennuyeuse, en faisant couler l'eau dans la cavité gastrique, jusqu'à ce qu'elle en sorte limpide et maintient pendant longtemps, sans fatigue, la muqueuse au contact d'un courant liquide. Elle projette avec force des filets d'eau contre

la paroi interne de l'estomac, ce qu'on obtient au moyen de trous nombreux ménagés à l'extrémité stomacale du petit tube, sur une longueur suffisante, et avec un irrigateur puissant ou une pression d'eau suffisante. (*Thérap. contemp.*, mars.)

Un mandrin de forme spéciale est aussi ajouté par M. Debove au tube mou de Faucher pour en faciliter l'introduction, quand le spasme du pharynx s'oppose à sa déglutition. C'est un en-cas contre cette difficulté. (*Soc. méd. des hôpitaux*, juillet.)

Quand l'estomac est vidé, on en pratique le lavage au moyen d'eau de Vichy ou d'une solution analogue de bicarbonate de soude; mais il ne faut pas trop abuser de ces lavages. Cette pratique sera secondée par l'administration de la nourriture presque exclusivement au lait pendant un certain temps, en l'aidant, dans beaucoup de cas, par une médication antidyspeptique, composée de prises de pepsine. L'hydrothérapie combat avantageusement la congestion stomacale et trouve ici son application comme adjuvant. Suivant les indications, il faudra se tenir prêt à administrer du sulfate de soude à petites doses : 30, 40, 50 centigrammes seulement à la fois, ou du sous-nitrate de bismuth.

Le régime alimentaire doit être surveillé et gradué avec le plus grand soin. D'abord les malades devront s'en tenir au lait et même au lait pris en petite quantité. On leur permettra ensuite les œufs crus, qui sont beaucoup plus facilement digérés que les œufs durs et amènent une bien moins grande congestion de l'estomac, ainsi que l'a maintes fois prouvé l'expérimentation sur des chiens. Plus tard, on arrivera à la viande crue et hachée et enfin au poisson haché. Les infractions à cette méthode sévère sont souvent punies d'un pas en arrière dans la marche progressive de la guérison. Pour boisson, il ne convient pas de permettre tout indifféremment; il faut proscrire l'ingestion d'une trop grande quantité de liquide, défendre le vin, l'alcool, ne permettre que le thé ou le café léger. On devra supprimer les aliments gras, les salades et toutes les choses d'une digestion difficile, en les remplaçant par des légumes, parmi lesquels les pommes de terre en purée sont des meilleurs. Ces détails sont loin d'être inutiles; ils constituent, au contraire, un ensemble de conditions au prix desquelles

la guérison est assurée. (*Clinique du docteur Legroux, in Rev. médicale.*)

Ce tube a été ingénieusement utilisé par M. Debove le premier pour transmettre directement des aliments dans l'estomac de phthisiques qui vomissaient par dégoût tous les aliments qui leur étaient offerts. Plusieurs succès sont un encouragement à en tenter d'autres applications. Voy. PHTHISIE.

Ulcère stomacal. La manœuvre du *tournasagē*, consistant à promener avec une grande rapidité, à la surface du biscuit de porcelaine, une lame tranchante, n'est pas exempte de dangers pour l'ouvrier qui en est chargé. Cette opération soulève un nuage de poussière de porcelaine, dont les débris aigus et tranchants, aspirés par l'ouvrier et mêlés à la salive, arrivent dans l'estomac, où ils déterminent des lésions analogues à celles de l'empoisonnement par le verre pilé. M. Bernutz a observé plusieurs fois des troubles digestifs, des douleurs vives, des hématoméses abondantes, qui ne reconnaissaient pas d'autre cause. Un jeune ouvrier en porcelaine, en ce moment dans son service, présente le cortège symptomatique de l'ulcère simple de l'estomac. Ce malade dit que des accidents semblables à ceux qu'il éprouve se produisent souvent chez ses camarades d'atelier. D'ailleurs, dès 1861, M. Archambault a noté des troubles du même genre chez les ouvrières chargées de la vitrification des petits appareils dont on se servait à cette époque pour isoler les fils télégraphiques.

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

Résection ou gastrectomie. Il peut paraître audacieux, sinon insensé, d'exciser une portion quelconque d'un organe dont l'intégrité est aussi absolument indispensable à la santé et la vie que l'estomac. L'ouvrir directement, encore passe, mais l'enlever ! Cette idée a pris naissance en Allemagne. Gussenbauer et Winiwarter ont d'abord proposé cette opération désespérée contre les tumeurs cancéreuses et il s'est trouvé un chirurgien assez hardi en France, M. Péan, pour l'exécuter le premier. Son malade mourut le cinquième jour. Le docteur Rydygier de Kulm ne fut pas

plus heureux chez un vieillard opéré en novembre 1880. Il mourut douze heures après l'opération, qui en avait duré quatre. L'autopsie montra que toute la tumeur avait été parfaitement enlevée et qu'il n'existait aucune autre production morbide ailleurs.

Ces insuccès à prévoir, immanquables, n'ont pas empêché l'idée allemande de faire son chemin, et, par ce temps où toutes les excentricités chirurgicales semblent permises et autorisées avec le secours de la méthode antiseptique, il n'est pas étonnant que le plus habile chirurgien allemand ait voulu donner au monde cette preuve de sa dextérité. Il va dépasser ainsi les chirurgiens de tous les pays.

C'est le 29 janvier que le docteur Billroth a tenté la résection de l'estomac, sur une femme de quarante-trois ans qui, depuis plusieurs semaines, présentait les symptômes d'un cancer de cet organe; il y avait des vomissements constants, des hématemèses et du méloëna, et l'on sentait au niveau du pylore une tumeur volumineuse mobile; et c'est cette mobilité qui fit accepter la possibilité d'une opération. Elle fut pratiquée avec l'arrière-pensée de ne faire qu'une incision exploratrice, dans le cas où une extirpation eût été reconnue impossible.

Voici le procédé opératoire suivi :

La paroi abdominale fut incisée parallèlement au rebord des fausses côtes droites, immédiatement au-dessus de la tumeur, comme s'il se fût agi de la gastrostomie. Après l'incision des téguments et du péritoine, on aperçut la tumeur recouverte par l'épiploon et adhérente au côlon transverse. On l'isola de ces parties; un ganglion carcinomateux fut extirpé, et l'on constata qu'il s'agissait d'un carcinome étendu au fond de l'estomac et au pylore.

Ne pouvant se résoudre à abandonner l'opération en fermant la plaie abdominale, M. Billroth préféra pratiquer l'extirpation de la tumeur, ou plutôt la résection d'une partie de l'estomac. Il fut obligé, en effet, pour isoler la tumeur, de faire, d'une part, l'incision de l'estomac vers le milieu de la petite courbure, et, d'autre part, une incision au-dessous du pylore, dans la partie saine du duodénum.

La suture du moignon gastrique et du moignon duodénal put se faire avec la plus grande facilité au moyen des ligatures, qui avaient été préalablement disposées au-dessus

et au-dessous de la tumeur. De plus, on put apprécier que la rétraction de la portion conservée de l'estomac était immédiate et assez complète pour permettre l'adaptation de la surface de section de l'estomac, et de celle du duodénum; de telle sorte que, après l'opération, il restait, en définitive, un estomac très rétréci et singulièrement amoindri, mais perméable. La suture de l'abdomen ayant été faite, on appliqua le pansement antiseptique sans tube à drainage.

Dès le surlendemain, la malade prit de la nourriture par la bouche; au huitième jour, les sutures de la paroi abdominale furent enlevées. Quant aux sutures viscérales, il ne peut être affirmé avec précision si elles ont été extraites en même temps, ou bien si elles sont restées enkystées, ou bien encore si elles sont tombées dans l'estomac de nouvelle formation. Quoi qu'il en soit, quinze jours après l'opération, la malade était vivante, prouvant ainsi la possibilité de réséquer avec succès une partie de l'estomac.

Il reste à savoir si la guérison sera définitive, à constater combien de temps l'opérée sera guérie; en d'autres termes, à apprécier quel sera pour elle le bénéfice réel d'une opération qui pourrait intéresser à un égal degré les chirurgiens et les audacieux physiologistes, qui n'ont pourtant pas l'occasion de tenter des expériences où la responsabilité de l'opérateur soit aussi gravement engagée.

La réponse ne s'est pas fait attendre, comme on devait le prévoir. Une récidive du mal a emporté l'opérée le 23 mai. C'était un cancer colloïde, né probablement des ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux et qui s'était étendu à la surface du péritoine. La face externe de l'estomac, le côlon transverse et les parties voisines du duodénum et du jéjunum en étaient aussi recouverts. L'estomac avait conservé sa forme normale, et l'on ne pouvait s'apercevoir qu'une tranche de 14 centimètres de long en avait été réséquée. Ses dimensions étaient simplement celles d'un estomac très rétracté.

Malgré une dilatation saxiforme de la grande courbure, au point correspondant à l'incision, elle était insuffisante pour produire des troubles dans la digestion. La communication de l'estomac avec le duodénum admettait facilement le pouce. Ce n'était donc pas un rétrécissement. La réunion

avait été si parfaite dans les points suturés que toute cicatrice était invisible, ainsi que la ligne de réunion.

Encouragé par ce résultat inespéré et considérant que, bien que réduite de moitié, la surface stomacale suffit au maintien de la vie et des forces, comme il l'a dit à la Société médicale de Vienne, le célèbre opérateur a de nouveau tenté cette opération dans deux cas, d'abord chez une femme de trente-neuf ans, très anémique, qui supporta parfaitement l'opération, faite le 28 février. Il n'y eut ni élévation de la température, ni augmentation notable des battements du poulx pendant les quatre jours suivants. Malheureusement, des vomissements incoercibles survinrent bientôt, et, comme il n'existait aucun symptôme de péritonite, on les attribua à une occlusion mécanique au niveau de la plaie stomacale. On réouvrit la plaie abdominale le sixième jour, dans le but soit de faire cesser l'obstruction mécanique, soit de créer une *bouche* duodénale qui permit l'alimentation. L'estomac fut trouvé trop dilaté, mais il n'existait pas d'occlusion. L'opérée succomba trente heures après cette nouvelle tentative.

Le troisième cas eut lieu chez une femme de trente-huit ans, atteinte d'un carcinome médullaire, avec adhérence au pancréas. 12 centimètres furent extirpés au niveau de la grande courbure, réunie par cinquante-six sutures. L'opérée succomba dans le collapsus dix heures après. (*Congrès des chirurg. allemands*, in *Revue de méd.*, septembre, et *Gaz. hebdom.*, nos 7 et 25.)

Résection du pylore. Elle a été pratiquée par Rydygier avec le compresseur élastique, qu'il avait expérimenté préalablement dans quinze gastrectomies faites chez le chien. Une section longitudinale de 8 à 10 centimètres fut pratiquée à deux ou trois travers de doigt de la ligne blanche. Après la sortie de la portion carcinomateuse, on peut rétrécir l'incision par une suture provisoire, afin de prévenir la chute des matières dans le péritoine. L'isolement et l'ablation de la tumeur forment le troisième temps, et la suture au catgut des bords de la plaie du duodénum à double rangée avec celle de l'estomac constitue le quatrième. Il ne reste plus dès lors que la réunion des parois abdominales, qui se fait comme dans toutes les laparotomies avec le

pansement de Lister. (*Congrès des chirurg. allemands.*)

Elle a été pratiquée pour la quatrième fois à Vienne par le docteur Wölfler, chef de clinique de Billroth. C'était le 8 avril, chez une femme de cinquante-deux ans. Huit jours après, elle prenait avec appétit du vin, de la trempée, du lait, des biscuits, sans fièvre ni vomissements. On espérait donc un succès, comme dans la première, les deux autres ayant été suivies de mort rapide. (*Wiener med. Wochensch.*)

Gastrosco pie. Un nouveau moyen d'éclairage de l'estomac a été récemment imaginé et réalisé par le docteur Mikuliez, docent à l'Université de Vienne. C'est un instrument analogue à l'endoscope de Désormeaux et fondé sur le même principe que les instruments servant à éclairer le pharynx et d'autres organes creux. Mais son extrême complication n'en permet guère l'emploi que par son inventeur ou moyennant un apprentissage spécial. L'anesthésie du patient par une injection morphinée est indispensable, ainsi qu'un lavage préalable de l'estomac. C'est, en un mot, une *méthode exclusivement chirurgicale*, d'après l'inventeur même. Il n'y a donc pas lieu de s'en occuper davantage ici. (*Wiener med. Press*, nos 45 et 47, et *Gaz. hebdom.*; no 46.)

EXERCICE. Un décret présidentiel du 26 janvier a ratifié la convention conclue entre le gouvernement français et le gouvernement belge, le 12 janvier, pour régler l'admission réciproque à l'exercice de leur art des médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes et vétérinaires établis dans les communes frontières des deux États, comme il l'a fait en 1880 avec le grand duché de Luxembourg.

En exerçant ainsi au delà des frontières de leur pays, ils devront se conformer réciproquement à la législation qui est ou qui sera en vigueur, relativement à l'exercice de l'art de guérir ou d'une de ses branches, dans le pays où ils feront usage de l'autorisation accordée par l'article précédent.

Ils seront tenus également de se conformer aux mesures administratives prescrites dans ce pays.

Les personnes ci-dessus désignées qui ne se conformeraient pas aux dispositions légales ou administratives dont il vient d'être parlé seront privées du bénéfice de l'article 1^{er}.

Les médecins, chirurgiens et accoucheurs dont les noms figurent sur la liste annuelle prescrite ci-après et qui, au lieu de leurs domiciles, sont autorisés à délivrer des remèdes aux malades, auront le droit d'en délivrer également dans les communes limitrophes de l'autre pays, s'il n'y réside aucun pharmacien.

Au mois de janvier de chaque année, le gouvernement français fera tenir au gouvernement belge un état nominatif des praticiens et sages-femmes établis dans les communes limitrophes de la Belgique, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils seront autorisés à exercer.

Un état semblable sera remis à la même époque par le gouvernement belge au gouvernement français.

Pas d'honoraires sans diplôme. Un élève interne des hôpitaux de Paris, ayant donné des soins à une dame sur les indications d'un professeur de la Faculté, réclama ses honoraires après sa réception au doctorat. Une instance ayant été introduite à cet effet, la septième chambre du tribunal de la Seine l'a débouté de sa demande, en jugeant que la mission confiée par un professeur à un élève de donner certains soins à un malade ne supplée pas au défaut de diplôme. Il y avait au moins lieu de faire payer les honoraires au maître qui l'avait envoyé, à moins de punir l'élève d'exercice illégal. Voy. JURISPRUDENCE.

Consultations. Un profond étonnement s'est répandu dans tout le corps médical anglais, à l'annonce que le docteur Quain, membre éminent de la médecine orthodoxe et scientifique, s'était rencontré en consultation avec un homéopathe, au lit de mort de M. Disraeli. Toute la presse médicale, la *Lancet* en tête, a critiqué, blâmé et condamné cet acte professionnel, comme une compromission, malgré les atténuations que l'on y trouvait. Il s'agissait d'abord de l'ancien premier ministre, lord Beaconsfield, dont la vie, par ses éminents services, était des plus chères au pays. C'était sur le désir de la reine que sir W. Jenner avait été demandé pour donner son avis et que celui-ci l'ayant refusé, en raison même de la différence de principes avec le médecin traitant, le docteur Quain avait été choisi. D'ailleurs, le docteur Kidd était un homéopathe conciliant; il consentait d'avance

à faire toutes les concessions possibles à la pratique régulière en faveur du noble lord, etc., etc.

Mais aucune de ces raisons n'a prévalu, et sur cette demande formulée par différents corps professionnels, — le Collège des médecins en particulier : — Est-il permis de se rencontrer en consultation avec un homéopathe? la réponse négative a été unanime. Sir W. Gull a été le plus opiniâtre, en disant que l'on ne pouvait respecter ni croire un homme qui avait deux sortes de convictions inconciliables. Malgré son honorabilité, M. Quain a reçu ainsi un blâme public de la grande majorité de ses confrères les plus hauts placés. (*Lancet*, 9, 16, 23, 30 avril.)

Ordonnances. La circulaire suivante a été adressée aux préfets par le ministre de l'agriculture et du commerce pour leur rappeler les prescriptions à ce sujet :

« Aux termes de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, article 5, l'ordonnance d'un médecin prescrivant l'emploi de substances vénéneuses doit être signée, datée, et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament.

« Cette disposition paraît avoir été perdue de vue, et la plupart des médecins se contenteraient aujourd'hui d'indiquer, seulement en chiffres, la quantité des substances vénéneuses qu'ils prescrivent.

« Les pharmaciens, de leur côté, exécuteraient ces ordonnances irrégulières, au risque de compromettre également leur responsabilité.

« L'ordonnance de 1846, en imposant aux médecins l'obligation d'indiquer en toutes lettres la dose des substances vénéneuses entrant dans un médicament, a voulu prévenir les erreurs qui peuvent résulter du déplacement, par inadvertance, de la virgule dans l'indication en chiffres de fractions du gramme.

« Il importe beaucoup à la sécurité publique que cette sage prescription ne tombe pas en désuétude et que le médecin se conforme strictement aux obligations qui lui sont imposées.

« Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien rappeler aux médecins qui exercent dans votre département que toute ordonnance prescrivant l'emploi de substances véné-

neuses doit en indiquer la dose en toutes lettres. Vous aurez également à rappeler aux pharmaciens qu'ils ne doivent jamais exécuter une prescription médicale formulée en chiffres, quand elle exige l'emploi de substances vénéneuses.

« Vous voudrez bien, en outre, avertir ces praticiens de l'un et l'autre ordre que, s'ils ne tenaient aucun compte de ce rappel aux règlements, ils s'exposeraient aux pénalités édictées par la loi du 29 juillet 1845. »

Cette circulaire a été provoquée par l'empoisonnement du docteur Garrigou, auquel le pharmacien avait, dans une potion, mis 5 grammes au lieu de 5 gouttes des gouttes amères de Baumé.

M. Vallin fait remarquer avec juste raison que la formule portait 5 *gouttes* et non *cinq gouttes*, comme doit le faire toute formule de substance vénéneuse : *énoncer en toutes lettres la dose des substances vénéneuses*, comme le dit l'ordonnance de 1846 qui a force de loi. Le pharmacien pouvait donc refuser de l'exécuter.

C'est ce que rappelle cette circulaire. On ne saurait trop la signaler aux praticiens, médecins et pharmaciens, en leur montrant les erreurs que font commettre dans les formules, 0,006 pour six milligrammes ou 0,006 gramme pour la même indication.

Personnellement, nous n'échappons pas à la loi commune ; aussi tâchons-nous de ne jamais oublier l'ordonnance de 1846. Non seulement, comme dans les formules du journal, nous n'employons jamais d'abréviation ; les mots grammes, centigrammes, etc., sont toujours écrits ; mais toutes les fois qu'une formule contient une substance vénéneuse, elle est toujours écrite en chiffres et en toutes lettres ; exemple :

Acide arsénieux.....	0, 10 centigrammes. dix centigrammes.
Eau.....	500 grammes. cinq cents grammes.

De cette façon, selon nous, il n'y a pas d'erreur possible même du fait d'une cacographie invétérée. Nous enseignons toujours à nos élèves à écrire leurs formules ainsi. Cela n'est pas plus long, et cela est toujours sûr. Nous quittons le malade la conscience en repos.

La préfecture de police vient de remettre en vigueur et

faire afficher sur tous les murs l'ordonnance du 29 octobre 1846, en vertu de laquelle tout médecin exerçant dans le ressort de la préfecture doit, au cas où son ordonnance comporte l'emploi de substances vénéneuses, en indiquer la dose en toutes lettres. Il est interdit en même temps aux pharmaciens d'exécuter toute ordonnance qui ne serait pas rédigée conformément à cette prescription.

Un procès récent est résulté de ce droit du pharmacien de refuser l'exécution d'une ordonnance qu'il juge dangereuse, car, en encourant une responsabilité personnelle, il ne peut être contraint de distribuer des remèdes dont l'application ou les doses sembleraient mauvaises à son appréciation scientifique.

C'est ce que le Tribunal civil de la Seine vient de décider dans l'affaire suivante. En octobre 1880, le docteur B... était appelé par un cultivateur de Montreuil-sous-Bois, près de son enfant atteint de croup. L'ordonnance portée au pharmacien voisin Jeanmaire fut refusée, par la raison que le vomitif ordonné contenait une dose trop forte. Soumis à un second médecin, cet avis fut partagé, et, l'enfant ayant succombé, le père ne manqua pas, dans plusieurs conversations publiques, d'en attribuer la mort à l'intervention maladroite du premier docteur. De là poursuites de celui-ci contre le père, en lui reprochant ses propos, et contre le pharmacien pour refus d'exécuter son ordonnance, avec demande de 5 000 francs de dommages-intérêts.

Le tribunal : Attendu que les faits imputés par le demandeur à Rozier et à Jeanmaire, qui, d'après sa demande, seraient constitutifs d'un quasi-délit, ne sont pas établis quant à présent et que les faits par lui articulés et offerts en preuve ne sont ni pertinents ni admissibles;

Attendu que si l'obligation d'exécuter scrupuleusement les prescriptions médicales, sans pouvoir les changer ou modifier, s'impose aux pharmaciens comme une règle professionnelle, sauf à eux, s'ils croient à l'existence d'une erreur dans une ordonnance, à en référer immédiatement au médecin qui l'a délivrée, il ne s'ensuit pas que leur ministère soit en quelque sorte forcé;

Que décider le contraire serait placer les pharmaciens vis-à-vis des médecins dans un état de sujétion qu'aucune disposition de loi n'autorise;

Attendu qu'il est certain que le pharmacien s'expose à être personnellement recherché, non seulement au cas où il aurait mal exécuté, changé ou rectifié une prescription médicale, mais même au cas où il se serait scrupuleusement conformé à une ordonnance qui renfermerait une erreur évidente;

Qu'il y a lieu d'en conclure d'une manière générale qu'un pharmacien peut se refuser à exécuter une ordonnance qu'il considère comme dangereuse, s'il est constant qu'il n'a été déterminé que par des appréciations scientifiques, en vue de sauvegarder sa propre responsabilité et sans intention de nuire à autrui, etc.;

Par ces motifs, sans s'arrêter ni avoir égard à l'articulation proposée, déclare le demandeur mal fondé dans sa demande, l'en déboute et le condamne aux dépens.

Médecins auxiliaires de la marine. Par décret présidentiel du 16 septembre 1881, les candidats au service de santé de la marine qui possèdent le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe ne seront plus astreints à passer par le premier grade d'aide, comme ceux qui n'ont que deux années d'études. Ils seront admis à l'avenir et sans examen au grade de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe, en raison même de leur titre et des connaissances dont il est la garantie.

Syndicat médical. C'est sous ce nom que les médecins du Havre et de la banlieue se sont réunis en société confraternelle pour tous ceux qui veulent y adhérer, en s'engageant à se conformer aux règles de déontologie confraternelle déjà formulées par l'Association des médecins du Havre. Il est représenté par une commission de cinq membres formant la chambre syndicale chargée de veiller à tout ce qui se rattache à l'exercice de la profession médicale et aux intérêts de chacun de ses membres. Elle reçoit, conserve et classe tous les documents adressés par les membres et en décide l'impression et la publication. Elle est élue pour un an seulement et convoque les adhérents tous les deux mois; ils sont tenus d'assister à la séance sous peine d'amende. La cotisation annuelle pour parer aux frais est de 12 francs.

F

FIBROMES du poumon. Un enfant atteint depuis longtemps d'une affection chronique des voies respiratoires présentait un symptôme anormal. L'expectoration, très abondante, était jaunâtre, transparente comme l'albumine et se coagulait presque aussitôt émise à l'air libre. De là le nom de lymphorrhagie pulmonaire donné par Rindfleisch. La source en était dans un tissu fibreux assez épais, trouvé à l'autopsie entre les poumons et le thorax, qui soudait absolument le parenchyme aux parois. Il était traversé par une quantité de vaisseaux lymphatiques énormément dilatés. Le tissu pulmonaire était sain, mais son parenchyme était parsemé de nodosités plus ou moins volumineuses, d'une blancheur éclatante, de consistance assez ferme, composées uniquement de tissus fibreux mous, développés autour d'une bronche ou dans les nids lymphatiques. La lymphe s'était donc épanchée dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire comme au dehors. L'enfant était mort d'épuisement. (*Virchow archiv*, t. XXXI.)

Fibromes utérins. *Ponction exploratrice.* Cette addition pour assurer le diagnostic a été faite par le docteur Beauregard (du Havre), chez une femme de trente-sept ans, atteinte de fibrome utérin. Il fit une ponction sus-pubienne avec un trocart emporte-pièce analogue au harpon. Elle n'offre que peu de danger et mérite d'être recommandée dans toute tumeur abdominale. (*Soc. de chir.*, juin.)

Suppositoires d'ergotine. A l'exemple d'un médecin belge, l'emploi de l'ergotine en suppositoires contre les métrorrhagies qui surviennent dans les cas des fibromes utérins est recommandé par M. Dujardin-Beaumetz. Ces suppositoires sont composés de :

Ergotine.....	50 centigrammes.
Beurre de cacao.....	150 —

Ils renferment une dose d'ergotine environ cinq fois plus forte que celle de l'injection hypodermique classique. Deux

malades en ont été guéries, l'une après deux, l'autre après trois applications. Ils ne présentent pas d'ailleurs les dangers de l'injection d'ergotine en solution que l'on a cherché à pratiquer le plus près possible de l'utérus et dans le parenchyme même de ce viscère, ce qui parfois a déterminé des péritonites mortelles. En tout cas, si leur emploi s'accompagnait de douleurs, on pourrait diminuer la dose d'ergotine de chaque suppositoire et en multiplier le nombre.

Excision. Les différentes méthodes employées à cet effet ont été savamment appréciées, à propos d'un petit polype situé sur le col et donnant lieu à des hémorrhagies inquiétantes chez une femme enceinte. Excisé au moment de l'accouchement par M. Guéniot, ce petit fibrome présentait une telle vascularité que ce chirurgien s'applaudit d'avoir employé le serre-nœud des anciens, de préférence à l'anse métallique, à la chaîne de l'écraseur, et surtout à l'instrument tranchant, qui eût donné une hémorrhagie considérable.

Sans tenir compte de ce cas particulier, M. Léon Labbé met au-dessus de ces instruments, malgré leur valeur, l'anse galvano-caustique, qui, facile à placer, comme l'anse métallique, cautérise à mesure qu'elle divise et met à l'abri de toute hémorrhagie. Sa section parfaitement nette a cet avantage sur le fil métallique de ne pas tirer sur les tissus environnants en dépassant le point fixé pour la section et d'exposer par là à ces affreux désastres de perforation de l'utérus au voisinage du pédicule, comme il en est arrivé des exemples. En se servant de cette anse, il a pu morceler un volumineux polype chez une femme très étroite et l'extirper avec sécurité par morceaux dont il représente les débris.

Mais M. Verneuil donne la préférence à la chaîne de l'écraseur de Chassaignac, qui, à l'avantage d'être à la portée de tous les praticiens, avertit parfaitement la main de son action. Il n'en est pas de même de l'anse galvano-caustique, et si, par un effet de l'abaissement du fond de l'utérus, l'écraseur peut l'entamer accidentellement, l'anse galvanique ni métallique ne pourrait pas plus mettre à l'abri de ce malheur.

C'est aux ciseaux que M. Gosselin donne en général la

préférence dans les cas les plus ordinaires de polype moyen s'insérant au pourtour du col ou de son orifice interne. Sur cinquante-six excisions par ce procédé, il n'a eu qu'une seule hémorrhagie; elle n'est donc pas si redoutable qu'on le croit. Malgré la valeur des autres moyens d'exérèse, il emploie celui-ci comme plus sûr dans son exécution.

Tous ces procédés opératoires sont également bons, suivant M. Trélat, dans les applications que leurs auteurs en ont faites, car les polypes utérins se divisent essentiellement en ceux dont le pédicule est parfaitement appréciable au toucher et ceux où il ne l'est pas. De ce diagnostic préalable dépend le choix de l'instrumentation. Le bistouri et les ciseaux, comme les anses métallique et galvano-caustique et même l'écraseur, peuvent être indistinctement employés avec avantage par une main habile, sur les premiers. La difficulté est d'atteindre les seconds, que l'on est souvent obligé de morceler, comme l'a fait M. Labbé. C'est dans ces cas où le fond de l'utérus est inversé, se confondant avec le pédicule, qu'il peut être dangereux d'appliquer l'écraseur et la chaîne métallique.

C'est pourquoi M. Tillaux, à qui ce malheur est arrivé, a résolu de ne plus employer à l'avenir l'écraseur de Chassaignac, dans les cas surtout où le pédicule ne peut être sûrement délimité. Il donne la préférence, en pareil cas, à l'instrument tranchant, et, avec la précaution de ne pas chloroformiser ses opérées, il est averti, par l'absence de douleur, jusqu'au point où il peut aller. Les kystes ne sont pas douloureux, l'utérus l'est au contraire. C'est donc là un signe certain pour s'arrêter dans cette excision. (*Acad. de méd.*, octobre.)

On voit par là qu'il n'a pas fallu moins de l'intervention successive de ces maîtres à la tribune pour élucider et résoudre complètement, au point de vue pratique, cette opération si simple en apparence. Les praticiens trouveront sans doute, à cette relation sommaire, d'utiles enseignements.

Courants continus. Leur propriété atrophique dans la nutrition des organes et des tissus les a fait employer contre les tumeurs fibreuses de l'utérus par le docteur Pégoud, avec la pile de Daniell de neuf à dix éléments. Les applications en ont

été faites à l'hôpital de la Pitié dans le service et sous la direction de M. Gallard. Dans cinq cas de fibro-myomes, dont les observations sont relatées, l'électrode négative était mise en contact avec le col ou la cavité utérine, car c'est le pôle négatif qui est atrophique, comme les résultats cliniques l'ont démontré. Près de deux cents séances régulières d'une demi-heure ont été faites pendant huit mois, sans qu'aucun changement ait été produit dans le volume de ces tumeurs. Dans un cas et vers la fin du traitement, il en est même apparu une seconde. Les hémorrhagies n'ont été ni supprimées ni diminuées; au contraire, ces courants ont paru avoir plutôt une légère tendance à les provoquer ou à les reproduire. On ne doit donc pas y recourir contre ces fibromes.

De la valeur des courants continus dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus; thèse inaugurale, par le docteur Pégoud. Paris, juin 1881.

Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement; thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, 1880.

Excellente revue, parfaitement au courant de la science sur ce sujet et montrant bien l'exagération attribuée autrefois à la gravité réelle de ces polypes. Leur influence est beaucoup moins redoutable qu'on ne l'a cru et parfois nulle sur la stérilité, la grossesse et l'accouchement. Dans quelques cas même, ces fonctions de l'utérus contribuent à les faire disparaître, à les guérir par atrophie, comme des exemples authentiques en sont relatés. Il n'y a donc pas lieu de s'exagérer l'importance de leur présence, d'autant moins qu'elle passe souvent inaperçue. Leur fréquence est ainsi inconnue.

Fibrome de l'ovaire. Un exemple en a été constaté anatomiquement ou plutôt histologiquement par le professeur Gaillard Thomas, de New-York, qui, en l'excisant sur cet organe, l'avait pris pour un sarcome, à raison de son développement rapide. Un examen ultérieur de cette tumeur par le professeur Delafield a montré qu'elle se composait extérieurement d'un tissu dur et compact et beaucoup plus lâche et spongieux à l'intérieur. La structure en

était cependant essentiellement la même et constituée par du tissu connectif et des fibres musculaires lisses, comme les fibromes de l'utérus. C'était donc un myo-fibrome, et il est ainsi démontré que les tumeurs ovariennes peuvent contenir des fibres musculaires, comme des autorités l'admettent.

L'extrême rareté des fibromes de l'ovaire et le long pédicule de celui-ci pouvaient jeter quelques doutes sur son siège, sa nature et son diagnostic. De là le second examen qui en a été fait, et, l'utérus et l'ovaire ayant été découverts séparément lors de son excision, il s'agit donc authentiquement d'un fibrome ovarien. (*Boston med. and surg. journal*, n° 20.)

FIÈVRE TYPHOÏDE. Certaines circonstances peuvent en rendre la détermination du début fort difficile, malgré l'importance de cette donnée pour indiquer le cours et la durée de la maladie. Un cas intéressant à cet égard s'est produit dans la clinique du professeur Potain, chez un malade atteint d'un embarras gastrique fébrile. Pendant huit jours, cet état avait évolué et se jugeait, comme d'habitude, par l'éruption d'un groupe d'*herpès labialis*, lorsque des accidents plus graves se produisirent; des frissons, une épistaxis légère, de la diarrhée, une courbature violente, constituaient l'ensemble symptomatique que présentait ce malade, lorsqu'il entra à l'hôpital quatre jours plus tard. Il y avait en même temps de la stupeur et des vertiges qui ne laissaient aucun doute sur l'existence d'une fièvre typhoïde; mais il s'agissait bien là d'une fièvre typhoïde dans son premier septénaire et non d'une maladie ayant déjà duré douze jours. Il n'y avait pas encore de taches, et l'état général du malade indiquait bien la durée encore très courte de cette affection qui était venue très certainement se greffer sur un embarras gastrique à peu près guéri. Il y a là, comme on le voit, une question de diagnostic fort importante qui peut d'ailleurs se présenter dans d'autres circonstances, la fièvre typhoïde pouvant survenir aussi bien dans le cours d'une bronchite, d'une grippe, d'une pneumonie, ou même d'un état fébrile consécutif à un traumatisme. Le point de pratique important ici, c'est qu'il est impossible, à une période aussi peu avancée de la maladie, d'établir un pronostic sérieux sur sa gravité, alors que, si l'on

pensait être arrivé à une phase beaucoup plus avancée de l'affection, ce pronostic serait toujours considéré comme très bénin. Il est donc de la plus haute importance de se mettre en garde contre une semblable erreur. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

Transmission. On cherche déjà à en expliquer les divers modes par contagion directe ou à distance, c'est-à-dire par infection, à l'aide des micro-germes que l'on ne connaît pas encore. Admettant ici l'intermédiaire d'un élément figuré, analogue à la bactériodie du charbon et de la septicémie, on suppose gratuitement qu'il agit ou n'agit pas suivant que l'oxygène alimente ou tue ce microbe, selon qu'il est aérobie ou anaérobie et que l'influence d'un certain degré de température augmente ou annihile et détruit ses propriétés virulentes. Jugeant ces propriétés comme positives et démontrées, d'après les récentes expériences de M. Pasteur sur le choléra des poules et le charbon, on raisonne, *à priori*, comme s'il en était de même dans la fièvre typhoïde, et telle est la confiance, l'engouement de certains positivistes, que cette interprétation nouvelle est donnée comme la plus probable.

L'observation de cinq cas intérieurs faite par M. Arnould, à l'hôpital militaire de Lille, au commencement de 1881, a été l'occasion d'une discussion sur ce sujet à la Société centrale de médecine du Nord. La contagion directe et l'infection ont été exclusivement rapportées hypothétiquement à l'action différente de ces microbes subtils, comme si elle était positivement connue et démontrée, tandis que leur origine et leur rôle *chez les animaux* ne sont encore qu'une ingénieuse théorie et peut-être un trompe-l'œil de l'illustre panspermiste. (*Bull. méd. du Nord*, juillet.)

Diagnostic par les urines. Il a suffi à M. A. Robin du simple examen des urines de deux malades, âgés de quinze ans, pour faire justement le diagnostic différentiel de leur maladie. Celle du premier était trouble, à 1018 de densité, légère augmentation de l'urée, un peu d'albumine et beaucoup d'indican. Ce dernier étant le caractère principal dans la fièvre typhoïde, il diagnostiqua celle-ci, et la suite le confirma.

Chez 69 typhiques, il a constamment trouvé beaucoup d'indican dans l'urine. L'uro-hématine ne s'y rencontre presque jamais au début, à moins qu'elle ait un caractère franchement inflammatoire, par complication pulmonaire ou hémorrhagique.

L'autre cas était une méningite tuberculeuse dont l'urine était rouge, claire, à 1032 de densité, sans albumine ni indican, mais contenant beaucoup d'urée et d'uro-hématine. De là la distinction. (*Soc. de biologie*, 26 mars.)

Albuminurie. Tout est encore si obscur dans l'histoire clinique et anatomique des complications rénales de la fièvre typhoïde que l'on doit accueillir avec empressement la découverte récente de l'albumine rétractile et non rétractile de M. Bouchard. Ce symptôme n'aurait plus dès lors la gravité uniforme qu'on lui attribuait. Quand l'albumine obtenue n'est pas rétractile, l'albuminurie n'aurait d'autre importance clinique que de fournir une preuve nouvelle de l'adulteration profonde de l'organisme. (*Voy. ALBUMINURIE.*) Ce symptôme aurait au contraire une gravité considérable quand l'albumine obtenue est rétractile dès le début de la maladie, comme on l'observe dans quelques cas, ou lorsqu'elle le devient à un moment donné, au second ou au troisième septénaire. Au milieu du tableau clinique si confus de la fièvre typhoïde, il peut seul mettre parfois sur la voie d'une lésion rénale plus ou moins intense et démasquer une complication évidemment fort grave de la maladie.

Si les recherches ultérieures confirment l'exactitude de cette interprétation, déjà contestée par MM. Cazeneuve et Lépine (de Lyon), ce serait un nouveau signe précieux et d'une constatation facile, permettant aux cliniciens de suivre les manifestations rénales dès leur début, d'en observer l'allure symptomatique et déterminer l'influence qu'il exerce sur la marche de la pyrexie. (*Gaz. hebd.*, n° 21.)

C'est ce qu'a fait M. Renaut (de Lyon), dans un cas de néphrite et d'éclampsie typhoïde, en notant les caractères microscopiques des urines à albumine rétractile. Leur sédiment renferme toujours, d'après lui, des cylindres colloïdes, muqueux, épithéliaux, granuleux, et des cellules libres, provenant des tubes excréteurs du rein. Ces caractères d'une né-

phrite épithéliale superficielle et généralement éphémère ne constitueraient qu'un épiphénomène sans gravité, comme l'albuminurie non rétractile.

Néphrite. Un certain nombre d'albuminuries typhiques terminées par la mort, survenues dans le service de M. Bouchard, en a fait rechercher la nature. Des lésions remarquables ont été observées dans le rein, comme dans toutes les néphrites infectieuses : dégénérescence graisseuse des épithéliums gonflés et mal délimités, dont les résidus s'épanchent dans la lumière des tubuli sous forme de matière grenue. Une albuminurie très abondante en résulte, avec albumine rétractile, comme dans les cas ordinaires : d'où les accidents urémiques dont M. J. Renaut a publié le cas mortel précité sous le titre d'albuminurie typhoïde. Les altérations rénales étaient identiques aux précédentes. C'est une néphrite épithéliale, d'origine infectieuse, qui, comme toutes les néphrites albumineuses, peut déterminer des accidents urémiques graves venant subitement changer le pronostic de la fièvre typhoïde. En voici un exemple recueilli à l'hôpital Cochin par MM. Robert et Gaucher.

Un valet de chambre de trente-huit ans était alité depuis huit jours chez ses maîtres pour un embarras gastrique soi-disant prolongé. C'était une fièvre typhoïde reconnue par M. Bucquoy, qui le fait aussitôt transporter dans son service, le 5 décembre 1880 : taches bien nettes, un peu de céphalalgie, râles aux deux bases, symptômes abdominaux modérés; la température oscille entre 39 et 40° jusqu'au 10 décembre. Un amendement notable a lieu du vingt au vingt-deuxième jour de la maladie, et le malade demandait à manger, avec une température abaissée à 37°, lorsque, le 22 au soir, la température est à 38° et le malade accuse deux frissons dans l'après-midi.

C'étaient des attaques convulsives, avec des secousses cloniques généralisées très rapprochées, prédominant surtout dans les membres. Elles durent deux à trois minutes, avec écoulement d'un peu de salive sanglante à la fin. Demi-coma ensuite, avec respiration stertoreuse très fréquente; stupeur. Témoin de cette attaque, M. Bucquoy fait immédiatement examiner les urines. L'albumine s'y précipite en masse; aucun œdème. Vingt ventouses sèches sur la poitrine; un

grand bain tiède pour rappeler les fonctions de la peau, très sèche et flasque. Le 24, le malade est dans le coma, rétraction extrême du ventre, pouls très fréquent, faible, régulier; incontinence absolue des fèces et des urines. Un gramme de musc est donné dans une potion de Todd. Les urines contiennent 4 gr. 50 d'urée et 1 gramme d'albumine par litre; température à 38°. Le coma est absolu le 25; on considère le malade comme perdu. Deux injections d'éther sont faites le matin.

Détente évidente et marquée le 26; précipité albumineux moins abondant. Le pouls se relève sensiblement, et, sous l'influence du même traitement, le coma se dissipe le lendemain, et le malade semble sortir d'un rêve. Il redemande à manger le lendemain et guérit définitivement, malgré une récurrence. (*Revue de méd.*, mai.)

Elle est parenchymateuse, selon les recherches histologiques du professeur Renaut, de Lyon, et se caractérise par la dégénérescence granuleuse de l'épithélium strié des tubes contournés et des canaux intermédiaires à l'anse ascendante de Henle et aux rayons médullaires également pourvus d'épithélium à bâtonnets. La lésion centro-lobulaire est rapidement suivie de la mort sur place de l'épithélium; la lésion périlobulaire est un œdème rénal conduisant à la sclérose rapide dans les lobules où elle n'est pas tout à fait récente.

Telle est l'origine anatomique, appréciable au microscope, de l'albuminurie typhoïde. Elle se manifeste dans l'urine par des cylindres granuleux et colloïdes, vitreux, brillants et même une espèce de moules formés de cellules claires résultant de la desquamation des tubes de Bellini. (*Archiv. de physiol.*, janvier.)

Ces lésions histologiques sont d'ailleurs communes à l'albuminurie diphthérique, l'angine infectieuse, la fièvre puerpérale et toutes les maladies infectieuses, selon le professeur Bouchard. Voy. NÉPHRITE INFECTIEUSE.

Miliaire bactérienne. Les anciens admettaient les crises comme jugeant les fièvres graves surtout. Le plus souvent, elles s'opéraient par les urines ou les sueurs, et le rôle de ces deux grands émonctoires est si réel que les cliniciens positivistes actuels ne font que confirmer ces crises par une

observation microscopique. Les décharges bactériennes observées par le professeur Bouchard dans la fièvre typhoïde sont en réalité une de ces crises. Une éruption ecthymateuse des plus confluentes semble avoir rempli le même rôle dans un autre cas, d'autant plus sûrement que le liquide était rempli de bactériidies bacillaires. (*Revue de méd.*, août.)

Deux faits observés par M. Hanot sont encore plus concluants. Dans le premier, une éruption miliaire apparut au dix-huitième jour sur les membres, le ventre et le thorax. Constituée par de petites élevures rosées dont quelques-unes supportaient une vésicule transparente, elle dura seulement trois jours, en présentant en grand nombre des bactéries bacillaires nageant dans le liquide des vésicules. Aussitôt une amélioration sensible apparut, et la guérison eut lieu.

Dans le second cas, ce fut au contraire une éruption généralisée de pustules rougeâtres, légèrement acuminées, ne disparaissant pas sous le doigt et ressemblant à une éruption variolique au début. Le liquide contenu dans la pointe de ces pustules présentait également un grand nombre de bactéries bacillaires mobiles. L'amélioration suivit de même, et toute la différence fut que la crise, au lieu de se montrer au troisième septénaire, n'apparut que le second. (*Idem*, octobre.)

Voilà donc les crises critiques parfaitement expliquées et même figurées par des organismes parasitaires et microscopiques. Quels secrets n'arrivera-t-on pas à découvrir avec cette panspermie universelle qui explique les miasmes, les virus en les matérialisant? C'est tout le bénéfice de la nouvelle doctrine.

Gangrène de la vulve. Durant une épidémie spécialement grave qui a sévi à Nancy dans ces dernières années, — puisque, sur 66 femmes qui en ont été atteintes dans les hôpitaux, 47 ont succombé, — le docteur P. Spillmann relate, parmi les complications graves qu'il a observées, quatre cas de gangrène des organes génitaux, dont très peu d'auteurs font mention. Aussi bien est-elle une rare exception dans les cas simples et les plus ordinaires. Elle sévit seulement dans les cas graves avec adynamie profonde, comme dans les autres maladies infectieuses, et encore la plupart des femmes qui en furent atteintes y

étaient prédisposées soit par une grossesse ou des retards de menstruation, soit des excès vénériens, alcooliques ou des accidents syphilitiques. On comprend en effet que dans ces conditions la perte involontaire des urines en soit une cause déterminée par la congestion ou les érosions des parties génitales. C'est à ce point de vue surtout qu'une attention spéciale est nécessaire.

Le silence des auteurs ne paraît donc pas tant tenir à ce que cet accident passe inaperçu par la marche insidieuse du mal, comme le dit l'auteur, que de sa rareté même et son explication toute rationnelle. La preuve en est dans son apparition tardive, jamais avant le quinzième jour. De là les précautions hygiéniques à employer pour prévenir cette grave complication, chez les typhiques qui y paraissent prédisposées, par de fréquentes lotions locales antiseptiques, une grande propreté, la cautérisation des érosions ou ulcérations et l'application de ouate salicylée entre les lèvres. Des lavages stimulants et des poudres désinfectantes seront aussi utiles dans la forme adynamique. (*Archiv. de méd.*, février.)

Laryngite nécrosante. Sur trente-trois cas, M. Blaising a trouvé qu'elle s'était déclarée vingt-quatre fois pendant la convalescence (*Thèse de Nancy*, n° 106). Sur deux cas observés par le docteur P. Spillmann, l'une s'est déclarée au cinquième septénaire et l'autre six semaines après le début. C'est donc une complication de la convalescence.

De là l'importance de ne pas attendre la période asphyxique, résultant ordinairement de la nécrose des cartilages, pour pratiquer la trachéotomie. La guérison peut bien avoir lieu sans doute, comme M. Spillmann en relate un nouvel exemple; mais c'est en laissant toujours une sténose du larynx, obligeant à porter une canule à demeure indéfiniment. Sur 13 opérés guéris, cités par Dutheil, 7 l'étaient complètement et 6 avec persistance du tube laryngien. Un opéré guérissant ordinairement sur deux, le quart de la totalité des trachéotomisés dans ces conditions est donc réduit à cette infirmité par le rétrécissement indilatable du larynx. Un perfectionnement serait utile à ce sujet. (*Revue méd. de l'Est*, février.)

Faudra-t-il donc voir la cause de ces lésions, comme le

veut Eppinger, dans l'introduction directe des microbes? Il en a trouvé la muqueuse et les tissus sous-muqueux, les cartilages eux-mêmes, envahis dans ces lésions laryngées de la fièvre typhoïde. Ce serait là une exception à la règle générale, selon Klebs, car la localisation première semble se faire nettement dans l'intestin grêle.

Action hypothermique de l'acide phénique. La réserve exprimée l'année dernière, à propos des hautes doses employées *larga manu* par M. Desplats, en lavements, ne s'est que trop justifiée. D'après le contrôle qui en a été fait par M. Raymond sur les typhiques de l'hôpital Tenon, 1 gramme d'acide phénique par jour, dont deux lavements de 25 centigrammes chaque matin et soir et cinq pilules de 10 centigrammes dans la journée, a suffi pour abaisser la température de 2, 3 et 4°. Une sudation abondante s'établit en même temps sur toute la surface du corps; mais l'indépendance de ces deux phénomènes a été constatée par les injections d'atropine. Leur manifestation est d'ailleurs toute passagère et oblige à continuer le médicament.

La dose ayant été doublée après deux à trois jours, les signes d'un véritable empoisonnement apparurent avec température à 35°, torpeur, vomissements, frissons, convulsions, polyurie et mélanurie. Un malade eut une perforation du cœcum suivie de péritonite et de mort.

Il était prudent dès lors de se borner aux deux lavements, et l'acide phénique à l'intérieur fut remplacé par un gramme et demi de phénate de soude en potion. L'innocuité de ce sel suffit à combattre l'élimination bactérienne. Il y a donc loin de là aux 6 à 8 grammes de M. Desplats.

Cette médication, en atténuant toujours et à volonté l'hyperthermie, sans modifier l'évolution de la fièvre, est donc une fructueuse pratique qui peut en abrégier la durée. Quel que soit son mode d'action local ou général, il ne peut être dangereux à cette faible dose. Mais il serait peut-être encore préférable de recourir simplement au refroidissement externe par des lotions acidulées et des demi-lavements froids. On soulage ainsi sûrement les malades, sans danger de leur nuire; que l'acide phénique agisse sur le système nerveux ou la circulation, il peut, dans certains cas du moins, dépasser le but. (*Soc. de biologie.*)

Les résultats obtenus par M. Claudot, médecin-major, dans ses expérimentations sur 43 typhiques, ont confirmé la prudence à observer dans l'administration de ce médicament. Sa méthode consistait à faire donner, du neuvième au douzième jour de la maladie et jusqu'à la défervescence, deux lavements contenant 1 gramme à 1 gr. 50 d'acide phénique dans 150 d'eau à 20°, l'un à huit heures du matin, l'autre à quatre heures du soir. Il n'a eu ainsi qu'une mortalité de 11,6 0/0 au lieu de la moyenne ordinaire de 18. Mais les abaissements considérables de température, le collapsus et d'autres effets généraux en résultant, indiquent bien l'extrême réserve à garder. 50 centigrammes par lavement, dit M. Van Oye dans sa thèse, suffisent dans tous les cas au début ; un gramme d'emblée a produit, chez certains sujets d'une susceptibilité spéciale, une dépression thermique à 34° 5. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

Expérimenté par M. Huchard à l'hôpital Tenon, à la dose de 50 à 75 centigrammes par lavement de 120 grammes, il n'a que diminué la température sans supprimer la fièvre, qui reparait deux à trois heures après son administration. Il n'a donc aucune action directe sur la maladie, pas plus que l'acide salicylique dans le rhumatisme ; il n'en ralentit que l'hyperpyrexie, comme l'autre combat efficacement la douleur. Il peut être un agent précieux dans certains cas contre ce symptôme ; mais le refroidissement par les lotions et les lavements, sinon les bains d'eau froide, peuvent donner des résultats identiques, sans faire encourir les mêmes dangers.

Le docteur Pécholier réclame formellement la priorité de ces applications *antizymasiques* pour les avoir faites dès 1868 à Montpellier, avec la créosote, notamment en voyant quelques atomes de cette substance ou l'acide phénique prévenir la fermentation de tout liquide fermentescible, comme l'urine dans le laboratoire de chimie du professeur Béchamp. (*Voy. année 1869.*) Et la preuve que la fièvre typhoïde est bien pour lui une fermentation du sang et des tissus provoquée par un ferment spécial, la *zymase*, c'est qu'elle s'accompagne d'une production de chaleur, comme toutes les fermentations. C'est donc en la suspendant que ces agents déterminent l'abaissement de la température, comme la quinine et l'acide salicylique.

Aussi n'y a-t-il aucune contradiction pour lui entre ces agents et l'hydrothérapie, car ces remèdes se combinent et s'aident à merveille. C'est en soumettant ces typhisés aux affusions d'eau froide avec les antizymasiques à très faible dose, en réservant spécialement le sulfate de quinine pour les cas d'exaspération vespérine tranchée, qu'il est parvenu à ne voir mourir ses malades que très rarement. (*Bull. de therap.*, 15 septembre.)

Résorcine. Ce nouveau désinfectant des selles typhiques, expérimenté par M. C. Paul, lui a donné des résultats supérieurs aux sulfites et aux hyposulfites de soude employés comparativement. Une solution au millième, donnée en lavement, est absolument sans odeur. Elle diminue les selles et leur enlève toute odeur. Ce n'est donc pas en leur substituant la sienne, comme beaucoup d'autres désinfectants. Mais elle ne diminue pas l'odeur de la sécrétion morbide du cancer de l'utérus. (*Soc. de therap.*, juillet.)

Transfusion du sang. Elle a été tentée avec succès par le docteur Gibert avec d'autant plus d'éclat que le sujet était le maire du Havre. Une hémorrhagie intestinale de 1500 grammes de sang coagulé, survenue au trente-neuvième jour sans phénomènes spéciaux et déterminant tous les signes de l'agonie, en fut l'indication. Après l'injection de 25 à 30 grammes de sang, une seconde de 90 grammes faite le lendemain amena une amélioration soudaine et durable, d'où résulta la guérison. (*Acad. de méd.*) Voy. TRANSFUSION.

De la fièvre typhoïde chez les gens âgés; thèse inaugurale par le docteur Josias. In-8° de 58 pages, Paris. La prétendue immunité des vieillards à la fièvre typhoïde dépendrait de ce fait que beaucoup l'ont eue avant quarante-cinq ans, et l'auteur montre, en effet, qu'elle est plus fréquente qu'on ne l'admet jusqu'à cette dernière période, surtout comparativement aux jeunes gens. Son caractère anormal et la difficulté du diagnostic, autant que sa gravité, seraient des raisons pour la faire méconnaître. Chez les personnes âgées, le début de la fièvre typhoïde est insidieux, les prodromes persistent longtemps et se caractérisent par une courbature générale, une lassitude énervante. La céphalalgie manque

le plus souvent ou est légère; les épistaxis sont rares, ainsi que les bourdonnements d'oreilles et les troubles de la vision; la fièvre initiale est peu intense. Les phénomènes du côté du tube digestif sont aussi peu marqués, et les taches rosées manquent fréquemment; quant à la température, elle reste le plus souvent peu élevée pendant tout le cours de la maladie. Ce qui appartient en propre à la maladie des gens âgés, c'est l'adynamie qui domine toute cette symptomatologie, depuis l'abattement, l'affaiblissement, l'épuisement du début, jusqu'à l'amaigrissement et au véritable collapsus de la période ultime. Cette adynamie est persistante et ne se trouve nullement en rapport avec l'état des organes viscéraux, car ceux-ci ont été trouvés généralement peu altérés. Chez tous les malades observés par M. Josias, les phénomènes qui frappaient surtout l'attention consistaient précisément en lassitude, en affaïssissement, en prostration. Puis à partir de ce moment, et sans qu'aucune complication puisse expliquer ce phénomène, la maigreur et la faiblesse du malade s'accroissent tous les jours, et celui-ci mourait naturellement, sans secousse. Aussi le pronostic grave chez les gens âgés est-il d'autant plus sombre que l'âge est plus avancé. Quelle que soit la terminaison, elle est le plus souvent tardive. Lorsqu'elle est favorable, la convalescence se montre traînante, lente; lorsqu'elle est funeste, au contraire, la maladie dégénère en un état de collapsus véritablement désespérant.

FONGUS SYPHILITIQUE. Deux variétés en sont distinguées par le docteur P. Reclus : ou bien tout ou partie du testicule entouré de sa membrane albuginée s'échappe par l'orifice ulcéré, ou bien la glande reste dans ses enveloppes et il ne s'échappe qu'un dépôt caséeux ramolli; puis des travées fibreuses du testicule ou de la membrane d'enkystement de la gomme s'élèvent sous forme exubérante, en étranglant l'orifice cutané, pour s'étaler comme un champignon sur le scrotum. La première forme constitue le fongus superficiel; la seconde, le fongus profond.

Fongus superficiel. Un cocher de vingt-sept ans, syphilitique depuis quatre ans, voit son testicule droit se tuméfier au mois d'avril 1880 et le gauche trois mois après. Des

frictions mercurielles amènent une guérison apparente, et le traitement cesse; mais, six mois après, le gonflement reparaît, avec douleur, inflammation et ulcération. Un énorme sarcocèle scléro-gommeux droit se montre à l'examen, enveloppé de tuniques intactes. La glande est envahie à gauche dans sa totalité. Une gomme superficielle de l'albuginée s'est ramollie, et la peau adhérente s'est ulcérée en trois points, d'où s'écoule une matière puriforme. La peau intermédiaire violacée se gangrène, et le testicule est mis à nu.

L'amélioration provoquée par le traitement ioduré rend le testicule droit plus souple, et le gauche diminue de volume. L'orifice du scrotum, de mobile autour du pédicule, finit par adhérer aux tissus. Ses bords granuleux et ses bourgeons charnus, en se continuant avec ceux du testicule, forment une membrane végétante dont la surface diminue, se rétracte, en attirant les enveloppes scrotales. La glande s'entoure ainsi progressivement de nouveau, et, trois mois après, il ne reste plus, comme vestiges de sa hernie et de cette végétation, qu'une cicatrice de la peau et une adhérence de sa face profonde avec le testicule.

Telle est la forme extrême du fungus superficiel. C'est le testicule tuberculeux de quelques auteurs, lorsqu'il n'y a pas hernie. La gomme de l'albuginée s'élimine alors par une petite ulcération, d'où s'élèvent quelques bourgeons charnus s'épanouissant sur les téguments. La glande n'est pas ouverte et les lésions sont toutes superficielles.

Fongus profond ou parenchymateux. Il naît dans l'épaisseur même de la glande; l'albuginée est ouverte avec les enveloppes scrotales, livrant passage aux bourgeons qui s'épanouissent à l'extérieur, comme en voici un exemple :

Un plombier, ayant eu une première poussée d'orchite syphilitique en 1871, voit en 1875 rougir la peau du scrotum, adhérente aux parties profondes; un abcès proémine et donne issue à une matière puriforme très abondante. Bientôt apparaît par l'orifice une petite tumeur comme une grosse noix, retenue par un pédicule qui s'épanouit sur les téguments en une masse irrégulière, tomenteuse, rougeâtre, sauf en certains points grisâtre et comme sphacélée.

Le traitement est institué, et, dès le cinquième jour, le

scrotum, œdémateux jusque-là, est moins rouge, plus souple et permet d'explorer plus facilement les vestiges de la glande. Le fungus se transforme en une masse qui se ratatine progressivement ; il s'affaisse sous l'action de l'iodure de potassium ; ses bourgeons se transforment en une membrane granuleuse de niveau avec les téguments, et l'on ne sent plus dès lors, dans la vaginale, qu'un petit moignon de la grosseur d'un pois et adhérent à la cicatrice. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 32.)

Telles sont les différences principales de ces deux variétés du fungus syphilitique. Il serait superflu d'en indiquer quelques complications secondaires et nullement caractéristiques. La gravité du fungus profond doit seule attirer l'attention par la fonte même de la glande et déterminer l'emploi hâtif du traitement spécifique qui est le même dans les deux cas.

FRACTURES. *Excision du cal.* Sans être rare pour remédier à la compression des nerfs et des vaisseaux des membres, cette opération est remarquable en s'appliquant à une consolidation vicieuse d'une fracture de la clavicule, pour laquelle elle paraît n'avoir jamais été faite. Cette fracture siégeait à la clavicule gauche, dans sa plus grande convexité, comme d'habitude, avec chevauchement complet des fragments chez un homme de quarante-deux ans entré à l'hôpital Tenon le 1^{er} janvier dernier, dans le service de M. Delens. La coexistence de deux côtes fracturées rendit difficile et imparfaite l'application d'un appareil contentif sur la clavicule, et, sans que l'on aperçût rien de particulier dans la consolidation, ce blessé partait en convalescence à Vincennes un mois après.

Le 19 mars, il rentrait à l'hôpital, ne pouvant se servir de son bras gauche qui s'affaiblissait tous les jours. Un cal volumineux, de 5 centimètres d'épaisseur, d'avant en arrière, dur, solide, réunissait les deux fragments, l'externe en avant. Tous les muscles du membre correspondant ont subi une atrophie appréciable avec coloration violacée des téguments et fourmillements des doigts, avec incapacité complète sans paralysie. Le pouls est même affaibli par une compression manifeste.

Le 25 mars, une incision de 8 centimètres est pratiquée à

la partie moyenne et supérieure de la clavicule, avec division du périoste épaissi. Il est décollé facilement sur le cal, dont la saillie est surtout en bas et en arrière, soulevé avec un davier, et un fragment de 10 millimètres environ, saisi entre les mors, est excisé avec l'anse d'une scie à chaîne. La gouge et le maillet servent ensuite à en réséquer un centimètre environ par petits fragments, en le nivelant et l'égalisant avec une rugine. Le périoste est rapproché ensuite sans aucune complication, et les battements de l'artère radiale reprennent aussitôt leur amplitude.

Malgré l'emploi du nuage phéniqué durant toute l'opération et le pansement phéniqué consécutif, la plaie suppurée; mais le bourgeonnement se fit rapidement, et ce n'est qu'au commencement de mai que l'opéré est de nouveau envoyé en convalescence à Vincennes, alors que la force de la main, les mouvements du bras et l'accroissement des muscles augmentaient lentement. Le 9 juin, la guérison était complète et cet homme reprenait son travail.

Le succès complet de cette opération, peut-être unique pour un cas semblable, a conduit l'auteur à faire une revue complète de la chirurgie à cet égard, en montrant la rareté des accidents de ce genre à la suite des fractures de la clavicule. Les fragments en ont été réséqués parfois pour saillie ou pseudarthrose, jamais pour accidents de compression du cal. (*Archiv. de médecine*, août.)

Fractures indirectes du crâne. On ne les admet plus guère, d'après M. Duplay. Un exemple, présenté avec pièces à l'appui devant la Société anatomique par M. Tuffier, a donc son intérêt pour en démontrer le mécanisme. Sous l'influence du choc, dit M. Terrier, la boîte crânienne ne cède pas nécessairement juste au point frappé, quelquefois un peu plus loin, les conditions de résistance du crâne ne pouvant être assimilées à celles qu'offrirait une sphère creuse dont les parois seraient également élastiques et résistantes.

A l'autopsie d'un homme de trente ans, s'étant donné volontairement la mort d'un coup de revolver dans la tête et qui, frappé debout, tomba violemment de toute sa hauteur sur le dos sitôt le coup porté, en succombant avant son arrivée à l'hôpital, on trouva le crâne perforé à droite, dans la région temporale, d'un petit trajet circulaire de 7 milli-

mètres de diamètre environ, orifice d'entrée du projectile. Dans la région pariétale gauche, sur une ligne droite passant par l'orifice d'entrée précédent et dirigée de droite à gauche et légèrement de bas en haut et d'avant en arrière, existe un second orifice, orifice de sortie, deux fois plus grand que le premier, circonscrit par de petites esquilles osseuses rebroussées en dehors.

D'aucun point de ces deux orifices, on ne peut voir partir un trait de fracture, et cependant la calotte crânienne présente des solutions de continuité.

En avant, trois traits de fracture s'irradient de la bosse frontale gauche comme centre. L'un s'étend en arrière jusqu'au milieu du pariétal gauche, où il s'arrête, après avoir traversé la suture fronto-pariétale. Les deux autres descendent obliquement en dehors sur les deux arcades sourcilières, qu'elles traversent, pour se prolonger sur les lames criblées de l'ethmoïde et de la paroi supérieure de l'orbite et séparer ainsi tout un fragment du frontal, fragment triangulaire, à sommet supérieur et s'arrêtant en bas à l'étage moyen.

En arrière existe une longue ligne circulaire passant au-dessus de la protubérance occipitale, mais n'allant pas jusqu'à l'orifice d'entrée. Si donc celle-ci peut être regardée comme indépendante des orifices d'entrée et de sortie, elle serait directement produite par la chute sur la nuque, tandis que la fracture multiple de l'étage supérieur serait seule indirecte. (*Progrès méd.*, août.)

Fracture de la colonne vertébrale. *Appareil de Sayre.* Un jeune homme tombant de vingt pieds de haut se fractura la dixième vertèbre dorsale jusqu'à la seconde lombaire, avec saillie et mobilité. Vingt-quatre heures après, il fut placé sur une table pliante par M. Berkeley Hill, qui, en la relevant, lui appliqua un corset plâtré, en suspendant le blessé par la tête et les épaules. Sauf la paralysie des extrémités inférieures pendant trente-six heures et une extrême hyperesthésie du dos des pieds, toutes les souffrances du blessé se calmèrent. Le corset fut enlevé sept semaines après, et, cent jours après l'accident, ce garçon pouvait marcher sans que l'épine donnât aucun signe de lésion ni de déplacement. (*Clinical Soc.*, 11 mars.)

Fractures des vertèbres. Cuirasse plâtrée. C'est dans les fractures anciennes que Küster (de Berlin) a essayé ce nouveau moyen. Cinq semaines après un accident de montagne ayant déterminé la fracture de la première vertèbre lombaire avec fracture transversale du sternum, déchirure du poumon suivie d'hémoptysie, on suspendit le blessé pour l'appliquer, comme le corset de Sayre. La station verticale, qui était impossible, fut bientôt remplacée par le pouvoir de marcher droit et sans douleur. Malheureusement une pneumonie survint, qui obligea d'enlever l'appareil.

Appliquée quinze semaines après une fracture des onzième et douzième vertèbres thoraciques, chez un maçon de vingt-sept ans, cette cuirasse ne donna aucun résultat.

Chez un matelot de dix-sept ans dont la cyphoscoliose lombaire, à la suite d'une chute d'un mât, ne permettait au blessé de marcher que fortement incliné à gauche, de manière que l'axe vertical du tronc était devenu horizontal, l'extension énergique par suspension et la cuirasse plâtrée lui permirent de marcher droit et se tenir debout.

Un meunier de dix-huit ans, après une chute sur la tête, présente, un an après, une paralysie progressive des quatre membres, avec gibbosité au milieu du cou. Après anesthésie, l'extension et la contre-extension, répétées deux fois, permettaient au malade, le 26 mars dernier, de se lever avec diminution notable de la gibbosité. La paralysie de la vessie avait disparu.

Il semblerait dès lors que la cuirasse ne serait applicable qu'aux fractures anciennes des vertèbres dorsales et lombaires. Mais Langenbeck, König, Bardleben n'ont que peu de confiance, après l'avoir employée également, et Bush seul en a obtenu de bons résultats cinq à six mois après la fracture. (*Congrès des chir. allemands.*)

Fractures de l'avant-bras. La perte plus ou moins complète des mouvements de supination, après la consolidation, serait un accident assez fréquent de cette fracture, suivant M. Ramonet, par suite de la rétraction de la membrane inter-osseuse. Celle-ci aurait pour cause l'attraction musculaire des fragments mal coaptés, qui rapproche les deux os, en relâchant la membrane qui les unit. L'immobilisation du

membre en demi-pronation ne peut ainsi qu'en faciliter la rétraction.

Après une fracture de l'humérus droit, traitée pendant quarante jours par un appareil inamovible dextriné, l'avant-bras étant en demi-pronation, la blessée ne pouvait longtemps après imprimer à l'avant-bras des mouvements de supination. Ce n'est donc pas en demi-pronation que doit être placé l'avant-bras, mais en supination, suivant les préceptes de Malgaigne, comme étant la position propre à maintenir l'intégrité de l'espace inter-osseux par la tension que la membrane subit dans cette situation. Dans l'impossibilité de la maintenir longtemps, on peut adopter la demi-pronation, en imprimant des mouvements de mobilisation dès que le travail de consolidation est assez avancé, soit le quinzième jour. C'est au défaut de mouvement de l'avant-bras fracturé jusqu'à parfaite consolidation qu'est due l'impossibilité de la supination consécutive. (*Archiv. de méd.*, août.)

G

GASTROSTOMIE. Elle a été exécutée dans deux cas très différents par M. Bryant, à *Guy's Hospital*; aussi les résultats en ont-ils été contraires. Il s'agit, dans le premier, d'une fille de vingt-deux ans qui avala un demi-verre d'acide sulfurique pour s'empoisonner : d'où résulta un rétrécissement de l'œsophage l'empêchant absolument d'avaler. Ne pouvant plus avaler que des liquides et mettant une heure à prendre une demi-pinte de lait, elle entra à l'hôpital le 15 juillet 1880, six mois environ après son aventure. L'estomac fut ouvert selon la méthode de M. Verneuil, et l'opérée put être ensuite si bien nourrie avec des aliments azotés réduits en pulpe que, trois mois après, elle avait augmenté de 18 livres, soit 4 livre 1/2 par semaine. Elle jouissait encore d'une santé parfaite le huitième mois et s'alimentait indifféremment dans la position debout ou assise. C'est donc là un succès à ajouter à ceux déjà relatés. (*Voy. années 1876, 1879.*)

Le rétrécissement de l'œsophage était produit par un cancer chez un laboureur de soixante et un ans, entré à

l'hôpital le 25 février 1880. Une bougie ne pouvant passer, la gastrostomie fut pratiquée le 11 mars, comme dans le cas précédent. L'opéré est nourri graduellement jusqu'au 27 mars avec du lait et des œufs, et son poids, de 98 livres, s'élève jusqu'à 103 le 21 avril. Mais il s'affaiblit ensuite graduellement et succomba le 10 mai par l'extension de la dégénérescence cancéreuse aux poumons, à la trachée, au foie et aux ganglions lymphatiques. (*Lancet*, 9 avril, et *Archiv. de méd.*, juillet.)

Ainsi rapprochés, ces deux faits ont un enseignement pratique : autant cette opération est utile dans le premier cas et semble indiquée aujourd'hui sans hésiter par les succès obtenus, autant elle est fatalement suivie d'insuccès dans le second. Il n'y a donc lieu de l'entreprendre que sur la demande du malade, pour ne pas le laisser mourir de faim et prolonger sa vie de quelques jours, si la cachexie n'est pas trop avancée.

L'opportunité de cette grave opération est revenue à l'ordre du jour en Angleterre, où elle est peut-être le plus fréquemment pratiquée, en vertu même du principe chirurgical qui y règne : A défaut de pouvoir enlever l'obstacle, il faut le surmonter. La côlotomie est ainsi pratiquée, de préférence à l'extirpation, contre le cancer du rectum, et c'est en vertu du même précepte que la gastrostomie a été exécutée en 1858 pour la première fois. On en comptait 12 cas en 1872, et M. Durham, qui l'a surtout vulgarisée, en évalue le nombre aujourd'hui de 60 à 70 exemples. La chirurgie française n'en compterait pas assurément un si grand nombre.

La substitution de l'œsophagotomie, proposée par M. Reeves, a dès lors soulevé de nombreuses objections, car elle n'est praticable que dans les cas où le cancer est limité à la partie supérieure de l'œsophage, et il est difficile de déterminer sa localisation exacte. Dans la moitié des cas au moins, selon M. Lister, il s'étend au-dessous de ce siège. Sur cinq cancers de l'œsophage, M. Golding Bird, ayant pratiqué quatre gastrotomies trouva, après la mort, survenue pendant l'opération par hémorrhagie œsophagienne dans un cas et par péritonite consécutive quelques heures après dans un autre, que le mal s'étendait jusqu'au thorax. L'œsophagotomie eût donc été inutile, tandis

qu'elle a amené une survie de cinq mois chez un homme de soixante-deux ans. La dysphagie n'existait que depuis deux mois. D'où la conclusion qu'en ouvrant l'estomac de bonne heure avant l'extension du cancer, provoquée soit par l'irritation du cathétérisme, soit par le passage souvent forcé des aliments, on aurait plus de chances de prolonger la vie en arrêtant ou en ralentissant les progrès du mal par l'absence même d'irritation ou de violences continues.

Reste le danger de la péritonite. Mais on l'évite si souvent aujourd'hui dans la chirurgie abdominale sous le *spray* qu'elle n'est plus qu'une rare exception, et, avec la modification opératoire proposée par M. Howse de faire adhérer l'estomac à la paroi abdominale avant de l'ouvrir, on espère l'éviter encore plus sûrement.

Quant au cathétérisme comme moyen d'alimentation des malades, invoqué par M. Durham comme le plus simple et le moins dangereux, il est si souvent impossible, à moins de l'employer de bonne heure en laissant la sonde à demeure, selon la nouvelle méthode de M. Krishaber, que l'on ne peut y compter dans la plupart des cas. (*Clinical Society*, 4 et 11 novembre, et *Lancet*, nos 30 et 31.)

Tels sont les principaux arguments invoqués aujourd'hui en Angleterre pour justifier cette opération, qui donne actuellement à peine quelques jours de survie dans la plupart des cas. Son avenir ne repose donc que sur de vagues espérances. Voy. RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE ET DU RECTUM.

Une nouvelle gastrostomie a été pratiquée le 15 septembre 1880, d'après *Lo sperimentale*, pour l'extraction d'une fourchette dans l'estomac, par le docteur L. Fleury, à Montevideo, chez un cuisinier qui l'avait avalée involontairement deux jours auparavant. Elle se trouva placée obliquement de droite à gauche, le manche tourné vers le pylore. L'opéré quittait l'hôpital le 2 octobre suivant, complètement guéri.

GOITRE. *Suppuration spontanée.* Cette rare terminaison a été observée par le professeur Jaccoud sur un garçon de vingt-deux ans, entré dans son service pour une fièvre typhoïde. Le cours en avait été simple et bénin, et la température était revenue à l'état normal, lorsque de la rougeur

se montra sur un goitre dur et volumineux, survenu à la suite d'un séjour de quatre mois dans un pays de goitreux. La rougeur et le gonflement augmentèrent; sa consistance diminua, et la fluctuation devint bientôt évidente. Une incision pratiquée le septième jour donna issue à un pus abondant, et des injections phéniquées furent faites chaque jour à l'intérieur au moyen d'un drain. La tumeur diminua graduellement, et il ne resta que deux à trois nodules sur les côtés du larynx.

Iodoforme. Ce succédané de l'iode a été essayé par M. Boéchat sous les trois formes principales d'absorption. Un glycérolé a été appliqué topiquement sur des goitres anciens et recouvert d'une couche de collodion, sans aucun résultat. Dans les goitres récents, au contraire, de consistance molle, la tumeur a diminué plus rapidement qu'avec l'iode et l'iodure de potassium. L'odeur est l'inconvénient grave de ce mode d'application.

En pilules de un centigramme jusqu'à dix par jour, aucun effet apparent n'en est résulté chez deux anciens goitreux.

En injections interstitielles d'une solution saturée d'iodoforme dans l'éther, l'effet a été trop intense. La moitié d'une seringue de Pravaz, injectée pendant quinze jours à un malade goitreux depuis son enfance, produisit une réaction inflammatoire si intense qu'il fallut les cesser; mais la tumeur avait très notablement diminué. Deux injections suffirent dans un autre cas pour amener l'amélioration d'un goitre ancien. Elles déterminèrent la suppuration dans un autre cas, sans amélioration.

D'après ces premiers essais, ce moyen ne doit donc être employé qu'avec réserve et à faible dose. (*Correspondenz Blatt*, 1880.)

Thyroidectomie. L'excision de la thyroïde se répand de plus en plus en France parmi les jeunes chirurgiens, surtout à la faveur de la méthode antiseptique qui paraît devoir en prévenir les accidents et les complications. Elle s'étend même au goitre exophthalmique, dont M. Tillaux a fait déjà deux applications. Voici les règles de cette opération :

Au lieu d'une seule incision verticale sur la ligne médiane, il en fait deux ou trois, la première sur le côté droit

du cou, parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Une seconde, dirigée horizontalement, forme un L avec la première. Elles peuvent suffire à découvrir la tumeur si elle est petite; mais une troisième incision verticale sur le côté gauche et semblable à la première est indispensable quand le goitre est très volumineux. On obtient ainsi un vaste lambeau qui, relevé sur le menton, convient le mieux à cette opération.

La première difficulté est de distinguer ensuite l'enveloppe du corps thyroïde, car on s'égare facilement dans la couche musculaire. Des quatre artères thyroïdiennes à ménager, les deux inférieures, profondes et très volumineuses, doivent être les premières à s'assurer. C'est donc en bas qu'il faut d'abord bien découvrir l'enveloppe fibreuse, et, en la dégageant à droite, on peut pincer et lier l'artère de ce côté et procéder de même à gauche ensuite. Il n'y a plus qu'à détacher la tumeur, en divisant ou énucléant les adhérences qu'elle peut avoir en dessous. On fait la suture ensuite, puis un tube est placé à la partie inférieure pour l'écoulement des liquides. (*Soc. de chir.*)

Un goitre colloïde, gros comme la moitié du poing, a été enlevé avec le corps thyroïde, entièrement adhérent et transformé en tissu lardacé, le 11 septembre 1880, chez une femme de vingt-cinq ans, née en Savoie. Il avait débuté à onze ans, en prenant son plus grand développement de quinze à dix-sept. Les caustiques ni le drainage n'avaient produit aucune amélioration. La dyspnée et la dysphagie allaient en augmentant avec suffocation. L'opération, faite par le docteur G. Richelot, a consisté à rechercher le pédicule vasculaire, en disséquant et énucléant alternativement à droite et à gauche et de haut en bas pendant deux heures consécutives, avec une dizaine de ligatures successives. Le pansement phéniqué, avec changement des ligatures, a duré trois quarts d'heure.

La réunion de la plaie transversale allant d'une carotide à l'autre s'est néanmoins opérée immédiatement dans toute cette étendue, sauf les trois points où de petits drains avaient été placés pour l'écoulement des liquides. Il n'y eut ni fièvre ni aucune complication, et la cicatrisation était complète dès la cinquième semaine. Mais, si la vie est sauvée, une aphonie complète et persistante en est la conséquence.

Un goitre du volume des deux poings, et qui envoyait un prolongement sous la clavicule, a été enlevé ainsi par M. Terrillon, en faisant deux incisions latérales se rejoignant en V à la partie inférieure, ce qui permit de relever le lambeau; trente-deux ligatures faites avec la soie phéniquée furent indispensables. La tête avait été préalablement immobilisée sur une double attelle métallique en T. Une petite fistule séreuse, succédant à l'élimination de deux nœuds de soie, fut la seule complication, et l'opérée guérit parfaitement.

Dans un cas semblable, M. Monod a procédé de même par deux incisions en équerre, à cause d'un prolongement inférieur de la tumeur. La méthode listérienne fut suivie rigoureusement, et il n'y eut aucune complication. Le dernier drain fut enlevé le dixième jour. (*Soc. de chirurgie*, novembre 1880.)

A l'hôpital cantonal de Genève, deux thyroïdectomies ont été faites avec succès, au mois de mars dernier, par MM. Julliard et Reverdin, et, sur 13 cas opérés par ce dernier et 4 par son fils, le docteur A. Reverdin, il n'y a eu que trois morts. Des 14 succès, 12 guérissent par première intention, parfois avec une petite fistule persistante pendant quelque temps. (*Lancet*, 11 juin.)

Deux autres opérations semblables ont été faites à Salonique, par le docteur Lebovicz, la première pour un sarcome kystique gros comme une tête d'homme et gênant considérablement la respiration et la déglutition, chez une femme de quarante-deux ans. Il avait commencé, à vingt-cinq ans, par une petite glande à l'angle de la mâchoire droite. Le 21 novembre 1880, la malade étant agonisante, une incision de 20 centimètres fut pratiquée sous le nuage phéniqué sur la partie convexe de la tumeur, qui s'étendait de l'apophyse mastoïde droite jusqu'au milieu du sternum en avant. Le muscle cléido-mastoïdien qui la recouvrait dut être coupé, et l'ouverture du kyste donna plus de 300 grammes de pus. Le kyste fut ensuite excisé et la plaie fut réunie par huit points de suture, avec drain à la partie inférieure. Grâce au pansement phéniqué, il n'y eut que peu de réaction après ce vaste traumatisme. La cicatrisation était complète un mois après.

L'extirpation d'un enchondrome presque aussi volumineux

dont l'origine remontait à la vingtième année, chez un tailleur arménien de quarante-six ans, n'eut pas un résultat aussi heureux. L'opéré, qui allait bien, succomba tout à coup le sixième jour, sans que l'autopsie ait pu en révéler la cause. (*Gaz. hebd.* n° 46.)

Goitre kystique. La préparation anatomique d'un goitre kystique volumineux, de cause individuelle, recueilli chez une femme épileptique morte d'inanition à soixante et onze ans, a été présentée à la Société des sciences médicales de Luxembourg, par le docteur P. Koch. Il était formé par le lobe gauche, contrairement à la règle générale, avec amincissement de la paroi antérieure résultant de la dilatation de ce côté, tandis que la paroi postérieure et inférieure était très épaissie par des plaques crétacées dures et aplaties. Une bouillie rougeâtre, grumeuse, épaisse, en remplissait l'intérieur.

C'est à sa forme pyramidale et en déplaçant simplement la trachée à droite avec les vaisseaux connexes que ce kyste volumineux a pu permettre de vivre sans déterminer d'accidents notables, tandis que la ponction n'eût pu être que palliative et que l'excision en eût été pleine de dangers. (*Ann. des malad. du larynx*, mai.)

Chez une femme de soixante-sept ans qui portait un goitre de ce genre depuis l'âge de vingt-six ans ayant acquis le volume de la tête d'un adulte, et la menace de suffocation imminente obligeant d'intervenir, le docteur L. Medini fit une ponction au bistouri et, voyant sortir une grande quantité de liquide, agrandit considérablement l'incision. Plus de 900 grammes de sang et de pus furent ainsi éliminés, alors que l'opérateur, introduisant l'index, déchira les brides internes, détacha les plaques calcaires et transforma la poche cloisonnée en une seule cavité. Une suppuration de bonne nature s'en empara, et, trois mois après, l'opérée partait guérie. (*Bolletino delle sc. med. di Bologna*, 1880.)

Electrolyse. L'interprétation précédente semble confirmée par l'emploi de l'électrolyse capillaire du docteur Henrot contre les goitres vasculo-kystiques et les succès qu'il en a obtenus. Après avoir vidé la tumeur en enfouissant deux tro-

carts capillaires dans la partie fluctuante, il met les canules en communication avec deux réophores d'une machine inductive, afin de favoriser la coagulation du sang dans les parties vasculaires de la tumeur et prévenir des accidents emboliques. L'alimentation ultérieure de la tumeur et son développement sont dès lors empêchés par l'oblitération des vaisseaux. Une jeune fille dont le goitre avait résisté à tous les autres moyens dut ainsi sa guérison à l'application de l'électrolyse capillaire.

Les avantages de ce procédé seraient de vider les kystes et de laisser un orifice pour la sortie des gaz résultant de la décomposition des liquides contenus dans l'intérieur. Et, en les débarrassant de la mousse albumineuse résultant de cette action chimique, il favorise la formation instantanée de caillots fibrineux solides s'opposant à l'embolie, comme les succès obtenus dans les petits anévrysmes avec ce procédé en sont la preuve. (*Congrès d'Alger pour l'avancement des sciences.*)

Dans l'impossibilité de savoir d'avance quel est le contenu des kystes goitreux, du sérum ou du sang, M. Berger, dans un de ces cas douteux d'une tumeur thyroïde mobile, indolore, fluctuante, du volume d'une pomme, et qui avait déjà été ponctionnée, eut recours au procédé suivant, sur le conseil de M. Onimus. Le 20 janvier, une ponction donna issue à 150 grammes environ d'un liquide chocolat. Après une injection phéniquée par la canule, une solution d'iodure de potassium au dixième fut introduite dans la cavité, en y plongeant aussitôt une tige métallique, qui fut mise alternativement en communication avec les deux pôles d'une pile électrique de vingt-quatre à trente-six éléments, tandis que l'autre pôle reposait sur la périphérie. Une petite hémorrhagie eut lieu, et bientôt la cavité se remplit avec son volume primitif.

Un insuccès était donc attendu, lorsque, trois à quatre mois après, l'opérée se présenta n'ayant plus qu'une tumeur réduite spontanément et graduellement au volume d'une noix. Sa diminution croissante permet donc d'espérer une disparition complète.

L'auteur croit que, dans les kystes hématiques de la thyroïde, l'électrolyse ainsi appliquée détermine des coagulations et amène un caillot autour du pôle positif. Ce moyen

serait donc préférable aux injections iodées, spécialement applicables aux épanchements séreux. (*Soc. de chirurg.*, avril.)

Goitre exophtalmique. Les nombreuses observations de cette trilogie symptomatique, recueillies depuis son introduction dans la nosologie française en 1856, et les travaux multiples, les discussions répétées qui ont eu lieu sur ce sujet depuis 1845, n'ont encore pu en élucider la nature. La preuve que le problème est encore à l'étude, c'est la conclusion négative posée par le docteur Tapret dans la dernière étude critique complète qui en soit faite. « A qui nous demanderait aujourd'hui si la maladie de Basedow doit être rangée parmi celles du système nerveux, nous dirions : *probablement*; mais, si dans une nouvelle question on s'informait si c'est bien dans le grand sympathique qu'elle siège, nous ne saurions que répondre : *peut-être*. (*Archiv. de méd.*, janvier.) On n'est même pas d'accord sur son identité, comme l'a démontré la récente discussion sur l'opportunité de la thyroïdectomie. Virginie, la première opérée, vit encore et n'a plus d'exophtalmie (*Voy. année 1880*), et c'est pourquoi M. Tillaux était autorisé à la tenter de nouveau dans des conditions analogues.

Un homme avait un goitre énorme avec de l'exophtalmie et des troubles cardiaques. Présenté à la Société de chirurgie le 11 mai, il fut déclaré atteint de goitre exophtalmique. L'opération fut faite vers le 20 mai, dans une anesthésie incomplète avec le chloral et la morphine, par une simple incision en L. Les accidents diminuèrent instantanément : dyspnée, exophtalmie, palpitations cardiaques, bruit de souffle avec redoublement au niveau des gros vaisseaux disparurent bientôt, et la réunion immédiate était complète au sixième jour. Le malade sortit comme guéri de l'hôpital. Malheureusement, l'examen microscopique de la tumeur en avait révélé la nature sarcomateuse. Un mois après, des phénomènes pulmonaires survinrent, et l'opéré succomba chez lui, le 27 juillet, à la généralisation du mal.

Si ce n'est pas là un véritable goitre exophtalmique, c'est du moins une tumeur qui en détermine tous les symptômes et justifiant la théorie de Piorry, pour qui tous les phénomènes morbides étaient d'origine mécanique, par

la compression de la trachée et des gros vaisseaux. Ce sarcome goitreux est assez fréquent, d'après M. Le Dentu : d'où l'indication de le distinguer avec soin, ce qui n'exclut la thyroïdectomie ni pour l'un ni pour l'autre. (*Soc. de chir.*, août.)

Injectons sous-cutanées de duboisine. L'analogie de ce nouvel alcaloïde avec l'atropine et l'action de celle-ci sur l'appareil de la vision ont fait employer le sulfate neutre de duboisine par M. Dujardin-Beaumetz, à la dose d'un demi-milligramme à un milligramme. La première application en fut faite en mars 1880, sur une femme de vingt-deux ans, éprouvant des battements de cœur violents, avec maux de tête continus et une gêne de la respiration causée par un goitre volumineux. L'origine en remontait à sept ou huit ans, sans qu'aucun des traitements divers employés ait amené aucun résultat. Les injections sous-cutanées d'atropine avaient seules diminué un peu l'exorbitisme. Après trois mois de l'emploi des injections de duboisine, la diminution du volume des yeux et du goitre avait été constamment progressive; mais elle s'est arrêtée bientôt, sans aucun autre accident ni du médicament ni de la tumeur.

Un cultivateur de quarante-six ans, présentant des symptômes analogues, entre, le 6 octobre 1880, à l'hôpital Saint-Antoine. Il est soumis à des injections d'un milligramme, et en huit jours la circonférence du cou avait notablement diminué, ainsi que les palpitations et l'oppression, aussi bien que l'exophthalmie. Mais, un mois après, cette amélioration s'arrêta, et, comme l'usage de ces injections ne peut être indéfini, l'état est resté le même.

La même amélioration momentanée s'est manifestée chez une femme de cinquante-deux ans, soumise à des injections semblables, à la clinique ophthalmologique du docteur Abadie. L'appétit devint régulier, les forces reprirent, les douleurs disparurent; mais, trois mois après, le mieux resta stationnaire. Les battements du cœur sont plus réguliers, les accès de dyspnée et les chaleurs de la face ont disparu, le goitre et l'exophthalmie ont diminué. L'état général est sensiblement meilleur. (*Bull. de therap.*, janvier.)

Ce traitement peut donc être répété avec avantage, surtout en l'employant d'une manière intermittente. Si l'on

ne peut obtenir la guérison complète d'un état aussi grave, l'amélioration est à peu près certaine.

GREFFES. *Anémie préalable.* Des fragments de peau anémiée artificiellement se greffent beaucoup plus facilement que d'ordinaire, comme l'a vérifié le docteur Fischer, de Strasbourg, en transplantant des lambeaux cutanés sur des ulcères de jambe en voie de réparation. L'anémie, appliquée à la partie qui devait recevoir la greffe, avec la bande d'Esmarch, a donné des résultats inespérés. La reprise des fragments cutanés s'est faite très rapidement, en prenant les précautions suivantes :

La peau du membre ulcéré, anémiée par la bande d'Esmarch, doit être lavée d'abord à l'eau savonneuse, puis avec une solution phéniquée à 5 0/0, et séchée avec soin. La greffe ne doit intéresser que la peau, sans contenir le tissu cellulaire sous-cutané. Il ne faut pas davantage faire saigner l'ulcère à greffer en l'anémiant. Les greffes placées, toute la plaie est recouverte de protectrice fixé avec des bandes-lettes agglutinatives, avec une mousseline ou une feuille de gutta-percha par-dessus, le tout retenu par une bande de gaze. Ce pansement doit rester plusieurs jours en place. (*Deutsch Zeitsch. für chir.*, 1880.)

Greffes osseuses. Grâce à la méthode antiseptique, le pansement de Lister en particulier, les essais de greffe osseuse, pratiqués depuis longtemps sur les animaux par M. Ollier, ont reçu une application éclatante dans la pratique chirurgicale. M. Macewen (de Glasgow) a réussi à reconstituer 114 millimètres de la diaphyse humérale, au moyen de six fragments osseux cunéiformes retranchés sur des tibias de jeunes enfants atteints d'incurvations rachitiques. Il a transplanté le tissu osseux complet, c'est-à-dire la substance osseuse revêtue de son périoste et garnie de sa moelle; mais il a eu de plus l'idée de la diviser en petits fragments de 3 à 5 millimètres de diamètre sur 5 millimètres d'épaisseur, et en dernier lieu de 13 sur 7 millimètres. Il a eu pour but d'augmenter les surfaces de contact de la greffe avec les tissus ambiants et de multiplier les centres de prolifération des éléments ostéogènes. Ces petites portions se sont unies ensemble et ont

adhéré au sommet de l'humérus en dessus et aux condyles en dessous, formant finalement une tige solide, d'environ un demi-pouce (0 m. 013), plus courte que l'humérus du côté opposé.

Certaines tribus de l'Éthiopie, d'après M. d'Abbadie, prétendent réparer les os de leurs blessés en greffant à leur place des os de veau; la même tradition existe en Algérie, avec cette différence que l'on emprunte au chien la matière de la greffe. Mais ce sont probablement des erreurs populaires qui ne méritent pas plus de crédit que l'histoire racontée autrefois par Job à Meckreem, relative à la réparation d'une perte de substance du crâne par un os de chien.

Ce n'est pas dans cette transplantation entre sujets d'espèces différentes que la chirurgie pourra trouver des ressources nouvelles : c'est dans la transplantation d'os humains et surtout d'os de jeunes sujets, transplantation qui sera d'autant plus praticable qu'on pourra, à défaut d'un os pris sur un autre sujet, faire subir pour ainsi dire sans danger, à l'aide de la méthode antiseptique, des pertes de substance à certaines parties du squelette du sujet même qui aura besoin de matière ostéoplastique.

Le périoste est le tissu de l'os qui est le plus apte à se greffer.

De là les conclusions suivantes : 1° l'os transplanté est capable de vivre et de croître; 2° les transplants inter-humains d'os vivent et croissent; 3° la transplantation inter-humaine de l'os peut produire un résultat pratique avantageux à l'humanité; 4° la totalité des éléments osseux doit être comprise dans le transplant; 5° la méthode de transplantation qui présente le plus de chances de succès est de diviser l'os avec un instrument tranchant en petits fragments; 6° pour assurer le succès de l'opération, il faut employer le traitement antiseptique. (*Acad. des sciences, juin.*)

Ces résultats sont confirmatifs des expériences tentées sur les chiens par le docteur Sakimovitch de Saint-Petersbourg en 1880. En enlevant des esquilles de 2 centimètres de long de la diaphyse du fémur ou du tibia, en dénudant ces os par l'enlèvement du périoste, il a suffi de les réimplanter à la même place après cinq minutes pour les voir

complètement soudées à la continuité de l'os, en sacrifiant l'animal quelque temps après. Le même résultat a été obtenu en réimplantant ces esquilles dans une position inverse, leur face externe devenant interne et réciproquement. L'un de ces fragments osseux, implanté dans la moelle de l'os mise à découvert, en suturant les incisions faites, a donné le même résultat, ces parties étant réellement vivantes à l'œil nu comme au microscope.

Greffes musculaires. Des expériences récentes, faites par le docteur Glück sur le tissu musculaire des poulets et des lapins, ont donné des résultats intéressants qui pourront trouver leur application chez l'homme dans certains cas. Le muscle gastro-cnémien d'un poulet chloroformé est isolé avec soin et divisé au niveau de son tiers supérieur, tout près de l'insertion osseuse du tendon d'Achille. Un fragment analogue, mais un peu plus long, pris sur un second poulet, le remplace aussitôt. Quarante jours après, sans que la démarche de l'animal diffère en rien de l'état normal, la plaie étant ouverte, on constate une incorporation parfaite du fragment musculaire, avec conservation de la couleur et de ses propriétés. Des expériences faites sur les muscles biceps et tenseurs du fascialata ont donné les mêmes résultats sur un lapin.

La seule condition à ce sujet est d'observer rigoureusement les règles du pansement antiseptique, de ne pas manipuler les fragments avec excès et apporter le plus grand soin aux sutures. La réunion par première intention est surtout indispensable, car, si la suppuration a lieu, une transformation fibreuse du muscle en est la conséquence, et il devient demi-membraneux sans perdre ses fonctions. (*Archiv für klin. chir.*)

Inoculation syphilitique. Quoique déjà signalé, cet accident s'est montré récemment chez un homme de quarante-neuf ans, qui, à la suite d'un érysipèle gangréneux de la cuisse gauche, ne pouvait voir la plaie se cicatriser. 45 greffes dermo-épidermiques, prises sur cinq personnes, furent appliquées par le docteur Deubel, le 7 mars, dont 33 prirent. 28, prises sur la muqueuse buccale d'un lapin, furent appliquées le 18 mars et presque toutes éliminées par la

suppuration. 40 greffes nouvelles fournies par sept personnes furent appliquées cinq jours après. Le 1^{er} avril, la moitié de la plaie était cicatrisée; mais une ulcération gris bleuâtre, creusée en godet, large comme une pièce de un franc, apparut bientôt. En trois jours, elle détruisit toute la cicatrice.

L'opéré se trouvant alors dans un foyer infectieux, on cautérisa simplement les ulcérations au nitrate d'argent; mais une roséole syphilitique bien caractérisée, avec croûtes du cuir chevelu, changea le diagnostic. L'inoculation de la syphilis était évidente, et l'enquête faite sur les personnes qui avaient fourni les greffes révéla qu'un fils du malade, âgé de vingt-cinq ans, avait eu dix-huit mois auparavant un chancre soigneusement dissimulé. Un traitement spécifique fut dès lors institué sur le père et le fils. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre.)

D'où la preuve nouvelle du minutieux examen qu'il faut faire de toute personne chez laquelle on prend une greffe destinée à un sujet sain.

Greffes autoplastiques. Instruit par les nombreux succès obtenus avec la greffe cutanée inaugurée par le professeur Le Fort contre l'ectropion et qui s'élèvent aujourd'hui à 27 sur 40 applications, le docteur Meyer, ayant enlevé un épithélioma du grand angle de l'œil, résolut de combler la perte de substance par une autoplastie semblable. Il prit à l'avant-bras de l'opérée un fragment de peau de 6 centimètres de long et, après en avoir enlevé le tissu cellulo-grasieux, le fixa sur place par la suture avec une légère compression. Deux à trois pansements renouvelés de quatre en quatre jours amenèrent la guérison sans suppuration.

La greffe met ainsi à l'abri d'une plaie ouverte et rend la cicatrisation plus rapide. C'est donc une véritable autoplastie. Il suffit, pour qu'elle réussisse, de tailler le lambeau presque au double de la plaie, car il se rétracte toujours presque de moitié. Aussitôt taillé, il perd de ses dimensions primitives. Les sutures ne sont pas indispensables pour le fixer; la baudruche gommée suffit avec un pansement à l'acide borique, de la ouate et une bande qu'on laisse en place pendant quatre à cinq jours. (*Soc. de chir.*, juillet.)

GROSSESSE. *Diagnostic des présentations.* Le positivisme actuel s'est donné surtout libre carrière en obstétrique, où tout semble s'opérer mécaniquement. Les jeunes accoucheurs ont ainsi réduit à des règles fixes et invariables les conditions mêmes des présentations, au moins dans l'accouchement normal. Des cinq régions fœtales qui peuvent se présenter avant le travail, le sommet seul s'engage, dit M. Pinard. La conformation anatomique et le volume des autres régions exigent absolument, pour que leur engagement se produise, que des contractions puissantes et fréquentes aient lieu, lesquelles ne se manifestent que par le travail de l'accouchement et nullement pendant la gestation.

Telle est la loi mécanique de la fréquence des présentations du sommet sur toutes les autres. La tête fléchie peut seule s'engager dans l'excavation du bassin pendant les derniers temps de la grossesse. Si donc on rencontre à cette époque, par le palper abdominal, une partie fœtale s'engageant à travers le détroit supérieur, ce ne peut être que la tête fléchie, dit M. Budin. D'où la déduction essentiellement pratique de cette constatation par le palper abdominal d'une partie de l'ovoïde fœtal plongeant dans l'excavation chez la femme enceinte : c'est qu'il y a présentation du sommet.

Néanmoins M. Budin lui-même rapporte six observations dont trois personnelles, dans lesquelles il y avait pendant la grossesse, avant tout début de travail, une présentation de l'extrémité pelvienne définitive, le siège étant profondément engagé dans la position décomplétée mode des fesses. La règle énoncée ci-dessus souffre donc des exceptions, soit en vertu de l'élargissement du détroit supérieur ou du petit volume du fœtus, soit des contractions spasmodiques ou toute autre cause accidentelle admise autrefois. Les présentations du tronc sont ainsi plus fréquentes dans les cas d'insertion vicieuse du placenta que dans les cas ordinaires, comme l'a confirmé récemment encore M. Pilat. V. ACCOUCHEMENTS.

La confusion de ces deux présentations existe donc malgré la loi précitée, et c'est afin de l'éviter que M. Budin pose avec un semblant de naïveté les préceptes suivants, pour simplifier le diagnostic. En sentant dans ces cas une masse s'engager dans l'excavation par le palper abdominal,

on eût pu diagnostiquer au premier abord une présentation du sommet. Mais une particularité permettait d'éviter cette erreur : c'était l'absence des sensations particulières que donne la tête. On ne sentait pas la masse dure et régulière formée par les os du crâne, et surtout on ne *sentait pas le front*.

Il est donc très important de ne pas se contenter, quand on pratique le palper abdominal, de chercher si une partie fœtale s'engage dans l'excavation, mais il est extrêmement important de chercher quels sont les caractères de cette partie fœtale. Trouve-t-on nettement le front, on peut affirmer que l'on a affaire à une présentation de la tête fléchie; ne trouve-t-on pas nettement le front, il faut songer à la possibilité d'une présentation du siège, et il n'est pas douteux que, dans ce cas, le palper complet de l'abdomen ne fasse reconnaître la tête avec tous ses caractères, au fond de l'utérus. Si les sensations perçues sont trop peu nettes, le médecin agirait prudemment en réservant son diagnostic. (*Progrès méd. et Archiv. de tocologie*, août.)

Immobilisation. La difficulté du palper abdominal vers la fin de la grossesse, dans le but de déterminer avec précision la présentation et la position du fœtus, a fait recourir M. Budin à cette manœuvre pour mieux la surmonter. Dans les positions occipito-postérieures surtout, lorsque le fœtus est mobile dans le liquide amniotique, si le dos est tourné du côté droit ou du côté gauche, sous la pression répétée des doigts, il se trouve refoulé vers le centre de la cavité utérine, et bientôt les caractères de la surface plane, large, régulière qu'il présente, lorsqu'on explore toute son étendue ou même seulement l'un de ses côtés, ne sont plus que confusément perceptibles. Pour obvier à cet inconvénient, il faut immobiliser le fœtus après lui avoir fait prendre une situation telle que son dos réponde, par la plus grande surface possible, à la paroi utérine. On obtient ce résultat en appliquant une main sur le siège du fœtus, que l'on saisit à travers la paroi abdominale et la paroi utérine. On refoule autant que possible cette partie fœtale de dedans en dehors, *en même temps que l'on exerce un certain degré de pression de haut en bas*. En agissant ainsi, on obtient ce double résultat d'immobiliser le fœtus, et, en faisant une

pression sur le siège, on exagère la flexion du fœtus en rendant le dos plus convexe et par suite plus accessible.

Si l'on est placé du côté droit de la femme, c'est la main gauche qu'il faut appliquer sur l'extrémité supérieure de l'ovoïde fœtal, et c'est avec l'extrémité des doigts de la main droite qu'on cherchera les caractères du dos, et cela, que le dos soit tourné du côté droit ou du côté gauche, qu'il soit dirigé en avant ou en arrière. Si l'on se trouve au contraire du côté gauche de la femme, c'est la main droite qu'il vaut mieux appliquer sur le fond de l'utérus, et c'est avec l'extrémité des doigts de la main gauche qu'on cherchera le dos. (*Progrès médical.*)

On le voit, la méthode recommandée par M. Budin est des plus simples; nous ne doutons pas qu'elle ne soit immédiatement mise en pratique d'une manière générale, car elle permettra aux praticiens d'éviter des erreurs qui se produiraient fatalement sans cette petite et facile manœuvre. Mais n'y a-t-il pas lieu de craindre que, par cette manœuvre, des praticiens à la main lourde ou peu habile n'exercent des pressions exagérées et ne nuisent essentiellement au fœtus, sinon à la femme, en vue d'établir quoi?... Une présentation qui peut changer d'un moment à l'autre. Tel est l'idéal des jeunes obstétriciens.

Rétention d'urine. Elle s'observe assez souvent au commencement de la grossesse, soit du troisième au quatrième mois; son début est tantôt brusque, tantôt progressif, à la suite d'un effort ou de fatigues prolongées. L'œdème peut même s'ensuivre. Trois observations, rapportées par M. Broussin, démontrent l'utilité du cathétérisme en pareil cas, car la vessie peut se distendre au point de contenir jusqu'à 6 à 7 litres d'urine. Effet ou cause, la rétroflexion de l'utérus coïncide souvent avec cet accident.

La compression de l'urèthre par le col, congestionné ou non, paraît une cause probable de cet accident, mais il peut se produire spontanément chez les femmes nerveuses ou hystériques. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Hémoptysie concomitante. Elle apparut au cinquième mois de la grossesse chez une femme bien portante auparavant, en se reproduisant presque tous les jours jusqu'au

moment de l'accouchement. Celui-ci eut lieu néanmoins à terme, et l'enfant vint au monde vivant et bien portant. Trois jours après, l'hémoptysie cessa et ne se reproduisit plus. (*Soc. clinique*, juin.)

GYNÉCOLOGIE. Un phénomène semblable à celui qui s'est manifesté en France il y a un demi-siècle, sous l'influence de Récamier et de Lisfranc, a lieu actuellement aux Etats-Unis d'Amérique. Médecins et malades ne voient plus que des maladies de l'utérus; toutes les influences morbides aboutissent à ce centre gestateur, et toutes les souffrances et les douleurs en émanent. C'est le grand coupable auquel on s'en prend de tous les maux.

Sans pouvoir fixer l'origine de ce mouvement gynécologique, le nom de Marion Sims ne doit pas y être étranger, par la célébrité qu'il a acquise en cette spécialité et les nombreuses opérations qu'il a faites. Sa fameuse incision du col contre la stérilité a eu ainsi le plus grand retentissement, et son spéculum a porté son nom aux extrémités du monde civilisé.

Il n'est pas étonnant que, dans le pays d'origine de l'ovariotomie, tant d'autres opérations gynécologiques aient pris naissance à la suite. Le traitement spécial des fistules par Bozemann et ses nombreuses modifications, l'oophorectomie de Battey ou ovariectomie normale et la trachélorraphie ou opération d'Emmet, pour ne citer que les principales, sans compter le massage de l'utérus qui les couronne, montrent qu'une chirurgie spéciale en est née. Ce sera la chirurgie gynécologique à distraire bientôt de la chirurgie abdominale.

Est-ce un bien ou un mal? De même qu'en France cette idée fixe poussée jusqu'à la monomanie des affections utérines a produit bien des abus et des excès regrettables, comme les cautérisations en masse à qui veux-tu, les abus du spéculum, des pessaires et jusqu'aux résections, aux ablations du col, sous le prétexte de cancer à la moindre ulcération, il est bien difficile que, malgré cet exemple, les mêmes causes ne produisent pas des effets identiques en Amérique. L'épouvantable endémie des avortements qui s'est révélée il y a peu d'années n'était-elle pas le résultat immédiat de toutes ces opérations qui se pratiquent jour-

nellement et se discutent publiquement dans la presse même extra-médicale? A force de parler de la matrice et de ses maladies, de toucher et de fouiller dans cet organe pour l'examiner, le curer, le cautériser, le couper et le suturer ensuite, on attire l'attention publique à s'en occuper aussi. D'autant plus que toutes les lacérations ou déchirures et les contusions du col sont attribuées à l'accouchement, et que celles-ci étant, d'après les gynécologistes américains, la source de tous les troubles, les déplacements et les maladies consécutives, il est tout simple et rationnel pour le vulgaire de chercher à s'y soustraire. A la moindre souffrance, au plus léger trouble fonctionnel, on parle bien chez la femme comme chez la fille de l'extirpation des ovaires! Si l'aménorrhée coïncide avec une atrésie du col, on l'incise; au plus petit bobo, on l'excise, et, s'il y a dysménorrhée avec douleurs et convulsions, on pratique aussitôt l'opération d'Emmet. Voy. TRACHÉLORRAPHIE.

De là les nombreuses sociétés obstétricales et gynécologiques existant actuellement dans toutes les principales villes de l'Union, leur activité et le succès des publications destinées à en répandre les travaux partout. Tandis qu'aucune institution de ce genre n'existe en France et qu'un unique recueil, les *Annales de gynécologie*, est spécialement destiné à cet effet, on aura une idée exacte de l'extension que cette branche de la science a prise en Amérique par l'analyse des *Transactions of the american Gynecological Society*, siégeant à Boston, d'après le cinquième et dernier volume de ses actes pour 1880, un volume in-8° de 470 pages, avec planches, Boston, 1884.

Fondée en 1876 par les 49 gynécologistes les plus connus de l'Union américaine, dont les noms se retrouvent en tête de chaque volume, cette Association s'est réunie en Congrès du 1^{er} au 3 septembre 1880, à Cincinnati, sous la présidence de M. Marion Sims. Après un discours d'ouverture tendant à faire élever à 400 le nombre des membres titulaires, 24 existant déjà pour les seules villes de New-York, Philadelphie et Boston, ainsi que celui des correspondants honoraires nationaux et étrangers, la discussion a été ouverte par le docteur Battey sur les nouvelles applications de son opération, notamment deux cas de hernie inguinale de l'ovaire guérie par l'excision de l'organe. Citons ensuite les

trois mémoires, avec observations, sur le massage de l'utérus, la trachélorraphie et la laparatomie puerpérale, successivement lus et discutés et dont on appréciera l'importance à ces différents mots. Une ovariectomie pratiquée avec succès pendant la grossesse a aussi donné lieu à une discussion intéressante (Voy. OVARIOTOMIE.) La dilatation manuelle de l'utérus pour provoquer l'accouchement prématuré, l'emploi des douches rectales chaudes, la valeur excito-motrice de la quinine, un cas de métrorrhagie secondaire et d'occlusion de l'utérus gravide ont aussi occupé le Congrès; mais son œuvre principale est l'étude ethnologique du docteur Engelmann sur la position dans les accouchements, de 104 pages in-8° avec 40 gravures sur bois. Une statistique sur la laparo-hystérectomie, contre les fibromes utérins, termine ce gros volume, avec un index alphabétique de tous les journaux et les travaux publiés en 1880 sur la gynécologie dans les diverses parties du monde. On voit que les sections spéciales de nos Congrès généraux auraient bien de la peine à offrir une telle variété sur ce point de la science.

Manuel pratique des maladies des femmes (médecine et chirurgie) par le professeur Eustache, de Lille. Un vol. de plus de 700 pages, Paris. Fatalement écourté, à côté des traités gynécologiques en plusieurs volumes, cet ouvrage n'est qu'un memento, un indicateur des sujets à étudier et approfondir.

Minor surgical Gynecology est le titre d'un autre manuel du docteur Paul Munde, paru récemment à New-York et divisé en trois parties principales, avec planches : Examen, Applications, Instruments.

H

HÉMORRHAGIES. *Varices œsophagiennes.* Il n'est plus douteux que cette cause inconnue puisse amener une hémorrhagie très rapidement mortelle, comme un exemple observé par M. Hérard à l'Hôtel-Dieu en est déjà relaté. (Voy. année 1875.)

Un autre exemple en fut soumis à la Société pathologique de Londres en 1856 par le docteur Bristowe. Les veines de la membrane muqueuse étaient dilatées et tortueuses, surtout dans la partie inférieure, avec tous les caractères des varices des jambes. La perforation de l'une d'elles détermina la mort par hémorrhagie.

Un troisième exemple vient d'être observé par Eberth chez un homme de quarante ans ayant depuis quatre ans des hématomèses et des selles sanguinolentes. Huit de ces émissions sanglantes avaient eu lieu depuis un an et faisaient croire à un ulcère de l'estomac, à cause de la douleur localisée dans cet organe, lorsqu'une nouvelle hémorrhagie détermina la mort. L'autopsie montra, à la moitié inférieure de l'œsophage, des veines grosses comme un crayon sous la membrane muqueuse et se projetant comme des cordes. L'ouverture d'une de ces veines était à environ deux centimètres au-dessus du cardia. (*Deutsch archiv für klin. med.*)

Influence sur la vue. La cécité peut être la conséquence directe d'une hémorrhagie abondante, au moins chez certains individus qui y sont prédisposés par leur constitution. Siegmund Fries a pu en réunir 100 observations, et Nægeli en a observé tout récemment un nouvel exemple en Allemagne à la suite d'une hématomèse. Le docteur E. Roland, en pratiquant spécialement l'oculistique à Mont-de-Marsan, en a réuni une dizaine de cas en assez peu de temps dans sa pratique. A la suite d'hémorrhagies utérines, une dame a ainsi perdu complètement la vue. Le docteur Mouchade a été assez heureux pour prévenir cette conséquence dans le cas suivant :

Un homme de vingt-huit ans, d'une bonne santé habituelle, est pris subitement d'une hématomèse extrêmement abondante dans la nuit du 3 au 4 août 1878. Pouls imperceptible, faciès décoloré, extrémités froides, mydriase énorme, insensibilité des pupilles, état syncopal quelques heures après.

Les vomissements de sang s'arrêtent ; mais dès le 5 août de vives douleurs oculaires et frontales se déclarent ; pupilles dilatées, vision presque nulle, et, malgré un traitement excitant énergique, le malade ne distingue que con-

fusément les objets le 27 septembre suivant. L'examen ophtalmoscopique révèle une atrophie de la pupille du nerf optique, surtout à droite, et la perception des objets n'a plus lieu que dans les parties périphériques de la rétine.

Des injections hypodermiques sur les tempes sont alors pratiquées avec la solution suivante :

℞ Nitrate de strychnine.....	20 centigrammes.
Eau distillée.....	20 grammes.

Un régime tonique, avec fer et quinquina, est institué, et la vision s'améliore graduellement; néanmoins, elle est restée confuse depuis lors. Il y a toujours défaut de fixation centrale, bien que le malade se dirige seul et puisse travailler. De là la gravité de ces hémorrhagies. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, mai.)

Pilules antihémostatiques. M. Guéneau de Mussy a réuni les agents divers qui peuvent être utilisés dans les différentes hémorrhagies : hémoptygies, épistaxis, métrorrhagies, sous la formule suivante :

℞ Extrait de ratanhia.....	4 grammes.
Ergot de seigle.....	3 —
Poudre de digitale.....	50 centigrammes.
Extrait de jusquiame.....	25 —

Pour 20 pilules; de 4 à 6 dans les vingt-quatre heures.

Tout en constatant les avantages, le docteur Huchard a modifié ces pilules de la façon suivante, dans son service de l'hôpital Tenon :

℞ Ergotine.....	} à 2 grammes.
Sulfate de quinine.....	
Poudre de digitale.....	} à 20 centigrammes.
Extrait de jusquiame.....	

Pour 20 pilules; de 5 à 8 ou 10 par jour.

Hémorrhagies utérines. Une femme de vingt-trois ans, infirmière à la Salpêtrière, avait eu une perte de quelques semaines, l'année dernière, lorsqu'elle revint cette année.

Ni tumeurs fibreuses ni polypes n'existant dans l'utérus, le docteur Grancher, y voyant l'effet d'une simple fluxion hémorrhagique, administra le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes par jour. Dès le second jour, la perte diminuait, pour cesser bientôt. On suspendit alors le remède, et l'hémorrhagie reparut quinze jours après. On revint au sulfate de quinine, et elle s'arrêta de nouveau. La démonstration paraît des plus nettes. (*Revue méd.-chir. des maladies des femmes.*)

Sans que l'on puisse élucider le mode d'action de ce sel, pas plus que ses propriétés antipériodiques, il est évident qu'il a une action sur le tissu musculaire utérin. Que ce soit comme excito-moteur, ainsi que le seigle ergoté, ou en agissant sur les vaso-moteurs, le système circulatoire, comme il le fait contre la fièvre, il arrête positivement l'écoulement du sang, la perte essentielle se rattachant à une fluxion hémorrhagique.

Poivre de Cayenne. Des expériences faites par le docteur Chéron avec la poudre et l'extrait aqueux du *Capsicum annuum*, il résulte qu'ils portent spécialement leur action sur les appareils dont la circulation est d'une richesse singulière, l'appareil utéro-ovarien, l'appareil respiratoire, l'encéphale.

Le poivre de Cayenne agit comme l'ergot de seigle sur la fibre lisse des parois vasculaires, soit directement, soit par l'intermédiaire des vaso-moteurs; mais il présente un grand avantage sur celui-ci : c'est d'être bien supporté par l'estomac, dont il active simplement les fonctions. Il l'a employé depuis plusieurs années dans les hémorrhagies utérines avec le meilleur succès, que ces hémorrhagies appartenissent aux tumeurs fibreuses, à l'endométrite fongueuse, voire même à l'épithélioma.

Les formules sont les suivantes :

Poudre de capsicum..... 5 grammes.

en trente pilules. Prendre une pilule avant chaque repas. La dose peut être portée à six pilules par jour.

Extrait aqueux de capsicum..... 5 grammes.

en trente pilules. Même mode d'emploi.

Teinture de capsicum.....	3 grammes.
Rhum.....	30 —
Julep gommeux.....	120 —

par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Cet agent a été employé aussi et avec succès contre la céphalalgie de forme congestive, si fréquente chez les arthritiques, et les hémoptysies des tuberculeux. (*Revue méd.-chir. des maladies des femmes.*) Voy. OOPHORECTOMIE.

HÉMORRHOÏDES. Tant de moyens divers ont été prescrits et employés tour à tour contre cette dilatation des veines de l'anus que l'on hésite à en signaler de nouveaux, sinon dans leur mode d'action, au moins dans leur nature. C'est ainsi qu'au fromage blanc, à la pie, appliqué topiquement, ou autres applications froides locales, le docteur Gavoy, médecin-major à l'École de Saumur, préconise la glace, qu'il emploie d'une manière spéciale.

Il pédiculise la tumeur en passant, après quelques difficultés, un morceau de linge déchiré en ruban, autour de la base de la tumeur. Le collet étant ainsi étreint avec une tension suffisante pour déterminer la stase sanguine à l'intérieur, il enroule le linge en ruban deux ou trois fois autour du pédicule sans le nouer. La tumeur devient rénitente comme une balle de caoutchouc. Un morceau de glace entouré d'une fine compresse est dès lors appliqué et promené lentement sur la tumeur, de manière à la réfrigérer dans toutes ses parties à la fois. Un sentiment de brûlure en résulte, sans être douloureux.

La tumeur pâlit rapidement, diminue de volume et se couvre de rides. En vingt minutes, elle est ferme, dure, froide et les téguments épaissis. Après avoir tenu l'opéré couché sur le ventre trente à quarante minutes ensuite, on peut dérouler le linge et faire rentrer facilement la tumeur endurcie, moins volumineuse et insensible, qui permet ensuite de marcher et de travailler.

Trois militaires soumis à ce mode de traitement et retenus à la chambre ont pu reprendre *immédiatement* leur service. Une véritable coagulation du sang semble donc résulter de ce procédé, et peut-être n'est-ce pas sans danger d'embolies que l'on permet aux opérés de se lever

immédiatement et de reprendre leurs occupations, leur exercice. Les caillots ne peuvent-ils se déplacer? L'expérience a appris aux Américains, qui traitent les hémorroïdes par les injections phéniquées, qu'il y a imprudence à opérer sans prescrire le repos, comme on le faisait dans les premiers temps. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, septembre.)

HÉPATOTOMIE. Il ne s'agit plus seulement de ponctionner le foie avec le trocart ou le bistouri dans les cas d'abcès, kystes ou autres tumeurs, sans adhérences préalables; en s'émancipant, la chirurgie abdominale ne craint pas de découvrir les organes pour les examiner au grand jour. La laparotomie est devenue une opération commune, presque aussi fréquente que l'ouverture d'un abcès. Grâce au nuage phéniqué, un habile et hardi chirurgien anglais, M. Lawson Tait, l'applique aux maladies du foie, qu'il ne craint pas de découvrir et d'explorer à nu pour les reconnaître plus sûrement. Il a pratiqué ainsi la section abdominale dans trois cas de tumeurs du foie, sans établir aucune adhérence préalable. Le foie fut trouvé sans aucune adhérence aux parois, et, le contenu des tumeurs enlevé, les parois des blessures du foie furent suturées avec les lèvres des parois abdominales, et, le drainage étant établi, la guérison s'en est suivie dans les trois cas. Les deux premiers étaient des kystes hydatiques du foie, et il s'agissait dans le troisième d'un large abcès kystique renfermant une masse molle de tissu hépatique pesant une once, semblable à un bourbillon.

Sur l'objection que l'aspiration suffisait dans les cas de kystes hydatiques, il répond qu'elle n'est pas curative, car elle n'atteint pas le kyste; il la craint plus que la section abdominale. Par celle-ci, il saisit avec des pinces le kyste de chaque côté, grâce à un aide, et, en plaçant une éponge, il prévient l'issue du liquide dans le péritoine. La crainte de M. Hulke n'est donc pas fondée, et, quant à celle de M. Heywood Smith concernant l'hémorrhagie, l'opérateur répond que, dans les six cas d'hépatotomie déjà pratiqués par lui, il a suffi de la compression pour prévenir tous épanchement de sang. Ce sera donc avec regret, comme l'a exprimé ironiquement M. Hulke, que les chirurgiens n'au-

ront pas fait de plus amples incisions sur les kystes du foie, surtout quand il s'agit de les faire suppurer. (*Royal med. and chir. Soc.*, 24 mai.)

HERNIES. *Coincidence avec le phimosis.* Cette observation, déjà signalée par M. Kempe à l'hôpital des enfants de Londres (*Voy. année 1878*), est renouvelée par M. Osborn, qui l'a faite comme chirurgien de la Société des secours chirurgicaux. Ayant eu à délivrer plusieurs centaines de bandages herniaires, il a été frappé de la fréquence du phimosis chez les enfants qui les réclamaient. Il en a trouvé la cause dans les efforts faits durant la miction par l'enfant atteint de phimosis pour chasser l'urine par l'étroitesse et la longueur du prépuce. Et comme les tissus oblitèrent le canal inguinal après la descente du testicule, c'est-à-dire dans les premiers mois de la naissance, les efforts pour uriner portent sur l'intestin, qui se précipite dès lors par cette ouverture. D'où la hernie inguino-scrotale en résultant.

Une preuve de cette action est dans la plus grande fréquence de la hernie droite, le testicule de ce côté étant ordinairement le dernier à descendre dans le scrotum. C'est en appliquant un bandage pour la contenir qu'elle ne tarde pas à se manifester du côté opposé non soutenu, comme preuve qu'elle résulte bien manifestement des efforts répétés de la miction. Indication pressante de pratiquer aussitôt la circoncision pour lever l'obstacle et supprimer la cause, chez les petits garçons atteints de phimosis originel. (*West Kent med. chir. Society et Lancet*, 22 janvier.)

Un prépuce long et très étroit étant habituel chez les petits garçons jusqu'à trois à quatre ans, en raison même du peu de développement du gland, on se demande si la hernie ne serait pas plus fréquente, si elle tenait à cette cause purement mécanique. Une observation attentive peut donc seule élucider cette étiologie.

Influence de la menstruation. Chez trois femmes opérées d'une hernie étranglée à l'époque de la menstruation, M. Fleury (de Clermont) a observé une hémorrhagie plus considérable et rebelle, sans qu'aucune artère voisine ait été lésée. La compression digitale, les applications froides, le

tamponnement furent inefficaces pour l'arrêter, et il fallut recourir au perchlorure de fer.

Et, comme preuve que cette hémorrhagie est bien sous l'influence de la menstruation, la kélotomie, pratiquée sur une femme qui attendait ses règles huit jours après, les fit apparaître dès le lendemain de l'opération. Il y a donc un rapport étroit entre l'une et l'autre. (*Congrès d'Alger et Gaz. hebdom.*, n° 48.)

Etranglement chez les enfants. Une grande différence existe à cet égard suivant l'âge, d'après les recherches de M. Féré. Tandis qu'il est très rare, presque introuvable, après deux ans jusqu'à quinze, il serait assez fréquent, au contraire, chez les enfants à la mamelle. Il en a collecté 56 cas dans la littérature médicale, qu'il relate sommairement; une seule fille s'y trouve. Les résultats de la kélotomie ne sont pas aussi favorables que chez les adultes, car, sur 52 opérés, il y a 18 morts, soit 11 sur 23 de six mois au plus et 7 seulement sur 29 de six mois à deux ans. La gravité en est donc moindre avec l'âge.

L'apoplexie du testicule en a été la conséquence chez un enfant de neuf mois, apporté le 6 mai 1880 à l'hôpital Necker, atteint d'une hernie inguinale gauche étranglée depuis la veille. La kélotomie, pratiquée le lendemain par M. Guyon, ne put empêcher la mort. Le testicule trouvé dans le sac était doublé de volume, tendu, d'un violet très foncé, ainsi que l'épididyme. C'était un véritable hématocele ou hémorrhagie interstitielle uniforme. Les tubes séminifères étaient écartés les uns des autres par la suffusion sanguine, sans que le sang eût pénétré à l'intérieur. C'est donc là un accident nouveau, qui peut être pris pour une simple congestion, et à noter dans les cas analogues. (*Revue de méd.*, avril.)

Complications. Outre le refroidissement, l'algidité assez fréquente qui s'observe à toutes les périodes de l'étranglement, le professeur Verneuil en signale deux autres beaucoup plus rares et moins connues, quoique paraissant reliées étiologiquement : la congestion pulmonaire et l'anurie, dont il a observé les trois exemples suivants :

I. Adulte chétif, apporté à l'hôpital trente-six heures après le début de l'étranglement d'une hernie inguinale volumineuse. Refroidissement considérable à l'examen, extrémités violettes. La kélotomie antiseptique est pratiquée aussitôt, en la faisant précéder et suivre d'une injection d'éther pour ranimer la circulation. Du sang et des caillots sont trouvés dans le sac; intestin sain. La température remonte jusqu'à 37° vers le soir. Néanmoins l'opéré était mourant le lendemain; une congestion pulmonaire intense s'était déclarée, et il succomba le soir en se refroidissant graduellement et sans avoir uriné.

Pas de péritonite à l'autopsie, poumons congestionnés au plus haut degré. Foie et reins profondément altérés, absence d'urine dans la vessie.

II. Un cas analogue se présentait deux jours après. Selles supprimées depuis vingt-quatre heures seulement. Refroidissement marqué à l'arrivée, avec congestion pulmonaire intense et anurie. L'opération est différée; deux heures après, la mort arrive, et l'on trouve à l'autopsie un étranglement peu serré, sans trace de péritonite ni de constriction sur l'intestin. Congestion énorme des poumons. Quelques grammes d'urine albumineuse dans la vessie. Reins profondément altérés.

III. Hernie crurale étranglée chez une femme frappée d'algidité, de congestion pulmonaire et d'anurie. Les lésions étaient les mêmes à l'autopsie que dans les cas précédents.

Des vomissements fécaloïdes existaient dans ces trois cas, malgré la date récente de l'étranglement et sa faible intensité. Quelle est donc la cause de cette extrême gravité? D'où l'indication d'interroger les reins et les poumons dans les cas d'algidité avant d'entreprendre l'opération, dont ces redoutables accidents semblent contre-indiquer l'exécution. Ils contre-indiquent de même l'emploi des bains et celui de l'anesthésie, si le chirurgien se décide à tenter la chance d'une intervention.

La présence d'une grande quantité de bactéries dans le sac herniaire a été constatée en outre dans plusieurs cas par M. Nepveu, chef de laboratoire. De là l'importance de la toilette de l'intestin hernié, qu'il recommande toujours de faire maintenant avant le débridement. M. Lucas-Championnière fait la même recommandation dans sa *Chirurgie*

antiseptique. Aussitôt l'ouverture du sac, il lave à plusieurs reprises sa cavité avec la solution forte, de façon à neutraliser les produits inflammatoires ou hémorrhagiques qui s'y rencontrent, et ne procède au débridement qu'après. Il lave ensuite soigneusement l'anse avec la solution phéniquée faible au 40^e, avant de la rentrer dans le ventre. Sur onze kélotomies ainsi faites par la méthode antiseptique, il a eu onze guérisons. (*Soc. de chir.*, mai.)

Cure radicale. Deux opérations pratiquées par M. Reverdin, suivant le procédé opératoire du professeur Tilanus (*Voy. année 1879*), n'ont donné qu'un demi-succès, quoique l'orifice herniaire ait été reconnu solidement fermé chez les deux opérés. L'un d'eux est mort de tuberculose un an après, sans s'être presque levé, et chez le second, qui marchait bien, l'intestin s'engageait à chaque effort dans le trajet inguinal distendu, de manière à faire récidiver la hernie. (*Soc. de chir.*, 25 mars.)

Excision de l'épiploon. Dans une hernie crurale gauche étranglée, ayant le volume d'un poing d'adulte, chez une femme de cinquante-neuf ans, M. Paquet ayant en vain essayé la réduction avant l'opération, puis directement sur le sac après l'avoir ponctionné, trouva, après la réduction directe de l'anse étranglée, une portion d'épiploon adhérente à la partie supérieure du sac et complètement irréductible. Il les lia et les excisa en masse. Le résultat fut très satisfaisant, et la guérison eut lieu sans complication. (*Soc. de méd. de Lille*, janvier.)

Rétrécissement intestinal consécutif. Un homme de quarante-cinq ans, opéré en 1875 d'une hernie inguinale droite étranglée et ayant eu ensuite à plusieurs reprises des coliques atroces, fut pris un jour, en 1880, de vomissements avec signes foudroyants d'étranglement interne. M. Nicaise ouvre aussitôt le ventre et tombe sur une anse intestinale très dilatée qui, ouverte entre deux ligatures, donne issue à une grande quantité de liquide et de débris alimentaires non digérés. Néanmoins l'opéré n'est guère soulagé et succombe le lendemain.

L'autopsie découvre un rétrécissement de l'intestin grêle

à 3 m. 10 du pylore, formé par l'adhérence des deux parties d'une anse. L'éperon en résultant avait gêné le cours des matières, d'où la dilatation avec épaissement du bout supérieur, tandis que le bout inférieur était rétréci et aminci. Les matières non digérées, non assimilables, s'accumulaient ainsi dans cette ampoule, d'où l'arrêt des matières et l'origine des douleurs. Leur siège pouvait donc servir à distinguer cette lésion de la kélotomie pratiquée. (*Soc. de chir.*, novembre 1880.)

Hernio-laparotomie. Dénomination de l'opération nouvelle qu'il s'agit de pratiquer dans la hernie étranglée, quand l'intestin invaginé est gangréné. Au lieu de l'attirer et de le réséquer pour faire l'anus contre nature, comme c'était la règle, la jeune école prescrit catégoriquement d'ouvrir immédiatement le ventre et de retrancher à ciel ouvert la partie gangrénée, en réunissant les deux ouvertures par des sutures. Cette nouvelle méthode est fondée sur la tolérance du péritoine, révélée par l'ovariectomie et l'innocuité de la laparotomie sous le nuage phéniqué. Telles sont les deux bases d'une opération qui paraissait encore des plus redoutables il y a vingt ans à peine. Les faits mêmes semblent jusqu'ici justifier ces hardiesses, ces audaces, car, au succès récent de M. Kœberlé, s'ajoute celui du professeur Julliard, de Genève. Mais la difficulté et la longueur de cette nouvelle opération, et surtout les dangers de la péritonite consécutive par issue des matières fécales, s'opposent à ce qu'elle tombe jamais dans le domaine public. Même après son remarquable succès, le chirurgien suisse persiste à croire qu'elle restera une exception très rare, et qu'en cas de hernie étranglée, la règle doit être, aujourd'hui comme avant, de faire l'anus contre nature, sauf à pratiquer consécutivement et en cas d'insuccès une entérectomie secondaire, qui, par les adhérences établies, présentera beaucoup moins de dangers que primitivement.

Les résultats obtenus jusqu'ici justifient d'ailleurs cette manière de voir. Sur 15 résections de l'intestin pour hernie étranglée indiquées par l'auteur et dues exclusivement à des chirurgiens allemands, il y a eu 7 morts, dont deux par rupture de la suture, un par perforation de l'intestin gangréné, et quatre dont la cause n'est pas indiquée. Tandis que, sur

12 cas de résection pour anus contre nature, il n'y a eu que 2 morts, un par embolie pulmonaire, le second par une déchirure de l'intestin, qui s'est faite pendant l'opération et qui n'a pas été aperçue. (*Tribune méd.*, n^{os} 675 et 676.)

Un auteur allemand, Ch. Beck, prétend justifier la préférence à accorder à cette résection de l'intestin gangréné sur l'anus contre nature par des expériences sur le chien et le chat, malgré la différence des conditions avec l'homme. Après les observations qui précèdent, il ne sera peut-être pas inutile d'en signaler les résultats. 69 animaux ont été mis en expérience, et sur 24 résections intestinales il y a eu 14 guérisons, tandis que 20 anus contre nature n'en ont donné que 9, dont 3 douteuses. Celle-ci est donc plus grave que la première. (*Archiv für klin. chirurg.*, 1880.)
Voy. ENTÉRECTOMIE.

Hernies ombilicales. Depuis la grande controverse de Malgaigne sur l'inflammation et l'étranglement des hernies, on n'opérait plus guère les hernies ombilicales, parce que, avait-il dit, ce sont plutôt des péritonites herniaires que des étranglements. Le volume parfois énorme de la tumeur, son siège, l'absence de sac et la minceur des téguments distendus sont autant de causes d'inflammation. Si l'on y ajoute les adhérences des viscères et la petite quantité de sérosité du sac, la blessure presque nécessaire de l'épiploon et l'exposition des parties herniées à l'air, on conçoit facilement que c'étaient là autant de raisons puissantes, il y a dix ans à peine, pour proscrire cette opération. Sur 100 malades, affirmait M. Verneuil avec l'assurance qui le caractérise, 98 mourront si l'on débride l'étranglement, tandis que 25 seulement succomberont en s'abstenant de toute manœuvre, même du taxis.

Des tentatives opératoires, faites néanmoins dans quelques cas choisis, ayant donné des succès entre les mains de Demarquay et quelques autres chirurgiens hardis, on prit courage, et, en voyant la tolérance du péritoine dans l'ovariotomie surtout, on n'eut plus autant de crainte de le léser, le diviser. L'emploi de la méthode antiseptique de Lister, en permettant d'ouvrir largement le ventre sous le nuage phéniqué, donna surtout confiance aux jeunes chirur-

giens qui n'hésitèrent plus à opérer les hernies ombilicales, comme celles de l'aîne, avec ces précautions. M. Nicaise, en ayant obtenu un succès en 1877 contre une hernie peu volumineuse, sans inflammation, a conclu dès lors que, en s'entourant des mêmes précautions pour la kélotomie ombilicale que l'on emploie pour l'ablation des tumeurs de la cavité abdominale, elle se chiffrera rapidement par de nombreuses guérisons.

Cette prédiction, tout opposée à celle de M. Verneuil en 1875, s'est déjà réalisée. Sur 6 opérations faites suivant la méthode antiseptique par MM. Terrier et Polàillon, il y a eu 4 succès. Les deux insuccès ont eu lieu également, pour l'un et l'autre, chez de vieilles femmes présentant des hernies énormes avec phénomènes de péritonite herniaire et opérées *in extremis*. La mort survint peu de temps après.

Voici les succès :

I. Petite hernie ombilicale chez un homme présentant des symptômes modérés d'étranglement; opération immédiate vingt-quatre à trente-six heures après le début. Le sac herniaire, très épais, contenait une petite anse d'intestin grêle congestionné, avec une grande quantité de tissu cellulo-graisseux, sans épiploon. Trois petits débridements sont faits; deux points de suture sur l'orifice. La réunion en fut immédiate; celle de la peau eut lieu secondairement; guérison rapide.

II. Hernie ombilicale remontant à vingt ans chez une femme de 45. Anse d'intestin grêle de 12 centimètres de long, étranglée au milieu d'une masse d'épiploon, grosse comme la moitié d'une tête d'enfant. Débridement douze heures après le début des accidents. Lavages phéniqués, pansement de Lister, drain placé entre l'épiploon et les léguments. Réunion superficielle immédiate; guérison sans autre accident qu'un léger sphacèle de la peau.

III. Hernie ombilicale volumineuse, à la suite d'accouchements multiples. Masse épiploïque enveloppant l'anse intestinale étranglée sans altérations; débridements multiples, réduction et ligature de l'épiploon avec excision consécutive. Réunion par première intention sans drain, sauf le sphacèle de la peau très aminci. Guérison.

IV. Hernie ombilicale du volume d'une pomme chez une femme âgée. Pas d'épiploon dans le sac. Deux points de

suture sur l'orifice ombilical; réunion superficielle sans drains, malgré un léger sphacèle de la peau. Guérison.

Par la simplicité de ces détails, l'opération semble aussi facile et sans plus de gravité que pour la hernie inguinale. Ces résultats sont dus évidemment à la méthode antiseptique; cependant il y a toujours lieu de tenir compte des phénomènes inflammatoires, et il est préférable d'intervenir avant. Il y a même lieu de ne pas insister trop longtemps sur le taxis, surtout dans les grosses hernies anciennes. M. Duplay seul pense qu'on peut les opérer de même avec succès à l'aide de la méthode antiseptique. Il pratiqua ainsi la laparotomie à ciel ouvert pour une énorme hernie ventrale la plus volumineuse qu'il ait jamais vue. La guérison fut néanmoins complète. Il croit même, comme M. Verneuil, qu'il suffit de réduire le sac sans l'ouvrir, comme dans le cas précédent. Trois autres opérées avec ouverture du sac sont mortes.

Mais la pratique de M. Kœberlé montre péremptoirement que cette ouverture du sac herniaire n'a pas le danger qu'on lui attribue... par tradition. Chaque fois qu'il a rencontré une hernie ombilicale chez ses ovariectomisées, il ne s'est pas contenté de pratiquer des débridements du collet. Réséquant ce collet, il ouvre largement la cavité abdominale et rapproche les bords de l'orifice ainsi constitué, les suture suivant une ligne verticale et les met dans des conditions analogues aux lèvres de la plaie du kyste ovarique. Plusieurs fois, il a eu recours à ce procédé sans aucun insuccès. Il n'y a donc pas lieu d'hésiter à intervenir contre la hernie ombilicale étranglée, à ouvrir, fendre et même exciser le sac, sans danger pour l'opérée. Il suffit de l'astreindre à porter un bandage herniaire pendant les premiers mois. Un an après, la réunion était aussi complète que possible, avec une cicatrice solide, sans éventration à redouter.

Les sutures doivent porter à la fois sur les parties profondes et sur les superficielles, en adossant la séreuse et en unissant les téguments au-dessus par une autre série de fils. Rien de mieux que d'interposer un petit drain en caoutchouc entre deux sutures. (*Soc. de chirurgie*, janvier.)

Contre un étranglement à marche lente, M. Chauvel opéra seulement le sixième jour et guérit néanmoins son

opérée. Mais il faut agir plus rapidement, d'après M. Terrier.

Quant à la suture de l'orifice, elle peut sembler impossible par l'écartement des bords, produit par le ballonnement; la simple suture du sac suffit ainsi à retenir l'intestin dans le cas précédent. Mais il ne faut pas craindre de suturer l'anneau, même dans ces conditions, le ballonnement devant disparaître par la réduction même de la hernie. M. Polaillon a toujours suturé l'anneau ombilical lors même qu'il était peu résistant, sans crainte de sectionner les tissus. (*Idem*, novembre.)

Complications de l'ovariotomie. V. OVARIOTOMIE.

Hernie inguinale ovarique. Une femme hystérique de quarante-huit ans portait depuis sa naissance une petite tumeur indolore et irréductible dans l'aîne droite. Contenue avec un bandage, elle conservait le même volume et la même insensibilité aux époques menstruelles.

Cette femme se présente à l'hôpital par suite du développement de cette tumeur, devenue douloureuse et assez dure à la pression. On diagnostique une hernie épiploïque congénitale et irréductible, mais, dès le lendemain, des symptômes d'étranglement apparaissent. La kélotomie est pratiquée par le docteur Raffo. Un sac très tendu se présente, dont l'incision fait jaillir un liquide visqueux.

Ce prétendu sac était un kyste qui se continuait à travers le canal inguinal. Un corps solide, reconnu être l'ovaire gauche, se trouvait à l'intérieur. On en fit l'extirpation, et le drainage fut établi selon la méthode antiseptique.

Tous les signes d'étranglement disparurent rapidement avec atténuation de l'état hystérique. (*Lo sperimentale*, n° 1.)

Pseudo-hernies musculaires. Certains muscles longs superficiels peuvent se rompre et former en se contractant des tumeurs simulant une hernie complète à travers l'aponévrose. C'est ainsi que, après un effort ayant produit une ecchymose s'étendant du genou au pli de l'aîne, une tumeur apparut, qui fut prise pour une hernie par le docteur Bousquet. C'était une rupture du moyen abducteur. Outre que son aponévrose n'est pas assez vasculaire pour produire

une ecchymose aussi vaste, l'examen au repos ne trouvait rien ou presque rien. La contraction des abducteurs seule déterminait une tumeur à la partie supéro-interne de la cuisse, grossissant et durcissant à volonté. Dans l'abduction extrême et passive de la cuisse, la tumeur disparaissait, pour reparaitre si le blessé cherchait à rapprocher les cuisses et en s'opposant à ce mouvement. Dans un cas analogue, l'aponévrose s'était laissée distendre et même érailler dans trois ou quatre points, dans l'espace de six mois.

Deux exemples semblables se sont présentés à M. Fara-beuf pour montrer la lésion précitée. Chez un homme de cinquante-cinq ans, qui, en tombant sur le bord d'un trottoir, fit un violent effort pour se retenir, le muscle droit antérieur se rompit près du bout inférieur de son corps charnu. Cette tumeur durcit peu à peu par la contraction musculaire et oscille dans la gaine de l'aponévrose pendant la marche.

Une autre rupture du muscle moyen abducteur s'est produite en nageant chez un homme de quarante-cinq ans, qui a ainsi une pseudo-hernie musculaire. (*Soc. de chir.*, juin.)

Hernies irréductibles. Cure radicale. Un homme de soixante et un ans avait deux hernies inguinales anciennes dont la gauche s'étrangla le 2 février. Après le taxis sans réduction, le malade eut une selle; néanmoins un spécialiste fit encore deux séances successives de taxis d'une heure chacune. Un épanchement séro-sanguinolent distendait le scrotum avec menace de phlegmon. Malgré l'issue de gaz, le docteur Lemay, appelé le 4, n'hésita pas à faire la kélotomy et réduisit 30 centimètres d'intestin hernié avec déchirure du sac en deux endroits sous forme de boutonnières. Un drain fut laissé dans la plaie, recouverte d'un pansement de Lister. L'opéré guérit, et, quatre mois après, la hernie ne s'était pas reproduite.

Malgré la contre-indication d'opérer autrefois en pareil cas, M. Périer, rapporteur, approuve la conduite du chirurgien dans celui-ci, quoique l'étranglement fût incomplet. Les chirurgiens sont maintenant disposés à tenter la cure radicale des hernies irréductibles, dit-il, et cette tentative est justifiée, suivant le professeur Trélat, avec l'emploi de la méthode antiseptique. Dès que l'irréductibilité persiste, malgré

le repos, les purgatifs, le taxis, la bande de caoutchouc, etc., le chirurgien est autorisé à tenter la cure radicale de cette infirmité. La même conduite est même justifiable lorsque, réduite, la hernie sort à chaque instant, à cause de la largeur de l'anneau. C'est contre une infirmité que l'on agit alors et non contre une hernie irréductible depuis quinze ou vingt jours. (*Soc. de chirurg.*, novembre.)

HOPITAUX. Laïcisation. Un grand bruit s'est fait soudainement à Paris sur la question de remplacer les religieuses dans les hôpitaux, comme dans les écoles, par des laïques. Des esprits intransigeants ont voulu la résoudre brusquement par le renvoi des religieuses habituées à ce service. Au point de vue du service et de l'intérêt des malades, l'avis préalable des médecins et chirurgiens des hôpitaux, placés mieux que personne pour connaître les avantages et les inconvénients de ce changement radical, était au moins nécessaire pour en décider l'urgence. Mais les initiateurs du mouvement de cette réforme, personnifiés anonymement dans le *Progrès médical*, sous la direction du docteur Bourneville, membre du Conseil municipal, ne l'ont pas compris ainsi et n'ont compté que sur le fait accompli.

C'est alors qu'une protestation contre cette mesure, partie sans doute des intéressés ou de leurs adhérents, a été soumise à la signature du corps médical hospitalier, dont voici le résultat. Sur 136 médecins et chirurgiens en exercice, — 93 médecins dont 14 du Bureau central et 43 chirurgiens dont 10 du même Bureau, — 68 médecins et chirurgiens titulaires et 10 médecins et chirurgiens du Bureau central ont adhéré à cette protestation, soit 78 sur 136; restent 56 qui n'ont pas adhéré par leur silence ou en protestant par écrit. Une majorité de 10 voix du corps médico-chirurgical en exercice se prononçait donc contre cette réforme.

Elle s'est encore bien plus accentuée parmi les honoraires, dont 13 médecins sur 18 ont adhéré et 6 chirurgiens sur 7. Sur un total de 161 votants, c'est donc 95 voix opposantes contre 66 pour la laïcisation.

Huit signataires ont ensuite le 16 mars, sans réclamer la laïcisation, déclaré qu'ils étaient satisfaits de l'intelligence et du dévouement du personnel laïque placé sous leurs

ordres. Voilà en réalité l'opinion du corps médical des hôpitaux sur la mesure proposée. Et il ne faut pas voir dans ces opposants une coalition d'influences diverses enrôlée sous la bannière du cléricalisme, comme l'a dit le *Progrès médical*, pour mieux triompher. Parmi ces opposants, on trouve des israélites, des protestants, des libres penseurs, dont l'opinion à ce sujet est étrangère à toute idée de secte ou de parti. La différence de leurs opinions religieuses ou philosophiques est la meilleure preuve de leur sincérité.

Le service médical est donc ici en opposition manifeste avec l'administration de l'Assistance publique. Lui dénier le droit de se prononcer contre l'administration, comme l'a fait la *Tribune médicale*, c'est ne tenir compte ni de son rôle ni de sa dignité, dans un intérêt de parti. Ne s'agit-il pas ici de l'exécution des ordonnances et du soin des malades? Si graduellement et sans tapage on eût remplacé les religieuses par des laïques dans les nouveaux hôpitaux, comme celui de Laennec, de Tenon et autres, ou par extinction des religieuses dans les anciens, la réforme se fût accomplie sans que personne s'en aperçût. Au contraire, on en a fait une affaire d'État, de République et, à propos de malades, de blessés et de mourants, c'est de la mauvaise politique. Il a suffi d'y réfléchir pour comprendre que l'on ne pouvait pas remplacer avec avantage 400 religieuses habituées à la direction des services hospitaliers par des laïques, hommes ou femmes, qui n'en ont pas la moindre idée. Les gardes-malades de la ville n'en seraient pas plus capables, et ce n'est que par une instruction spéciale, graduée, que ces surveillantes et sous-surveillantes peuvent se former. Le temps est indispensable pour cela. L'autorité nécessaire à cet effet, acceptée chez la religieuse en raison de son savoir et de son habit, le sera-t-elle de même chez les laïques? On peut en douter.

D'ailleurs la surveillante laïque, ayant mari et enfants, sera-t-elle aussi libre, indépendante, pour assister les malades et en retournant parmi les siens, dans sa famille, n'y pourra-t-elle pas transmettre les germes des maladies contagieuses? N'y a-t-il pas là des raisons qui l'empêcheront de se donner tout entière, de se dévouer à son service avec sacrifice et abnégation?

On comprend qu'en dehors de tout esprit de secte et

de parti, et dans le seul intérêt des malades, les médecins se soient prononcés contre cette brusque transition. Sans leur approbation, l'administration ne doit procéder que graduellement à cette réforme, en montrant par les améliorations réalisées du service qu'elle effectue un progrès incontestable.

Si des abus, des faits de prosélytisme religieux se manifestent de la part des sœurs, que chaque chef de service, chaque élève, chaque malade les dénonce hardiment, à l'exemple du docteur Després et de quelques autres. Si des abus de pouvoir ou de mauvais traitements sont constatés, que leurs auteurs soient punis sévèrement et remplacés. Toutes les réformes seront alors justifiées et légitimes; le progrès réel ne s'opère pas autrement.

Hôpitaux maritimes. Les effets bienfaisants de l'air marin ou plutôt de l'atmosphère maritime par le séjour au bord de la mer pendant la saison chaude sont si généralement reconnus et appréciés que toutes nos plages de la Manche et de l'Océan, encore plus que celles de la Méditerranée, sont envahies chaque année davantage par les populations riches ou aisées des grandes villes, qui vont y prendre pour eux et leurs enfants un regain de jeunesse et de santé. La campagne est chaque année délaissée, négligée davantage pour la mer. L'air pur, excitant, tonique et fortifiant que l'on respire, les bains que l'on y prend, en sont les plus grands attrait, et, en coïncidant avec la société, les réunions, les exercices, les plaisirs même que l'on y rencontre, cette médication hygiénique devient de plus en plus à la mode.

L'assistance publique et privée n'a pu rester étrangère à ce mouvement général en faveur des déshérités de la santé et de la fortune qui sont à sa charge. Il importait surtout que les enfants à la constitution débile, faible, rachitiques et scrofuleux en profitassent, afin de ne pas devenir estropiés ou infirmes et rester une charge permanente pour la société tout entière. C'est dans cette pensée humanitaire et philanthropique que le docteur Barellai inaugura en Italie, il y a presque un demi-siècle, ces petits hôpitaux maritimes qui existent aujourd'hui sur les deux rives de la Péninsule au nombre de vingt à trente.

Les États-Unis d'Amérique ont suivi cet exemple, en envoyant leurs enfants faibles, chétifs, malades, pendant l'été dans des maisons spéciales, construites au bord de l'Océan. Une protestante réalisa la première cet heureux essai en France, en 1832, à Cette, sur les bords de la mer. Mais il fallait que l'État, incité par tous ces exemples et les bienfaits en résultant, fit construire en 1861 le petit hôpital de Berck-sur-Mer et ensuite le grand pour en démontrer tous les avantages et donner l'impulsion à des établissements semblables. Tel est celui qui fut construit en 1872 par la puissante maison Rothschild et spécialement destiné aux enfants israélites.

Ce mouvement *sanitaire* ne doit plus s'arrêter, et il appartient spécialement aux administrateurs, aux médecins, aux philanthropes de nos départements maritimes, de le seconder activement, en créant sur leurs rives de petites maisons où les enfants pauvres et malades pourront trouver un abri bienfaisant et salubre au bord de la mer durant l'été. Qu'une sainte croisade s'organise à cet effet, et des souscriptions publiques, faites parmi tous les heureux du jour qui vont chaque année jouir de ce séjour bienfaisant, ne pourraient manquer de réussir, en intéressant surtout les parents qui y conduisent eux-mêmes leurs enfants.

Le préfet du Nord a pris cette initiative généreuse et intelligente en soumettant au Conseil général un projet d'hôpital maritime pour les enfants du département atteints de maladies chroniques. Il l'a soumis également à la Société centrale de médecine de Lille, qui n'a pas manqué de l'appuyer dans sa séance du 10 novembre 1880, sur le rapport du docteur Arnould se résumant dans les conclusions suivantes :

I. La scrofule et le rachitisme, liés pour une grande part au séjour dans les grandes villes et dans les ateliers, sont des maladies très répandues partout et particulièrement dans le département du Nord et dans la ville de Lille.

II. Le séjour des enfants au bord de la mer, aidé de la balnéation maritime, est un des plus puissants modificateurs des diathèses scrofuleuse et rachitique et l'un des plus sûrs moyens de traitement des lésions qui en dépendent. La théorie le fait prévoir, connaissant la pureté de l'air marin et les vertus stimulantes des eaux chlorurées sodiques.

L'expérience de Berk, des stations maritimes pour l'armée, des hôpitaux maritimes de Cette, d'Italie et d'Amérique, en donne les preuves de fait.

III. Un établissement permanent d'assistance, au bord de la mer, portant le nom de *Maison maritime des enfants malades*, est désirable et possible dans le département du Nord.

IV. On devra installer et construire cette maison selon les règles modernes de l'hygiène hospitalière et lui donner les locaux, les annexes et le personnel qu'exigent plus spécialement les nécessités physiques et morales de l'enfance. (*Bull. méd. du Nord*, décembre 1880.)

Hôpital Moiana. Un pavillon portant ce nom va être élevé sur le boulevard Diderot, et contigu à l'hôpital Saint-Antoine, pour satisfaire aux dernières volontés d'un riche bienfaiteur de la ville de Paris, Emmanuel-Antoine Moiana, qui, par son testament du 3 mars 1872, lui a légué la somme de un million, dont la moitié doit être employée à la construction d'un hôpital devant porter le nom du donateur et destiné de préférence aux pauvres femmes malades ou indigentes. Le revenu de l'autre moitié, placée en rentes sur l'État, doit servir à l'organisation et aux dépenses annuelles de cet hôpital.

Le donateur étant décédé au mois de décembre 1876, le Conseil municipal de Paris vient de décider l'agrandissement de l'hôpital Saint-Antoine, contenant actuellement 776 lits, par la construction en façade sur le boulevard Diderot d'un pavillon qui portera le nom de Moiana et constituera un petit hôpital à peu près indépendant. Ce nom figurera glorieusement ainsi à juste titre à côté de ceux de Monthyon, Lariboisière, dans la phalange des bienfaiteurs des pauvres.

Hôpital Garfiel. Contrairement aux peuples et aux États du vieux monde qui ont montré leur respect à leurs souverains en leur élevant des colonnes, des statues ou des monuments, les Américains ont résolu de perpétuer la mémoire de leur dernier Président en un grand et vaste hôpital portant son nom. Cette fondation charitable doit avoir la plus pure destination : ses salles doivent être ouvertes à tous les

malades, sans distinction de couleur ni de croyance; être souffrant et en nécessité de secours, — *to be a sufferer in need of help*, — sera le seul passeport requis pour y entrer et recevoir ses secours. Noble et grande destination qui honore mieux l'homme au nom de qui elle est faite que tous les plus somptueux monuments.

Cet hôpital doit être élevé en Colombie. Tous les Etats sont appelés à y souscrire par l'intermédiaire du clergé de toutes les religions, à un jour fixe, sur le même plan que le *Sunday Fund* anglais. Les vertus et le beau caractère du dernier Président, ses succès et les cruelles souffrances si héroïquement supportées dans sa fatale maladie sont une assurance que cet appel ira à tous les cœurs et qu'ils répondront unanimement par des dons généreux.

HYDRONÉPHROSE. Un commis de magasin, âgé de soixante ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Hayem, le 9 février 1880. Rien d'important à noter comme antécédents; aucune maladie ne l'a obligé, jusqu'à ce jour, d'interrompre ses occupations.

Quinze jours avant, il a éprouvé une vive douleur dans le côté gauche. Trois jours après, il a dû s'aliter. Depuis lors, constipation, coliques, vives douleurs au flanc gauche, anorexie, amaigrissement, urines troubles.

A son entrée, on constate une légère voussure de la paroi abdominale au niveau du flanc et de l'hypocondre gauches, sans œdème ni changement de couleur à la peau. Submatité légère. La palpation provoque une tension des parois abdominales, due aux contractions musculaires déterminées par la douleur. Celle-ci existe également en arrière, aux lombes, mais moins forte. Rien aux poulmons ni au cœur. Pouls à 88.

Urines grises, purulentes. Miction non douloureuse, passage de ténésme vésical. Pas de traces de calculs vésicaux; jamais de coliques néphrétiques.

10 février. Même état. Cataplasme laudanisé sur le ventre; huile de ricin 15 grammes.

11. Selles en purée. Hoquet, langue sèche, soif vive. Râles fins à la base des deux poulmons, en arrière. La tuméfaction est augmentée. La palpation, rendue plus facile par une diminution de la douleur, fait constater l'existence

d'une poche fluctuante, « qui ne peut être rapportée qu'à une hydronéphrose ou à un kyste rénal. » Pouls à 92. Injection sous-cutanée de 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine.

12. Les symptômes d'affaiblissement s'accroissent : hoquet, face grippée, etc. La mort survient le 13 février, à cinq heures du soir.

Autopsie. Une vaste poche ovoïde, de 27 centimètres de long sur 14 de large, s'étend le long de la colonne vertébrale, depuis la fosse iliaque jusqu'à la dixième vertèbre dorsale ; une bandelette fibreuse placée transversalement au niveau de sa partie moyenne la divise en deux lobes principaux. Ce kyste est médiocrement distendu par du liquide ; la fluctuation s'y perçoit d'une extrémité à l'autre. Il donne naissance, par son extrémité inférieure, à un uretère manifestement épaissi, et est séparé en deux loges principales par un anneau fibreux correspondant à la bandelette fibreuse signalée plus haut et percé d'un orifice arrondi de la dimension d'une pièce de 5 francs. Ce kyste contient un liquide purulent analogue à celui que renferme la vessie. Les parois, très minces en certains points, mesurent dans d'autres un centimètre d'épaisseur. Leur face interne est parsemée de cloisons saillantes qui circonscrivent des alvéoles arrondies de différentes dimensions. Au voisinage de la poche, l'uretère est manifestement rétréci sur une longueur de un centimètre et demi, et, en ce point, sa paroi est plus épaisse et plus dense ; la dilatation kystique commence brusquement au-dessus de ce rétrécissement.

Le rein droit présente une légère dilatation des calices et du bassinet. Pas de dilatation de l'uretère ni d'épaississement de ses parois.

La vessie contient du pus. Rien d'important à noter dans les autres viscères.

L'examen histologique révèle dans les parois de l'uretère les caractères de l'inflammation chronique : épaississement de la tunique externe fibreuse, dissociation des fibres musculaires par du tissu conjonctif de nouvelle formation ; cellules embryonnaires dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs et autour des vaisseaux, etc. Ces lésions s'observent au voisinage de la poche et surtout dans le point rétréci de l'uretère.

La paroi du kyste est presque uniquement formée par du tissu fibreux. Sur quelques points, on voit des traces de canalicules urinifères obstrués par des coagula anciens; on voit aussi quelques glomérules transformés en masses fibreuses.

D'après l'auteur, le rétrécissement de l'uretère a dû être le point de départ de la dilatation des calices et de l'hydronéphrose, puisqu'il se trouvait immédiatement au-dessous de cette dilatation. Quant à ce rétrécissement, il peut être comparé à ceux de l'urèthre consécutifs à l'inflammation du canal; mais rien dans l'histoire du malade n'indiquait cette inflammation. (*Soc. anatomique.*)

HYGIÈNE. L'intérêt public de cette science se démontre par son but essentiellement conservateur : prévenir les maladies contagieuses et épidémiques surtout qui déciment les populations. Elle est ainsi par excellence la science de l'homme, la médecine publique de l'humanité. Devant la décroissance progressive de la natalité en France, son observation rigoureuse est un devoir impérieux pour maintenir dans de bonnes conditions de vitalité et de santé et prolonger autant que possible la vie du plus grand nombre des citoyens existants. Cela importe à sa puissance et à son avenir, d'autant plus que sans hygiène physique, publique et privée, il n'y a pas d'hygiène morale, aussi essentielle et indispensable que l'autre à la longévité et la conservation des populations.

De là l'urgence pour les gouvernants d'en mettre en vigueur toutes les lois, les règles et les ressources, comme aux gouvernés de les observer et les suivre. Une génération aussi positive que la nôtre ne peut négliger cette condition essentielle de son progrès, et il appartient à la démocratie éclairée et laborieuse qui nous gouverne de faire produire à cette science tous ses bienfaits, en mettant ses diverses institutions en harmonie par la création d'un centre unique : une direction spéciale de l'hygiène et de la médecine publiques au ministère de l'intérieur.

Tout concourt déjà à la réalisation de ce progrès, réclamé depuis plusieurs années par les besoins croissants de l'industrie et de l'agriculture. Pour y suffire, des comités et des bureaux privés d'hygiène se sont formés spontanément.

ment dans plusieurs grandes villes, par l'insuffisance même des institutions officielles, sous l'influence et la pression de ces nécessités. L'enseignement public et élémentaire de cette science a même été décrété, et de nombreux et gros traités ont été publiés à ce sujet. Plusieurs Congrès d'hygiène ont aussi été tenus, et des Sociétés se sont fondées dans ce but spécial avec des organes périodiques pour en promulguer les instructions et les actes. Le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale de la ville de Paris* est même fondé pour en enregistrer les résultats. Tout est donc prêt à être mis utilement en œuvre, en se reliant à une direction unique, centrale. Il n'y a plus qu'à la créer avec un chef digne et capable d'en faire mouvoir tous les ressorts.

Avec une foi insistante, une conviction profonde, le docteur Liouville, auteur du projet de loi sur la vaccine obligatoire, est revenu cette année, dans son rapport à la Chambre des députés sur le projet de budget du ministère de l'intérieur pour 1882, sur les avantages qu'il y aurait à réunir en France en un centre commun, comme cela existe à l'étranger, les divers services chargés de satisfaire aux multiples et impérieuses nécessités de la santé, de l'assistance publique, et surtout de l'hygiène, plus importante encore, car elle est l'assistance préventive. Les secours donnés aux malades et aux nécessiteux pourraient être ainsi diminués d'autant, si, par des mesures prophylactiques, les populations étaient mises à l'abri des endémies et des épidémies qui les déciment ou les conduisent à la misère. Ce serait donc une mesure économique de créer une direction de la santé publique. On crée des ministères des beaux-arts, des postes et télégraphes, de l'agriculture, du commerce, des colonies, sans penser que l'hygiène publique de toutes les populations imposables de ces nouvelles administrations, comme des anciennes, est sans boussole, ni contrôle ni direction. Les conseils ou comités locaux, isolés et séparés, sans lien ni unité, sont laissés sous l'action et l'influence directe des autorités locales, comme ceux de Paris sous celle du ministre de l'agriculture et du commerce. Leur indépendance sans autonomie les fait souvent se nuire, se contredire et s'annihiler réciproquement, alors qu'une direction supérieure et éclairée, en stimulant et concentrant leurs efforts suivant des règles fixes, les utiliserait dans une même vue

d'ensemble aux besoins locaux, sans que les administrateurs, préfets, sous-préfets et maires, aient à s'en occuper autrement qu'à les signaler et surveiller l'exécution de leurs services. Ce serait la simplification dans un ordre simple, éclairé, responsable et régulier.

Tout est confondu au contraire dans l'état actuel. Le pouvoir qui autorise et commande, comme les ministres et les préfets, est incapable de contrôler, vérifier ni réprimer. Il n'a que la destitution pour sanction, absolument comme le commandement et l'intendance dans l'armée. C'est trop et pas assez. D'où l'anarchie qui règne dans tous ces services.

Les autorités administratives n'ont ainsi que l'Académie de médecine et le Comité central d'hygiène pour s'éclairer sur les décisions qu'ils ont à prendre dans l'intérêt de la santé publique. De là les lenteurs et les retards que subit l'expédition de ces affaires d'urgence en général. Il faut les réunir pour les consulter. Des discussions interminables en résultent, des conclusions boiteuses sont prises, et c'est ainsi que tout le monde et chacun souffre de cette imperfection des institutions sanitaires.

Traité d'hygiène publique et privée basée sur l'étiologie, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité. Un volume in-8 de plus de 1100 pages, avec un appendice de 163 pages; Paris, librairie Germer Baillière.

C'était un devoir pour le célèbre et vénérable professeur, qui a vieilli dans sa chaire, de laisser cet ouvrage aux générations présentes et à venir comme son testament scientifique, témoignage et sceau de sa longue et laborieuse carrière. Il sera le bienvenu en formant le trait d'union entre l'hygiène ancienne, dont il conserve et reproduit tous les plus précieux enseignements, fondés sur l'expérience et l'observation des siècles, et l'hygiène nouvelle. Mieux assurée sur les progrès de la science moderne, celle-ci formule d'avance les préceptes et les règles positives, mathématiques à observer pour conserver la santé et prévenir les maladies contagieuses, épidémiques et professionnelles surtout. Entre cette marche en avant, rapide et assurée d'aujourd'hui, et les tâtonnements ignorants, timides et in-

certains d'autrefois, ce livre tient le juste milieu, sage, prudent et réservé, qui convient à une longue expérience éclairée par un profond et vaste savoir. Le président d'honneur de la jeune Société libre de médecine publique et d'hygiène professionnelle ne saurait avoir d'autre rôle. Il est aussi positif et affirmatif que possible, quand il peut s'appuyer sur les lois de la science et l'épreuve des faits, des observations; il fait même mieux en pareil cas : il démontre et fournit les preuves pour mieux convaincre en instruisant. C'est sa méthode favorite. Mais tout en éclairant sur les idées, les doctrines, les recherches et les expériences nouvelles, sur les travaux et les systèmes du jour qu'il expose avec impartialité, il n'en soutient ni les promesses brillantes, merveilleuses, que l'on en conçoit, pas plus qu'il n'adopte les solutions anticipées que l'on en donne pour l'avenir de la prévention des endémies, des épidémies et des maladies contagieuses. Telle est sa mesure distinctive.

Cette distinction est basée sur le titre même, c'est-à-dire l'étiologie ou la cause des maladies. D'après cette étude sévère, l'auteur ne peut admettre d'emblée la nature parasitaire de toutes les maladies par des microbes et bien que favorable à cette doctrine, il n'en accepte ni les preuves ni les conséquences; il les examine, les discute et en attend la confirmation par la clinique, comme tous les praticiens judicieux.

Des cinq sections principales de ce traité : ingesta, excreta, gesta, applicata et circumfusa, cette dernière en occupe ainsi la plus grande partie, en comprenant les parasites et les ferments agissant sur l'homme, car là se trouvent la description et la discussion des virus, des venins, des fermentations et des microbes, qui remplacent aujourd'hui la théorie des miasmes, des putréfactions, des infections. A elle seule, cette partie du livre est un véritable traité de 428 pages, où l'on peut étudier en détail toutes les différences des deux doctrines, non seulement quant à l'hygiène, mais dans la pathologie tout entière et même la médecine comparée. En sa triple qualité de médecin, pharmacien et naturaliste, l'auteur n'a rien négligé de ce chapitre important dont la *misère physiologique*, son œuvre principale, occupe presque le quart.

Dans l'impossibilité d'analyser une œuvre si considérable, ses divisions principales et son caractère doivent être indiqués. Les percepta sont ainsi ajoutés à la fin, sous le nom d'hygiène de l'encéphale ou hygiène morale. C'est la section qui a le moins de développement, indiquant par cette sobriété la nature essentiellement médicale et pratique du livre, tous les modificateurs du système nerveux : alcools, boissons fermentées et caféïques, étant décrits à la suite des ingesta.

A cette œuvre principale, qui forme le corps même et la substance du volume, s'ajoute une première partie, comprenant l'introduction et les généralités de l'hygiène, ses classifications et son histoire, limitées en 42 pages. L'hygiène générale forme la troisième partie, suivant les âges, les sexes, les professions, les lieux et les climats, avec les maladies qui en sont la conséquence. De là les mesures sanitaires à prendre contre le choléra, la fièvre jaune, la peste, sans que la syphilis y soit comprise. C'est l'hygiène internationale et sociale même, qui occupe à peine une centaine de pages, parce que tous les points accessoires ont été préalablement indiqués. Les pièces justificatives forment l'appendice qui termine cet immense volume d'un texte fin et serré, sans hors-d'œuvre ni compilation.

La cause de cette différence avec tant d'autres ouvrages sur le même sujet, traités ou manuels, est dans l'immense savoir de l'auteur et le nombre prodigieux de documents accumulés sur la matière. La méthode suivie n'y est pas étrangère non plus. M. Bouchardat ne parle de rien sans le faire connaître, le décrire et parfois avec assez de détail selon l'importance du sujet. Par ses vastes connaissances et son étude spéciale de la plupart de ces questions qui lui sont familières, comme le sucre, le lait et le vin, par exemple, le diabète, la misère physiologique et tant d'autres, il a peine à se limiter, à s'arrêter. Il accumule preuves sur preuves par des documents, des statistiques pour et contre, des observations, des citations. Ses connaissances chimiques, botaniques, physiologiques l'entraînent même parfois trop loin à décrire des caractères, des propriétés, des fonctions accessoires. Il s'étend ainsi outre mesure sur la fabrication et l'usage de certains ingesta usuels et bien connus, comme les vins, les alcools, les céréales, le café, le

thé et le chocolat, tandis que les bonbons et certains légumes sont placés parmi les *circumfusa*, en raison de leur toxicité par la coloration artificielle qu'ils subissent.

Ce n'est pourtant là un traité ni élémentaire ni calqué sur un modèle quelconque. Il est parfaitement original, *ex professo* et savant. L'habitude seule de la chaire a conduit le maître à écrire parfois comme s'il s'adressait à des élèves. C'est la seule critique qu'il nous inspire.

Hygiène professionnelle. Les travaux considérables déjà engagés et qui vont être continués sur le littoral maritime, en exécution du programme des grands travaux publics de M. de Freycinet, ont obligé le ministre à consulter l'Académie de médecine sur les mesures et précautions à prendre et les soins à donner aux ouvriers travaillant dans des terrains marécageux ou des alluvions maritimes de formation récente. Un rapport très intéressant de la section d'hygiène, fait par le professeur Léon Colin, du Val-de-Grâce, et adopté par l'Académie, demande la mise en pratique des mesures suivantes :

Fragmentation du travail ;

Choix des ouvriers parmi les hommes sains et vigoureux, de préférence parmi les habitants de la région ;

Diminution de la durée du contact du travailleur avec le sol, aux heures extrêmes de la journée ;

Installation des ouvriers pendant la nuit au milieu des centres de population voisins ;

Alimentation spéciale ; un plat chaud et substantiel le matin avant le travail ;

Transport immédiat des fiévreux à l'hôpital ; pas de médication préventive ;

Allumage de grands feux, matin et soir, sur les chantiers ;

Inondation des travaux qui seraient des foyers actifs d'impaludisme, et emploi de la culture intensive dans les terrains fraîchement remués. (*Acad. de méd.*, 15 novembre.)

Au lieu d'être facultatives, ces conditions devraient être imposées aux entrepreneurs de travaux publics dans les cahiers des charges et exécutées ponctuellement sous leur responsabilité et à peine de dommages-intérêts envers les malades ou les morts victimes de leur inexécution. Cette

question a déjà été agitée à la Société de médecine publique et dans quelques bureaux d'hygiène libres comme elle. Mais les corps officiels ne touchent guère à des questions si brûlantes que quand ils y sont obligés. L'initiative n'est pas leur fait, quels que soient les exemples qui leur en fassent un devoir. Appelé à diriger depuis plusieurs années le service médical des chantiers très importants aux environs de La Rochelle, le docteur Drouineau a montré qu'un chantier de 1000 ouvriers fournit par mois 32 blessés légèrement et 2 gravement, 41 maladies légères, 0,4 maladies graves et 3,7 fièvres intermittentes. De là l'urgence des mesures à prendre pour sauvegarder la santé et la vie de ces populations nomades que les exigences de la vie obligent à s'exposer ainsi à l'impaludisme, à l'insalubrité et pour lesquelles l'hygiène individuelle est lettre morte. C'est à l'Etat, qui leur offre des travaux à exécuter dans des conditions insalubres, à protéger leur santé et leur vie même contre les dangers, les périls qu'ils encourent.

Hygiène des habitations. *Papiers de tenture.* Ce n'est pas seulement par les matières toxiques employées à la coloration des papiers qui ornent nos appartements et qui s'en détachent spontanément qu'ils sont nuisibles à la santé, mais par la fermentation et les odeurs méphitiques résultant de leur accumulation. Les officiers d'une caserne anglaise se plaignaient ainsi d'une odeur dégoûtante répandue dans leurs chambres et coïncidant avec l'agitation nocturne, le dégoût des aliments et une céphalalgie habituelle de la plupart d'entre eux. Un officier nouvellement arrivé ayant été atteint comme les autres, voulant connaître la source de cette odeur infecte, eut l'idée d'examiner les murailles, qu'il trouva recouvertes, dans sa chambre, de quatorze couches superposées de papiers différents et épais. Une odeur pénétrante s'en exhalait par les couches compactes de colle qui avaient été successivement accumulées pour les placarder. Ils furent arrachés; la muraille lavée et désinfectée, et le mal cessa bientôt par la disparition de cette cause.

Un exemple semblable tout récent a été observé par le docteur Vallin chez une dame qui, surveillant les réparations faites dans un appartement, y passait parfois la nuit.

Elle ressentit dès' lors un malaise violent avec céphalalgie, vomissements, diarrhée, qui disparut aussitôt son départ. Les mêmes accidents ayant reparu, à une seconde visite, quatre à cinq jours plus tard, M. Vallin jugea, à la pâleur de la face, la tendance aux vertiges, l'état nerveux, l'altération des traits et surtout la diarrhée, qu'une cause locale pouvait seule les engendrer. Frappé de l'odeur infecte qui régnait dans la chambre et trouvant qu'elle se dégageait d'un seau de colle de pâte en putréfaction, il renvoya sa malade à la campagne, et le soir même tous les accidents avaient disparu.

D'où la nécessité d'arracher les anciens papiers de tenture, réceptacle de miasmes et de poussières déposés à leur surface, avant d'en appliquer de nouveaux. La colle employée peut aussi contribuer à la fermentation de ces papiers, qui deviennent ainsi un milieu de culture favorable à des organismes de toute espèce. L'addition d'un peu d'acide salicylique ou borique à ces liquides suffirait à prévenir toute altération ultérieure. Elle est d'autant plus nécessaire que les papiers sont de mauvaise qualité, fabriqués avec du chiffon mal lavé et désinfecté. Il en est de même du lait de chaux mélangé de gélatine ou de colle de Flandre qui forme l'enduit blanc des plafonds. Faciles à prendre, ces mesures doivent être connues de l'architecte et du médecin pour prévenir ces accidents. (*Revue d'hygiène.*)

HYSTÉRECTOMIE. La réaction se manifeste déjà en Allemagne contre l'opération de Porro. Schlemmer a constaté une mortalité de 60 0/0 et Zweifel de 58,8, d'après 51 femmes opérées récemment. Ces chiffres donnent d'autant plus à réfléchir que la mortalité de l'opération césarienne, d'après les anciennes méthodes et sans la méthode phéniquée, n'était, d'après ces auteurs, que de 54 à 57 0/0. D'où la restriction des indications de l'hystérectomie aux cas de gangrène utérine et d'obstruction vaginale. La rupture de l'utérus et les tumeurs fibreuses du col n'en seraient plus justiciables, d'après quelques Allemands. Voy. OPÉRATION CÉSARIENNE.

Il est vrai qu'un autre auteur, Breisky, s'élève énergiquement contre ces conclusions, en produisant deux succès de l'opération de Porro dans les deux seules applications qu'il

en ait faites. Il a perdu au contraire deux femmes opérées par la section césarienne à la suite d'épanchement des lochies dans le péritoine, malgré des moyens antiseptiques méthodiques. (*Berl. klin. Wochenschr.*) Voilà où en est cette importante opération.... en Allemagne.

Nouvelle indication. C'est la présence d'un cancer du col ou de l'utérus durant la grossesse ou s'opposant à l'accouchement. Au lieu de l'opération césarienne ancienne, comme deux exemples en sont relatés à ACCOUCHEMENTS, il semble très rationnel d'amputer l'utérus et ses annexes comme le plus sûr moyen de sauver non seulement la vie de la femme, mais de la guérir radicalement. C'est ce qu'a compris M. Spencer Wells, dans un cas de ce genre, chez une femme de trente-sept ans, mère de cinq enfants, enceinte de six mois et atteinte d'un épithélioma du col. Une incision de huit pouces de long fut pratiquée le 21 octobre dernier sur la paroi abdominale, et l'utérus gravide, séparé de la vessie, des uretères et de toutes les parties avoisinantes — plutôt en divisant, en énucléant, en déchirant avec les doigts qu'en coupant, — après avoir lié les principales artères de chaque côté, fut amené à l'extérieur, et le liquide amniotique ainsi que le fœtus extraits par l'incision de la paroi antérieure de cet organe. Les attaches vaginales furent divisées et l'utérus enlevé tout entier. Après la ligature de tous les vaisseaux saignants, la communication entre le vagin et la cavité du péritoine fut suturée ainsi que la plaie abdominale, avec toutes les précautions antiseptiques. L'opérée est rétablie, et son utérus a été déposé au musée du Collège des chirurgiens, comme le spécimen de cette première opération en pareil cas. C'est l'hystérectomie puerpérale, qui se confondra à l'avenir avec les autres empêchements absolus de délivrance par les voies naturelles.

Une longue et intéressante discussion s'est élevée à la Société royale médico-chirurgicale, lors de la présentation de ce fait remarquable, le 22 novembre dernier. Le docteur Graily Hewitt, ayant partagé la responsabilité de cette opération, a exposé les motifs de sa détermination. Les progrès rapides du mal ne permettaient pas d'attendre le terme, et la contusion inévitable du col, en provoquant l'accouchement prématuré, ne pouvait être que préjudiciable. La vie

du fœtus n'étant pas en jeu, l'opération fut ainsi résolue et heureusement exécutée. (*Lancet*, 26 novembre.)

Ponction préalable de l'utérus. L'importance de reconnaître d'avance le siège de l'insertion du placenta, afin de ne pas faire porter l'incision dessus, a fait employer ce mode d'exploration dans un cas d'hystérectomie par le professeur Hecker de Munich. En s'assurant ainsi que l'insertion placentaire s'étendait en avant plus à droite qu'à gauche, il fit tourner l'utérus sur son axe de gauche à droite et, par cette petite manœuvre, évita le placenta dans son incision. Un autre avantage de cette ponction préalable serait de diminuer le volume de l'utérus et ses contractions, d'où résulte plus de facilité pour son excision et moins de sang répandu. Les dangers et le pronostic de l'hystérectomie sont en effet aggravés si le couteau porte sur l'incision placentaire; c'est là le plus grand écueil de l'opération césarienne qui, sans cela, aurait des applications bien plus nombreuses. (*Centralbl. für gynæk.*, n° 10.)

Cette modification opératoire, déjà employée par quelques chirurgiens avant d'attirer l'organe dehors à l'instar de ce qui se fait dans l'ovariotomie, mérite donc d'être prise en considération et étudiée, si elle n'entrave pas l'extraction du fœtus.

Hystérectomie vaginale. Ce procédé de Billroth paraît faire merveille en Allemagne; on peut juger sous quelles restrictions mentales :

Sur 41 hystérectomies pratiquées par la méthode vaginale, il y a eu 29 guérisons et 12 morts seulement, d'après une statistique de M. Olshausen. Lui-même l'a exécutée six fois et toujours avec succès *quant à l'opération*. (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 35.)

Le professeur Martin la recommande aussi à l'exclusion de la méthode abdominale, qui ne lui a donné que des succès. Sur 12 extirpations, il eut 6 guérisons. Il s'agissait de 9 carcinomes et 3 cas de végétations adénoïdes, dont l'extirpation est restée souvent incomplète par la difficulté de tout enlever. (*Congrès des chirurg. allemands.*)

Il n'en est pas de même en Italie, car, en s'engageant dans cette voie, Berruti, Mangary, Peruzzi et Ruggi n'ont éprouvé

que des revers. Le docteur Bompiani, n'ayant pas été plus heureux dans un cas personnel, montre cependant que cette opération peut réussir autrement que par le procédé de Porro, en rappelant les cinq dernières observations suivantes :

I. *Bompiani*. L'opération dure une heure. L'utérus est attiré assez facilement à la vulve, mais on ne le dégage que très laborieusement. Mort par hémorrhagie et collapsus dans les vingt-quatre heures. (*Gazz. med. di Roma*, n° 6.)

II. *Novaro*. Opération très difficile; hémostase obtenue avec beaucoup de peine. Le renversement de la matrice ne put être effectué qu'après l'avoir détachée du pli vésico-utérin. Mort le lendemain dans le collapsus. (*Indipendente*, n° 7.)

III. *Azzio-Caselli*. Opération difficile et longue, mort au onzième jour par la rupture d'un abcès de l'ovaire dans le péritoine.

IV. *Bottini*. Femme de trente-six ans, mariée depuis dix-huit, ayant eu six enfants. Atteinte d'un cancer depuis un an, elle entre à la clinique de Pavie pour être opérée. L'opération, faite le 23 mars, dura une heure, et les suites en furent simples. La température ne dépassa pas 38°, 7. Les fils tombèrent le 5 avril, et le 10 la guérison était complète.

V. *Bottini*. Femme de trente-un ans, opérée à Turin par l'amputation galvanique du col et l'extirpation du corps de l'utérus ensuite par la méthode vaginale. Les suites furent d'une simplicité étonnante. Sauf une élévation de température à 38°, 3 le cinquième jour, l'opérée resta complètement apyrétique. On enleva le drain le cinquième jour, et le septième tous les fils tombèrent. La guérison fut bientôt complète. (*Lo sperimentale*.)

Si ces deux succès constituent toujours le docteur Bottini le plus heureux chirurgien italien, ce n'est encore là, comme en Allemagne, que des succès opératoires. Les résultats définitifs ne pourront être connus que dans un certain temps, et quand l'hystérectomie vaginale, même complète, totale, est faite pour un cancer, la récurrence est toujours à craindre.

HYSTÉRIE. Certains phénomènes nerveux, les paralysies ou les parésies en particulier, peuvent simuler les lésions

organiques de la moelle et jusqu'à l'ataxie, comme le docteur Buzzard en relate plusieurs observations. De là de grandes difficultés de diagnostic, de pronostic et surtout de traitement. L'existence du réflexe rotulien permet de lever tous les doutes. Jamais l'auteur ne l'a vu disparaître chez les hystériques. (*Lancet*, janvier, et *Archiv. de médecine*, avril.) Voy. ATAXIE LOCOMOTRICE.

Il n'est pas rare d'ailleurs de voir l'hystérie modifier profondément l'allure des maladies aiguës, inflammatoires, et même infectieuses intercurrentes, au point d'en troubler le diagnostic et le pronostic. Des angines, des laryngites et des bronchites simples s'accompagnent ainsi communément de spasmes et de convulsions chez les hystériques simulant le rétrécissement spasmodique de l'œsophage, le spasme de la glotte, l'aphonie ou des toux rauques inquiétantes. Une simple indigestion ou un embarras gastrique entraînent des vomissements opiniâtres, rebelles à tous les traitements, qui cessent tout à coup. La fièvre typhoïde peut même en être influencée. Une hyperesthésie extrême de tout le tégument externe s'ajoutant à la douleur des apophyses épineuses cervico-dorsales, avec taches rouges méningitiques, existaient ainsi chez une jeune fille de seize ans entrée dans le service du docteur Huchard. Ce n'est qu'en contrastant avec la bénignité du mal, le peu d'élévation de la température, l'absence de contracture, de raideur du cou et de douleurs de la tête que tous ces pseudo-symptômes, coïncidant avec la boule hystérique, des pleurs sans motifs et des bizarreries de caractère, furent ramenés à leur véritable cause.

C'est surtout avec le rhumatisme que l'hystérie a le plus d'affinités au point de le simuler complètement. La syphilis, la scrofule en sont aussi impressionnées et il n'est pas jusqu'à la phthisie qu'elle ne puisse compliquer. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, décembre.)

A la suite d'une compression manuelle et faite avec « beaucoup de modération » de l'ovaire, chez une hystérique hémianesthésique et ovarienne gauche, une péritonite aiguë survint, qui emporta rapidement la malade. L'autopsie faite par M. Comby montra des lésions phlegmasiques de l'utérus, des ovaires et du péritoine pelvien, prédominant à gauche, mais semblant remonter à une époque antérieure à la compression. Ce fait n'en est pas moins un avertissement,

et il est de nature à rendre plus modéré qu'on ne l'est peut-être souvent dans l'application de la compression ovarienne. (*Soc. anatomique*, avril.)

Phénomènes laryngés. L'hystérie du larynx se montre, d'après le docteur Thaon, de Nice, sous quatre formes principales soit isolées, soit réunies, qu'il importe de distinguer pour le diagnostic et un traitement rationnel. Ce sont l'*aphonie*, le *spasme*, l'*anesthésie* et l'*hyperesthésie* du larynx.

L'aphonie en est la plus évidente et la plus communément admise. Elle est souvent complète, tout en coïncidant avec une toux bruyante et croissante. Il est de même des hystériques aphones qui chantent et parlent en rêvant. C'est dire que les muscles ne sont pas lésés en pareil cas. Il s'agit simplement d'un spasme nerveux de la glotte, que la simple inspection fait parfois cesser. Des révulsifs locaux, des injections hypodermiques, la sonde, la compression, la gymnastique laryngées peuvent aussi réussir.

Expiratoire, ce spasme détermine la toux hystérique; inspiratoire, au contraire, il produit le chant du coq, l'aboïement du chien, la respiration sifflante. La dyspnée même l'accompagne parfois, et, quand elle coïncide avec des hémoptysies supplémentaires, elle peut être l'occasion d'un pronostic grave. Une hystérique a été trachéotomisée deux fois pour des accidents semblables.

L'emploi du chloroforme en inhalation fait cesser immédiatement cet accident. Il suffit de porter le doigt dans la gorge ou d'attirer fortement la langue dehors pour obtenir parfois le même effet.

L'hyperesthésie diffuse se traduit par des sensations de brûlure, de déchirure, de tiraillement, allant du gosier au sternum, de corps étranger, une arête, une épingle, etc. Localisée, elle produit des points douloureux, de véritables névralgies, siégeant surtout à gauche et qui empêchent les malades de parler, par la peur qu'elles en ont. Les topiques morphinés, comme la glycérine, les pulvérisations, les injections hypodermiques et les révulsifs sont les meilleurs moyens de les calmer.

L'anesthésie s'observe beaucoup plus rarement; l'épiglotte est le plus fréquemment atteinte et souvent exclusivement. De là elle peut gagner tout le larynx; elle coexiste

fréquemment avec une plaque cutanée d'anesthésie à la face antérieure du cou. Elle résiste d'ailleurs fort peu aux traitements employés et n'aurait guère d'importance si elle ne se mêlait avec les autres formes, qui présentent presque toujours entre elles des combinaisons variées. (*Annales des malad. du larynx.*)

Sueurs profuses. C'est par ce symptôme que l'hystérie s'est principalement manifestée chez une fille de dix-neuf ans, entrée à l'hôpital Lariboisière pour cette unique cause. Cette diaphorèse n'a pas cessé pendant un mois, en tenant les pieds et les mains constamment baignés, inondés de liquide nuit et jour, à quelque heure qu'on l'examine. Les mains jusqu'aux poignets, les pieds jusqu'aux chevilles étaient les seules parties affectées; l'épiderme macéré s'en détachait à certains endroits. A cet état spécial se joignaient de l'embarras gastrique et un certain degré d'anémie.

Le docteur Siredey ne savait guère à quoi attribuer cette diaphorèse, résistant pendant un mois à l'atropine et autres astringents, lorsque la malade tomba subitement en léthargie avec hallucinations et délire gai. Suspension des sueurs pendant quatre jours que durent ces accidents, pour reparaitre aussi abondantes dès qu'ils ont cessé; puis l'anesthésie cutanée et sensorielle apparaît, et les phénomènes hystériques se succèdent pendant deux mois d'une manière alternative. L'application de quatre gros aimants font cesser tous les accidents, sauf les sueurs, moins abondantes qu'au début. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, août.)

Le même phénomène, localisé aux mains, a été observé par le docteur Raymond chez un garçon de vingt et un ans, manifestement hystérique. (Voy. HYSTÉRIE CHEZ L'HOMME). Cette manifestation anormale peut donc être un signe de cette névrose.

Electricité statique. Fondé sur le phénomène de transfert découvert par l'emploi de la métallothérapie externe, le professeur Charcot a appliqué avec succès l'électricité statique modifiée à des hystériques anesthésiques. La sensibilité revient pendant un temps variable, de un jour à trois, et parfois pour toujours. D'autres modifications favorables

se manifestent dans cet état : humeur plus égale, fonctions digestives plus régulières et surtout pas d'attaques. La diathèse hystérique est si réellement atténuée que ces malades ne sont que très difficilement hypnotisables jusqu'au retour de l'insensibilité.

Cet amendement est donc bien supérieur à celui obtenu par la métallothérapie externe, puisqu'il agit sur la diathèse. Une dizaine d'hystériques ou hystéro-épileptiques, à la Salpêtrière, en ont déjà éprouvé les bons effets, après quelques semaines d'électrisation statique. Elles sont délivrées de leurs attaques, sans que leur guérison se soit démentie depuis plusieurs mois.

Une circonstance à noter dans tout traitement électrostatique est que, comme on l'a constaté pour la faradisation et la galvanisation, la plupart des alcaloïdes paraissent avoir une fâcheuse influence lorsqu'ils sont administrés concurremment avec l'électricité, au moins semblent-ils faire échec à ses bons effets. (*Revue mens. de médecine*, février.)

Cathétérisme du col. Chez une fille de vingt et un ans, admise à *London hospital*, le 20 août 1880, pour des accès hystériques survenus en avril et devenant de plus en plus fréquents, graves et prolongés, au point de revêtir les différentes phases des grandes crises hystéro-épileptiques de Charcot, le docteur Hermann, considérant que la dysménorrhée était due à l'étroitesse du col utérin, eut recours au cathétérisme avec des sondes graduellement croissantes du n° 4 au n° 10. Chaque cathétérisme détermina d'abord un accès, puis ce ne fut plus qu'au changement de sonde à un numéro supérieur, en diminuant de fréquence et d'intensité. Continué ainsi du 27 septembre au 18 octobre, ce cathétérisme rendit la menstruation plus facile et abondante, et la pression sur les ovaires produisit de moins en moins d'effet. Les règles furent régulières en novembre et décembre, sans qu'il survint de nouvel accès. (*Lancet*, 5 mars.)

Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, par le docteur Paul Richer, avec une préface du professeur Charcot. C'est la réunion des études faites à la Salpêtrière et des leçons professées par M. Charcot, avec les recherches personnelles et les dessins délicats de l'auteur. Ceux-

ci en disent plus et mieux que les observations les plus compendieuses sur les principaux traits de cette symptomatologie complexe.

Hystérie chez l'homme. Elle est loin d'être aussi rare qu'on le croit généralement, car M. Klein a pu en collecter 78 cas dans les traités classiques, qu'il a consignés, avec deux observations nouvelles et inédites, dans une étude intéressante sur ce sujet. Il en résulte que la plus grande similitude existe avec celle de la femme et que les malades, loin d'être efféminés, comme on l'admet généralement, sont des hommes ordinaires, en ayant toutes les allures et en remplissant toutes les fonctions sociales et sexuelles. Quelques-uns se distinguent même par leur apparence robuste et vigoureuse; des militaires en sont ainsi fréquemment atteints, et les symptômes en sont les mêmes que chez la femme. L'émotivité des hommes hystériques est tout ce qui les distingue.

Dans la forme convulsive avec grande attaque, on retrouve même la boule hystérique avec ses caractères ordinaires. La compression du testicule a suffi à l'arrêter, comme celle de l'ovaire chez la femme. Mais l'attaque est le plus souvent fruste et marquée par des pleurs, des sanglots, une urine claire et abondante. Il y a aussi les formes locale, choréique, somnambulique, extatique, cataleptique et démoniaque. Ces différentes formes sont marquées par des exemples. (*Thèse de Paris*, 1880.)

Les sueurs observées par M. Raymond existaient chez un jeune homme de vingt et un ans, phthisique au premier degré, dont le symptôme prédominant consistait en sueurs abondantes et généralisées. L'emploi prolongé de l'atropine les a localisées aux mains. Un demi-milligramme suffisait pour les suspendre, et un quart de milligramme de duboisine produisait le même effet encore plus rapidement. Mais il fallut recourir successivement à la galvanisation des plexus brachial et cervical, aux applications de glace, puis de chloral au niveau de ces plexus. Les sueurs furent alors définitivement supprimées. Mais il survint chez ce malade une série d'attaques convulsives qui aboutirent à l'hystérie franche et à toutes ses manifestations, absolument comme chez la femme : sensation de boule et spasme laryngé,

hémianesthésie droite, contractures, anurie, phénomène du transfert par l'aimantation, jusqu'à l'arrêt des attaques par la compression du testicule. (*Soc. de biol.*, 25 juin.)

I

IGNIPUNCTURE. Avec le perfectionnement de ses moyens d'application, cette méthode du feu devient aussi bien interne qu'externe. Son emploi dans la bouche, la gorge et jusque dans le pharynx (*Voy. année 1880*), vient d'être étendu à l'hypertrophie des amygdales pour prévenir leur ablation; l'usage de l'amygdalotome pour la pratiquer, malgré sa simplicité, ayant été suivi parfois d'hémorrhagie mortelle, comme avec le bistouri. Outre que la conservation de l'organe est toujours préférable à son ablation, cette méthode, émanée des plus habiles laryngologistes, est à la portée de tous les praticiens, sans avoir aucun accident à en redouter. Plus de quarante applications, faites par M. Krishaber depuis deux ans, offrent toute garantie à cet égard. Voici son procédé :

Le malade est placé, solidement maintenu si c'est un enfant, comme pour l'examen laryngoscopique, en face de l'opérateur, la bouche ouverte, la langue garantie par une large spatule, le fond de la gorge bien éclairé par la lumière du jour ou un réflecteur.

M. Krishaber se sert ordinairement du thermo-cautère Paquelin, effilé, pointu, porté à la température du rouge cerise. Quand il s'agit de modifier simplement la nutrition de la glande, il donne la préférence au galvano-cautère du polyscope Trouvé.

La pointe de l'instrument est enfoncée autant que possible dans le tissu glandulaire; puis cinq ou six nouvelles ponctions sont faites au-dessus et au-dessous de la première, suivant une ligne verticale passant à 6 ou 8 millimètres du bord libre. On laisse entre les séances un intervalle de deux ou trois jours, de façon à permettre la chute de l'eschare et à apprécier le résultat obtenu.

En général, cette opération doit être répétée cinq ou six fois; elle n'est nullement douloureuse, et rarement la sensa-

tion de brûlure est perçue. Après chaque séance, il n'y a aucune prescription à faire, si ce n'est de recommander aux malades de se gargariser plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède légèrement phéniquée, afin d'éviter l'odeur produite par l'eschare.

Jusqu'ici, aucun accident n'a été observé à la suite de ce traitement, et les résultats obtenus ont été durables. (*Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, juillet.)

IMPUISSANCE. Mot terrible et effrayant par la double déchéance, physique et morale, qu'il exprime pour l'homme et la femme, dans leurs facultés viriles. Pendant de longs siècles, il n'a pourtant signifié que la moitié à peine de ce qu'il exprime actuellement, car il était limité aux défauts ou aux difformités organiques et aux maladies de l'homme. On ne considérait alors que l'impuissance physique, et, l'homme seul en paraissant frappé dans son rôle actif par tout ce qui porte atteinte à la santé du corps encore plus que de l'esprit, elle était exclusivement rapportée à lui seul. L'atonie, l'affaiblissement, l'inertie de ses organes génitaux résultant du moindre trouble, tandis que ceux de la femme n'en éprouvent ordinairement aucun changement apparent de forme ni de volume, son impuissance était taxée de stérilité.

Cette erreur grossière est disparue depuis longtemps, la femme étant exposée, comme l'homme, à des vices de conformation et des maladies locales qui, par l'obstacle ou la douleur en résultant, sont autant de causes d'impuissance physique aussi insurmontables et radicales que chez l'homme. Mais, en dehors de cela, la différence qui, par son exagération, a causé la confusion, existe bien réellement. Tandis que les altérations nerveuses, les maladies générales et spéciales, les intoxications ou empoisonnements sont des causes souvent radicales d'impuissance définitive et incurable, elles ne constituent pour la femme que des causes de froideur, d'indifférence, de répulsion ou de refus. En agissant essentiellement sur le physique de l'homme, qu'elles paralysent, elles influent seulement sur le moral de la femme et sa sensibilité. De là la différence de ces manifestations chez les deux sexes : le physique est le premier atteint chez l'homme ; chez la femme, c'est le moral. D'où sa frigidité fréquente,

essentiellement morale et déterminant souvent l'impuissance physique chez l'homme.

Ce n'est pas qu'il ne soit aussi frappé d'impuissance purement morale par des causes diamétralement opposées. Les amants les plus passionnés se sont trouvés en affront, souvent sans s'en rendre compte, et les exemples en sont journaliers. L'excès d'amour suffit à tuer l'amour même par un effet purement psychique, imaginaire, sans rien d'appréciable. C'est l'anaphrodisie ou impuissance morale, correspondant à la frigidité de la femme et résultant parfois l'une et l'autre de causes physiques matérielles, organiques, comme le féminisme et le masculisme, n'impressionnant que le moral.

C'est à défaut de cette distinction capitale que la confusion des causes physiques et morales sur l'impuissance a persisté jusque dans les derniers ouvrages parus sur ce sujet. Roubaud a admis ainsi implicitement, suivant l'organicisme régnant, des actions physiques du moral, sans pouvoir les démontrer ni même les expliquer rationnellement, pour se rendre compte d'effets aussi positifs, matériels et persistants. Le centre génital n'étant pas encore découvert, l'imagination, le sentiment, la mémoire, l'amour, la haine, qui provoquent l'impuissance, ne peuvent être assimilés à des impressions physiques, comme l'électricité.

La publication récente de *l'Impuissance physique et morale chez l'homme et la femme* nous a fait rompre avec ces traditions, comme ce titre l'exprime catégoriquement. Elle est divisée en deux parties distinctes : impuissance masculine et impuissance féminine, qui se subdivisent chacune en physique et morale. La première comprend :

Les *vices de conformation*, ou anomalies physiques du pénis, du scrotum et de l'urèthre, avec les lésions et les opérations qui les déterminent accidentellement;

Les *altérations nerveuses* par faiblesse, lésions traumatiques et altérations du cerveau, de la moelle et des tissus nerveux;

Les *maladies générales et spéciales* : obésité, polysarcie, amaigrissement et débilité, anémie et chlorose, diabète, phosphaturie, spermatorrhée, pertes séminales, folie;

Les *inoculations* ou *empoisonnements* par syphilis, alcoolisme, tabagisme ou nicotinisme, et les diverses professions

qui y donnent lieu par l'arsenic, le plomb, le mercure, la benzine, etc.

Chez la femme, au contraire, elle ne comprend que les *vices de conformation* ou *anomalies* par absence, occlusion, excès de volume, étroitesse ou rétrécissements, bifidité ou cloisonnement, déformation des parties locales et leurs *maladies* ou *altérations* par névralgies, tumeurs, hernies, déplacement, corps étrangers.

Cette division simplifiée a donc l'avantage de réunir, sous des noms bien connus, tous les cas d'impuissance physique, sans préjuger de leur mode d'action, comme l'a fait Roubaud en les classant en idiopathiques, symptomatiques, consécutives ou sympathiques, alors que la même cause agit souvent de toutes ces manières différentes.

L'impuissance morale constituée par l'anaphrodisie chez l'homme se divise également en plusieurs variétés. Après l'examen des causes physiques qui lui ont été attribuées, comme l'aspermatisme, l'onanisme, le féminisme et l'éroto-manie, nous l'avons distinguée en cinq formes : *incomplète*, *accidentelle*, *mordide*, *sexuelle* et *artificielle* dont la description se trouve appuyée sur des exemples authentiques.

De même de la frigidité de la femme. Après avoir fait justice des causes physiques auxquelles on l'a rattachée exclusivement : l'atrophie du clitoris, les altérations du vagin, l'absence des ovaires et de la matrice, voire même l'onanisme, nous en avons reconnu trois formes : *essentielle* ou *névrosique*, *organique* ou *constitutionnelle*, *morbide* ou *accidentelle*. C'est en montrant partout l'action morale prédominante sur l'éloignement ou la répulsion pour l'acte de la génération que se trouve établie cette division.

Ces innovations sont fondées autant que possible sur des observations probantes, personnelles ou empruntées aux divers auteurs. Plus de 200 exemples sont ainsi relatés pour ou contre dans ce volume. Des planches sont même intercalées pour les rendre plus concluantes. Et c'est en indiquant les moyens généraux et spéciaux de se préserver de ces infirmités physiques et morales ou de s'en guérir que nous avons composé un volume in-12 de 536 pages, publié à la librairie Garnier frères, rue des Saints-Pères, n° 6, à Paris.

INFECTION. *Diagnostic différentiel.* Tandis que les plus grands efforts sont faits par la jeune école pour rechercher la cause de l'infection dans des microbes spécifiques, il est remarquable de voir un ancien clinicien comme M. Alph. Guérin, l'auteur du pansement ouaté, dirigé surtout contre la panspermie microscopique, chercher à établir sans ce secours le diagnostic différentiel de ses deux formes principales : l'infection purulente et l'infection putride. Réunies, confondues sous le titre générique de septicémie, en vertu des nouvelles doctrines régnantes, elles sont au contraire distinguées par le célèbre chirurgien d'après une différence clinique essentielle.

S'il est vrai qu'elles se produisent dans des conditions analogues en naissant l'une et l'autre dans des salles d'hôpital et partout où les blessés sont en trop grand nombre et trop rapprochés les uns des autres, on reconnaît, en les étudiant simultanément, dit-il, que ce sont deux formes très différentes de la septicémie.

« En effet, une condition étiologique différente pour l'une et l'autre de ces maladies l'a frappé depuis longtemps. L'infection purulente se développe le plus souvent à la suite de lésions qui ont ouvert des vaisseaux veineux ; l'infection putride, au contraire, paraît prendre naissance dans des cavités pourvues d'un petit nombre de vaisseaux sanguins ; c'est ainsi qu'on les voit se manifester le plus ordinairement dans les cas d'ouverture de vastes abcès par congestion ou d'abcès articulaires ouverts depuis longtemps. Tandis que l'infection purulente trouve des conditions favorables à son développement dans les plaies saignantes, c'est dans les cas d'abcès profonds où le pus stagne, sans qu'il y ait eu récemment une lésion veineuse, que l'infection putride se produit ordinairement. Convaincu que l'infection purulente est due à l'absorption par les veines, et plus particulièrement par les vaisseaux du tissu osseux, des microbes ou ferments atmosphériques, je me suis demandé s'il est possible d'attribuer l'infection putride à la même cause, et je n'ai pas tardé à reconnaître que l'absorption des ferments doit, dans de certaines conditions, rencontrer des difficultés insurmontables.

J'ai, en effet, pu démontrer que le pus qui donne naissance à l'infection purulente, quand il est appliqué sur une

plaie osseuse, est impuissant à produire cette maladie, quand il ne baigne que des membranes séreuses, et que, si les animaux dont les articulations ont été en contact avec du pus putréfié ne sont pas atteints d'infection purulente, ils finissent pourtant par succomber à un empoisonnement analogue à l'infection putride.

D'où je conclus enfin que certaines membranes, telles que les muqueuses, qui se prêtent cependant si bien à l'absorption des agents de la contagion des fièvres éruptives, rougeole et scarlatine, par exemple, n'absorbent pas les corpuscules qui transmettent l'infection purulente d'un malade à l'autre ; celle-ci se produit lorsque du pus putréfié est en contact avec des tissus vivants pourvus de nombreux vaisseaux sanguins. Lorsque des vibrions du pus putréfié restent en contact avec des membranes sur lesquelles ils ne trouvent pas accès dans des vaisseaux sanguins, il ne se produit pas d'abcès dits métastatiques et, s'il y a empoisonnement du sang, c'est l'infection putride et non l'infection purulente que l'on observe. » (*Dictionn. de méd. et chir. pratiques et Acad. de méd.*, novembre.)

INHIBITION. Nouvelle propriété attribuée au système nerveux par M. Brown Sequard et résultant exclusivement d'expériences sur les animaux. Voy. NERFS.

INJECTIONS. L'abus de la méthode thérapeutique des injections hypodermiques a conduit le professeur Da Costa à employer le fer sous cette forme. Une jeune fille atteinte de chlorose a été guérie, dit-il, très rapidement par ce procédé, qu'il recommande à ses élèves.

Les diverses préparations ferrugineuses ne sont pas toutes propres à ce mode d'administration ; la plupart d'entre elles sont trop irritantes. Il n'en est pas de même du fer dialysé, dont l'usage n'est suivi d'aucun trouble digestif. On l'emploiera d'abord étendu d'eau, puis progressivement moins dilué, et finalement pur. La dose peut être élevée insensiblement de 15 à 30 grains par jour. Sous l'influence de cette médication, le mieux s'accroît, en général, avec rapidité. La digestion devient meilleure, le souffle vasculaire disparaît, la menstruation reparait et s'établit avec régularité. (*New-York med. Gaz.*)

Le *citrate de fer* a aussi été injecté avec succès par le docteur Ciaramelli, chez une femme luttant depuis sept ans contre une anémie intense. Quatre mois de bonne nourriture, d'exercice, d'air pur, décoction de quinquina et préparation de fer étaient restés sans effet ; mais le fer n'avait jamais été retrouvé dans l'urine. Il injecta alors chaque jour 2 ou 3 grammes d'une solution d'un gramme d'ammonio-citrate de fer dans 20 grammes d'eau distillée. Après trois jours, les symptômes s'étaient amendés grandement. On retrouvait du reste très abondamment le fer dans l'urine. (*Lo sperimentale.*)

Injections morphinées. *Ebullition préalable.* Les abcès phlegmoneux, les nodus érysipélateux et les divers accidents locaux qui suivent ces injections sont attribués par le docteur Dumas, de Cette, à l'impureté de la solution employée. Qu'il s'agisse d'une solution ancienne ou d'un fond de bouteille, les productions cryptogamiques y apparaissent constamment dès que le flacon a été débouché et exposé au contact de l'air, comme il l'a constaté. Il ne suffit pas de l'eau de laurier-cerise comme véhicule, ni même de l'addition de la glycérine, pour en prévenir la formation. Aussi ne se contente-t-il pas de filtrer ces solutions avant de les employer ; il les soumet à l'ébullition dans une cuiller, en plaçant celle-ci à la flamme d'une bougie, d'une lampe à alcool ou de gaz, au moment de s'en servir. La vitalité des conferves ou de tout autre proto-organisme est ainsi détruite. Ces impuretés se précipitent aussitôt au fond de la cuiller et l'on aspire alors avec la seringue une solution limpide et un peu plus active, ce dont il est facile de tenir compte.

Depuis plus d'un an qu'il recourt à cette précaution, il n'a plus observé aucun des accidents qu'il avait signalés auparavant. Tout liquide devant servir à une injection sous-cutanée devrait ainsi être soumis à l'ébullition préalable.

Addition d'atropine. Elle lui semble aussi indispensable que l'ébullition pour prévenir les effets nauséux et même les vomissements répétés résultant de la morphine chez certains malades. Deux observations sont relatées à l'appui, tandis que, en ayant ajouté un milligramme et demi d'atropine pour 10 centigrammes de morphine et 10 grammes

d'eau de laurier-cerise aux solutions suivantes, cet accident ne se représenta pas. (*Bull. de therap.*, 30 juin.)

Injections d'alcool. A l'exemple de M. Luton, qu'il ne nomme même pas, le docteur Shwalbe, de Magdebourg, n'emploie pas seulement ces injections contre les hernies; il en a étendu l'action sclérogénique aux angiomes veineux. Un malade atteint d'une dilatation veineuse de la face en a reçu 164 en six mois, soit dans son épaisseur, soit autour, et en est guéri définitivement. Il a même obtenu une diminution notable d'un lipome. L'action substitutive serait donc directement *sclérosique*, si ces faits sont bien interprétés. (*Congrès des chirurgiens allemands.*)

Différentes substances ainsi employées contre les polypes du nez ont donné des succès remarquables au docteur Reynolds. Une injection de trois gouttes de chlorure de zinc, liquéfié par l'exposition à l'air, faite dans le parenchyme d'une énorme masse myxomateuse, la mortifia si complètement qu'elle tombait dès le lendemain, après des douleurs très vives.

Deux ou trois gouttes d'acide phénique pur, injectées successivement dans plusieurs polypes, les ont également détruits en moins de deux mois. C'est le liquide qu'il préfère.

La même quantité de teinture d'iode a réussi chez une femme contre une hypertrophie de la muqueuse recouvrant les cornets. (*New-York med. Record.*)

Injections d'éther. Essayées il y a dix ans à peine dans certains cas de faiblesse extrême, de collapsus et de syncope, *in extremis*, comme un moyen de réveiller la vie et de l'entretenir quelques heures, ces injections font aujourd'hui partie intégrante de la chirurgie. Dès que la dépression, l'adynamie se montrent par shock ou perte de sang, on fait une injection d'éther comme excitant général. De nombreuses applications en sont faites spécialement dans la chirurgie abdominale, les hernies en particulier. Plusieurs exemples en sont cités dans le cours de ce volume.

Injections de peptones mercuriques. Voy. SYPHILIS.

Injectons intra-utérines. Les accidents survenus à la suite de ces injections, qu'ils résultent de la pénétration du liquide dans les trompes ou de son choc trop violent contre la paroi interne, ont conduit M. Collin, l'habile fabricant, à construire une nouvelle seringue à cet effet pour parer à ces dangers. Elle est en verre et gutta-percha et si bien en main que le liquide peut être poussé d'un seul coup ou par gouttes à volonté. Une sonde métallique interne fait sortir le liquide par un jet récurrent, c'est-à-dire en arrière. Cette disposition préviendra donc sûrement les accidents formidables observés avec les seringues ou les irrigateurs ordinaires. Il y a certainement avantage à ce que le jet ne soit pas violent et ne frappe pas directement la muqueuse.

INOCULATIONS. La vogue est décidément à ce procédé moderne d'expérimentation et de recherche. Elles ont pris une telle importance et un développement si considérable dans ces dernières années, sous la féconde impulsion de M. Pasteur, qu'elles constituent aujourd'hui le réactif le plus usité et accrédité pour éprouver, vérifier ou contrôler la nature d'un agent quelconque par son action et ses effets sur l'organisme animal. Avec le secours des lapins, des cobayes ou des grenouilles, on inocule ces bestioles, et l'on juge aussitôt de la nature de l'agent par le résultat obtenu, soit que l'on y cherche un micro-organisme comme ferment, soit des propriétés spéciales, virulentes ou toxiques. On ne juge plus que par ce mode indispensable, c'est le critérium obligé de toute observation, l'appel suprême et en dernier ressort.

Le crédit de ce mode d'expérimentation est si grand et illimité, qu'il est le réactif par excellence employé aujourd'hui pour distinguer les espèces morbides les plus similaires et confondues ensemble jusqu'ici, comme le charbon essentiel et le charbon symptomatique. Ce que la clinique n'avait pu élucider pendant plus d'un siècle, par l'observation patiente des symptômes et des effets, une simple piqûre l'a résolu du coup et sans réplique, en donnant des résultats tout différents.

Il s'est même élevé récemment au rang de méthode thérapeutique. A l'exemple de la vaccine, l'inoculation des

virus atténués, diminués, serait le moyen prophylactique par excellence contre les maladies les plus redoutables de l'homme et des animaux. Toutes les maladies contagieuses et infectieuses, dont un organisme ou microbe spécial est regardé comme le ferment, en seraient justiciables. D'où la nécessité d'en relater ici les principales applications.

Ces inoculations se pratiquent de différentes manières. Celles à la lancette, comme pour la vaccine, sont encore les plus fréquentes; c'est le fameux coup de lancette, qui, d'après M. Bouley, peut faire surgir d'un cortège de phénomènes secondaires la cause principale, essentielle, et amener ainsi les plus grandes découvertes, comme la contagion de la morve et les accidents secondaires de la syphilis. Mais on les pratique aussi avec une petite seringue ou plutôt aiguille à injections : c'est l'inoculation intra-veineuse, beaucoup plus délicate et dangereuse que la première, comme il est indiqué. (Voy. CHARBON SYMPTOMATIQUE.)

Pratiquées d'une manière ou de l'autre suivant les cas, ces inoculations ont pour but d'introduire dans l'organisme sain un microbe quelconque, qui, par sa prolifération rapide, reproduit la maladie dont il est issu. La moindre gouttelette de sang, de liquide, où cet animalcule croît et végète, suffit à son inoculation. Démonstration évidente qu'il est bien la cause de la maladie et de la nature parasitaire de celle-ci.

Jusqu'ici, il est vrai, les animaux seuls ont servi à ces inoculations expérimentales, et l'on prévoit seulement des résultats obtenus sur eux ce qui doit arriver chez l'homme. La conclusion n'est peut-être ni rigoureuse ni démontrée, quoique probable. Le sang ou le liquide charbonneux, contenant la bactériémie, ainsi inoculé, ayant transmis des milliers de fois le charbon mortel à d'autres animaux, on est en droit de croire qu'il se transmettrait de même à l'homme, d'après les cas de pustule maligne transmis par les peaux ou les piqûres d'animaux charbonneux.

C'est en diluant et en atténuant la virulence de ces microbes infectieux par des cultures successives et de plus en plus rapprochées que M. Pasteur est parvenu à leur enlever sûrement la virulence mortelle, au point de ne plus produire qu'un simple effet local, comme la vaccine, qui rend

l'animal réfractaire à toute autre inoculation et le préserve ainsi de toute invasion spontanée par contagion. Les premières expériences à cet égard ont été faites avec le microbe du choléra des poules (*Voy. année 1880*), et c'est d'après la même méthode qu'il a pu opérer ensuite sur des moutons pour le charbon, et l'on a vu avec quel succès.

La même méthode est même suivie sur l'espèce bovine, et quand on voit cette vaccine par inoculation à la queue rendue obligatoire en France pour la péripneumonie contagieuse, comme elle l'est depuis plusieurs années en Hollande et en Belgique, malgré l'incertitude de ses résultats, pour mettre plus sûrement les troupeaux à l'abri de cette terrible épizootie, il est à prévoir que la même obligation sera bientôt édictée contre le charbon essentiel et symptomatique.

La spécificité de l'agent inoculé contre cette péripneumonie contagieuse paraît d'ailleurs purement illusoire, d'après ses résultats. Si l'inoculation faite à la queue préserve les animaux de cette redoutable maladie, elle cause leur mort, au contraire, dès qu'elle est faite dans un autre endroit plus riche en tissu cellulaire. Elle n'est donc plus préventive ni vaccinale; M. Bouley l'a déclaré lui-même. Seize vaches inoculées au fanon avec du virus péripneumonique frais par M. Willems sont mortes, tandis que celles qui avaient été préalablement inoculées à la queue sont restées indemnes. Comment expliquer que ce virus absorbé ici agisse comme vaccin, tandis qu'il agit comme variole s'il est inoculé ailleurs? Ce serait encore une nouvelle exception de tissu qu'il faudrait choisir, comme dans les différentes espèces du charbon.

De là la fréquence et la vogue de ces inoculations, et la recherche des microbes dans chaque maladie virulente, infectieuse et contagieuse. La morve du cheval a été ainsi transmise directement à l'âne et au chien par l'inoculation de la salive. D'où le danger de faire boire les chevaux morveux dans l'abreuvoir commun, car la salive, étant soluble dans l'eau, peut transmettre la maladie aux autres animaux; bien que l'inoculation des microbes, si c'est eux qui agissent, ait rarement lieu par les voies digestives, mais elle peut se faire par les naseaux.

M. Galtier en conclut que la virulence de la morve peut

se généraliser chez le chien comme chez le lapin, mais sans lui conférer l'immunité, ce qui se comprend par la simple réaction locale qu'il en éprouve, rien ne ressemblant moins à la vraie morve du cheval que les résultats informes, bêtards de ces inoculations. (*Acad. des sciences*, février.)

On a voulu juger également de la nature parasitique de la rage en inoculant la salive d'un enfant enragé à un lapin. Et le résultat positif de cette expérience ayant conduit M. Pasteur à rechercher le microbe qui s'y trouvait, il a annoncé aussitôt cette grande découverte. Mais il a suffi d'inoculer au lapin la salive d'enfants morts de broncho-pneumonie pour reproduire les mêmes phénomènes. La salive normale d'adultes sains, inoculée au même animal par M. Vulpian, a même provoqué rapidement la mort dans un cas, tandis que deux autres lapins, inoculés de même, n'en avaient éprouvé aucun trouble appréciable. D'où la négation même de ce prétendu réactif. Il a donc fallu reconnaître solennellement que l'on s'était trompé et que la maladie ainsi produite chez le lapin n'était pas la rage, même avec le virus rabique. Pour s'être trop pressé et n'avoir pas attendu, pour affirmer la découverte du microbe rabique, qu'il eût reproduit la rage en étant inoculé au chien, selon le conseil de M. Gosselin, on a ébranlé toute la nouvelle doctrine par la contradiction des résultats. C'est la plus grave brèche faite à la nature toxique des microbes-ferments, à leur culture et à leur inoculation comme réactif et comme vaccin. Voy. RAGE.

Malgré l'emploi croissant de ces inoculations par piqure surtout et tout le bruit fait sur leurs succès, il n'y a pas à s'illusionner sur l'avenir de cette méthode. Rien n'est moins défini que les organismes ou germes virulents qui en font la base. On ne sait pas même s'ils sont végétaux ou animaux. Leur nombre semble égaler les étoiles du firmament; tous les jours on en découvre de nouveaux, et le microbe spécifique de telle ou telle maladie hier ne le sera plus demain par la découverte d'un autre; celui du choléra des poules est ainsi confondu avec celui de la septicémie dans ses caractères et ses effets, d'après M. Toussaint, le plus fécond et prolifique des inoculateurs et des découvertes de toute sorte en ce genre. Le premier, il a annoncé la vaccination du charbon par l'inoculation du charbon même, et

après avoir passé depuis par le choléra des poules, la morve, la rage, la septicémie, en sa qualité de vétérinaire, voici qu'il en est à la tuberculose de l'homme et des animaux, en affirmant avec une assurance croissante le résultat de ses inoculations. Le sang septicémique du lapin, inoculé aux poules, les mettrait à l'abri du choléra sans les cultures intermédiaires de M. Pasteur. C'est un imbroglio à n'y plus rien reconnaître ni comprendre, d'où pourrait bien sortir le néant.

La même confusion existe dans les microbes ou les germes virulents et infectieux des maladies de l'homme ; heureusement, on n'ose pas encore l'inoculer pour l'en prémunir. A tous ceux qui ont déjà été décrits et regardés comme spécifiques de la diphthérie, en Allemagne, un nouveau vient de s'ajouter, découvert en France et déclaré comme le seul authentique, d'après sa culture. On pourrait en dire autant de ceux de la fièvre typhoïde et de la tuberculose, d'après les nombreuses inoculations qui en ont été faites cette année sur les animaux. (*Voy. ces mots.*) Mais, depuis que le lapin est convaincu d'être un réactif fidèle et trompeur de toutes ces inoculations, il n'y a plus guère de confiance à mettre dans leurs résultats.

L'inanité de toutes ces recherches et de ces expériences confuses ne peut être rendue plus évidente que par les résultats obtenus tout récemment sur le prétendu microbe de la lèpre. Après être parvenu à le cultiver dans quatre cultures successives, M. Gaucher n'est pas parvenu à l'inoculer. (*Soc. de biol.*, juin.) Il s'est manifesté à M. Cornil, dans la lèpre tuberculeuse, sous forme de bâtonnets ou bactéries, isolées ou réunies en faisceaux, se colorant par le violet d'indigo. Il les a même retrouvées dans les tubercules de la peau, le foie et les troncs nerveux. La nature parasitaire, aussi positivement découverte par l'illustre histologiste, explique donc la contagiosité de la lèpre et justifie son traitement antiseptique, comme il l'a notifié aux principaux corps savants pour qu'ils le répètent à tous les échos d'alentour et que personne n'en ignore. L'odyssée même de M. Pasteur, allant à Marseille pour reconnaître le microbe de la fièvre jaune sur nos pauvres victimes du Sénégal et ne pouvant le rencontrer, met le comble à ce bilan négatif des inoculations, couronné par les expériences suivantes, faites en Allemagne.

En injectant à des lapins des spores de champignons de moisissures dont la culture est incomplète, le docteur Gra-witz ne leur a inoculé qu'une maladie passagère, leur don-nant l'immunité vis-à-vis des **mêmes** champignons d'une culture plus avancée et qui les font mourir.

De même, en injectant ces spores malignes en très pe-tite quantité, ces animaux résistent et acquièrent une im-munité si complète que l'injection ensuite d'une quantité mortelle n'a été suivie d'aucun accident.

L'inoculation sous-cutanée de ces spores n'amène jamais au contraire une infection générale et ne donne pas da-vantage l'immunité. Celle-ci est attribuée à l'adaptation des cellules au pouvoir d'assimilation si énergique des champi-gnons et qui, se transmettant par hérédité, peut durer des mois et des années. Ainsi s'expliquerait l'immunité dont jouissent en général les individus ayant eu la variole, la rougeole et la scarlatine. (*Revue de méd.*, juillet.) Que peut-on trouver de plus obscur?

INSOMNIES. Tant de causes multiples et variées, di-rectes ou indirectes, physiques et morales, physiologiques et morbides produisent cet accident redoutable et si préju-diciable à la santé, comme à la guérison des maladies, qu'il semble impossible de les synthétiser. Un travail d'ensemble sur ce sujet intéressant, par le docteur F. Leblanc, semble pourtant les réunir et les comprendre toutes avec les indi-cations propres à y porter remède. La division en est aussi simple que naturelle, suivant que l'insomnie est de nature essentielle ou symptomatique, c'est-à-dire provoquée par des maladies aiguës, sinon entretenue par des affections chro-niques. Le tableau suivant, résumé de ce long travail, en offre une analyse suffisante pour en montrer tout l'intérêt et l'utilité.

Insomnie des maladies aiguës. Fièvres.

Période inflammatoire.	{	Modérateurs de la fièvre.	{	Lotions froides ou tièdes. Sulfate de quinine. Digitale.
Période d'adynamie. Convalescence.	{	Reconstituants. Alimentation. Toniques. Stimulants. Alcooliques. Opiacés (avec prudence et modération).		

Phlegmasies.

Pneumonie. Bronchite. Pleurésie.	Emétiques.	Modérateurs de la fièvre.	{	Digitale. Sulfate de quinine. Vératrine, etc.; émissions sanguines.
	Calmants de la toux.	{	Émollients. Opiacés.	{ Morphine. Codéine. { D'autant plus utiles que la fièvre sera moins intense.
Méningites et congestions encéphaliques.	{	Moyens généraux.	{	Saignée. Révulsifs. Quinine. Digitale. { A hautes doses.
Péritonite.	{	Calmer les vomissements.	Narcotiques.	{
	{	Généraux.	{	Opiacés. { A l'intérieur. Chloral. { Injections de morphine. Locaux. { Onctions d'extrait de belladone. Baume tranquille, etc.
Rhumatisme articulaire aigu, goutte aiguë.	{	Salicylate de soude (réussira d'autant mieux que l'attaque est plus intense et plus fébrile).	{	

Insomnie des maladies chroniques.

Douleurs.	{	Opiacés. Injections de morphine. Solanées. Jusquiame. Aconitine. Sulfate de quinine. Croton-chloral.	{	pour les névralgies.
	{	Chloroforme	{	En potion. En inhalations.
	{	Préparations sulfureuses. Iodure de potassium. Bains tièdes. Chloral.	{	Pour le rhumatisme chronique.
	{	Hygiène appropriée.	{	Pour le prurit des affections cutanées.
Polyurie.		Surtout les opiacés.		
Incontinence nocturne d'urine.	{	Opiacés. Bromure de potassium. Noix vomique, strychnine. Hydrothérapie. Electricité.	{	
Sueurs nocturnes	{	Lotions tièdes ou froides. Lotions vinaigrées. Astringents. Agaric. Belladone. Atropine. Duboisine.	{	
Épuisement. Anémie.	{	Reconstituants.	{	Fer. Phosphates. Arsenic.
	{	Toniques. Hygiène. Alimentation et hydrothérapie. Cure lactée. Koumys.	{	

Syphilis chronique.	{	Traitement spécifique.
	{	Injectons de morphine.
Vieillesse.....		Alimentation. Alcooliques.
Convulsions choréiques graves.	{	Opium
	{	Bromure de potassium.
	{	Chloral.
	{	Anesthésiques.
	{	Moyens adjuvants.
	{	Hygiène.
	{	Hydrothérapie.
	{	Electricité.
	{	Révlulsifs. Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.
	{	Arsenic.
Hystérie.....	{	Opiacés.
	{	Stimulants et toniques.
	{	Aromatiques antispasmodiques.
	{	Ether.
	{	Chloral.
	{	Hygiène. Exercice. Hydrothérapie.
Aliénation mentale.	{	Ecarter toutes les causes d'excitation, d'inquiétude et de souffrance.
Hypocondrie.	{	Nourriture légère.
	{	Bains tièdes.
	{	Saignée (dans la fureur persistante).
	{	Bromure de potassium.
	{	Chloroforme.
	{	Croton-chloral.
	{	Chloral (avec prudence, eu égard à la fréquence des lésions cardiaques).
	{	Opiacés (rarement indiqués, à éviter surtout dans tous les cas d'agitation).
	{	Lactate de soude et acide lactique.

Insomnie essentielle.

Hygiène. Exercice. Vie régulière. Eviter les veilles prolongées.
 Diversion intellectuelle.
 Bromure de potassium (dans l'excitation cérébrale habituelle et l'excitation génitale).
 Chloral.
 Opiacés. Injections hypodermiques de morphine.
 Houblon. Oreillers de cônes de houblon.
 Fatigues excessives. Empêcher tout sommeil pendant plusieurs jours. Café à haute dose.
 Berceement.
 Monotonie des impressions extérieures (jet d'eau d'appartement).
 Répétition subjective d'impressions identiques (compter indéfiniment même nombre).

(*Journ. de thérap.*, n° 10, mai.)

En dehors des maladies, l'insomnie peut être causée par les grands chagrins, les pollutions nocturnes, les plaisirs sexuels outrés et surtout la prédisposition à la phthisie pul-

monaire. Sans attacher plus d'importance qu'il ne convient à la valeur étiologique de l'insomnie comme l'indice de la phthisie pulmonaire, lorsqu'elle survient dans un bon état de santé apparent, il y a cependant lieu d'en tenir compte. Cette cause, mise en lumière par le docteur Loggie le premier, agirait, sans toux ni expectoration, par une espèce de sympathie ou de réaction du poumon menacé sur l'encéphale, sympathie analogue à celle qui se traduit par le délire dans la pneumonie du sommet, la dilatation de la pupille et la rougeur de la pommette dans la pneumonie ordinaire. Le travail tuberculeux, sous forme de poussées granuleuses, embryonnaires, serait ainsi la cause de cette insomnie symptomatique. (*Congrès d'Alger.*)

IODOFORME. Plusieurs applications nouvelles en ont été faites sous des formes pharmaceutiques inusitées jusqu'ici : injections interstitielles, pilules. Voy. GOITRE. C'est en pulvérisations que M. Dujardin-Beaumetz l'emploie sur certaines plaies anfractueuses plus ou moins profondes de la gorge et du vagin. Le vaginisme par érosion guérit ainsi très bien par ces pulvérisations. Les premiers essais en ont même été faits avec succès par M. Lailler contre des ulcérations tuberculeuses de la langue. Une solution au 100^e dans l'éther sulfurique est très bien supportée. Un dépôt ténu, régulier d'iodoforme en résulte sur les ulcérations et, par son action topique, en facilite la cicatrisation.

La solution d'iodoforme, 20 grammes sur 30 de collo-dion, serait également d'un emploi commode en lui enlevant facilement son odeur repoussante, d'après M. Catillon, Il suffit de placer dans le flacon où il est conservé des fragments de fève tonka. L'odeur change alors et se rapproche de celle des amandes amères, qui persiste, même quand il est à l'air libre. (*Soc. de thérap.*, octobre.) Voy. PANSEMENTS.

J

JURISPRUDENCE. La liberté absolue de l'exercice de la médecine, qui règne aux Etats-Unis, expose les médecins diplômés, même les plus savants et habiles, à subir des vexations, des poursuites, comme le dernier charlatan, en

contradiction avec leurs droits les plus sacrés, la déontologie n'étant pas mieux comprise là que la dignité professionnelle. Un procès de ce genre a été récemment intenté à un ophthalmologiste distingué de New-York, le docteur H. Noyes, sous le prétexte d'enlever au chirurgien la liberté, la spontanéité de ses actes, suivant sa conscience et les règles de l'art, sans le consentement formel du malade ou de sa famille.

Un jeune homme du Massachusetts, atteint d'une double cataracte membraneuse, se présente à l'hôpital ophthalmologique pour y être traité gratuitement. Après l'examen, M. Noyes annonce qu'il faudra opérer successivement les deux yeux, en commençant par le gauche, le moins malade, comme offrant plus de chances de succès. Mais le malade, ainsi que sa mère et ses amis le comprennent autrement et ne consentent qu'en opérant d'abord l'œil droit, à peu près perdu. Cette réserve était si formelle que, sur la table d'opération, le malade porta sa main sur l'œil droit avant d'être endormi pour indiquer sa volonté.

On commence en effet l'opération sur l'œil droit en introduisant une aiguille à double tranchant dans la chambre postérieure, où un mélange de fausses membranes vascularisées existait avec des détritüs de cataracte non résorbés. Une hémorrhagie de la périphérie de l'iris se produisant, le chirurgien s'en tint là, et, ne considérant cela que comme une exploration, il crut pouvoir opérer immédiatement l'œil gauche. Le résultat fut un succès complet; mais l'opéré ne se tint pas pour satisfait du résultat, parce qu'on avait ouvert les deux yeux le même jour, contrairement à ce qui avait été convenu.

Le dimanche suivant, M. Noyes, en revoyant l'opéré, le trouva très inquiet. Il y avait, en effet, une inflammation assez vive de l'iris et du corps ciliaire du côté gauche. Une incision de la cornée fut pratiquée aussitôt; les exsudations plastiques furent enlevées avec une pince, et l'iris fut sectionné à sa partie supérieure. Malgré ce traitement énergique, mais parfaitement indiqué, l'inflammation persista, et il y eut fonte purulente de l'œil le dixième jour après l'opération.

De là procès avec demande de 10 000 dollars de dommages-intérêts, 50 000 francs, pour violation des conventions.

Quatre collègues du docteur Noyes, ayant vu l'opéré, attestent qu'il n'a pas dépassé les limites de sa liberté d'action; mais le juge Runel, n'ayant jamais eu à résoudre cette question embarrassante, en laissa la solution au jury. Sur 12 membres, 10 sont pour le docteur Noyes, dont l'habileté est notoire; mais deux sont contre, et la question ne peut être jugée. D'où le conseil de ne jamais opérer... en Amérique, sans le consentement positif du malade. (*Med. Record.*)

Une affaire ayant une certaine analogie s'est présentée devant le tribunal correctionnel de Bruxelles. Un docteur en médecine était cité comme prévenu d'homicide involontaire pour avoir envoyé *ad patres* un malade atteint de douleurs rhumatismales en lui pratiquant une injection sous-cutanée de 5 milligrammes de morphine pour les calmer. La mort s'en étant suivie, on croyait à un empoisonnement.

L'avis des hommes de l'art, entendus comme témoins, a été favorable au prévenu, et notamment celui d'un médecin légiste qui a constaté, par l'autopsie, que le malade était atteint d'une affection du cœur, d'un rhumatisme articulaire et d'un cancer intestinal, que la piqûre n'avait pas atteint de veine et que le patient a succombé à l'une de ces diverses et multiples maladies. Il ajoute que d'ailleurs le procédé incriminé, à la dose donnée, est tout à fait anodin.

Le tribunal, conformément aux conclusions du ministère public, a rendu le jugement suivant :

« Attendu que les faits reprochés au prévenu ne sont nullement établis et regrettant la témérité et la légèreté des personnes qui ont engagé un procès de nature à causer un préjudice considérable à celui contre qui il est dirigé, acquitte purement et simplement le prévenu et condamne la partie plaignante à 1000 francs de dommages-intérêts envers la partie adverse, celle-ci s'étant constituée partie civile par une demande reconventionnelle. » (*Presse méd. belge.*)

Testaments ou donations. L'incapacité du médecin traitant pour recevoir de son malade, de par l'article 909 du Code civil, a donné lieu à tant de procès et les décisions judiciaires en résultant ont tant varié suivant les cas, qu'il n'est

pas inutile de signaler les cas infirmatifs de cette loi parfois inique. Ceux qui ne voient pas venir à eux un héritage espéré sont toujours disposés à crier à la captation et à chercher dans le Code des armes pour faire tomber les dispositions qui les déshéritent.

De là viennent tous les procès dirigés contre les médecins, gratifiés d'un héritage inattendu ; on joue principalement contre eux sur le mot de dernière maladie ; tantôt on l'interprète dans le sens de la maladie à laquelle a succombé le *de cujus*, et tantôt dans le sens de la maladie ayant précédé celle dont il est mort ; on tire aussi parti des intermittences d'une maladie ancienne à laquelle on s'efforce de rattacher la cause du décès.

Tel fut le cas des héritiers d'une dame Balleidier, qui, par son testament olographe du 6 juillet 1879, déposé en l'étude de Millifiot de Belair, notaire à Lyon, faisait don aux enfants du docteur Ceulleret d'une somme de 6000 francs avec divers objets mobiliers. Sous prétexte que celui-ci lui avait donné des soins et avait ainsi pu capter sa confiance, ses héritiers ont refusé de délivrer les legs. Un procès s'ensuivit, après le décès de la donatrice, à Lyon, le 24 septembre 1880. Une tumeur vaginale en avait été la cause, et l'on pouvait en faire remonter le début indéfiniment. Mais la Cour, constatant que la dernière période de cette maladie ayant entraîné la mort ne pouvait être fixée qu'à la première quinzaine de mai 1880 et que, pendant tout ce temps, le docteur Carry avait été le médecin habituel de la malade, comme deux certificats en justifiaient ; que le docteur Ceulleret n'avait été appelé qu'incidemment en consultation, en raison de ses anciennes relations d'amitié avec la malade, établies par ce fait qu'un des enfants légataires en était le filleul ; que de plus l'absence du docteur Ceulleret pendant le mois de septembre infirme sa qualité de médecin ordinaire et traitant ; a débouté les légataires universels, en les condamnant à délivrer aux mineurs Ceulleret les legs particuliers qui leur avaient été faits. En conséquence, ils ont été tenus de payer au docteur Ceulleret, administrateur légal de ses enfants mineurs : 1^o la somme de 4000 francs avec intérêts à partir de la demande en justice, montant du legs fait à Etienne Ceulleret ; 2^o celle de 2000 francs avec intérêts à partir de la demande en justice, montant du legs

fait aux enfants Jean et Marie Ceuilleret, à partager par moitié ; ainsi que la remise des effets mobiliers. Les défendeurs ont même été condamnés aux dépens et déboutés de leurs conclusions de faire la preuve de leurs allégations.

Honoraires. Une décision importante pouvant former jurisprudence à cet égard a été rendue par la Cour d'appel de Paris contre le docteur A. Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu et membre de l'Académie de médecine. Appelé près d'un vieillard paralytique qui, dans un mouvement convulsif, s'était engagé le pied entre deux planches de sa petite voiture, d'où était résultée une plaie à la malléole interne, le chirurgien employa son pansement ouaté par occlusion, qui eut un plein succès. Le blessé était guéri de son traumatisme lorsqu'il mourut des suites de sa paralysie.

Chaque pansement ouaté ou silicaté fut fixé à 200 francs ; 31 ayant eu lieu, c'était une somme de 6200 à payer. La famille, trouvant la note trop élevée, n'en offrit que la moitié : d'où procès. Les héritiers invoquèrent en première instance une convention verbale d'après laquelle M. Guérin aurait consenti à abaisser le prix de ses visites. D'où le rejet de sa demande, malgré la négation de la convention invoquée.

La Cour d'appel, tout en considérant que cette convention était restée sans effet, puisque le chirurgien avait continué presque seul tous les soins, sans l'assistance du médecin ordinaire, l'a débouté de nouveau, en déclarant qu'en tout cas *il ne saurait y avoir de convention entre malade et médecin. Celui qui lutte pour la vie n'est pas maître de sa volonté ; s'il fait une convention, la nécessité et la peur conduisent sa plume.* Voy. SECRET PROFESSIONNEL.

Ordonnances. Voy. EXERCICE.

K

KYSTES. *Kystes de l'ovaire. Torsion du pédicule.* Les accidents de péritonite en seraient une conséquence et un symp-

tôme précieux, selon M. Duplay. Chez une femme de cinquante-trois ans, prise subitement des symptômes de péritonite, le médecin appelé, ayant reconnu un kyste de l'ovaire gros comme une tête d'adulte, attribua la péritonite à l'inflammation du kyste. C'était une erreur. Ce kyste, ayant été ponctionné un mois après, donna un litre de liquide visqueux et fortement teinté de sang. L'ovariotomie, pratiquée bientôt après, montra des adhérences récentes et d'une vascularisation extrême, très nombreuses, avec la paroi abdominale et l'épiploon. Au lieu de son aspect brillant habituel, la paroi kystique avait une teinte opaque, presque feuille morte. Une série de bosselures et d'étranglements existait sur le pédicule, tordu trois ou quatre fois sur lui-même.

M. B. Anger a observé un cas analogue à l'hôpital Beaujon. Un gros kyste se compliqua d'accidents de péritonite rapidement mortelle, et l'autopsie montra le pédicule tordu et le kyste gangréné.

Les accidents de péritonite coïncidant avec une augmentation de volume du kyste constituent donc une indication pressante de l'ovariotomie, comme Spencer Wells l'a signalé du reste dans un certain nombre de torsions du pédicule des kystes. (*Soc. de chirurgie*, avril.)

Nature du liquide. La composition, la couleur, la consistance et la densité même en sont si variées et différentes que M. Méhu en distingue les trois groupes suivants :

Liquides jaunes, non filants et séreux proprement dits. Ce sont les plus nombreux ; ils laissent au moins 20 grammes de résidu desséchés à 100° par 1000 grammes. Ils ont les mêmes qualités physiques et la même composition chimique que les liquides ascitiques. La cholestérine a été rencontrée 7 fois sur 80 spécimens. Un résidu sec de 70 grammes par kilogramme et à plus forte raison au-dessus de cette densité, extrait de la cavité abdominale, doit être considéré comme ovarique.

Liquides très fluides, incolores ou opalins et sans albumine coagulable. Assez rares ; ils ne contiennent que 18 grammes de matières fixes, dans les mêmes proportions que les précédents. Ils ne se reproduisent, contrairement aux premiers, que très exceptionnellement et très lentement. Jamais la

cholestérine ne s'y rencontre. Leur présence comporte ainsi des probabilités de guérison.

Liquides filants, plus ou moins colorés, contenant plus de 18 grammes de matières fixes. Ils ne s'écoulent pas goutte à goutte et ont l'épaisse consistance de la bile du bœuf. Leur viscosité permet de les étirer en filaments de différentes longueurs. Demi solides parfois, ils contiennent au moins 20 grammes de matières fixes et 7 à 9 grammes de sels minéraux anhydres. La cholestérine s'est rencontrée 2 fois sur 25 spécimens. Ils sont chargés de paralbumine et entièrement coagulables par l'ébullition, étant légèrement acidulés par l'acide acétique. Leur composition varie du commencement à la fin de la ponction, par la matière albumineuse qu'ils contiennent. Ils sont non homogènes. Le liquide de deux kystes ovariens coïncidents peut différer dans sa nature, lors même qu'il est extrait simultanément. (*Archives de méd.*, septembre.)

Kyste hydatique du cœur. Il est encore si peu connu, d'après le petit nombre des cas publiés, une trentaine d'après Maurice Raynaud, en 1868, qu'un fait bien observé et constaté par le docteur Arnould, a encore un grand intérêt, quoique sans remède.

Un garçon de vingt-un ans, palefrenier à Saint-Omer et soldat depuis sept mois au 16^e bataillon de chasseurs à Lille, robuste et remarquablement musclé, était sujet depuis quelques années à des lipothymies allant presque à la syncope. Deux courtes pertes de connaissance ont été récemment observées par le médecin-major dans les quinze derniers jours au retour d'une marche, suivie d'un sommeil profond et prolongé, comme d'habitude.

Le 9 juillet 1881, au retour de la marche militaire, ce chasseur est pris de ses accidents lipothymiques en montant l'escalier de la caserne. La durée et l'accentuation des accidents le font bientôt envoyer à l'hôpital, où il arrive à une heure après midi, dans un état demi syncopal, entrecoupé de retours incomplets de la connaissance avec un état cyanotique de tout le tégument externe, sans anxiété ni gêne respiratoire pour l'expliquer. Battements du cœur forts et réguliers, tendance au refroidissement. Urticaire généralisée et confluyente. Malgré les révulsifs qui ramè-

nent la connaissance momentanée et sans que l'état offrit une gravité imminente, le malade ayant déclaré ne souffrir de rien, il succombe subitement à deux heures et demie, sans secousse ni autre manifestation.

L'autopsie montre un œdème pulmonaire considérable. Un noyau résistant, sans relief, gros comme une noix, existe au sommet du poumon gauche, donnant issue par l'incision à trois cuillerées à café d'un liquide limpide et incolore. C'était un kyste à double enveloppe, dont on rencontre deux autres identiques plus petits, sans aucune hydatide libre. On trouve encore à chaque sommet des deux côtés un nodule pierreux, gros comme un pois, évidemment tuberculeux, et un ganglion bronchique crétacé gros comme une noisette.

Mais le plus remarquable dans ces incisions est la constatation, dans la lumière de chaque division de l'artère pulmonaire, d'un lambeau kystique à paroi mince, plissé et affaissé. La division de l'artère dans sa longueur montre une hydatide vidée, entière, plissée et disposée en long. Tous les rameaux artériels sont oblitérés sur un point, et des hydatides libres de toutes dimensions, depuis une tête d'épingle jusqu'à une grosse aveline, encombrent le tronc même de l'artère pulmonaire. Le ventricule droit du cœur en renferme encore davantage, et des échinocoques, petits et grands, y sont libres et enchevêtrés dans un caillot assez ferme, rouge brun d'un côté, gris jaunâtre de l'autre et du poids de 20 à 25 grammes. Toutes les divisions de l'artère pulmonaire, ouvertes aux ciseaux du centre à la périphérie dans les deux lobes, se montrent également oblitérées par des hydatides.

Cœur un peu volumineux, avec un péricarde oblitéré presque complètement. Valvules et orifices sains, sans aucun parasite dans le cœur gauche; mais le ventricule droit en est rempli sans poche fixe. L'oreillette droite seule, plus ample, présente une tumeur demi affaissée, avec une large fente regardant l'orifice tricuspide. C'est un kyste dont l'intérieur est rempli de petites hydatides sortant de l'ouverture, comme les grains d'une grenade mûre et entr'ouverte. Sa base, assez large, est insérée au-dessus du bord de l'orifice de la veine cave inférieure, se rapprochant de la paroi postérieure et de la cloison interauriculaire. Elle

est sensible au palper en arrière. Sa grosseur est celle d'une noix Saint-Jacques; c'est donc très manifestement la rupture de ce kyste, qui, en remplissant les poumons de ses produits, a déterminé la mort. Il n'y en avait ni dans le foie ni dans la rate. (*Soc. de méd. de Lille*, 22 juillet, et *Bull. méd. du Nord*, octobre.)

Kystes intra-thoraciques. *Incision et extraction.* Sur 13 cas traités par l'empyème et dont il relate deux exemples, le docteur Bird n'a eu qu'une seule mort. Sans doute ce procédé n'est pas toujours applicable. Mais, quand le kyste siège manifestement dans la cavité pleurale, on doit le préférer aux moyens ordinaires : ponctions, injections, applications électriques, etc. Avec ceux-ci, on n'est jamais sûr d'avoir détruit la vitalité du kyste et enrayé son développement.

Encore faut-il faire un diagnostic précis, ce qui n'est pas toujours chose aisée. Pourtant on trouvera, dans la rapidité du développement et les symptômes d'irritation de la plèvre, des éléments précieux de diagnostic. Il est un autre phénomène important, à ce point de vue, et qu'il convient de rechercher : c'est la variabilité des symptômes physiques. Tandis que les kystes qui ont leur siège dans les viscères, le poumon, le foie, ne subissent pas l'influence des changements de position du malade, il n'en est pas ainsi des kystes pleuraux, dont le contenu oscille et se déplace plus aisément.

Dans une des observations, l'incision fut pratiquée, quelques jours après une ponction exploratrice, entre la septième et la huitième côte droites. L'extraction de la poche se fit sans difficulté, bien qu'elle fût de grande dimension et déchirée sur plusieurs points.

Le second fait est relatif à une petite fille de neuf ans, arrivée au dernier degré de la cachexie et de l'hecticité. Un trocart de gros calibre, introduit entre la cinquième et la sixième côte, donna issue à du pus fétide et à des fragments de la poche membraneuse. Deux jours après, l'ouverture fut agrandie et le kyste enlevé dans sa totalité. Des injections phéniquées furent pratiquées dans la plèvre. Au bout d'un mois, l'enfant était parfaitement guérie.

Un malade, opéré par Bird dans des conditions sem-

blables, mourut, pendant son séjour à l'hôpital, d'une maladie intercurrente. Cette circonstance a permis à l'auteur de constater les résultats anatomiques de l'extraction d'un kyste. Bien que la poche enlevée fût considérable, le poumon n'en avait pas moins repris son volume primitif et son expansion normale. (*London med. Record.*)

Kyste crânien. Une femme de quarante ans portait, sur la partie latérale de la région frontale droite, un kyste de 5 centimètres de diamètre consécutif à un coup reçu sur la tête vingt ans auparavant. Ouvert par le thermo-cautère après ponction exploratrice par M. Aubert, chirurgien de l'Antiquaille, il donna issue à un liquide jaune contenant des cristaux de cholestérine. Le fond du kyste était formé par une paroi osseuse refoulée. Sous l'influence du lavage phéniqué et des pansements avec le lint borique, pour prévenir une réunion trop prompte et favoriser le retrait des parois, la table osseuse se releva peu à peu et était à peu près de niveau avec la surface frontale après deux mois et demi environ.

A partir de ce moment, l'opérée, qui manquait de mémoire pour les détails les plus vulgaires de son existence et apportait une extrême négligence dans les soins de son ménage, devint rapidement une ménagère rangée, attentive, pensant à tout, au point de frapper l'attention de son entourage. Le relèvement de la table osseuse par la guérison du kyste avait opéré ce changement favorable sur l'intelligence. De là l'intérêt de ce fait. (*Lyon méd.*, n° 32.)

Kystes périostiques des mâchoires. *Section sur place.* Une observation, mais une seule, ce qui en diminue considérablement la valeur, tend à apporter une modification importante dans le traitement de ces kystes. Au lieu d'arracher la dent avec précaution, de réséquer la portion de la racine altérée et de la replanter ensuite, comme de nombreux succès en sont rapportés (Voy. DENTS, 1879), M. Terrillon est parvenu à faire cette résection sur place sans arracher la dent. C'était chez une femme de vingt-quatre ans ayant reçu un choc violent sur les incisives huit ans auparavant. Un abcès et des fistules en étaient résultés, puis un kyste du

maxillaire supérieur dans le sillon gingivo-labial, un peu en dehors de l'aile du nez. La fistule s'ouvrait au niveau de la deuxième molaire absente. En l'incisant avec le thermo-cautère, l'instrument pénétra dans une cavité du volume d'une noix, où les racines des deux incisives voisines faisaient saillie. Il les réséqua avec la pince de Liston, et l'opérée a parfaitement guéri. C'est donc là un cas exceptionnel et qui ne peut servir de règle pour la guérison de ces kystes. (*Soc. de chir.*, novembre, et *Bull. de therap.*, décembre.)

Kystes du foie. Siège des ponctions. Des recherches faites sur le cadavre par le docteur Gros, d'Alger, pour déterminer l'endroit où l'on peut enfoncer le trocart sans danger de léser la plèvre ni le poumon, lui ont montré, d'après les dessins même qu'il expose, que c'est dans l'espace triangulaire ayant pour base la dernière côte, pour sommet l'extrémité interne du sixième espace intercostal et pour côtés des lignes allant de ce sommet aux deux extrémités de la douzième côte.

Mais l'épanchement observé dans ces ponctions d'emblée, divers accidents et jusqu'à la mort subite pouvant en résulter, comme des exemples en sont relatés (*Années 1875 et 1878*), prouvent que le choix seul du siège ne saurait les prévenir. Bien d'autres conditions cliniques sont indispensables pour recourir à cette opération avec sécurité. (*Congrès d'Alger pour l'avancement des sciences.*)

Modes de traitement. Un sous-officier de vingt-quatre ans voyait son hypocondre droit se développer depuis quatre mois dans d'énormes proportions. La tumeur était dure, sans frémissement. Un kyste hydatique fut diagnostiqué, et une ponction avec l'appareil de Potain donna issue à 3 litres de liquide contenant des échinocoques. Trois mois après, nouvelle ponction : issue de 750 grammes de pus. Le malade avait de la fièvre, des symptômes généraux inquiétants. M. Chauvel se décida à ouvrir largement par une incision de 5 à 6 centimètres sur la partie saillante et conduite jusqu'au péritoine pariétal. Quelques jours après, le feuillet séreux fut incisé à son tour en plongeant le bistouri dans le tissu hépatique, rien ne sortit ; un tro-

cart, introduit profondément, amena cependant un peu de liquide, et la plaie se referma.

Un mois plus tard, ponction dans le huitième espace : issue du pus. Trois semaines après, nouvelle ponction. On ouvre alors la poche avec le thermo-cautère dans le huitième espace. L'instrument est conduit peu à peu jusque dans le parenchyme hépatique, sur le siège même de l'abcès. Il sort un flot de pus. Le lendemain, issue de deux litres de pus. L'écoulement diminue de jour en jour, le foie reprend son volume, et le malade guérit.

M. Verneuil donne la préférence à l'introduction, avec un gros trocart, d'une sonde en caoutchouc rouge munie de baudruche et qui reste en permanence dans la plaie. Des injections antiseptiques sont ainsi possibles pour tuer les hydatides. On peut renouveler la sonde tous les huit jours, et la paroi du kyste ne tarde pas à s'engager dans la plaie. M. Tillaux croit qu'il y a avantage et sécurité à laisser la canule en place pendant un à deux jours avant de la remplacer par une sonde.

Le procédé bien connu de Récamier est si lent, que, sauf M. Després, personne ne l'emploie ni ne le défend plus. Il faut trente à quarante jours pour arriver au kyste. Quand il y a fièvre et un mauvais état général, on ne peut attendre ainsi. Il faut agir. Et, comme l'on n'est jamais certain que les caustiques provoquent des adhérences, M. Tillaux emploie la pâte de Vienne, qu'il applique successivement jusqu'à atteindre le muscle transverse. Il prend alors une longue flèche de Canquoin bien sèche et bien dure, qu'il introduit d'emblée et laisse en place. L'eschare se produit autour de la flèche, puis tout tombe, et il reste une ouverture large comme le pouce : tout sort à la fois, le lit est inondé. De cette façon, on est certain d'avoir une adhérence, une inflammation limitée et un orifice très large. (*Soc. de chirurgie*, 16 mars.) Voy. HÉPATOTOMIE.

Kystes savonneux du sein. Parmi les tumeurs qui s'observent dans la mamelle, celle-ci est une des plus rares et des plus difficiles à diagnostiquer, surtout différenciellement avec les abcès froids. Une femme de vingt ans, nouvellement accouchée, présente dans le sein droit, à l'examen du professeur Billroth, une tumeur grosse comme un œuf

d'oie, régulière, ovale, sans retentissement ganglionnaire ni adhérences cutanées. Elle s'était développée au deuxième mois de la grossesse par deux petites nodosités tout près de l'aréole et qui restèrent stationnaires pendant le reste de la grossesse et l'allaitement, qui dura sept mois. Aussitôt après, elles se développèrent, et il en apparut d'autres.

L'extirpation pratiquée montra un kyste rempli d'une matière caséeuse, formée d'un savon calcaire, d'après l'analyse. La partie grasseuse du lait avait subi la saponification, en se combinant avec le carbonate de chaux organique. La femme guérit parfaitement. (*Archiv für klin. chir.*, 1880.)

Kystes hordéiformes. *Réunion immédiate (?)* Une synovite tendineuse ayant débuté par la gaine du fléchisseur du pouce depuis six ans et envahi la plupart des gaines postérieure et antérieure du poignet, chez un homme de cinquante-sept ans, M. Nicaise, malgré le danger attaché autrefois à l'ouverture de ces cavités, pratiqua sur chaque tumeur une incision de 3 à 4 centimètres, sous le nuage phéniqué. Une grande quantité de grains riziformes en sortit avec très peu de liquide. Des injections furent pratiquées avec la solution phéniquée au 20^e, des drains placés, puis un pansement de Lister rigoureux.

Dès le lendemain, 27 mars, la température s'élevait à 39^o,2, avec tuméfaction et agitation que l'obturation d'un grain avait déterminées. Tout se calma après son enlèvement, et, dès le 31, l'opéré descendait au jardin. Un suintement séreux persista jusqu'au 12 avril, puis l'opéré guérit avec mouvement des doigts.

Si des exsudats fibrineux constituent dans certains cas les grains riziformes, comme il l'a vérifié sur un cadavre, l'examen de la synoviale dans celui-ci a permis à M. Nicaise de constater l'existence d'excroissances polypeuses qui ont résisté à la curette et qu'il lui a fallu enlever avec une pince et des ciseaux. C'est donc la confirmation de la théorie de Virchow, tandis que le premier est conforme à celle de Velpeau.

La suppuration, regardée autrefois comme indispensable pour la guérison de ces kystes, en formait donc tout le danger. Outre la raideur des doigts, leur impotence et sou-

vent des complications plus graves en résultaient. La méthode antiseptique prévient tout cela. Dans un cas de synovite fongueuse des gaines du carpe, traitée par l'incision listérienne et le grattage, M. Polaillon a obtenu de même une guérison qui se maintient depuis un an sans récurrence. (*Soc. de chir.*, mai.)

Un exemple plus concluant en a été observé par le docteur Notta (de Lisieux) chez un homme de quarante-huit ans, fort et robuste, non rhumatisant. Du gonflement et de la douleur dans la paume de la main était survenu il y a quatre ans, après avoir labouré. Une bosselure apparut, il y a six mois, à la partie médiane et supérieure de la paume de la main, depuis le ligament annulaire du carpe jusqu'au pli palmaire moyen. Une autre saillie existait au-dessus du poignet, et le liquide reflua d'une poche dans l'autre, en produisant une espèce de crépitation. Le 14 novembre 1880, après anesthésie et application de la bande d'Esmarch, une incision de 4 centimètres fut faite à la partie inférieure de l'avant-bras, donnant issue à un liquide transparent et de nombreux corpuscules creux blanchâtres; une autre de 3 centimètres, dans la paume de la main, donna des grains hordéiformes, et une troisième, sur l'éminence hypothénar, donna aussi du liquide et des concrétions. Pratiquées sous le nuage phéniqué, lavées et pansées de même, ces incisions se cicatrisèrent parfaitement et l'opéré était complètement guéri au mois de mars suivant.

Ce n'est donc pas par la suppuration que ces kystes guérissent, comme le soutient M. Després, mais par comblement, par cicatrisation lente et progressive, dit M. Trélat. La suppuration est un accident; on peut assister à la guérison lente sans suppuration avec le pansement phéniqué. La réunion immédiate est non seulement inutile, mais fâcheuse en pareil cas. (*Idem*, octobre.)

Kystes du poignet. *Ouverture sous le nuage phéniqué.* Le danger inflammatoire de cette ouverture serait atténué, d'après M. Nicaise, par l'action antiphlogistique puissante de l'acide phénique. Un homme de trente-six ans, ayant plusieurs kystes tendineux, entra à l'hôpital Temporaire. Chaque tumeur fut incisée isolément et pansée antiseptiquement. Il y eut cependant de la fièvre et un gonflement

considérable. Mais, dès le sixième jour, l'écoulement par le drain était presque nul, et la cicatrisation s'opéra rapidement avec rétablissement des fonctions tendineuses. Il est donc facile de mettre en usage cette simple précaution. (*Soc. de chir.*)

Electro-puncture. Elle a été appliquée tout récemment par M. Dujardin-Beaumetz pour un kyste synovial volumineux du poignet, chez une jeune femme qui ne pouvait plus travailler par la douleur et la gêne des mouvements de flexion et d'extension des doigts. Une aiguille fine, recouverte d'un enduit protecteur pour empêcher la destruction de la peau, fut introduite dans le kyste et mise en rapport avec le pôle positif de la pile, dont le pôle négatif était appliqué sur le bras. La séance a duré dix minutes. Le lendemain, le kyste étant légèrement enflammé, des cataplasmes furent appliqués localement avec immobilisation de la main sur une planchette. Les accidents diminuèrent graduellement, et, deux mois après, la guérison était complète. (*Soc. de therap.*)

Drainage capillaire. Inauguré par Lister et employé par M. D. Molière contre un goitre kystique (Voy. GOITRE, 1879), ce drainage est surtout indiqué, d'après ce dernier, dans les cas où tous les grains hordéiformes ou riziformes sont libres, c'est-à-dire quand il n'y a que peu ou point de végétations à la surface externe des kystes. L'opération est des plus simples. Il suffit de pratiquer deux incisions de un centimètre, l'une à la paume de la main, l'autre au-dessus du poignet, et de faire passer par elles, sous le ligament annulaire du carpe, une forte mèche de crin soigneusement désinfectée et trempée dans l'huile phéniquée. Le membre est placé dans un pansement antiseptique et immobilisé. (*Lyon méd.*)

Etude sur le drainage capillaire par les crins. Thèse inaugurale, par Charles M'Roë. Lyon, 1879. La lecture de ces observations prouvera qu'il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer une large incision pour guérir ces kystes, et que l'on réussira souvent par le moyen si simple précité.

Kystes hématiques du corps thyroïde. *Electrolyse.* Voy. GOITRE KYSTIQUE.

L

LAPAROTOMIE. Cette redoutable opération prend décidément le pas sur toutes les autres innovations chirurgicales. On la pratique au-dessus ou au-dessous de l'ombilic, à la partie médiane ou latéralement, suivant le siège et le volume de la tumeur à enlever : rein, rate, ovaires ou intestin. Un jeune chirurgien de Lyon, le docteur Vincent, espérance naissante de la Faculté, a proclamé au *Congrès d'Alger pour l'avancement des sciences* que c'était l'opération curative par excellence contre tous les traumatismes de la vessie : ruptures, blessures, plaies ou déchirures quelconques. Ouvrir *rapidement* le ventre toutes les fois que cet organe est lésé pour en examiner de près les lésions, enlever l'urine et le sang épanchés, suturer la plaie, serait le plus sûr moyen de guérison.... si l'opéré ne meurt pas d'intoxication urinaire.

Loin d'être calqués sur l'enseignement des chirurgiens anglais qui ont inauguré cette opération radicale (Voy. *année* 1879), tous ces beaux préceptes reposent exclusivement sur 20 expériences chez... des chiens. Les résultats cliniques chez l'homme n'étant pas assez concluants ni décisifs pour l'autoriser aussi amplement, on s'en est pris aux chiens, en les assimilant aux chiens-d'homme. Voy. VESSIE.

On peut encore y rapporter la taille sus-pubienne, dont la pratique devient de plus en plus fréquente, justifiée par les mêmes mesures et employée également contre la rupture de la vessie. Voy. TAILLE.

Ses indications sont en effet beaucoup plus restreintes dans l'obstruction intestinale. Au succès relaté par M. Boeckel l'année dernière, il n'a trouvé qu'une seule application nouvelle à en faire dans des conditions presque identiques.

C'était chez une femme de vingt-huit ans, prise de symptômes d'occlusion intestinale un mois après une pelvi-péritonite consécutive à son sixième accouchement. La gastrotomie fut pratiquée seulement le treizième jour et montra une bride péritonéale partant de l'angle gauche de la matrice pour s'insérer sur le côlon ascendant. Celui-ci était sain, tout en subissant un mouvement de demi-torsion sur

son axe. Il correspondait à la partie inférieure de l'S iliaque. Comme la première fois, la section de cette bride fut faite entre deux ligatures au catgut, les intestins rentrés dans le ventre et le pansement de Lister appliqué. Le cours des matières se rétablit une demi-heure après l'opération, avec soulagement immédiat. Au bout de quatre jours, la réunion était complète; l'orifice du tube à drainage se cicatrisa en quatre semaines, et la guérison s'est parfaitement maintenue depuis. (*Congrès d'Alger et Revue de méd.*, août.)

C'est en procédant ainsi lentement, mais sûrement sur l'homme, que l'on peut réaliser de véritables progrès durables. Il s'ensuit que cette opération peut-être tentée même tardivement, au moins dans certains cas, contre les étranglements par bride siégeant très bas et consécutifs à des phlegmasies locales récentes; mais il ne faut pas oublier que, sur six cas cités l'année dernière à la *Société de chirurgie* dans la discussion provoquée à ce sujet, il n'y eut pas une seule guérison (novembre 1880).

Elle a encore été pratiquée dans un cas d'étranglement interne, par M. Cazin (de Boulogne). Un garçon de vingt-huit ans était pris subitement, après une garde-robe, d'une douleur vive au voisinage de l'ombilic, avec nausées et vomissements bientôt fécaloïdes. Ventre ballonné; constipation, pas de gaz par l'anus; pouls à 120. Ces symptômes allant en augmentant, une incision fut pratiquée sur la ligne médiane de l'abdomen, qui montra une anse d'intestin étranglée par un diverticulum adhérent à la paroi antérieure. Il fut aussitôt coupé, lié et réduit sous le pansement de Lister, et la guérison eut lieu. (*Soc. de chir.*, mars.)

Il n'y a lieu de citer que pour mémoire la laparotomie faite par le docteur M. Claudot sur un hussard de vingt-trois ans, opéré à la Charité (de Lyon), le 23 septembre 1880. La destruction de deux brides ayant montré le péritoine parsemé de granulations tuberculeuses, on laissa pour ainsi dire l'opération inachevée. La mort, arrivée quelques heures après, en montra, en effet, une troisième. C'était un véritable cas incurable. (*Revue de méd.*, août.)

Son emploi pour extraire les corps étrangers introduits jusqu'à l'S iliaque par le rectum, comme l'a fait avec succès M. Verneuil l'année dernière, a été renouvelé avec un résultat aussi heureux à l'Hôtel-Dieu de Reims, par le docteur Gen-

tilhomme. Il s'agissait d'un morceau de bois taillé exprès, qu'un débauché de cinquante-six ans avait l'habitude de s'introduire par salacité. L'ayant laissé échapper le 13 avril et s'étant endormi ensuite, il ne put l'évacuer le lendemain. La douleur le contraignit à se faire examiner le 15 avril, et l'on sent du côté droit, au niveau de l'ombilic, un corps dur, angulaire, mobile, de trois centimètres de largeur. Il était aussi perceptible par le toucher rectal; mais la main, introduite tout entière, sans difficulté ni douleur, ne put en atteindre l'extrémité supérieure, et toutes les tentatives faites pour l'extraire par cette voie furent vaines.

Le 17 avril, une incision de 10 centimètres est pratiquée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, sur le côté droit de l'abdomen, à 3 centimètres au-dessus de la ligne bis-iliaque et aboutissant en bas à 4 centimètres au-dessous. Elle est située à 2 centim. $1/2$ en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et couche par couche l'incision du péritoine, puis de l'intestin selon son axe, après l'avoir attiré au dehors, permet d'extraire facilement le corps étranger, long de 20 centimètres sur $12 \frac{1}{2}$ de circonférence et 3 de diamètre cylindrique, un peu rugueux et coupé irrégulièrement en biseau en bas. Des points de suture au catgut sont appliqués sur l'intestin rentré aussitôt, de même que sur le péritoine, et la paroi abdominale est refermée avec une suture métallique.

Cette opération, faite sous le nuage phéniqué et suivie du pansement antiseptique, n'a eu aucune complication. L'opéré a dormi la nuit; pouls à 72 le lendemain. Pas de selles jusqu'au 19; pansement; bouillon, lait, un œuf dur; tolu, chloral, injection de morphine. Les fils métalliques sont enlevés le 20, et le 30 la guérison était complète. (*Soc. médicale de Reims.*)

Sans être absolument indispensable au succès, la méthode antiseptique donne à cette laparotomie infiniment plus de sécurité. Riali, d'Orvieto, en avait obtenu un plein succès en 1848 sans ce secours; mais le docteur Studsgaard, de Copenhague, l'avait employée dans l'exemple semblable qu'il en a communiqué à la Société de chirurgie en 1879, comme M. Verneuil en 1880. On ne doit donc y recourir désormais qu'avec ce moyen.

Laparotomie latérale. Elle a été pratiquée par M. E. Boeckel, de Strasbourg, le 21 mai 1884, pour l'extirpation d'une tumeur volumineuse de l'abdomen, chez un homme cryptorchide, âgé de cinquante ans. C'était le testicule gauche cancéreux, du poids d'un kilogramme, placé dans le péritoine et en arrière, absolument comme un ovaire dégénéré. L'emploi du nuage phéniqué avant et pendant l'opération, qui a duré une heure et demie, a heureusement prévenu toute complication, malgré une suture de l'aponévrose et d'un sac herniaire. Un mois après, l'opéré était guéri. Voy. OVARIOTOMIE.

Laparotomie puerpérale. C'est l'opération généralement adoptée aux États-Unis pour extraire le fœtus passé dans l'abdomen à la suite de la rupture de l'utérus. Qu'opposer en effet de plus rationnel et légitime, dans l'état actuel de la chirurgie gynécologique, à un accident si redoutable? A moins d'une ouverture largement béante, depuis le fond de l'utérus jusqu'au col y compris, l'extrême difficulté, sinon l'impossibilité même de faire repasser le fœtus par la rupture pour l'extraire par les voies naturelles, rend cette opération trop dangereuse pour la tenter, car elle entraîne après son succès même des chances trop périlleuses pour y recourir. C'est pourtant ce qui paraît avoir été fait par le professeur Hecker qui, en plaçant un drain ensuite, obtint la guérison. (Voy. ACCOUCHEMENTS). Or, l'expectation étant impossible en si grave occurrence, la laparotomie est toute justifiée par les heureux résultats journaliers de cette opération, surtout dans l'ovariotomie. D'où la vive impulsion — *a great impetus* — imprimée à cette pratique en Amérique depuis un quart de siècle.

Il y a vingt-cinq ans bientôt, en effet, que le docteur James Trask prouva, dans un mémoire sur ce sujet, que le succès est plus grand par cette méthode que par tout autre mode de délivrance. Sur vingt-sept cas rapportés, il n'y avait que sept morts (*Amer. journ. of med. sciences*, vol. XXXII.) Sans être absolument exacte par la non-publication de tous les résultats malheureux, cette statistique montrait déjà tout l'avenir de cette laparotomie. Après une recherche de plusieurs années, le docteur Robert Harris en recueillit quarante cas, dont vingt et une femmes et deux enfants furent

sauvés, proportion très favorable encore quoique bien inférieure aux précédentes. (*Playfair's midwifery*, 3^e édition américaine, 1880.) Aussi doit-elle se réduire encore, car voici trois exemples antérieurs publiés par le professeur Howard, de Baltimore, et tous suivis de mort.

I. Femme de trente-neuf ans, à son huitième accouchement le 6 octobre 1868, avec présentation de la tête. Après deux à trois heures de fortes contractions, elles cessent soudainement par une violente douleur interne, suivie d'écoulement du sang et disparition de la tête à l'orifice. L'auteur est appelé, vient et constate la rupture et le passage du fœtus dans l'abdomen. La laparotomie est décidée, mais les instruments manquent, et le chirurgien demeure à trois milles. L'opération n'est ainsi pratiquée que huit heures après l'accident. La toilette du péritoine faite, on ferme la rupture avec des fils d'argent, et jusqu'au troisième jour tout allait pour le mieux, lorsque des vomissements survinrent, annonçant une péritonite septique, qui déterminait la mort le septième jour.

II. Femme de trente ans, à son quatrième accouchement, le 29 mars 1874. Accouchements antérieurs laborieux, avec forceps. Position occipito-antérieure gauche. Douleur violente en appliquant le forceps, avec nausées et faiblesses. Une heure après, M. Howard constate la présence de l'enfant dans l'abdomen et pratique immédiatement la laparotomie. Après la toilette du péritoine, on constate que la rupture siège à droite et s'étend, comme dans le premier cas, depuis l'orifice interne presque jusqu'au fond de l'utérus. Irrégulière et déchiquetée en bas, elle s'étendait transversalement aux trois quarts du col, tout contusionné, ecchymosé et même déchiré à droite. L'incision abdominale fut seule suturée avec des fils d'argent.

Une réaction complète se fit aussitôt; mais les vomissements, le hoquet, le tympanisme et tous les accidents de la péritonite septique généralisée, en augmentant graduellement, déterminèrent la mort le 5 avril, dans la nuit du septième jour.

III. A son onzième accouchement, le 27 janvier 1879, une pauvre femme, après une heure de contractions régulières et rapidement expulsives, cesse tout à coup de les sentir. Un second médecin appelé constate que la tête

est remontée, et l'on administre malheureusement du seigle ergoté et du sulfate de quinine pour activer les contractions. Quinze à dix-huit heures se passent ainsi, et ce n'est qu'au moment d'appliquer le forceps que l'on *présume* une rupture utérine à la perception d'un genou sous la paroi abdominale. Le professeur Howard est appelé, qui constate une rupture du côté gauche, avec passage du corps du fœtus, la tête étant retenue à l'intérieur de l'utérus. Malgré l'extrême agonie de la victime, il fallut encore une heure pour se préparer à l'opération. La tête avait alors passé dans l'abdomen. La laparotomie fut pratiquée sous le nuage phéniqué après l'extraction du cadavre et du placenta ; une rupture aussi nette qu'avec l'instrument tranchant, sans saignement, fut rencontrée à la jonction du corps et du col, s'élevant à deux pouces d'étendue de l'utérus contracté. Malgré la toilette minutieuse de l'abdomen, le bien-être et le sommeil consécutif de la patiente, elle s'éteignit le lendemain matin.

On s'explique la publicité tardive de ces faits devant l'incurie qu'ils révèlent par une application de forceps mal faite et une rupture si longtemps méconnue. L'extrême rareté de ce fatal accident spontané peut se changer dès lors en une fréquence relative par cette *malpractice*. Mais là est seulement le point secondaire de ce mémoire. Le principal est de modifier, au moins dans certains cas, la laparotomie puerpérale, en en faisant une opération de Porro, quand la rupture est très étendue, irrégulière, et surtout quand elle est contondue, déchiquetée au niveau du col, comme dans le second cas. Telle est la proposition formelle du professeur Howard, tendant à montrer qu'en enlevant utérus et ovaires, la femme, si elle perd ses attributs, peut guérir plus sûrement, comme la statistique des opérations de Porro, faites jusqu'ici, le prouve.

C'est donc là une nouvelle application à faire de cette opération dans certains cas de rupture et que l'on a surnommée d'avance *Howard's operation*. (*Transact. of amer. gynecol. Society*, 1880, vol. V, p. 145.)

LIGATURES. *Valeur du catgut.* Le discours inaugural du professeur Lister sur ce sujet à la *Clinical Society* de Londres, en montant au fauteuil de la présidence, le 28 jan-

vier, peut être signalé comme la meilleure référence pour avoir des indications précises à cet égard. La préparation, l'emploi, les indications et les contre-indications de la *catgut ligature* y sont décrits avec la précision claire et minutieuse que l'illustre chirurgien anglais met dans toutes ses leçons. Il s'y est arrêté ici avec d'autant plus de complaisance qu'elle est une simplification de sa méthode *antiseptique*.

On the catgut ligature, par sir J. Paget. Les ligatures au catgut, d'après l'auteur, ne provoquent pas de suppuration dans les plaies, mais elles se résorbent parfois trop vite. Dans une opération césarienne, par exemple, la suture de l'utérus s'est défaite, et l'opérée en est morte. Une hémorragie secondaire eut lieu par la même cause à la suite de la ligature de l'iliaque externe. Par contre, les ligatures de soie, même en prenant toutes les précautions antiseptiques, provoquent parfois des suppurations graves, comme un exemple en est cité dans une extirpation de goitre.

C'est en insistant sur la préparation du catgut avec l'acide chromique et la manière de faire le nœud que se trouve le succès de ces ligatures, suivant le célèbre chirurgien. (*Lancet*, février.)

Une revue historique sur ce sujet, suivie de la relation de neuf séries d'expériences sur des chiens avec des catguts de diverses provenances et à des degrés variés de constriction, a conduit le professeur Gross, de Nancy, et son chef de clinique Rohmer, aux conclusions suivantes :

I. Les effets immédiats d'une ligature pratiquée avec le fil de catgut dans la continuité d'une artère sont identiques à ceux de la ligature ordinaire. Les tuniques interne et moyenne sont rompues ; un caillot se forme. La tunique externe résiste à la striction et se trouve renforcée par un tissu de nouvelle formation résultant de l'irritation périphérique de la ligature. Le vaisseau n'est jamais sectionné ; le danger des hémorragies secondaires est donc écarté, et cette ligature devient une opération moins grave qu'autrefois.

II. La superposition de deux nœuds simples, comme avec le fil ordinaire, ne donne jamais qu'une oblitération artérielle passagère ; la ligature se relâche prématurément,

sinon avant la formation du caillot, ou bien le thrombus artériel disparaît, se résorbe ou se déplace. Enfin, les tuniques rompues se cicatrisent, et le calibre du vaisseau se trouve rétabli très rapidement dans un espace de huit à neuf jours. Les oblitérations constatées avant le quinzième jour ne sont donc pas définitives, à moins d'être obtenues avec des précautions particulières, comme une double ligature par exemple; autrement il est à craindre qu'elles ne persistent pas.

III. Pour obtenir une oblitération permanente et définitive, il est indispensable d'éviter le relâchement prématuré de la ligature au catgut en assujettissant le fil par un nœud de chirurgien superposé d'un nœud simple. (*Revue mens. de chir.*, décembre.) Voy. ANÉVRISMES.

Ligature des grosses veines. Une revue générale, par M. J. Bœckel, à ce sujet, appuyée sur de nombreuses observations personnelles et étrangères, démontre que le catgut de bonne qualité assure l'oblitération des gros troncs veineux et en est le meilleur moyen de déligation aussi bien que pour les artères. Il assure également l'hémostase des grosses veines réséquées dans la continuité et permet, grâce au listérisme, d'obtenir la réunion immédiate et la ligature des collatérales tout près du tronc principal. (*Revue mens. de chirurgie*, février.)

LITHOTRITIE. La *litholapaxy* américaine, avec broiement et évacuation en une seule séance, est enfin introduite en France. Le professeur Guyon, représentant aujourd'hui avec le plus de crédit et d'autorité les chirurgiens français, qui ont inventé et pratiqué les premiers cette merveilleuse opération, a enfin parlé. Il l'adopte, la pratique et s'en déclare partisan, en proclamant sa supériorité sur l'ancienne, exécutée en plusieurs séances courtes et répétées. Ce n'est pas toutefois sans chercher à atténuer les dangers et les inconvénients de celle-ci qu'il reconnaît tous les avantages de la nouvelle. Sans publier encore la statistique des résultats de sa pratique hospitalière et privée, — plus prudent et réservé en cela que les spécialistes anglais et américains, — son enseignement, pour s'être fait longtemps attendre, n'en est que plus utile et profitable à ce sujet.

C'est sous le modeste titre de *lithotritie rapide* que M. Guyon a consacré plusieurs conférences cliniques à ce nouveau procédé. Pour le broiement, il n'a pas recours à des instruments particuliers et n'approuve pas plus l'usage de ces volumineux lithotriteurs que de ceux préconisés par Bigelow pour préparer le canal à recevoir le cathéter évacuateur, dont le calibre correspond aux numéros de 27 à 34 de la filière. A chaque instrument son rôle, dit-il, et il importe avant tout que le lithotriteur jouisse de la mobilité nécessaire pour explorer librement la vessie dans toutes ses parties. Un lithotriteur volumineux n'entre qu'à frottement dans l'urèthre, et les manœuvres intra-vésicales sont ainsi rendues moins promptes et effectives. Il se sert habituellement du lithotriteur à poignée cylindrique et à bascule de Robert et Collin n° 2, en commençant avec des mors fenêtrés quand le calcul est volumineux, en terminant avec des mors pleins. Cette pratique est donc d'accord avec celle de M. Keyes.

Pour éviter le pincement de la muqueuse entre les mors, il suffit, après avoir saisi un calcul ou un fragment, de l'empêcher de glisser par une pression légère en ramenant l'instrument vers le centre de la vessie. On ne baisse l'écrou et l'on ne broie qu'après ce mouvement, qui permettrait à la muqueuse saisie de s'échapper aisément. Cette précaution est surtout utile quand les calculs sont logés très en avant du col vésical et au-dessus de la prostate; après les avoir saisis, il faut reporter l'instrument au fond de la vessie avant de serrer et de broyer.

C'est dans ces conditions et en faisant noter par l'un des assistants, chaque fois qu'il saisit un fragment et le broie, qu'il a pu en exécuter jusqu'à 107 en vingt-deux minutes sur un calcul dont le poids total s'élevait à 53 grammes. Ces résultats matériels sont donc de beaucoup supérieurs à ceux qui sont notés dans les observations des journaux étrangers. Bigelow extrait ainsi 6 grammes de débris dans une séance d'une heure, chez l'opéré qui succomba. M. Keyes en extrait 34 grammes dans la plus longue séance, de quatre-vingt-cinq minutes, et 4 gr. 50 après la plus courte, de dix minutes. La moyenne de 25 centigrammes par minute est ainsi bien inférieure à celle obtenue par M. Guyon. Elle a varié au contraire suivant la

nature du calcul dans les résultats obtenus par M. Thompson. De 67 centigrammes par minute pour les calculs phosphatiques, elle s'est élevée à 90 pour les pierres d'acide urique et d'oxalate de potasse. 31 cas de ces calculs durs ont donné une moyenne de 80 centigrammes à 1 gr. 8 par minute.

La durée moyenne des séances à Paris est d'une demi-heure, les vingt premières minutes étant consacrées au broiement; les dix autres sont employées à l'évacuation. Celle-ci s'opère de deux manières : d'abord par un lavage abondant de la vessie avec des seringues à hydrocèle munies de larges embouts qui donnent une quantité considérable de débris, sans danger de faire saigner la vessie, comme l'aspirateur; il n'adapte qu'ensuite celui-ci au cathéter pour terminer l'évacuation; aussi pousse-t-il la pulvérisation aussi loin que possible et préfère-t-il faire quelques prises de plus que de compter sur l'évacuation de gros fragments par l'aspirateur. L'absence du cliquetis par la rencontre des fragments avec l'extrémité du cathéter est le meilleur signe qu'il n'y en a plus.

De là une différence essentielle dans les règles primitivement posées de cette opération délicate. M. Bigelow ne fixe aucune limite sur sa durée. M. Keyes dit qu'il convient de la cesser après une heure; mais, si l'opéré supporte bien l'anesthésie et que son état soit satisfaisant, il faut encore mieux prolonger la séance d'une demi-heure que de laisser des fragments angulaires dans la vessie. La plus longue séance de M. Thompson n'a jamais dépassé vingt-cinq minutes. Pour le chirurgien français, il ne faut jamais pousser l'application du principe de cette opération à l'extrême. Malgré l'emploi du chloroforme, les contractions vésicales se montrent après un certain temps, et ce doit être le signal de cesser le broiement. Il fait en moyenne de 70 à 80 prises en une demi-heure, et cela suffit ordinairement à réduire en poudre les calculs moyens auxquels convient spécialement cette opération.

Il n'y a pas non plus avantage à réintroduire le lithotriteur après avoir appliqué l'aspirateur, d'après M. Guyon. De là le principe de sa conduite pour multiplier les prises du premier coup. Quelle que soit l'habileté pour le cathétérisme, il arrive bien souvent qu'après avoir retiré le brise-pierre, un spasme invincible du canal empêche d'ail-

leurs de franchir les parties profondes avec un instrument métallique. Une sonde en gomme, d'un calibre suffisant, pourra pénétrer, et, si le broiement a été complet, il suffira de procéder au lavage de la vessie avec la seringue ordinaire pour compléter l'évacuation.

S'il reste des fragments, mieux vaut laisser quelques jours de repos au malade que de reprendre immédiatement le broiement. Une injection de 40 à 50 grammes d'une solution de 2 à 3 grammes d'acide borique pour 100 d'eau, faite avant de retirer le cathéter, est efficace en pareil cas, surtout contre la cystite démontrée par l'urine trouble et purulente.

Malgré les avantages de cette lithotritie rapide, M. Guyon n'admet pas qu'elle puisse remplacer l'ancienne dans tous les cas. Celle des petites séances est toujours applicable chez les vieillards affaiblis, qui supporteraient mal la secousse opératoire de la méthode en une seule séance, et chez ceux qui ne peuvent recevoir le chloroforme. Il en est de même quand la vessie, spacieuse et irrégulière, se vide très mal et ne peut être explorée sûrement en une seule séance ; une série de petites est aussi mieux supportée par ceux qui, ayant l'habitude de se sonder, ne s'aperçoivent guère de l'introduction du lithotriteur ; d'autant plus que tout chirurgien peut exécuter celle-ci, tandis que la lithotritie rapide et en une seule séance exige une habitude considérable des opérations de ce genre pour être exécutée avec sécurité, comme M. Thompson l'a remarqué également. Il conserve ainsi la taille comme préférable pour l'extraction des gros calculs durs, tandis que M. Guyon conserve la lithotritie lente. (*Archiv. de méd.*, février.)

A l'objection faite par sir H. Thompson et M. Guyon que cette méthode est inapplicable aux calculs volumineux, M. Teevan répond par des observations authentiques de succès incontestables, sans avoir jamais vu survenir de cystite chronique. Tandis que la plus grosse pierre extraite par M. Thompson pesait 275 grains, il en a extrait par ce procédé du poids de 486, 610, 880 et 890 grains, soit près de 58 grammes pour la dernière. C'était chez un tourneur de cinquante-six ans, admis à l'hôpital *St-Peter* le 21 septembre 1880. L'opération eut lieu le 14 octobre et dura trois quarts d'heure. Le poids des débris secs était de 14 drachmes

et 50 grains. L'opéré sortit de l'hôpital le 28 octobre, gardant ses urines pendant six heures dans sa vessie, débarrassée de cet énorme calcul phosphatique.

Le plus volumineux ensuite fut extrait en ville, chez un diabétique de soixante-quatre ans, opéré le 10 juillet 1879. Le calcul était si dur qu'il éclata avec un craquement entendu de tous les assistants. L'opération dura une heure et demie. Les débris secs d'oxalate et de carbonate de chaux pesaient plus de 57 grammes. Il se rétablit complètement, et, six mois après, il était en parfaite santé.

Les deux autres opérés à l'hôpital Saint-Pierre étaient deux fermiers âgés de soixante-deux et soixante-sept ans, qui se rétablirent également. Sur 22 opérés ainsi depuis 1879, il n'a eu que 2 décès. (*Lancet*, 22 janvier.)

Une nouvelle statistique de 11 observations par M. Coulson ne contient que 2 morts. La plus longue séance a été de trois heures un quart, avec extraction de 4 onces 140 grains de débris. C'est la plus grande quantité qui ait été extraite jusqu'ici en une seule séance. Le poids total des débris dans dix cas s'élevait à 3133 grains extraits dans une durée de 454 minutes, soit 7 grains par minute; tandis que la moyenne est de 4 grains 1/2 seulement dans la statistique précédente du docteur Keyes. (*Lancet*, 19 mars.)

Mortalité. Sur 107 cas de lithotritie rapide recueillis en Amérique et en Angleterre, M. Keyes n'a compté que 6 décès. L'inventeur Bigelow, sur 21 opérés, n'eut qu'un seul mort. Il était âgé de soixante-six ans et n'avait rendu que 6 grammes de débris dans une séance d'une heure.

Des 19 opérés par MM. Keyes et Buren, à New-York, dont deux ont eu une récurrence un an après, il n'y a eu également qu'un seul mort par pyélite et néphrite.

35 opérés par divers chirurgiens ont donné 4 décès, dont deux par péritonite et deux par pyélite et calculs rénaux.

Des 65 opérés par M. Thompson, 2 seulement ont succombé.

Sur un total de 141 lithotrities rapides, c'est donc une mortalité de 8, soit 1 sur 17,5. La lithotritie lente n'en donnait-elle pas une plus élevée? Le résultat jugera de leur valeur réciproque. (*Archiv. de méd.*, février.)

Le Congrès international de Londres a consacré définitivement la pratique et les succès de cette opération, sans qu'aucun chirurgien du continent ait pris part à la discussion soulevée à ce sujet entre les spécialistes anglais et américains. Leur défaut d'expérience sans doute les a obligés d'écouter seulement, et les spécialistes français, qui y assistaient, MM. Reliquet et Th. Anger, n'ont pris la parole que pour présenter leurs instruments, mais on peut suppléer ici au silence des absents par ce qu'ils en ont dit.

M. Bœckel, de Strasbourg, qu'il faut toujours revendiquer comme l'un des nôtres, s'est déclaré l'un des premiers très partisan de la lithotritie en un seul temps. Il a l'habitude de laver la vessie avant comme après avec de l'eau légèrement phéniquée. Ces précautions antiseptiques lui paraissent la meilleure garantie contre le frisson uréthral et l'élévation consécutive de la température. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1880.)

Les jeunes chirurgiens de Paris commencent à en apprécier aussi les avantages, comme une revue récente du docteur Terrillon en est la preuve. Il constate que l'aspirateur spécial est surtout indispensable pour son exécution. Dans un premier cas où le docteur Ch. Monod en était privé, il dut, malgré des lavages abondants faits avec la seringue et une grosse sonde métallique, abandonner la plus grande partie des fragments dans la vessie, lesquels ne purent être évacués les jours suivants qu'au prix de vives souffrances.

Dans la seconde opération, au contraire, il parvint avec l'aspirateur à extraire, séance tenante, jusqu'au dernier fragment broyé. Le contraste fut frappant. Dix jours après, le malade, délivré de toute souffrance, se levait. L'évacuation avait été complète, le soulagement le fut également. La guérison avait été absolue et pour ainsi dire instantanée. (*Bull. de therap.*, 15 octobre.)

D'après les résultats de sa pratique personnelle, s'élevant à 88 succès sur 94 cas, sir H. Thompson a posé les règles suivantes à l'emploi de cette opération :

Un diagnostic précis est indispensable, afin de causer le moins de lésions ou de perturbations dans la vessie.

Il y a avantage à évacuer le calcul en une seule séance, en employant des instruments d'une grandeur proportionnée

au volume du calcul, les instruments trop volumineux exagérant dangereusement la distension du canal de l'urèthre.

La combinaison de l'ouverture de l'urèthre dans la région périnéale avec l'écrasement de la pierre dans la vessie est utile dans certains cas exceptionnels pour permettre l'évacuation des débris et de l'urine. (*Congrès de Londres.*)

La fréquence des calculeux en Egypte, parmi les fellahs, est si grande que M. le docteur Zincarolli a pu exécuter 81 litholapaxies à l'hôpital d'Alexandrie. Ces opérations ont duré de huit minutes à deux heures et demie, sans autre complication qu'une orchite dans un cas et l'arrêt du calcul dans l'urèthre chez un autre opéré. De là la simplicité de cette lithotritie sur l'ancienne, laquelle a donné une mort sur treize cas et 8 à 9 complications; 104 cas de taille avaient donné 9 morts. D'où sa préférence pour la litholapaxie chaque fois que la vessie est en bon état. La taille est réservée pour les cas de vessie enflammée et irritable. Des spécimens des calculs extraits, dont quelques-uns fort volumineux, avec des dessins et des préparations microscopiques, appuient cette communication. (*Soc. de chirurgie, 7 décembre.*)

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. Le Congrès international de Londres, en réunissant les partisans ou plutôt les auteurs et les adversaires les plus autorisés de cette nouvelle doctrine, semblait devoir décider de son avenir, en indiquant les points forts et faibles du débat. Après ces quelques années d'apaisement, de recueillement et de réflexion calme, on pouvait s'attendre à voir la solution définitive de cette question physiologique sortir d'arguments, de démonstrations ou de faits concluants de ce grand meeting médical. Il s'agit tout simplement de décider si les cellules de la substance corticale grise du cerveau jouissent isolément de la faculté motrice ou bien si elles ne tiennent ce pouvoir que par leur correspondance directe avec les centres opto-striés sous-jacents. Toute la question est là, car, la transmission directe de ce pouvoir excito-moteur du centre à la circonférence une fois prouvée, il n'y a plus de localisation possible; les cellules superficielles de la région motrice n'en sont que les aboutissants.

Mais si grande est la difficulté de découvrir et constater cette voie de transmission, ou plutôt elle est si invisible et impalpable, que l'œil aidé du plus puissant microscope ne peut l'apercevoir. Les yeux de l'esprit seuls la conçoivent par l'induction et le raisonnement, et le discrédit de ces moyens à notre époque positiviste ne permet guère de leur donner créance actuellement, surtout en présence de ce fait irrécusable et réalisable à volonté sur les animaux : l'ablation de la motilité par la lésion artificielle des cellules cérébrales superficielles. Il n'y a plus dès lors à argutier que sur les détails, et c'est ce que l'on fait.

C'est par un énergique réquisitoire, débité en allemand, avec une volubilité à n'y rien comprendre, que le professeur Goltz, de Strasbourg, est venu, dans la section de physiologie, présenter ses objections à M. Ferrier, qui a découvert et localisé le premier les points moteurs de l'écorce sur le singe. Or son contradicteur n'amène qu'un chien de Strasbourg pour le convaincre. Dans une série d'opérations successives qu'il relate, il a détruit sur cet animal la plus grande partie de l'écorce cérébrale, et, sauf un peu d'hésitation dans certains mouvements, il ne semble pas avoir perdu ses facultés motrices. Quand on lèse, dit-il, les circonvolutions avec assez d'habileté pour limiter exclusivement l'ablation à l'écorce grise, l'animal continue à marcher. Si donc des paralysies s'observent à la suite de traumatisme cérébral, c'est que l'inflammation s'est propagée de l'écorce aux noyaux centraux. Et la preuve, c'est que la région motrice s'en trouve la plus voisine. La substance intermédiaire en est toujours congestionnée, et c'est par la disparition de ce phénomène que les paralysies diminuent graduellement pour cesser tout à fait, ce que l'on explique à tort par la suppléance des circonvolutions homologues du côté opposé.

Pris ainsi directement à partie, M. Ferrier n'a eu qu'à répondre courtoisement à son savant contradicteur qu'il avait toujours tenu compte de cette inflammation traumatique dans ses expériences, et qu'en expérimentant sur le singe, il s'était d'autant plus rapproché de l'homme. Les opérations négatives sur le chien qui lui étaient opposées remontaient d'ailleurs à plusieurs mois, et l'on sait que, chez les jeunes surtout, une restitution fonctionnelle a lieu

rapidement. De là rendez-vous pris pour le soir entre les deux adversaires sur le terrain expérimental de *King's college*, où M. Ferrier a fait toutes ses découvertes. Il présente alors deux singes. Le premier, opéré depuis plusieurs mois, avait été rendu hémiplégique par la destruction unilatérale de la région motrice ; l'usage à peu près normal du membre inférieur était reconquis, mais une monoplégie brachiale avec contracture persistait.

Le second avait subi la destruction du siège des perceptions auditives, et ce singe, très vivace et méchant, était devenu si sourd, qu'un coup de pistolet tiré à son oreille le laisse tranquille, tandis que son compagnon en tressaille de peur.

Je trépane, dit M. Ferrier, et je mets à nu sur un singe les circonvolutions ascendantes, où sont les centres, selon moi, des mouvements des membres. Le singe jouit de tous ses mouvements. Je réfrigère les circonvolutions avec des pulvérisations d'éther, et la paralysie se montre. Dès que la chaleur revient, avec elle réapparaissent les mouvements.

Je détruis avec le bistouri ces mêmes circonvolutions, et je panse la plaie avec toutes les précautions antiseptiques modernes de Lister même. La paralysie succède à cette ablation. Je sacrifie l'animal, et je fais des coupes entre l'écorce et les corps opto-striés. La substance est saine, et douze coupes ainsi pratiquées, de l'écorce aux noyaux, sont alors exhibées. La première, partant de l'écorce, est un peu congestionnée ; la seconde l'est moins ; la troisième ne l'est pas du tout. Toutes les autres sont saines. D'où la conclusion que les expériences de M. Goltz n'infirmement nullement ces résultats, qui autorisent parfaitement à admettre l'existence de centres moteurs siégeant dans l'écorce grise du cerveau.

Ces discussions et ces faits, ne reproduisant rien de nouveau, n'ont pas plus convaincu ni converti leurs auteurs que les assistants en grand nombre. Deux seuls ont pris la parole : Panum, de Copenhague, et Yeo du collège même. On attendait l'intervention du professeur Brown Sequard, pour développer ses raisons antilocalisatrices. Mais il était retenu pour le faire à la section de médecine, vis-à-vis de son adversaire direct, le professeur Charcot, qui se borna à répondre à toutes les raisons expérimentales et théoriques

invoquées : « Les observations cliniques infirment toutes vos explications. »

Rien de nouveau, ni pour ni contre, n'est ainsi sorti de ce débat, par l'indifférence même de la plupart des auditeurs. Et cependant ce n'est pas que des physiologistes célèbres de tous les pays, comme Lussana en Italie, Schiff en Suisse et tant d'autres, ne soient directement intéressés dans cette question ; mais, placée trop exclusivement sur ce terrain glissant des expérimentations *in anima vili*, elle échappe à l'appréciation du plus grand nombre. C'est pourquoi il ne reste qu'à glaner au jour le jour, dans ce vaste champ de l'observation clinique et expérimentale, tous les faits qui peuvent aider à sa solution. En voici un du moins, relaté par le docteur M. Valentin, qui prouve bien la localisation du siège de la parole.

Un homme de trente-deux ans fut frappé, le 28 août 1879, à la partie latérale gauche de la tête par l'extrémité d'une fourche tombant de 2 mètres 50 environ.

Il ne s'écoula que peu de sang, mais il perdit immédiatement la faculté de parler. Deux jours après, la croûte de sa petite plaie répondait exactement au point du crâne situé au-dessus de la troisième circonvolution frontale. Cet homme n'avait conservé que les mots oui et non. Il ne pouvait même en écrire aucun autre. Peu à peu, les mots lui revinrent. Le 8 septembre, il avait recouvré la parole. Le 13, il travaillait dans les champs. Ce jour-là, il fut pris d'accidents convulsifs débutant par le côté droit. Après quelques jours de maladie, il put reprendre ses occupations en octobre. (*Rev. méd. de l'Est*, mars.)

Nouvelle preuve des localisations cérébrales, cette observation mérite d'être analysée, car elle est précieuse au point de vue de l'histoire de la thérapeutique. Il est probable que ce blessé est loin d'être à l'abri des accidents futurs. Une opération facile à localiser l'eût pu délivrer instantanément de ses accidents et de leurs conséquences secondaires. La disparition rapide des accidents a justifié l'abstention du chirurgien ; mais la sécurité du malade eût été mieux assurée par une trépanation à laquelle on n'est pas assez accoutumé. (*Journ. de méd. et chir. prat.*) Voy. CERVEAU.

Siège de l'insensibilité. Localisée exclusivement, comme on

l'admettait, à la partie postérieure de la capsule interne, par l'interruption du faisceau sensitif de Meynert, cette insensibilité de cause cérébrale résiderait aussi, d'après le docteur R. Tripier, au voisinage des circonvolutions fronto-pariétales et notamment de la frontale ascendante. Des données anatomiques et des expériences sur des chiens et un singe, jointes à des observations cliniques, viennent à l'appui de ce nouveau siège de l'anesthésie des membres ou de certaines parties en particulier. (*Revue mensuelle*, janvier et février.)

Aux centres moteurs des circonvolutions se joignaient ainsi des centres de sensibilité. Il y a donc lieu, à l'avenir, d'examiner les rapports des troubles sensitifs avec les lésions corticales, comme l'a déjà fait le professeur Grasset, de Montpellier dans la troisième édition de ses *Localisations cérébrales*.

Siège de la parole. Voy. APHASIE.

LUXATIONS. Deux cas rares en sont relatés par le docteur Gallez, et d'autant plus curieux qu'elles sont causées par les occupations professionnelles des blessés. Ce sont donc de véritables nouveautés.

Luxation pubienne. Un ouvrier, dans une fonderie, se préparait à lancer dans le fourneau une masse de fer du poids de 80 kilos et la tenait des deux mains ayant la jambe droite tendue légèrement en avant, de manière que l'effort dût porter à peu près exclusivement sur le côté gauche. Au moment de cet effort, le pied gauche glissa, entraînant tout le corps à droite et déterminant, pour continuer le mouvement commencé, une énergique contraction des abducteurs. Douleur instantanée et extrêmement vive à la région pubienne, avec sensation de craquement et de disjonction. Cinq jours après, souffrant depuis son accident et croyant avoir une hernie, il alla consulter Gautier, qui constata l'écartement de la symphyse du pubis, avec saillie en avant et en bas de la branche gauche et la mobilité de cet os pendant les mouvements de flexion et d'adduction de la cuisse. Aucun traitement ne fut fait; le déplacement, restant dans le même état, devint définitif, et cet ouvrier reprit son travail un mois après l'accident.

Luxation de l'appendice xyphoïde. Un ouvrier de trente-cinq ans, voulant soulever un poids assez considérable placé au fond d'une cuve de 88 centimètres de profondeur, glissa et tomba violemment en avant sur le bord cylindrique de ce récipient dont l'épaisseur était de 1/2 centimètre. Douleur vive à la région épigastrique. Le médecin, l'ayant examiné immédiatement, reconnut à l'épigastre une tumeur isolée du volume d'une amande. En appuyant de haut en bas sur le point le plus saillant de cette tumeur, on la faisait céder brusquement comme un ressort, et elle venait s'adapter à l'extrémité du sternum. Il était très facile de réduire et de reproduire cette luxation, qui s'était produite en avant et qui, en raison de cette disposition, sans doute, n'avait pas été suivie de vomissements, comme dans les cas cités par Malgaigne, où la luxation avait eu lieu en arrière et avait causé une compression de l'estomac. (*Giorn. di scienze medic.*)

Luxations intra-coracoïdiennes de l'humérus. *Modifications du procédé de Kocher.* Appelé à réduire instantanément une luxation toute récente de ce genre, étant de garde à l'hôpital Cochin, chez un blessé jeune et très bien musclé qui ne voulait pas entrer à l'hôpital, M. Carafi entreprit d'appliquer sans chloroforme le procédé de douceur de Kocher. Dès le premier essai, la luxation se transforma, par le glissement de la tête humérale en dehors qui vient se placer sous l'apophyse coracoïde. Une seconde tentative du procédé suffit à la réduire. De là la modification suivante.

On sait que le procédé de Kocher consiste — le blessé étant assis sur le bord d'une chaise ou mieux encore d'un tabouret, l'omoplate immobilisée par un aide en appliquant une de ses mains sur l'épaule correspondante et en embrassant de l'autre le bord axillaire de cet os — à appliquer fortement sur la paroi thoracique le coude demi fléchi. Exécutant ensuite un mouvement de rotation en dehors, jusqu'à ce que l'avant-bras se trouve sur le plan transversal du tronc, on ramène le coude au-devant du sternum. Par ce dernier temps, on restitue au membre sa position naturelle, en lui faisant parcourir la face antérieure de la poitrine depuis le sternum jusqu'à la paroi latérale du thorax, et la réduction s'opère le plus souvent ainsi.

Au lieu de faire ce troisième temps, il suffit d'exagérer le second, la rotation en dehors, en l'augmentant et en la maintenant pendant quarante-cinq secondes à une minute, pour que la réduction s'opère instantanément. Un craquement particulier est perçu, indiquant que la tête humérale a quitté sa situation anormale, et il suffit de ramener le coude en avant pour qu'elle rentre aussitôt dans la capsule et la cavité glénoïdienne.

Deux exemples sont cités à l'appui. Une grainetière de cinquante-six ans, ayant été renversée de sa voiture, tomba sur l'épaule droite, le 1^{er} juin dernier. Deux jours après, elle se présente à Beaujon avec une ecchymose considérable, s'étendant jusqu'au coude, avec la tête humérale dans le fond de l'aisselle. Un interne essaye à trois reprises le procédé de Kocher, dont il a une très grande habitude, sans obtenir aucun résultat. La rotation en dehors est alors exagérée par M. Carafi, qui sent des craquements très nets, et la réduction s'opère en commençant le troisième temps. Huit jours après, mobilité complète, sensibilité intacte.

Un homme de quarante-six ans fait une chute dans l'escalier sur l'épaule droite et se présente le 22 juin dernier, à la consultation de l'hôpital Beaujon, avec tous les symptômes de la luxation intra-coracoïdienne. M. Thuvien essaye inutilement le procédé de Kocher, et c'est en exécutant la modification précédente devant lui, c'est-à-dire en soutenant la rotation en dehors pendant plus d'une minute, que la réduction s'effectua.

Cette simple modification assure donc au procédé de Kocher toute son efficacité immédiate, sans anesthésie, car il n'y a aucune douleur à en redouter. Une injection morphinée sur l'épaule suffit chez les personnes très pusillanimes. (*Revue mens. de chirur.*, novembre.)

Luxation en avant des quatre derniers métacarpiens sur le carpe. Cette lésion, peut-être unique dans la science, a été observée sur un homme de quarante-sept ans, qui tomba, étant ivre, d'une voiture en marche. Apporté à l'hôpital, il présenta à M. Heydenreich une plaie de 2 centimètres de largeur, avec décollement étendu de la peau, partant de la base de l'index droit jusqu'en haut et en dehors sur la

face dorsale de la main et se terminant à la face antérieure du poignet.

La main était reportée sur un plan antérieur à celui de l'avant-bras. A la face dorsale, le carpe se trouvait sur le même plan que l'avant-bras; puis, à 27 millimètres au-dessous de l'articulation radio-carpienne, se voyait un ressaut et un sillon profond, au fond duquel on sentait et on délimitait nettement les quatre derniers métacarpiens. La paume de la main était très saillante; le pli, situé à la jonction du poignet et de l'avant-bras, était plus marqué que de coutume. Le pouce et le premier métacarpien offraient leurs rapports normaux.

Le malade fut chloroformé le lendemain de l'accident; en tirant sur la main dans la direction de l'axe du membre, il fut facile de réduire la luxation, et la réduction s'accompagna du bruit caractéristique habituel. Mais le déplacement se reproduisit aussitôt qu'on abandonna le membre à lui-même. La réduction fut maintenue provisoirement à l'aide d'une attelle en bois, et dès le lendemain, malgré la suppuration de la plaie, une gouttière plâtrée fut appliquée sur le côté interne de l'avant-bras et de la main, qui avaient été placés dans la demi-flexion. Aucun phénomène d'inflammation ne survint, la plaie se couvrit de bourgeons, et quand l'appareil fut enlevé, vingt jours après, on trouva la réduction maintenue incomplètement. Les mouvements du pouce étaient absolument libres. On ne pouvait imprimer au poignet que de légers mouvements de flexion et d'extension, et les mouvements des quatre derniers doigts présentaient une raideur notable. Vingt jours plus tard, la cicatrisation de la plaie était complète, avec un certain degré de gonflement, ainsi qu'une déformation appréciable, les mouvements revenant peu à peu, mais lentement.

On cite bien quelques cas de luxation isolée d'un seul métacarpien, et l'on a un exemple de luxation en arrière des quatre derniers métacarpiens. Quant à la luxation du métacarpe en avant, Erichsen en a rapporté un cas qui n'est pas admis sans conteste. (*Soc. de méd. de Nancy*, décembre 1880, et *Revue méd. de l'Est*, février.)

Luxations du genou. Trois cas s'en sont offerts à la clinique chirurgicale de l'infirmerie royale d'Edimbourg, sous

la direction du professeur Th. Annandale, du 21 février au 25 avril 1884. Devant cette fréquence inusitée, il n'est pas sans intérêt d'en relater les caractères et les conséquences.

I. Homme de quarante-sept ans, venant de recevoir la chute d'un arbre sur la partie supérieure et interne de la jambe. Luxation simple du tibia en dehors, la surface interne restant en contact avec le condyle externe de l'humérus. Réduction par la flexion du genou avec extension. Guérison le 16 avril suivant.

II. Berger de cinquante-quatre ans, ayant placé son pied dans un trou sous la neige, eut le genou tordu sans recevoir aucune assistance médicale pendant cinq semaines. Réduction impossible. Le fémur est saillant dans le creux poplité, et la peau recouvrant le condyle externe est gonflée et décolorée. Malgré plusieurs tentatives de réduction avec l'anesthésie et l'extension continue sans succès, une incision courbe sur la partie externe de l'articulation fut pratiquée, le 26 avril, en vue de réséquer les condyles; mais, la section des ligaments ayant suffi à replacer les surfaces articulaires dans une bonne position, un bandage fut placé. Malgré l'emploi du listérisme, la plaie suppura; puis des symptômes septicémiques survinrent, qui amenèrent la mort le 30 mai. La résection ou plutôt l'amputation immédiate eût peut-être prévenu l'issue fatale de ce mauvais cas.

III. Homme de quarante-huit ans, jeté à 40 pieds de distance, par le passage d'un chemin de fer. La tête du tibia est placée en avant des condyles du fémur, remplissant le creux poplité. Refroidissement du pied correspondant, sensibilité normale, gonflement et ecchymoses. Réduction facile avec l'anesthésie. Pendant trois jours, aucune complication; mais le froid se déclara bientôt, et des ampoules se formèrent. C'était le début de la gangrène. L'amputation fut immédiatement pratiquée au-dessus du genou en ménageant les tissus articulaires et les vaisseaux. L'opéré sortit guéri le 1^{er} juin.

Des lésions considérables furent constatées sur le membre amputé par une large ouverture de la capsule articulaire, avec déchirure des ligaments et oblitération de l'artère poplitée dans sa partie inférieure par un gros caillot, avec rupture des deux membranes internes. (*Lancet*, novembre.)

LYMPHO-SARCOME. Il s'étend localement, suivant le docteur Coats (de Glasgow), en incorporant le tissu environnant et le remplaçant de ses propres éléments. La charpente anatomique d'une partie peut ainsi être reproduite grossièrement en tissu lymphomateux. Dans un cas de lymphome du mésentère, la tumeur s'était étendue à l'intestin et avait incorporé sa paroi sur une certaine longueur. On a fourni d'autres exemples, dans lesquels les parois des bronches et de la trachée avaient été incorporées et reproduites. (*Congrès de Londres.*)

Guérison par l'arsenic. L'extrême gravité de cette affection ganglionnaire et l'inefficacité des moyens employés contre elle donnent un intérêt de premier ordre aux récents succès obtenus en Allemagne avec l'arsenic.

Une femme de soixante-cinq ans fut prise de symptômes gênants du côté du nez, du pharynx et même de la respiration, en même temps que de gonflement de la région sous-maxillaire droite. Au bout de neuf mois, une faiblesse générale se joignit à la surdité, à l'obstruction du nez, à la difficulté d'avaler, à la tuméfaction sous-maxillaire. Teint cachectique. L'examen décela au docteur Israël une tumeur implantée sur la paroi postérieure du pharynx, remplissant toute la cavité nasale et pharyngée, déformant les organes. Outre les ganglions sous-maxillaires, les glandes de l'aisselle étaient dures et gonflées. Le professeur Langenbeck diagnostiqua un lympho-sarcome avec pronostic très défavorable.

Or tout cet appareil pathologique a disparu par l'usage de la liqueur de Fowler à l'intérieur, avec des injections parenchymateuses de la solution dont voici la formule :

Liqueur de Fowler.....	5 grammes.
Teinture de fer pommée.....	20 centigrammes.

Dix gouttes trois fois par jour; monter progressivement jusqu'à trente gouttes.

Injections. Liqueur de Fowler et eau distillée, parties égales; injecter chaque jour un dixième à trois dixièmes du contenu d'une seringue de Pravaz. Quantité consommée : à

l'intérieur, 28 grammes ; en injection, 3 gr. 8 de liqueur arsenicale. Peu de réaction de l'organisme, à part une accélération assez marquée du pouls. Localement, les tumeurs grossissaient beaucoup aux premières injections, puis diminuèrent rapidement dès la seconde semaine. (*Berlin. klin. Woch.*, 1880, n° 52.)

Le traitement dura du 18 février au 4 avril 1880, et au bout de neuf semaines la guérison était complète, sans fièvre, ni rougeur, ni abcès.

Cette médication n'est pas nouvelle. Billroth, Czerny l'ont également employée avec le même succès contre des symptômes glandulaires. En six mois, Czerny a guéri une malade qui avait pris à l'intérieur 746 gouttes de la solution, outre 76 injections de dix gouttes. C'est donc une méthode à essayer en pareil cas. (*Gaz. hebd.*, n° 24.)

Employé dans quatre cas par Tholen, ce traitement a ralenti manifestement la marche de l'affection dans trois, les lésions étant trop anciennes et trop étendues dans le quatrième pour en espérer le même résultat. Voici le résumé du premier cas chez un homme de quarante-sept ans, atteint d'un épithélioma de l'angle droit de la mâchoire inférieure, dont le début remontait à trois mois. L'état des ganglions lymphatiques du voisinage et l'étendue du mal ne permettant pas de songer à l'intervention chirurgicale, Tholen eut recours à la médication arsenicale. Du 26 mai à la fin de décembre, on administra *intus et extra* la solution de Fowler ; à l'intérieur, on alla de 5 gouttes à 15 gouttes, deux fois par jour ; à l'extérieur, on pratiqua en tout 76 injections hypodermiques, de 10 gouttes chacune. Le 15 janvier, la tumeur avait complètement disparu, sans aucune tendance à la récurrence un an après. Un examen microscopique d'une petite parcelle de la tumeur avait démontré qu'il s'agissait non d'un lympho-sarcome, mais d'un épithélioma.

L'auteur pense, malgré le petit nombre de résultats sur lesquels reposent ses conclusions, que l'arsenic possède une action vraiment efficace dans le traitement des ulcères cancéreux, en particulier du lympho-sarcome. (*Archiv für klin. chir.*)

M

MAL VERTÉBRAL. L'*arthrite rhumatismale* détermine parfois une déformation de la colonne vertébrale qu'il ne faut pas confondre, au point de vue du pronostic et du traitement surtout, avec le mal de Pott. Un exemple en a été observé dans la clinique du professeur Potain chez une rhumatisante ayant eu plusieurs accès, après avoir subi un séjour prolongé dans un lieu froid et humide. Une déformation du rachis existait avec paraplégie, et cette localisation du rhumatisme paraissait due aux efforts violents et répétés qu'elle avait faits pour transporter fréquemment sur les bras son fils malade.

A l'appui de cette interprétation, le professeur cite l'exemple d'une autre rhumatisante, d'une soixantaine d'années, qui éprouva des douleurs rachidiennes après un violent effort et consécutivement une déformation assez considérable. Les membres inférieurs se sont affaiblis, et, comme signature de la nature rhumatismale de cette déformation, un gonflement articulaire des mains et des doigts se manifeste encore périodiquement.

Un ingénieur exposé à l'humidité fut pris également de douleurs et de déformation du rachis avec paraplégie. Il guérit sous l'influence de l'immobilité. De là la distinction de cette variété avec le mal de Pott.

En voici l'évolution, d'après le docteur Pouliot. Les malades souffrent d'abord dans diverses régions, dans d'autres jointures; les douleurs sont passagères, mais reviennent de temps en temps; cet état peut rester stationnaire. Une série d'accidents généraux, consistant principalement en des douleurs vagues du côté de l'abdomen, des troubles dans les fonctions gastriques, y succède avec des douleurs vers un point bien déterminé de la colonne vertébrale. Il est fréquent de voir alterner ces manifestations avec une absence complète de tout accident; mais, au bout d'un certain temps, on les voit reparaitre et le plus souvent sous l'influence des variations de température. Enfin se produisent dans les membres des fourmillements, des secousses, des douleurs et de la rigidité. A cette époque, si l'on examine l'épine, il

est de règle d'observer sa déformation plus ou moins apparente et consistant le plus souvent en une légère incurvation antérieure. C'est à ce moment que le traitement bien appliqué peut donner d'excellents résultats. Abandonnée à elle-même, la maladie évolue avec tous les accidents ordinaires du mal de Pott et est remarquable seulement par la lenteur extrême de sa marche et par l'absence habituelle d'abcès par congestion.

Cette description repose sur l'observation d'un jeune homme de vingt-quatre ans, qui, après avoir été longtemps exposé au froid et à l'humidité dans des conditions toutes spéciales, fut pris de douleurs en ceinture, de faiblesse des membres et un peu plus tard de déformation du rachis. Or ce malade, après avoir été longtemps absolument paralysé, guérit à peu près complètement.

Par son pronostic relativement favorable, il y a un grand intérêt à en faire le diagnostic différentiel au début. On peut se fonder à cet égard sur les causes probables du mal, survenant généralement à un âge de la vie où la tuberculose n'agit plus guère, sur les antécédents rhumatismaux et la lenteur extrême de la déformation. Dans ce cas, les révulsifs puissants et surtout les cautérisations au fer rouge, associés à l'immobilisation, sont particulièrement indiqués. On peut par ces moyens combinés arriver à corriger complètement des déviations considérables. A une période trop avancée, on ne peut guère espérer modifier la déformation; mais on peut encore, par le traitement bien dirigé, guérir les paralysies et les douleurs, à moins qu'il n'y ait des lésions trop avancées de la moelle. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre.)

MALADIES. De nouveaux préceptes pour leur étude ont été émis par sir W. Gull dans son discours d'introduction comme président de la section de médecine au Congrès de Londres. Il est temps, a-t-il dit, de briser avec les théories nuageuses de nos aînés et de nous attacher surtout aux faits. Et ces faits, c'est dans le système nerveux que nous devons principalement les rechercher. Là se trouve la cause de toute hyperhémie, de toute inflammation. C'est du système nerveux que dépendent les troubles fonctionnels de l'appareil circulatoire et les désordres de cette étrange maladie

d'Addison, que, trop à la hâte, confondant effet et cause, l'on s'était empressé de rattacher à une lésion des capsules surrénales. (Voy. *ce mot.*)

On pourrait en dire autant de l'épilepsie, qu'Hippocrate plaçait déjà sous l'influence de causes surnaturelles. C'est dans le système nerveux qu'il faut aussi chercher la cause de l'intensité de certaines fièvres essentielles, les raisons de leur innocuité. Les poisons eux-mêmes et les organismes microscopiques qui en constituent, somme toute, une variété, produisent des effets différents selon le nervosisme du terrain sur lequel ils tombent.

Et suivant ce conseil d'insister sur la pathologie du système nerveux, l'auteur a donné l'exemple en faisant du réflexe tendineux rotulien le symptôme pathognomonique de l'ataxie. Et tous ses auditeurs de l'imiter, en s'appesantissant sur les localisations cérébrales et en analysant toutes les lésions de la circonvolution à l'extrémité terminale du nerf, en en discutant l'élongation, etc. Voy. ATAXIE LOCOMOTRICE, EPILEPSIE, LOCALISATIONS CÉRÉBRALES.

Maladies infectieuses. Le nombre s'en accroît avec le crédit progressif des maladies parasitaires. A défaut de pouvoir caractériser autrement les maladies virulentes, dès que l'on découvre un micro-organisme quelconque dans les liquides ou les tissus, on le charge aussitôt de déterminer la fermentation des liquides, et la maladie infectieuse est constituée. La diphthérie, la fièvre typhoïde et la fièvre puerpérale, considérées depuis longtemps comme infectieuses par leur transmission de proche en proche, ne le sont plus aujourd'hui qu'en vertu du microbe qui les caractérise. Et c'est de même aussi que la phthisie pulmonaire est considérée à ce titre comme infectieuse. Certaines néphrites, produites par le passage et l'encombrement de ces microbes dans le rein, deviendraient infectieuses par la même raison. (Voy. NÉPHRITES.) Il est donc à prévoir que ces maladies augmenteront dès lors indéfiniment avec la doctrine parasitaire en vogue.

Tandis que, sous l'influence des doctrines anciennes de l'infection des liquides organiques, il n'y avait que la puissance éliminatrice spontanée de l'organisme pour la neutraliser, il s'agit aujourd'hui de la combattre par la destruction

du microbe qui la produit. De là les inoculations faites à cet effet et les inhalations, les pulvérisations tentées pour s'en prémunir. Dès lors, plus de crises ni de métastases à attendre pour juger ces diverses infections, ni de médications sudorifiques, purgatives, diurétiques pour les provoquer. Il ne s'agit plus que de tuer le microbe ou de rendre l'organisme réfractaire à son existence.

On a vu déjà que ces moyens nouveaux ont été tentés dans plusieurs maladies des animaux et que l'immunité en est même réalisée pour quelques-unes, comme le charbon, le choléra des poules, la péripneumonie contagieuse. Mais on est loin d'être aussi avancé pour les maladies infectieuses de l'homme, et telle est l'incertitude actuelle du microbe spécifique ou l'agent virulent de ces maladies que beaucoup doutent encore de sa réalité. On en trouve de divers genres et de diverses espèces dans la même maladie, et le zèle déployé dans leur découverte ne fait qu'en augmenter chaque jour le nombre et la diversité.

De là la distinction suggérée par M. Bouillaud entre les fièvres purement inflammatoires et celles qui sont infectieuses, putrides ou typhoïdes. Il est ainsi remonté dans l'histoire de l'infection, sinon pour faire le procès aux microbes, du moins aux théories microbiennes qui ne peuvent s'appliquer à cet ordre d'affections, d'après sa longue expérience. Certains phénomènes de putridité, traumatique ou chirurgicale, connus depuis longtemps, permettent à l'organisme de s'infecter lui-même sans le secours d'agents extérieurs. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Dans la discussion soulevée sur le rôle de ces micro-organismes dans les processus morbides des plaies, soutenue par Lister, Pasteur, W. Roberts et jusqu'au professeur Béchamp, qui a défendu ses microzymas, des objections non moins sérieuses ont été faites à ce rôle infectant par Bastian, J. Guérin et Burdon-Sanderson. Et telle est l'instabilité et la variabilité de ces organismes qu'un orateur, M. Fokker (de Groningue), a émis cette pensée qu'ils se confondent tous en une seule espèce de *chizomicetes* qui, selon le milieu et les conditions de leur développement, peuvent prendre des formes différentes et se reproduire en qualité de micrococcus, de bacillus, de spirillum, etc. En un mot, la forme dépendrait exclusivement du milieu, et les variétés

qu'elle peut présenter n'ont pas de rapport nécessaire avec les formes variées des maladies infectieuses. C'est une opinion qui a déjà été avancée par Nøegeli.

Maladie bronzée d'Addison. *Pathogénie nerveuse.* Tout en observant les phénomènes essentiels décrits classiquement, le docteur Greenhow a distingué des variantes du côté des troubles nerveux, qui lui semblent révéler la pathogénie même de cette affection. C'est une extrême dépression nerveuse avec faibles battements du cœur, pouls filiforme, faiblesse, mouvements respiratoires peu étendus, essoufflement, respiration convulsive parfois, hoquet, nausées, efforts de vomissements. La température est ordinairement au-dessous de la normale; diminution apparente dans les échanges des tissus. Il y a asthénie, parfois subite ou bien précédée d'incohérence. Mort par délire avec soubresauts et convulsions.

Sans vouloir modifier les idées reçues quant à la coloration bronzée de la peau et la constance de la lésion correspondante des capsules surrénales, il les confirme au contraire, mais sans admettre un rapport de cause à effet entre elles. Il ne croit pas que la suppression fonctionnelle des capsules surrénales détermine les phénomènes constitutionnels ni la coloration de la peau. Il pense, au contraire, que c'est à la compression de la destruction des nerfs nombreux traversant ces capsules que ces troubles sont dus. Les branches du pneumogastrique et les ganglions nerveux du voisinage seraient le point de départ de ces perturbations. La coloration de la peau, dit-il, est probablement le fait d'une lésion produite par une semblable compression des nerfs du grand sympathique; elle peut coexister avec l'intégrité des capsules surrénales; mais ces nerfs sont enfouis dans des productions adventices et comprimés par elles. Ce fait impose à l'avenir une étude attentive des nerfs, plexus et ganglions du grand sympathique dans les cas de pigmentation cutanée. (*Congrès de Londres.*)

Cette doctrine n'est pas nouvelle. Elle a été proclamée au Congrès de Bruxelles en 1875 par le professeur Semmola (de Naples), en l'appuyant sur des planches montrant des altérations microscopiques des centres ganglionnaires, et d'un fait clinique guéri par l'électricité. Ce sont là des preuves qui

méritent bien d'être relatées *in extenso* à l'appui de cette nouvelle étiologie.

Dans un cas, l'autopsie a démontré une transformation myxomateuse du stroma du ganglion coeliaque et l'infiltration leucocytaire de la névroglie de la moelle épinière vers le canal central. Et ces lésions étaient d'autant plus probantes que l'analyse microscopique des capsules surrénales fut tout à fait négative; elles étaient à l'état normal.

Dans un autre, il y avait une dégénérescence graisseuse de plusieurs points du plexus solaire.

Il en résulte que la maladie d'Addison est un trouble profond de la nutrition, déterminé par l'altération successive des fonctions du grand sympathique et des divers centres nerveux de la vie organique. Les troubles digestifs, l'état cachectique, asthénique, et surtout l'abaissement de la température, sont la conséquence de ces lésions par la diminution graduelle des oxydations organiques et des échanges nutritifs. L'asthénie, qui est le trait saillant du tableau clinique, se comprend de reste par le trouble des éléments histologiques dans leur activité chimique, le degré et les produits de celle-ci. La chaleur animale en est ainsi diminuée et la force de l'organisme ne peut que s'abaisser, puisque sa source est en voie de se tarir. C'est la lampe qui s'éteint, et, puisque l'huile et la mèche ne font pas défaut, il faut bien s'en prendre aux centres nerveux qui les alimentent.

La couleur bronzée de la peau ou mélanodermie ne peut être davantage attribuée à l'altération des capsules surrénales, puisqu'elle existe souvent avec l'intégrité de celles-ci, et simultanément avec l'état asthénique et les troubles digestifs. Le malade présenté au Congrès de Bruxelles est d'ailleurs une démonstration de cette étiologie d'une altération des centres nerveux ganglionnaires qui suffit souvent à la formation des pigments. Cet homme tout bronzé, qui avait des syncopes pour s'asseoir au milieu de son lit, subit un long traitement électrique en employant le courant constant entre le cou latéralement et l'épigastre. Trois mois après, il avait repris de telles forces qu'il faisait chaque matin une promenade à cheval de deux heures sans éprouver la moindre faiblesse. Avec son degré normal de

force et de chaleur animale, les digestions n'étaient plus troublées, et la pigmentation cutanée avait disparu en plusieurs points. La démonstration étiologique et thérapeutique est donc aussi complète que possible. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 34.)

MASSAGE. Employé très empiriquement autrefois dans une foule de cas douteux, ce moyen externe tend à se régulariser en une méthode véritablement scientifique, en s'étendant à tous les engorgements des organes parenchymateux. Sa pratique très ancienne dans les entorses et les myosites rhumatismales aiguës en a fait étudier l'effet dans les affections articulaires chroniques par le professeur Gussenbauer, et c'est ainsi qu'il en a obtenu d'excellents résultats dans les cas suivants :

Depuis des années, un homme avait des douleurs vives au niveau des vertèbres cervicales, qui s'irradiaient à l'épaule, au bras et à l'avant-bras du côté droit. Les mouvements en rendaient les douleurs insupportables. L'électricité était restée infructueuse comme tous les autres moyens employés. Tous les muscles du côté droit de la nuque, de l'omoplate et le deltoïde étaient tuméfiés, infiltrés; ils présentaient des épaisissements; il y avait de la raideur articulaire. Après quatorze jours de massage, la guérison fut complète.

Le même succès eut lieu contre une arthrite chronique déformante chez un homme de quarante ans, dont toutes les articulations avaient été successivement prises depuis l'âge de dix-huit. Il ne pouvait plus marcher depuis huit ans par des douleurs continues. Pouls petit, faible, arhythmique; nutrition générale défectueuse; riche sédiment d'urates dans l'urine. Les mains présentaient des contractions caractéristiques. Toutes les articulations étaient fixées à angle droit; ankylose osseuse dans celle du coude droit; les extrémités des os étaient déformées. Néanmoins, des séances d'une heure et demie de massage, avec des mouvements actifs et passifs plus ou moins prolongés ensuite, permirent au malade de marcher avec un bâton, après un mois; en étendant le traitement à tout le corps, il faisait, cinq mois ensuite, des promenades d'un quart d'heure sans gêne ni souffrance. La tuméfaction des articulations avait

disparu, sauf celle du coude droit, en état d'ankylose osseuse; les mouvements étaient presque aussi étendus qu'à l'état normal; la force musculaire s'était sensiblement développée. Après huit jours de traitement, disparition du sédiment urinaire, pouls plus fort, plus rythmique; nutrition générale améliorée. Plusieurs mois après l'interruption du traitement, l'amélioration persistait.

Une tuméfaction avec douleurs et gonflement rouge s'étant manifestée sur le dos de la main chez un homme de soixante-douze ans qui avait éprouvé longtemps avant un vaste traumatisme de cette partie, la compression et les bains n'amenant qu'une faible amélioration, il entra à la Clinique, où l'on eut recours au massage pour rétablir les mouvements très douloureux des articulations. Bientôt le gonflement disparut, permettant de constater des adhérences solides entre les tendons et leurs gaines. On les rompit de force, puis on eut recours pendant trois semaines au massage, aux applications froides et aux mouvements passifs. Après ce temps, le malade ne souffrait plus; la tuméfaction des extrémités était disparue, la mobilité normale revenue; la guérison persista.

L'auteur l'a trouvé utile dans les raideurs consécutives aux plaies, aux immobilisations prolongées comme aux arthrites aiguës, en employant des applications et des fomentations froides, des douches même après le massage. L'éponge préparée avec massage consécutif lui a donné de bons résultats dans l'hydarthrose. Dans un cas où la bourse muqueuse des genoux était tuméfiée avec épaissement de la capsule et des ligaments latéraux, la guérison eut lieu rapidement. (*Paris médical*, 15 septembre.)

Dans l'anesthésie consécutive aux affections médullaires avec tous les caractères de l'ataxie locomotrice, le docteur Schreiber a employé également ce moyen : massage de cinq minutes aux deux fesses; pétrissage dans les directions transverse, longitudinale et circulaire. Toutes ces manipulations furent faites avec une grande force et ne déterminèrent pas la moindre douleur chez le malade. On eut raison, par un traitement de douze jours, d'une anesthésie qui durait depuis cinq mois. Trois mois plus tard, l'anesthésie n'était pas revenue.

Sans pouvoir expliquer l'action de ce traitement, on

peut la rapporter à l'excitation des sciatiques dont l'étiement a donné récemment des succès remarquables. La galvanisation, les excitations cutanées de toute sorte étaient considérées jusqu'ici comme les meilleurs moyens : bain d'acide carbonique sec, douches chaudes, bains chauds. Türk a démontré le premier que des frictions légères sont très utiles pour combattre l'anesthésie et que c'est probablement à l'action mécanique exercée que les frictions avec des substances médicamenteuses devaient leur efficacité. (*Wiener med. Press*, n° 10.)

Massage du foie. Il est applicable, suivant M. Durand-Fardel, à l'engorgement simple ou l'hyperémie chronique de cet organe. Après l'usage interne de l'eau de Vichy et les bains, l'emploi de douches locales sur la région hépatique, il pratique le massage de la manière suivante :

On commence par malaxer l'ensemble de l'abdomen, puis on passe la main par une simple friction sur la région hépatique; on malaxe d'abord les téguments, puis le foie lui-même, par des pressions de plus en plus profondes. On arrive ainsi peu à peu à pétrir le foie lui-même et à soulever son bord inférieur en le saisissant à pleine main. Ces manœuvres, qui doivent être prolongées pendant un mois au moins, réclament beaucoup de ménagements et de douceur. Douches et massage sont suivis d'un sentiment d'allègement et de bien-être. Après deux ou trois traitements, c'est-à-dire deux ou trois années, l'engorgement finit par disparaître; mais les résultats acquis après chaque phase du traitement sont définitifs et s'ajoutent les uns aux autres jusqu'à la résolution complète.

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

Massage de l'utérus. La fréquence des engorgements utérins, établie par 194 cas sur 277 observations gynécologiques, dont 11 seulement étaient symptomatiques, aussi bien

que la difficulté et la lenteur de la résolution par les divers moyens connus, ont conduit le docteur Reeves Jackson (de Chicago) à employer le massage après leur insuccès. Mais, si nombreuses et variées sont les causes de ces engorgements actifs ou passifs, qu'il est à peu près impossible de fixer, de préciser les cas dans lesquels ce nouveau moyen est applicable. La seule règle posée à cet égard, c'est que ce soit seulement dans la première période, alors qu'il y a afflux anormal de sang dans l'organe par un obstacle quelconque à son retour. D'où son accumulation et le développement proportionnel de l'organe, soit par imbibition, soit par une nutrition anormale de son tissu.

La première indication avant le massage est donc de faire disparaître la cause vitale ou fonctionnelle, active ou passive, mécanique, pouvant mettre obstacle à la circulation. De là l'emploi préalable du repos horizontal, des astringents et des caustiques, des scarifications et des saignées, de l'électricité, des pessaires, des ceintures, des douches chaudes et divers autres moyens, suivant les cas. Ce n'est qu'après leur inutilité constatée que l'on peut recourir au massage, s'il n'existe ni tumeur ni déplacement ou déviation de l'organe. L'induration même en est une contre-indication.

Il n'est donc applicable que dans les cas très limités d'engorgement récent et mou. Aussi l'auteur en relate seulement trois observations. Après son emploi journalier, du 18 octobre au 1^{er} décembre, d'une durée graduelle de quinze à quarante-cinq minutes, l'utérus, très hypertrophié et abaissé, ne mesurait plus que deux à trois pouces de profondeur, au lieu de trois et demi qu'il avait au début dans le premier cas. De cinq pouces et demi dans le second, il fut réduit à quatre après un massage de quatre mois. Sa cavité n'avait plus que trois pouces après un massage de quatre séances par semaine, dans le dernier cas.

Le massage utérin se fait de trois manières : sur la paroi abdominale, quand l'utérus s'élève au-dessus du pubis et que le vagin est trop étroit ou sensible. La vessie étant vidée et la femme étendue sur une table ou un matelas dur, l'opérateur applique les deux mains en comprimant l'utérus avec le pouce et les doigts à travers les tissus superficiels, et c'est en augmentant graduellement la force

que les parties les plus profondes sont atteintes, alors que la paume des mains en maintient la partie antérieure. C'est en serrant et relâchant alternativement l'utérus, en le roulant entre les doigts dans différentes directions, pendant vingt à trente minutes, que s'opère ce massage.

La seconde consiste à appliquer la paume de la main sur l'hypogastre et le fond de l'utérus, tandis que deux doigts dans le vagin font une contre-pression sur le col. C'est le massage vagino-abdominal. On peut porter ceux-ci en avant ou en arrière du col, où prédomine l'engorgement, et c'est en répétant alternativement ces mouvements de contre-pression que l'utérus est élevé et relâché et que chacune de ses parties peut subir une compression momentanée. Ces séances ne doivent pas dépasser dix à trente minutes, selon la sensibilité et la tolérance des parties.

L'excessive sensibilité du vagin oblige parfois de recourir au rectum. Les mouvements de pression sont beaucoup plus utiles par cette méthode; mais, l'index n'offrant pas une surface suffisante de pression, deux doigts sont nécessaires quand c'est possible. L'irritabilité du rectum oblige d'espacer les séances et de n'appliquer cette méthode qu'aux cas exceptionnels où le vagin est absolument insuffisant.

Il semble douteux que ce massage gynécologique puisse s'introduire dans les mœurs européennes, d'autant moins que l'usage de la quinine peut y suppléer dans certains cas et que des dangers y sont inhérents. (*Amer. gynecol. Society*, 1880, et *Boston med. and surg. journ.*, n° 13.)

MÉDECINE. Deux éléments principaux contribuent surtout à l'avancement de cette science toute d'observation : les progrès journaliers, qui passent souvent inaperçus par leur faible importance, et les grandes découvertes qui la transforment en en changeant l'aspect : d'où leur succès et le bruit qu'elles font. Les premiers, résultant ordinairement d'une observation sagace ou approfondie, en constituent l'avoir le plus sûr et le plus durable, car c'est de l'application, de l'accumulation et du groupement de ces petits faits que naissent souvent, par leur systématisation, les plus grandes réformes, les plus fécondes et utiles découvertes.

Celle de la bactériodie charbonneuse par M. Davaine, sa

démonstration toxique par l'inoculation des dilutions infinitésimales du sang charbonneux, a été certainement le point de départ de la nouvelle doctrine parasitaire des microbes, qui règne, domine et gouverne aujourd'hui la pathogénie tout entière, sous l'influence active et savante de M. Pasteur. A la localisation des maladies, provoquée par la doctrine de l'inflammation, succède dès maintenant une série de maladies dites infectieuses, qui n'ont d'autre base que cette interprétation parasitaire. Albuminurie, diphthérie, fièvre typhoïde, néphrite, phthisie même, tout est soi-disant infectieux maintenant, d'après cette supposition, gratuite jusqu'ici, qu'elles sont produites et se transmettent par des microbes remplaçant les germes, les virus, les miasmes si longtemps et inutilement cherchés.

Née de la panspermie et étayée seulement sur l'expérimentation des animaux, cette doctrine étiologique des microbes a donné à la médecine comparée une prééminence inconnue jusqu'ici. Celle de l'homme lui est ainsi subordonnée, et l'on ne juge plus de la nature des maladies et de leur traitement que d'après les expériences, les vivisections, les inoculations surtout, faites sur les animaux, petits ou grands. Toute la pathologie menace d'être révisée d'après cette règle, selon le vœu de Magendie. C'est la médecine expérimentale.

A juger de l'avenir de cette nouvelle doctrine médicale d'après celle de l'inflammation qui l'a précédée, on ne saurait lui prédire un sort plus heureux ni plus durable. En prétendant réduire toutes les maladies transmissibles, contagieuses, épidémiques et endémiques, à un infime microbe qu'il s'agit de chercher, de voir, de démontrer en le cultivant et en l'inoculant, son objectif est encore moins réel, perceptible et convaincant que l'inflammation. Et quand il faudra, pour s'en préserver, se soumettre à l'inoculation du microbe atténué, diminué, latent, qui voudra s'exposer à cette infection par une vaccination générale? Il a fallu plus d'un demi-siècle pour convertir les populations à la vaccine de Jenner; que sera-ce quand il s'agira d'inoculer la peste, la rage, la syphilis, la septicémie, la fièvre jaune, le choléra, comme on inocule aujourd'hui le charbon et la péripneumonie contagieuse aux animaux, pour s'en prémunir? Cette thérapeutique sommaire et radicale ne

saurait être acceptée aussi passivement par l'homme, et, avant que le temps voulu pour le convaincre et l'accepter soit venu, il est à prévoir qu'une entité aussi subjective et vaporeuse se sera évanouie ainsi que ses adeptes; il n'en restera bientôt que le souvenir.

MÉDECINE LÉGALE. *Plaies intestinales.* Un caractère distinctif de celles qui sont faites pendant la vie d'avec celles qui résultent accidentellement d'une lésion à l'autopsie est, d'après le docteur Whitney, la rétraction de la couche musculaire déterminée par l'écartement des lèvres de la plaie, sauf pour la muqueuse dont la mobilité par rapport au plan sous-jacent provoque sa hernie à travers la plaie. Obéissant à l'élasticité de ses éléments, elle se recourbe sur chaque lèvre de la plaie et finit par être fixée dans cette situation, quelques heures après, par la péritonite locale et adhésive résultant du traumatisme.

Cet état de choses, constaté à l'autopsie dans deux cas judiciaires, fit considérer la plaie intestinale comme résultant de violences exercées sur le ventre pendant la vie et des expériences sur les animaux ont justifié cette interprétation. (*Boston med. and surg. journal*, 21 juillet.)

Traité de médecine légale, par A. S. Taylor, professeur de médecine légale et de chimie à *Guy's Hospital*, traduit sur la dixième édition anglaise par le docteur Coutagne, médecin expert près les tribunaux de Lyon. Un volume in-8° de 936 pages très compactes; Paris, librairie *Germer Baillière*.

Beau et bon livre, aussi simplement conçu que largement exécuté, et traduit maintenant avec autant d'élégance que de fidélité; car, tout en ayant le cachet local, en révélant bien la manière anglaise, il ne la fait connaître et sentir, en bon français, que par sa précision et sa laconicité. Qualités rares en un pareil sujet, quand on consulte Devergie et même Tardieu, qui sont les plus contemporains, sans rien dire de Briand et Chaudé, que sa concordance de la médecine avec la loi met hors du cadre purement médical de celui-ci.

Ce livre, il est vrai, n'avait pas besoin de franchir le détroit pour être connu en France; sa bonne réputation y est

faite depuis longtemps par le grand succès qu'il a obtenu dans son pays d'origine et le crédit dont jouissait son auteur, crédit aussi grand que celui de Tardieu à Paris. Cette traduction est ainsi devancée par une bonne renommée qui en assure le succès, en s'adressant spécialement à tous les praticiens qui peuvent avoir à connaître et à déposer d'un fait médico-légal. Il leur sera d'un utile secours à consulter par son plan simple et bien ordonné, sans hors-d'œuvre et complet dans ses détails. Essentiellement pratique, il est sobre d'explications et de phrases. Des faits précis en grand nombre, puisés dans la littérature nationale, parfois à l'étranger et surtout en France, viennent à l'appui de chaque proposition pour l'éclairer et la résoudre. L'ordre parfait qui y règne en facilite les recherches et en exclut les répétitions, qui sont l'écueil d'un sujet si compliqué dans les ouvrages de ce genre.

Toutes les matières de la médecine légale sont rangées ici sous six titres seulement : *Preuve médicale*, comprenant toutes les généralités, *empoisonnement*, *blessures*, *asphyxie*, *instinct sexuel* et *folie*. Réunies, catégorisées dans ces six livres distincts et séparés, toutes les causes médico-légales sont énumérées, décrites, étudiées sous leurs titres correspondants dans 67 chapitres. L'asphyxie comprend ainsi la submersion, la pendaison, la strangulation, la suffocation et l'asphyxie par les poisons gazeux, la foudre, le froid, la chaleur et l'inanition. Les questions de la grossesse, l'accouchement, l'avortement, l'infanticide dans ses diverses formes, occupent huit chapitres successifs; la naissance, l'hérédité, la légitimité, la paternité, l'impuissance et la stérilité, les attentats aux mœurs sont réunis dans le livre de l'instinct sexuel. Des sous-titres indiquent même les diverses variétés des exemples qui peuvent se présenter avec des faits à l'appui, et rien n'échappe ainsi à l'examen, sans donner lieu à aucune répétition. De là le nom actuel de traité substitué à celui de *Manual of medical jurisprudence* qu'il avait dans l'original.

En permettant de juger de la facture de l'œuvre tout entière, ces citations en montrent le caractère purement médical et pour ainsi dire clinique. Il n'y avait pas lieu de s'occuper d'ailleurs des formes ni des actes légaux ou judiciaires à intervenir, les institutions anglaises différant com-

plètement des nôtres à cet égard, comme le traducteur a pris soin de l'expliquer dans sa préface.

MORCELLEMENT. C'est le nouveau mode d'extirpation des tumeurs volumineuses, que M. Péan le premier semble avoir érigé en méthode opératoire. Plusieurs exemples d'extirpation de l'utérus ont été morcelés ainsi par lui. M. L. Labbé en a agi de même pour un volumineux fibrome avec l'anse galvanique. Le rein lui-même a été morcelé par M. Le Dentu dans sa première néphrectomie. Voy. NÉPHRECTOMIE, TUMEURS.

MUGUET. *Eau oxygénée.* L'influence destructive de l'eau oxygénée sur les algues, démontrée par M. Regnard, (Voy. FERMENTATION, 1880), a invité le docteur Damaschino à l'employer topiquement contre le muguet. Elle est très bien acceptée par les petits enfants et ne laisse aucune saveur désagréable ; au contraire, elle produit une sensation de fraîcheur très marquée dans la bouche. Trois à quatre applications par jour suffisent et des gargarismes à volonté dans l'intervalle avec de l'eau oxygénée au quart.

Il a vu disparaître ainsi en une seule journée les plaques de stomatite crémeuse chez des nouveau-nés athrepsiques ou des malades cachectiques. Il ne s'agit que d'en continuer l'usage pour assurer la guérison, en combattant la cause productrice, débilité générale ou acidité de la bouche. L'usage d'une eau alcaline, Vals ou Vichy, mêlée aux boissons, se concilie parfaitement avec celui des toniques et un régime reconstituant. (*France méd.*, n° 1.)

Benzoate de soude. Les propriétés antiseptiques de ce nouveau sel l'ont fait utiliser par le docteur Tordéus. J'enveloppe, dit-il, l'index d'un morceau de linge trempé dans une solution de 3 grammes de benzoate pour 25 grammes d'eau, et je frictionne ainsi tout l'intérieur de la bouche, de manière à enlever le parasite. La même opération est répétée le lendemain si le champignon s'est reproduit, et des badigeonnages avec un pinceau suffisent ensuite à prévenir toute repullulation et à atteindre les plaques de mucédinée qui peuvent envahir le pharynx et l'œsophage. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 1880.)

MYOCARDITE SCLEREUSE HYPERTROPHIQUE.

Cette entité morbide essentielle n'est créée que par exclusion des maladies qui peuvent la déterminer secondairement, la néphrite interstitielle entre autres et par-dessus tout l'endartérite scléreuse, qui, en s'étendant à tous les capillaires artériels, ne manquent pas d'arriver au cœur. C'est en la constatant isolément dans une lésion localisée du myocarde, en l'absence de toute altération rénale et artérielle, que MM. Rigal et Juhel-Renoy ont été conduits à en faire une entité distincte. D'après les six cas qu'ils ont observés, les causes en seraient dans les diathèses et les intoxications, la diathèse scléreuse en particulier, qui, en entraînant l'endartérite des capillaires locaux, aboutissent à supprimer l'élasticité de ces vaisseaux et créent au cœur un obstacle d'où résulte son hypertrophie.

Anatomiquement, elle est donc caractérisée par des altérations du tissu conjonctif interstitiel, amenant sa transformation fibreuse et l'atrophie du tissu musculaire. C'est une cirrhose insulaire localisée, comme celle qui s'observe dans le foie.

Des palpitations, de l'essoufflement, un affaiblissement notable du pouls et des battements du cœur avec fréquence insolite et régularité habituelle, un assourdissement des bruits du cœur, sans aucun bruit morbide, joints aux signes objectifs d'une hypertrophie légère, sont les signes du début. C'est en s'accusant et en provoquant des attaques de congestion pulmonaire avec œdème intermittent des malléoles que se révèle la période d'état. La fin est marquée par tous les phénomènes de l'asystolie vulgaire. C'est à la marche essentiellement lente et progressive de ces diverses manifestations qu'il est possible de la diagnostiquer. L'absence d'athéromes, d'hypertrophie brightique et de tout bruit de souffle, le bruit de galop excepté, en sont la confirmation.

L'alcoolisme est la principale cause de cette sclérose spéciale, dont les lésions histologiques sont cantonnées autour des vaisseaux, comme dans toutes les altérations dues à l'alcool.

La thérapeutique la plus utile a été le régime lacté prolongé, le repos, l'usage intermittent de la digitale et l'iode de potassium, suivant les phases de la maladie. Le diagnostic au début et l'usage du lait sont les seules conditions du succès. (*Archiv. de méd.*, août et septembre.)

MYXOEDÈME. Il a suffi que le maître ait parlé, en France, pour que la plupart des organes de la presse lui aient fait écho, en rapportant des exemples de cette maladie. La littérature étrangère est si peu connue en France que, malgré la notoriété de sir W. Gull, qui en parla le premier en 1874, à la Société clinique de Londres, personne n'y avait répondu. Il fallut que le professeur Charcot s'en occupât, en lui donnant le nom de *cachexie pachydermique*, pour que chacun y fit attention, soit pour nier, soit pour affirmer. Le docteur Bouchut ne voit là que l'œdème dur, la sclérodermie, sous ce nom nouveau. C'est remplacer un nom par un autre, comme celui d'une rue ou d'un boulevard, dit-il, qui restent toujours les mêmes. Rien de nouveau ne lui apparaît dans la description qu'il en fait, d'après les auteurs anglais, du sclérème observé chez les idiots paralytiques. (*Paris médical.*)

Sans discuter cette opinion devant les faits produits et rapportés par des cliniciens émérites, chez des adultes exclusivement, ni idiots ni paralytiques, nous signalerons les faits nouveaux pour mieux l'infirmier. Chez un commis-voyageur en vins, de trente-huit ans, ayant eu des accidents de diabète avec anthrax en 1876, le docteur Fiessinger observa deux ans après, à la suite d'excès alcooliques, des frissons quotidiens avec inappétence et agitation nocturne. Puis les mouvements de la main deviennent difficiles, la parole est embarrassée, gonflement général de la face et des membres, difficulté de la marche et de la digestion.

En septembre 1880, face inerte, encadrée dans deux joues énormes fortement colorées. Paupières boursoufflées et recouvrant presque complètement les yeux. Nez très aplati, face hideuse, voix empâtée, œdème des pieds et des mains, ne conservant pas l'empreinte du doigt. Démarche difficile. Intelligence obtuse. Sentiments affectifs émoussés. Muqueuses décolorées (*souffle anémique au cœur*); respiration normale. Foie peu développé. Digestions pénibles, alternatives de constipation et de diarrhée. Urines assez copieuses (2 litres par vingt-quatre heures), sans albumine ni glucose. Légère amélioration à la suite de douches sulfureuses et de l'administration de l'arséniate de soude à l'intérieur. (*Soc. de méd. de Nancy et Revue méd. de l'Est.*)

L'observation successive de 15 cas analogues, faite dans

un rayon limité de la Basse-Bretagne, à la pointe même du Finistère, par le docteur Morvan, sur 14 femmes de vingt-deux à soixante-sept ans, et un seul homme de quarante-sept ans, témoignent assez hautement qu'il ne s'agit pas là d'un simple œdème dur. Une anasarque marquée chez la plupart des malades en est surtout la contradiction manifeste. L'abaissement de la température en était le caractère le plus saillant, et cependant la durée de la maladie a été de dix ans au moins et de vingt-sept au plus, sans que, des quatre morts, aucun ait succombé directement à cette cachexie. M. Bouchut peut donc aller s'éclairer, comme tous les sceptiques, et vérifier sur les lieux qu'il ne s'agit pas là d'un œdème dur.

En remontant de 1850 à 1860, ces faits ont donc été observés à peu près simultanément en Bretagne et en Angleterre. Cette remarque est d'autant plus importante que l'auteur en communiquait le tableau symptomatologique au professeur Charcot dès le mois de novembre 1875, c'est-à-dire un peu après la communication faite en Angleterre, dont il n'avait pas connaissance. D'où la preuve qu'avec un interprète plus diligent la priorité de cette découverte lui serait acquise, au lieu de revenir à sir W. Gull.

Tous les principaux symptômes des observateurs anglais se retrouvent chez les malades de la Basse-Bretagne, sans aucune étiologie plus précise que le climat froid et humide, analogue à celui de l'Angleterre. L'état des malades s'aggrave ainsi pendant l'hiver et s'améliore durant l'été par les grandes chaleurs, contrairement à la pellagre.

Les conditions d'âge et de profession paraissent sans aucune influence spéciale; le sexe seul y prédispose manifestement. Sur un total de 34 observations actuellement connues avec les suivantes, il y a trente femmes et quatre hommes seulement. Les rapports de constitution et de tempérament de ceux-ci seraient donc très importants à constater, car la fonction menstruelle paraît hors de cause, puisque plusieurs malades étaient bien réglées et ont pu avoir un ou plusieurs enfants durant le cours de cette cachexie. (*Gaz hebdomadaire*, n° 34 à 37.)

En coïncidant avec l'abaissement général de la température, ce fait tend donc à montrer l'influence du climat sur la production de cette singulière maladie, comme nous

l'avons déjà signalé l'année dernière. D'où l'indication de changer les malades de climat dès le début, en les envoyant dans les pays secs et chauds, comme le midi de la France ou l'Algérie. Le succès obtenu par la malade de M. Charcot et quelques améliorations spontanées pendant l'été corroborent cette interprétation.

Trois autres nouveaux faits ont été publiés cette année en Angleterre, dont deux communiqués à la *Clinical society*, le 14 janvier, par M. Loyd, le premier sur une fille de trente-cinq ans, malade depuis cinq ans et présentant tous les caractères de l'affection. La seconde femme n'a été observée que peu de jours avant sa mort, sans que l'autopsie ait révélé rien de particulier à M. Ord lui-même, sinon une augmentation notable du tissu conjonctif de la moelle sans sclérose marquée. Le troisième, publié par le docteur Lediard, en 1879, concernait une femme de cinquante-quatre ans, traitée d'abord comme hydropique et dont le diagnostic fut éclairé par la communication de M. Ord à cette époque. Malgré l'état de la peau, une injection de pilocarpine eût son effet sudorifique habituel. Elle est restée malade depuis et a pu être observée par plusieurs médecins célèbres, qui ont reconnu le myxœdème. (*Lancet*, 30 avril.)

Un nouvel exemple en a été soumis à la Société clinique de Londres, par l'auteur même du nom imposé à cette maladie, chez un employé de quarante-deux ans. Pendant trois ans, il eut des attaques convulsives et changea de caractère. Puis la figure enfla, la parole devint difficile, la démarche lente et il offre actuellement l'aspect du myxœdème avec la peau gonflée, le nez large, les lèvres épaisses et une légère fluxion des pommettes. Les mains ni les pieds ne sont enflés et il écrit librement, mais la parole manque. Déviation de la bouche à droite avec perte des dents à gauche, et chute des cheveux. Faiblesse des membres inférieurs. Intégrité des mouvements réflexes. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines, contrairement à l'opinion du docteur Mahomed qui regarde cette affection comme une manifestation de la maladie de Bright. (*Lancet*, 17 et 24 décembre.)

N

NAPELLINE. Nouvel alcaloïde retiré des eaux-mères dont on extrait l'aconitine cristallisée. C'est un corps amorphe, très soluble dans l'eau, dans l'alcool et l'éther, ce qui permet d'en faire des solutions graduées et de l'employer beaucoup plus facilement que son congénère. Moins actif que l'aconitine, il peut en être le succédané comme calmant dans les névralgies. (Voy. *ce mot.*)

NÉCROLOGIE. Entre les grandes figures médicales disparues cette année, il n'en est pas de plus remarquable que celle qui vient se placer alphabétiquement ici la première.

Bouillaud, Joseph, s'est éteint le 29 octobre, dans sa quatre-vingt-sixième année; il était né le 12 septembre 1796. L'éclat qu'il a jeté sur la médecine française, à une époque de transition et de rénovation, le place au premier rang de ses contemporains parmi tant d'hommes illustres de sa génération. Il est le continuateur du grand Bichat et son héritier immédiat par ses premières découvertes de la *production des hydropisies par l'obstruction des veines* et de la *loi de coïncidence des maladies du cœur avec le rhumatisme articulaire* qui révèlent son génie créateur; il se montre ensuite l'initiateur de l'école moderne par la recherche précise des causes et la localisation des maladies par sa *localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau*, de l'*albuminurie cantharidienne*, le *ralentissement du pouls dans l'ictère* et surtout sa *Nosographie médicale*, où tous ces grands travaux sont réunis, expliqués et condensés. Il est ainsi le maître incomparable par son allure vive, hardie, empressée, prime-sautière, sa parole convaincue, assurée, décidée, au milieu de tous ses contemporains réfléchis, observateurs patients, comme Andral, Chomel, Cruveilhier, Rostan, Rayet, Briquet et quelques autres cliniciens plus alertes, comme Piorry et Trousseau, par exemple, lui font seuls cortège dans sa marche en avant avec toute la cohorte d'une jeunesse studieuse, enthousiaste, avide d'apprendre et de savoir, qui se presse à ses leçons.

Tel fut M. Bouillaud, le maître par excellence pendant plus d'un quart de siècle sur le plus grand théâtre médical du monde entier. Il commande l'attention de ses maîtres avant d'être reçu docteur en 1823, et chaque année ensuite est marquée par un ouvrage magistral. C'est le *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, puis celui de l'*encéphalite*, des *fièvres dites essentielles*, du *choléra*, du *rhumatisme*, etc., etc. Et tout cela au milieu de concours répétés et brillants qui sont autant de triomphes pour lui. Arrivé aux hôpitaux et à la Faculté, il ne s'arrête pas, comme tant d'autres, dans le doux repos de la clientèle et de la consultation fructueuse ; son amour de la science, sa passion de l'enseignement l'entraînent et le retiennent à l'hôpital, où il obtient les plus grands succès. Ses observations cliniques et ses communications, ses mémoires se succèdent sans relâche aux Sociétés et aux Académies, où il est bientôt élu, et, loin que son activité s'affaiblisse par cette incessante production, il consolide de plus en plus ses travaux antérieurs des premières années, en les revoyant, les perfectionnant, les fortifiant par des éditions successives. Sa *Clinique* avait paru en 1839, et sa *Nosographie* paraît en 1846, distrait de ses études favorites dans cet intervalle par le mandat de député qui l'avait fourvoyé dans la politique.

L'âge mûr, ni les pertes, les douleurs inséparables de la vie de famille, surtout pour un cœur aussi bon et tendre que le sien, n'affaiblissent ni n'arrêtent son ardeur pour la science. Aucune discussion importante ne le trouve froid, indifférent. Ses discours font toujours sensation à l'Académie de médecine, dont il est élu président ; il en est de même à l'Académie des sciences, qui l'avait admis dans son sein en 1868, en comblant toutes ses ambitions. Ainsi se passe sa verte vieillesse, alimentée et réchauffée sans cesse du souffle même de la science, dont il ne pouvait se désintéresser ni se séparer.

A la veille de sa mort, le 13 septembre dernier, malgré ses quatre-vingt-cinq ans accomplis, il prononçait un discours de plus d'une heure, à l'Académie de médecine, contre l'envahissement des doctrines parasitaires modernes, en donnant son opinion sur les questions de contagiosité, de vaccination, de microbes, de fermentations putrides, qui encombrant et absorbent l'ordre du jour. Distinguait la

septicité dont le foyer se forme et existe dans l'organisme de celle qui provient du milieu extérieur où il se trouve, le savant athlète, tout en louant et en admirant les recherches et les découvertes ingénieuses de M. Pasteur, ne pouvait s'empêcher d'admettre la prééminence de la première espèce sur la seconde. Sans nier l'action des microbes extérieurs, il protesta énergiquement, au nom des droits imprescriptibles et souverains de la clinique, contre son délaissement actuel et le sacrifice qu'en font les panspermistes au profit exclusif des expériences et des inoculations ; proclamant, comme son testament scientifique, qu'il persistait à croire que la fermentation putride, pendant la vie comme après la mort, ne peut avoir lieu que dans des parties préalablement frappées d'une maladie connue sous le nom de gangrène ou de mortification.

Ce fut le chant du cygne, et cette protestation solennelle d'un clinicien dont les études et les découvertes ont rempli la moitié de ce siècle mérite bien que tous les médecins qui ont souci de l'avenir de l'art de guérir la méditent, comme le dernier précepte et l'aphorisme du maître. Il faut s'incliner avec respect, admiration et reconnaissance devant l'exemple éclatant de ce génie observateur, aux convictions profondes et élevées, aux nobles aspirations pour la science et à l'idéal éternel. « Le vase est usé, » s'est-il écrié en mourant, et il rendit son esprit à Dieu, qui l'en avait doué, pour entrer rayonnant, par ses œuvres et ses bienfaits, dans l'histoire et l'immortalité.

Briquet, Pierre, ancien médecin de l'hôpital de la Charité et que ses travaux cliniques autant que sa pratique éclairée ont rendu célèbre, a succombé à une pneumonie, le 25 novembre, âgé de quatre-vingt-six ans. C'était le doyen de l'Académie de médecine, où il était entré en 1860 par un vote spécial du choix de ce corps savant, dont il fut l'un des membres les plus assidus avec son ami et compatriote champenois Joly, qui, comme son aîné, le devança de quelques années dans la tombe. Son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* reste son principal titre de gloire, qu'il a augmenté dans les derniers mois de sa laborieuse carrière par un long mémoire sur la *prédisposition à l'hystérie*, avec son traitement du rhumatisme articulaire par la

quinine à haute dose. C'était un grand travailleur, un compilateur doublé d'un esprit original, qui conquit de haute lutte son agrégation à la Faculté de médecine et au corps médical des hôpitaux, où il se distingua. D'où l'honorariat qui lui fut conféré en le quittant.

Chantreuil, l'un des plus jeunes agrégés de la Faculté de médecine dans la section d'accouchements, a succombé subitement, le 30 juin, à une péritonite suraiguë, due probablement à une perforation intestinale. Il avait à peine quarante ans et possédait déjà une grande notoriété comme gynécologue. Ses travaux en faisaient l'une des espérances de la science obstétricale, et ses suppléances répétées à la Faculté le désignaient à l'une des chaires de cet ordre. Il n'eût pas manqué d'entrer dans les hôpitaux avec le concours spécial. Toutes ces brillantes espérances sont aujourd'hui annihilées par la mort.

Estlander (A.), professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Helsingfors, a succombé à quarante-sept ans à des accès de fièvre pernicieuse contractés en Sicile, où il voyageait. Chirurgien instruit et distingué, travailleur infatigable, il jouissait d'une grande réputation par ses travaux, dont plusieurs, publiés en France dans ces dernières années, ont été justement remarqués.

Fleming, Christophe, médecin irlandais qui jouissait d'une haute considération et d'une grande notoriété, a succombé le 30 décembre 1880, âgé de quatre-vingts ans. Examineur au Collège royal des chirurgiens, il en devint président en 1860. Sa pratique et ses travaux l'avaient associé à la plupart des Sociétés savantes de son pays, comme à la Société de chirurgie de Paris.

Foulis, David, qui s'était fait connaître comme spécialiste par l'extirpation du larynx et acquis une réputation européenne par l'application de son larynx artificiel, est mort récemment à Glasgow, âgé de trente-cinq ans, victime du devoir professionnel. Ayant été appelé à pratiquer la trachéotomie dans deux cas de diphthérie, il contracta la maladie de ses opérés et mourut en quelques jours.

Cette mort lamentable a éveillé une telle sympathie dans le corps médical de l'ouest de l'Ecosse que spontanément plus de 5000 francs ont été souscrits pour instituer un *scholarship* ou pension d'écolier à l'Université de Glasgow au nom du docteur Foulis.

Godrich, Francis, s'est éteint le 8 mars, âgé de quatre-vingt-cinq ans. Il avait été reçu membre du Collège royal des chirurgiens en 1819. Sa renommée fut due à un acte de courage professionnel. Cité par la justice à déposer comme expert en 1834, il refusa de le faire sans rémunération, et, en étant condamné aux pénalités ordinaires, il devint le président du comité formé par la presse pour obtenir devant le parlement le redressement de cette injustice par une loi. Il devint dès lors le champion-né de toutes les œuvres et les sociétés médicales de bienfaisance et en fut élu président dans le district de Brompton. De là sa grande célébrité et les regrets que sa mort inspire.

Houël, l'élève affectionné de Nélaton et qui en fut l'aide et le lieutenant pendant longtemps à l'hôpital des Cliniques sans avoir jamais réussi au concours des hôpitaux, a succombé soudainement le 19 octobre, encore dans la force de l'âge et du talent. Conservateur du musée Dupuytren et des collections anatomiques de la Faculté par son titre d'agrégé, il se voua avec un grand soin à leur conservation, leur augmentation et surtout leur classement qu'il perfectionna. Son savoir et son talent étaient si notoires, que, membre de la Société de chirurgie, il en fut élu président et s'en montra l'un des plus distingués. Chirurgien de l'Ecole polytechnique et du collège Saint-Louis, il se montra si habile et dévoué dans ces fonctions secondaires qu'il fit échec au concours qui avait refusé de l'admettre aux premières. C'est en donnant ses soins aux élèves du lycée Saint-Louis qu'il fut mortellement atteint, en succombant glorieusement au champ d'honneur.

Jenks, William-Furness, gynécologiste distingué et plein d'avenir, a succombé à la phthisie pulmonaire le 31 octobre, à l'âge de quarante ans seulement. Après avoir pris ses grades à Boston et à Philadelphie, il était venu passer plu-

sieurs années en Europe, pour se perfectionner spécialement en gynécologie. Accueilli avec distinction par toutes les sociétés médicales à son retour à Philadelphie en 1870, il se livra à la pratique avec grand succès et fut bientôt nommé chirurgien de l'hôpital des femmes. Rédacteur du supplément américain de l'*Obstetrical journal*, il venait de recevoir le titre de professeur, lorsque les premiers symptômes de la maladie se manifestèrent. Malgré un repos absolu à la campagne et des soins empressés, ils ne purent être conjurés : c'est une grande perte pour son pays.

Littré, *Maximilien-Paul-Emile*, le savant érudit et polyglotte dont le vaste esprit, le labeur incessant et le beau caractère l'ont illustré de son vivant à l'égal des plus grands morts, a succombé le 4 juin à quatre-vingts ans. Médecin sans diplôme, il se distingua en remplissant les plus hautes fonctions. Inscrit à la Faculté de Paris le 13 novembre 1822, il fut nommé interne en 1826 et collabora pendant ces quatre années dans les hôpitaux avec Andral, Rayer, Boyer, Roux, Lherminier et toutes les illustrations médicales du temps, au lit même des malades, dont il recueillait et publiait les observations.

La mort de son père et la révolution de 1830 l'arrêtent dans sa carrière, et il se laisse naturellement aller à sa pente d'écrivain, où il se distinguait dès lors par sa facilité et sa clarté d'exposition, la distinction du style. Il s'attache aux dictionnaires et aux journaux en vogue ; il fonde même l'*Expérience* et commence alors la traduction commentée des œuvres d'Hippocrate, qu'il mit plus de trente ans à compléter en en faisant son plus beau titre de gloire. C'est en y travaillant que, retiré au village de Mesnil-le-Roi près de Versailles, il pratiqua la médecine de bienfaisance en donnant des conseils et des soins gratuits à tous les pauvres qui venaient en réclamer.

Ce n'est là sans doute qu'une partie de tout ce que fit Littré ; mais elle est assez grande pour le distinguer parmi toutes les générations médicales et immortaliser son nom. Sa simplicité modeste, sa dignité et sa mansuétude éveilleront dans tous les cœurs de ceux qui l'ont connu d'ineffaçables souvenirs. L'un des derniers représentants de cette vigoureuse génération de 1830, qui par ses divers travaux

prépara l'émancipation des Français et l'avenir de la République, il en restera comme l'un des plus illustres et des plus méritants. Il s'éteignit ainsi dans sa chaise curule de sénateur et de membre de l'Académie française.

Luke, James, l'un des plus célèbres chirurgiens de Londres, comme attaché depuis 1816 à l'hôpital de ce nom, dont il remplit successivement tous les emplois, en devenant le chirurgien en chef en 1833, a terminé sa glorieuse et laborieuse carrière le 15 août, à quatre-vingt-deux ans. Elu membre du Collège des chirurgiens en 1843, il en fut successivement conseiller, examinateur et président à deux reprises. Il était membre de la Société royale depuis 1833 et ne s'était retiré de la pratique que depuis peu d'années. Sa longue vie fut digne de sa belle mort.

Mac Clintock, Alfred, le célèbre obstétricien irlandais, a succombé soudainement, le 21 octobre, d'une maladie du cœur, âgé de soixante ans. Il était à peine de retour du Congrès international de Londres, où il avait figuré avec distinction comme président de la section d'obstétrique. Comme ex-chef de la Maternité de Dublin et les travaux qu'il y a accomplis, il avait acquis une célébrité universelle. Il fut ainsi successivement élu président du Collège royal des chirurgiens et de la Société pathologique de Dublin et membre honoraire des Sociétés obstétricales de Londres et d'Edimbourg. Il avait édité le traité de Smellie en 1876 et publié plusieurs mémoires cliniques sur les maladies des femmes. Il venait d'être nommé membre du *General medical Council* par la couronne, lorsqu'il expira. Sa place reste vacante.

Mandl, Louis, le laryngoscopiste hongrois qui s'est rendu célèbre le premier à Paris avec cet instrument et dont le salon était devenu le rendez-vous du monde artistique, est mort le 5 juillet, à soixante-neuf ans. Arrivé à Paris en 1836, avec le diplôme de docteur, pour y perfectionner ses études, il fut le premier à propager l'emploi du microscope dans les recherches anatomo-pathologiques et à former école par son *Anatomie microscopique* en deux volumes. En raison de la position distinguée qu'il s'était ainsi créée, il se fit rece-

voir docteur à la Faculté en 1842 et fut naturalisé Français en 1849. Ses nombreux travaux l'avaient dès lors rendu célèbre par sa spécialité de laryngologiste, surtout parmi les artistes. Il fut le prédécesseur immédiat du docteur Krishaber, son compatriote. Son *Hygiène de la voix*, en reproduisant ses leçons du Conservatoire, acheva de le mettre à la mode, et ses réceptions eurent ainsi une grande vogue par les artistes célèbres qui s'y rencontraient et s'y faisaient entendre. Savant artiste lui-même, il se distinguait entre tous et par son esprit et ses connaissances. Qui a vu ce bossu boiteux et myope, son lorgnon sur le nez, ne l'oubliera jamais.

Marchant, Gérard, directeur de l'asile d'aliénés de Toulouse, est tombé victime d'un fou qui lui a tiré un coup de revolver à la nuque, le 19 juin, et dont il est mort le surlendemain, à l'âge de soixante-huit ans. Il était professeur de médecine légale à l'Ecole de Toulouse, président de l'Association locale des médecins et chevalier de la Légion d'honneur. Il est l'auteur du programme pour la construction de l'asile de Braqueville, l'un des meilleurs en France, où il trouva si tristement la mort et dont il pouvait être considéré comme le fondateur. Puisse cet exemple servir à redoubler de soins dans l'examen minutieux des aliénés à leur entrée dans les asiles, afin qu'ils ne conservent pas en les cachant d'armes dangereuses, comme celui-ci!

Moreau, Armand, le disciple, l'ami et le compagnon fidèle de Claude Bernard, ne lui a survécu que peu de temps. Il s'est éteint selon la loi naturelle encore dans la force de l'âge. Fils du professeur d'accouchements, il s'adonna exclusivement à l'expérimentation, et ses curieuses études sur la vessie natatoire des poissons, la statique et l'influence du système nerveux sur la sécrétion intestinale quant à l'action des purgatifs, sont les principales expériences de sa vie scientifique. C'était un savant désintéressé, tenace et lent. C'est grâce à son nom, à l'amitié du grand physiologiste et comme associé à ses travaux qu'il entra à l'Académie de médecine en remplacement de Longet.

Otis, Georges, chirurgien militaire américain, connu par son *Histoire médico-chirurgicale de la guerre de la rébellion*,

a été frappé d'apoplexie foudroyante le 23 février, âgé seulement de cinquante et un ans. Il préparait le troisième volume de son œuvre de prédilection. C'est une grande perte pour la suite et l'unité de cette histoire scientifique.

Pirogoff, le célèbre chirurgien russe dont le nom est surtout consacré par son amputation du talon, en laissant la tubérosité du calcanéum dans le lambeau, a succombé le 5 novembre, à soixante et onze ans. En prenant sa retraite, il y a plusieurs années, il s'était retiré à la campagne, en Podolie, où il passait utilement son temps à donner des avis gratuits aux malades qui affluaient chez lui à cet effet. Connu par ses ouvrages sur la chirurgie orthopédique, la chirurgie des artères, un atlas d'anatomie topographique, etc., il établit définitivement sa renommée chirurgicale pendant la guerre de Crimée, dont il fut chirurgien en chef pendant le siège de Sébastopol. De là son histoire médicale des guerres de Crimée et de Circassie qui perpétueront sa mémoire.

Raynaud, Maurice, le médecin lettré et clinicien à la fois, est mort subitement le 29 juin, foudroyé par une angine de poitrine, à l'âge de quarante-sept ans. De cet esprit puissant, de ce corps si fort et robuste en apparence, il ne reste plus rien que son œuvre; heureusement, elle lui survivra. L'auteur des *Médecins au temps de Molière* et de l'asphyxie locale des extrémités, du traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids et de tant d'autres découvertes importantes ne peut périr. Son originalité subsistera après comme avant sa mort.

Ce n'est qu'en 1862, à vingt-huit ans, que M. Raynaud prit les grades de docteur en médecine et docteur ès lettres; mais, trois ans après, il était médecin des hôpitaux et devenait agrégé à la Faculté l'année suivante. En d'autres temps, il eût été élu immédiatement professeur, il s'imposait par ses vastes connaissances; c'était un brillant orateur. Mais ses idées ni ses croyances religieuses, ses doctrines ne cadraient pas avec le positivisme, le matérialisme et l'esprit dominant de la Faculté. Il en fut ainsi écarté. Ce fut son chagrin, et cette désillusion ne fut peut-être pas étrangère à sa mort, a dit son biographe.

Ses discours à l'Académie de médecine et ses conférences cliniques à Lariboisière et à l'hôpital de la Charité le désignaient trop directement à une chaire de clinique ou de pathologie interne pour qu'il n'y fût pas nommé. L'inexorable mort lui aura refusé de satisfaire cette noble ambition.

Rigaud, Philippe, le chirurgien qui, avec M. Sédillot, son survivant, a le plus contribué à l'enseignement de la chirurgie militaire actuelle, s'est éteint le 22 janvier, à l'âge de soixante-quinze ans. Avant de conquérir la chaire chirurgicale à la Faculté de Strasbourg en 1841, Rigaud s'était distingué à Paris par de brillants concours à la Faculté et dans les hôpitaux, dont il était toujours sorti victorieux. C'est par des modifications, des innovations, des perfectionnements opératoires et des mémoires importants qu'il contribua à s'illustrer à Strasbourg. Si la permutation des chaires selon le mérite avait lieu en France comme à l'étranger, il serait certainement revenu dans ce Paris qu'il avait quitté tant à regret. Après avoir assisté au bombardement de Strasbourg et avoir rendu compte des désastres dont il avait été le témoin à l'hôpital, sa carrière était finie. Il ne fut transféré à Nancy que pour y finir ses jours, comme Hirtz et tant d'autres glorieux débris de cette génération de 1830 qui a laissé des traces ineffaçables partout où elle a passé.

Rutherford, Sanders, professeur de pathologie générale à l'Université d'Edimbourg, a succombé à une attaque d'apoplexie le 18 janvier, à cinquante-sept ans. Il était bachelier ès lettres de l'Université de Montpellier. C'est la perte la plus sensible de la vieille Université écossaise, parmi toutes celles qu'elle a éprouvées cette année de plusieurs de ses membres.

Schützemberger, le plus illustre et le dernier représentant du corps médical alsacien, a succombé le 22 septembre, à soixante-douze ans. Professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, il avait enseigné de nombreuses générations d'élèves civils et militaires pendant trente-cinq ans, avec autant de savoir et de succès que de zèle et de courage, à cause de sa cruelle infirmité. Chercher de nou-

velles méthodes pour mieux reconnaître ou mieux traiter les maladies, déterminer avec plus de précision les rapports reliant entre eux les faits ou les phénomènes morbides incompris ou mal interprétés dans leur isolement, soumettre au contrôle expérimental les théories et les idées pratiques mises au jour, tel fut le but constant et les efforts de son enseignement. Son nom était vénéré par tous les élèves qui reçurent ses leçons. Par l'indépendance de son esprit et la dignité de son caractère, il a pu, en restant à son poste, commander le respect après comme avant l'annexion. Une souscription a été ouverte pour honorer sa mémoire en élevant un monument sur sa tombe.

Skoda, le célèbre professeur autrichien, s'est éteint à Vienne à l'âge de soixante-quinze ans. Son *Traité de percussion et d'auscultation*, qui établit sa réputation dans toute l'Europe, rendit justement son influence considérable. Il avait résigné ses fonctions de professeur de clinique médicale, il y a huit ans.

Wood, Andrew, médecin écossais, aussi aimé, salué et respecté à Londres qu'à Edimbourg, est mort subitement à soixante-onze ans, d'une rupture du cœur, sans qu'il en eût jamais souffert. Les artères coronaires étaient athéromateuses, sans qu'il eût jamais éprouvé d'accès d'angine. Le myocarde était très mou, et des plaques de dégénérescence graisseuse s'y remarquaient en plusieurs endroits. De là la rupture du ventricule au niveau du septum.

Le docteur Wood était une illustration du Medical Council. Conservateur par principe, il défendit constamment les vieilles corporations, leurs droits et leurs coutumes. La jeune Albion médicale va donc gagner un bon siège.

A la suite de ces noms célèbres à divers titres par les découvertes, les travaux et les services qu'ils rappellent, combien d'autres plus modestes mériteraient aussi de figurer ici, comme s'étant distingués dans un rang secondaire par leurs efforts, pour le service de la science, leurs fonctions utiles ou leurs actes de dévouement. Nous citerons comme exemples, à défaut de les connaître tous, ceux de :

Bertulus, l'apôtre de la fièvre jaune, qu'il avait observée au début de sa carrière comme médecin de marine, et qui

occupa longtemps la chaire de pathologie interne à l'Ecole de Marseille.

Busch, Wilhelm, célèbre chirurgien allemand dont la pratique se distinguait par l'instruction qu'il avait puisée dans les Universités anglaises, est mort à cinquante-cinq ans, après son retour du dernier Congrès international de Londres auquel il assista.

Canquoin, le guérisseur de cancer, inventeur de la pâte escharotique qu'il employait et qui conserve son nom, à cause de sa valeur, est mort à Dijon, dans sa quatre-vingt-sixième année.

Carteron, médecin de l'Hôtel-Dieu de Troyes et qui continuait honorablement dans cette ville un nom depuis longtemps respecté. Il fut aussi élu président de l'Association médicale de l'Aube.

Chavoix, le médecin député de la Dordogne, compatriote du maréchal Bugeaud, dont la mort a été un deuil général pour la petite ville d'Excideuil en particulier, par le patriotisme et le dévouement qu'il n'avait cessé de témoigner à ses compatriotes pendant son long exercice de la médecine.

Colson, de Beauvais, qui, comme chirurgien, s'est acquis une grande notoriété par ses travaux et ses succès opératoires à l'Hôtel-Dieu de cette ville. C'était un des praticiens le plus répandus de l'Oise.

Dauvergne, de Manosque, auteur de nombreux travaux dans la presse périodique qui lui acquirent une certaine distinction par l'activité et l'originalité de son esprit, est aussi mort à soixante-dix ans après une carrière des plus laborieuses.

Guillon, François-Gabriel, bien connu par ses travaux et ses instruments relatifs aux maladies des voies urinaires, consultant du roi Louis-Philippe et de l'empereur Napoléon III, a aussi terminé sa carrière active le 17 avril, à quatre-vingt-huit ans, incessamment occupé, même octogénaire, à faire parler de lui.

Linas, écrivain distingué et l'un des premiers collaborateurs les plus assidus de la *Gazette hebdomadaire*, a succombé, jeune encore, le 7 novembre, après une vie toute de labeur. Interne à Charenton dans sa jeunesse, il mourut avec le titre de médecin-inspecteur des aliénés. Ce fut la récompense de ses travaux.

Mabit, le professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Bordeaux et qui s'est distingué par différents travaux de statistique et de climatologie, a aussi cessé de vivre.

Mattéi, l'accoucheur, auteur de travaux sur la version par manœuvres externes, qu'il a le premier, en France, appliquées d'une façon pratique aux accouchements, auteur du léniceps, est mort avant la vieillesse, en léguant sa riche bibliothèque obstétricale à l'Académie de médecine, dont il n'avait pu franchir l'enceinte.

Puche, l'ancien médecin de l'hôpital du Midi, qui se distinguait par ses excentricités thérapeutiques en adoptant et en employant exclusivement certaines préparations mercurielles qu'il s'était appropriées, est aussi descendu dans la tombe à quatre-vingt-deux ans.

Sistach, le savant médecin militaire dont les études spéciales sur le service sanitaire des armées formaient un véritable code à ce sujet, est aussi mort à Bone, avec tant d'autres de ses collègues moins connus, pendant les récentes campagnes de Tunisie.

Dans les seuls hôpitaux de La Calle, Bone et Philippeville, 9 médecins ont été atteints de fièvre typhoïde, 3 de dysenterie et un d'insolation. Envoyés en congé de convalescence, l'un d'eux, le médecin-major Jacquemet, est mort en arrivant à Bordeaux.

Un autre martyr de cette terre d'Afrique, si meurtrière aux braves, est le docteur Guiard, massacré par les Touaregs avec les autres compagnons du colonel Flatters, comme médecin militaire de la mission. Il n'avait que trente ans.

De même au Sénégal, la fièvre jaune a causé des pertes très sensibles et regrettables, dont les noms de Bertrand

et Hughes méritent d'être cités comme exemples de dévouement. Le médecin principal Carpentin est aussi mort à Gorée.

Parmi toutes ces victimes du devoir professionnel, il faut surtout citer les jeunes élèves des hôpitaux, qui cette année encore, comme les précédentes, ont succombé faute de soins et de précautions. Tel ce malheureux Jarry, qui, nommé le premier interne à la dernière promotion, succomba peu de semaines après par excès de zèle à ses devoirs. Perte d'autant plus regrettable que ce jeune homme de vingt-quatre ans promettait, par l'étendue et la solidité de ses connaissances, d'être une recrue distinguée de l'Ecole de Nantes, dont il était l'élève.

Un autre interne du même âge, M. Henri d'Ollier, fils d'un médecin distingué d'Orléans, est mort également d'une fièvre typhoïde contractée dans le service de M. Hallopeau, à l'hôpital Saint-Antoine.

C'est d'une angine diphthéritique contractée dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital Beaujon, qu'a succombé aussi le jeune Chauvin, et c'est de même une diphthérie contractée à l'hôpital des Enfants-trouvés, dans la clinique du professeur Parrot, qui a enlevé M. Closel de Boyer. Plusieurs fois lauréat de la Société de biologie et de la Faculté, comme interne des hôpitaux, il venait d'être reçu docteur et travaillait pour ses futurs concours, lorsqu'il contracta fatalement la maladie qui a détruit toutes les brillantes espérances qu'il promettait.

En présence des vides trop nombreux faits par la diphthérie dans les rangs des internes, il est déplorable qu'il ne soit pris aucune mesure prophylactique sérieuse, soit pendant les opérations de trachéotomie, soit à l'amphithéâtre d'autopsie. M. E. Besnier pense que des pulvérisations phéniquées, l'usage de l'acide phénique en gargarismes et en lotions sur les mains devraient être prescrits obligatoirement dans les hôpitaux d'enfants. (*Soc. méd. des hôp.*, août.) Cette mesure a été adoptée récemment et doit être mise à exécution dans tous les hôpitaux. Elle devrait même s'étendre en ville, surtout parmi les jeunes médecins.

Parmi toutes ces victimes du devoir professionnel, il faut citer surtout le docteur Réant. Il était installé depuis quatre jours seulement dans la petite ville de Fruges (*Pas-de-Cal-*

lais), lorsque, en voulant sauver le cinquième et dernier enfant d'une famille dont les quatre autres venaient de mourir d'une angine couenneuse, il contracta la terrible maladie, qui l'emporta en quarante-huit heures. Par suite d'un revers de fortune, ce jeune homme laisse sa vieille mère, dont il était l'unique soutien, dans la plus affreuse misère.

Ce triste et navrant tableau des misères professionnelles n'est que trop réel et général, surtout pour ceux que la mort subite vient surprendre au milieu de leur carrière et de leurs succès et qui comptaient légitimement sur l'avenir pour étayer leur fortune ! Une heure, un moment, un coup ont ainsi enlevé subitement cette année : Maurice Raynaud, Chantreuil, Houël, comme Chauffard, Broca, Delpech, Peisse les années précédentes. Puissent-ils au moins recevoir une compensation après leur mort, comme Marchal (de Calvi), dont le buste en bronze a été inauguré le 4 juillet, anniversaire de sa naissance, sur la place principale de sa ville natale.

NÉPHRECTOMIE. Les applications s'en multiplient tous les jours, surtout en Allemagne, où elle a pris naissance. On en trouve là l'indication dans des cas qui semblent la contredire formellement, notamment contre le cancer. Le professeur Lossen, d'Heidelberg, a extirpé ainsi, *avec succès*, un rein sarcomateux chez une femme de trente-sept ans, enceinte de trois mois et mère de huit enfants, sur sa demande d'être débarrassée d'une tumeur indolore qui avait acquis en un an un volume considérable dans le côté droit de l'abdomen. Une tumeur arrondie, grosse comme la tête d'un enfant, ferme, mobile, fut en effet distinguée de l'utérus gravide à l'examen. Suppression des règles depuis trois mois.

L'urine étant normale en couleur et en quantité, on diagnostiqua une tumeur de l'ovaire. Son développement rapide en fit immédiatement entreprendre l'excision par une incision de la ligne blanche au-dessus de l'ombilic. On trouva la tumeur adossée sur la paroi postérieure du péritoine ; sa surface était bleuâtre et sillonnée de larges veines. Après une dissection minutieuse, une partie du petit intestin fut tirée au dehors et recouverte de com-

presses phéniquées. On vit alors que la tumeur était implantée par une large base sur la surface convexe du rein droit, lequel présentait un très long pédicule.

Immédiatement après l'excision de la tumeur et du rein réunis, il se produisit une hémorrhagie abondante par suite du glissement de la ligature provisoire qui avait été appliquée sur le pédicule. La compression de l'aorte abdominale permit d'arrêter cette hémorrhagie par le secours du clamp de Spencer Wells. L'opération était terminée et le pansement antiseptique appliqué dans tous ses détails. La malade entra bientôt en convalescence, et la dixième semaine elle pouvait rentrer à sa maison. Cependant il y eut un accident. Vers le troisième jour, on put constater de la métrite septique, qui céda promptement à des injections intra-utérines d'acide phénique, mais l'avortement en résulta dès le lendemain.

Le clamp ne fut retiré que le quatorzième jour. La quantité d'urine, de 670 centimètres cubes le second jour de l'opération, s'élevait à 1000 dès le huitième et à 1500 le onzième, c'est-à-dire à peu près la quantité normale. Comme le premier cas de Simon, ce fait montre avec quelle rapidité un seul rein arrive à suppléer l'autre.

Une incision intéressant à la fois le rein et la tumeur montra un aspect tout différent de leur structure; le rein était strié, ferme, tandis que la tumeur était pâle et molle avec les caractères de l'angio-sarcome, comme dans le cas du docteur Martin. Une ligne de démarcation très accentuée existait entre les deux, et il était évident que la tumeur avait pris son origine soit dans la capsule rénale, soit dans la substance même du rein.

La longueur anormale du pédicule rénal et l'extrême mobilité de cet organe font considérer cette tumeur comme un cas de forme maligne de rein flottant. (*Deutsch Zeitsch. für chir.*)

Une revue générale de cette nouvelle opération par le docteur Lannois en élève déjà le nombre à 39 applications, dont 18 en Allemagne, 10 en Angleterre, 5 en Amérique, 2 en Autriche, 2 en Suisse et 2 en France, bien que ce soit dans 9 cas, comme dans le précédent, par erreur de diagnostic. D'après le tableau synoptique de ces faits, 19 guérisons s'en seraient suivies, ce qui est un résultat très

encourageant. A la statistique de 20 cas dressée l'année dernière, 9 cas sont donc à ajouter dans l'ordre suivant :

Fistule de l'uretère.....	1 mort.
Blessure du rein.....	1 guérison.
Néoplasmes.....	4 morts.
Pyonéphrose.....	3 guérisons.
<hr/>	
9 : 4 guérisons, 5 morts.	

En défalquant les erreurs de diagnostic, on trouve sur les 30 cas d'extirpation du rein, faite en connaissance de cause, 17 succès contre 13 morts. C'est surtout contre les néoplasmes que l'opération échoue, car il y a eu récidence rapide dans 2 guérisons, et il n'y a que l'opérée précédente du professeur Lossen, vivant encore huit mois après l'opération, qui puisse être considérée comme une guérison, avec une autre, soit 6 décès sur 8 opérés. C'est donc là une contre-indication reconnue aujourd'hui par la plupart des chirurgiens. (*Revue de méd.*, avril.)

Ce nombre s'élèverait au contraire à 54, d'après M. Arthur Barker, car, aux 28 cas cités l'année dernière dans les *Transactions de la royal med. and chirurg. Society*, il en ajoute 26 nouvelles. Le résultat total serait 26 guérisons et 28 décès. Mais, en déduisant les 11 cas où l'opération a été faite par erreur de diagnostic, — 6 dans la première statistique et 5 dans la seconde, — il reste 43 cas de lésions réelles du rein ayant donné 24 guérisons et 19 décès, dont 13 guérisons et 9 décès dans le premier relevé, 11 guérisons et 10 décès dans le dernier.

D'où la proportion croissante des insuccès, dont la cause de mortalité est ainsi indiquée :

Péritonite.....	8
Shock et collapsus.....	5
Pyoémie.....	2
Urémie.....	2
Blessure de la plèvre.....	1
Thrombose pulmonaire.....	1
Hémorrhagies.....	3
Mort par vomissement.....	1
— suppuration.....	1
— dyspnée.....	1
Causes inconnues.....	3

Des deux modes opératoires : l'incision lombaire ou sur la ligne blanche, le premier a donné un plus grand nombre de guérisons, bien que, d'après la différence des cas, on ne puisse encore comparer exactement leur influence sur le résultat. Une grande incision exploratrice, sous le nuage phéniqué, est le procédé préférable pour explorer complètement les parties malades et aviser, car la principale difficulté est de décider d'avance ce qu'il y aura à faire. Dans un cas d'urines purulentes chez un malade très faible, M. Barwell fit une large incision, évacua beaucoup de pus et excisa le rein en masse avec la capsule, ce qui entraîna rapidement la mort; tandis que, dans un autre cas analogue, il ouvrit l'abcès, retira 35 *ounces* de pus, plaça un drain et laissa le rein sain en apparence avec un succès complet. On peut même exciser le rein sans la capsule, d'après M. Morant Baker. Chez un enfant de huit ans, ayant subi la néphrotomie deux à trois mois auparavant, la capsule était si épaissie qu'il fut obligé de la détacher pour exciser le rein. Cet enfant guérit rapidement. (*Lancet*, mars.)

Dans les cas de tubercules du rein, M. Barwell préfère cette exploration à l'excision de l'organe. Il se borna ainsi à évacuer le pus dans un cas avec grand avantage. L'opéré survécut deux mois, et, après la mort, les deux reins furent trouvés tuberculeux. (*Royal medico-chirurg. Society*, 12 avril.)

Indications. Mise à l'ordre du jour du Congrès de Londres, la discussion sur ce sujet, dans la section de chirurgie, a été ouverte par le professeur Czerny, qui trouve l'extirpation indiquée surtout par la méthode lombaire, dans les cas de blessures du rein, de reins flottants, kystes, hydronéphrose, tumeurs et fistules communiquant avec l'uretère, dès que la vie des malades est en danger, toutes les autres méthodes ayant échoué. La condition essentielle est que l'autre rein soit sain. Le cathétérisme des uretères chez la femme et leur constriction chez l'homme mériteraient d'être plus souvent employés, pour s'assurer de l'existence d'une affection rénale unilatérale.

Il n'est pas question pour le chirurgien allemand de la difficulté de l'énucléation du rein, sur laquelle les chirur-

giens anglais insistent particulièrement. Presque toujours, en effet, le rein malade est entouré d'un tissu cellulaire enflammé très adhérent. Dans un cas opéré avec succès par M. Cl. Lucas, le rein était tellement adhérent aux côtes qu'il fallut le détacher avec le bistouri boutonné. D'où l'indication d'une intervention hâtive avant que les parties adjacentes et surtout le pédicule soient converties en une masse de tissu dense et enflammé. Il gêna tant M. Barwell, dans une de ses opérations précitées, que sa proximité de la deuxième côte et de la crête iliaque l'obligea à enlever le rein par morcellement. Je coupai, dit-il, la tumeur en deux avec des ciseaux dans le fond de la plaie, séparant chaque partie du pédicule lié et les extirpant isolément, comme on le verra plus loin. M. Le Dentu fut obligé d'employer la même mesure. Il est donc étonnant que cette difficulté ne soit pas même signalée en Allemagne.

Quatre nouveaux cas en ont été relatés au Congrès des chirurgiens allemands par Langenbuch et Martin. Il s'agissait de reins droits mobiles excisés par l'incision lombaire; le premier cas chez une ouvrière de trente ans, le second chez un pharmacien de vingt. Ces deux opérés ont guéri, et les deux autres ont été présentés au Congrès comme preuve de leur état satisfaisant.

Premier succès en France. Un homme de trente-deux ans portait une tumeur fluctuante dans le flanc et la fosse iliaque gauche, qui semblait due à une hydronéphrose avec abcès périnéphrétique. Les vives souffrances en résultant déterminèrent M. Le Dentu à faire en 1875 une incision, qui donna issue à un liquide clair, puis sanguinolent, et bientôt à de l'urine claire. Ce fut dès lors une fistule urinaire compliquée de poussées inflammatoires.

De là la néphrectomie, pratiquée le 14 avril, avec décoration facile. Le rein était dégénéré dans les deux tiers supérieurs et converti en une poche à parois flasques avec hile volumineux. Un fil de catgut glissa sur la partie inférieure saine, et il fallut la grande aiguille de Cooper pour en placer un second convenablement. Tout ce qui dépassait ces deux ligatures fut excisé avec pansement de Lister. La faiblesse fut très grande pendant l'élimination des parties liées et cautérisées; pouls de 120 à 145; température

de 38° à 39°,5. Mais la plaie lombaire marcha rapidement vers la cicatrisation complète, deux mois après, malgré une abondante suppuration. L'écoulement de l'urine cessa dès le premier jour, et l'opéré, artiste dramatique, a pu faire une brillante rentrée au commencement d'octobre. (*Acad. de méd.*, 15 novembre.)

Néphrolithiase. On ne saurait encore dire si la néphrectomie est applicable à la présence de calculs ou de graviers dans le rein, de préférence à la simple néphrotomie, pour les extraire. Les résultats obtenus sont trop contradictoires pour décider cette question.

Un garçon de quinze ans était en observation depuis un an à *Charing Cross hospital*, pour une pyélite avec abcès. M. Barwell avait ouvert celui-ci, et un trajet fistuleux persistait depuis dix mois environ. Au mois d'avril dernier, le cathétérisme de ce trajet décela un calcul, mais la température hectique de l'enfant et son état anémique ne permettaient pas d'agir. Le 5 mai, la néphrectomie lombaire fut exécutée; mais l'extraction du calcul détermina un saignement si abondant qu'il fallut exciser rapidement le rein en passant une ligature en masse sur le pédicule. A défaut d'espace, l'organe fut morcelé en deux, et l'opération fut ainsi facilitée sans perte de sang. L'amélioration de l'opéré a été croissante ensuite, la température étant normale et la plaie presque entièrement cicatrisée. (*Lancet*, 4 juin.)

Une femme de trente-deux ans entra à l'hôpital du collège de l'Université, le 16 juin 1880, pour une tumeur de l'hypocondre gauche qui avait pris un grand développement depuis deux mois. La fluctuation indiquait une pyonéphrite calculeuse. La ponction donna, en effet, du pus, et, dès le 5 juillet, la néphrectomie fut pratiquée par M. Arthur Barker. L'énorme épaissement de la capsule empêcha son excision. Il fallut y renoncer après une longue perte de temps et de sang, et c'est en énucléant le rein à l'intérieur que l'opération put être terminée. L'opérée mourut trois heures après, et l'autopsie montra l'impossibilité d'exciser les dépendances de l'organe.

Une autre femme de trente-huit ans, atteinte de la même affection et qui avait refusé l'opération sept mois aupara-

vant, se représenta pour la subir dans un état de maigreur et de faiblesse extrême. L'incision faite, la capsule fut ponctionnée et donna deux onces de pus; puis une incision verticale avec le thermo-cautère Paquelin mit le calcul à nu. Il était si adhérent au rein qu'il se brisa sous la pince pour l'extirper, et, devant la difficulté d'extraire le reste, on résolut d'enlever l'organe en entier. L'énucléation fut facile à l'intérieur de la capsule; mais, le pédicule étant lié en masse, du tissu rénal fut compris dans la ligature. L'opérée mourut douze heures après. (*Royal med. and chir. Society*, 12 avril.)

Dans deux cas analogues, M. Le Dentu a été plus heureux en conservant la vie de ses opérés, par la néphrotomie simple. C'était une néphrite suppurée du rein gauche chez un homme de trente ans. L'abcès fut ouvert et, largement exploré, décela un calcul enchatonné et adhérent, du volume d'un petit œuf de poule. Une opération longue et extrêmement laborieuse avec le galvano-cautère put amener seulement le calcul par fragments au dehors. Les suites furent assez simples, mais une fistule persistante a nécessité un examen ultérieur et rendra peut-être la néphrectomie inévitable.

Il s'agissait dans le second cas d'un homme de cinquante-cinq ans, atteint de coliques néphrétiques à répétition, qui ne pouvait plus quitter son lit ou sa chaise longue. L'extraction du rein ayant été acceptée, l'opération fut faite comme dans le cas précédent. Mais on ne découvrit que de fins graviers, et, malgré un débridement vertical de 7 centimètres avec le thermo-cautère, aucune extraction ne fut possible. Sauf de légères complications, la plaie se cicatrisa en six semaines et les souffrances du malade avaient disparu : résultat que l'auteur attribue au désenclavement des graviers, à l'action révulsive du thermo-cautère sur le rein et surtout au débridement de la capsule fibreuse qui pourrait être le seul but de l'opération dans un cas semblable. (*Acad. de méd.*, février, et *Bull. de thérap.*, octobre.)

NÉPHRITES. En voulant juger en dernier ressort la controverse élevée depuis longues années entre les Anglais Johnson et Gull et Sutton, à savoir : si la sclérose des petites

artères ou l'hypertrophie de leur paroi musculieuse est cause ou effet des altérations coïncidentes des reins et du cœur, les Allemands ont montré qu'ils n'étaient pas plus aptes à résoudre ce problème et à trancher le différend. Les résultats de leurs investigations ne diffèrent pas moins que ceux des observateurs originaux. Tandis que Ewald a confirmé pleinement les conclusions négatives de Johnson et considéré, ainsi que Bartels et Buhl, la lésion rénale comme primitive, Ziegler la fait dépendre de la sclérose artérielle qui serait primitive. Un travail récent de Sotnitschewski, fait à Strasbourg sous la direction de Von Recklinghausen, montre au contraire qu'elles peuvent être indépendantes l'une de l'autre et exister séparément.

Dans 17 cas de néphrite dont 13 avec dégénérescence granuleuse des reins, l'examen des petites artères y décèle des altérations dans 15 cas et de l'hypertrophie cardiaque dans 14. Mais cette hypertrophie n'était expliquée par la sclérose artérielle que dans 6 cas où elle était unique, tandis qu'il existait d'autres lésions concomitantes : lésions valvulaires, athérome et sclérose de l'aorte, ayant pu y contribuer également dans les autres cas.

Dans aucun cas, l'hypertrophie de la membrane musculieuse n'était distincte dans les plus petites artères. Elle était normale dans 5 cas, et son épaissement dans les autres paraissait provenir du tissu connectif environnant. Ses nucléoles étaient diminués de nombre et de volume et comme atrophiés dans plusieurs cas, et des préparations fraîches les ont montrés comme frappés de dégénérescence graisseuse. Si les parois de ces capillaires étaient manifestement épaissies, les membranes adventice et intime y contribuaient le plus, car leur densité fibreuse paraissait être en contact dans quelques cas par atrophie de la membrane musculieuse. Dans 3 cas, la membrane interne avait subi un changement spécial et se divisait en deux feuillets assez denses, dont le plus interne, constitué par une substance translucide, contenait de petits noyaux irréguliers se confondant avec ceux de la membrane musculieuse. Ces caractères existaient dans les artères des reins, la pie-mère et la rate et coïncidaient avec une dégénérescence graisseuse type des reins et l'hypertrophie du cœur. Les artères du foie et des poumons étaient les moins altérées. (*Virchow archiv*, déc. 1880.)

Si peu nombreuses qu'elles soient, et tout en confirmant la réalité des lésions signalées par Gull et Sutton, ces vérifications montrent sur quelle base inconstante, fragile et incertaine repose la doctrine anatomique ou plutôt histologique des cliniciens anglais sur l'étiologie des néphrites. Si les altérations artérielles existaient dans tous les cas types de dégénérescence granuleuse des reins, il faut noter que quinze de ces malades sur dix-sept avaient plus de cinquante ans, c'est-à-dire à la période de la vie où ces lésions artérielles sont le plus fréquentes, indépendamment des altérations rénales. Celles-ci peuvent donc n'être qu'une partie de cette modification générale, sans être l'effet direct des premières. L'hypertrophie cardiaque ne peut y être rapportée davantage, puisqu'elle manquait dans trois cas où la sclérose des petites artères était manifeste. Rapporter à cette sclérose microscopique les altérations coïncidentes des reins et du cœur équivaut donc à une simple hypothèse toute gratuite, comme on en formait autrefois. Le semblant de démonstration positive n'est qu'un trompe-l'œil dont peuvent se payer les histologistes seuls, puisque le clinicien peut aussi logiquement rapporter la sclérose des petites artères à l'altération du sang provoquée par celle des reins. Voy. SCLÉROSE.

Classification. La distinction des néphrites est si embrouillée par les termes, les définitions diverses qui leur ont été imposées, que l'on ne s'entend plus guère à ce sujet. Tout est confondu, mélangé; c'est une véritable cacophonie. Pour mettre un peu d'ordre dans ce chaos de dénominations et accorder toutes ces divergences, le professeur Charcot — dans ses dernières leçons à la Faculté, en juin et juillet 1881, sur l'anatomie pathologique de la néphrite interstitielle ou maladie de Bright, comme il persiste à l'appeler, suivant sa doctrine unitaire — a été obligé de la diviser en quatre formes distinctes.

La première répond à la néphrite albumineuse aiguë de Rayer. C'est la néphrite parenchymateuse aiguë de la plupart des derniers auteurs, la néphrite épithéliale aiguë de Lancereaux. La néphrite scarlatineuse en est l'un des plus grands types et suffit à la distinguer.

La deuxième répond au deuxième stade des unitaires.

C'est la néphrite parenchymateuse de Bartels et la néphrite parenchymateuse grave de Lecorché. Elle comprend la néphrite interstitielle secondaire de quelques auteurs et le gros rein blanc graisseux des Anglais. Les causes en sont donc à peu près les mêmes.

La troisième est la néphrite interstitielle primitive de Bartels ou la cirrhose rénale de Stewart, la dégénération granuleuse de Dickinson et la néphrite proliférative primitive de Lancereaux. Elle coïncide avec cette lésion particulière des artères et des capillaires signalée par Gull et Sutton sous le nom d'*arterio-capillary fibrosis*, qui semble n'être que l'endarterite oblitérante progressive, nouvellement découverte comme la cause de toutes les scléroses dystrophiques. C'est le petit rein rouge de Johnson, et elle constitue le rein sénile par son évolution lente, comme l'athérome artériel.

La dégénération amyloïde du rein est la quatrième. C'est la forme cireuse de Stewart, lardacée de Dickinson, la leucomatose rénale de Lancereaux et la néphrite parenchymateuse avec dégénérescence amyloïde de Cornil. Elle réunit le gros rein blanc et le rein contracté, pour montrer qu'elle n'est pas autonome, mais mixte et une simple complication des formes précédentes. C'est ainsi que ces types ne se rencontrent pas dans la pratique dans toute leur pureté, leur isolement. Les lésions caractéristiques de chaque forme se trouvent le plus souvent réunies chez le même malade deux à deux ou trois à trois. La symptomatologie, en exprimant ces lésions diverses, forme une combinaison, un complexe parfois inextricable. De là l'erreur de ceux qui ont voulu en faire des espèces différentes par l'analyse outrée des symptômes et des lésions. (*Revue de méd.*, mai.)

Rein sénile. Rien ne montre mieux l'ignorance où l'on est encore sur la pathogénie des néphrites que la forme interstitielle se rencontrant constamment chez le vieillard sans aucun des symptômes qu'elle présente ordinairement chez l'adulte, c'est-à-dire sans albuminurie, ni œdème, ni lésions cardiaques. Au lieu d'en trouver la cause dans un athérome généralisé du système artériel, comme M. Demange (*Voy. année 1880*), ou dans l'endarterite oblitérante progressive

(Voy. *ce mot*), M. Gilbert Ballet, auteur de nouvelles recherches à ce sujet, n'a rien observé de semblable. Sans nier les lésions dégénératives ou inflammatoires des artérioles et péri ou intra-glomérulaires, et en constatant le rétrécissement à peu près constant de l'origine des rénales dans l'aorte par des plaques ou des foyers athéromateux, il localise les lésions scléreuses au début dans les trainées conjonctives qu'il a parfaitement constatées sur le trajet des tubes urinifères atrophiés et non le long des vaisseaux. Le point de départ de cette altération serait dans la dégénérescence atrophique de ces canaux, et la périartérite n'en serait que la conséquence. C'est donc une cirrhose épithéliale, comme la néphrite interstitielle des saturnins et des gouteux, et non une cirrhose vasculaire.

L'absence absolue de symptômes morbides du rein sénile, constatée par tous les observateurs, tendrait donc à en faire non une entité morbide, comme dans l'âge adulte, mais une simple dégénérescence physiologique, tenant à la diathèse athéromateuse ou fibreuse de l'âge. (Voy. DIATHÈSE). Tout en débutant en dehors des vaisseaux, la sclérose n'en serait pas moins la conséquence de l'altération vasculaire, selon M. Dreyfus-Brisac. Du fait de l'athérome, la circulation et la nutrition languissent dans certains départements du rein, partout où le sang n'arrive plus en quantité normale; les éléments nobles et les cellules atteintes dans leur vitalité subissent une dégénérescence progressive. L'atrophie s'accuse là surtout où l'apport sanguin est insuffisant, tandis que le tissu conjonctif, absorbant la plus grande partie des matériaux nutritifs, accomplit un travail inverse en proliférant. Comme toutes les cirrhoses de la vieillesse, le rein sénile, loin d'être considéré comme une néphrite interstitielle, serait une sclérose non inflammatoire, mais dystrophique, selon la nouvelle conception hypothétique de M. H. Martin. (*Revue mens. de méd.*, mars et juin, et *Gaz. hebdom.*, n° 25.)

Contribution à l'étude des néphrites, par le docteur A. Brault, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris; thèse inaugurale, avec trois planches gravées. Paris, librairie Germer Baillière. C'est l'étude histologique par l'emploi de l'acide osmique des modifications subies par l'épithélium rénal

et les exsudations intra-tubulaires dans les néphrites passagères ou transitoires, parenchymateuses et interstitielles. De là les trois parties qui composent ce travail fait sous la haute direction de M. Cornil. C'est la division classique, élémentaire, sans les formes mixtes et spécifiques, infectieuses, saturnines, dont il est question plus haut. Aussi n'est-ce qu'une simple *contribution*.

Néphrite saturnine. L'absorption du plomb, en s'éliminant surtout par les reins, comme la plupart des substances médicamenteuses, y détermine à la longue des lésions caractéristiques que M. Lancereaux a été l'un des premiers à signaler. Il y revient de nouveau en relatant 14 observations d'ouvriers peintres, broyeurs ou ferblantiers, ayant éprouvé à plusieurs reprises des coliques saturnines et ayant présenté à l'autopsie les lésions caractéristiques de cette néphrite spéciale. En voici les symptômes et les lésions :

Une polyurie plus ou moins prononcée et surtout nocturne, caractérisée par des urines claires et moins denses qu'à l'état normal, en est le premier signe ; elles sont rarement albumineuses, sinon à la fin. L'anémie avec amaigrissement progressif et diminution des forces musculaires, l'anhélation pendant la marche, la faiblesse de la vue, peuvent aussi lui être attribuées ; puis surviennent les accidents urémiques se manifestant tantôt par de la diarrhée ou des vomissements, tantôt des secousses convulsives, des accès d'éclampsie, du coma ou une dyspnée excessive. Une légère infiltration des paupières ou des malléoles se rencontre aussi parfois.

Les caractères anatomiques sont surtout marqués quand la mort n'est pas accidentelle. Les reins ont alors un volume fort au-dessous de la normale et du poids de 80 à 150 grammes seulement. Leur surface externe est parsemée de granulations miliaires ou lenticulaires, irrégulièrement disposées. La substance corticale est résistante, indurée, ferme à la coupe et notablement diminuée d'épaisseur. Ces lésions coexistent avec un épaissement de la tunique interne des artères et des nodosités. Le cœur, l'aorte et ses principales branches, les artères rénales en particulier, sont presque toujours un peu dilatés.

Une arthrite spéciale coexiste également avec ces lésions

et en marque le caractère : c'est l'infiltration des cartilages par l'urate de soude qui leur donne une coloration blanche, comme s'ils étaient saupoudrés, pénétrés ou incrustés de farine ou de plâtre. Les franges synoviales et les tendons présentent les mêmes caractères. Les métatarsiens et les métacarpiens avec les phalanges sont le plus souvent affectés, et l'articulation du gros orteil en est le siège de prédilection. Les poignets, les genoux et les coudes sont aussi parfois atteints. Ces lésions articulaires diffèrent donc des productions osseuses ou ecchondroses qui caractérisent l'arthrite d'origine artérielle.

Par leur ressemblance avec l'arthrite goutteuse, ces lésions semblent indiquer qu'elles ne sont pas plus le résultat de l'élimination du plomb par les reins que la néphrite elle-même. Un trouble primordial de l'innervation nutritive en serait l'origine, comme dans la goutte, par l'action manifeste du plomb sur le système nerveux. On en prévient la formation en favorisant l'élimination du plomb par les bains, les frictions, le massage de la peau et de légères doses de bromure ou d'iodure de potassium, en usant de purgatifs énergiques et répétés et surtout l'emploi du régime lacté. (*Archiv. de méd.*, décembre.)

Néphrites infectieuses. De même que dans plusieurs maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, la diphthérie par exemple, le rein est souvent atteint secondairement, comme l'albuminurie en résultant le prouve, le professeur Bouchard admet que cet organe peut devenir à son tour le foyer d'une nouvelle infection, due à l'arrêt des microbes spécifiques lors de leur passage dans son tissu. Les néphrites infectieuses en sont le résultat, d'après cette nouvelle doctrine. L'albumine rétractile en serait, dans l'immense majorité des cas, le meilleur signe, tandis que l'albumine non rétractile en serait la négation. Voy. ALBUMINURIE.

Admettant la doctrine parasitaire de toutes les maladies infectieuses, l'auteur en trouve la preuve dans les différentes complications morbides qu'elles présentent. Des bactéries bacillaires ayant été constatées dans des pustules d'ecthyma survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde, il admet aussitôt comme démontré que ces inflammations

exanthématiques sont provoquées par les microbes charriés dans le sang et déposés ainsi sous la peau, où ils pullulent, et la confirmation s'en trouve dans la néphrite infectieuse par la présence de ces mêmes microbes dans les urines et dans le tissu rénal après leur mort. V. FIÈVRE TYPHOÏDE.

Telle est la base, l'étymologie de cette nouvelle dénomination. Celle de spécifique ou parasitique serait plus rigoureuse et exacte. En empruntant l'adjectif d'infectieux, on ne peut avoir en vue que de donner une base plus solide et positive au terme vague d'infection. On ne peut mieux le justifier d'ailleurs que d'après l'auteur lui-même.

On sait, a dit M. Bouchard au Congrès international de Londres, qu'il existe, au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses, des albuminuries généralement transitoires. On sait que, dans un certain nombre de ces maladies, on constate des symptômes urémiques. On a constaté dans plusieurs de ces maladies les lésions de la néphrite. On sait donc qu'il peut survenir, dans les maladies infectieuses, des symptômes d'une néphrite que l'autopsie a vérifiée. Ces néphrites des maladies infectieuses sont des *néphrites infectieuses*.

Ce qui le prouve :

C'est que, pendant la vie, on trouve dans les urines le même agent infectieux que dans le sang et dans les humeurs pathologiques;

C'est que l'agent infectieux se rencontre seulement dans les urines qui renferment l'albumine et les éléments figurés révélateurs de la lésion rénale;

C'est que ces agents infectieux disparaissent des urines en même temps que l'albumine;

C'est que, dans les cas mortels, les mêmes agents sont trouvés en abondance dans le tissu rénal;

C'est qu'enfin, dans les cas où les constatations précédentes ont été faites, le rein présente les caractères anatomiques de la néphrite.

Les néphrites infectieuses, avec les caractères indiqués plus haut, ont été déjà constatées dans quinze maladies infectieuses.

Les néphrites infectieuses peuvent être le point de départ des néphrites chroniques.

L'urine peut être l'un des agents de transmission des maladies infectieuses. (*Abstracts.*)

Si cette hypothèse se réalise, la néphrite infectieuse aggraverait singulièrement le pronostic des maladies qu'elle vient compliquer, et il faudrait dès aujourd'hui y porter une sérieuse attention, en constatant, outre l'albumine rétractile, la présence des bactéries libres et des cylindres dans les urines, sans compter le sang qui s'y rencontre parfois. Ces urines sont louches et ont tout à fait l'aspect de bouillon aigri. De la gêne ou des douleurs rénales en sont même l'indice, ainsi que les troubles de la vue et les œdèmes légers, qui peuvent en imposer autrement pour une albuminurie aiguë à frigore.

Phénomène du début dans la variole, cette néphrite n'apparaît en général qu'aux périodes graves des maladies infectieuses ; elle en est toujours la plus sérieuse complication. Sa durée moyenne est de trois à huit jours, sans que l'on ait pu élucider encore son mode de terminaison.

Tout en étant encore indéterminée, la fréquence de cette conception étiologique doit être des plus grandes, en raison même des fonctions du rein. En pathologie générale, elle aurait même, pour M. Bouchard, la portée et la constance des affinités du rhumatisme sur le cœur. Les complications rénales sont en effet, aux maladies infectieuses, dans le même rapport que l'endocardite avec le rhumatisme. Heureusement, cette étiologie parasitaire est encore purement théorique et ne repose que sur des microbes qui peuvent être là, comme en beaucoup d'autres maladies, aussi bien effet que cause. La production de maladies infectieuses par l'injection des urines ainsi contaminées ne saurait même résoudre la question, à moins d'être répétée en grand nombre et comparativement. (*Revue mens. de méd.*, août.)

NERFS. *Etirement.* C'est la méthode en vogue contre les diverses affections nerveuses, en remplacement de la névrotomie, en aussi grand honneur il y a moins de vingt ans. Elle a été inaugurée empiriquement par Nussbaum en 1870 et eut aussitôt de nombreux imitateurs. On l'appelle même *élongation*, sans savoir si elle est réelle. La flexion forcée de la cuisse sur le bassin produit sans doute la distension du sciatique; mais est-il réellement allongé pour

cela ? Rien ne le prouve, et c'est pourquoi le terme d'étirement ou de distension est préférable.

Le manuel opératoire en est aussi simple que pour la névrotomie : il suffit de mettre le nerf à découvert dans une étendue aussi limitée que possible pour que, en le soulevant perpendiculairement à l'axe du membre plus ou moins avec une sonde cannelée, un crochet mousse, un lâcs ou le doigt même recourbé, l'opération soit faite. Quelques-uns le soulèvent doucement, d'autres le tiraillent avec force ; quelques-uns le compriment, d'autres l'écrasent ; mais le meilleur et le plus sûr paraît être de le soulever doucement à une hauteur variable suivant son volume.

Des expériences déjà nombreuses ont été faites sur le cadavre et les animaux, en vue de savoir la force nécessaire pour obtenir la rupture d'un nerf ou l'arrachement de ses racines. Le résultat est que cette force varie suivant les individus et les nerfs étirés. Des instruments ont même été imaginés pour en mesurer le degré d'élévation. Le docteur Gillette a fait construire ainsi une sorte de balance romaine avec une poignée transversale supportant au milieu une forte tige métallique verticale avec un dynamomètre fixé à son extrémité supérieure. L'aiguille indique la puissance de traction déployée sur le tronc nerveux. 20 kilogrammes sur le sciatique, 10 sur les nerfs du bras ont pu être exercés sans rupture ni arrachement. Mais ces tractions doivent toujours être moindres chez la femme que chez l'homme, chez les personnes émaciées que chez les individus robustes.

Des expériences entreprises par M. Trombetta (de Pavie), pour savoir à quelle traction le sciatique se rompt, ont donné des résultats différents de ceux obtenus en France. C'est en effet sous une traction de 50 kilogrammes que MM. Tillaux et Lannelongue ont obtenu cette rupture, tandis qu'elle s'est élevée à 80 en Italie. Cette différence considérable tient-elle au climat ou à la nationalité ? (*Soc. de chir.*, mai.)

Cette opération n'entraîne pas d'autres dangers que ceux de la plaie ou du traumatisme qui en est la nécessité, à moins que des vaisseaux importants ne soient lésés en l'exécutant. Il convient donc de la faire sous le nuage phéniqué et, dès que le nerf est remis en place, de suturer la plaie

au catgut avec un pansement phéniqué. L'érysipèle et la suppuration en sont résultés néanmoins dans la distension du sciatique.

On ignore les modifications intimes, anatomiques des nerfs ainsi étirés. En variant selon la force déployée et le procédé suivi, on ne peut guère en juger que les effets. Des rougeurs, des ecchymoses ont été observées dans la gaine. L'injection est à son maximum le quatorzième jour, et une hyperémie considérable a été constatée encore six semaines après. La séparation de la myéline et du névri-lème, la coagulation plus facile de la myéline, la destruction partielle des vaisseaux du névri-lème, le déplacement du nerf dans sa gaine sont les lésions ordinairement constatées.

Quoiqu'il en soit, les effets de l'étirement modéré sont une anesthésie temporaire dans le territoire du nerf distendu, sans troubles marqués de la motilité. L'anesthésie est au contraire prolongée ou persistante avec altération constante de la motricité et la nutrition des tissus par une distension violente. La fréquence des troubles fonctionnels prouve que la moelle est influencée par la distension du sciatique et du plexus brachial en particulier. (*Archiv. de méd.*, juin et juillet.) La glycosurie constatée chez un lapin, à la suite de l'élongation des deux nerfs sciatiques, fait entrevoir qu'elle agit jusque sur les centres, car la traction du bout central du pneumo-gastrique a déterminé le même effet. La perte de la sensibilité coïncidant avec la persistance de la motricité fait penser à M. Marcus qu'elle est due à des modifications morphologiques des fibres sensibles ayant leur point de départ dans la moelle. (*Soc. de biol.*, mars et avril.)

A la suite d'une forte élongation du sciatique, M. Quinquaud a vu l'anesthésie se produire et même des accidents analogues à ceux de la section complète du nerf. Il se produit aussi de l'épilepsie spinale du même côté que le nerf élongé. (*Idem*, avril.) Son extension modérée, au contraire, amène des changements favorables dans la moelle, selon M. Langenbuch.

Dans plusieurs cas d'ataxie, M. Grainger Stewart (d'Edimbourg) a vu aussi cette élongation réussir quand les symptômes indiquaient des lésions du nerf même. (*Congrès in-*

tern. de Londres.) Les cas rapportés plus haut montrent qu'elle a réussi de même en France. Voy. ATAXIE LOCOMOTRICE.

Cet étirement a été tenté avec succès le 30 novembre 1880, sur les nerfs sciatiques et péroniers, contre une lèpre anesthésique, par le professeur Lawrie. C'était à Lahore, chez un Indou de trente ans; il recouvra le pouvoir de ses mains pour travailler et quitta l'hôpital le 15 décembre. (*Lancet*, mars.) C'est la négation de l'étiologie bactériidienne de la lèpre nouvellement reproduite.

Réservée surtout aux névralgies rebelles, aux affections spasmodiques, cette opération s'est étendue bientôt aux paralysies et même à l'épilepsie. (Voy. *ces mots*.)

Dans le tétanos et les spasmes traumatiques, contre lesquels on a eu l'idée de séparer la partie blessée et douloureuse des centres nerveux, 25 cas recueillis par M. Chauvel montrent que si l'étirement a donné parfois quelques succès, surtout au début des accidents — au point que M. Blum compte 7 guérisons sur 8 malades — il y a, au contraire, beaucoup plus d'insuccès. 8 morts après amélioration manifeste, 6 morts sans amélioration et 3 décès immédiats sur ces 25 faits le montrent de reste. D'ailleurs la distension opérée n'est pas comparable, et l'on ne peut en conclure l'insuccès obtenu. De nouvelles tentatives avec étirement énergique pratiqué de bonne heure, sur tous les troncs nerveux du membre, sont donc rationnelles dans ces cas graves. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

L'*élongation du nerf sciatique* a été pratiquée le 2 juillet par M. Panas dans des conditions toutes spéciales, chez un homme ayant reçu dans une rixe, quatre ans auparavant, un coup de poignard dans la cuisse gauche, au-dessous du grand trochanter. Tous les muscles de la jambe et du pied avaient été immédiatement paralysés avec abolition de la sensibilité. Des douleurs lancinantes très vives s'irradiaient de bas en haut, en s'exaspérant au moindre attouchement des parties sensibles. Des secousses convulsives y succédaient comme dans une sphère épileptogène.

L'inutilité de l'électrisation et des révulsifs, des appareils prothétiques même, faisant réclamer l'amputation au malade, on tenta l'élongation préalable de la manière suivante.

Incision verticale de 15 centimètres dans la direction du

sciatique. En repoussant le bord externe du muscle demi-membraneux, le sciatique apparut, fut isolé sur la sonde, et attiré au dehors. Un renflement névromateux de 5 centimètres de long, fusiforme, apparut avec un volume double de l'état normal. On tira avec le crochet entre le névrome et la partie centrale, à deux reprises différentes, jusqu'à la force de 20 kilogrammes chaque fois. Le nerf retomba ensuite au fond de la plaie que l'on sutura superficiellement avec un drain à la partie inférieure et recouvert du pansement de Lister.

Dès le lendemain, les douleurs avaient disparu et, quinze jours après, la plaie était cicatrisée. Une section sous-cutanée du tendon d'Achille put même être pratiquée pour détruire l'équinisme formé, sans renouveler aucune douleur. Quatre mois après, la guérison persistait et l'opéré marchait, avec ou sans son appareil, en boitant à peine. (*Acad. de méd.*, 13 décembre.) Ce résultat semble donc indiquer que les névromes consécutifs aux plaies des nerfs bénéficieront de leur élongation.

Transfert de la sensibilité. L'élongation du sciatique faite sur un cobaye par M. Quinquaud a déterminé la chute spontanée des deux doigts. Cet effet montre que les nerfs trophiques sont atteints par l'étirement.

En poussant cette élongation jusqu'à l'anesthésie sur un membre, il suffit de produire le même effet sur l'autre pour que la sensibilité, même exagérée, reparaisse aussitôt dans le premier, comme il l'a constaté sur de jeunes animaux en procédant indifféremment de droite à gauche ou de gauche à droite. Il suffit que l'anesthésie ne soit pas la destruction. (*Soc. de biol.*, 19 mars.)

Inhibition. Des phénomènes étranges et nouveaux ont été produits par M. Brown-Sequard en versant du chloroforme sur la peau du cobaye, du chat, du chien et du lapin. Outre le sommeil anesthésique en résultant, il a observé du tremblement, de l'épilepsie généralisée ou partielle, du délire, de l'hémiplégie, de la paraplégie, de l'hyperesthésie cutanée, la diminution du pouvoir réflexe, la contraction des pupilles, l'arrêt du cœur et de la respiration et la suppression des échanges entre les tissus et le sang. L'autopsie de ces

animaux a montré de plus le défaut d'excitabilité du nerf phrénique du côté opposé à celui de l'application du chloroforme, ainsi que la moitié correspondante du diaphragme, tandis que les mêmes parties correspondantes étaient plus excitables qu'à l'état normal. Sorte de transfert de l'excitabilité.

Le savant expérimentateur attribue ces effets à une influence exercée sur les centres nerveux par l'irritation spéciale des nerfs cutanés, soumis au chloroforme, et qu'il nomme inhibition. Il en trouve la preuve dans le fait suivant. Le chloroforme appliqué sur la peau du cou et de l'épaule d'une grenouille dont tous les nerfs des plexus cervical et brachial d'un côté avaient été coupés préalablement, et complètement anesthésiée de ce fait, n'a rien produit de ce côté, tandis que tous les effets précités se manifestent avec rapidité et intensité sur le côté sain correspondant, en y versant du chloroforme. Son contact avec la peau produit donc bien une irritation des nerfs cutanés.

Autre épreuve : en sectionnant transversalement la moelle épinière d'un cobaye, le chloroforme appliqué au-dessous n'a rien produit, tandis que les effets précités en sont résultés en l'appliquant au-dessus. Les phénomènes se produisent donc bien par le système nerveux. En arrière de la section, le chloroforme détermine l'inhibition de la faculté réflexe du renflement dorso-lombaire de la moelle et la congestion des viscères abdominaux est ainsi nulle, tandis qu'elle se produit en l'appliquant en avant de la section.

L'hémi-section de la moelle au cou a produit un résultat analogue. Le chloroforme versé sur le côté correspondant déterminait très rapidement et énergiquement les phénomènes précités, tandis qu'ils étaient faibles et tardifs du côté opposé. Ces épreuves sont donc concluantes.

Des cobayes anesthésiés par cette méthode, ayant reçu du chloroforme dans l'oreille, se sont mis aussitôt à tourner et rouler sur le côté correspondant. Appliqué directement sur le nerf vague, le chloroforme n'arrête ni le cœur ni la respiration, comme en étant répandu sur la peau. (*Soc. de biologie*, novembre et décembre 1880.)

Trophonévroses. De nouvelles expériences du docteur Ughetti, tendant à préciser les altérations des tissus par

défaut de l'influence nerveuse, lui ont montré que la section du nerf sciatique entraîne seulement des lésions histologiques du tissu nerveux et du tissu musculaire. Il a pu suivre et figurer ainsi l'atrophie simple et la dégénérescence des fibres musculaires, de la périphérie au centre de chaque groupe et de chaque fibre, revenant graduellement à l'état embryonnaire constitué par le sarcolemme, le protoplasma granuleux et les nucléoles; tous les muscles du membre participant à cette dégénérescence selon leur innervation plus ou moins directe par le nerf divisé.

Ces lésions sont si directement l'effet de la division du nerf que, ses extrémités une fois réunies, les fibres embryonnaires se transforment de nouveau en fibres striées normales, malgré l'immobilisation du membre, par l'activité même du protoplasma opérant cette régénération.

L'abaissement de la température locale qui succède à la division du sciatique est bientôt suivi d'une élévation supérieure de 1^o,7 C. au membre opposé, qui paraît en rapport avec le processus de régénération. Tous les autres tissus du membre perdent seulement de leur poids, les os surtout, comme une conséquence de l'immobilité.

Delle alterazoni dei tessuti da mancata influenza nervosa. Recherches expérimentales relatives au tissu musculaire strié en particulier, faites à l'Institut d'anatomie pathologique du professeur Tizzoni, à l'Université de Catane. Brochure de 32 pages in-8, avec planches. Turin, 1880.

Nerfs crâniens. D'après M. Sapolini (de Milan), le nerf intermédiaire de Wrisberg serait distinct et formerait la partie initiale de la corde du tympan, comme Cl. Bernard l'avait déjà indiqué. M. Fœsebeck pense de même de la portion motrice du trijumeau. Ce ne serait donc plus ni douze ni treize nerfs crâniens qu'il faudrait compter, mais quatorze. (*Congrès de Londres.*)

NÉVRALGIES. *Etirement des nerfs douloureux.* Sur 53 cas réunis par M. Chauvel de l'emploi de ce moyen, il y avait 14 névralgies faciales, 2 intercostales, 9 du membre supérieur et 27 du membre inférieur, dont 25 sciatiques plus ou moins rebelles. Cette distension fut suivie 30 fois d'une guérison complète, 12 fois d'une amélioration notable et

10 fois d'un insuccès plus ou moins complet. L'opérée de Gartner succomba à l'entrée de l'air dans les veines du cou, et l'une de Nussbaum eut une hémorrhagie qui mit sa vie en danger par une ulcération de l'artère poplitée. La paralysie n'a persisté dans aucun cas. Il est donc bien permis de recourir à cette opération dans les névralgies invétérées; elle est préférable à la névrotomie, qui peut toujours la compléter si elle échoue. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

110 cas collectés par Gen et Pooley n'ont donné que des résultats favorables, surtout contre les névralgies et la sciatique en particulier. (*Lancet.*)

Névralgies faciales. Distension. Dans 11 cas de névralgies épileptiformes, spasmes cloniques et contracture douloureuse, la distension compte 7 guérisons, 2 améliorations, 2 insuccès. Les guérisons se rapportant presque toujours à des distensions violentes, des écrasements des troncs nerveux, l'étirement simple paraît avoir peu de chances de succès. (*Archiv. de méd.*, juin.) En raison de la difficulté que présente la mise à nu de ce nerf à sa sortie du crâne, ce n'est donc pas un moyen à employer légèrement, quand il ne se justifie pas par la douleur.

Quatre applications de ce mode de traitement en ont été faites, dit le docteur Putnam, et il sait pertinemment que, dans trois cas au moins, il a été éminemment efficace. L'opération consiste à disséquer le nerf douloureux, à le soulever et exercer une traction avec une certaine force. La paralysie en est l'effet immédiat; elle a persisté deux mois chez le malade offert comme exemple et a disparu rapidement, sans que la névralgie ait reparu depuis neuf mois. (*Soc. médicale de Suffolk*, février.)

L'élongation faite contre une névralgie sous-orbitaire, une névralgie épileptiforme et une névralgie sus-orbitaire n'a réussi que dans le premier et le dernier cas. Contre la névralgie épileptiforme, l'anesthésie a disparu deux heures après l'opération. Suivant M. Quinquaud, il faut que des modifications se produisent dans la moelle et dans le nerf pour que l'anesthésie soit persistante. Dans ses recherches, en effet, il n'a presque pas trouvé de lésions dans les nerfs dont l'anesthésie a été passagère; mais, dans les cas d'anesthésie persistante, on trouve la dégénération secondaire, un

grand nombre de tubes nerveux absolument dégénérés et d'autres filets nerveux commençant à se régénérer. (*Soc. de biol.*, 12 mars.)

Une femme de cinquante ans, atteinte depuis cinq ans d'un tic douloureux des plus rebelles, qui dans certains paroxysmes la jetaient dans des crises convulsives épouvantables des muscles de la face, avec perte de sommeil, fut soumise par M. Le Dentu à l'élongation du nerf lingual, en le mettant à découvert dans le sillon gingivo-lingual. Tiré hors de l'incision, il fut allongé de 2 centimètres par des tractions lentes, modérées, graduelles, afin d'éviter tout retentissement direct et mécanique sur les centres d'origine. Les crises disparurent très rapidement, et le sommeil est revenu.

La même opération, pratiquée par M. Polaillon à l'hôpital de la Pitié, chez un cultivateur de soixante et un ans, souffrant cruellement depuis trois ans d'une névralgie de la cinquième paire, eut le même résultat. Elle fut faite le 6 septembre par une incision en L à un centimètre en arrière de la branche montante, permettant d'arriver sur la face externe de cette portion du maxillaire. Une couronne de trépan de 13 millimètres de diamètre fut appliquée au niveau du trou dentaire supérieur; elle comprit la lame externe et le diploé. La lame interne fut enfoncée avec une pince qui servit à en enlever les éclats. On aperçut alors au fond de la plaie un cordon blanc qui n'était autre que le nerf dentaire inférieur. Il fut chargé sur un crochet mousse, puis tiré progressivement jusqu'à le soulever à un centimètre et demi de la surface de la branche montante. Il n'y eut pas de craquements, mais le nerf s'amincit et reprit sa place quand on le laissa retomber. Le malade proféra quelques plaintes au moment de l'élongation. La plaie fut suturée et recouverte d'un pansement antiseptique.

Les jours suivants, plus de douleurs, jusqu'au 10 septembre, où eut lieu une crise d'une heure rappelant celles qui existaient avant l'opération. Cependant les irradiations furent moins vives dans le nerf dentaire inférieur. La crise fut parfaitement calmée par une injection de morphine; ce qui n'avait pas lieu auparavant. Les jours suivants, les crises allèrent s'amointrissant et toujours calmées par les anesthésiques, qui agissaient immédiatement. Le 20 sep-

tembre, quatorze jours après l'opération, le malade, qui ne souffrait plus et se considérait comme guéri, sortit de l'hôpital et était sans récurrence trois mois après ; ce qui permet d'espérer le même résultat de l'opération précédente de M. Le Dentu. (*Soc. de chir.*, novembre.)

A ces beaux succès de l'élongation, on peut en opposer d'autres de la résection même de ces nerfs. Celle du nerf auriculo-temporal a été ainsi pratiquée par M. Le Dentu sur une femme atteinte de névralgie faciale avec accès épileptiformes. Les résultats de l'opération ont été très favorables et se prolongeaient depuis plusieurs mois.

De même de la résection du nerf sous-orbitaire, contre un tic douloureux datant de quatre ans, chez un employé de la Monnaie, de trente-quatre ans, sujet à des migraines et quelques douleurs vagues. M. Terrillon, devant l'insuccès de tous les moyens employés, même de l'aconitine, du bromure de potassium ainsi que du sirop de Gibert, fit la résection du nerf sous-orbitaire, le 9 décembre, de la manière suivante :

Incision transversale légèrement concave en haut, correspondant au bord inférieur de l'orbite, depuis l'extrémité externe jusqu'à un demi-centimètre de l'extrémité interne, afin de ne pas léser l'artère ni la veine angulaire. Du milieu de celle-ci, une autre incision descendit à 2 centimètres $1/2$ sur la joue, un peu en dehors du trou sous-orbitaire, afin de ne pas léser le nerf qui s'y trouve. Il suffit d'une dissection à la partie interne pour le trouver intact et dilacérer ses rameaux externes. Ainsi découverts à sa sortie, il fut assujéti par un fil de soie et lié solidement en totalité.

Dans un deuxième temps, l'aponévrose orbitaire, coupée au niveau du bord inférieur de l'orbite, en fut décollée avec une petite cuiller de métal soulevant et protégeant le globe oculaire. Le canal ainsi découvert fut disséqué au bistouri. L'artère accompagnant le nerf fut ouverte ; il fut néanmoins saisi avec un crochet mousse et sectionné avec des ciseaux. Il suffit de tirer sur la première ligature pour le mettre à nu et en réséquer une longueur de 2 centimètres $1/2$. Des sutures au catgut et un pansement phéniqué achevèrent l'opération. La réunion immédiate fut parfaite et, un an après, il n'y avait pas encore de récurrence. (*Bull. de therap.*)

Vibrations mécaniques. C'est en frappant le nerf à coups redoublés avec le marteau de Bennett que le docteur Mortimer Granville a essayé de traiter la névralgie trifaciale, en se fondant sur ce que l'action normale et anormale du nerf est due à une vibration qu'il suffit de lui rendre mécaniquement en cas de douleur pour obtenir la guérison. Le succès de cette expérience ayant dépassé son attente, il fut conduit à construire un instrument qu'il appelle le percuteur, destiné à frapper de vingt à soixante fois par seconde le nerf douloureux. Cet instrument a été essayé à Londres, dans les services de MM. Sydney Ringer et Gowers, et à Paris, service du docteur Ball, à l'hôpital Laënnec. M. le professeur Brown-Sequard avait également été témoin de ces expériences, qui datent des premiers jours de l'année 1877.

Le percuteur arrête incontestablement certaines névralgies, mais d'une manière habituelle on les voit reparaitre après un temps de repos plus ou moins long. Les imperfections que présente cet instrument au point de vue pratique pourraient sans doute être corrigées, à l'aide d'une construction meilleure; mais il est fort intéressant, au point de vue physiologique, de constater qu'une névralgie peut être combattue avec succès par un procédé purement mécanique. A l'état normal, le percuteur tend à produire l'anesthésie, sur les points auxquels il est appliqué. (*Progrès médical*, février, et *Lancet*, n° 7.)

Sulfate de cuivre ammoniacal. Huit nouvelles observations, presque toutes recueillies dans les hôpitaux de Paris par des médecins étrangers, sont rapportées par M. Féréol en faveur de l'action curative de ce médicament contre les névralgies rebelles. (Voy. *année 1879*.) C'est donc un total de 15 succès à son avoir. Il y a sans doute des échecs nombreux et, parfois même, après avoir réussi une première fois, il échoue chez le même malade en cas de récurrence. C'est donc un médicament infidèle comme tous ses succédanés; et il a été impossible jusqu'à présent de saisir l'indication qui peut en préciser à l'avance l'effet heureux ou l'insuccès.

Néanmoins, en face de ces cas heureux, il est permis de ne pas y renoncer, et l'on peut dire, avec M. Foussagrives, que c'est une ressource qui n'est pas à dédaigner dans une

affection aussi terrible et aussi tenace que la névralgie épileptiforme.

L'administration de ce médicament doit être modifiée, car la potion employée a le grand inconvénient d'avoir un goût fort désagréable ; certains malades y répugnent absolument. Le mauvais goût ajoute à son action nauséuse ; elle cause même une sorte d'anesthésie du sens du goût, qui rend parfois l'alimentation difficile. Il semble au malade que tout ce qu'il avale sent le cuivre ; en outre, la langue reste saburrale et chargée d'un enduit blanchâtre épais. Ce sont là des inconvénients réels.

Voici la formule nouvelle :

℞ Sulfate de cuivre ammoniacal en poudre... 2 centigrammes.
Sous-nitrate de bismuth..... 25 —

Pour un cachet Limousin. F. S. A. dix cachets semblables.

Prendre cinq de ces cachets par jour, deux au courant de chacun des deux principaux repas, dans un peu d'eau, le cinquième entre les deux repas de même ; et avaler une petite tasse de lait par-dessus. (*Soc. de thérap. et Bull. général de thérap.*)

Tout le secret de ces succès, suivant le docteur Bureq, serait dans l'idiosyncrasie du malade pour la *sensibilité cuivre*, et ce n'est qu'en recherchant, à l'aide des procédés métalloscopiques aujourd'hui connus, quel est le métal qui ramène la sensibilité, augmente les forces musculaires et active la circulation capillaire, etc., qu'on peut le donner à coup sûr. C'est à défaut de ne pas avoir fait cet essai que, après avoir réussi, il échoue chez le même malade devenu bi-métallique et que le cuivre n'en est que la sous-caractéristique. Le sulfate de cuivre ne peut donc réussir que si le malade y est sensible et lorsque la névralgie est une névrose à retentissement dans tout l'organisme, comme dans l'hystérie, se manifestant par une anesthésie ou une amyosthénie proportionnelle, si ce n'est par les deux à la fois, ce qui est le cas le plus commun, et par des troubles vaso-moteurs.

Napelline. Succédané de l'aconitine, trouvé par M. Duquesnel dans les eaux-mères provenant de la préparation de l'aconitine cristallisée. Ce produit se comporte comme une

base; seulement il n'est pas cristallisable comme son congénère, et ses propriétés physiologiques présentent un certain intérêt.

La napelline produit fondamentalement les mêmes effets que l'aconitine, mais à des doses incomparablement plus élevées; elle pourra donc être substituée avec avantage à cet alcaloïde, si peu maniable que beaucoup de médecins hésitent à en faire usage. Ainsi, tandis que l'aconitine, à la dose d'un demi-milligramme, sur un chien, détermine des phénomènes toxiques très marqués: abattement, ataxie, vomissements atrocement douloureux, phénomènes bientôt suivis de la mort, la napelline, chez le même animal, à la dose de 3 à 4 centigrammes, produit à peine quelques effets physiologiques. Un des effets, qui n'appartient pas à l'aconitine, consiste en un sommeil calme, réparateur, ressemblant en tous points à celui que provoque l'administration de la narcéine. Aussi ce nouveau médicament, qui semble réunir les propriétés soporifiques de la narcéine et insensibilisantes de l'aconitine, pourra être employé dans un grand nombre d'affections douloureuses qui s'accompagnent d'insomnie.

La grande solubilité de ce produit rend son absorption facile et permet de l'employer en injections sous-cutanées. Un névropathe atteint de névralgies erratiques et de perte de sommeil, à qui M. Laborde avait conseillé la napelline à la dose de 3 centigrammes, en a retiré un grand avantage, après avoir épuisé sans résultat toute la série des narcotiques ordinairement employés. Enfin, M. Dumontpallier, qui expérimente la napelline dans son service, a provoqué, par son emploi, de l'amélioration dans trois cas de névralgie faciale, sciatique et intercostale. (*Soc. de biol.*, octobre.)

Névralgie des testicules. *Compression du cordon.* Deux observations en sont relatées par le docteur W. Hammond dans ses *Neurological contributions*. Elle durait depuis quinze mois dans le premier cas, à la suite d'excès vénériens. Une douleur profonde, lancinante, des testicules, s'étendait par le cordon jusqu'à l'anneau abdominal. Durant les accès, le crémaster se contractait énergiquement en augmentant les souffrances. C'était pour le malade une cause réelle d'impuissance.

Divers moyens employés successivement restèrent sans résultat, et ce n'est que par la compression du cordon entre deux attelles en bois serrées avec une bande en caoutchouc que les élancements disparurent. Une pince fut fabriquée spécialement à cet effet chez le second malade, qui en fut également guéri. (*Boston med. and surg. journal*, mars.)

Névralgies congestionnelles. Elles se manifestent sur divers organes, la gorge, le pharynx, l'utérus, d'après le docteur Huchard. Des inflammations, des congestions locales, en sont l'origine, auxquelles elles succèdent en entretenant des reliquats. Elles simulent ainsi la persistance de ces phlegmasies, et l'on attribue faussement la douleur à ces phlegmasies préexistantes que l'on continue à traiter directement, topiquement, alors que les phénomènes objectifs sont insuffisants à en rendre compte. Ce sont donc presque des névralgies latentes ou larvées, qui se dissimulent sous un semblant de congestion ou d'irritation locale. En voici quelques exemples, observés à l'hôpital Tenon :

Une femme de trente-quatre ans était atteinte de métrorrhagie depuis une dizaine de jours, entretenue par une métrite et une para-métrite ancienne. L'écoulement du sang ayant résisté en ville à diverses médications et l'emploi de l'ergotine en particulier, cette femme vint à l'hôpital, où l'on constate un léger empâtement péri-utérin, trace de l'ancienne para-métrite, sans rapport plausible avec des douleurs très vives. On les explique alors par une névralgie lombo-abdominale, provoquée par la phlegmasie utérine et l'entretenant ainsi que l'hémorrhagie, de même que l'œil rougit lors des paroxysmes douloureux de la névralgie faciale. M. Marrotte a démontré, par des observations, que des congestions utérines, des hémorrhagies et même des hématocèles pouvaient être provoquées et entretenues par cette névralgie.

En vertu de l'aphorisme que la nature des maladies est éclairée par leur traitement, une médication anti-névralgique fut substituée au traitement hémostatique, d'autant plus que le seigle ergoté, d'après M. Guéneau de Mussy, provoque des douleurs et même des névralgies utérines dans les métrorrhagies. Des vésicatoires morphinés furent appliqués sur les points douloureux avec lavements laudanisés,

injections hypodermiques de morphine et sulfate de quinine à l'intérieur. Cinq jours après, la malade était débarrassée de ses douleurs d'abord et de l'écoulement du sang ensuite. L'ergotine n'est donc pas un spécifique de la métrorrhagie.

Une autre femme, se plaignant de vives douleurs de gorge, présentait une rougeur et une tuméfaction à peine marquées. Elle était atteinte de fièvre catarrhale, avec symptômes d'embarras gastrique et une névralgie trifaciale. Ces douleurs, propagées au pharynx, entretenaient la congestion de l'isthme du gosier, dont la légèreté n'expliquait nullement l'intensité des douleurs. Aussi ont-elles persisté, malgré la disparition de la rougeur et de l'inflammation. Il ne s'agit donc pas d'une angine inflammatoire en pareil cas, mais d'une angine névralgique ou pseudo-angine sous la dépendance de la névralgie. (Voy. *année 1874.*)

Ces névralgies du gosier se rencontrent surtout dans la grippe et se distinguent de l'angine simple par le désaccord entre l'intensité de la douleur et la légèreté de l'hyperémie et du gonflement local, la première précédant ordinairement celle-ci et lui survivant. Cette douleur est caractéristique. Loin d'être continue, elle diminue le matin et s'exaspère par élancements le soir ou la nuit en dehors de la déglutition. Ces accès peuvent même s'accompagner de strangulation ou spasmes pharyngés. Des irradiations douloureuses se manifestent fréquemment dans la région temporo-maxillaire et dans les oreilles, le cou, les yeux, sous forme de douleurs très vives, beaucoup plus que dans l'inflammation simple. L'angine herpétique, avec une seule vésicule d'herpès, se rencontre ainsi avec des douleurs intolérables, qui ne peuvent être attribuées qu'à l'élément névralgique.

L'inefficacité même du traitement par les gargarismes émollients et les antiphlogistiques peut éclairer le diagnostic, tandis que le sulfate de quinine administré le matin et des attouchements calmants font merveille. Voici le collutoire employé dans ces cas :

Glycérine.....	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	10 centigrammes.

en badigeonnages avec un pinceau.

Ce caractère névralgique de certaines angines est confirmé par le docteur Rousseau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mars.)

Ces névralgies se dissimulent de même dans certaines conjonctivites catarrhales, rebelles aux collyres. Un malade était ainsi atteint de conjonctivite catarrhale intense avec angine légère et embarras gastrique que ni collyres, purgatifs et révulsifs n'avaient nullement amélioré après huit jours de traitement. Il suffit d'administrer 80 centigrammes de sulfate de quinine avec 4 centigrammes d'extrait d'aconit en pilules par jour pour faire cesser les douleurs orbitaires et l'hyperémie conjonctivale en quatre jours. L'épreuve est donc décisive pour démontrer la nature névralgique et intermittente de ces affections. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

0

OOPHORECTOMIE. C'est l'ovariotomie normale ou opération de Battey, c'est-à-dire la castration de la femme par l'ablation des ovaires. Ce nouveau nom, introduit par Peaslee, lui est donné par le docteur Savage, à propos d'une série heureuse de 25 succès consécutifs, qu'il aurait obtenus de janvier 1878 jusqu'en 1881. Les deux ovaires furent excisés dans 24 de ces cas, des adhérences indestructibles l'ayant seul retenu dans le 25^e. Des douleurs ovariques, la dysménorrhée, l'absence de vagin ou un utérus incomplet, le prolapsus des ovaires et l'hystéro-épilepsie en furent les principales causes. Dans 19 cas, les ovaires étaient altérés, et sains seulement dans les 6 autres; leur poids variait de 30 grains à 310.

Mais, à côté de ces succès, l'auteur avoue avoir fait une incision exploratrice dans plusieurs autres cas. Quelle que soit la cause qui l'ait arrêté, il était indispensable de faire figurer ces cas dans cette statistique pour lui donner quelque valeur. (*Birmingham med. Review*.)

Une autre chirurgien de Birmingham, M. Lawson Tait, est allé plus loin. Fondé sur ce fait que l'ablation des ovaires n'arrête pas définitivement la menstruation, il pose en

principe que tous les appendices utérins doivent être enlevés pour arrêter sûrement les hémorrhagies utérines. Il pratique à cet effet la section abdominale, comme pour l'ovariotomie, et excise les trompes et les ovaires. 31 cas sont relatés par lui de cette mutilation, dont 4 seulement furent suivis de mort. Un tableau synoptique en justifie. D'où il conclut que cette opération est seule capable d'arrêter les hémorrhagies incoercibles de l'utérus. Les trompes étant souvent comprises dans le clamp ou la ligature des ovaires, elle peut même contribuer à la guérison de volumineux cystomes, ainsi qu'à l'atrophie des myomes utérins, comme 3 cas au moins en déposent. C'est donc là une nouvelle opération digne d'une étude plus complète pour la gynécologie de l'avenir.

De là des objections faites par les accoucheurs à cette grave innovation. Le docteur Graily Hewitt a notamment protesté contre cette interprétation, car deux de ses malades, dont les hémorrhagies dépendaient d'une flexion de l'utérus, sont comprises dans le tableau des opérées. Le docteur Hickinbotham est plus sévère en disant que tous les moyens mécaniques n'ont pas été préalablement employés. Il doute de l'efficacité de l'opération, mais il croit que dans certains cas d'hémorrhagie persistante menaçant la vie, après l'emploi de tous les moyens, cette mutilation promet une guérison certaine. L'auteur répond que c'est là une opération d'hôpital et que, la plupart des cas ayant été opérés publiquement, ils peuvent être vérifiés. Les femmes n'en perdent nullement leur sexe. C'est l'ovariotomie étendue, car celle-ci finit où l'autre commence. Un seul cas d'hémorrhagie grave en est résulté, et les adhérences n'en augmentent nullement le danger. (*Royal med. and. chir. Soc.*, 24 mai.)

La statistique apportée par le docteur Battey comprend 90 opérations complètes ayant donné 68 guérisons, 15 améliorations et 7 insuccès; tandis que, sur 18 opérations incomplètes, il n'y eut que 3 guérisons, 7 améliorations et 8 insuccès. Ces résultats ne sont ordinairement appréciables que plusieurs mois après l'opération. Une année, quelquefois plus, a été nécessaire pour permettre à la ménopause de s'établir complètement. (*Congrès intern. de Londres.*)

Dans un cas de dysménorrhée ovarienne chez une do-

mestique de trente-trois ans, n'ayant été réglée que de seize à dix-sept ans pendant une année, en souffrant constamment depuis, au point d'être deux années sans pouvoir travailler, M. Spanton, après l'avoir observée et traitée à l'infirmerie du 23 janvier au 18 juin dernier, l'opéra de la manière suivante. Une incision de deux pouces et demi de long, faite sur la ligne blanche sous le nuage phéniqué, permit de diviser le péritoine en évitant l'écoulement du sang. L'ovaire gauche fut perçu et amené au dehors sans difficulté et excisé après une double ligature au catgut. L'ovaire droit, plus volumineux avec un kyste gros comme une bille et rempli de sang noir qui se rompit pendant l'opération, fut excisé avec la trompe de Fallope par transfixion. La toilette faite, la plaie fut fermée par des sutures superficielles et profondes avec des fils de soie et recouverte d'une gaze phéniquée avec un bandage de flanelle. L'ovaire gauche pesait 143 grains et contenait plusieurs petits kystes, tandis que le droit avec la trompe en pesait 205.

Aucune complication grave ne suivit cette excision. Dès le 25, l'opérée pouvait se nourrir et fonctionner librement. Le bandage fut levé le dixième jour pour la première fois, et la plaie était réunie par première intention; les sutures furent enlevées, et, le 2 juillet, cette femme quittait l'infirmerie. Il n'y avait pas ici à attendre la suppression des règles, absentes depuis longues années. (*Lancet*, 29 octobre.)

OPÉRATION CÉSARIENNE. On a à peine tenté de la remplacer par l'hystérectomie ou opération de Porro, que, malgré ses résultats déplorable depuis qu'on la pratique, il se produit déjà des revendications en sa faveur. On compte et l'on recompte les statistiques anciennes en remontant jusqu'à 1750, c'est-à-dire dans l'obscurité des temps, pour en tirer une moyenne qui fasse contre-poids aux récents succès de l'opération de Porro, comme s'il y avait la moindre comparaison à établir entre le nombre et la qualité des cas de ces deux opérations.

C'est en Allemagne surtout que les accoucheurs ont tenté cette croisade en faveur de cette ancienne opération, en la préconisant contre la plus déplorable pratique. Une

femme enceinte succombe à une affection aiguë, et, la dilatation du col de l'utérus permettant d'introduire deux doigts, on tente aussitôt l'accouchement forcé; mais des efforts considérables sont nécessaires. L'enfant naît en état de mort apparente après une demi-heure et succombe bientôt. A l'autopsie de la mère, on trouve une déchirure de 16 centimètres de long, et Wenn argue aussitôt de ce fait que l'opération césarienne eût été bien préférable en sauvant au moins l'enfant. Nul doute que c'était le cas de la pratiquer, comme il est de règle générale.

Au contraire, une rupture de l'utérus a lieu pendant l'accouchement, et on la constate aussitôt par la présence des intestins dans l'utérus même. On fait l'extirpation, et parce que la femme, âgée de vingt-sept ans, succombe ensuite, on juge qu'il eût mieux valu recourir au drainage de l'utérus, selon la méthode de Hecker. Voy. ACCOUCHEMENTS.

Dans un cas de tumeurs fibreuses du col, l'accouchement ne pouvant se faire, on recourt à l'opération césarienne selon l'ancienne méthode, en appliquant cinq sutures sur l'utérus. La femme guérit, et les tumeurs même diminuent. On crie victoire, et de ce que, dans un fait semblable, M. Tarnier a pratiqué l'opération de Porro avec une issue funeste, on la met aussitôt au-dessous de la première.

Et dès lors on met en avant la proposition de plusieurs modifications opératoires à expérimenter. C'est d'abord la ponction de l'utérus, pratiquée par Hecker dans un cas d'hystérectomie pour fixer exactement l'insertion placentaire afin de ne pas la rencontrer sous le couteau. Et de ce que ce procédé a réussi une fois, on en conclut que tous les plus grands dangers de l'opération césarienne disparaîtraient si l'on agissait ainsi.

Pour Sanger, il suffirait d'appliquer la méthode antiseptique à l'opération césarienne pour qu'elle réussisse comme celle de Porro. La vieille section césarienne est à améliorer, dit-il, non à supprimer; elle reste la seule pratique dans les cas de fibromes du col.

Suivant Cohnstein, l'emploi sévère de la méthode antiseptique dans l'opération de Porro a seul donné de meilleurs résultats que dans l'ancienne. Dès que celle-ci ne donnera pas plus d'insuccès que la première, elle doit être préférée,

car, l'utérus n'étant pas enlevé, des grossesses ultérieures sont possibles; sans tenir compte que, le plus souvent, l'hystérectomie n'est faite que pour les prévenir. Il propose donc de ne la pratiquer qu'en attirant la matrice au dehors avant toute incision, suivant la méthode de Muller: ce qui permet de comprimer facilement l'aorte pour conjurer l'hémorrhagie pendant l'incision.

Cette incision doit être faite sur la face postérieure de l'utérus, parce que les fibres musculaires y sont en plus grande abondance qu'en avant. Les contractions les plus fortes y régnant, les bords de la plaie se réuniraient plus facilement, et l'antéversion normale de l'organe préviendrait la compression des vaisseaux.

Enfin, il faut drainer le repli de Douglas, qui, en permettant l'écoulement facile de toutes les matières suppurées de l'incision postérieure de l'utérus, préviendrait plus sûrement la péritonite et la septicémie.

Tels sont les arguments dont les gynécologues allemands se servent pour discréditer la nouvelle opération au profit de l'ancienne. Il suffit de les énoncer pour en montrer la valeur toute négative. Il ne s'agit en effet que de chiffres incontrôlables et incomparables. Opposer les 1695 opérées de l'ancienne opération césarienne, qui, suivant Mayer, auraient donné seulement une mortalité de 64 0/0, aux 70 à 80 cas tout récents de l'opération de Porro, dont la mortalité serait de 58 0/0, c'est se donner la vaine satisfaction d'étaler des chiffres sans preuves ni profit. Les deux opérations ne sont pas comparables et ne peuvent même se remplacer. Elles ont des indications spéciales. Prévoir que de nouveaux procédés opératoires rendront les résultats de l'opération césarienne meilleurs n'en est pas la démonstration, et, tant que leur réalisation ne le prouvera pas, on en est réduit à dire que c'est la plus déplorable opération de la chirurgie moderne.

Opération de Porro. Voy. HYSTÉRECTOMIE.

Opération d'Emmet. Voy. TRACHÉLORRAPHIE.

OPHTHALMIES. *Ophthalmie des nouveau-nés. Prophylaxie.* Des bactéries ayant été rencontrées par divers observateurs dans la sécrétion purulente des yeux des nouveau-nés

et d'autres inflammations de la conjonctive, on en a cherché la source dans le mucus vaginal qui baigne la face de l'enfant au moment de la naissance. Haussmann ayant démontré la présence habituelle de ces bactéries dans le mucus vaginal, il y a plus de dix ans, on se demande si la présentation et la durée du travail n'ont pas une influence sur la conjonctive du fœtus et si, en le contaminant alors, il n'en résulte pas directement l'ophtalmie des nouveau-nés. De là la règle pour certains accoucheurs des lotions ou injections phéniquées du vagin chez les femmes présentant de la gonorrhée ou un catarrhe chronique. Les présentations de la face ont un plus grand danger à cet égard que toute autre par les manipulations des sages-femmes dans le travail prolongé. L'inflammation de la conjonctive apparaissant immédiatement après la naissance paraît surtout devoir être attribuée à cette présentation. D'où la nécessité de laver la face de l'enfant aussitôt qu'il est né avec une solution faible d'acide phénique, en lotionnant soigneusement les paupières avant qu'il ouvre les yeux.

A la Maternité de Leipsick, Crédé fait pratiquer des injections vaginales toutes les demi-heures durant le travail, pour empêcher l'inflammation oculaire des enfants. Mais, tout en diminuant le nombre des nouveau-nés atteints, cette méthode a été abandonnée et remplacée en lavant les yeux dès la naissance et en instillant entre les paupières une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. On les recouvre ensuite pendant vingt-quatre heures de compresses imbibées d'une solution d'acide salicylique à 2 0/0. D'abord employé chez les enfants de mères malades, ce traitement topique a été étendu à tous les cas avec le résultat suivant. 200 nouveau-nés, pendant six mois, ainsi traités, n'ont pas présenté un seul cas d'ophtalmie purulente; un seul a eu une légère conjonctivite dans un œil qui n'avait pas reçu la goutte du collyre. Ce résultat sur un si grand nombre ne peut être attribué au hasard et montre l'importance de cette pratique. (*Archiv für gynæk.*)

Depuis deux années, Olshausen, à Halle, emploie cette prophylaxie. Durant les quinze premiers mois, les yeux des enfants étaient lavés avec une solution d'acide phénique à 1 pour 100, et l'ophtalmie purulente fut réduite de 12,5 0/0 à 8,8. Durant les neuf mois qui suivirent, les pau-

pières furent lavées avec cette solution aussitôt la sortie de la tête et l'ophtalmie tomba alors à 3,6 0/0. Les cas en sont beaucoup plus bénins, et il n'y a plus d'exemples d'ulcérations de la cornée. (*Centralbl. für gynæk.*, n° 9.) Voy. PRIX.

Ophtalmies rhumatismales. Dans ses *Leçons de clinique ophtalmologique*, recueillies par le docteur Parinaud, le docteur Abadie traite particulièrement de l'emploi du salicylate de soude dans un grand nombre d'affections de l'œil ayant une étiologie et une symptomatologie rhumatismales.

C'est surtout dans l'iritis rhumatismale qu'il a obtenu les meilleurs résultats chez des malades traités depuis longtemps, dont l'iris était déformé et dont l'acuité visuelle baissait rapidement. Il a également réussi dans la sclérotite légère, mais tenace, et dans la sclérotite grave.

Dans ces manifestations de rhumatisme chronique, il n'est pas nécessaire d'administrer des doses très élevées. M. Abadie commence par donner 2 grammes par jour; puis, si ce médicament est bien supporté, il élève successivement la dose jusqu'à 4 ou 5 grammes. Il est rarement nécessaire de dépasser cette limite. D'ordinaire, si le salicylate de soude doit agir d'une manière favorable, il ne provoque aucun symptôme sensible, tandis qu'il ne faut guère compter sur son action s'il détermine de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité et des troubles dans les fonctions digestives. Dans les manifestations rhumatismales chroniques, le traitement étant toujours fort long et l'usage du salicylate de soude devant être parfois continué pendant des mois entiers, il est bon de laisser le malade se reposer de temps à autre pendant une huitaine de jours environ.

OPHTHALMOLOGIE. De l'examen des yeux de 200 filles sourdes-muettes réunies à l'institution nationale de Bordeaux, dont 14 seulement sont issues de mariages consanguins, le docteur Badal, oculiste de l'institution, a constaté des lésions oculaires et des défectuosités de la vue chez les deux cinquièmes environ. 75 ont ainsi une vue défectueuse, dont 50 des deux yeux, soit le quart.

Sauf de très rares exceptions, il s'agit d'affections anciennes congénitales ou datant de la première enfance ; un grand nombre ayant une origine commune avec la surdité. Ce sont des infirmités, des tares organiques, plutôt que des maladies. Tels sont 15 cas de myopie et autant de strabisme. Les lésions de la rétine et du nerf optique sont les plus fréquentes, comme 24 cas d'hypermétropie avec ou sans astigmatisme et 17 de névrite et atrophie en témoignent, avec 7 cas de rétinite pigmentaire dont 3 avec consanguinité.

Cette extrême fréquence des affections profondes chez les sourds-muets trouve son explication naturelle dans les rapports si intimes qui unissent l'œil aux centres nerveux. Il n'est donc pas surprenant que les maladies de la substance cérébrale ou de ses enveloppes, les méningites en particulier, si fréquentes chez les sourds-muets, aient leur retentissement sur l'appareil de la vision.

Quant aux lésions vulgaires qui s'observent chez tout le monde, elles sont relativement rares. Ainsi 7 cas de taies de la cornée, 3 blépharites chroniques, 3 cataractes, suite d'ophtalmies anciennes, sans un seul cas de cataracte congénitale. Sur un total de 103 cas de lésions oculaires, il est surtout remarquable que la conjonctivite granuleuse, qui est par excellence l'ophtalmie de la scrofule et de la misère, n'existe pas dans l'institution, alors qu'elle se rencontre dans la proportion de 10 à 11 0/0 dans la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André. Cette absence est d'autant plus significative qu'un grand nombre de ces sourdes-muettes ont souffert de privations pendant leur enfance et que beaucoup ont des antécédents héréditaires mauvais et une constitution qui laisse à désirer. Les conditions hygiéniques de l'institution et des soins éclairés peuvent donc prévenir les ophtalmies aiguës et endémiques. (*Ann. des maladies de l'oreille*, septembre.)

Alcaloïdes mydriatiques. Il est toujours imprudent et dangereux d'adopter et de se servir en thérapeutique de nouvelles substances, incomplètement étudiées et mal définies, lorsqu'elles ont des similaires anciens, bien connus, dont les propriétés stables sont parfaitement établies. Ce danger est d'autant plus redoutable qu'il s'agit de substances ac-

tives toxiques, se prêtant à des substitutions inconsciente ou volontaires, comme la daturine et l'hyosciamine, mises récemment en parallèle et en concurrence avec l'atropine. C'est par ces considérations très judicieuses, suivies de savantes recherches pharmacologiques, que le professeur J. Regnaud conseille aux praticiens de recourir uniquement à l'atropine pour les besoins de la thérapeutique générale et ophtalmologique, sans jamais prescrire la daturine, qui est de l'atropine extraite à grands frais du stramonium, ni l'hyosciamine, dont le nom est souvent appliqué à l'atropine impure. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Action locale des myotiques et des mydriatiques. L'effet des substances agissant sur l'iris soit par contraction, soit par dilatation pupillaire, diffère essentiellement, selon les recherches expérimentales de MM. Fitz-Gérald et Laborde, selon que ces substances sont introduites par absorption physiologique générale ou par application locale.

Parmi les substances myotiques qui ont pour effet de rétrécir la pupille, il en est, comme la *morphine* et l'*ésérine*, qui produisent ce rétrécissement par une influence réelle sur le nerf moteur oculaire commun, et par une excitation fonctionnelle, soit de ses fibres conductrices, soit des cellules de son noyau d'origine.

D'autres, comme la *pilocarpine*, paraissent exercer une action paralysante simultanée sur le sympathique et sur la troisième paire, de manière à permettre une prédominance ultime (contracture) du sphincter pupillaire.

L'action fonctionnelle de la branche ophtalmique de la cinquième paire semble jouer un rôle actif dans la production, par *mécanisme réflexe*, du myosis ou de la mydriase, à la suite de l'application locale des substances qui provoquent l'un ou l'autre de ces effets.

L'action mydriatique de l'atropine paraît être l'effet d'une paralysie fonctionnelle de la troisième paire.

L'action périphérique ou locale desdites substances s'exerce directement sur la propriété contractile de la fibre lisse du muscle irien, et peut-être simultanément sur les cellules ganglionnaires intra-iriennes. (*Tribune médicale.*)

OSTÉOMYÉLITE TRAUMATIQUE. Une femme de quarante-trois ans, d'une bonne santé habituelle et sans tare organique, héréditaire ou acquise, scrofule ni syphilis, reçoit un coup violent sur la crête du tibia gauche. Un abcès local en résulte, et, six semaines après, des douleurs se déclarent dans toute la jambe. Elle entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, où le docteur Heurtaud ne trouve ni rougeur, ni gonflement, ni fluctuation au siège même des douleurs de plus en plus vives et s'exaspérant pendant la nuit. Une couronne de trépan est dès lors appliquée, le 13 novembre, sur l'extrémité inférieure du tibia. Il ne se trouva pas de pus sous le périoste ; mais l'os était rugueux, et sa trépanation donna du pus phlegmoneux. Néanmoins, les douleurs persistèrent au dessus, et une nouvelle couronne de trépan appliquée à la partie supérieure de l'os donna une abondante quantité de pus, dont il était infiltré jusque dans les couches superficielles. Après l'élimination de quelques esquilles, la guérison fut complète. (*Soc. de chirurgie*, avril.)

Ostéo-myélite spontanée. Résultats. Trois cas remarquables en ont été soumis à la *New-York surgical Society*, le 25 octobre dernier par le docteur Lange, pour montrer les bons effets du traitement suivi. Déclarée spontanément à la partie interne et postérieure du tibia gauche chez un garçon de dix ans, elle envahissait tout le membre au dixième jour, lors de la consultation. Deux onces de pus furent aspirés immédiatement et la cavité lavée avec des injections répétées d'eau phéniquée à 2 1/2 pour 100. Le membre, placé ensuite dans l'élévation, fut couvert de glace et une rapide amélioration locale et générale en résulta. L'usage interne du salicylate de soude fit tomber la fièvre et les douleurs. Pas d'infiltration purulente. Au troisième mois, la peau s'ouvrit pour donner issue à des bourgeons charnus avec écoulement séreux plutôt que purulent. La nécrotomie fut pratiquée le quatrième mois pour le détachement d'un séquestre. La cicatrisation était complète, deux mois après, avec des pansements rares, et l'usage du membre montre la solidité de l'os.

Une fille de dix-huit ans est aussi présentée comme ayant été soumise à la Société, deux ans auparavant, avec une ostéomyélite de l'épaule droite. La tête de l'humérus fut excisée et l'élongation du canal médullaire s'étendait presque jus-

qu'à la ligne épiphysaire rempli par un petit abcès enkysté, entouré de tissu fibreux dense, avec deux larges trajets fistuleux dans la partie supérieure. Le cartilage épiphysaire était presque entièrement disparu, sauf quelques petits îlots comme une tête d'épingle. Une ostéite raréfiante occupait toute la tête excisée. Malgré ces altérations, cette fille peut remplir tous les travaux du ménage et use de son bras pour manger et se laver la figure. Les mouvements en arrière et en avant sont libres et vigoureux.

Le dernier cas est l'exemple le plus éclatant des efforts médicateurs de la nature dans cette maladie. C'est un homme de quarante ans, qui, à l'âge de dix ans, fut pris, sous l'influence du froid et de l'humidité, de violentes douleurs dans la hanche gauche, puis les genoux, après une grave et longue maladie. Des opérations furent pratiquées sur le tibia et l'humérus gauche, et après un séjour de trois mois aux bains de Wiesbaden, il ne pouvait marcher qu'avec des béquilles. La suppuration atteignit plusieurs os du squelette dans les années suivantes qui entraînèrent des résections multiples dont les cicatrices sont évidentes sur diverses parties du corps. La hanche gauche est ankylosée et le tibia est raccourci de plusieurs centimètres. L'humérus gauche a 8 centimètres de moins que le droit avec difformité et mouvements limités de l'épaule. De larges et profondes cicatrices sur la clavicule et l'iléum gauches, le scapulum, le fémur, le péroné, plusieurs côtes du côté droit, sont des stigmates irréfragables de suppuration de ces os et cependant cet homme est maintenant bien portant, gros et fort. (*Boston. med. and surg. journ.* 8 décembre). Voy. SYPHILIS INFANTILE.

OTITES. Otite scléreuse. Affection de la caisse du tympan dont les lésions sont des plus variables dans leur forme et leur mode de développement, leur marche et leur curabilité. Son allure est des plus insidieuses. Elle a déjà commencé depuis longtemps à se développer, lorsque le malade s'aperçoit qu'il n'entend plus distinctement d'une oreille ; certains mots lui échappent, et, dans la crainte d'une surprise désagréable, on le voit prêter une attention forcée contrastant avec ses habitudes antérieures. On constate alors des lésions profondes et anciennes, contre lesquelles la thérapeutique possède peu de ressources.

Ces lésions se rapportent à deux formes principales. La première est constituée par des pseudo-membranes plus ou moins épaisses, s'étendant comme des travées de la membrane tympanique aux diverses parties de la caisse et englobant les osselets dans une gangue de tissu conjonctif qui les immobilise. Des adhérences s'établissent et provoquent ainsi la rétraction des parties molles. C'est l'otite exsudative ou plastique.

L'exsudat plastique est plus limité et semble même faire défaut dans la seconde forme ou otite sèche. Des productions osseuses ou hyperostoses, des dépôts crétacés le remplacent et, en soudant les osselets entre eux, produisent leur ankylose.

Isolées ou combinées, ces lésions amènent la surdité, dont les traits particuliers sont d'être constante, progressive, résistante, rebelle aux agents thérapeutiques et à l'insufflation d'air même. Au contraire, elle est heureusement modifiée par l'ébranlement imprimé aux osselets, car les malades entendent mieux au milieu du bruit et pendant qu'ils voyagent en voiture ou en chemin de fer. Les bourdonnements et les sifflements sont si fréquents qu'ils font partie intégrante des symptômes.

La gravité de cette sclérose et sa marche progressive et fatale pour l'audition a fait tenter diverses opérations pour y remédier. Leur extrême délicatesse en a fait varier les procédés par chaque opérateur, et c'est pourquoi le professeur Paquet, de Lille, en a soumis un nouveau au Congrès international de Londres. Employée avec succès dans 3 cas qu'il relate, cette myringodectomie est une combinaison du procédé de Weber Liel pour la section du tendon réfléchi du muscle tenseur du tympan et de celui de l'incision, avec ou sans excision de la membrane, de Wreden et de Miot. Voici ce procédé :

Avec un petit bistouri à manche coudé dont la lame, large de 4 millimètres et de 2 d'épaisseur, est recourbée en faucille, une ponction est faite à un millimètre et demi au devant du marteau, en divisant obliquement la membrane en bas et en arrière en se terminant à moitié du centre et de la périphérie. Cette incision du tympan divise en même temps le tendon réfléchi du muscle tenseur ou le ligament de Toynbee. Une seconde incision est faite ensuite dans le seg-

ment postérieur, à 2 millimètres du manubrium et parallèlement à lui, en passant en avant pour rejoindre l'extrémité inférieure de la première. En facilitant la résection du manche du marteau, il donne une perte de substance considérable qui rend la perforation plus durable que tout autre procédé. (*Ann. des malad. de l'oreille*, septembre.)

Surdité des employés de chemin de fer. Cette découverte, toute récente, paraît due au professeur Moos, qui l'a communiquée au Congrès d'otologie de Milan l'année dernière, en se fondant sur dix cas de troubles évidents et assez prononcés de l'ouïe chez des mécaniciens et autres employés. Quatre mécaniciens, présentant tous les symptômes de la forme scléreuse de l'otite moyenne, étaient surtout donnés comme types de cette affection, dont voici l'exemple le plus saillant :

Un mécanicien de quarante-sept ans, que son service obligeait à passer fréquemment sous les tunnels, avait observé que son ouïe s'altérait notablement depuis vingt mois, ce qu'il attribuait aux fréquents refroidissements occasionnés par de violents courants d'air et accompagnés de douleurs, de bruits variés et de surdité dans les deux oreilles. Ces bruits et cette dureté de l'ouïe étaient toujours augmentés après une journée de travail.

L'examen montra l'absence du triangle brillant sur la membrane du tympan du côté droit, avec une couche muqueuse opaque et un point d'atrophie au niveau du manche du marteau. Mêmes phénomènes moins marqués à gauche.

La sensibilité acoustique des os était encore appréciable des deux côtés; mais les voix n'étaient plus perçues par le conduit naturel, l'air ne transmettait plus le son. L'audition était aussi abolie pour le diapason dans les notes élevées, en se conservant pour les notes basses. La voix s'entendait à un mètre de distance.

Cet homme avait été ainsi la cause d'une collision entre deux trains ayant entraîné de grands dommages. D'où la raison de l'enquête faite sur son compte.

La connaissance de ce danger public ne tarda pas à révéler des faits analogues. Le docteur Burckner fit connaître bientôt qu'il avait observé des phénomènes sembla-

bles chez six mécaniciens, deux hommes d'équipe et seize autres employés du chemin de fer. Ce qui attira aussitôt l'attention des autorités sur ce point important en Allemagne, car la surdité acquise des mécaniciens et des aiguilleurs en particulier peut avoir les plus graves inconvénients et être cause d'accidents terribles. (*Arch. des malad. de l'oreille*, fév.)

Un fait observé par le docteur Terrillon montre que ces surdités latentes se rencontrent également en France. Un homme de quarante-cinq ans, employé depuis plus de vingt ans dans un chemin de fer et qui venait de recevoir sa retraite pour infirmités dans le service, lui signalait incidemment une demi-surdité remontant à plusieurs années. Il se rappelait très bien que, étant aiguilleur à l'entrée d'une grande gare, il lui était arrivé plusieurs fois de ne pas entendre distinctement le sifflet d'une locomotive. D'autres fois, il lui semblait l'entendre dans une direction qui n'était pas la vraie.

Un examen attentif montra, dans ce cas comme dans les précédents, les signes évidents d'une otite scléreuse double, mais peu prononcée à gauche. Immobilité presque complète de la membrane du tympan, saillie énorme du manche du marteau, diminution du triangle lumineux. La trompe d'Eustache est très perméable. L'audition est très faible ; car la montre n'est entendue qu'à quelques centimètres à droite ; à gauche, il faut appuyer contre le conduit auditif. La transmission des sons par les os du crâne est, au contraire, beaucoup plus parfaite, quoique différant de la normale. Enfin, il semble à cet homme que la voix est mieux perçue dans une place où il y a un bruit de moyenne intensité que dans un endroit où aucun bruit étranger n'est entendu. Ce dernier signe a, comme on sait, une grande importance dans le diagnostic de l'otite scléreuse avec ankylose des articulations des osselets. (*Bull. de therap.* septembre.)

Il paraît donc avéré que les mécaniciens, aiguilleurs et autres employés de chemin de fer sont exposés à une surdité gagnant ordinairement les deux côtés simultanément et résultant de leurs fonctions spéciales ; ceux qui voyagent à travers les montagnes et les tunnels y paraissent surtout exposés par le bruit considérable en résultant, plutôt que sur les voies en plaine et peu bruyantes.

Otite parasitaire. Contre les végétations mycéliennes, l'aspergillus en particulier, le docteur de Théobald débarrasse d'abord le conduit auditif avec la seringue et la sonde des sécrétions et des végétations qui l'obstruent. On essore ensuite légèrement, puis on remplit la partie interne, avec un insufflateur, de la poudre suivante :

℞ Oxyde de zinc..... }
Acide borique..... } à dix centigrammes.

On bouche ensuite l'oreille avec de la ouate boratée.

Employée dans quatre cas, cette poudre a amené la guérison après une seule application. De là l'indication d'additionner les corps gras introduits dans l'oreille, comme le baume tranquille, la vaseline, d'acide borique, pour prévenir la formation de ces parasites et les détruire s'il en existe, cet acide étant la parasiticide de l'aspergillus. (*Amer. journ. of otology*, avril.)

Otite des diabétiques. Voy. DIABÈTE.

OTORRHÉE. Il est le plus souvent difficile d'affirmer la cause qui la produit ou l'entretient. La lésion osseuse n'est parfois découverte que par l'insuccès des moyens simples. C'est spécialement dans ces cas, c'est-à-dire sans lésions osseuses, que le docteur Brisson préconise les instillations dans l'oreille malade avec le mélange suivant :

℞ Eau distillée..... 100 grammes.
Hydrate de chloral..... 3 —
Sulfate d'alumine..... 5 —
M.

Quelques gouttes tièdes de ce mélange, cinq fois par jour, tarissent vite l'écoulement simple. C'est un moyen excellent, que l'on peut toujours employer dans l'incertitude de la source de l'otorrhée ; son insuccès est comme une pierre de touche pour diagnostiquer une lésion osseuse qu'il s'agit alors de rechercher. (*Thèses de Paris*, 1880.)

C'est avec une solution concentrée de nitrate d'argent que Schwartze et Gruber traitent ces catarrhes purulents. 15 gouttes d'une solution de 15 à 40 grains pour une once

d'eau sont introduites après le nettoyage de l'oreille en injections ou en insufflations, en les dirigeant autant que possible sur le siège du mal. Après quelques secondes de contact, on neutralise avec une solution de sel marin, et l'on enlève le chlorure d'argent avec des injections à grande eau.

Si ce traitement peut rendre les plus grands services dans l'inflammation purulente de la caisse, le catarrhe chronique, il est toujours contre-indiqué dans les formes aiguës. Les accidents graves auxquels il expose en excluent le renouvellement, s'il ne réussit pas rapidement.

L'acide phénique n'a pas d'autre effet que de détruire la mauvaise odeur de l'écoulement; l'acide borique, au contraire, est précieux, selon Gruber, contre les otorrhées. Après l'injection avec une solution à 4 0/0 pour nettoyer l'oreille, on insuffle de l'acide borique en poudre très fine et l'on bouche avec de la ouate salicylée ou phéniquée. Ce pansement est renouvelé tant que la ouate est humectée par des sécrétions morbides. (*Monatschr. für Ohrenheik.*, juillet.)

OVARIOTOMIE. Sous ce titre : *A year's work in ovariectomy* (le travail d'une année en ovariectomie) le docteur J. Homans a lu à la Société de médecine de Boston un travail contenant 25 cas de cette redoutable opération, exécutée par lui du 26 novembre 1879 au 28 novembre 1880. Ces observations, relatées sommairement et réunies dans un tableau synoptique, montrent que cette opération est aussi fréquemment pratiquée dans le Massachusetts qu'en Angleterre et avec le même succès, quoique la plupart, 18, aient été faites à l'hôpital Carney. Deux décès seulement sont en effet signalés, le premier sur une femme de quarante-six ans, opérée le 1^{er} septembre d'un kyste pesant 39 livres et qui succomba le cinquième jour à une adynamie invincible causée par une excessive chaleur, le second sur une femme de vingt-sept ans, opérée sept jours après d'un papillome de 20 livres incorporé pour ainsi dire à l'intestin, le mésentère et l'utérus par des adhérences anciennes et peut-être congénitales. Elle succomba au *shock*. L'une et l'autre n'avaient été opérées que par devoir moral, imposé à tout ovariectomiste, suivant l'auteur, par les succès inespérés qui ont été obtenus. Il n'a refusé d'opérer qu'un seul cas pendant cette année.

Les succès éclatants de cette heureuse série, malgré de graves complications, en rivalisant avec ceux de Spencer Wells, méritent bien de tenir compte des remarques faites sur la pratique de l'auteur. Il rejette ainsi les ponctions préalables, sinon pour préciser le diagnostic ou dissiper l'œdème. La persistance de celui-ci, malgré l'amélioration de l'état général, permet d'espérer les meilleurs résultats de l'ovariotomie. L'aspiration lente lui semble surtout préjudiciable en provoquant le ramollissement et la dégénérescence du kyste par la formation d'une lymphe friable sur la paroi interne, indiquée par la douleur et l'irritation accusées par les malades. Ne leur conseillez jamais de se faire ponctionner, écrivait une de celles-ci; j'ai beaucoup plus souffert après la ponction qu'après l'opération.

Une toilette très minutieuse et complète du péritoine et des intestins est la règle de l'auteur. Il n'enlève jamais les parties du kyste adhérentes à l'intestin, dans la crainte de le léser ou de provoquer une hémorrhagie toujours difficile à contrôler. Il n'a jamais cédé à la tentation d'enlever simultanément un fibrome adhérent à l'utérus, malgré leur pédiculisation, suivant le conseil de Spencer Wells. Le pédicule est serré dans le clamp de Dawson, cautérisé au-dessus avec le cautère Paquelin et abandonné seulement après une double ligature en dessous. Une hémorrhagie mortelle, survenue après une ligature au catgut, lui fait préférer la soie phéniquée. Une ceinture abdominale est surtout nécessaire pendant quelques semaines, surtout aux femmes ignorantes, négligentes et qui se livrent à des travaux fatigants.

La douleur dans le bassin, après l'opération, avec ou sans tympanite, semble n'avoir aucun rapport avec les manipulations du péritoine. Une hémorrhagie utérine légère, assez fréquente, n'a pas plus d'importance, surtout en coïncidant avec l'abaissement ordinaire de la température. Une hémoptysie survenue le douzième jour n'a pas empêché l'opérée d'être parfaitement guérie le vingt-septième. Un épanchement pleurétique aigu, fébrile, survenu quatre jours après l'ovariotomie, a pu être aussi ponctionné et aspiré avec succès.

Deux cas de *phlegmatia dolens* se sont manifestés consécutivement du côté opposé au kyste enlevé, comme dans les deux exemples précédemment cités. La marche anticipée

des opérées semble en avoir été la cause. Dans les cas les plus favorables, elles ne doivent pas sortir de l'hôpital avant trois semaines.

La menstruation est reparue dans un seul cas après une ovariectomie double, chez une femme de trente-quatre ans atteinte d'un kyste dermoïde contenant de la peau, des cheveux et des os. Elle écrivait le 25 juillet 1880 : « J'ai été réglée cinq fois en huit mois, et aussi régulièrement les trois derniers mois qu'avant d'être opérée. Mais je souffre beaucoup plus. » A moins qu'un troisième ovaire n'existe pour expliquer cette ovulation, l'auteur n'admet pas qu'elle puisse résulter d'un fragment du stroma des ovaires excisés, laissé dans le pédicule, car, après la compression et la cautérisation auxquelles il est soumis, un ovule ne pourrait s'exhaler de sa surface cicatricielle. (*Boston med. and surg. journal*, 20 janvier.)

Complications exceptionnelles. Un succès très remarquable en a été obtenu par le professeur Paquet, de Lille, par les redoutables complications qui se sont présentées. Ce n'est pas que d'autres équivalentes aient déjà été vaincues ailleurs par les ovariectomistes spéciaux ; mais, en se montrant pour la première fois en province, Strasbourg excepté, ce succès peut et doit donner confiance aux chirurgiens des départements pour tenter cette opération.

Il s'agissait d'une femme mariée, de vingt-deux ans, ayant eu depuis l'âge de quinze ans une menstruation irrégulière et très douloureuse. Un accouchement unique, survenu à dix-neuf ans, fut suivi d'une hémorrhagie très grave, et l'enfant, très chétif, pesait seulement un kilogramme et demi. Le ventre resta très volumineux et dur, malgré un allaitement de onze mois et la réapparition des règles douloureuses dès le troisième mois. Toutes ces conditions étaient donc des présages d'un travail morbide profond.

Une tumeur apparut bientôt et augmenta lentement. Elle avait le volume d'une grossesse à terme à la fin de 1879 et, en doublant bientôt, nécessita une ponction dès le 6 août 1880, avec issue de 20 litres de liquide citrin assez épais. Une légère péritonite s'ensuivit.

Six autres ponctions successives, de plus en plus rapprochées, jusqu'au 20 avril 1881, donnant un liquide de plus en

plus abondant, glaireux et grisâtre, déterminèrent la malade à demander l'extirpation du kyste. Elle eut lieu le 22 mai à la campagne, en employant la méthode phéniquée dans tous ses détails. L'incision agrandie avait 28 centimètres, et deux ponctions successives durent être pratiquées, dont chacune donna 15 litres de liquide épais et poisseux. En attirant le kyste avec des pinces à arrêt, la paroi se rompit près de la ponction, dans une étendue de plusieurs centimètres. Il fallut oblitérer cette ouverture par une forte ligature placée sous les pinces. Mais les tentatives d'extraction ne rencontrèrent que résistance partout par des adhérences généralisées, surtout à droite, au niveau des anciennes ponctions. Il fallut les rompre avec les doigts et une spatule courbe à pointe arrondie. En haut, l'épiploon adhérait intimement, et il fallut le dissocier en plusieurs brides, le lier et l'exciser. De même du foie et de l'intestin. Le pédicule même était entouré d'une vaste dégénérescence kystique aréolaire de l'ovaire gauche, constituée par des centaines de petits kystes d'un volume variable, dont deux seuls s'étaient développés démesurément. Il fallut désenclaver et isoler cette masse, grosse comme une tête d'adulte, de la cavité du bassin, en rompant une infinité d'adhérences friables qui la retenaient. Le pédicule, de 6 à 7 centimètres de long, avait moins de un centimètre d'épaisseur, était constitué par les vaisseaux du kyste, le ligament de l'ovaire et la trompe.

La toilette du péritoine, faite avec des éponges et des serviettes phéniquées, fut des plus laborieuses, pour aller chercher des petits caillots entre les anses intestinales affaissées dans l'excavation pelvienne et jusque sous le foie ; elle dura plus d'une demi-heure ainsi que la suture et le pansement ; ce qui prolongea l'opération environ deux heures et demie. Les deux poches contenaient en tout 33 litres de liquide, et la masse du kyste extirpé pesait 700 grammes, un total de plus de 75 livres.

Malgré l'anesthésie prolongée, ces manipulations des organes et cette énorme excision morbide de l'économie, aucune complication grave ne survint, grâce au nuage phéniqué, commencé avant l'opération et cessé après sa terminaison complète. Quarante-trois jours après, l'opérée se leva et put être présentée à la Société centrale de médecine.

cine du Nord, le 22 juillet, parfaitement guérie et en pleine santé. (*Bull. méd. du Nord*, n° 7.)

Un cas non moins rare a été opéré avec succès, à Nîmes, par M. Bonnes. Le kyste tombait jusqu'aux genoux, et la ponction donna 48 litres de liquide. Telle était la laxité de la paroi abdominale que l'ombilic descendait au-dessous du pubis. Contre toutes les règles, le chirurgien fit son incision de l'ombilic à l'appendice xyphoïde. Il a pu lier facilement le pédicule, qu'il a laissé dans le ventre, et la malade a guéri.

On aurait dû intervenir plus tôt, selon M. Terrier, pour ne pas exposer l'opérée à la soustraction de chaleur que cause nécessairement l'évacuation d'une quantité de liquide si abondante. Il aurait en outre opéré par la voie sous-ombilicale. (*Soc. de chirurg.*, novembre 1880.)

Dans une ovariectomie pratiquée pour des douleurs intolérables chez une femme de quarante ans, enceinte de quatre mois sans le savoir, le docteur Wilson trouva le pédicule tordu sur lui-même et apoplectique, c'est-à-dire rempli de gros caillots. Trois gallons de liquide rouge noirâtre furent extraits d'un kyste multiloculaire dont une loge contenait une matière caséeuse et l'autre un liquide gélatineux. L'opérée quittait l'hôpital vingt-six jours après, la grossesse suivant son cours.

Des 28 cas semblables cités à ce propos, 5 femmes succombèrent et 23 furent sauvées, tandis que 19 enfants furent sauvés et 9 perdus, soit au total 44 vies sauvées par ces 29 ovariectomies pendant la grossesse et à ses différentes périodes. (*Transactions of the amer. gynecological Soc.*, 1880.)

Coexistence de la hernie ombilicale. C'eût été presque une contre-indication formelle à l'ovariectomie autrefois, en vertu du précepte de ne pas toucher à ces hernies. Dans sa seconde ovariectomie en 1862, le professeur Kœberlé, ayant rencontré une hernie ombilicale de 7 centimètres de diamètre dont le collet du sac admettait l'extrémité du doigt, se conforma au précepte classique en contournant l'ombilic dans son incision, et, l'ovariectomie étant double, il le contourna ainsi à droite et à gauche, sans toucher au collet de la hernie. (*Voy. année 1864.*)

En pareil cas, M. Boinet fit la même chose en 1868 et

contourna à gauche la hernie ombilicale, dont la circonférence était de 46 centimètres. Toutefois, cette hernie disparut spontanément à la suite de l'ovariotomie et n'existait plus en 1870.

Pour la première fois, le 20 avril 1863, M. Kœberlé, rencontrant une exomphale de 2 centimètres de diamètre seulement, la divisa sur la ligne médiane, sans enlever le sac ; mais il le divisa dans les observations subséquentes et excisa même le péritoine qui le tapissait, en vue d'obtenir plus sûrement la guérison même de la hernie par une réunion immédiate. Il l'excisa ainsi, le 10 décembre 1877, pour une hernie ombilicale de 5 centimètres de diamètre, en enlevant un kyste ovarique rompu avec une ouverture permanente et ascite. Le 26 septembre 1874, il avait excisé également, en présence de Spencer Wells, le sac d'une hernie de 8 centimètres de diamètre, et chaque fois une guérison radicale s'en était suivie sans complications. (OVARIOTOMIE, in *Diction. de méd. et chirurg. pratiques.*)

Sur plus de mille ovariectomies, en 1878, Spencer Wells n'avait pas rencontré plus de six fois l'intestin dans une hernie ombilicale. Dans deux cas, après avoir rentré l'intestin, il a réuni la plaie en faisant passer les sutures à travers les bords de l'anneau ombilical, et la guérison radicale de la hernie a été obtenue simultanément avec celle du kyste ovarien.

Deux cas d'exomphales étant cités dans la *Clinique* du docteur Péan, nos 5 et 105, ce dernier mortel par étranglement, c'est donc un total de quinze observations publiées, sur des milliers d'ovariectomies, ce qui montre l'extrême rareté de cette redoutable complication. Elle est très simplifiée depuis que des guérisons de cette hernie ont été obtenues par le débridement simple sous le nuage phéniqué, avec ou sans excision du sac et suture des parois de l'anneau. Voy. HERNIES OMBILICALES.

Mais il n'en était pas de même en 1877, lorsque le docteur Cazin fut appelé à opérer une femme de trente-quatre ans, atteinte d'une hernie ombilicale volumineuse, de 69 centimètres de circonférence, très réductible, avec un double kyste de l'ovaire gauche. (Voy. *année* 1878.) Entrée le 8 juin à l'hôpital Saint-Louis de Boulogne, elle fut ovariectomisée le 20, en ponctionnant préalablement le sac de la

hernie, réduite à cause d'une ascite coïncidente. Deux litres de liquide filant, épais et brunâtre, sont extraits, et de forts ciseaux, introduits par l'ouverture du trocart, divisent d'un seul coup verticalement les parois antérieures de la hernie de haut en bas en ouvrant largement le sac.

L'hémostase obtenue, l'incision de la ligne blanche est pratiquée comme dans l'ovariotomie ordinaire, sauf que des adhérences solides d'une anse intestinale à gauche de l'ombilic l'arrêtent un instant. Les kystes ponctionnés se vident incomplètement, et il faut en agrandir l'ouverture pour les épuiser manuellement. Le pédicule, court et gros comme un poignet d'adulte, reçut une double ligature en fil de fer recuit, fixée avec le serre-nœud de Cintrat et retenues par deux broches croisées, comme pour l'extirpation de l'utérus tout entier.

Restait la réunion. Quatre points de suture enchevillée à la base des lambeaux ombilicaux mirent en contact les deux surfaces péritonéales, dont l'excédant de près de 18 centimètres fut réséqué. Deux autres rangées de sutures superficielles et profondes assurèrent solidement le maintien des intestins dans la cavité abdominale, et, un tube double en verre étant placé à la partie inférieure, le pansement fut aussitôt effectué.

Cette opération laborieuse avait duré deux heures trois quarts. Les parties extraites pesaient 29 kilogrammes, et sauf quelques légères complications, inséparables d'un pareil traumatisme, l'opérée se levait et quittait Boulogne six semaines après, et, les règles étant revenues régulièrement, cette femme se porte encore parfaitement bien. (*Bull. de therap.*)

Après un exemple aussi concluant, il est évidemment démontré que la hernie ombilicale n'est plus une contre-indication à l'ovariotomie et subsidiairement qu'elle peut être guérie radicalement par l'excision du sac, l'affrontement et la réunion de ses parois.

Suture aponévrotique et musculaire. Elle a été pratiquée par M. E. Boeckel dans un cas de laparotomie latérale gauche, analogue à l'ovariotomie. Il s'agissait d'un testicule inclus et dégénéré, donnant lieu à de graves accidents d'étranglement, chez un homme robuste, de cinquante ans,

sans enfant, cryptorchide du côté gauche avec une hernie inguinale du même côté. Une hydrocèle gauche survenue en 1880, et ponctionnée à plusieurs reprises, avait subitement disparu par les progrès de la tumeur testiculaire. Du hoquet, des régurgitations, de la constipation, des crises névralgiques en étaient la conséquence. La bourse gauche est vide, sauf une poche flasque et une saillie ferme, grosse comme une amande, se dessinant sur la paroi abdominale, au-dessus du canal inguinal. Une tumeur elliptique, lisse, élastique, mobile en tous sens, fait suite en haut au testicule rudimentaire et remplit tout l'hypocondre, en dépassant l'ombilic de deux à trois travers de doigt. Sa hauteur est de 16 centimètres, sa largeur de 8 à 10. D'où le diagnostic de sarcocèle intra-abdominal.

La laparotomie est pratiquée sous le nuage phéniqué, par une incision courte commençant en haut du canal inguinal, remontant le long du flanc gauche jusque vers la pointe des fausses côtes. A l'ouverture du péritoine, le sarcocèle fait saillie comme le testicule normal dans sa tunique. La tumeur est détachée en bas du collet du sac herniaire, et, après la division du péritoine le long de son bord interne, la tumeur est basculée et énucléée de sa face profonde rétro-péritonéale.

Après son enlèvement, il s'agissait d'obturer le sac herniaire. Une contre-ouverture est faite à la base du scrotum pour recevoir un drain, et, après le lavage phéniqué, le collet est fermé avec quelques points de suture en caoutchouc.

Restait la réunion des plans musculaire et aponévrotique, pour assurer l'occlusion exacte de la paroi abdominale. Trois étages de suture au catgut furent ainsi faits en comprenant le péritoine dans la plus profonde. C'est le point le plus remarquable de cette opération. Des fils de soie et une série d'épingles terminèrent la réunion superficielle. Ces sutures au catgut ont parfaitement réussi, en étant soutenues par un bandage de sparadrap.

Cette tumeur, avec le testicule inclus, pesait 985 grammes. Aucune complication ne se présenta; la température franchit à peine 38°, et, un mois après, l'opéré partait parfaitement guéri de sa tumeur et de sa hernie. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 33.)

Tumeurs solides de l'ovaire. Voy. TUMEURS.

Ovariectomie incomplète. Des adhérences profondes, étendues, fixent parfois le kyste si intimement aux organes environnants, l'intestin, la colonne vertébrale et surtout l'utérus, qu'il est absolument impossible de l'en détacher. Tous les ovariectomistes ont rencontré des cas semblables sans que rien les éclaire d'avance. Force est alors, après l'excision des parties libres, de laisser le surplus en suturant les parois béantes du kyste aux lèvres de la plaie abdominale, après en avoir réuni, autant que possible, toutes les loges en une seule cavité. Un ou plusieurs drains, fixés à demeure, peuvent amener la guérison par suppuration, comme la statistique suivante en est la preuve.

En réunissant les 17 cas de Spencer Wells aux 26 publiés par M. Péan, ainsi que 5 observations particulières, le docteur Terrier trouve 25 guérisons et 23 morts. Cette proportion favorable est due à la série heureuse de M. Péan; mais elle s'explique surtout par la quantité plus grande de kystes uniloculaires rencontrés dans ces opérations, et aussi de ce qu'il compte comme guérisons définitives des fistules persistantes ou des guérisons très récentes. Il résulte, en effet, de cette statistique, que l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire donne des résultats très différents selon qu'ils sont uniloculaires ou multiloculaires. Le résultat est en général excellent dans le premier cas, très médiocre et le plus souvent fatal dans le second. Telle est la conclusion de cette statistique de 48 cas. (*Revue de méd.*, août.)

P

PANSEMENTS. Les soins qui y sont apportés actuellement seraient la cause secrète des succès obtenus, d'après beaucoup de chirurgiens, plutôt que les divers agents employés. La preuve en est trouvée jusque dans les chancres mous. Malgré l'emploi d'agents divers dans les trois services de l'hôpital du Midi, les résultats sont à peu près les mêmes.

Le secret du succès qui a fait tomber la mortalité chirurgicale de 7 à 4 0/0 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, d'après M. Letiévant, est moins le défaut d'envahissement des ger-

mes aériens que la soustraction des plaies aux contaminations de tous les jours. Les contacts directs des instruments, des éponges, des eaux de lavage, de la charpie, des linges, des doigts, des aides, des élèves, des médecins et chirurgiens, faisaient toute la souillure des plaies chez les blessés comme chez les accouchées. C'est en les soustrayant à cette contamination que le pansement par occlusion ouatée réussit. Pour supprimer entièrement l'infection, il faut simplement empêcher la contamination directe, et c'est ce que réalise la méthode antiseptique de Lister. Les blessés, les chirurgiens, les aides, les agents de pansement, tout est devenu aseptique. (*Congrès d'Alger.*)

Eucalyptus. Devant l'intoxication fatale de l'acide phénique, constatée par M. Pearce Gould après l'emploi du *spray* dans une ostéotomie du tibia, chez un garçon robuste de huit ans, mort asphyxié trente-six heures après l'opération, M. Lister a reconnu loyalement ce danger incontestable. Le thymol, l'acide salicylique, l'acide sulfureux et bien d'autres ayant été expérimentés inutilement pour le remplacer, il propose l'eucalyptus globulus comme entièrement indemne de tout effet toxique et qu'il a employé comme un véritable antiseptique. L'huile en est le principal inconvénient, et son insolubilité dans l'eau, son évaporation rapide dans toutes les solutions n'en rendent pas l'usage facile. La gomme qu'il contient, employée dans les préparations microscopiques, en est encore l'agent le plus sûr. La mousseline, imprégnée de son mélange avec la paraffine, peut remplacer la gaze phéniquée avec avantage par son agréable odeur aromatique. Ce serait donc un antiseptique préférable, si l'on parvenait à la préparer en grand, comme M. Lister l'espère. (*Clinical Soc.*, 13 mai, et *Lancet*, 21 mai.)

Solution alcoolique de Gaultheria. Cette plante, de la famille des bruyères et dont l'huile essentielle, connue sous le nom de Wintergreen, est plus ou moins utilisée, a été comparée expérimentalement avec les autres antiseptiques par le professeur Gosselin et A. Bergeron, suivant la méthode employée par eux en 1879. (Voy. PANSEMENT PHÉNIQUÉ) Leur motif principal était d'obvier aux inconvénients des antiseptiques usités : eschares et retard de la suppuration par

l'alcool pur, acidité, volatilité et odeur des préparations phéniquées, causticité et taches de la teinture d'iode, cherté du baume du Commandeur, odeur insupportable de l'eau-de-vie camphrée. L'odeur agréable de la gaultheria, usitée en parfumerie, et sa faible volatilité autant que sa solubilité dans l'alcool, étaient des garanties pour la facilité de son emploi.

Une solution à 2 1/2 pour 100 de cette essence dans l'alcool ayant conservé le sang en tube plus longtemps que l'alcool pur, c'est-à-dire jusqu'au dix-septième jour, elle a pu être injectée sous la peau du cochon d'Inde et du lapin pendant plusieurs jours consécutifs, sans produire aucun accident. Des plaies ont été lavées et pansées avec le même résultat. D'où la preuve qu'elle ne serait irritante ni pour la peau des opérés ni celle du chirurgien.

Employée dans le pansement d'une amputation du sein, d'un lipome et d'un orteil, elle a prévenu l'inflammation et la suppuration et ne s'est pas montrée inférieure sous ce rapport aux autres antiseptiques. Son odeur agréable est donc un avantage, et, comme son prix n'est pas supérieur à celui de l'eau-de-vie camphrée, elle pourra remplacer utilement celle-ci. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Un antiseptique de plus, accessible à toutes les bourses, se trouve ainsi à la portée du praticien. Son odeur agréable le rendra utile chez certains opérés. D'autant plus que, employé en solution aqueuse, le docteur Périer l'a trouvé très favorable en injection contre la cystite purulente. En voici la formule :

Essence de Wintergreen.....	6 grammes.
Teinture de Quillaya saponaria.....	30 —

Pour un litre d'eau. (*France méd.*, octobre 1880.)

Pansement phéniqué. A mesure que l'emploi s'en étend, ses dangers apparaissent mieux par les accidents en résultant. L'abus qu'on en a fait en Allemagne a surtout fixé l'attention. Aux exemples relatés en 1879, le docteur Inglezzi en a ajouté d'autres qui viennent en confirmer la nocuité. L'emploi chirurgical de l'acide phénique en rendrait l'absorption aussi dangereuse par les plaies que par l'estomac. Son injection dans une cavité séreuse, muqueuse

ou dans la cavité d'un abcès en serait la plus redoutable, surtout chez les femmes et les enfants. Un gramme a suffi dans certains cas pour faire naître des accidents qui se montrent sous trois formes : aigus, graves ou légers, et chroniques. Contre les premiers, la respiration artificielle, les stimulants diffusibles, les injections hypodermiques d'éther surtout, sont les meilleurs moyens à employer; il suffit de supprimer la cause, c'est-à-dire l'acide, dans les autres.

Sans rejeter l'emploi de ce pansement, il faut en mesurer, en réserver l'usage surtout chez les personnes dont on ne connaît pas bien la tolérance.

C'est surtout dans son pays d'origine que le *listerism* est l'objet des plus violentes attaques. Le docteur Bantock l'a accusé de causer l'hyperpyrexie dans l'ovariotomie, quand on sait parfaitement qu'il abaisse au contraire la température. Une série de 36 cas, invoquée à l'appui, n'a donné qu'une température de 4/10 en moins sur une série semblable où il a été omis. On peut juger par là de l'impartialité qui règne dans ces appréciations.

La plus grande partie des opérations, a dit M. Ward au Congrès de Cambridge, pourraient être conduites à bonne fin sans le *listerism*. Mais il est incontestable qu'un petit nombre d'opérés ne pourraient lutter contre l'invasion des germes sans le secours de la méthode antiseptique. Ce n'est ni exagérer ni affaiblir sa valeur en évaluant à 3 pour 100 les opérés qu'elle sauve, et cette proportion, tout insuffisante qu'elle paraît, suffit à dédommager des soins minutieux qu'elle réclame et à rabaisser les prétentions de quelques enthousiastes. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Indications de l'urine phéniquée. Sur 27 opérés soumis également au pansement phéniqué plus ou moins complet, le docteur Falkson, en examinant les urines à des intervalles rapprochés avec la méthode qualitative de Sonnenburg et la méthode quantitative de Brieger, a constaté la présence du phénol chez tous les opérés ayant subi une opération sérieuse. La première urine rendue en contient inévitablement, d'après sa coloration, qui peut disparaître en deux à trois heures s'il n'y a pas de nouvelle absorption. L'urine phéniquée est donc un signe pathognomonique de l'intoxication du pansement, qui peut être constaté en l'ab-

sence de tout autre signe. D'où l'importance capitale de son examen.

Sa couleur varie du vert olive au brun noir; elle est même parfois complètement noire. Elle n'est telle à l'émission que si elle a stagné dans la vessie chez le vivant, car elle conserve sa coloration normale après la mort. Elle ne brunit qu'à l'air et n'atteint toute son intensité caractéristique que trois à quatre heures après son excrétion, toujours en rapport avec le degré de l'intoxication. L'urine normale de l'homme et des animaux, contenant environ 15 milligrammes d'acide phénique dans les vingt-quatre heures, ne lui communique jamais cette coloration caractéristique.

Cette coloration d'un brun foncé a cependant persisté pendant dix-huit jours, à la suite de l'amputation d'un carcinome du sein chez une femme de quarante-deux ans, malgré l'absence de tout pansement phéniqué consécutif. La formation pathologique du phénol dans l'économie peut donc seule expliquer cette exception.

La réaction de l'urine phéniquée fraîchement excrétée a été constamment trouvée acide; mais la décomposition ammoniacale s'y produit plus rapidement que dans l'urine normale.

Sa quantité, ordinairement diminuée proportionnellement à l'intensité de l'intoxication, c'est-à-dire à la couleur noire, entraîne au contraire l'augmentation de sa pesanteur spécifique. Elle descendit de 1500 à 400 grammes chez un opéré atteint de carie vertébrale avec suppuration de la hanche. Elle donnait 1046 de densité lorsqu'elle marquait seulement 1028, 1037 et 1039 les jours précédents, avec des quantités doubles.

Ces différents signes entraînent donc la suspension immédiate des pansements phéniqués ou du moins leur espacement ou l'emploi de solutions plus affaiblies. L'usage du nuage phéniqué doit être remplacé par le spray salicylé, en faisant prendre à l'opéré des quantités abondantes de boissons : eau, bière ou eau rougie, car il est probable que la diminution de l'urine coïncide avec celle de la soif. Une ingestion considérable de liquide serait donc le traitement à la fois prophylactique et curatif de l'intoxication phéniquée.

Les lotions phéniquées sur la plaie sont les plus dangereuses; puis vient le nuage phéniqué dans les opérations de longue durée, chez les enfants surtout. Plusieurs chirurgiens allemands l'ont abandonné, à cause de cet inconvénient. Les anémiques, les lymphatiques, les enfants et surtout les personnes atteintes d'affections rénales, sont les plus exposés à en ressentir l'action nocive. Les hémorrhagies consécutives à l'opération y prédisposent spécialement, et l'application de la bande d'Esmarch est doublement utile en pareil cas, en prévenant à la fois l'hémorrhagie et la résorption dans un membre soustrait presque en entier à l'influence de la circulation.

Les séreuses en particulier, comme le péritoine, les plèvres et les synoviales, sont les tissus les plus aptes à cette absorption. Les opérations qui se pratiquent sur les os sont aussi dangereuses par leur longueur.

Les accidents d'intoxication survenant rapidement après l'opération, comme les vomissements, la céphalalgie, la faiblesse du pouls, le refroidissement ou les sueurs froides et visqueuses, peuvent être attribués à la chloroformisation. Il suffit en ce cas de constater la couleur foncée de l'urine et sa rareté pour en connaître la vraie cause et agir en conséquence. Ils disparaissent ordinairement en vingt-quatre heures, tandis qu'ils persistent et s'aggravent si les pansements phéniqués sont renouvelés. La diarrhée chez les enfants est aussi un signe de cette absorption persistante. Une ascension fébrile se manifeste même après chaque renouvellement du pansement phéniqué. La fièvre cessa seulement chez un blessé quand les pansements et les lavages, au lieu d'être quotidiens, devinrent plus rares et éloignés. (*Archiv für klin. chirurg.*)

Intoxication chronique. C'est la plus commune et la plus redoutable, dit M. Lucas Championnière. Elle affecte spécialement les individus soumis à un pansement phéniqué prolongé. Après la couleur noire des urines qui la décèle, il faut surveiller le malade.

Des nausées, de la céphalalgie, des vomissements même peuvent survenir. Un véritable état saburral se rencontre quelquefois; ou bien la langue est sèche et rouge comme chez les gens en proie à la fièvre urineuse.

La gastralgie, qui peut prendre une intensité extrême, est un symptôme très important qui n'est signalé nulle part. A lui seul, il indique la suppression du pansement. Nous avons vu plusieurs fois cet accident se produire et disparaître rapidement dès que l'acide phénique était supprimé.

Par une susceptibilité individuelle très curieuse, il y a des gens auxquels le moindre lavage phéniqué donne des urines noires. Il est imprudent d'inonder ces malades d'acide phénique. Ces dispositions ne sont à prévoir que chez les jeunes enfants, toujours d'une extrême susceptibilité à l'acide phénique. Nous avons vu périr dans le collapsus, avec des urines noires comme de l'encre, des enfants auxquels des nourrices imprudentes avaient appliqué une compresse d'huile phéniquée sur les fesses et les jambes.

Aussi depuis longtemps avons-nous limité autant que possible l'emploi de l'acide phénique chez les enfants. Chez eux, nous ne nous servons guère que d'acide borique. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, décembre.)

Action cicatrisante. La rapidité tant recherchée dans la réunion immédiate des plaies par ce mode de pansement, et qui en est le principal avantage, paraît devoir être préjudiciable dans certains cas, suivant la remarque de plusieurs chirurgiens. Il donnerait des insuccès opératoires par la rapidité même du retour complet des tissus à leur état primitif. La reproduction osseuse ne pourrait pas se produire dans les résections. (*Voy. ce mot.*) Et dans les ligatures contre les anévrismes, par exemple, l'oblitération du vaisseau n'aurait pas le temps de se faire, comme M. Trèves l'a constaté dans un cas. (*Voy. ANÉVRISMES.*) Ce seraient donc déjà autant d'indications d'en restreindre l'emploi.

Gaze antiseptique. Afin de prévenir l'irritation et la rougeur de la peau que l'acide phénique à faible dose détermine dans quelques cas, M. Lister fait usage d'une gaze imbibée avec une partie d'huile d'eucalyptus, trois de résine et trois de paraffine, dont on recouvre la plaie. Elle peut rester trois jours en place sans inconvénient et fait disparaître toute irritation et mauvaise odeur. (*Congrès d'Alger.*)

Utilité du nuage phéniqué. Dans les grandes plaies ou-

vertes et notamment les désarticulations de la hanche et de l'épaule, M. Verneuil emploie la pulvérisation continue en plaçant un pulvérisateur à vapeur à un mètre de la plaie. Il le fait fonctionner pendant une à trois heures, à des intervalles plus ou moins rapprochés, en protégeant l'opéré, couché, par un drap contre la vapeur phéniquée. C'est ce qu'il appelle le pansement antiseptique ouvert et pouvant remplacer parfaitement son bain antiseptique. Un bien-être extraordinaire et immédiat du malade en résulte, avec détersion rapide de la plaie, une grande souplesse des téguments, sans mauvaise odeur, et un abaissement rapide de la température à 37 ou 38°. Un amputé de la cuisse et une blessure du genou avec ouverture de l'article ont été améliorés par un changement à vue avec cette pulvérisation continue. Une désarticulation de la hanche pour une récurrence d'ostéo-sarcome dans le canal médullaire du fémur en a été guérie très rapidement, l'opéré ayant commencé à engraisser huit jours après cette opération.

La cessation immédiate de la douleur et de la fièvre recommande ce pansement dans toutes les plaies de tissus contus et de brûlures étendues. (*Soc. de chir.*, juillet.)

L'action analgésiante et réfrigérante de l'acide phénique, en empêchant son contact immédiat à la surface des tissus, rend compte de ses bons effets. Ce pansement commode, très efficace et en réalité peu coûteux, pourrait être mis en usage partout où les appareils à pulvérisation seraient transportables. Il suffirait, pour en rendre l'application pratique, que les fabricants d'instruments missent ces appareils à la disposition des chirurgiens et des blessés à des prix modérés. La pulvérisation antiseptique continue rendrait ainsi les plus grands services, surtout dans les centres hospitaliers.

L'emploi en a été étendu jusqu'au cœur, car c'est sous le nuage phéniqué que le docteur Rosenstein, de Liège, a pratiqué la ponction et le drainage du péricarde. Voy. CŒUR.

Il est également employé dans la chirurgie oculaire, dans l'extraction de la cataracte en particulier. Le docteur Horner, de Zurich, recommande la désinfection prophylactique du malade, de tous les instruments et des opérateurs, le nettoyage antiseptique du sac conjonctival après l'opération, le bandage antiseptique. En procédant ainsi, le

chiffre de perte peut être considérablement amoindri. (*Congrès intern. de Londres.*)

De là les conclusions suivantes :

La pulvérisation d'eau phéniquée, sans être un anesthésique, continue à diminuer la sensibilité et amoindrir ou supprimer la douleur des plaies récentes.

Toutefois l'effet de ces pulvérisations n'est que de courte durée et ne peut être acquis qu'autant que le titre de la solution est approprié à chaque cas particulier; il y a lieu d'en varier le titre suivant les indications et les résultats obtenus. (*Gaz. des hôpitaux*, 30 août.)

Simplification. Grâce à l'initiative de Lister, dit au contraire le docteur E. Bœckel, la pyohémie, ce fléau des grands hôpitaux, qui décimait naguère nos blessés et nos opérés, a presque entièrement disparu, et le chirurgien peut aborder avec confiance des opérations qui lui étaient autrefois défendues. Toutefois il le simplifie dans ses applications, en n'employant plus le *spray* ou nuage phéniqué qu'à l'hôpital, car il plonge l'opérateur dans un brouillard humide qui gêne même la vue dans les dissections délicates et glace les mains du chirurgien. Il peut même produire le refroidissement des opérés quand il agit sur le tronc. Des arrosages fréquents de la plaie avec une solution à 3 ou 5 0/0, combinés avec une grande propreté, peuvent heureusement le remplacer.

La mousseline ou la tarlatane écrue sont préparées d'avance, en étant plongées pendant trois jours dans une solution d'acide phénique à 5 0/0 avec addition de parties égales d'alcool et de glycérine au dixième. Avant de l'employer, on la trempe dans un seau d'eau tiède, sans quoi elle cautérise l'épiderme et produit des urines noires. En cas de presse, deux heures d'immersion suffisent à neutraliser les germes contenus dans l'étoffe.

Dans le cas de suppuration abondante, quand le pansement doit rester plusieurs jours en place, une tarlatane mouillée sert d'intermédiaire entre la peau et plusieurs couches de mousseline phéniquée par-dessus, pour éviter tout accident toxique. En garnissant les bords de coton pour filtrer l'air, le tout est recouvert d'un imperméable en gutta-percha ou taffetas gommé, serré par une bande de mousseline mouillée

contenant encore son apprêt. Il y a ainsi adhérence des différentes pièces de pansement, qui ne se dérangent pas par les mouvements.

Depuis le 1^{er} avril 1880 que ce pansement est mis en usage à l'hôpital civil de Strasbourg, 6 grandes amputations des membres, 10 résections articulaires et 4 osseuses, 7 ouvertures articulaires ont eu lieu sans un seul décès, sans compter quatre opérations sur le péritoine et le voisinage. Il n'y a eu que deux morts à la suite d'une désarticulation de la cuisse et une amputation de Pirogoff. (*Revue mens. de chirurgie*, février.)

Pansement à l'iodoforme. Il est employé depuis 1880 à la clinique de Billroth, particulièrement dans les ulcérations tuberculeuses ou fongueuses, les plaies gangréneuses ou diphthéritiques, sur lesquelles l'occlusion antiseptique est inapplicable. Il agirait localement en donnant l'iode à l'état naissant, car celui-ci se retrouve dans l'urine pendant tout le traitement, sans aucun phénomène d'intoxication. (*Wiener med. Woch.*, n° 13.)

Il est employé en pansement par Mikuliez, en saupoudrant les plaies ou l'ulcération et en les recouvrant de gaze iodoformée avec de la ouate ou une étoffe imperméable par-dessus. Après deux à quatre jours, on enlève le premier pansement, le suivant peut rester en place de huit à quinze. 8 plaies d'opération d'affections carcinomateuses, 5 ulcérations atones ou diphthéritiques et 23 ulcères fongueux tuberculeux, traités de cette manière, se sont cicatrisés dans les meilleures conditions. Il jouit surtout d'une action détersive énergique. (*Congrès des médecins allemands*.)

D'après Antonio Carle, témoin de la pratique de Mosetig, à Vienne, il en généralise l'emploi contre les ulcérations surtout de nature scrofuleuse. Son usage contre les trajets fistuleux des tumeurs blanches est surtout merveilleux. Un pied put ainsi être conservé, malgré l'ablation du cuboïde et du scaphoïde, du calcaneum et de l'astragale, en recouvrant toutes les parties avec l'iodoforme, dont 70 grammes furent employés. Dans plus de 47 résections articulaires, les pansements furent faits avec la poudre d'iodoforme laissée en place durant trente jours parfois, sans observer la moindre décomposition. (*Gazz. delle cliniche*.)

En employant l'iodoforme dans les pansements comme en Allemagne, le docteur M. Sée a obtenu des résultats qui lui permettent de le considérer comme un antiseptique analogue à celui de Lister. Il s'est montré surtout précieux dans les plaies anfractueuses. Il est d'un maniement facile et n'a que l'inconvénient d'être cher et d'avoir une odeur extrêmement désagréable pour le malade et le chirurgien. M. Terrillon a été frappé, au contraire, du peu d'odeur qui s'en dégage dans les salles de Billroth à Vienne. On l'emploie au moyen de gaze dégommée, imprégnée d'iodoforme en poudre, et conservée dans des boîtes, où la désinfection en est obtenue avec l'essence de menthe ou de bergamotte — pourquoi pas d'eucalyptus? Des plaies d'évidement osseux ne présentaient ni odeur, ni suppuration à la levée de la gaze après sept à huit jours d'application. Dans trois ablations totales de l'utérus par le vagin, Billroth attribue ses succès à ce qu'il remplissait le conduit vaginal avec un gros tampon de gaze iodoformée. M. Sée ajoute qu'il en a obtenu le même résultat dans deux cas d'hystérectomie abdominale. (*Soc. de chirurg.*, novembre.)

PARALYSIES. L'étirement du nerf fait dans cinq cas contre les paralysies du membre supérieur n'a donné que des résultats douteux. Si une légère distension peut augmenter l'excitabilité du nerf, selon M. Blum, on ne peut se rendre compte de cet effet quand la rupture a eu lieu. Ce n'est donc pas un moyen à recommander. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

Paralysies laryngées. Cinq variétés en sont distinguées par le docteur Lefferts (de New-York). Les premières dépendent d'un état morbide général, ordinairement aigu, des centres ou des troncs nerveux. Selon que la lésion est uni ou bi-latérale, les cordes vocales prennent la position cadavérique.

Paralysies résultant d'une lésion partielle, lentement progressive en général, des centres et surtout des troncs nerveux. Les muscles dilatateurs de la glotte y sont particulièrement exposés et les seuls affectés de l'un ou des deux côtés.

Paralysies isolées des divers muscles, résultant d'une

lésion locale intéressant quelques rameaux nerveux périphériques.

Paralysies d'un muscle ou d'un groupe de muscles similaires résultant de leur altération propre.

Paralysies motrices, de nature fonctionnelle; les contracteurs de la glotte sont plus souvent atteints que les dilatateurs. (*Congrès de Londres.*)

Paralysies diphthéritiques. Le temps n'est pas loin où on les considérait comme essentielles, *sine materia*, et simplement dues à l'altération du sang par la maladie infectieuse. Les investigations histologiques du système nerveux de plus en plus précises et minutieuses ont mis fin à cette croyance, il y a quatre ans à peine, et déjà de nombreux travaux se succèdent pour affirmer les lésions que l'on y rencontre. Toutefois elles sont encore si instables et inconstantes, que malgré les préparations et les réactifs sur la moelle de deux enfants morts de paralysie diphthéritique, M. E. Gaucher, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine, n'a pu rencontrer aucune lésion nerveuse sur le premier, âgé de deux ans, mort subitement après un mois de paralysie, tandis que chez le second, âgé de onze ans et demi et mort d'asphyxie après vingt jours de paralysie, il a constaté des lésions multiples dans les racines antérieures, par la disparition totale de la myéline, la multiplication très considérable et l'augmentation de volume des noyaux de la gaine de Schwann. (*Journ. de l'anatomie*, janvier.)

Ces lésions ne sont donc pas constantes et ne sont jamais appréciables que par le microscope et les réactifs. Ce sont de simples altérations histologiques, qui par leur variété n'ont rien de spécifique. De là leur absence pour les anatomistes morphologiques qui ont découvert cliniquement ces graves complications de la diphthérie et qui ne s'attachaient pas à de semblables subtilités.

Paralysies alcooliques. A la division ordinaire des paralysies en organiques et fonctionnelles, le docteur Lanceaux en ajoute une troisième espèce : les paralysies toxiques et alcooliques en particulier, dont il offre un exemple très remarquable chez une domestique d'une trentaine d'années qui en est morte. Elle est, en effet, particulière aux fem-

mes, puisque, sur 15 cas cités, 12 se rapportent à des femmes. En voici la physionomie spéciale et véritablement frappante.

Divers troubles gastriques, des rêves effrayants, l'insomnie avec sensation de picotements, de fourmillements, de brûlure aux extrémités des membres coexistant avec une analgésie ou une hyperalgésie symétrique, en sont les principaux signes de début. Rougeur ou pâleur des membres, sueurs limitées aux extrémités, œdème occupant de préférence le dos des pieds et des mains, les accompagnent ensuite. Et comme ces accidents se rattachent à l'intoxication alcoolique, la paralysie symétrique qui suit doit donc lui être attribuée.

Son caractère spécial est de se montrer surtout chez la femme et de se manifester simultanément et au même degré sur les quatre membres et sur les muscles homologues des deux côtés; des extrémités où elle débute, elle gagne peu à peu la racine des membres en diminuant d'intensité. L'affaiblissement est toujours plus accusé aux membres inférieurs, les fonctions des membres supérieurs étant généralement peu compromises. Dans la grande majorité des cas, les muscles extenseurs sont plus fortement atteints que les fléchisseurs, d'où résulte une attitude spéciale des pieds et des mains.

Diminution manifeste de la contractilité électro-musculaire, comme dans l'intoxication saturnine. Une anesthésie au courant faradique peut même se montrer. Ces caractères distinguent donc cette paralysie des lésions circonscrites de la moelle épinière. Au début seulement, il peut y avoir des phénomènes d'incoordination motrice qui la rapprochent de l'ataxie, comme un exemple en est cité; mais la marche des accidents rend bientôt le diagnostic évident : le délire, les hallucinations ne permettent pas une plus longue confusion.

Anatomiquement, cette paralysie des buveurs se lie à une altération manifeste des nerfs et des muscles. Dans tous les cas suivis de mort, la moelle était intacte à l'œil nu, et l'examen des coupes microscopiques n'a constaté aucune altération appréciable. Les racines spinales ont paru saines, tandis que les nerfs des membres paralysés présentaient des altérations évidentes. Elles sont semblables

à celles observées après les sections nerveuses, en ne portant que sur une partie des fibres. Un léger degré de dégénérescence granulo-graisseuse, très avancé dans un cas, affectait plusieurs muscles des jambes. (*Gaz. hebdomadaire*, nos 8, 11, 13.)

Ces lésions indiquent donc une origine périphérique et une espèce spéciale à peine entrevue jusqu'ici, à en juger par quelques remarques historiques faites à cet égard depuis 1864 seulement. Voy. ALCOOLISME, 1867.

Les *paralysies arsenicales*, décrites il y a plus de vingt ans, sont celles qui ont le plus de ressemblances avec les précédentes par la symétrie et la marche ascendante des accidents, les désordres subjectifs et objectifs de la sensibilité, les troubles vaso-moteurs et l'intégrité des centres nerveux. Il n'y a donc pas plus lieu de s'y appesantir que sur les *paralysies saturnines*, bien connues et distinguées. L'oxyde et le sulfure de carbone, la benzine et la térébenthine pour ceux qui fabriquent ces produits sont aussi dangereux à cet égard, et c'est avec raison que M. Lanceux les groupe toutes sous le titre de paralysies toxiques. L'action de ces divers agents sur la moelle détruit ainsi la motilité et la sensibilité et détermine le plus souvent l'impuissance. (*Idem*, n° 45.)

Paralysie faciale traumatique. Elle est apparue dans 22 cas sur la lèvre inférieure avec relèvement manifeste de la commissure buccale, immédiatement après l'extirpation de ganglions lymphatiques malades sous et rétro-maxillaires, faite dans la clinique du professeur Billroth. Elle succède particulièrement à la section des rameaux de la branche cervico-faciale du nerf dans les incisions faites au niveau de la région maxillaire, perpendiculaires ou parallèles au bord inférieur de la mâchoire. La réunion par première intention la fait disparaître en quelques jours, mais elle persista plusieurs mois après la suppuration. (*Archiv für klin. chir. von Langenbeck*, 1880.)

D'où l'avertissement de prévenir cet accident en ménageant ces filets nerveux par des incisions s'en éloignant et, lorsqu'ils se présentent, d'en favoriser la guérison par une réunion immédiate.

Paralyse infantile. Depuis que son influence sur le développement ultérieur de l'atrophie musculaire progressive a été signalée, il y a peu d'années, par le professeur Charcot, les exemples similaires se succèdent chaque année dans les hôpitaux. Un nouvel exemple en a été observé dans la clinique de l'Hôtel-Dieu par le docteur Oulmont, chez un professeur de trente-neuf ans. Il avait été paralysé du côté droit dans son enfance; à trois ans, il n'y en avait plus de traces; mais, à vingt, elle reparait dans le membre supérieur droit par un engourdissement de la main qui se généralise à tout le membre. C'est alors que Duchenne de Boulogne, en le voyant, reconnaît l'atrophie musculaire progressive. L'état stationnaire de la maladie le ramène à l'Hôtel-Dieu le 5 juillet 1880.

Un employé de commerce de vingt-trois ans observe, depuis huit mois environ, un notable amaigrissement des bras et des mains, avec diminution des forces et gêne considérable dans les mouvements. Ces accidents, en augmentant, sont plus marqués à droite qu'à gauche, tellement que ce garçon, ne pouvant plus se servir de sa main droite pour écrire, a dû renoncer à ses occupations de comptable. Le père raconte que, vers l'âge de trois ans, son fils a été pris subitement d'une fièvre de quelques jours sans éruption, à laquelle succéda une paralysie des membres inférieurs qui persista trois mois environ. L'atrophie musculaire progressive est aujourd'hui très marquée dans les membres supérieurs.

Absolument semblables aux cinq faits publiés précédemment, ceux-ci confirment la dépendance de l'atrophie musculaire progressive vis-à-vis de la paralysie musculaire infantile. Elle est comme l'évolution de celle-ci. C'est donc une atrophie musculaire purement symptomatique, avec ce caractère différentiel qu'elle se manifeste toujours primitivement dans les membres inférieurs, tandis que la paralysie infantile idiopathique débute dans les membres supérieurs. Elle se distingue de plus en survenant uniformément de quinze à vingt ans, c'est-à-dire à l'âge où toutes les fonctions de l'organisme sont en pleine activité pour le développement de l'individu. Que la moindre cause occasionnelle se présente alors dans le choix de la profession ou dans les excès commis, et ces influences extérieures

suffisent à réveiller la paralysie infantile. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 47.)

PHTHISIE. On doit la croire infectieuse, selon le professeur Bouchard, non à cause de son hérédité ni de sa contagiosité, mais en raison de sa transmissibilité par inoculation et surtout parce qu'elle évolue, se localise et se généralise à la façon des maladies infectieuses. La tuberculose se développe ainsi le long des vaisseaux par l'intermédiaire du sang, contagionnant l'endartère, qui témoigne de son infection propre par la prolifération de ses éléments et la coagulation de son contenu. Franchissant les tuniques vasculaires, l'agent infectieux contamine les tissus ambiants et rend compte du développement bien connu des nodules tuberculeux le long des vaisseaux.

Elle a aussi l'allure des maladies infectieuses, quand, partant d'un foyer circonscrit, elle envahit les réseaux, les troncs, puis les ganglions lymphatiques, d'où elle pénètre dans le sang pour revenir aux poumons, réceptacles communs et préférés de l'agent infectieux innomé.

L'idée d'infectiosité ne s'impose pas moins dans la phthisie aiguë, la granulie, quand l'organisme est frappé tout entier par une infection aiguë et générale, éclatant le long de tous les vaisseaux, méninges, péritonéaux, pulmonaires. Elle revêt ainsi dans ses allures cliniques chacun des caractères symptomatiques des fièvres infectieuses. Elle apparaît encore visiblement quand, après être restée localisée plus ou moins longtemps, la tuberculose détermine des infections secondaires donnant lieu à une généralisation aiguë. Sa transmissibilité par l'alimentation, la respiration et l'inoculation, s'ajoute à toutes ces preuves. *

L'objection que tous ceux qui vivent dans une atmosphère de phthisiques où sont disséminés les germes provenant de la dessiccation des crachats ne sont pas tous contaminés, ne saurait avoir plus de valeur que pour toutes les autres maladies infectieuses. Le germe tuberculeux n'est pas l'habitat naturel, spécifique de l'homme, comme l'est la vache laitière ou le lapin; le chien s'y montre presque toujours réfractaire. En occupant les degrés moyens de l'échelle tuberculeuse, l'homme peut échapper souvent à son infection. Deux facteurs sont indispensables à sa réalisation :

l'existence du germe infectieux et la connivence de l'organisme pour se l'assimiler. C'est à la constance et l'unanimité de cette connivence que l'organisme humain réalise si facilement l'éclosion du germe syphilitique. C'est une maladie propre à l'homme, tandis que la phthisie ne lui est pas spéciale. Il n'en meurt qu'un sur cinq, et c'est par des modifications physiques, chimiques et dynamiques, subies par son organisme, que ce cinquième perd ses moyens ordinaires de défense contre les germes tuberculeux. Le sol, remanié, retourné et modifié, peut devenir fertile aujourd'hui à ces germes qui, tombés hier, étaient restés stériles. L'apparition de l'érysipèle est due, le plus souvent, à la convalescence d'une fièvre longue ou un traumatisme grave, sinon à des maladies spéciales : albuminurie, diabète ou scrofule. Une dépréciation organique quelconque, la résistance diminuée suffisent en face d'un ennemi qui n'attend que le moment propice pour pénétrer dans la place. (*Revue mens. de méd.*, janvier.)

Si ingénieuse que soit cette théorie s'adaptant aux doctrines actuelles, elle n'est démontrée par aucune observation précise et ne peut prévaloir contre ce fait d'observation générale et universelle, que les enfants de parents tuberculeux sont les victimes les plus nombreuses de la phthisie, quelle que soit la différence de leur éducation, de leur position sociale et leurs maladies même. Ce sont là les véritables élus de la tuberculose. Elle ne peut être d'ailleurs acceptée sans réserve devant l'incertitude même du fait qui lui sert de base : l'inoculation. Outre que la constance et la valeur de ses résultats restent contestés, l'inoculation de substances étrangères peut produire la tuberculose. Aux faits anciens des médecins anglais, le docteur Brunet oppose encore, aux inoculations expérimentales récentes de la tuberculose par M. Toussaint, le fait d'avoir déterminé très-souvent des tubercules dans le poumon du lapin par l'inoculation du cancer et du pus simple. (Voy. TUBERCULOSE.) Ce n'est donc pas comme matière spécifique qu'elle déterminerait la phthisie, mais surtout comme corps étranger, en provoquant une inflammation ambiante, cause de la tuberculose. (*Acad. des sciences*, septembre.)

Influence favorable de l'hydropneumothorax. Quoique gé-

néralement considéré comme une complication des plus graves, l'hydropneumothorax peut enrayer la tuberculisation, d'après M. Hérard, qui en a observé plusieurs cas. Voici l'explication qu'il donne de ces faits inattendus.

Au début de la lésion, le poumon présente de petites granulations disséminées ou de petits noyaux caséeux au milieu d'un tissu congestionné, mais encore assez facilement compressible.

L'hydropneumothorax, survenant pendant cette période, comprime l'organe et occasionne de cette manière une diminution dans son activité.

De cette manière, l'évolution tuberculeuse se trouve entravée et quelquefois même enrayée.

Dans les périodes ultérieures de la phthisie, si les lésions sont encore peu étendues et circonscrites au lobe supérieur, la compression empêche le sang d'affluer vers les produits morbides, dont la nutrition est de cette manière entravée ; le rapprochement des parois de la caverne par la compression due à l'hydropneumothorax pourrait peut-être même exercer une certaine influence sur la cicatrisation.

Il est évident, pour que la guérison puisse être obtenue, que l'autre poumon soit assez sain pour suffire à l'hématose.

Inutile d'ajouter que si le poumon est envahi totalement par la tuberculose, et par cela même résistant et difficilement compressible, l'hydropneumothorax constitue une complication mortelle. (*Congrès d'Alger.*)

Innocuité du traumatisme. Un garçon de vingt ans présentait les signes d'une *consolidation* du poumon gauche avec une large caverne dans la partie supérieure. Il avait en même temps une suppuration du genou gauche depuis plus d'un an. L'amputation de la cuisse fut exécutée par le docteur Battey, pour le débarrasser de ses souffrances. L'appétit augmenta immédiatement, et, un mois après, il marchait avec des béquilles. La toux disparut l'année suivante ; il avait engraisé et put reprendre ses anciennes occupations. Il resta dans ces conditions favorables pendant trois ans et succomba soudainement à une hémoptysie. (*Med. Assoc. of Georgia, 1880.*)

L'action du traumatisme sur la tuberculose a été considérée autrement. En déterminant l'inflammation ou une

modification analogue des tissus, on en a fait la principale cause des tuberculoses locales. Une thèse a été soutenue sur ce sujet en 1880, par le docteur d'Orbecastel. Chez un individu prédisposé, l'organe contus sert de *locus minoris resistentiæ*. Un traumatisme léger souvent répété peut ainsi favoriser l'éclosion de la tuberculose, comme dans la phthisie des marins.

Transmissibilité par inhalation. De nouvelles expériences faites sur des chiens par M. Bertheau, se rapprochant de celles de Tappeiner citées l'année dernière, l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1^o L'inhalation de liquides contenant des substances tuberculeuses ne provoque pas de lésions immédiates du poumon, lorsque les éléments cellulaires sont en suspension assez fine.

2^o Au bout d'un certain temps d'incubation, qui dure environ quinze jours chez les chiens (le mot et le fait sont de M. Villemain), une tuberculose miliaire aiguë se développe dans les poumons.

3^o L'infection est aussi certaine, quand on emploie des crachats de phthisiques, que lorsqu'on se sert de masses tuberculeuses extraites du cadavre. (*Deutsch archiv fur klin. med.*, tome XXVI.)

Lésions du larynx. Pour en montrer la fréquence chez les tuberculeux, le docteur Joal invoque une statistique de 1000 malades, atteints de lésions laryngées, à la clinique du docteur Ch. Fauvel. 229 étaient manifestement tuberculeux, soit une proportion d'environ 23 0/0. Elle serait donc bien supérieure sur un pareil nombre de tuberculeux. (*Arch. de méd.*, mai.)

Dégénérescence musculaire. L'examen de 40 phthisiques a permis au docteur Posadsky, de Saint-Petersbourg, de confirmer l'observation, faite précédemment par Frankel, de l'atrophie des muscles striés du larynx, chez les malades qui présentaient du nasonnement sans aucune altération appréciable à l'œil nu. Il a constaté une altération semblable dans les muscles des membres fléchisseurs et extenseurs, dans les intercostaux et le diaphragme. Les

fibres sont pâles et extrêmement friables ; elles se séparent difficilement et se brisent au moindre effort. Le microscope montrait une dégénérescence granuleuse de la fibre dans tous ces cas ; souvent même, la striation transversale avait disparu. On voyait aussi d'autres fibres subir la même dégénération.

Ces altérations ont été constatées chez les deux tiers des malades ; les autres en étaient exempts, sans que la cause en soit appréciable.

Inhalations antiseptiques. L'utilité première dans la phthisie étant d'agir sur le centre de l'activité morbide, M. Sinclair Coghill a institué depuis cinq ans ces inhalations à l'hôpital des phthisiques de Brompton, en choisissant de préférence ceux qui ont des cavernes. Le processus ulcératif, sans cesse envahissant, entraînant la mortification progressive des tissus environnants et une suppuration qui épuise les malades et les empoisonne proportionnellement à l'étendue de ce foyer, il a essayé ce pansement listérien de l'ulcère pulmonaire avec d'autant plus de raison que, d'après la théorie de l'infection et la contagion même de la maladie par la présence des microbes dans l'air expiré, on s'en mettrait plus sûrement à l'abri.

L'appareil servant à cet effet est des plus simples : un masque buccal, en forme de cuvette métallique double, percé de trous comme un crible, s'adapte par deux anses métalliques au pavillon de chaque oreille. Un tampon d'étoupe ou de ouate, imbibé de 10 à 20 gouttes d'acide phénique, créosote, iode en combinaison avec l'éther sulfurique et l'alcool rectifié ou bien le thymol, est placé entre les deux enveloppes et renouvelé à volonté par la mobilité de l'enveloppe interne. Dix à vingt gouttes de la solution antiseptique matin et soir suffisent en général, la durée et la fréquence de l'inhalation variant suivant la tolérance des individus.

Le malade doit s'étudier à inspirer surtout par la bouche pendant l'inhalation, pour que l'air pénètre dans les poumons chargé des molécules antiseptiques ; l'expiration doit se faire au contraire par le nez. Courtes d'abord, les inspirations deviennent graduellement plus amples et plus profondes, pour faciliter l'hématose et favoriser l'expulsion des

exsudats purulents. Une séance d'une heure le matin en s'éveillant et le soir en se couchant est la règle ordinaire. En s'y habituant, les malades peuvent les prolonger.

Sous leur influence, on a vu diminuer la quantité et la purulence des sécrétions bronchiques, ainsi que la toux. Les effets en sont également salutaires dans la pneumonie, le catarrhe et la dilatation des bronches. Quatre observations en témoignent. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

Vomissements. Contre ce grave symptôme qui vient compliquer si souvent tous les autres en empêchant l'alimentation, il n'existait jusqu'ici que des moyens généraux, indirects pour le combattre. Qu'ils résultent des accès de toux, d'un embarras gastrique, du dégoût ou de l'anorexie simple et l'alimentation devenant impossible, les progrès de la phthisie sont d'autant plus rapides et la mort accélérée. Un moyen d'alimentation artificielle serait donc en pareil cas du plus précieux secours. Il semble résulter de la communication suivante, faite par M. Debove à la Société médicale des hôpitaux de Paris, les 28 octobre et 11 novembre derniers.

Ayant à traiter un phthisique de mon service d'hôpital ne mangeant plus et vomissant chaque fois qu'il cherchait à ingérer, j'attribuai ces phénomènes au dégoût pour les aliments, et j'ai cherché à le supprimer en les introduisant directement dans l'estomac avec la sonde de Faucher. Un premier litre de lait fut bien toléré, alors que le malade ne pouvait pas en déglutir le quart d'un verre sans le vomir aussitôt. J'arrivai vite à introduire deux litres, puis un œuf, puis deux œufs, puis deux cents grammes de viande. Les séances avaient lieu deux fois par jour. Rapidement le malade a repris des forces et de l'appétit. Ses phénomènes morbides se sont amendés; il tousse moins et a vu ses sueurs disparaître, avec une augmentation de poids de 80 grammes par jour. Deux accidents en sont résultés : une légère diarrhée due à l'administration du tapioca et à ce que le malade, pouvant sortir pour la première fois depuis longtemps, avait ingéré une assez grande quantité de rhum, d'où indigestion et diarrhée. Après six semaines de traitement, l'augmentation est de 82 gr. par jour; il n'y a plus de sueurs, plus d'insomnies; la température est nor-

male matin et soir, et le malade reste levé une grande partie de la journée. Les signes cavitaires sont restés stationnaires.

Encouragé par ce premier essai, j'ai tenté le même traitement sur d'autres phthisiques, et j'ai obtenu des résultats très encourageants. Le second sujet avait une affection beaucoup moins avancée. Il n'existait que des craquements, de l'amaigrissement et des sueurs. Après 12 jours de traitement, l'augmentation de poids était de 190 gr. par jour, les forces étaient augmentées au dynamomètre, et le malade avait pu faire une longue course; les râles étaient moins nombreux.

Son urine, analysée par M. Yvon, a donné une augmentation d'urée de 16 à 34 gr. La quantité d'urine était diminuée, probablement parce que le malade, n'ayant plus de sueurs, avait moins soif et buvait moins. L'albumine, au contraire, était augmentée; doit-on attribuer cela à la nourriture par les œufs?

Le troisième sujet était arrivé à la période ultime de la phthisie : cavernes, laryngite tuberculeuse, diarrhée depuis des mois, etc. Il y avait diminution de 50 gr. de poids par jour. Les sueurs ont cessé ainsi que la diarrhée, et le sommeil est revenu.

Ces trois malades ont présenté du retour de l'appétit; ils ont récupéré la sensation de la faim et demandent instantanément la sonde, dès que l'heure du repas est arrivée. Le lavage préalable de l'estomac a été fait chez le premier et le troisième, mais il paraît peu important. Les aliments ont été le lait et les œufs surtout; on a pu encore administrer des médicaments, le sous-nitrate de bismuth par exemple.

En présence de ces résultats, M. Dujardin-Beaumetz a aussitôt répété ces essais, en gavant six tuberculeux avec le tube de Faucher, et il a été surpris du succès obtenu. L'appétit, chez ceux qui ne mangeaient pas du tout, est revenu contre toute attente. On a pu leur administrer de l'huile de foie de morue, des peptones, etc. Les forces se sont relevées, la fièvre et les sueurs ont diminué; la diarrhée s'est arrêtée. Sur 20 observations, il n'y a pas eu une seule exception en s'adressant exclusivement aux phthisiques qui ne mangent pas. C'est une pratique sûre et rapide de relever les fonctions digestives.

Une femme atteinte d'un polype de l'utérus était si affaiblie par de nombreuses hémorrhagies, que le chirurgien, M. Labbé, refusait de l'opérer. Et comme elle repoussait tout aliment et vomissait ce qu'elle prenait, elle fut soumise à l'alimentation avec le tube qui lui permit d'absorber par jour huit œufs, 200 grammes de viande crue et un litre de lait. De là la restauration des forces.

C'est en ne se conformant pas à ces indications que certains expérimentateurs n'ont éprouvé que des succès. M. Moutard-Martin, avec son pessimisme habituel, a mis bientôt une sourdine à ce bel enthousiasme juvénile, en déclarant avoir expérimenté dans son service l'alimentation forcée des phthisiques et s'être vu forcé d'y renoncer. C'est un procédé pénible et douloureux pour la plupart des malades et qui ne mérite pas d'être longtemps employé. (*Soc. de therap.*, décembre.)

Des accidents redoutables et la mort même peuvent en résulter, comme un exemple en a été observé par M. Desnos, à l'hôpital de la Pitié, chez un phthisique au troisième degré, avec anorexie complète. Le cathétérisme de l'estomac avait été essayé préalablement sans injection, mais dès qu'un demi-litre de lait eût pénétré ensuite dans l'estomac, un effort de vomissement subit le fit sortir par la bouche et les narines, sans que le tube fut retiré, avec accès de suffocation effrayante et dyspnée extrême consécutive. La mort, survenue trente-six heures après, montra que le lait avait pénétré par régurgitation dans les voies aériennes pendant le vomissement. D'où la suffocation et la dyspnée ayant déterminé la mort.

L'exemple suivant montre dans quelle mesure on doit y recourir et les résultats que l'on peut en attendre. Un phthisique héréditaire de trente-deux ans entra à l'hôpital Laennec, service du docteur Ferrand, le 23 décembre 1880, avec laryngite ulcéreuse provoquant des quintes de toux et des vomissements. La diarrhée, l'anorexie, le menaçaient d'une fin prochaine. En mai 1881, l'interne du service, M. Lecoq, essaya de l'alimenter avec le tube de Faucher, en anesthésiant le pharynx avec le bromure de potassium. L'introduction brusque de deux litres de lait amena d'abord des vomissements, mais il fut toléré en n'arrivant que progressivement à cette dose. Pendant un mois et demi, l'amé-

lioration fut considérable et le malade reprit des forces. Mais les vomissements reparurent en juillet, continuèrent en août, et, sous l'influence déprimante des grandes chaleurs, la cachexie s'établit et détermina la mort le 28 septembre. C'est donc là un traitement favorable de certains accidents, quand les phthisiques ont encore une force d'assimilation suffisante pour en profiter. (*Soc. méd. des hôp.*, 9 et 23 décembre.)

Sans doute ce n'est pas là un moyen de guérison de la phthisie, et il était à prévoir que tous les phthisiques n'en retireraient pas les mêmes bienfaits. Rien d'étonnant même qu'un certain nombre ne puissent le supporter. Les fébricitants en particulier, avec oppression, dyspnée intense, doivent même en éprouver de la gêne et une certaine recrudescence par l'introduction artificielle de ces aliments dans l'estomac. Mais il n'en est pas de même des phthisies torpides, sans fièvre et souvent sans appétit, contre lesquelles on se borne à administrer des médicaments digestifs, amers ou toniques, pour exciter les malades à manger. Nous avons vu, en 1865, un prétendu guérisseur de poitrinaires intervenir subrepticement chez une de nos malades, jeune phthisique de vingt-quatre ans, et, en la bourrant, en la gavant de sardines à l'huile, de poisson, de potages, de viandes pilées, de vins médicinaux entremêlés d'huile de foie de morue et de bismuth, parvenir à lui redonner un semblant d'appétit, de forces et d'engraissement. Le succès de ce régime ne dura pas longtemps bien entendu. Comme je l'avais prédit, l'estomac, l'intestin et l'organisme tout entier se révoltèrent successivement, et la mort n'en fut peut-être que plus rapide. Agir ainsi avec le tube de Faucher serait courir au même résultat fatal. C'est en l'employant avec mesure contre certains vomissements chez des phthisiques et en leur ingurgitant des substances digestibles, comme le lait, les œufs, le bouillon ou le thé de bœuf, sans en surcharger l'estomac, que l'on pourra les soulager, en les alimentant modérément, et prolonger leur existence si le mal impitoyable ne suspend ou n'arrête spontanément sa marche. Telles sont les conditions d'emploi de ce nouveau moyen dans une foule de maladies où il est destiné à rendre de grands services. Voy.

ALIMENTATION ARTIFICIELLE.

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire, par le professeur Jaccoud. Un volume in-8°, Paris.

Un nouveau livre du professeur Jaccoud est toujours un événement, surtout sur un pareil sujet. De la part d'un esprit si riche et fécond, il ne peut s'agir de compilation ; tout est original. Chacun voudra ainsi en connaître les vues, les idées et les enseignements sur ce sujet, toujours à l'ordre du jour pour tous les praticiens. La cure par l'huile de foie de morue et par l'arsenic, la quinine et l'acide salicylique est particulièrement étudiée quant à leurs indications spéciales et à leur administration. Le traitement thermal et climatérique est aussi un élément principal de ce livre, par les idées neuves et hardies qui y sont développées.

PILOCARPINE. Par son administration facile en injections hypodermiques et son action immédiate par la sialorrhée, les sueurs et parfois l'urination qui en résulte immédiatement, ce nouvel alcaloïde du jaborandi continue de jouir de la faveur et ne cesse d'être expérimenté contre les maladies les plus diverses, depuis la chute des cheveux jusqu'à la sueur des pieds, et toutes les affections intermédiaires. En voici quelques exemples :

C'est en Belgique que les injections de pilocarpine ont été employées au début contre la calvitie, et, bien que d'autres applications aient suivi en Allemagne et en Italie, c'est sous ce climat humide qu'elles ont leur plus grand succès. Une femme de trente-trois ans, tout à fait chauve et dont les sourcils, les cils, les poils de l'aisselle et ceux du pubis avaient complètement disparu, après avoir essayé vainement diverses médications, et ne pouvant rattacher cette alopecie à aucune cause, fut soumise par M. André à des injections de un centigramme de chlorhydrate de pilocarpine sous le cuir chevelu, soit une seringue de la solution suivante :

Chlorhydrate de pilocarpine.....	20 centigrammes.
Eau distillée.....	20 grammes.

Au bout de quelques jours, la dose fut élevée sans accident à 2 c. 5. La sécrétion de la sueur fut si abondante

que la femme, forcée de faire à pied un trajet de deux lieues pour retourner chez elle, dut enlever ses chaussures, littéralement inondées.

Les injections avaient commencé à la fin de mars. Le 18 avril, les cheveux repoussaient en grande quantité. Le 17 juillet, après 10 injections seulement, la tête était recouverte d'une chevelure longue de 2 centimètres, blonde et soyeuse; les poils et les cils avaient aussi repoussé; seuls les sourcils tardaient à se dessiner. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, septembre.)

La coloration des cheveux peut même en être influencée et changer complètement, au grand étonnement des personnes.

Prentiss soignait une dame dont la chevelure était d'un blond très clair, et, depuis douze jours, il lui pratiquait des injections sous-cutanées de pilocarpine, lorsqu'il s'aperçut que les cheveux de la patiente avaient pris une teinte plus foncée. Quatre mois plus tard, et quoique les injections de pilocarpine aient été suspendues pendant plusieurs semaines, la chevelure de cette dame était d'un noir très foncé. Les cheveux avaient gagné en épaisseur, et, à l'aide du microscope, on ne pouvait découvrir d'autres modifications. (*Gaz. méd. de Paris*.)

D'après trois succès dont il relate les observations, le docteur Armaingaud résume ainsi ses propriétés astringentes contre la transpiration fétide des pieds:

1° Les injections hypodermiques répétées de nitrate de pilocarpine paraissent avoir une action curative dans la transpiration fétide des pieds.

2° La suppression de la transpiration des pieds, obtenue par l'emploi de cette substance, alors même qu'elle a lieu brusquement, ne paraît pas avoir sur l'organisme de retentissement fâcheux.

3° Cette action est-elle définitive ou seulement temporaire? C'est ce que l'observation plus longtemps prolongée de mes trois malades me démontrera.

4° La pilocarpine agit, dans ce cas, en produisant une hypersécrétion dérivative et substitutive dans les glandes salivaires, et l'action sudorifique qu'on obtient beaucoup plus sûrement et plus complètement avec le jaborandi qu'avec la pilocarpine ne paraît pas pouvoir être substituée

avantageusement à cette action sialalogue de la pilocarpine. (*Acad. de méd.*, janvier.)

De la tête aux pieds, les diverses affections du tégument externe ont été soumises à l'emploi de ce moyen pour être rappelées ou modifiées, à cause de son action sudorifique. Une fille de onze ans, soignée depuis dix jours pour une rougeole, ayant quitté la chambre sur l'autorisation de son médecin, avait la figure bouffie et enflée le lendemain matin. Malgré le repos et les soins, l'état s'empirait : céphalalgie intense, maux de reins, augmentation de l'enflure. Le docteur Mook, en présence de l'anasarque, avec urines albumineuses rares et très rouges, recommande le régime lacté. Des convulsions apparaissent et, devant le danger de l'urémie, les injections de pilocarpine sont pratiquées et peu de jours après l'enfant entrait en convalescence.

S'il est vrai que l'emploi du tannin à haute dose nous ait personnellement réussi en pareil cas, il n'est pas probable que son action soit identique, d'après les succès obtenus dans l'éclampsie puerpérale. Trois cas publiés par M. Sauger doivent pourtant tenir les praticiens en réserve. Des injections de 2 centigrammes de pilocarpine, pratiquées en pareil cas, paraissent amender les accès. Mais la suffocation résultant de l'abondance de la salive détermina la mort dans deux cas. C'est donc là une contre-indication, car, en abolissant l'action réflexe, le coma s'oppose à la déglutition de la salive.

Son emploi doit être surtout dirigé contre l'urémie, en exerçant une action dérivative sur la peau. Dans la polyurie azoturique, par exemple, il y a augmentation du liquide urinaire et de la quantité d'urée excrétée. Voy. DIABÈTE.

Ses applications contre la diphthérie ont surtout pour effet le détachement des fausses membranes par l'abondance de la sécrétion salivaire en résultant. (Voy. *ce mot.*) La pilocarpine n'a rien de spécifique contre les maladies infectieuses; elle ne peut agir que sur leurs symptômes. Elle est essayée à ce titre dans une foule d'affections dont l'emploi se trouve signalé, notamment les néphrites; elle a même été expérimentée dans la syphilis, avec succès, dit-on. (Voy. SYPHILIS.) Mais l'engouement et la nouveauté lui

créent la plupart de ses indications, qui n'ont souvent rien de rationnel.

PLEURÉSIE. *Pectoriloquie aphone.* Sur huit cas de pleurésie où ce signe a été recherché au moment de faire la ponction, le docteur Douglas Powell ne l'a pas trouvé en rapport avec la nature du liquide obtenu. Malgré son importance, ce signe de Baccelli n'a donc rien de pathognomonique, comme le confirme M. Ewald (de Berlin). (*Congrès de Londres.*)

Pleurésie graisseuse. Un vieillard de Bicêtre, âgé de soixante-quatre ans, entre à l'infirmerie pour une pleurésie avec épanchement, constatée par M. Debove. Le diagnostic n'était pas douteux; la matité, le refoulement du cœur, tous les symptômes classiques attestaient la présence d'un liquide abondant, dont la quantité pouvait être estimée à 2 ou 3 litres.

Aucune amélioration ne se manifestant le lendemain, une ponction fut pratiquée avec issue de 450 grammes de liquide environ; une syncope ayant arrêté l'écoulement et s'étant terminée par la mort. Le surplus du liquide trouvé dans la plèvre à l'autopsie était en effet de 2500 grammes. Ce liquide, dont l'échantillon est présenté, se rapproche comme aspect des épanchements purulents. Au microscope, au contraire, il n'est coloré que par la cholestérine et la graisse sous forme de granulations graisseuses. Un seul globule de pus n'a pu être rencontré, malgré diverses préparations.

A l'autopsie, tous les autres organes étaient sains, sauf le refoulement du poumon vers la colonne vertébrale et celui du cœur à droite. L'épanchement était renfermé dans une poche, formée par une membrane très épaisse, feuilletée, jaunâtre, présentant l'aspect de tissu élastique comparable à une aorte athéromateuse. Elle n'était traversée ni cloisonnée par aucun tractus ni par aucune néo-membrane. Au microscope, la membrane d'enveloppe se montra composée de couches stratifiées de tissu fibreux, analogues à celles que l'on rencontre dans la péricapsulite et séparées par des couches graisseuses. Aucune communication n'existait avec le foie que la présence de la cholestérine pouvait

faire supposer. C'était donc là pour l'auteur une pleurésie graisseuse d'emblée, qui, tout en paraissant remonter à trois mois, n'était pas la dégénérescence du pus en graisse, comme dans les vieux abcès, le microscope n'en ayant pas révélé de traces.

Cette nouvelle entité n'est pas unique, comme le croyait l'auteur. M. Zuber a observé, il y a trois ans, un liquide pleurétique ayant absolument le même aspect, et, en consultant les auteurs, M. Debove a rencontré plusieurs observations analogues, sous le nom d'épanchement chyleux de la plèvre ou des autres cavités séreuses. Une ascite graisseuse a été soumise à la Société clinique dont le liquide était identique à celui en question. Il ressemble grossièrement, dans tous ces cas, à une émulsion et ses caractères macroscopiques et microscopiques sont ceux du chyle. De là le nom d'épanchements chyloformes qui leur est imposé.

Comment se forme-t-il ? On l'ignore, mais il diffère de la dégénérescence graisseuse par son aspect. Serait-il dû à la rupture des chylifères, comme Quinke l'a admis ? Une seule observation probable ne suffit pas à le démontrer. Sans hypothèse, il est assez difficile, dans l'état actuel des choses, d'indiquer par quels caractères anatomiques, étiologiques et cliniques ces épanchements chyloformes diffèrent des autres. Cependant on peut, dès à présent, indiquer certaines particularités intéressantes : ces épanchements sont jaunâtres, assez fluides, ressemblant à un looch ; par le repos, il se forme à leur surface une couche crémeuse. Au microscope, on reconnaît qu'ils doivent leur apparence à un grand nombre de fines granulations graisseuses. Ils peuvent contenir des cristaux de cholestérine. Les causes invoquées sont le froid, le traumatisme, la tuberculose, les maladies du cœur. Au point de vue clinique, on est surtout frappé de l'abondance du liquide épanché, de la rapidité avec laquelle il se reforme. Dans toutes les observations, la maladie s'est terminée par la mort. Les guérisons paraissent n'être que temporaires.

M. Hérard a eu l'occasion de suivre un homme d'une soixantaine d'années, qui a d'abord été atteint d'une bronchite, puis d'une pleurésie droite avec un épanchement qui nécessita la thoracentèse, et il fut très bien guéri dans l'espace d'un mois. Trois mois après, nouvel épanchement et

nouvelle thoracentèse. L'année suivante, nouvelle pleurésie, nouvelle ponction donnant issue à un liquide d'apparence purulente. En 1880, cet homme se présente de nouveau à l'hôpital avec un épanchement nécessitant encore la thoracentèse; le liquide sort mal; il est blanc crémeux. M. Talamon l'examine au microscope et y reconnaît la présence de globules de pus et de sang, de graisse. Le malade se remet très rapidement cette fois comme les autres. Le 4 mai de cette année, il revient avec du liquide épanché jusqu'en haut de la poitrine. La ponction fait sortir 2900 grammes d'un liquide en apparence purulent, crémeux, épais, contenant une grande quantité de leucocytes altérés, de granulations fines, réfringentes, graisseuses. Jamais, dans ce liquide, on n'a trouvé d'organismes inférieurs. (*Soc. méd. des hôp.*, avril et mai.)

PLOMB. *Absorption continue par l'alimentation.* Par ses usages journaliers dans l'industrie, le commerce, les arts et métiers, le plomb est si répandu partout qu'il entre jusque dans les aliments les plus usuels. Il détermine ainsi des troubles digestifs, des accidents divers attribués souvent à d'autres causes, et produit même parfois de véritables empoisonnements par son accumulation dans l'organisme, dont il s'élimine difficilement. En procédant à sa recherche et à son dosage par de nouvelles méthodes, le docteur A. Gautier en a rencontré des proportions notables dans les aliments suivants :

Boîtes de conserves de légumes. Après un an de mise en boîte, elles contiennent 1 millim. 2 en moyenne par kilo, et cette quantité de poison double d'année en année, au point d'en contenir jusqu'à 4 millim. 2 après trois an de conservation.

Conserves de poisson. De 20 à 50 milligrammes par kilo après un an.

Ce plomb est évidemment introduit ici par la soudure et l'étamage des boîtes. Les sardines conservées à l'huile d'olive en contiennent jusqu'à 36 milligrammes par kilo, parce que, dissous par le corps gras qui en contient lui-même jusqu'à 170 milligrammes et plus par kilo, il en résulte un oléate très toxique. L'huile en contient ainsi toujours plus que le poisson, et la quantité en augmente

avec le temps, surtout quand les huiles sont rancies ou acides. D'où le danger d'en faire usage d'une manière continue, même en très petite quantité, car la fixation du plomb dans l'économie peut l'y accumuler à la longue en quantités toxiques.

Eaux potables. Elles empruntent aux tuyaux de plomb où elles séjournent et circulent, même incrustés de sels calcaires, des quantités minimales de ce métal, qui augmente dans les eaux les plus pures et aérées, comme les eaux de pluie surtout et les eaux distillées. D'où le danger de boire ces eaux après qu'elles ont séjourné quelque temps dans des tuyaux neufs ou vieux.

L'eau de Seltz contient jusqu'à 5 milligrammes de plomb par litre. L'usage abondant qu'en font certaines personnes en été peut donc être dangereux, et la dyspepsie attribuée à l'action de l'acide carbonique pourrait bien tenir plutôt à la quantité du plomb absorbée.

Le vin et surtout les vins blancs, verts ou acides comme le vinaigre, dissolvent même une quantité appréciable des vases de cristal plombique, où ils sont gardés en réserve.

Certains *aliments gras* et les viandes en particulier peuvent contenir surtout des quantités considérables de ce métal toxique. Sans s'exagérer le danger de ces faibles doses journalières, il y a donc lieu de s'en préoccuper dans la genèse des troubles et des accidents digestifs. L'absence d'accidents chez les marins qui consomment surtout des conserves alimentaires ne suffit pas à faire négliger ce soin, parce que l'État veille à la bonne préparation de ces conserves et à leur consommation rapide. Un arrêté interdit les soudures plombiques à l'intérieur. Les fournisseurs, en cas d'accidents, seraient répréhensibles, et il n'en est pas de même dans le commerce. Les effets lents, obscurs, insidieux du plomb, faciles à confondre avec beaucoup d'autres agents débilitants, rendent l'examen des aliments d'autant plus indispensable et en particulier de ceux qui viennent d'être signalés. Il suffit de rappeler l'accident arrivé à la famille d'Orléans pendant son exil dans le château de Claremont. Par suite de l'usage d'une eau pure imprégnée de plomb par son contact avec ce métal dans la faible proportion d'un grain par gallon, 13 personnes sur 38 qui en faisaient usage depuis cinq à sept mois en ressentirent

si profondément l'influence, que leurs ongles, aux pieds comme aux mains, avaient pris une coloration bleuâtre. Les enfants seuls n'en souffrirent pas. (*Quaterley journal*, mai 1849.)

Troubles de la nutrition. L'absorption lente et prolongée du plomb, qui constitue l'intoxication saturnine, est d'autant plus importante à étudier qu'elle apporte des troubles notables à l'assimilation, à la désassimilation et à l'élimination ou l'excrétion des déchets de l'organisme. La proportion des matériaux solides de l'urine est ainsi constamment diminuée, comme de récentes expériences de M. E. Gaucher l'ont démontré, en confirmant celles du professeur Bouchard, qui a fait la découverte de ce fait important. La quantité quotidienne d'urine est non seulement diminuée chez les saturnins, sa densité est aussi moindre en rapport avec l'abaissement de l'urée, des acides urique et phosphorique, c'est-à-dire des principaux matériaux solides. L'anurie même peut être complète. Les échanges physiologiques ne s'opèrent donc plus avec la même régularité qu'à l'état normal, et la nutrition générale est ralentie.

Une anémie spéciale en est le résultat par la déglobulisation du sang indiquée par la coloration des urines en rouge, jaune ou brun. De là la teinte subictérique des conjonctives et quelquefois de la peau. C'est l'ictère hémaphéique introduit par Gubler.

La polyurie se montre après le début de l'intoxication confirmée, et ce sont alors des urines pâles, nerveuses, comme chez les hystériques, et qu'il est logique de rapporter à une altération nerveuse.

L'albuminurie rénale, donnant aux réactifs une albumine non rétractile, est le fait de l'intoxication même et indique l'altération des éléments anatomiques par le plomb. Elle est ordinairement transitoire et se montre surtout au début. Elle disparaît en six à huit jours, tandis que celle qui résulte d'une néphrite interstitielle, donnant l'albumine rétractile, indique la lésion grave et chronique du rein. De là l'importance de leur distinction. Voy. ALBUMINURIE.

L'élimination des médicaments est elle-même ralentie et saccadée en rapport avec ses variations de l'urine. (*Revue mens. de méd.*, novembre.)

Ces conclusions, basées sur des observations et des ana-

lyses détaillées, indiquent encore mieux que celles de M. A. Gautier, par leur caractère clinique, le soin à apporter dans le choix des aliments exempts de plomb.

PNEUMONIE. *Traitement.* Aucun décès n'ayant eu lieu sur les 75 entrées de pneumoniques à l'hôpital militaire de Toulouse de 1879 à 1881 que le docteur Alix en a dirigé le service, il y voit une preuve éclatante de l'efficacité du traitement qui s'y trouve institué, surtout en comparant ce résultat unique avec ceux qui peuvent lui être opposés. Sur 230 entrées des mêmes malades dans le même hôpital de 1875 à 1878, il y a eu 20 décès, soit 8,9 pour 100, et, dans d'autres hôpitaux de corps d'armée recevant également des militaires, sur 195 pneumoniques reçus de 1878 à 1880 inclus, il y a eu 15 morts. Toutes ces observations, recueillies dans des conditions identiques : même hôpital, même localité, mêmes soldats dans le premier parallèle, et même région, mêmes casernements, mêmes soldats dans le second, sont donc parfaitement comparables et prouvent la supériorité du traitement institué par M. Alix et qui peut se résumer ainsi.

Dans les cas ordinaires : hygiène, surveillance attentive, abstention d'une intervention médicale inutile, qui peut gêner l'évolution de la pneumonie.

Dans les cas plus graves et pneumonie double : usage de la digitale au début, modérément. Emploi de l'alcool pendant toute la durée, si c'est nécessaire; il n'y a nul danger à l'exagérer.

Enfin, quand l'évolution ne se fait pas et qu'il y a bronchite : extrait d'ipéca pour favoriser l'expectoration. Y joindre des excitants, boissons aromatiques chaudes, le thé, le vin, le café même, et, si besoin est, employer les moyens mécaniques pour l'expulsion des sécrétions.

Ne pas se préoccuper du délire, quand il n'y a pas complication cérébrale; le délire dépend des prédispositions du malade : un sujet qui rêve beaucoup en bonne santé délire étant alité.

Rejeter l'emploi de l'opium, sauf le cas de pleurodynie intense; alors, faire des injections hypodermiques.

Repousser impitoyablement les vésicatoires, qui immobilisent le thorax, favorisent les concrétions, les hépatisa-

tions mortelles. Un vésicatoire aggrave toujours la situation.

La défervescence obtenue, se hâter de nourrir le malade, de reconstituer tout ce que son économie a perdu.

Et toujours de l'hygiène ! (*Bull. de therap.*, décembre.)

Injectons d'éther. C'est spécialement dans les formes adynamiques que le docteur H. Barth fils préconise ce nouveau moyen. 14 observations cliniques, recueillies en 1881, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Brouardel, témoignent de ses effets stimulants. C'est comme une résurrection chez certains malades à l'agonie dont voici un exemple frappant.

Une blanchisseuse de trente-neuf ans entre, le 3 novembre, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde adynamique au troisième septénaire. Une congestion pulmonaire aux deux bases se change bientôt en un engouement très marqué, malgré des ventouses sèches, des stimulants et des toniques. Le 10, état général très-grave : faciès grippé, sueurs, extrémités refroidies, 37°,2 dans l'aisselle. Langue sèche, fuligineuse; ballonnement excessif du ventre, adynamie complète. Matité très marquée dans la moitié inférieure et postérieure du poumon droit, avec souffle tubaire et râles crépitants fins. Au vésicatoire, on ajoute deux injections d'éther d'un gramme chacune.

Le 11 au matin, il y a moins de faiblesse, température à 39°,4, la cyanose a diminué. La pneumonie ne paraît pas s'étendre, et, en continuant les injections d'éther, la résolution était manifeste dès le 15 et la convalescence se déclara aussitôt.

Pour être efficaces et sans accidents, ces injections avec la seringue ordinaire de Pravaz, soit un gramme d'éther, doivent être faites dans le tissu cellulaire exclusivement, en introduisant l'aiguille très obliquement et à une certaine profondeur sans embrocher la peau. On la retire d'un coup sec, en comprimant la peau pour que l'éther ne s'échappe pas. La sensation de brûlure très momentanée réveille le malade de sa torpeur, et si une bulle d'emphysème y succède, elle est très limitée et passagère. La face externe des cuisses, le dos et les flancs sont les régions à choisir de préférence, sans renouveler jamais les piqûres au même en-

droit. Deux à trois injections par jour sont le maximum, en huilant le piston pour éviter l'action de l'éther sur le cuir. La simplicité de cette petite piqûre permet donc d'en tenter l'action stimulante. (*Gaz. hebdom.*, nos 50 à 52.)

Théories de l'action thérapeutique du tartre stibié dans la pneumonie, par le docteur da Costa Alvarenga, membre de l'Académie des sciences de Lisbonne, professeur à l'Ecole de médecine, etc. Brochure in-8° de 44 pages. Lisbonne.

Enumération un peu écourtée de treize théories élucubrées sur ce sujet, avec le nom de leurs auteurs et quelques objections contradictoires. Il a tant été écrit sur ce sujet fastidieux qu'il serait imprudent d'affirmer qu'il n'y en a pas davantage. Mais celles-là suffisent bien à montrer que rien n'est fondé à cet égard et que l'émétique n'a pas d'action spéciale ni aucune utilité thérapeutique directe. C'est la conclusion du savant clinicien portugais. Mais pourquoi n'a-t-il pas écrit cette brochure en meilleur français. Que de mots, de noms estropiés, de phrases incorrectes, d'erreurs de genre et même de nombre.

Du traitement de la pneumonie aiguë. Thèse d'agrégation à la Faculté de Paris, par M. Hanot; in-8° de 316 pages. Paris.

Emanant de l'un des jeunes cliniciens les plus distingués de l'Ecole de Paris, les conclusions de cette monographie sur une des maladies les plus communes peuvent être utiles à signaler, en montrant les tendances actuelles de la Faculté :

« Il n'y a point de médication qui *jugule*, qui *coupe* la pneumonie aiguë, qui lui soit ce que la quinine est à la fièvre intermittente.

« Si l'expectation raisonnée, diététique, a souvent sa raison d'être, souvent aussi *la contemplation stérile est indigne du médecin*.

« Les modifications du type créent de nombreuses indications, qu'il faut s'efforcer de remplir dans la mesure du possible.

« Le traitement de la pneumonie aiguë est celui des indications.

« Le praticien trouvera d'utiles ressources dans les médications, dont l'histoire vient d'être résumée, s'il subordonne habilement son intervention aux variantes des symptômes,

aux complications anatomiques, à l'état général du sujet ; s'il n'oublie jamais qu'il ne traite pas la pneumonie, mais des pneumoniques. »

Pneumonies massives. Cette distinction, faite par le docteur Grancher en 1878, d'après une seule observation, se confirme par ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques. Deux observations nouvelles, recueillies dans la clinique du professeur Lasèque, montrent en effet cette matité absolue complète d'avant en arrière d'un côté ou d'une partie du poumon, sans bruit respiratoire, ni souffle tubaire, ni retentissement de la voix, ni vibrations thoraciques, ce qui, en présence de la dyspnée extrême avec asphyxie imminente, fait penser à un épanchement. L'inutilité de la ponction avec un trocart fin éclaire et affirme le diagnostic.

Le début de ces pneumonies graves est ordinairement subit et très marqué par un refroidissement sensible et des frissons intenses. Le souffle tubaire peut s'observer alors, mais il disparaît bientôt, et il ne reste plus que l'expectoration caractéristique pour asseoir le diagnostic. La mort est ordinairement rapide et est arrivée du cinquième au neuvième jour dans les quatre cas relatés. On trouve à l'autopsie un poumon volumineux dur, lourd et infiltré, hépatisé, d'un moule fibrineux, tandis que son congénère est parfaitement sain. Ce sont des pneumonies types, qui exigent des soins immédiats et héroïques pour être modifiées dans leur cours rapide. (*Archiv. de méd.* février.)

Deux autres faits moins nets et frappants sont rapportés avec l'autopsie par M. Leroux, qui les a recueillis à la Pitié, dans le service de M. Dumontpallier. Au point de vue clinique, voici les signes qui les distinguent : matité complète, *tanquam percussi femoris*, sans élasticité, ni vibration, ni murmure vésiculaire, trois signes considérés comme pathognomoniques des grands épanchements pleuraux. En se rencontrant également dans les pneumonies massives, il y a donc lieu maintenant d'en faire la distinction pour le traitement. (*Idem*, avril.)

La pneumonie lobaire, avec exsudat fibrineux des grosses bronches, simule complètement la pneumonie massive, d'après le docteur Sézary, comme il en rapporte trois

exemples observés à l'hôpital d'Alger en 1877. Le souffle tubaire peut persister si l'exsudat ne remonte pas jusqu'à la partie supérieure ; mais, dès que la bronche maitresse est remplie, la matité à la percussion devient absolue ; le souffle tubaire disparaît avec la bronchophonie ; les vibrations thoraciques sont nulles, ainsi que les râles ; l'expectoration caractéristique peut aussi faire défaut, et l'on a ainsi tous les signes d'une pleurésie avec vaste épanchement. D'où le nom de pneumonie pseudo-pleurétique que lui a donné M. Lépine. La ponction fut faite dans deux cas ; il ne sortit qu'un jet de sang noir, et l'autopsie montra une hépatisation de tout un poumon avec exsudat remplissant tout l'arbre bronchique. Il y a donc lieu à l'avenir de distinguer cette forme des pneumonies massives. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 41.)

PRIX. Les générosités croissantes accordées à la fondation de prix académiques, pour favoriser et récompenser des recherches spéciales, n'atteignent pas leur but le plus souvent. En spécialisant trop étroitement leurs vues et leurs intentions et en formulant un programme restreint, la plupart des donateurs manquent le but généreux qui les anime. Plusieurs prix ne peuvent ainsi être décernés à l'Académie de médecine par la difficulté et l'impossibilité même d'exécuter le programme. Tel le prix Saint-Lager, de 1500 francs, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. Ce programme est répété pompeusement chaque année sur le livret, sans que le prix ait jamais été accordé, que nous sachions, par l'impossibilité même de sa réalisation.

Une certaine latitude devrait au moins être laissée, en pareil cas, pour récompenser les efforts de ceux qui tentent ou cherchent à remplir ces programmes ingrats. Le prix Barbier, de cent mille francs, à décerner à celui qui découvrira un moyen complet de guérison des maladies reconnues incurables, n'aurait jamais servi à rien si, interprétant l'esprit même du donateur, l'Académie n'eût tourné la difficulté en accordant les revenus du capital aux travaux sérieux qui font progresser la science vers le but géné-

reux du baron Barbier, en se rapprochant plus ou moins directement de la question proposée.

Plusieurs autres prix sont dans le même cas, et l'Académie se trouve chaque année dans l'impossibilité de les délivrer, soit à défaut de concurrents, soit par l'insuffisance des travaux devant le but à atteindre. Les prix Orfila, Rufz et d'autres encore en sont l'exemple. Ce n'est que par un tour de force que les annuités accumulées peuvent être adjugées, et l'Académie tient ainsi en réserve le tiers ou la moitié du montant annuel de ses prix. Sur 28 700 francs qu'elle avait à distribuer en 1880, elle n'a accordé que 18 500 francs, sans compter les nombreuses médailles décernées.

Un programme plus large et libéral de la part des donateurs serait donc le plus sûr moyen de donner à leurs libéralités toute leur valeur. C'est ainsi que le prix Boudet, destiné à récompenser *la plus utile des découvertes*, a été décerné au professeur Lister de Londres pour ses utiles applications de l'acide phénique à la chirurgie, par son emploi dans les opérations et le pansement des plaies. Les bienfaits de cette méthode sont si réels et éclatants que la doctrine des germes-ferments de M. Pasteur, sur laquelle elle est fondée, peut disparaître, sans que ses résultats pratiques en soient atténués. Le présent répond de l'avenir.

Du reste, il faut reconnaître que, en dehors des prix admettant au concours les ouvrages imprimés, les mémoires académiques deviennent de plus en plus rares.

C'est que l'Académie semble négliger de plus en plus cette mission essentielle, capitale de son institution, d'encourager activement le progrès de la science par la récompense de ses apôtres les plus zélés. Au lieu d'examiner rapidement et à fond les travaux qui lui sont soumis, les rapports se font toujours attendre. Ce n'est plus, comme autrefois, à jour et à heure fixes, que les décisions sont connues et proclamées solennellement. On met des mois, des années en retard à faire connaître ce verdict aux intéressés. D'où le délaissement croissant de ces assises solennelles, qui attiraient un si grand concours autrefois.

En effet, la distribution solennelle des prix de 1880, qui a eu lieu le 7 août 1881 seulement, a été marquée par un silence, un isolement, un froid qui ne s'étaient pas encore

vus. Les bancs étaient à peine garnis de quelques vénérables, et le public ne montrait pas plus d'empressement. Le principal motif d'attraction, l'éloge académique, manquait. M. le secrétaire général n'avait rien trouvé à dire sur ses prédécesseurs. Aucun ne lui avait paru digne d'exercer son éloquence, et il s'était abstenu, quoique l'exemple direct de ses prédécesseurs immédiats, Dubois d'Amiens et Pariset, fût bien digne de l'inspirer, comme n'ayant jamais manqué à ce devoir de leur charge.

Le secrétaire annuel s'est surpassé au contraire par un rapport général très littéraire sur les prix. Mais lu de sa voix monotone, il n'a pas réussi à captiver l'attention. La lecture en est plus attrayante et profitable.

Il restait dès lors au président, M. Roger, qui a toujours rempli ses fonctions avec un grand zèle, à jeter une fleur poétique sur la mémoire des membres décédés pendant l'année et donner la bienvenue aux nouveaux élus. Il l'a fait avec sa bienveillance habituelle, en finissant par le programme des nouveaux prix pour 1882, dont voici l'énoncé :

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Prix de l'Académie 1882. De l'athérome artériel généralisé et de son influence sur la nutrition des organes. 1000 francs.

Prix Portal. Le système lymphatique au point de vue pathologique. 2000 francs.

Prix Civrieux. Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice. 2000 francs.

Prix Capuron. Des lochies dans l'état normal et dans les états pathologiques. 2000 francs.

Prix Barbier. 4000 francs. (Voy. *année 1878.*)

Prix Godard. Au meilleur travail sur la pathologie interne. 1500 francs.

Prix Desportes. Au meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront, en outre,

être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature. 2000 francs.

Prix Buignet. Au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, original et français, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. 1500 francs.

Prix Orfila. 4000 francs. Ce prix n'ayant pas été décerné, la question reste au concours, selon le programme de 1879.

Prix Itard. Au meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée, ayant au moins deux ans de publication. 3 000 francs.

Prix Falret. Des vertiges avec délire. 1500 francs.

Fondation Auguste Monbine. Subvention annuelle de 1500 francs, ou biennale de préférence, à des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Prix Saint-Lager. 1500 francs, pour l'expérimentateur qui aura réussi à produire la tumeur thyroïdienne.

Prix Saint-Paul. Même programme qu'en 1880. L'importance de ce prix, fixé à 25 000 francs, a alléché la rapacité allemande. Plus de cinquante demandes de renseignements sur les conditions du concours sont arrivées de ce pays. C'est sans doute pour savoir si la découverte d'un microbe sera comptée pour quelque chose et les expérimentations, les cultures faites en vue de le démontrer. Mais c'est un remède spécifique qu'il s'agit de trouver contre la diphthérie, et ce n'est ni le chlorure de sodium ni d'autres moyens analogues qui pourront satisfaire le jury.

Les mémoires et travaux envoyés au concours fondé sur le même sujet par l'empereur Guillaume, pour élucider le drame épouvantable de la cour de Hesse-Darmstadt, n'ont pas été jugés dignes du prix de 2000 reichmarks qui devait les récompenser. (Voy. *année 1879.*)

Prix de l'hygiène de l'enfance. Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France. 1000 francs.

Les mémoires et ouvrages destinés à ces prix doivent être envoyés à l'Académie avant le 1^{er} juillet 1882. Ecrits en français ou en latin, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs des travaux manuscrits. Les concurrents aux prix Godard, Barbier, Buignet, Desportes, Saint-Paul et Itard sont exceptés de cette disposition.

Prix Jobert de Lamballe. Une somme de 30 000 francs a été léguée à l'Académie de médecine, en mémoire de l'illustre chirurgien, dont les arrérages doivent être attribués chaque année à l'élève en médecine jugé le plus méritant par ce corps savant. Malgré la libéralité de ce don, il est évident que l'Académie ne pourra décerner ce prix dans ces conditions qu'avec l'aide de la Faculté, qui peut seule en connaître et désigner l'élève le plus méritant. Le programme en sera donné sans doute l'année prochaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Prix Laborie. Des résultats éloignés de l'ovariotomie.

Prix Demarquay. Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes.

Prix Gerdy. Histoire et doctrine de la réunion par première intention.

Les mémoires doivent être envoyés avant le 15 novembre de chaque année.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Prix Paul Broca. Il sera décerné tous les deux ans à l'auteur du meilleur travail sur l'anatomie humaine, l'anatomie comparée et la physiologie. 1500 francs. La première distribution sera faite en 1883.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS.

Prix Aubanel. Au meilleur travail manuscrit sur un

sujet de médecine mentale ou publié depuis deux ans.
3 000 francs.

Envoyer les travaux au docteur Motet, 161, rue de Charonne.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Un prix de 300 francs, argent et médaille, sera décerné en janvier 1883 à l'auteur du meilleur travail manuscrit, inédit, qui lui sera communiqué en 1882.

A l'avenir, ce prix sera biennal.

ACADÉMIE DES SCIENCES, ARTS ET BELLES-LETTRES DE CAEN.

Prix Le Sauvage. 1500 francs. De la mydriase, de ses caractères, de ses causes et de son traitement.

Prix Dun de La Vauterie. 1000 francs. De la dégénérescence graisseuse du cœur.

Les concurrents devront avoir envoyé leurs mémoires au président de l'Académie de Caen avant le 31 décembre 1882.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

« Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles. » Une médaille de 2000 francs. Clôture du concours : 1^{er} janvier 1883.

« Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale. » 1200 francs. Clôture du concours : 31 décembre 1882.

1881-1883 (prix fondé par un anonyme). « Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. » 8000 francs. Clôture du concours : 31 décembre 1883.

Des encouragements, de 300 à 1000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25 000 francs pourra être donnée, outre le prix de 8000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

« Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme aux points de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. » 1500 francs. Les concurrents devront utiliser les données fournies par l'anatomie pathologique et par les expertises médico-légales, et apprécier la limite qui sépare l'ivresse de la folie ainsi que la responsabilité de l'ivrogne dans les actes dont il est l'auteur. Les mémoires devront être adressés au plus tard le 15 février 1883.

Prix Seutin. I. De la rétention d'urine étudiée dans sa plus large expression, au point de vue de ses causes et de son traitement curatif ou palliatif. Discuter les indications, les contre-indications, les avantages et les inconvénients de chaque manœuvre opératoire. 500 francs.

II. De la valeur comparée des différents pansements actuellement appliqués aux grands traumatismes chirurgicaux. 500 francs.

III. Etablir les indications et les contre-indications des diverses manœuvres chirurgicales applicables aux étranglements herniaires inguinaux et cruraux quelconque, en les déduisant de l'étude anatomo-pathologique et étiologique de ces étranglements et en se basant sur une discussion critique, raisonnée, de tous les modes de traitement aujourd'hui connus.

Montrer les avantages de ces différentes méthodes, ainsi que les perfectionnements dont elles ont été les points de départ. 2000 francs.

Prix Richard Middlemore. Il sera décerné tous les trois ans une somme de 50 livres sterling (1250 francs) à l'auteur du meilleur mémoire sur les progrès de l'ophtalmologie.

Les travaux écrits en anglais ou accompagnés d'une traduction doivent être adressés avant le 1^{er} mai 1882 à M. Fowkes, secrétaire de l'Association médicale britannique, 16, Stand, à Londres.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE DE PHILADELPHIE.

Son président, le professeur Gross, offre un prix de 500 dollars (2500 francs) au meilleur mémoire sur la pathologie et le traitement chirurgical des tumeurs des testicules, du scrotum et du cordon spermatique.

Le concours, ouvert jusqu'au 15 octobre 1883, est exclusivement limité aux chirurgiens américains et ne devra comprendre que des travaux originaux, illustrés de gravures microscopiques ou autres, et écrits en anglais classique.

Le prix sera décerné dans la première séance de l'Académie de 1884.

Prix Warren. Dissertation originale sur la maladie chronique de Bright ou néphrite parenchymateuse et interstitielle ; nature et relation mutuelle des organes circulatoires et sécrétoires. Le prix, de 2000 francs, sera décerné en 1883. Les travaux doivent être adressés à l'hôpital général du Massachusetts, à Boston.

ASSOCIATION DES ÉLÈVES DU COLLÈGE DES MÉDECINS
ET CHIRURGIENS DE NEW-YORK.

Un prix de 2500 francs est fondé pour récompenser celui qui offrira le meilleur mémoire sur un sujet à son choix, pourvu qu'il soit basé sur des recherches expérimentales ou des observations cliniques pouvant former une contribution utile à la littérature médicale.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DES ANIMAUX DU DANEMARK.

Un prix de 2000 francs et un accessit de la moitié de cette somme sont offerts aux deux meilleurs traités scientifiques tendant à montrer la possibilité de se servir d'animaux récemment tués, au lieu d'animaux vivants, pour les

recherches physiologiques, en indiquant les cas inconnus où cette substitution est applicable.

Ces ouvrages doivent être écrits lisiblement en danois, suédois, français, anglais ou allemand et adressés dans les formes académiques à M. de Haxthausen, au bureau de la Société, à Copenhague, avant le 1^{er} septembre 1882.

PTOMAINES ou *alcaloïdes cadavériques*. Voy. ALCA-
LOÏDES.

PUS. *Suppuration orangée.* Depuis que Delore, de Lyon, a signalé le premier cette manifestation remarquable dans sa thèse inaugurale en 1854, on s'en est à peine occupé, tant les cas en sont rares. La guerre de 1870 et la Commune en 1871, en amenant de nombreux blessés dans les hôpitaux, en fournirent quelques exemples au professeur Verneuil, qui lui en confirmèrent toute la gravité signalée par le chirurgien lyonnais, car tous ces blessés, au nombre de quinze environ, succombèrent.

Neuf cas nouveaux, observés depuis, en ville et en province comme à l'hôpital, en fixant son attention à ce sujet, tendent à montrer que c'est toujours là un signe grave et de mauvais augure, mais non absolument mortel. Des 10 observations rapportées par M. Delore en 1854 et 1863, aucun sujet n'avait guéri; tous, atteints de plaies contuses par broiement, avaient succombé à l'infection purulente. D'où la conclusion que la suppuration orangée ou safranée était spéciale aux plaies contuses et entraînait fatalement la mort.

Au contraire, des 9 blessés plus récents de M. Verneuil, un seul a succombé le quatrième jour à une double fracture par broiement des deux jambes. Quatre autres cas de fracture compliquée de la jambe ont guéri, quoique les blessés fussent diabétiques, phosphaturiques ou alcooliques. La suppuration orangée s'est présentée dans les derniers exemples à la suite de plaies simples ou de contusion chez une phosphaturique, sans que la mort s'en soit suivie.

Le pus orangé n'entraîne donc pas fatalement la pyoémie ni la mort. Selon l'auteur, cette terminaison tient au temps, à la coïncidence où l'infection purulente régnait endémiquement dans les hôpitaux et où les opérés y mouraient si

souvent de cette manière. Les moyens antiseptiques usités depuis permettent de ne plus redouter cette complication. Mais l'apparition de la suppuration jaune à la surface d'une plaie n'en est pas moins d'un mauvais présage, et, en admettant comme démontré que les fractures exposées, les plaies contuses et le sphacèle y prédisposent, M. Verneuil y voit de plus la manifestation d'un état général ou constitutionnel, une dyscrasie. C'est l'alcoolisme, le diabète, la phosphaturie ou le morphinisme, comme il en fournit l'exemple, d'après son observation.

Il y a là au moins une indication de traitement spécial qui pourra servir au salut des blessés et des opérés présentant la suppuration orangée. Et quand on sait, d'après M. Robin, que cette coloration est due à l'hématine ou l'hématoïdine altérée qui se trouve en cristaux à la surface des plaies, on ne peut s'empêcher de rapporter logiquement son exhalation, son élimination exceptionnelle à un état particulier des humeurs de l'économie. (*Archiv. de méd.*, décembre 1880.)

PUSTULE MALIGNE. Un surcroît d'attention a été accordé au traitement de cette redoutable affection de l'homme, en raison de son assimilation au charbon des animaux. Les expériences nombreuses faites récemment sur la production expérimentale de celui-ci, en établissant la nature parasitaire ou plutôt bactériodienne, devaient réagir sur la prophylaxie et le traitement de celle-là. Si l'inoculation de la bactériodie était l'unique cause du mal dans les deux cas, le traitement de l'un devait au moins éclairer et guider celui de l'autre. Les vaccinations des animaux récemment tentées pour les mettre à l'abri de cette enzootie devaient aussi en prémunir secondairement l'homme, qui ne la contracte jamais que d'eux. En se rattachant à la pustule maligne, ces expériences ont appelé spécialement l'attention sur ce sujet dans les principaux centres scientifiques.

La cautérisation sur place, sinon l'excision même de la pustule, considérée pendant longtemps comme le meilleur traitement, au moins au début, ne serait plus qu'un palliatif insuffisant, d'après la nouvelle étiologie parasitaire. Introduite sous la peau par piqure, écorchure, plaie ou autrement, la bactériodie charbonneuse prolifère et se mul-

tiplie rapidement. On la trouve ainsi non seulement dans la tumeur, mais dans les phlyctènes qui se forment à la surface. La cautériser profondément, l'enlever même ne suffit donc pas à écarter le danger, car, si le microbe ou son germe reste en dehors du caustique ou du couteau, il continuera à produire son action toxique, et, introduit dans la circulation, qui le charrie partout, il aura bientôt envahi l'organisme et déterminé la mort. De là le traitement général antiseptique à instituer pour tuer plus sûrement ce redoutable parasite et arrêter sa repullulation.

La solution d'iode iodurée, indiquée l'année dernière, étant considérée comme le parasiticide bactérien le plus sûr, c'est à son emploi en injections sous-cutanées dans la zone emphysémateuse et même à l'intérieur que l'on doit recourir. De nouvelles guérisons obtenues sous son influence, dans des cas en apparence désespérés, en démontrent le mode d'application et l'efficacité.

A la fin de décembre 1880, M. Verneuil recevait le télégramme suivant du docteur Lecomte de Landivisiau :

« Pustule maligne, enlevée bistouri, cautérisée deux fois fer rouge, envahissante, gonflement considérable avant-bras. Demandez Verneuil si amputation nécessaire, date plusieurs jours, pouls 120, vomissements. »

Il répondit aussitôt :

« Verneuil opposé à amputation, conseille faire autour de pustule cautérisations ponctuées profondes au fer rouge ; dans zone œdématisée injections sous-cutanées de 5 en 5 centimètres avec solution teinture d'iode à 1 pour 100. »

Quinze jours plus tard, les internes de la Pitié célébraient, à déjeuner, l'heureuse guérison du patient.

Un second cas ne tarda pas à confirmer le précédent. Un mégissier, de seize ans, entre le 20 janvier 1881 à la Pitié, pour un bouton de la paupière supérieure gauche, survenu quatre jours auparavant, avec gonflement et tache noire caractéristique. Tuméfaction considérable de toute la moitié du visage, s'étendant jusqu'à l'oreille, au cuir chevelu, aux régions sus-hyoïdienne et latérale du cou. La paupière supérieure forme un gros bourrelet d'un gris noirâtre gangréneux. La mortification est limitée en haut et en dehors par le sourcil. La paupière inférieure est dure près du petit angle et œdématisée dans tout le reste.

Une zone saillante, indurée, d'un rouge vif, large d'un travers de doigt, se dessine autour de l'eschare avec une couronne de vésicules caractéristiques de 3 à 4 millimètres de largeur entre l'eschare et l'induration. Une large phlyctène remplie de un gramme de sérosité citrine existe à la région malaire. État général sérieux, température à 39°, pouls dur et fréquent, à 120; fièvre intense, inappétence, soif, nausées, constipation absolue, agitation avec somnolence, délire persistant pendant la nuit.

Le lendemain matin, l'eschare fut circonscrite avec la pointe du thermo-cautère, en dehors de la couronne vésiculaire, sans empiéter sur le vif. Un centimètre d'épaisseur fut détaché de la paupière avec le ténaculum, en respectant toute la ligne des cils. Une série de pointes de feu de 8 millimètres de profondeur fut pratiquée avec le thermo-cautère à des distances de 12 à 15 millimètres autour de la plaie. Puis des injections iodées furent faites en dehors, de 5 en 5 centimètres, dans toute la région œdématiée, en injectant 10 gouttes dans chaque piqure. Une potion de Todd et un julep iodé dont chaque cuillerée contenait 3 gouttes de teinture complétèrent le traitement, en répétant les injections hypodermiques.

Dès le soir même, la fièvre avait diminué; état général meilleur. L'œdème était disparu le lendemain, et, dès le 23, le retour de l'appétit et de la gaieté marquait la guérison, qui fut bientôt complète. Des bactériidies trouvées en certaine quantité dans l'examen de l'eschare en montraient la nature charbonneuse; mais ces éléments, en faisant défaut dans la sérosité, le liquide séro-sanguin et le sang même qui avaient été recueillis, montraient que cette pustule était encore toute locale, c'est-à-dire à la première période.

Ce nouveau traitement se résume dans les règles suivantes :

1° Pour la pustule maligne elle-même, destruction radicale avec le thermo-cautère manié comme le bistouri;

2° Pour la zone d'induration, révulsion énergique et profonde avec les pointes de feu;

3° Pour la zone œdémateuse, injections hypodermiques de teinture d'iode diluée au deux-centième;

4° Pour l'intoxication réalisée ou à craindre, usage interne de la teinture d'iode.

• Si ces moyens sont fort utiles dans les cas graves, M. Gosselin voudrait au moins qu'avant d'y recourir on s'assurât qu'il s'agit bien d'une pustule maligne en procédant à l'examen microscopique des tissus et des liquides dont elle se compose; on devrait même s'assurer, par des inoculations à des animaux, de sa nature charbonneuse. Ces précautions n'empêcheraient pas d'agir, si le cas l'exigeait, et l'on saurait expérimentalement à quoi s'en tenir en cas de guérison.

Dans un exemple analogue, chez une jeune femme de chambre piquée huit jours avant, près de Chartres, par une mouche, et qui portait, au niveau du sterno-mastoïdien, une pustule maligne, M. Trélat constata, à son entrée à l'hôpital, une eschare noirâtre, grande comme la pulpe du doigt médius, entourée en partie de sa couronne de vésicules; zone rouge saillante et dure, de quelques centimètres de largeur; enfin, large œdème descendant jusque vers le sein et remontant sur la joue.

Il n'y avait pas le plus léger doute sur le diagnostic. L'état général était sérieux: fièvre, faiblesse, abattement, respiration fréquente et anxieuse.

Une cautérisation avec la pâte de Vienne après large incision cruciale fut faite sur toute l'eschare, suivie de quatre injections sous-cutanées de 30 gouttes d'eau phéniquée au centième sur les limites de la rougeur. Une amélioration sensible en résulta le lendemain 20 mai, et en renouvelant les injections phéniquées au nombre de dix et de vingt les jours suivants, pour diminuer ensuite et les remplacer par une solution de 50 centigrammes d'acide phénique à l'intérieur, la malade était guérie neuf jours après.

Ces injections antiseptiques bien faites suffisent, selon M. Davaine. La preuve en est dans la guérison obtenue cette année par M. Chippeau (d'Orléans) de trois pustules malignes uniquement à l'aide d'injections sous-cutanées, ainsi qu'un œdème malin de la face. Les malades ont tous complètement guéri en très peu de jours; les injections n'ont laissé aucune trace, sauf de petits points cicatriciels analogues à des marques de variole. (*Acad. de méd.*, février.)

C'est néanmoins à la solution de teinture d'iode iodurée que les chirurgiens donnent généralement la préférence,

l'iode ayant été expérimentalement reconnue comme le meilleur antiseptique par M. Davaine. Un homme se présenta le 16 juillet à l'hôpital d'Orléans, avec un œdème malin des paupières. Après cautérisation avec la potasse caustique, M. Breschemiér appliqua autour des pointes de feu au thermo-cautère. Le mal ayant progressé le lendemain, 12 injections iodées furent faites à la périphérie de l'œdème dur avec une potion iodée à l'intérieur. Le lendemain, l'amélioration était sensible, et, dès le 19, l'œdème disparut avec suppuration autour des eschares. L'examen histologique et l'épreuve expérimentale manquant dans ce fait comme dans tous les autres, on ne peut conclure à la pustule maligne.

Dans un cas semblable d'œdème charbonneux des paupières, M. Th. Anger, ne voyant qu'un petit point rouge avec un peu d'œdème vers la queue du sourcil, resta trois jours sans intervention active, attendant le développement de la pustule maligne. Elle n'apparut pas, et le microbe ne se rencontra pas dans le liquide de l'œdème. Trois ou quatre jours après seulement, un œdème considérable apparut en une nuit; la paupière était noire dans toute son étendue. On fit avec le thermo-cautère une incision en croix allant jusqu'à l'os, puis une incision de l'oreille au menton, et le lendemain une autre incision sur la joue. Vingt-quatre heures après, la température baissa rapidement, et les progrès de l'œdème s'arrêtèrent net. (*Soc. de chir.*, février et mars.)

Il est donc impossible de distinguer, d'après ces faits, quel est le moyen curatif de la cautérisation, l'incision ou les injections hypodermiques ainsi employées simultanément. Chez un sellier de cinquante ans, offrant un point rouge, douloureux, sur la face dorsale de l'avant-bras droit, à quelques centimètres au-dessus du poignet, et qui présenta les jours suivants tous les caractères de la pustule maligne avec ulcération, phlyctène et œdème, le docteur Thévenot se borna à des injections iodées avec administration à l'intérieur d'une potion iodée. En cinq jours, les accidents avaient disparu, et le malade guérit parfaitement. (*Journ. des connaissances méd.*, n° 29.)

L'explication de ces succès peut aussi se trouver dans l'état local de la pustule, quoique les symptômes généraux

indiquent le contraire, ou dans la bénignité de ces pseudo-pustules. Deux cas mortels de charbon vrai chez l'homme, démontré par l'infection bact ridienne, la culture et l'inoculation de ce microbe, observés cette année à l'Hôtel-Dieu, dans la clinique chirurgicale de M. Richet, inspirent du moins cette probabilité. En voici le résumé :

Homme de trente-huit ans, ayant déchargé et transporté à plusieurs reprises de la viande sur son épaule. Après quelques démangeaisons sur ce côté du cou et un gonflement consécutif, il entre à l'hôpital le 15 juin, portant une tuméfaction énorme avec un point bleu grisâtre de 15 millimètres carrés au centre. Un cercle rouge violacé entoure l'eschare avec un œdème blanc étendu autour. Anxiété, pâleur, pouls fréquent, sans fièvre. La tumeur est aussitôt divisée en croix au thermo-cautère avec une cautérisation circulaire. Tous les tissus envahis sont ainsi profondément divisés et caut ris s.

Néanmoins les douleurs et l'œdème augmentent, délire nocturne, douleurs abdominales, vomissements, pouls faible, refroidissement. Un émétique est prescrit. Mais tous les accidents augmentent rapidement, des suffusions sanguines se montrent, et cet homme, vigoureux, fort et robuste, succombe dans l'après-midi du lendemain de son entrée.

Putréfaction immédiate, sang fluide et poisseux. Congestion des poumons, liquide sanguinolent à la coupe, diffluence de la rate, foie noirâtre et mou.

Un boucher de trente ans entre, le 23 août, pour un bouton qu'il porte sur la joue droite avec une vésicule au centre sur un fond grisâtre et entourée d'une zone rouge avec infiltration environnante. On cautérise immédiatement la tumeur, et des injections iodées sont faites dans la région œdémateuse avec pansement de Lister, rhum, extrait de quinquina.

Malgré une nuit calme et un bon appétit, l'anxiété se manifeste dès le lendemain soir avec teinte plombée et refroidissement. Le pouls faiblit, l'œdème augmente, et, malgré le renouvellement des injections iodées et les inhalations d'oxygène, le malade succombe dès le 25, après deux vomissements bilieux et une coloration violacée des extrémités. L'autopsie présente les mêmes lésions que dans le cas pr c dent.

MM. Talamon et Derignac, internes, en recueillant le liquide des pustules dans les deux cas, lors de l'incision et de la cautérisation, n'y ont constaté au microscope que très difficilement de rares bactériidies charbonneuses; le sang même aspiré du doigt des malades en était complètement exempt au début. On y découvrit seulement des points brillants, qui sont les germes du microbe charbonneux. Aussi a-t-il suffi de mettre une gouttelette de ce liquide dans un bouillon approprié, celui de Liebig, pour que les bactériidies charbonneuses s'y trouvassent bientôt en quantité incalculable. Elles se rencontrèrent de même en quantité croissante dans les liquides et le sang des malades, examinés à différentes reprises aux diverses périodes de la maladie, à mesure qu'elle avance vers son terme fatal. Ils en étaient encombrés, surtout après la mort, dans les différents organes.

La preuve de la cause étiologique et morbide de ce fatal microbe a été doublement faite par l'inoculation à des lapins et à un cobaye des liquides primitivement recueillis etensemencés. Ils ont tué ces animaux aussi rapidement que le sang même et les liquides pris sur les cadavres, avec tous les symptômes du charbon, et le sang de ces animaux, ensemenché de nouveau, a reproduit le même microbe. Sa différence avec celui de l'infection purulente a pu même être établie par ces cultures au cours de ces curieuses expériences, dont la relation détaillée forme la partie la plus intéressante de ce mémoire. (*Revue mens. de méd.*, mai.)

Une contre-épreuve confirmative reste pourtant à faire, chez les malades qui guérissent de la pustule maligne. C'est de savoir si leurs liquides, leur sangensemencé reproduira le fatal microbe et tuera de la même manière les animaux qui en seront inoculés. Ce serait la solution la plus concluante pour savoir quel est le moyen curatif le plus sûr de l'iode ou de l'acide phénique, de l'excision ou de la cautérisation, d'après l'usage qui en aurait été fait. C'est là le point principal à élucider pour le médecin. Tout le surplus ne sera rien, si l'on n'arrive pas à ce résultat.

R

RACHITISME. Cette grave altération générale de la nutrition organique, inconnue dans son essence et ses causes, et qui a tant occupé nos prédécesseurs par ses effets apparents sur les os, ne tient plus qu'une place secondaire dans l'attention médicale. Tandis que l'on s'occupe si activement de la scrofule dans ses rapports avec la phthisie, du cancer et surtout de la syphilis, il n'est plus guère question de ce sujet, du moins en France. Est-ce parce qu'une meilleure hygiène générale, une alimentation plus tonique, azotée par le confort, l'aisance, résultant de la diminution des familles, l'ont rendu moins fréquent, et que les déviations, les difformités du squelette qu'il entraîne sont moins visibles qu'autrefois? C'est aux orthomorphistes et aux orthopédistes à le dire, car c'est à eux que s'adressent surtout les victimes de ce fléau.

Il semble que ce soit bien plutôt par l'insolubilité même de la question pathogénique et étiologique d'après les doctrines en vogue : le parasitisme, la fermentation, l'inoculation auxquelles le rachitisme paraît tout à fait étranger. Il n'y a rien à faire ni à obtenir de ce côté, pas plus que par l'expérimentation sur les animaux. A quoi bon s'en occuper, alors que toutes les recherches sont tournées de ce côté?...

En Angleterre, où ce mal est endémique dans la plupart des districts, d'où le nom ancien de *morbis anglicus*, une discussion soulevée à la Société pathologique de Londres par M. Hilton Fagge a occupé trois séances consécutives, sans qu'il ait été question d'aucun de ces problèmes. On y trouve en abondance des théories et des opinions plutôt que des faits et des observations précises. Ce n'est pourtant pas qu'elles manquent; les médecins et chirurgiens des hôpitaux en rencontrent *ad nauseam*. Il a été question à peine du sang et des urines des *rickets*, dont aucun examen chimique n'est connu. De même des os, dont l'histologie est restée inaperçue jusqu'ici ou du moins très négligée. Il y a eu plus de questions que de réponses sur tous ces points capitaux.

Dire que c'est une ostéo-myélite spéciale de l'enfance, comme quelques généralisateurs, ce n'est pas résoudre la

question de sa nature. L'étiologie syphilitique a été discutée et rendue probable par un certain nombre d'exemples, mais non prouvée. Les deux maladies sont si fréquentes et communes dans les mêmes classes et les mêmes conditions de pauvreté, de malpropreté et de négligence, a dit sir W. Jenner, qu'il est difficile de prouver le contraire, mais aucune relation n'est évidente entre ces deux affections. Si aucun fait ne démontre leur antagonisme, on ne peut se refuser de penser que la débilité engendrée par la syphilis congénitale ne puisse exposer l'enfant au rachitisme.

La lenteur de l'ossification, constatée par les docteurs Barlow et Lees, n'a pu lever la difficulté, car elle peut tenir aussi bien à la syphilis qu'à l'affection elle-même.

D'après le docteur Baxter, l'usage de la graisse, chez des enfants trop jeunes pour la digérer, est la principale cause du rachitisme. Il appuie cette ancienne opinion sur 120 cas de rachitisme consécutif, observés par lui, où les conditions de la famille, de la santé générale, de l'hérédité et d'autres circonstances ne pouvaient guère avoir d'influence pour le produire. C'est la seule donnée précise qui soit résultée de cette longue discussion et qui puisse être vérifiée, contrôlée par l'expérimentation sur les animaux. (*Lancet*, n° 1.) Mais une objection se présente aussitôt : aux États-Unis, dont le mode d'élevage des enfants est le même qu'en Angleterre, le rachitisme n'existe presque pas.

Une étiologie nouvelle est admise par le professeur Parrot : c'est la syphilis héréditaire. Après les nombreuses lésions osseuses constatées par lui sur les nouveau-nés à l'hospice des Enfants trouvés et qu'il attribue uniformément à la syphilis héréditaire, il ne pouvait laisser en dehors de cette cause le rachitis, comme il l'appelle, constitué principalement par les altérations du squelette. Mais, en passant son niveau syphilitique sur cette maladie constitutionnelle, il est obligé d'étendre son action à la syphilis active et à la syphilis passée, et c'est par cet artifice que l'étude du squelette lui révèle des altérations osseuses dans 98 0/0 des cas de rachitisme.

L'auteur fait bon marché de toutes les autres causes. Elles ne déterminent que l'ostéo-malacie, dit-il. Une nourriture insuffisante ne produit pas le rachitisme, et beaucoup d'enfants cachectiques ne deviennent pas rachitiques s'ils ne sont

syphilitiques. Une cause banale ne peut enfanter une affection aussi typique, et, lorsque la syphilis la produit, c'est son dernier effort, et elle se transforme ainsi en une affection nouvelle. C'est un exemple du transformisme morbide. Voy. SYPHILIS OSSEUSE.

Pure théorie, comme on voit, issue de celle qui fait procéder de la syphilis toutes les altérations osseuses de l'enfance. Aussi a-t-elle provoqué une protestation à peu près générale des médecins étrangers. A Munich, où le rachitisme est fréquent, la syphilis héréditaire est très rare et M. Ranke repousse toute relation étiologique entre les deux affections. Beaucoup de faits contradictoires à cette étiologie ont été observés à Belfort par M. Byers. Pour les médecins anglais, le rachitis décrit et observé par M. Parrot sur les enfants trouvés de Paris n'est pas le rachitisme, et M. Gibert (du Havre) est à peu près le seul à se déclarer converti aux idées nouvelles, d'après les bons effets du traitement anti-syphilitique chez les enfants rachitiques. Malgré les raisons alléguées à l'appui, le président M. West a clos cette discussion en disant que les propositions émises par M. Parrot ne sont pas encore prouvées. (*Congrès intern. de Londres.*)

RAGE. Il en a été beaucoup parlé cette année sur un mode absolument nouveau. Elle a été si fréquemment transmise par le chien ou d'autres animaux à l'homme que l'accroissement des cas observés dans les hôpitaux a donné l'idée de la reporter expérimentalement par inoculation de l'homme aux animaux, non pas à ceux qui la contractent spontanément, mais à ceux qui en paraissent le plus exempts : le mouton, le lapin. Ces expériences ont été la grande préoccupation académique, et c'est en ne voyant sortir que du bruit et du vent de toutes ces expérimentations spéculatives qu'on s'est remis à en étudier plus utilement la prophylaxie et le traitement.

Transmission expérimentale. Un jeune garçon étant mort d'hydrophobie au mois de décembre, à l'hôpital Trousseau, MM. Raynaud et Lannelongue eurent l'idée de contrôler les expériences de M. Galtier, vétérinaire à Lyon, ayant démontré la transmissibilité par inoculation de la rage du chien au lapin, dont la durée moyenne de l'incubation avait été

de dix-sept jours. Afin de savoir si celle de l'homme était également transmissible au lapin, ils lui ont inoculé de la salive, puis du sang de l'enfant encore vivant. 3 sur 4 sont morts rapidement, sans que l'inoculation du sang ait rien produit.

Après la mort, le mucus buccal a été inoculé sans effet ; mais le mucus bronchique a rapidement tué deux lapins inoculés. Des fragments de glandes salivaires n'ont rien produit, mais ceux des ganglions lymphatiques ont entraîné la mort, ainsi que des fragments de nerfs crâniens.

Et, pour montrer qu'il s'agissait bien de la rage, ces inoculations des divers tissus pris sur les lapins morts furent répétées sur d'autres lapins et produisirent une mort encore plus rapide que dans les premières. Le sang inoculé a tué un lapin en deux heures et un autre en quarante-deux. Un singe inoculé avec les fragments du bulbe de lapin est mort en quarante-huit heures.

En résumé, 26 morts sur 38 expériences. L'agent transmis est donc virulent ; les faits négatifs ne peuvent infirmer ce résultat.

Mais ce n'est pas la rage qui tue en vingt-quatre heures, et encore moins en deux, dit le professeur Colin, d'Alfort. Son incubation chez les herbivores est de dix-sept jours en moyenne. Ayant inoculé trois lapins avec la salive d'un chien enragé, par une, deux et trois piqûres, ces trois animaux n'ont rien offert pendant les dix-huit premiers jours, et c'est le n° 3 qui a été saisi le premier à cette date. Les deux autres sont morts ensuite sans aucune trace de violence rabique. La virulence rabique ne peut siéger dans des fragments de bulbe ni de ganglions. Il s'agit donc d'une autre maladie. C'est la septicémie, et personne ne peut détruire cette grave objection.

M. Pasteur intervient alors solennellement et déclare que, en recueillant du mucus buccal sur l'enfant hydrophobique, quatre heures et demie après sa mort, et en l'inoculant séance tenante à deux lapins, ils sont morts en trente-six heures avec gonflement des ganglions aux aines, aux aisselles, au cou. Et, comme la salive de ceux-ci, inoculée à d'autres, les a fait mourir aussi rapidement, il annonce que la maladie est bien due à l'organisme, le microbe trouvé, découvert par lui dans ce liquide. C'est un bâtonnet légère-

ment étranglé en 8, dont la dimension très faible ne dépasse pas un millième de millimètre, avec une enveloppe gélatineuse représentée par une auréole pâle. Il en a essayé la culture dans divers bouillons, même le bouillon d'homme; mais celui de veau lui a le mieux réussi.

Cet organisme est si bien la cause de la maladie qu'une seule goutte de la dixième culture inoculée a reproduit exactement la maladie primitive. Il ignore si c'est la rage; mais il affirme que ce n'est pas la septicémie. Et, sur l'affirmation contraire de M. Colin, il apporte en preuve dans une cage six cochons d'Inde avec des feuilles de choux pour juger le différend. Ces petits animaux étant les plus sensibles à la septicémie, il les a inoculés depuis huit jours avec le liquide précédent, contenant le soi-disant microbe de la rage, et il leur jette séance tenante les feuilles de chou à dévorer pour montrer qu'ils ne sont pas malades. Il admet donc que c'est la rage, auquel le cobaye est réfractaire; mais des expériences simultanées de M. Galtier infirment précisément cette interprétation. Il a obtenu un cas de rage chez un cochon d'Inde inoculé avec la bave d'un chien enragé, recueillie depuis dix jours et conservée entre deux plaques de verre. Le cochon d'Inde, comme le mouton et la chèvre, contractent donc la rage expérimentalement. Chaque expérience porte ainsi son jugement, d'après le grand maître de la panspermie, et constitue la science actuelle en pleine Académie de médecine!

De là la protestation énergique du professeur Gosselin : « Tant qu'on n'aura pas transporté du lapin au chien la maladie en question et déterminé chez ce dernier les symptômes de la rage, je me refuserai à croire qu'il s'agit d'elle. » Et sur l'observation des vétérinaires que l'épreuve faite est restée nulle : « Alors j'affirme à mon tour, ajoute M. Gosselin, que ce n'est pas la rage que vous avez donnée aux lapins. » Alors, c'est une maladie nouvelle! répond M. Pasteur, qui n'est ni médecin ni vétérinaire, en s'en tenant énergiquement à la panspermie. Dès lors, il accumule expériences sur expériences avec la salive. Il inocule la salive d'enfants morts de maladies communes, non infectieuses ni inoculables, afin de trouver le mot de l'énigme. Et les lapins inoculés meurent de même qu'avec celle de l'enfant enragé et présentent le même organisme. La salive d'un adulte en

pleine santé, recueillie à jeun, lui présente même le nouveau microbe, et il n'est plus douteux qu'il occupe ainsi les premières voies digestives de tout le monde.

En effet, M. Vulpian inocule la salive d'un homme sain à un lapin qui meurt le surlendemain. Une goutte de sang de ce lapin inoculée à un autre le fait mourir en vingt-quatre heures, et des myriades de microbes sont trouvées à l'autopsie. Et ces effets sont si peu constants que d'autres inoculations semblables ne sont suivies d'aucun résultat appréciable, comme avec la salive de l'enfant enragé.

Il n'y a donc rien là de spécifique, direz-vous. « Erreur, réplique toujours M. Pasteur, il y a le microbe que j'ai découvert, le microbe de la salive en 8. Il a beau ressembler à tous les autres; je juge par ses effets et sa reproduction qu'il s'agit là d'une maladie nouvelle, maladie si réelle qu'elle fait mourir les animaux et les lapins surtout auxquels elle est transmise. » Tels sont les oracles hypothétiques du grand prêtre! (*Acad. de médecine*, janvier.)

Avec ses puissantes ressources et ses moyens nouveaux d'investigation, M. Pasteur ne subit jamais un échec sans le réparer aussitôt. Ses moyens d'étude sont si ténus, déliés et hors de la pratique courante, qu'il y puise des ressources particulières. M. Colin ayant avancé que la virulence de la rage ne pouvait siéger dans le bulbe ou d'autres fragments des centres nerveux — conformément aux déclarations de M. Galtier ayant annoncé précédemment à l'Académie des sciences n'avoir jamais pu inoculer la rage avec le liquide provenant de ces tissus — il s'agissait de vérifier le fait, d'après les lésions du bulbe signalées en 1875 par M. Gombault et retrouvées depuis chez tous les animaux enragés par M. Nocard. Aidé de ses trois collaborateurs ordinaires, M. Pasteur a pris sur un chien mort enragé de la substance cérébrale ou de la moelle allongée, qu'il a broyée « avec les précautions nécessaires pour l'obtenir dans un parfait état de pureté ». Introduite dans une seringue, il l'a injectée entre le cerveau et la dure-mère sur un chien bien portant, préalablement trépané. Et cinq à six jours après, c'est-à-dire dans le même intervalle que dans les expériences, les symptômes de la rage ont apparus. Tous les premiers animaux ainsi inoculés ont succombé de même, soit à la rage mue, soit à la rage furieuse. D'où l'avantage pour l'auteur de

pouvoir observer la rage à volonté et à délai rapproché et fixe, en supprimant la longue et variable période d'incubation. (*Idem*, 31 mai.)

C'est encore là une manière nouvelle d'étudier la rage qui ne peut nullement éclairer celle de l'homme. M. Galtier est plus rigoureux en concluant, de ses nombreuses expériences sur les moutons et les lapins, que les injections du virus rabique dans les veines du mouton ne font pas apparaître la rage et semblent au contraire en conférer l'immunité. Mais la rage peut être transmise par l'ingestion de la matière rabique, sans que le lieu de l'inoculation soit encore déterminé. D'où le danger de manger la chair d'un animal enragé. Il reste à savoir si l'injection de cette matière rabique dans les veines, le lendemain ou le surlendemain d'une morsure ou d'une inoculation rabique, peut encore préserver l'animal de la rage. (*Acad. des sciences.*)

Prophylaxie. Préoccupé de l'accroissement des cas de rage humaine dans le département de la Seine, le Conseil d'hygiène et de salubrité, examinant les mesures précédemment prises pour les prévenir, a cru devoir les modifier après examen et discussion en adoptant les moyens suivants :

« 1° Il faut *immédiatement*, par des pressions énergiques, faire *saigner* abondamment les morsures les plus profondes comme les plus légères, et les *laver* le plus complètement possible à grande eau, avec un jet d'eau, si cela est possible, ou avec tout autre liquide (de l'urine même), jusqu'au moment de la cautérisation.

« 2° La cautérisation pourra être faite avec du caustique de Vienne, du beurre d'antimoine, du chlorure de zinc, et surtout avec le fer rouge, qui paraît être le meilleur des caustiques. Tout morceau de fer (bout de tringle, fer à plisser, clef) chauffé au rouge peut servir à pratiquer ces cautérisations, *qui devront atteindre toutes les parties de la plaie.*

« 3° Le succès de ces cautérisations dépendant de la promptitude avec laquelle elles sont faites, *chacun est apte à les pratiquer* avant l'arrivée du médecin.

« 4° Les cautérisations avec l'ammoniaque (alcali volatil) et les différents alcools sont complètement inefficaces. »

Indications thérapeutiques. Au lieu d'un spécifique, le docteur Biéchy cherche les indications du traitement dans la forme hyperesthésique de la maladie. La céphalée, la dysphagie, le priapisme, les convulsions, la mort apoplectique forme ayant leur siège dans l'encéphale et ne pouvant dépendre rationnellement que de la phlogose, il conseille d'y opposer une médication hyposthénisante appropriée à l'intensité et à la localisation du mal.

Un vésicatoire fortement cantharidé sur le cuir chevelu préalablement rasé et l'emploi de la belladone et du calomel à l'intérieur lui semblent propres à favoriser l'élimination du virus et la réfraction pour sa réactivité. (*Gaz. médicale de Strasbourg*, 1880.)

C'est ne pas tenir compte de la spécificité du virus rabique ni du spécifique à trouver pour l'atténuer, le détruire ou le neutraliser. L'expérience du mercure dans la syphilis, de la vaccine contre la variole, montre qu'il n'y a pas d'autre voie pour combattre efficacement les virus, qu'ils soient produits par un microbe ou leurs propriétés spéciales.

Incision des morsures. M. Davaine a constaté expérimentalement que l'inoculation du virus rabique, par une petite incision sous-épidermique, donne lieu à une prompt absorption, tandis qu'elle est au contraire lente et inoffensive si la peau est largement divisée. Les deux tiers des animaux inoculés ainsi ont été préservés. D'où l'indication suivante de ce résultat : Inciser largement toute plaie réputée virulente et la cautériser ensuite profondément, plusieurs heures même après la morsure. (*Acad. des sciences.*)

Pelletiérine. L'insuccès du chloral, de la morphine, du curare, même employé encore récemment à haute dose sans succès par le professeur Bouchard, conduit à essayer ainsi successivement tous les médicaments nouveaux. Le professeur Potain a tenté d'employer récemment la pilocarpine et c'est ainsi qu'appelé à soigner un homme enragé avec le docteur Leroy-Desbarres, après l'insuccès du chloral et les injections morphinées, M. Dujardin-Beaumetz les remplaça par des injections de pelletiérine à la dose d'un gramme. La grande analogie de ce nouvel alcaloïde avec le curare, le seul qui ait donné quelques succès, non sans danger, a

conduit à cet emploi; mais l'hydrophobe a succombé dans un accès convulsif quelques heures après l'injection. (*Soc. de therap.*)

Valdivine. Ce nouvel alcaloïde, extrait des cédrons, a été expérimenté contre les morsures de serpent et les inoculations de la rage, sans avoir jamais prévenu la terminaison fatale. Cependant le professeur Nocard l'ayant expérimenté à Alfort sur des chiens enragés, à la dose de 4 centigrammes par jour, a observé d'une manière constante la suppression complète des accès. Les animaux soumis à ce traitement restent insensibles à tout ce qui se passe autour d'eux et meurent sans avoir eu de convulsions. A l'autopsie, on constate une congestion beaucoup moins vive des organes génitaux que chez les animaux enragés non traités. (*Idem.*)

Hoánk-nân. Remède tonquinois contre la rage et la lèpre, envoyé en France par les missionnaires français. Il est en grand usage au Tong-King, avec succès, dit-on, contre plusieurs maladies incurables en Europe. L'évêque Gauthier assure qu'il est infailible avant le premier accès et très souvent efficace même quand le mal est déclaré. Il se bornait à citer un jeune homme de son voisinage qui venait d'en être guéri. M. Perrier, missionnaire, raconte avoir obtenu la guérison d'un cas de rage déclarée avec 7 grammes de poudre à doses rapprochées.

Pour M. Lesserteur, ces succès ne font l'objet d'aucun doute. Il fait des vœux pour que des expériences sérieuses soient dirigées en France, dans le but de constater la curabilité d'une maladie dont le nom seul provoque l'effroi. Voici le *modus faciendi* qu'il indique :

Dans la rage déclarée, il faut procéder énergiquement et faire avaler au malade, à l'aide d'une cuillerée à bouche de vinaigre, d'abord deux ou trois pilules, puis plusieurs autres à courts intervalles, jusqu'à ce que le malade éprouve des crispations des pieds et des mains, et surtout des mouvements nerveux de la mâchoire.

Dans le cas de morsure par chien enragé, le traitement préventif consiste à prendre une pilule le premier jour, deux le second, trois le troisième, etc., en augmentant d'une

pilule par jour, jusqu'à ce que surviennent les premiers phénomènes toxiques. Si la rage n'a pas été inoculée, quelques pilules suffiront pour produire ces accidents. Il en faudrait beaucoup plus si l'inoculation du virus avait eu lieu. (*Bull. de therap.*, août.)

Ces guérisons, relatées de bonne foi, n'ont malheureusement pas plus d'authenticité que celles obtenues avec l'omulette magique et tant d'autres panacées vulgaires. Plusieurs maladies ressemblent à la rage aux yeux des gens du monde, et beaucoup s'imaginent l'avoir prévenue ou guérie, alors qu'il ne s'agissait que de simples convulsions. Le remède en est donc encore aussi inconnu que la cause.

RÉSECTIONS. Par une singulière extension de ce mot, qui s'appliquait exclusivement autrefois au retranchement partiel des os, il est employé le plus souvent aujourd'hui à l'excision partielle des parties molles. Il sert ainsi à désigner le plus grand nombre d'opérations, d'après le principe même de la chirurgie conservatrice moderne de n'exciser ou réséquer d'un organe, d'un tissu, que la partie malade, altérée ou désorganisée. De là le nombre croissant des résections. On a commencé par les os, on continue par les organes, et, avec l'habitude de l'expérimentation et le goût de l'analyse, on finira certainement par la résection microscopique des tissus, sinon des éléments organiques, à défaut de pouvoir les détruire par les caustiques ou les neutraliser par les réactifs. C'est la marche inéluctable du progrès dans cette voie.

De nouvelles résections sont ainsi introduites chaque année dans le cadre nosologique. A voir la témérité, l'audace des opérateurs à porter le couteau sur les organes les plus profonds, comme les plus ténus et déliés et aussi les plus importants à la vie, il est permis de se demander où s'arrêtera cette fougue des résections. L'expérimentation, la vivisection étant actuellement la base même de la science pour l'analyse des fonctions les plus secrètes, les jeunes chirurgiens s'enhardissent de plus en plus à retrancher chez l'homme la partie malade d'un organe quelconque, ne serait-ce que pour vérifier si elle est indispensable à la vie ou montrer qu'elle peut être retranchée sans péril.

C'est sur les voies digestives, le tube intestinal que les

principaux efforts ont été portés cette année. On a réséqué une portion de l'estomac, enlevé le pylore, retranché 2 mètres d'intestin, et tout cela avec guérison. C'est merveilleux, incroyable. A défaut d'un nom spécial pour ces opérations, la description s'en trouve placée au mot leur correspondant le plus exactement. La résection du pylore se trouve ainsi placée à ESTOMAC, comme la *cystérectomie* à VESSIE.

Mais cette dénomination générique d'une opération si grave n'est sans doute que provisoire, comme celle de l'estomac. Les résultats qu'elles promettent, d'après ceux obtenus, ne peuvent manquer de les faire distinguer bientôt par un nom spécial, comme toutes les autres résections nouvelles. On dira pyloréctomie et gastoréctomie, comme on dit entérectomie, hystérectomie, laringectomie, néphrectomie, œsophagectomie, splénectomie et tant d'autres désinences analogues. Une nouvelle classification en résultera dès lors dans le vocabulaire chirurgical.

Résections scrofuleuses. *Pansement à l'iodoforme.* Voy. PANSEMENTS.

Résections articulaires. Leur valeur comparative est examinée par le professeur Ollier, suivant qu'elles sont hâtives ou tardives. Les résultats orthopédiques et fonctionnels sont subordonnés, dit-il, à ces deux éléments principaux : la méthode opératoire employée, et l'état d'altération plus ou moins grande des tissus qui constituent ou entourent l'articulation. En général, plus une résection pratiquée pour une ostéo-arthrite sera faite de bonne heure, plus ces doubles résultats seront satisfaisants. Et, rappelant les méthodes employées par lui pour la reconstitution des articulations sur leur type primitif, il se prononce pour les résections hâtives contre l'ostéo-arthrite fongueuse. Leurs indications sont rendues encore plus fréquentes qu'autrefois par l'emploi de la méthode antiseptique.

Consécutivement aux traumatismes, il croit à la supériorité des résections secondaires, mais il ne les veut pas trop tardives. (*Congrès internat. de Londres.*)

Résection du coude. Dans une résection sous-périostée du coude, faite par M. Berger suivant le procédé d'Ollier et

avec le listérisme, la plaie se réunit rapidement, puis se rouvrit quinze jours après, en produisant une fistule. Une véritable articulation de polichinelle, mobile en tous sens, en résulta, et ce n'est que six mois après que des mouvements volontaires étaient devenus possibles, sans que l'avant-bras pût rester étendu quand le bras était placé horizontalement.

D'où cette remarque de M. Farabeuf que le pansement de Lister donne de mauvais résultats dans les résections, au point de vue de la solidité, parce que la cicatrisation est trop prompte et simple, les parties enlevées n'ayant pas le temps de se reproduire. Quelques chirurgiens ont ainsi renoncé à l'employer dans les résections, et d'autres, en usant de ce pansement, remplissent la plaie avec de la charpie pour la faire suppurer. (*Soc. de chirurgie*, novembre 1880.)

Par opposition, M. Sée présente une fille de vingt-un ans qui a subi une résection de coude il y a sept ans, c'est-à-dire sans la méthode de Lister. Elle se sert si bien de son bras qu'elle enlève très facilement une chaise avec ce membre, malgré une mobilité latérale considérable. (*Idem*, 15 décembre.)

Résection de la hanche chez l'enfant. Du rapport fait à la Société clinique de Londres le 13 mai par M. Marsh sur la valeur de ce moyen, il résulte que, sur 45 cas, une mortalité totale de 35,5 0/0 en est résultée directement, et 13,4 0/0 de complications tuberculeuses. La durée du traitement fut de vingt-un mois, et le raccourcissement s'élevait à 2 pouces $\frac{3}{4}$, avec le libre mouvement de l'articulation.

Sur 260 cas de suppuration de la hanche, traités sans excision pendant deux ans et demi, la mortalité fut de 30,4 0/0, dont 9,2 de maladies tuberculeuses. Le raccourcissement était de 1 pouce $\frac{1}{2}$ dans 33 cas, et 30 sur 35 des guéris marchaient plus ou moins librement.

Dans 124 cas de coxalgie sans suppuration, la mortalité fut de 10,5 0/0, dont 7 0/0 de maladies tuberculeuses. Le raccourcissement était de 1 pouce et $\frac{1}{3}$ dans 17 cas, et 19 sur 22 marchaient librement.

Des séquestres furent rencontrés dans 59 cas sur 100 des spécimens examinés.

Sur 203 cas de résections recueillis à diverses sources,

13,7 0/0 des opérés étaient morts directement de l'opération.

Les indications pathologiques sont : la nécrose de la tête du fémur ou la formation de larges séquestres, la carie étendue des os ou des abcès intra-pelviens en provenant, et une suppuration prolongée. Une suppuration rapide avec de graves symptômes locaux et constitutionnels en sont les indications cliniques.

La mortalité par méningite tuberculeuse a été de 4,4 0/0 dans les cas de résection, de 6,1 dans les cas de suppuration et de 5,6 dans les cas sans suppuration.

Des 429 cas, 9 0/0 ont été mortels par maladies tuberculeuses. Le membre est généralement moins utile après la résection qu'avec les autres modes de traitement. La partie malade de l'os doit seule être réséquée, et le grand trochanter dans les cas où il est très altéré ou que l'os correspondant du bassin est malade.

Les résultats cliniques montrent que, malgré la très grande fréquence de la nécrose, les séquestres en provenant sont souvent très petits et peuvent être expulsés spontanément ou extraits artificiellement. (*Lancet*, 21 mai.)

Ces conclusions sont donc conformes aux vues de M. Holmes, exprimées à Cambridge, que le membre laissé après l'excision est plus souvent inutile que celui qui succède à la guérison sans opération, même quand la suppuration a eu lieu.

En présentant au Congrès international de Londres un spécimen de reproduction de la tête et du col du fémur après résection, le docteur Sayre, de New-York, a soulevé une réprobation énergique des chirurgiens anglais, en y joignant un tableau de 73 cas de cette résection pratiqués par lui. C'est un véritable abus, dont le professeur Kocher, de Berne, pourrait seul être jaloux, en invoquant à son tour 64 résections du genou. Avant d'opérer ainsi, il faudrait démontrer la nécessité d'une intervention active. C'est en préconisant la résection hâtive que l'on est porté à opérer avant d'avoir épuisé tous les moyens locaux. L'usage devrait donc en être plus restreint, car à New-York, comme à Berne, on résèque pour des cas qui guérissent à Paris avec des moyens plus conservateurs.

Section sous-cutanée du col fémoral. Chez une femme de vingt-trois ans, atteinte d'ankylose vicieuse depuis vingt mois, avec marche difficile et douloureuse, M. Servais introduit à un pouce au-dessous du grand trochanter un bistouri étroit, qu'il conduit directement au col fémoral, coupant les muscles et la capsule articulaire. Le bistouri est alors remplacé par un ténotome-scie de 20 centimètres de long avec des dentelures sur les 5 centimètres antérieurs. L'entrée de l'air est empêchée en pressant autour de l'instrument pendant la manœuvre. L'opération demanda trois quarts d'heure. Pendant vingt jours, la marche de la cicatrisation fut favorable; mais, l'opérée ayant alors voulu se lever, des fragments de l'os divisé blessent l'artère fémorale, et une hémorrhagie en résulte, qui nécessite la ligature de l'artère au-dessous de l'arcade crurale. Un grand affaiblissement s'ensuit, avec suppuration de l'épanchement sanguin dans la cuisse.

La guérison eut lieu néanmoins, et, après deux mois et demi, l'opérée se levait. Au sixième mois, le membre était redressé et développé avec réunion solide des deux bouts, mais une petite ouverture donnait passage à des fragments osseux de temps à autre. (*Acad. de méd. de Belgique.*)

Résection du genou. Contrairement à l'opinion ancienne, M. J. Bœckel obtient la réunion immédiate à l'aide du pansement phéniqué. Depuis son emploi, sur 15 résections, il a obtenu 11 succès; 2 amputés consécutivement de la cuisse sont morts et 2 autres de maladies étrangères. Jamais l'opération n'en a été une cause directe. La mortalité est descendue de 30,93 à 20,79 0/0. La réunion immédiate est la règle, ainsi que l'ankylose dans une durée moyenne de trente-un jours seulement.

Voici les règles de cette opération : Large incision en H avec enlèvement de la rotule. Section nette du tibia; toilette très soignée de l'articulation, en excisant toute la synoviale malade, sans crainte d'entrer dans le creux poplité. Hémostase complète et emploi de l'éponge phéniquée après l'enlèvement de la bande élastique. Pas de suture osseuse; réunion aussi exacte que possible des parties molles. Large drainage des liquides pendant les cinq premiers jours en enlevant les tubes ensuite. Pansement anti-

septique rigoureux, après immobilisation du membre sur une attelle échancrée au talon et fixée à une pédale mobile. (*Soc. de chir.*, juillet.)

De la comparaison de 50 résections contre la tumeur blanche, le docteur Kocher (de Berne) formule les principes suivants : L'amputation de la cuisse est indiquée, quand la tumeur blanche existe chez des sujets atteints de tuberculose des organes internes, comme chez ceux qui sont très anémiques et ont une température élevée ou qui sont épuisés par une longue suppuration. La résection est le meilleur mode de traitement dans tous les autres cas, même avec contracture de l'articulation ou de grands désordres fonctionnels. Les enfants ou les vieillards la supportent moins bien que les adultes, et l'on ne doit y recourir que par exception chez eux. La mortalité n'a été que de 12 0/0, et, grâce à la chirurgie antiseptique, elle est devenue exempte de dangers. (*Congrès de Londres.*)

Résection tibio-tarsienne. *Conservation de la malléole externe.* Afin de ne pas augmenter inutilement le champ opératoire et ne pas s'exposer à ouvrir la gaine des péroniers latéraux, ni priver le pied d'un point d'appui indispensable au rétablissement de ses fonctions, M. Polaillon a tenté cette modification chez un blessé, en procédant de la manière suivante : Résection sous-périostée avec la scie à chaîne ou le ciseau d'un segment du péroné au-dessus de la malléole externe, maintenue dans son insertion à l'astragale et au calcanéum. Dans un deuxième temps, procédant au décollement du périoste sur l'extrémité inférieure du tibia, il luxe le pied en dehors avec facilité et procède ensuite à la section de l'extrémité articulaire du tibia. Enfin, il rugine ou sectionne la surface articulaire de l'astragale et rétablit le pied dans sa situation normale.

Fort du succès obtenu sur son opéré, soumis publiquement à l'examen, il propose définitivement ce nouveau procédé opératoire. (*Acad. de méd.*, 20 septembre.)

M. Demons, ayant pratiqué une opération analogue en 1879, réclame la priorité de cette modification en envoyant son observation à l'appui. C'était chez un cultivateur de cinquante-deux ans, s'étant fracturé dans une chute les deux os de la jambe gauche à la partie inférieure,

le 6 août. Un appareil est vainement appliqué, car, un mois et demi après, le blessé entrain à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, avec une plaie transversale au niveau de la malléole externe. L'articulation tibio-tarsienne est ouverte, la malléole interne est arrachée, et le fragment supérieur du tibia fait saillie à travers la plaie. Le péroné est fracturé à deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe, sans cal osseux; le pied est renversé en dehors.

Le 23 septembre, une incision est pratiquée le long de l'extrémité inférieure du tibia, qui ouvre largement l'articulation de ce côté. Le sommet fracturé de la malléole interne, attaché au ligament latéral, est détaché et incliné, et le fragment inférieur du tibia est ensuite réséqué à un demi-centimètre au-dessus de sa surface articulaire.

Ce n'est que secondairement que le même procédé est répété sur le péroné, dont les deux fragments de la fracture sont réséqués également comme le tibia, en laissant la malléole externe en place. Les plaies sont suturées avec un drain à la partie externe. Pansement de Lister et immobilisation.

L'opéré a parfaitement guéri. Son pied est droit et solide, mais avec une inclinaison visible en dehors.

Le procédé est donc tout différent, puisque l'opérateur bordelais a fini par où le chirurgien de Paris avait commencé. Toute la priorité étant là, elle ne peut revenir au premier, car la conservation de la malléole externe a déjà été réalisée par M. Richet en 1874 dans une fracture des deux os de la jambe avec luxation du pied en dehors. La résection tibio-tarsienne fut faite par une incision en T à la partie interne, avec résection du tibia et fracture artificielle du péroné. (Echeverria, *thèse de Paris*, n° 372, 1874.) Le nouveau procédé appartient donc bien à M. Polaillon et mérite d'autant plus la priorité qu'en réséquant le péroné avant le tibia, il n'expose pas aux difficultés ni aux lésions des tendons des vaisseaux et des nerfs de la région du cou-de-pied, comme dans la manière opposée. Cette observation constitue seulement une preuve de plus en faveur de ce nouveau procédé. (*Idem*, 22 novembre.)

Causes pathologiques. L'hésitation de plusieurs chirurgiens

à pratiquer cette opération dans les cas de carie ou de tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne est maintenant sans motifs, selon le docteur Poinso, avec les nouvelles méthodes de conservation. Un succès obtenu par lui à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, en 1879, sur un garçon de seize ans, scrofuleux, atteint depuis huit mois et parfaitement guéri, marchant librement, sans secours étranger, lui en fournit le motif, en montrant que la statistique si néfaste de Spillmann, donnant 15 insuccès sur 37 opérations, était due à la période du début des résections dans la chirurgie.

Celle de Hancock, venue plus tard, compte en effet 20 guérisons sur 28 cas. Lui-même, sur un total de 42 faits recueillis de 1864 à ce jour, compte 31 guérisons immédiates, et, d'élimination en élimination, il n'arrive plus qu'à 9 insuccès avec une mortalité à peu près nulle. Et, comme 25 fois le pansement de Lister a été mis en usage, il attribue naturellement ces résultats heureux à cette méthode. De là les conclusions suivantes :

I. La résection tibio-tarsienne donne, dans la tumeur blanche de cette articulation, les résultats les plus satisfaisants, la mortalité inhérente à l'opération étant presque nulle et la proportion d'insuccès n'atteignant pas 15 0/0.

II. Le pansement de Lister peut et doit être mis en usage dans la résection tibio-tarsienne, comme dans les autres résections articulaires. (*Revue mens. de méd.*, octobre.)

Résection d'un cal de la clavicule. Voy. FRACTURES.

Résection du nerf spinal. Exécutée récemment par M. Tillaux contre un torticolis rebelle et douloureux chez une jeune fille, cette opération montre bien la hardiesse des chirurgiens modernes. La prédominance d'action du sterno-mastoïdien et du trapèze droits sur leurs congénères entraînait la tête sur l'épaule droite dès qu'elle n'était pas maintenue ou soutenue dans une position rectiligne et déterminait des douleurs intolérables dans la région correspondante gauche.

Une section sous-cutanée du faisceau interne du sterno-mastoïdien n'ayant amené qu'un mieux passager et les courants continus et intermittents ainsi que les appareils redresseurs n'ayant pas plus d'efficacité, malgré les indications les

plus diverses, il n'y avait plus qu'à supprimer l'influx nerveux exagéré de ces muscles par la névrotomie du nerf qui les anime.

Le nerf spinal se trouvant exactement entre les deux lignes horizontales partant l'une de l'angle du maxillaire inférieur et l'autre du bord supérieur du cartilage thyroïde, une incision de 6 à 7 centimètres de long est faite entre ces deux lignes aussi près que possible du bord postérieur du sterno-mastoïdien. L'aponévrose divisée, on écarte les fibres musculaires et l'on découvre à la face profonde un cordon blanc, gros comme une plume de corbeau, dont trois centimètres environ sont réséqués. Cette opération faite sous le nuage phéniqué a parfaitement réussi, sans perte notable de sang. (*Semaine méd.*, 20 décembre.)

RÉSORCINE. Nouveau désinfectant, extrait de plusieurs résines à l'aide de la potasse, et dont le nom n'a pas d'autre origine que sa ressemblance avec l'orcine tirée de l'orseille. Très soluble dans l'eau et sans odeur marquée, elle a bientôt été expérimentée à profusion en Allemagne, où elle a été découverte. De ces expériences il résulte qu'elle est puissamment anti-putride et anti-fermentescible. Les pièces anatomiques se conservent très bien dans une solution aqueuse au centième. Les tissus macérés ou en putréfaction, l'urine en décomposition, perdent leur odeur au contact d'une faible quantité. Elle retarde ou empêche la fermentation alcoolique ou lactique. Avec 2 ou 3 grammes pour 100, le lait se conserve pendant plus de cinquante jours, et cependant elle est moins toxique que l'acide phénique.

Administrée à l'intérieur, elle s'élimine presque totalement par les urines et si rapidement que sa présence s'y trouve décelée une heure après l'ingestion. De là les nombreux essais tentés avec cet agent, surtout contre les maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, la pneumonie et l'érysipèle, d'autant plus que son action antithermique était propre à combattre la fièvre. Lichtheim en a obtenu un abaissement momentané de la température, pouvant aller à 3 degrés, surtout dans les fièvres intermittentes. Mais la dose massive de 2 à 4 grammes en une seule fois, nécessaire pour obtenir ce résultat, ne paraît pas devoir être administrée sans danger.

C'est à la dose totale de 50 centigrammes à 2 grammes seulement par jour que M. Dujardin-Beaumetz l'a employée dans le rhumatisme articulaire, où son action bienfaisante est manifeste. Les douleurs disparaissent en deux ou trois jours, et les phénomènes inflammatoire en une à deux semaines. Un épanchement articulaire s'est rapidement résorbé. Elle est loin d'équivaloir toutefois au salicylate de soude.

En pulvérisations dans les maladies chroniques des voies respiratoires, les Allemands disent en avoir obtenu les meilleurs résultats. Son absence d'odeur permet d'en substituer la solution à celle de l'acide phénique dans ces affections. Plusieurs maladies du tube digestif, la diarrhée et la dysenterie notamment, en ont été combattues utilement par des lavements. Les urines catarrhales et alcalines en sont modifiées très favorablement par quelques injections.

Mais c'est en usage externe que ce nouveau médicament paraît avoir le plus d'applications favorables. Des ulcères variqueux, scrofuleux, phagédéniques, chancreux, pansés avec une solution à 1 0/0 par M. Périer à l'hôpital Saint-Antoine, en ont été rapidement modifiés et cicatrisés. Sous son action, des plaies atones, stationnaires, à l'aspect pâle et livide, deviennent rouges et colorées; la suppuration se tarit, l'odeur disparaît, et la cicatrisation commence par de nombreux bourgeons charnus. Le chlorate de potasse, sans action sur un ulcère scrofuleux de l'amygdale, chez un enfant de quatre ans, a été remplacé par une solution de résorcine à 9 0/0, qui a amené une guérison rapide sans irritation.

La résorcine peut être administrée sous presque toutes les formes pharmaceutiques; mais le meilleur mode d'usage interne est la potion, 1 à 5 grammes pour 150 de liquide chez les adultes, qui la prennent très facilement et sans dégoût. Sa saveur sucrée et son odeur à peine sensible permettent de la donner aux enfants sans aucune difficulté.

En injections hypodermiques ou profondes, une solution de 5 à 20 0/0 est employée sans inconvénient. La solution doit être réduite à 1 ou 2 0/0 pour les injections rectales ou vaginales, les pansements ou les pulvérisations.

C'est donc un médicament utilisable à l'intérieur et à l'extérieur dans toutes les maladies dues à des germes con-

tagieux ou dans les maladies qui en favorisent le développement.

La puissance antirhumatismale, fébrifuge et antithermique de la résorcine n'est pas encore bien définie et demande des recherches multiples.

Il est ainsi désirable que, par sa solubilité extrême, son odeur à peine sensible, sa toxicité beaucoup moindre et sa causticité peu intense, la résorcine soit expérimentée dans son application chirurgicale, dans les mêmes conditions que l'acide phénique dont elle ne possède pas les graves inconvénients. (*Bull. de therap.*, juillet.)

De la résorcine et de son emploi en thérapeutique; recherches expérimentales et cliniques, par le docteur H. Callias. In-8° de 106 pages; Paris.

RÉTRÉCISSEMENTS. Si tous ensemble et chacun en particulier ont leur gravité spéciale par l'obstacle qu'ils forment à la circulation et l'élimination des sécrétions et des excréments de l'économie animale, le plus redoutable est assurément celui qui s'oppose à l'ingestion des matières alimentaires. La vie étant immédiatement compromise de ce fait, il importe d'en commencer l'étude par cette sténose.

Rétrécissement de l'œsophage. *Gastrostomie.* On a déjà vu à ce mot combien cette opération offre peu de chances de succès quand l'obstacle est constitué par une tumeur maligne, comme c'est le plus souvent le cas. Sur une statistique de 59 exemples collectés par le docteur Prewitt, 40 s'adressaient à des individus atteints de tumeurs malignes : épithéliomas, carcinome ou cancer. 12 malades seulement souffraient d'un rétrécissement cicatriciel, et chez 3 il s'agissait de syphilis; la nature du mal n'était pas indiquée dans les 4 autres.

Or, sur les 40 premiers cas, la survie ne se prolongea que de quatorze jours à six mois, à l'exception d'un seul opéré, vivant encore depuis plusieurs années. Les 6 opérés du second groupe ont tous guéri au contraire, et un seul des syphilitiques s'est rétabli.

Ce n'est donc pas l'opération en elle-même qui constitue le danger, mais la maladie ou plutôt la nature du rétrécisse-

ment. Les succès de la gastrostomie, pratiquée pour extraire les corps étrangers de l'estomac, le démontrent péremptoirement. Ce n'est pas la péritonite qui détermine la mort des cancéreux, ils meurent presque tous d'épuisement. Une fistule gastrique a été établie le 27 octobre 1880 par le professeur Buchanan chez un homme de soixante ans, entré à l'infirmerie le 10 septembre précédent pour un rétrécissement de l'œsophage qui l'empêchait absolument de s'alimenter. Malgré les aliments liquides introduits par la fistule, l'amaigrissement persista, et la mort survint le treizième jour.

L'autopsie montra une petite tumeur ovoïde, de nature épithéliale, entourant l'œsophage à un demi-pouce au-dessus du cardia. Un stylet pouvait à peine traverser l'ouverture après le ramollissement partiel de la muqueuse déterminé par la mort. Un grain de raisin en obstruait même l'entrée. (*Lancet*, n° 4.)

Une femme de soixante-six ans, opérée par le docteur Pye Smith (de Sheffield), a survécu dix-huit mois à l'ouverture de la fistule gastrique. (*Congrès de Londres*.)

C'est donc absolument en vain que l'on pratiquerait l'ouverture de l'estomac de bonne heure contre un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, comme le recommande M. Prewitt, d'accord avec tous les chirurgiens. Le mal n'en continue pas moins ses progrès, comme l'expérience l'a démontré, en Angleterre surtout, où cette opération est le plus souvent pratiquée. (*Saint-Louis Courrier of med. sc.*)

La sonde à demeure serait beaucoup plus efficace, en pareil cas, s'il était démontré qu'elle peut être supportée par tous les malades dès le début. L'essai en a été fait par M. Krishaber le premier, et il lui a suffi de l'introduire par les fosses nasales pour qu'elle soit parfaitement tolérée. Dans quatre cas traités jusqu'au 9 juin dernier, elle est restée en place sans être retirée :

Chez le premier malade.....	305 jours.	
Chez le second.....	46 —	
Chez le troisième	} encore en traitement }	101 —
Chez le quatrième		75 —

C'est montrer qu'elle est mieux tolérée par l'œsophage

que par l'urèthre, à la condition d'employer des sondes en caoutchouc vulcanisé. (*Soc. de chir.*, février, et *Congrès intern. de Londres.*) Voy. CHIRURGIE.

Il arrive ici que la nutrition peut se faire à côté de la sonde, de même que la miction s'effectue à côté de la sonde uréthrale à demeure dans l'urèthre rétréci. Grâce à cette circonstance, les malades peuvent au moins avaler les liquides par la bouche, tandis qu'ils ne passent pas sans elle. La sonde à demeure trouve également son application après l'œsophagotomie, en maintenant la dilatation du rétrécissement, malgré la cicatrisation.

De là les conclusions suivantes prises par M. Krishaber :

1° L'œsophage tolère une sonde à demeure indéfiniment.

2° Cette sonde doit être introduite par l'une des narines, et non par la bouche.

3° La présence permanente de la sonde amène la dilatation du rétrécissement, au point de rendre possible l'introduction de sondes de plus en plus grosses, exactement comme cela se pratique pour l'urèthre.

4° Il y a lieu de placer en premier lieu une sonde œsophagienne en gomme et de la remplacer, après quelques jours de séjour dans l'œsophage, par une sonde en caoutchouc qui est plus molle et plus facilement tolérée. Cette substitution doit être faite séance tenante.

5° L'alimentation est absolument assurée par ce procédé, et l'on évite les fausses routes du cathétérisme intermittent.

6° Dans les cas où le rétrécissement exigerait l'œsophagotomie, la sonde à demeure doit être placée aussitôt l'incision faite, de manière que la cicatrisation s'opère autour de la sonde, qui empêche la coarctation de l'œsophage. (*Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, novembre.)

Rétrécissements organiques de l'urèthre. Etiologie. L'inflammation blennorrhagique de l'urèthre ou son traumatisme en provoquent seuls le rétrécissement, suivant le professeur Guyon. Il n'y a donc pas à s'inquiéter d'autres causes dans les questions à poser au malade que l'on en suppose atteint. Les détails seuls peuvent varier pour éclairer ses réponses; mais, dès que ces deux points sont négativement établis, il n'y a pas de rétrécissement à craindre. Si

les injections abortives peuvent le produire avant l'apparition de la blennorrhagie, ce n'est jamais qu'en enflammant l'urèthre ou en le cautérisant.

A défaut d'un traumatisme externe, toujours connu et apparent, il en est d'internes aussi dangereux, souvent ignorés des malades. Il se produit ainsi dans la chaude-pisse cordée ou dans une érection violente, prolongée. L'émission du sang en est le meilleur signe. Elle indique toujours une déchirure, une rupture de la muqueuse, qui prédispose à bref délai au rétrécissement par la cicatrisation même de la plaie.

Tandis que le rétrécissement produit par l'urétrite n'apparaît que de trois à huit ans après, suivant Thompson, et entre dix et vingt, d'après les 184 cas de M. Guyon, celui qui dépend du traumatisme se montre en quelques mois, sinon en quelques semaines, suivant sa violence. Il y a ainsi une distinction importante à faire pour le diagnostic. (*Journal de méd. et chir. pratiques*, janvier.)

Anatomie histologique. Deux malades atteints de rétrécissements blennorrhagiques, morts dans le service du professeur Guyon, à l'hôpital Necker, ont permis à MM. Brissaud et Second de constater, dans toute l'étendue de la portion rétrécie, un processus inflammatoire chronique se traduisant par les lésions suivantes :

Modifications très appréciables de l'épithélium muqueux, dont les cellules étaient devenues cubiques;

Epaississement du chorion, dont la trame était infiltrée de nombreux éléments embryonnaires;

Vascularisation exagérée et prolifération embryonnaire dans les portions fibreuses du rétrécissement;

Enfin la muqueuse offre un aspect particulier, dû à des foyers nodulaires de prolifération épithéliale, formant de petites saillies papilliformes à l'intérieur de la lumière urétrale, surtout à la face inférieure de la paroi du canal.

Une coupe pratiquée au milieu du rétrécissement l'a montré divisé en quatre segments distincts : un segment inférieur fibreux, un segment supérieur élastique et les deux segments latéraux de tissu spongieux.

L'origine même du mal est dans la muqueuse et non dans la transformation fibreuse du corps spongieux, comme

on l'admettait autrefois. Une observation d'uréthrotomie externe pour un rétrécissement bulbaire très serré et infranchissable a permis à M. Guyon de constater, par une dissection minutieuse, l'intégrité absolue du bulbe au niveau du rétrécissement.

En effet, le maximum d'intensité de la lésion inflammatoire occupe la muqueuse elle-même, et, bien que la néoplasie fibreuse envahisse le tissu spongieux, ces lésions ne sont qu'accessoires. Si ancien que soit un rétrécissement et si torpide qu'il paraisse, il est donc toujours fatalement une sorte de foyer d'inflammation chronique; la multiplication incessante des éléments épithéliaux en est la preuve. D'où l'envahissement progressif des parties sous-muqueuses.

La zone de tissu élastique existant à la partie supérieure, démontrée par l'exiguïté des fibrilles et leur enchainement inextricable, semble le limiter dans la muqueuse. De là le nom de paroi chirurgicale de l'urèthre, qui, par cette élasticité même, permet à la dilatation du rétrécissement de s'opérer, même après la division. L'uréthrotomie doit donc être exclusivement pratiquée là et non ailleurs. Et cette élasticité localisée explique les succès de l'opération, en mettant une pièce au canal, comme le disait Reybard. Cette dilatabilité persiste même après l'opération; il suffit que l'incision soit longitudinale et peu profonde. La zone élastique ne subit pas de transformations nodulaires, comme l'un des examens l'a démontré.

Si la clinique et les succès avaient fait pressentir ce fait par induction, il acquiert ainsi une base positive qui doit essentiellement profiter à la chirurgie des rétrécissements uréthraux. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 39.)

Tunnélisation. Ce nouveau nom, employé par le docteur Hirschberg, n'équivaut pas en effet à la dilatation, comme on pourrait le croire, mais à une véritable fausse route à travers le rétrécissement induré et épaissi. La manière dont elle se pratique en rend d'ailleurs compte. Une sonde métallique plus ou moins volumineuse, à extrémité conique mousse, solide et ordinairement courbe, est introduite dans l'urèthre. Arrivée au rétrécissement, une pression plus ou moins forte est exercée sur elle pour la faire avancer chaque fois de 1 à 3 millimètres. Cette manœuvre est

reproduite plus ou moins souvent, suivant l'intensité des accidents consécutifs : hémorrhagies, douleurs, fièvre ; mais on continue quand même jusqu'à la pénétration de la sonde dans la vessie.

De nombreux malades ont été traités ainsi avec succès sans suites graves, mais sans guérison définitive, car le cathétérisme doit être pratiqué indéfiniment. A cette condition seule, la guérison existe. Un malade dont la tumeur avait duré cinq semaines, en mai 1873, dut être sondé à divers intervalles pendant six années consécutives et toujours avec difficulté. Le cathétérisme ne cessa que cinq semaines avant la mort, et l'autopsie découvrit que l'on avait bien traversé le tissu cicatriciel, mais à côté du rétrécissement, en se creusant un conduit à droite, long de 7 centimètres. La paroi interne en était lisse, revêtue d'épithélium, et il s'ouvrait dans la vessie par un orifice ovalaire au-dessous de l'orifice normal. Un cathétérisme pratiqué plus de deux cents fois avait créé ce canal artificiel, servant à lancer un assez vigoureux jet d'urine. (*Archiv für klin. Chir.* et *Archiv. de méd.*, avril.) Par ce spécimen, on peut juger des autres guérisons prétendues ; ce n'est donc pas une méthode à recommander. Aucun autre chirurgien ne voudrait en assumer la paternité.

Rétrécissement pharyngien. *Oesophagotomie.* Une femme de cinquante-deux ans, non cachectique, portait une tumeur pharyngo-laryngée faisant obstacle à la déglutition. La trachéotomie avait dû être pratiquée dès le 28 juin 1880, et, au mois de septembre suivant, le rétrécissement pharyngien était si étroit que l'on ne pouvait introduire de conducteur. Néanmoins, l'oesophagotomie fut pratiquée le 5 septembre, au-dessous du rétrécissement, sur le troisième anneau trachéal, par M. Studsgaard (de Copenhague). Un tube à drainage fut introduit dans le canal oesophagien, sans qu'aucun accident se soit montré. La plaie guérit sans suppuration, laissant une fistule autour du tube à drainage, qui sert à introduire des aliments dans l'estomac. L'opérée se leva le quatrième jour, respirant par sa canule trachéale et se nourrissant par sa canule oesophagienne.

C'est le premier succès de ce genre. Cinquante jours après, l'état général de l'opérée était encore très satisfai-

sant, mais les ganglions cervicaux étaient fort hypertrophiés et se ramollissaient. (*Hospitals Tidende*, 27 octobre 1880.)

Rétrécissement intestinal consécutif à la kélotomie. Voy. HERNIES.

RHUMATISME. *Frémissement pleurétique.* Ce signe diagnostique des affections pulmonaires, découvert par le docteur E. Collin, en indiquerait spécialement la nature arthritique. Il serait l'indice de l'arthritisme latent même avant toute manifestation rhumatismale, et, en coïncidant avec des hémoptysies, il en indiquerait le pronostic favorable, lors même que des phénomènes de tuberculisation existeraient au sommet des poumons.

Ce frémissement a pour siège la rencontre du tiers inférieur avec le tiers moyen d'une ligne perpendiculaire allant du creux axillaire à la base de la cage thoracique. Il ressemble au râle crépitant du premier degré de la pneumonie. Il ne se produit que pendant l'inspiration et a quelquefois besoin, pour être entendu, d'une inspiration longue et prolongée. On peut constater sa présence, soit en même temps des deux côtés de la poitrine, soit alternativement dans l'un et l'autre côté ; mais, dans la majorité des cas, c'est à droite qu'il est perçu. (*Acad. de méd.*, 14 juin.) M. Woillez, rapporteur, a constaté lui-même le bien fondé de ces diverses propositions.

Nodosités sous-cutanées. Cette complication rare et sans gravité du rhumatisme a été observée à l'hôpital de la Charité, par MM. Troisier et Brocq, interne, sur un homme de quarante ans, entré le 5 juillet 1880. C'était la troisième attaque, et dès la seconde, en 1875, de petites bosses étaient survenues sur le front et le cuir chevelu. C'était un rhumatisme généralisé, qui se compliqua d'un épanchement pleurétique double abondant. Le 25, les douleurs étaient localisées au coude, la fièvre était tombée, et la résorption du liquide pleural était complète le 15 août. Chez ce convalescent apparurent alors, le 17, des tumeurs singulières, siégeant à l'occiput. La douleur qu'elles causaient en reposant sur l'oreiller les fit remarquer, et le malade ne les signala ensuite que pour mémoire.

« Ces nodosités sont de petites tumeurs sous-cutanées formant une saillie plus ou moins élevée et seulement appréciables parfois à la palpation. Elles sont sphériques ou ovoïdes, ordinairement bien circonscrites. Leur volume, très variable, est habituellement comparé à celui d'un grain de blé, d'une lentille, d'un pois, d'une noisette. Fermes et plutôt élastiques que dures, elles offrent au doigt une consistance particulière ; plus ou moins mobiles sous la peau, à laquelle elles n'adhèrent point ordinairement. Le plus souvent, elles sont peu douloureuses à la pression et peuvent se montrer sur toutes les parties du corps, soit au voisinage des jointures, soit loin des articulations malades, comme à la tête, où elles occupent de préférence le front et l'occiput ; une nodosité existait sur chaque oreille dans le cas précédent. Leur nombre est très variable ; elles apparaissent souvent par poussées successives. Leur évolution est tout à fait caractéristique : elles se développent très rapidement, acquièrent, en fort peu de temps, leurs plus grandes dimensions, et disparaissent après quelques jours de durée, sans laisser de traces. »

Leur siège n'est pas fixé. Ce serait la face profonde de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané pour les uns, les tissus fibreux, périoste, tendons, ligaments, aponévroses, pour d'autres. M. Davaine les attribue à des fluxions rhumatismales, à des œdèmes aigus. Les auteurs du mémoire, avec M. Besnier, se rallient plus volontiers à l'opinion de M. Jaccoud, qui les attribue à « l'infiltration et à l'hyperplasie circonscrites des éléments connectifs »... Cette affection ne réclame aucun traitement particulier. (*Revue de méd.*, avril.)

Ces mêmes nodosités sous-cutanées ont été observées par les docteurs Barlow et Warner chez 27 enfants atteints de chorée rhumatismale. De l'analyse de ces observations, il résulte que leur volume varie depuis un grain de moutarde jusqu'à une amande. Elles sont immédiatement sous la peau et attachées aux tendons ou la face interne du *fascia superficialis*, surtout près des articulations. Leur structure consiste en cellules de tissu connectif, isolées ou en groupe, en tissu fibreux jeune et en vaisseaux, dont l'évolution est insensible. Indolores, elles disparaissent en deux mois et peuvent reparaitre ensuite. Leur multiplicité en fait toute

l'importance ; mais leur présence coïncide ordinairement avec une maladie du cœur, souvent grave et progressive. Un érythème marginé les accompagne de même.

La présence de ces nodules chez les enfants serait une indication de la diathèse rhumatismale latente, alors qu'elle ne s'est pas encore manifestée, et de la nature rhumatismale de la chorée. Ils seraient ainsi homologues avec l'exsudation inflammatoire qui forme la base des végétations valvulaires du cœur. (*Congrès internat. de Londres.*)

Contribution à l'histoire du rhumatisme ; œdème rhumatismal, nodosités éphémères du tissu cellulaire sous-cutané. Thèse inaugurale, par M. Davaine. Paris, 1879.

Phlébite. Rare et encore contestée, cette complication du rhumatisme s'est présentée chez un jeune militaire de vingt-deux ans, entré à la Charité de Lyon, service du docteur Pallé, le 8 février 1881, avec des douleurs localisées aux articulations tibio-tarsiennes et dans les genoux, gonflés, sans rougeur ni chaleur, quoique sensibles à la pression. Bruit de souffle léger à la pointe.

Dès le 10 février, les douleurs semblent remonter dans la jambe et la cuisse des deux côtés, à la partie interne surtout. La palpation découvre en effet un cordon dur, gros comme une plume d'oie, roulant sous le doigt suivant le trajet de la saphène interne jusqu'à la base du triangle de Scarpa, en diminuant graduellement de volume, sans adénite manifeste en haut. Le même cordon se retrouve au-dessous du genou à la partie moyenne et interne du mollet. Absence complète d'œdème.

Le 12, le souffle d'endocardite s'est accentué avec les douleurs et l'induration, qui se propage bientôt dans toute la veine, avec prédominance à gauche, où un caillot dur, immobile, est manifestement perçu.

Du 15 au 17, la résolution a lieu, et le 18 la guérison semblait prochaine, lorsque la fièvre reprend avec point de côté. C'était un épanchement pleurétique, comme celui qu'il avait eu deux mois auparavant, c'est-à-dire un mois après son arrivée au corps. Il resta jusqu'au 4 avril à l'hôpital, pour partir en congé de convalescence, présentant toujours le cordon induré de la saphène. (*Revue de méd., juin.*)

Phlébite rhumatismale ; thèse inaugurale, par M. le docteur Viccati. Paris, 1880. Tout en affirmant que c'est une affection rare et sans preuves anatomiques, l'auteur montre qu'elle peut survenir dans les formes mono-articulaires et polyarticulaires, surtout dans le membre supérieur, comme le confirme l'observation suivante.

Une femme de vingt-six ans entre à l'Hôtel-Dieu, le 24 septembre 1880, pour une première attaque de rhumatisme, ayant débuté dix jours avant par des douleurs à l'épaule droite et dans les petites articulations de la main gauche. Elles se localisent de ce côté et envahissent le poignet et le coude avec tuméfaction, et douleurs, mais sans grande acuité. C'est seulement en la déshabillant trois jours après que l'on découvre à la face interne de ce bras une douleur vive, limitée à un trajet rectiligne allant du creux de l'aisselle au pli du coude. Cette trainée, rouge sur toute la hauteur du bras, a 15 millimètres environ de diamètre, surtout au milieu, avec tuméfaction œdémateuse environnante. La température y est surtout élevée et la douleur très vive au toucher. Ce cordon saillant, arrondi, rouge, dur et douloureux, se prolonge dans l'aisselle. On immobilise le membre dans une écharpe avec des cataplasmes, ce qui diminue la douleur sans que le cordon cesse de s'accroître ; il persiste quand même et ne disparaît qu'un mois après. (*Archiv. de méd.*, août.)

Action du salicylate de soude. Par un savant examen analytique des diverses opinions émises successivement sur les propriétés anesthésiantes, vaso-motrices, antipyrétiques, diurétiques, dénutritives du salicylate de soude, pour expliquer la guérison du rhumatisme articulaire aigu, M. Vulpian les réfute tour à tour en montrant qu'aucune de ces hypothèses ne répond à toutes les données du problème. Il n'est pas anesthésiant, car il est sans action sur la sensibilité générale et ne calme pas les douleurs névralgiques, musculaires, séreuses, produites sous une influence rhumatismale. La douleur cesse avant la fièvre, et rien ne prouve son action diurétique, etc., etc. De là celle qu'il a imaginée lui-même.

Les éléments anatomiques de chaque organe différant les uns des autres par leur constitution physico-chimique, comme la condition principale de la diversité de leurs pro-

priétés physiologiques, il admet que le salicylate agit spécialement sur ceux de l'articulation qui sont affectés primitivement dans le rhumatisme. En s'incorporant ce sel, ils deviendraient réfractaires à l'irritation particulière de cette maladie, et dès lors elle n'a plus de prise sur eux, dans la plupart des cas. L'apaisement des douleurs, le dégonflement articulaire, l'extinction de la fièvre en sont les conséquences naturelles. Si cette action toute locale et mécanique ou plutôt interstitielle est trop légère et instantanée, l'influence rhumatismale persistant, les douleurs reparaissent, les récidives ont lieu, et de là les prompts inflammations du péricarde, de l'endocarde et des plèvres. L'action thérapeutique de ce précieux médicament serait donc toute mécanique et élective, sans rien de vital ni de fonctionnel. (*Journ. de pharmacie et de chimie*, janvier.)

Le culte trop exclusif, idolâtre, des Anglais pour les faits les porte surtout à résoudre par la statistique cette question des avantages des préparations salicylées. Une discussion toute récente à la Société médicale de Londres a produit ainsi une véritable avalanche de chiffres pour établir la moyenne de la durée de la fièvre, des douleurs, du séjour à l'hôpital, avec la proportion des récidives et des complications cardiaques, par la comparaison des diverses méthodes de traitement. L'excédant considérable des cas traités par les salicylates depuis ces dernières années étant incomparablement supérieur à tous les autres, il résulte de ces comparaisons des données impossibles. 365 cas traités à l'hôpital Guy avec l'acide salicylique ou la salicine, ayant donné 98 récidives simples, 28 doubles et 7 multiples, sont comparés avec les 60 cas du docteur Greenhow traités de même et ayant donné 21 récidives, tandis qu'il n'y en a que 97 par les diverses autres méthodes. Comment établir une donnée exacte du séjour à l'hôpital, quand il suffit de la moindre complication pour le prolonger indéfiniment?

Des 34 rhumatisants traités en 1880 avec les salicylates par le docteur Haviland Hall à l'hôpital Westminster, un seul y est resté 91 jours par le fait d'une phlébite, ce qui suffit à changer la moyenne des 33 autres et à en modifier le rapport avec ceux qui ont été traités autrement. On ne saurait donc établir aucune base solide sur ces distinctions que pour des cas triés et identiques, ce qui est à peu près

impossible en statistique. D'où leur inanité sur ce sujet. (*Lancet*, 17 et 24 décembre.) Mieux vaut s'en tenir à l'ensemble, comme M. Vulpian, lequel est à Londres, comme à Paris et à Berlin, complètement favorable aux salicylates.

Rhumatisme cérébral foudroyant. Une femme, souffrant de douleurs articulaires depuis cinq jours seulement, entrainée à l'hôpital de la Charité, service de M. Raynaud, au milieu de la journée, avec les apparences d'un rhumatisme généralisé, sans accidents particulièrement graves. Le soir, un fait seul pouvait éveiller l'attention : la température était à 40°, 2, en dehors de toute autre complication ; élévation qui doit toujours mettre le médecin en défiance. Peu de temps après, en effet, cette malade commença à divaguer, puis fut prise d'un délire bruyant et enfin tomba dans le coma. A minuit, on constate que les douleurs articulaires persistaient encore, ce qui s'observe parfois, bien qu'il soit généralement admis que les douleurs cessent en même temps que les accidents cérébraux commencent. Cette malade mourut une heure plus tard, c'est-à-dire cinq heures après le début du délire, d'un rhumatisme cérébral véritablement foudroyant.

L'autopsie ne révéla aucune lésion dans les organes, sinon une imbibition très prononcée de l'endocarde, s'expliquant par l'état particulier du sang, car, loin d'être augmenté dans sa plasticité, comme l'admettent certains auteurs, le sang, dans le rhumatisme cérébral, est diffluent, noirâtre et présente les mêmes caractères que dans les maladies infectieuses. Cet état du sang concordait bien d'ailleurs avec la présence de taches ecchymotiques sur plusieurs points de la peau, accompagnées d'un épanchement de sérosité sanguinolente et assez abondante. Les altérations du sang dominent donc dans ces cas, d'autant plus manifestement que le liquide épanché dans les articulations fut trouvé dans celui-ci visqueux, louche et semi-purulent.

L'intérêt pratique de ce fait est dans la mort arrivée au cinquième jour et la température élevée, qui marqua le début du danger. Malgré cette marche si rapide, le glorieux innovateur du bain froid estimait cependant que, si la difficulté de l'administrer dans la nuit n'avait empêché de l'employer, on eût pu guérir cette malade. Lors même que

le malade serait à l'agonie, ajoutait-il en terminant sa leçon, il ne faut pas hésiter à instituer une médication qui a déjà sauvé bon nombre de rhumatisants destinés à mourir certainement sans cette intervention efficace. (*Journal de méd. et chir. pratiques*, mars.)

S

SANG. Son examen à l'œil nu peut, d'après M. Hayem, servir au diagnostic, en en mêlant une petite quantité avec le liquide suivant :

℥ Eau distillée.....	200 grammes.
Chlorure de sodium.....	1 —
Sulfate de soude.....	5 —
Bichlorure de mercure.....	50 centigrammes.

En agitant le mélange avec soin, les éléments du sang sont fixés par le réactif. Au microscope, on les voit tous isolés les uns des autres, tant que la fibrine n'est pas altérée; seuls, les hémato blasts rétractés forment de petits groupes disséminés, distincts des autres éléments. Dès que la fibrine est surabondante ou modifiée dans ses qualités, il se forme de petits grumeaux de deux variétés différentes. Un réticulum à fibrilles épaissies et très visibles indique l'existence d'une inflammation : c'est le caractère anatomique du processus inflammatoire; les grumeaux formés par des hémato blasts englués dans une substance finement granuleuse, peu adhésive et ne retenant que quelques globules blancs et rouges autour d'elle, indiquent seulement une modification qualitative de la fibrine. (*Acad. des sciences*, décembre 1880.)

Excès d'acide urique. En constituant l'uricémie, l'accumulation de cet acide dans le sang peut servir au diagnostic des maladies qui en sont la conséquence, d'après le docteur Boucheron. Il suffirait à cet effet d'analyser les sécrétions des organes malades. Les sécrétions utérines et le sang menstruel le décèlent ainsi chez les femmes atteintes d'affections utérines. La difficulté est de pouvoir recueillir ces sécrétions pures et sans adultération, celles du foie et des

muqueuses gastro-intestinales étant plus ou moins altérées. La sécrétion salivaire, s'épanchant à ciel ouvert et assez abondante pour être analysée, offre une valeur d'autant plus spéciale qu'elle sert très fréquemment à l'élimination de l'acide urique du sang. Elle peut donc fournir la preuve directe de l'accumulation de l'acide urique dans le sang et une preuve indirecte que les affections existantes dépendent de cet agent toxique. La disparition des accidents, coïncidant avec celle de l'acide urique dans cette sécrétion, en serait la confirmation.

La salive contient de l'acide urique en abondance dans l'uricémie par arrêt de la fonction urinaire, chez des sujets névropathiques; dans l'uricémie par alimentation trop azotée; dans celle des gouteux, celle des hépatiques et des gastralgiques, des arthritiques; dans l'uricémie des lésions oculaires et de l'oreille, et dans plusieurs autres. L'examen de la salive offre donc une ressource précieuse à ce sujet. Voici le procédé opératoire pour le constater :

Un à deux grammes de salive étant déposés sur une capsule de porcelaine plate, on chauffe légèrement sur une lampe à alcool, de manière à obtenir la dessiccation, sans faire bouillir ni jaunir le liquide. Une baguette de verre, humectée d'acide azotique, est passée sur le dépôt et immédiatement avec une autre baguette humectée d'ammoniaque liquide. Sous ces réactifs, bien mesurés, une coloration pourpre se produit, proportionnée à la quantité d'acide urique.

En permettant de s'assurer facilement et rapidement si la salive contient de l'acide urique, on peut diagnostiquer une uricémie, traiter le malade en conséquence et vérifier ensuite si la réaction urique disparaît avec les accidents. (*Idem*, août.)

Altération dans les brûlures. L'altération des globules n'ayant pas rendu compte des symptômes généraux à Hoppe-Seyler, le professeur Tappeiner (de Munich) a répété ces expériences sur le sang et les tissus de quatre adultes mâles, morts de six à dix-sept heures après des brûlures s'étendant sur les deux tiers de la peau. Chez trois, un à deux cinquièmes pour 100 de la matière colorante du sang fut trouvé dans le sérum, conformément aux résultats précédents.

Mais la viscosité du sang et la diminution du sérum en rapport avec les globules et l'hémoglobine étaient surtout remarquables. Sur 100 parties, l'eau était seulement de 70,17 et l'hémoglobine de 19,93. Un millimètre cube donnait 8,96 de globules, tandis que la proportion du sérum était normale dans les tissus et particulièrement dans les muscles, soit 77,2 à 78,3 0/0 et dans un cas 75,9. Cette condition est donc diamétralement opposée à celle qui se rencontre dans le choléra, où il y a perte de sérum provenant du sang et des muscles. D'où l'absence de soif, de crampes et de refroidissement dans le cas de brûlures. L'exsudation et l'évaporation des surfaces brûlées rendent compte de cette altération du sang seul, ce qui a fait comparer la peau dans les brûlures graves à l'intestin dans le choléra.

Il reste à savoir comment les tissus ne compensent pas ce défaut de sérum du sang. L'auteur en donne une double raison : l'abaissement de la pression sanguine causée par la dilatation vasculaire dans les parties brûlées, et aussi la concentration du sang qui réduit également cette pression et retarde le courant de la lymphe. Mais rien n'explique pourquoi les capillaires n'absorbent pas directement l'eau des tissus, indépendamment des vaisseaux absorbants. Si l'exsudation de la surface brûlée est la cause de l'altération du sang, il est évident qu'elle ne consiste pas dans une simple perte d'eau. Rien n'est mieux connu que la richesse fibreuse du liquide contenu dans les ampoules des brûlures. Ce n'est pas du sérum, mais un liquide sanguin. Ce fluide ne peut donc altérer la composition du sang ; le défaut d'absorption de ce fluide des tissus environnants dans le sang doit dépendre plutôt d'une différence de densité des deux liquides, et la conclusion logique serait qu'après des brûlures étendues, suivies d'une exsudation du plasma sanguin, le sang reste concentré : d'où la modification des proportions des globules. Limiter l'exhalation de la peau et transfuser du sérum semblent donc les meilleurs moyens d'empêcher une issue fatale dans les brûlures étendues. C'est pourquoi les brûlures du second degré affectent plus gravement le système que celles du premier, où la peau est conservée. (*Lancet*, juin.)

SCARLATINE. *Eclampsie urémique.* La fréquence de cet accident, qui effraye tant les familles, et sa gravité si souvent mortelle, nous font relater les deux faits suivants, où la guérison s'en est suivie par un traitement différent, mais dont l'action curative a pu agir uniformément.

Au vingt-cinquième jour d'une scarlatine très bénigne, une enfant de onze ans est prise, sans s'être refroidie, et après avoir éprouvé de la céphalalgie depuis quelques jours, d'une très violente attaque d'éclampsie ayant débuté à midi après des vomissements et de l'amblyopie dans la matinée.

Le professeur Lépine constate un pouls fréquent, température modérée, pupilles dilatées, coma complet. Les grandes convulsions avaient cessé; il ne restait que des mouvements cloniques continuels des membres supérieurs.

L'urine, rare, était limpide à l'émission, mais se troublait aussitôt. Un dépôt énorme de couleur jaune brun ne l'éclaircissait même pas. Il était uniquement formé de cristaux d'acide urique en losanges arrondis, sans globules de sang ni cylindres. L'albumine était d'environ quatre grammes par litre, et le sulfate de soude précipitait en outre de la sérine. Un lavement purgatif fit disparaître aussitôt les mouvements convulsifs. Dès le lendemain, l'état général est meilleur, et, dans l'urine émise, il y a moins d'albumine que la veille; dépôt moins abondant, d'un aspect différent et formé surtout d'urates de soude, toujours sans globules ni cylindres.

En apprenant seulement alors que, depuis plus de dix jours, l'enfant avait mangé beaucoup de viande, l'eau de Vichy est prescrite à haute dose avec purgatif et régime amyacé pour combattre les effets de cette erreur de régime. L'urine, toujours acide, ne dépose plus; l'albumine diminue au point que, deux jours après, elle est à peine sensible. Elle avait entièrement disparu quatre jours plus tard par la stricte abstinence d'aliments albuminoïdes. (*Revue de méd.*, février.)

Un cas analogue a été observé par le docteur J. Guyot chez un enfant de onze ans. L'albuminurie n'apparut qu'au vingt-deuxième jour de la scarlatine, et, dès le lendemain, des convulsions éclamptiques se montrèrent, suivies de coma. [Après une saignée de 300 grammes, les accidents disparurent et l'enfant guérit. (*Soc. méd. des hôpit.*, 8 avril.)

Ces faits sont malheureusement trop fréquents, car ils sont souvent mortels. Quel que soit le mode d'action de la saignée et de la diète azotée en pareil cas, ces faits nous semblent également justiciables du tannin à haute dose, comme nous l'avons démontré dans un mémoire spécial en 1859 (*Du tannin à haute dose dans l'anasarque albumineuse*). En agissant sur le tissu rénal, sans doute, il arrête rapidement les convulsions, en dissipant l'anasarque en peu de jours. (*Archiv. de méd.*)

Scarlatine chirurgicale. C'est le nom donné par M. Howard Marsh à l'éruption spéciale signalée par sir J. Paget consécutivement aux opérations. Il lui a paru que, le plus souvent, il s'agissait d'une scarlatine vraie, d'autant plus qu'il l'a observée plus fréquente pendant les épidémies scarlatineuses qu'à toute autre époque. C'est la seule éruption qui lui semble attaquer les malades après une opération. Il ne parle pas de celles qui se présentent après l'accouchement. (*Congrès de Londres.*)

SCIATIQUE. Contusion. Les coups et chutes sur les fesses, assez fréquents, peuvent déterminer des accidents graves immédiats ou consécutifs, en portant leur action sur le nerf sciatique. Telles sont la parésie, la paralysie et l'atrophie même du membre, qui méritent d'être mises en lumière pour ne pas être confondues avec celles de l'arthrite. Deux observations récentes, recueillies à l'Hôtel-Dieu par M. Bouilly pendant sa suppléance, et appuyées de deux autres, témoignent de la réalité de ces lésions, bien que ce traumatisme du sciatique soit plus rare que l'on serait porté à le supposer, sans doute en raison de son siège profond et de l'épaisseur des muscles qui le protègent. En voici les caractères :

Cette contusion est suivie d'une douleur extrêmement vive et constante, accompagnée de fourmillements continuels, de picotements, d'élancements jusqu'à la face postérieure de la jambe avec de véritables spasmes névralgiques. Elle s'assoupit et ne devient sourde, continue qu'en diminuant, avec exacerbations spontanées ou provoquées par la pression sur le trajet du nerf ou les tentatives de mouvement du membre. Au lieu de se limiter au domaine du sciatique, cette douleur peut s'étendre à la face antérieure

de la cuisse et du genou, en suivant la direction du nerf crural. Elle peut même envahir la région rachidienne et provoquer à la percussion vertébrale des attaques épileptiformes, sans que la sensibilité de la peau soit altérée.

Le membre inférieur du côté atteint est parfois frappé immédiatement d'impotence fonctionnelle. Des contractures musculaires peuvent compliquer ensuite cette paralysie de la motilité et une atrophie musculaire s'ensuivre, du douzième au quinzième jour, si les accidents persistent, et, loin de se borner au territoire du nerf contus, cette atrophie s'étend au triceps fémoral et à la totalité des muscles fessiers. La circonférence de la cuisse diminue en peu de jours de 3 à 5 centimètres; tous ses muscles sont flasques, mous et ne durcissent plus lors des tentatives de contraction; la fesse est aplatie et tombante et ne présente plus son pli.

Coïncidemment, une légère arthrite du genou se manifeste parfois avec épanchement, longtemps après le traumatisme. Des craquements dans la hanche, de l'œdème péri-malléolaire avec rougeur violacée du pied et de la jambe peuvent même s'ensuivre dans la position déclive, avec abaissement de la température et ulcérations des orteils par un effet trophonévrotique.

Dans des cas plus légers, ces accidents consécutifs ne se montrent qu'après la disparition des phénomènes immédiats : diminution de la douleur diffuse, résorption des épanchements sanguins superficiels ou profonds, affaissement de la tuméfaction. Un carrier de cinquante-cinq ans, entré à la Pitié le 26 août et renvoyé le 12 septembre, rentrait trois jours après à l'Hôtel-Dieu pour l'impotence de son membre inférieur gauche. Malgré l'électrisation faradique, le blessé ne pouvait encore se servir de son membre un mois après et restait en traitement le 20 novembre suivant. Des révulsifs puissants au début et l'électrisation prolongée ensuite sont donc indiqués dans ces cas pour prévenir la récurrence ou la prolongation indéfinie des accidents. (*Arch. de méd.*, décembre 1880.)

Elongation. Les succès de cette nouvelle méthode de traitement se multiplient et s'accroissent, et ce n'est plus seulement les accidents d'origine périphérique qui en sont passibles, comme Blum l'enseignait encore en 1878; ceux

d'origine centrale en seraient aussi modifiés, comme on l'a vu à NERFS, et même guéris, comme les succès relatés à ATAXIE en sont la preuve, c'est-à-dire dans les cas où la névrotomie serait impuissante. Le cas suivant, dû au docteur Lamarre, de Saint-Germain, en est une nouvelle démonstration.

Un homme de soixante-six ans, grand, fort et robuste, sans autre maladie que la variole à cinquante ans et des douleurs rhumatismales, éprouve, au commencement de 1879, des douleurs dans la région lombaire. Le 12 juin, cette douleur continue est excessivement vive dans la moitié inférieure des vertèbres dorsales et toute la région lombaire. Elle est intolérable à la pression et à la percussion et s'étend depuis trois jours dans tout le sciatique gauche, avec exacerbation le soir et la nuit. Le chloral à l'intérieur, des vésicatoires, des injections de morphine ne calmant la douleur que momentanément, on fait une injection de nitrate d'argent, qui l'augmente au contraire. Après un mois de tentatives, l'élongation du sciatique gauche est faite à son point d'émergence sous le bord du grand fessier. L'index droit fut passé dessous et l'allongea de 10 centimètres environ. Pansement avec le baume du commandeur.

Le malade se dit guéri, mais le membre n'obéissait plus guère à la volonté, malgré la sensibilité intacte. Graduellement, les mouvements revinrent, et le 30 juillet la plaie était cicatrisée. Mais, deux jours après, les douleurs reparaissent, sans être calmées par les injections de morphine. On renouvelle l'opération, que le malade supporte avec le même courage, et immédiatement les douleurs cessent. La plaie suppure abondamment et, six jours plus tard, une douleur lancinante apparaît à 5 centimètres au-dessus de l'incision. C'était un abcès, qui fut ouvert le surlendemain, et dès lors la cicatrisation s'accentue. Six jours après, les douleurs reparaissent au niveau de la région lombaire, et le 19 août cet homme meurt, sans aucune trace d'infection purulente. L'autopsie n'a pu être faite; mais l'observation de la douleur semblait être symptomatique d'un cancer des enveloppes de la moelle, et ce fait prouve que, contrairement aux idées théoriques de Vogt, on procure un soulagement immense en étirant le nerf loin de ses racines. Lors donc

que l'affection est incurable, on peut du moins diminuer considérablement les douleurs. (*Revue mens. de chir.*, juin.)

Contribution à l'étude de l'action de l'élongation des nerfs dans les affections médullaires. Elongation du nerf sciatique, à deux reprises différentes, pour une sciatique rebelle liée probablement à un cancer des enveloppes de la moelle. Amélioration considérable après chaque opération.

Un succès analogue a été obtenu sur un homme de trente-neuf ans, entré à l'infirmerie royale de Glasgow, le 12 octobre 1880, pour une sciatique dont il souffrait depuis sept mois et contre laquelle avaient échoué tous les médicaments employés jusqu'alors. Le 22 octobre, le docteur Cameron fit une incision sur le trajet du nerf sciatique, qu'il mit à découvert, et l'isola sur une sonde métallique. Il le soumit alors à une traction considérable. Le lendemain, la douleur avait complètement disparu. Quatre jours après, elle revint aussi intense que par le passé, avec exacerbation le soir. On essaya du bromure de potassium et de l'hydrate de chloral, mais ces moyens furent impuissants, et il fallut avoir recours aux injections sous-cutanées de morphine. Le lendemain au réveil, la douleur était aussi intense qu'auparavant, et l'on tenta une seconde opération.

Le lendemain, le malade souffrait encore, mais le soir même la douleur avait beaucoup diminué, et le 30 octobre elle avait complètement disparu. L'opération avait été pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. (*Glasgow medical journal.*)

Deux autres observations en sont aussi relatées par M. Blum, la première dans le service de M. Desnos, à la Pitié. Le malade présentait tous les désordres classiques de la sciatique imple : troubles trophiques, troubles de la motilité, enfin troubles très intenses de la sensibilité. Le nerf, découvert à sa partie supérieure, hyperémié d'une façon bien évidente, fut tiré fortement avec une pince du côté central et du côté périphérique. Un quart d'heure après l'opération, la sensibilité était revenue dans le membre. Mais la guérison, progressivement obtenue, ne fut complète qu'après trois mois.

Dans le second cas, recueilli à l'hôpital Tenon, salle Monthyon, remarquable également par l'intensité des phénomènes douloureux, M. Blum procura encore au malade un soulagement considérable. Mais comme il s'agissait, cette fois, d'une sciatique symptomatique probablement d'une affection des vertèbres, la guérison ne fut pas aussi complète et ne porta guère que sur les phénomènes douloureux. D'où la preuve de l'efficacité de l'étirement du sciatique dans les cas de névralgie affectant particulièrement la sensibilité des nerfs.

Flexion forcée de la cuisse. Mettant à profit la remarque de Vogt que le nerf sciatique se trouve distendu par cette flexion, le docteur Trombetta y a eu recours chez un homme de soixante-onze ans, atteint d'une sciatique. Après l'avoir endormi, il a fléchi si fortement la cuisse que le talon a été amené près du menton, et, par ce tour de force, le malade a été guéri du coup.

Sauf le danger qu'il peut y avoir à employer ce moyen chez un homme aussi âgé, il est évident que c'est une manœuvre à employer, avant de recourir à l'étirement traumatique du nerf. (*Soc. de chir., mai.*)

Cautérisation actuelle. Ce moyen simple est employé avec succès par le docteur Comin (de Lamarque) quand il existe un point douloureux sur le trajet du nerf saphène externe au-dessous de la malléole. Il applique sur ce point un bouton de fer, tel qu'une longue pointe à charpente. Chauffée au rouge et saisie avec une pince, elle est appliquée sur la peau, de manière à pénétrer le derme. On lave ensuite avec de l'eau froide, et cette petite opération ne laisse d'autre trace que la disparition de la douleur. Deux exemples remarquables en sont rapportés à l'appui, et c'est ainsi que, chez un confrère, l'amélioration s'est accentuée de jour en jour depuis l'application du cautère jusqu'à complète guérison. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

SECRET PROFESSIONNEL. Une singulière application en a été faite récemment en Belgique à propos du duel. Un médecin était assigné pour répondre et affirmer s'il avait oui ou non assisté à un duel qui avait eu lieu à Cappellen

le 20 avril 1880. Mieux inspiré que le docteur Lesueur, il comparut et refusa de répondre en disant que ce qu'il savait des faits articulés, c'était à raison de sa profession et sous le sceau du secret qui lui avait été demandé.

Et en effet on sait très bien que le médecin n'assiste guère à un duel comme simple témoin, mais pour assister son client en cas de besoin. Il ne doit donc pas plus révéler ce fait que tous les autres, lors même qu'il n'a pas été appelé à exercer son ministère. Le médecin disparaîtrait bientôt du duel si les duellistes avaient en lui un témoin à charge.

Néanmoins, considérant que l'article 548 du Code pénal belge a réduit le droit de se taire aux personnes détenteurs de secrets professionnels, suivant l'article 378 du Code civil, lorsqu'elles sont citées comme témoins devant la juridiction répressive;

Attendu que le respect du secret professionnel ne peut aller jusqu'à entraver les poursuites de la justice ni s'opposer à l'accomplissement des devoirs légaux, conformément au réquisitoire du procureur général Faider (Paris, 1877);

Attendu que les faits demandés au témoin sont en dehors des actes de sa profession, que le secret qu'il aurait promis ne peut être valable et que le refus de répondre équivaut au défaut de comparaître; le tribunal a condamné le médecin à une amende de cent francs et aux frais.

Sur l'appel de ce jugement, rendu par le tribunal d'Anvers, la cour de Bruxelles l'a confirmé le 8 novembre suivant.

Telle est la jurisprudence belge. Seutin fut condamné de même pour un fait analogue, malgré les contradictions qu'elle soulève. Si la justice a intérêt à être éclairée sur certains faits, la société en a aussi à avoir confiance dans notre profession.

Que dirait-on en toute autre circonstance du médecin qui a reçu la confiance d'un fait délictueux dans l'exercice de sa profession, qui ne dit rien de l'examen personnel de la plaie ou du blessé, mais qui conduit les gendarmes jusqu'à la chambre du coupable, sous prétexte que jusqu'à la porte il ne faisait que marcher et n'était pas encore dans l'exercice de ses fonctions? Le texte du jugement précité ne dit pas autre chose.

Avortement. Dès que la justice belge prétend obliger un médecin à parler sur une simple affaire de duel et qu'il croit de son devoir professionnel de se taire, il n'est pas étonnant qu'en France elle exige qu'il l'éclaire sur un crime d'avortement. Le docteur Lesueur, de Cernay, était cité par la cour d'assises de l'Eure pour témoigner dans une affaire d'avortement qui lui était soumise, et, sur son refus de répondre à cette citation, en se retranchant derrière le secret professionnel, il fut condamné à cent francs d'amende.

Evidemment, l'honorable praticien avait eu tort de ne pas comparaître à l'audience et de répondre à son nom, car il faut toujours répondre à une citation de justice, sauf à garder le silence ensuite sur les questions posées, en déclarant qu'il ne connaissait les faits qu'en sa qualité de médecin et ne pouvait parler, conformément à la loi. L'article 378 du Code pénal dit en effet : « Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets à eux confiés, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs (crimes intéressant l'Etat), auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

Le médecin cité peut même, en pareil cas, prêter le serment de dire toute la vérité et rien que la vérité, car, s'il a réellement reçu le secret qu'on lui demande comme médecin, il rend hommage à la vérité en le déclarant. Tel est son devoir, comme l'indiquent clairement Briand et Chaudé : « Lorsque le médecin est appelé devant la justice comme témoin, il ne doit compte que des faits venus à sa connaissance autrement que comme médecin; sur tous les faits dont il est devenu dépositaire à raison de sa profession, il doit se taire, et deux arrêts des Cours de Montpellier (25 septembre 1827) et de Grenoble (23 août 1828) ont décidé que l'obligation du secret continue d'exister dans le cas même où celui que les faits concernent et qui les a confiés a demandé la révélation; car l'obligation prescrite par l'article 378 est établie dans un intérêt général, et ce n'est qu'à ce prix que des professions dont l'exercice importe à la société tout entière peuvent jouir de la confiance et de la considération nécessaires. » (*Médecine légale.*)

Devant l'admission de ce principe absolu de la loi, c'est donc à tort que la jurisprudence cherche à établir des distinctions plus ou moins subtiles. Un arrêt de la Cour de cassation a ainsi imaginé des nuances entre le caractère plus ou moins confidentiel des faits portés à la connaissance du médecin, comme si personne pouvait en connaître que sa conscience même. La seule question à lui poser serait donc celle-ci : Est-ce comme médecin que vous avez eu occasion de constater telle chose ? Si oui, le secret s'impose. Toute autre distinction placerait le médecin dans mille divergences d'appréciation suivant les cas. Ses connaissances spéciales lui permettent d'apprécier, même comme homme, des secrets qu'il ne pourrait connaître autrement. La rigueur salubre d'une règle inflexible peut seule le mettre à l'abri de tous ces embarras.

Déclaration de naissance. A défaut du père d'un enfant qu'il a mis au monde, le médecin est obligé d'en faire la déclaration à l'état civil, d'après l'article 57 du Code civil. Il peut même taire le nom de la mère, si elle l'exige, sous le sceau du secret professionnel, et jusqu'au numéro de sa demeure, car cette seule révélation, faite dans les trois jours de la naissance, suffirait à dévoiler tout le secret.

Le docteur Lutaud amenait récemment à la mairie du IX^e arrondissement de Paris un enfant du sexe masculin, avec deux témoins, en déclarant qu'il ne pouvait donner ni le nom ni le domicile de la mère. La déclaration fut refusée par l'employé et le maire, bien que, le 30 décembre 1875, pareil cas s'étant présenté à la mairie du VII^e, un jugement fût rendu par le tribunal civil de la Seine, à la requête du docteur Berrut, obligeant le maire à recevoir sa déclaration exactement dans les mêmes conditions.

C'est en rappelant ce précédent à M. le maire du IX^e arrondissement que M. le substitut Roubier, pour le procureur de la République, l'invitait à recevoir la déclaration du docteur Lutaud, sans désignation plus précise que l'enfant présenté était né dans cet arrondissement, ce qui fut accepté. Ce deuxième fait établit donc définitivement la jurisprudence à cet égard.

SOMNAMBULISME. Depuis que les positivistes allemands se sont mis à raisonner sur ce phénomène étrange,

merveilleux et à l'expliquer d'après la méthode naturelle (Voy. HYPNOTISME, 1880), le sujet est revenu à l'ordre du jour. On s'en occupe partout. Des expérimentateurs, des physiciens comme M. Richet fils, ne dédaignent même pas d'en faire l'objet de leurs études. Le mouvement, parti de la Salpêtrière, en montrant les effets de la métallothérapie sur le physique et le moral des hystériques, ne s'arrêtera plus. Il se poursuit maintenant avec l'électricité statique. (Voy. HYSTÉRIE.) Les philosophes, comme les médecins, ont donc à en connaître, à s'en occuper, et c'est ainsi que le docteur Despine a publié récemment un gros in-8° sur ce sujet.

Effets délictueux. Si le somnambulisme nocturne entraîne à des actes répréhensibles, inconscients, il n'en est pas de même durant la veille, et le fait suivant mérite d'être connu pour servir d'exemple à cet égard. Un ouvrier arquebusier de vingt-six ans, bien connu du docteur Motet comme somnambule pour l'avoir observé depuis longtemps dans les hôpitaux, est appréhendé par des agents de police, qui le surprennent dans un urinoir public, où il était depuis une demi-heure, comme étant en flagrant délit d'outrage public à la pudeur. A cette accusation, son visage blême et méditatif sembla sortir d'un profond sommeil, et il répondit d'une voix affaiblie : « C'est faux ! vous mentez ! » De pareils faits étant toujours niés, les agents l'emmènent, et quoiqu'il renouvelât plus énergiquement sa dénégation le lendemain à l'audience des flagrants délits, on n'y fit pas attention. Il ne se souvenait plus de rien, et sa torpeur, son indolence, sa physionomie humiliée et jusqu'à son œil doux et timide, tout fut faussement pris pour des preuves du vice qu'on lui reprochait. Et il fut ainsi condamné à trois mois de prison. Ses pleurs, ses sanglots, pas plus que ses ardentes protestations d'innocence ne pouvaient convaincre ses juges.

Rentré en prison, il écrivit au docteur Motet pour l'informer de sa mésaventure, en lui en donnant tous les détails. Le médecin reconnaît aussitôt un des actes habituels de son malade, et, comme tous ces actes ont été exécutés publiquement à l'hôpital Saint-Antoine, en présence de nombreux témoins, et qu'ils sont consignés authentiquement

sur les registres d'observation de l'hôpital, il ne doute pas de l'innocence du condamné. Il va le voir, lui fait interjeter appel, charge un avocat de sa cause et se fait commettre comme expert pour éclairer la justice sur son état.

Système nerveux bizarre, cerveau anormal, organisme exceptionnel, ce garçon a exécuté comme somnambule les actes les plus extraordinaires pendant son séjour à l'hôpital Saint-Antoine, soit qu'il tombe spontanément en état de somnambulisme, soit qu'il y fût provoqué par une volonté étrangère. Il a écrit ainsi dans la plus complète obscurité les lettres les plus longues et les plus correctes. Souvent, lorsqu'il avait les yeux étroitement bandés, on se plaisait même à lui retirer brusquement, à la fin d'une ligne, la feuille sur laquelle il écrivait, et il continuait sa phrase sur la feuille placée au-dessous, comme s'il l'eût transcrite sur la feuille enlevée; quatre, cinq fois, on renouvelait cette embûche, et Didier continuait toujours, à l'endroit précis où sa plume avait été un instant suspendue, son entretien épistolaire qui ne présentait jamais la moindre incohérence.

On lui faisait, à volonté, exprimer, par le jeu de sa physionomie, l'extase, la joie ou l'horreur; et il suffisait de lever son bras ou sa jambe pour qu'il demeurât dans cette position, immobile comme une statue, aussi longtemps que l'expérimentateur le désirait. La nuit, il allait, spontanément, remplir les colonnes des cahiers de visite ou bien il copiait de la musique; il allait, dans le jardin, moissonner des fleurs; il cherchait à sortir de l'hôpital; il présentait, en un mot, toutes les conditions des êtres doués d'une double vie; il devinait même la pensée ou les besoins de ceux qui avaient de l'empire sur lui, et un jour, pendant le pansement des malades, au moment même où M. le docteur Mesnet songeait qu'une compresse lui était nécessaire, il allait la chercher aussitôt, tout endormi qu'il fut. Tous les journaux ont rendu compte de ces faits surprenants. C'est donc un malade incontestable soumis à des actes en dehors de sa propre volonté.

D'après le rapport médico-légal du docteur Motet, ce garçon, sujet à des hémorrhagies nasales abondantes, était simplement entré dans l'urinoir pour étancher le sang et

y était resté sans autre but, en tombant dans un de ses accès habituels de somnambulisme durant lesquels il se livre à des actes absolument automatiques et inconscients qui lui enlèvent toute responsabilité.

Les agents persistant à soutenir qu'ils avaient bien vu ce qu'ils avaient déclaré, la Cour des appels restait indécise et disposée à admettre l'erreur du médecin et la culpabilité de son malade. « Vous nous dites bien, opposait le président, que cet homme n'est pas responsable; mais vous nous avez dit aussi qu'à côté des troubles nerveux et cérébraux, il y avait chez lui des périodes d'état normal. S'il est vrai qu'il passe tour à tour par des périodes de condition première ou normale et par des périodes de condition seconde ou pathologique, prouvez-nous qu'au moment où il a été arrêté il était dans l'état de condition seconde. »

C'est alors que le médecin, convaincu et sûr de son dire, offre de répéter l'expérience devant la Cour, ce qui est aussitôt accepté. On se retire dans la chambre des délibérations, et Didier est reconduit dans la salle des accusés, où il est aussitôt endormi par le docteur en le regardant fixement. Et, se rendant près des juges, il appelle son malade à voix basse, quoique séparé de lui par deux couloirs et deux portes. Pâle, languissant, engourdi, le malade se dresse soudain, écarte, avec une force irrésistible, les deux gendarmes qui le gardent, enfonce les portes, fait irruption dans la chambre du Conseil, bouscule sans respect les magistrats, dont quelques-uns ne sont pas maîtres de cacher leur frayeur, et va droit au docteur, devant le regard impérieux duquel il s'arrête. Et, sur son geste, il marche, s'assied, tourne à gauche, s'agenouille, se déshabille comme un automate, et, sa soumission dès lors bien établie, la Cour ordonne de lui faire répéter l'acte de l'urinoir.

Au commandement du docteur, Didier est pris d'un tremblement épouvantable; il se tourne en suppliant vers lui et répond d'une voix étouffée :

« Non! non! je ne peux pas.

— Si! Il le faut.

— Non! non! murmure-t-il.

— Mais si! Vous le savez!

— Non!

— Alors! C'est donc vrai ce qu'on vous reproche?

— Non, c'est faux !

— Eh bien ! montrez-nous ce que vous avez fait, alors. Je veux que vous le fassiez ; je vous l'ordonne ; rappelez-vous. »

A ces mots, Didier prend son mouchoir, se dirige vers la muraille, fait le simulacre de recevoir de l'eau, d'en imbiber son linge, et de se laver le visage ensuite, indiquant ainsi qu'il est entré dans l'urinoir pour étancher encore le sang qui coulait de ses narines.

Or il était établi par le rapport que Didier avait été pris d'une épistaxis abondante et que c'est en allant chercher du perchlorure de fer chez le pharmacien pour l'arrêter qu'il entra dans l'urinoir.

« N'avez-vous pas fait autre chose ?

— Non, répond le somnambule avec plus d'affirmation.

— Est-ce bien sûr ? Rappelez-vous ! »

Et, encore une fois, Didier répond :

« Non, je n'ai plus rien fait. »

En présence de ce miracle éclatant de la science, les juges furent convaincus, et le somnambule, étant réveillé, rentra tout tremblant dans la salle, où il fut solennellement acquitté. (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale.*)

Du somnambulisme en général, par le docteur E. Chambard, ancien interne des hôpitaux de Paris, directeur du laboratoire de la Faculté à l'asile Sainte-Anne. 1881.

Après quelques notions d'histoire générale de cet état spécial, l'auteur envisage le somnambulisme morbide, pathologique et artificiel ou provoqué, dont il relate plusieurs observations chez des hystériques, comme l'exemple précédent en fournit le type. Et, conformément à la méthode naturelle en vogue, c'est surtout au somnambulisme provoqué, c'est-à-dire l'hypnotisme, qu'il s'attache, en décrivant les méthodes et les divers procédés étudiés successivement dans l'ordre suivant :

1^o Excitations sensorielles monotones, faibles et répétées, portant sur la vue : fixation d'un objet brillant ou non brillant ; sur l'ouïe : le son d'un diapason ou le tic-tac d'une montre ; sur le toucher : contact, température, frictions, chocs, excitation cutanée déterminée par les passes, attouchements et compressions légères de la région ovarienne.

2° Actions mécaniques : occlusion simple des yeux (*Lasegue*), convergence des actes optiques, compression du globe oculaire.

3° Actions physiques de l'aimant, des armatures métalliques, de l'électricité statique.

4° Actions anesthésiques de l'éther, du chloroforme, de l'alcool, du haschich, etc.

L'ouvrage ne confirme donc pas le titre général qu'il porte, car le somnambulisme naturel, pour être un phénomène morbide comme le rêve, ne s'y trouve pas suffisamment représenté dans son histoire, ses causes et ses effets.

SONDE A DEMEURE. La promulgation de ce fait nouveau par M. Krishaber promet d'avoir trop d'importance dans la chirurgie de l'avenir pour ne pas l'inscrire ici. Sa réalisation dans le canal de l'urèthre n'était que fictive, exceptionnelle et limitée. Son application illimitée dans l'œsophage, avec les modifications qu'elle comporte, consacre définitivement ce progrès. (Voy. RÉTRÉCISSEMENTS.) Arguer, comme M. Lannelongue, que ce fait n'est pas nouveau, parce que Boyer en fit une première application en 1799, puis Gerdy et Leroy (d'Etiolles) ensuite, c'est infliger une légèreté très blâmable aux chirurgiens, pour n'avoir pas su profiter de cet enseignement en l'érigant aussitôt en méthode chirurgicale. Comment n'y pas avoir eu recours devant le danger chaque jour répété et mieux constaté du cathétérisme œsophagien dans ces cas et la menace de l'inanition des malades en résultant? La découverte n'était donc pas faite, elle ne date que d'aujourd'hui. La preuve en est dans la substitution qu'elle va créer immédiatement dans une opération détestable et désespérée : la gastrostomie, et dans toutes celles qu'elle va permettre d'exécuter dans la bouche en en assurant de meilleurs résultats. Avec la sonde à demeure, la mort par inanition après l'amputation totale ou partielle de la langue et après l'ablation de la mâchoire ne sera plus un danger à l'avenir. M. Verneuil a déjà expérimenté et éprouvé les bons effets de ce moyen. Un malade, dont la langue et une partie du plancher de la bouche étaient envahis par un épithélioma, ayant été opéré largement, éprouva dès le cinquième jour des souffrances si vives et intenses qu'il refusait avec

obstination tous les aliments, préférant la mort aux douleurs provoquées par chaque effort de déglutition. Il succomba ainsi d'inanition.

Dans les cas moins graves, les opérés mangent à peine, la nutrition se fait mal, et ils s'affaiblissent progressivement. Les tissus se réparent alors avec beaucoup de difficulté; les sutures ne réussissent pas et la réunion immédiate manque le plus souvent.

Ayant à renouveler la même opération récemment chez un homme de trente-cinq ans, vigoureux, pour un épithélioma presque inopérable de la langue, avec des ganglions petits et ligneux dans la région sous-maxillaire envahissant le plancher de la bouche, M. Verneuil habitua préalablement le malade à la sonde œsophagienne à demeure, en introduisant une sonde ordinaire de caoutchouc rouge n° 12. Elle provoqua à peine un léger chatouillement sans douleur et put rester deux heures en place le premier jour, quatre heures le second, et la tolérance fut ainsi complète dès le quatrième. Le malade se nourrissait dès lors par les injections qu'il pratiquait lui-même.

L'extirpation de la langue put être exécutée suivant la méthode de Roux-Sédillot, en divisant la symphyse maxillaire et en écartant les deux moitiés de l'os. Les suites de cette grave opération ont été des plus simples; l'opéré a fait tous les jours des injections de lait, de vin, de bouillon et d'œufs, sans que la nutrition ait souffert. La réunion s'est faite par première intention dans la plus grande étendue de la plaie, en manquant seulement à gauche vers l'angle de la mâchoire. Au dix-huitième jour, la mine de l'opéré était satisfaisante, malgré une petite hémorrhagie survenue l'avant-veille.

Cette sonde à demeure pourra encore rendre des services dans l'ouranoplastie et la staphylorrhaphie, malgré les dangers du coryza ou de quelque écoulement purulent par le nez. Il n'y a guère d'ailleurs lieu d'y recourir dans l'ouranoplastie, d'après M. Trélat, car le succès s'affirme ou se dément trop vite pour que les petits opérés aient à souffrir de la faim avant la réunion immédiate. Une sonde à demeure, employée prématurément, ne pourrait qu'entraver la cicatrisation et désunir les lèvres de la plaie. (*Soc. de chir.*, mars.)

SUETTE MILIAIRE. *Affusions froides contre l'élévation extrême de la température.* Voy. TEMPÉRATURE.

SURDI-MUTITÉ. La statistique des sourds-muets en Europe, proclamée à la séance solennelle de l'Institution nationale de Paris par le docteur Ladreit de Lacharrière, médecin en chef, se résume dans les proportions suivantes pour les divers états.

Sur 206 millions d'habitants qui composent les pays civilisés, on compte 152 751 sourds-muets, soit 74 par 400 000 habitants. Les moyennes varient comme suit dans les pays ci-après :

Suisse.....	245	pour 100 000 habitants.
Autriche.....	134	—
Suède.....	118	—
Prusse.....	99	—
Norvège.....	98	—
Allemagne.....	96	—
Italie.....	73	—
Espagne.....	64	—
France.....	62 (Erreur 57)	—
Danemark.....	62	—
Angleterre.....	57	—
Irlande.....	82	—

La statistique française du ministère de l'agriculture accuse les chiffres suivants :

21 395 sourds-muets.	
11 460 sexe masculin.	
9 935 — féminin.	
Enfants de 1 à 15 ans.....	6 939
Adultes.....	14 456
Moyenne en France.....	57 pour 100,000 habitants
En Algérie.....	47
En Savoie.....	200
Côtes-du-Nord.....	124
Puy-de-Dôme.....	107
Meurthe.....	103
Nord.....	103
Loire.....	99
Aisne.....	87
Loire-Inférieure.....	67
Gironde.....	65
Seine.....	23

défalcation faite des sourds-muets de province qui y résident.

La statistique officielle donne 16 127 sourds de naissance et 5 268 devenus sourds.

D'après la statistique personnelle de l'auteur, sur 100 sourds-muets, il y aurait, au contraire, 21 surdités de naissance et 79 surdités acquises. Voy. OTITE SCLÉREUSE.

SYPHILIS. *Manifestations tardives chez les vieilles femmes.* Observées à la Salpêtrière par MM. Terrier et Luc, ces manifestations apparaissent le plus ordinairement sur la peau, sous forme d'éruption et surtout de gommès, après un temps extrêmement long, soit 35 à 36 ans, quand la date des premiers accidents a pu être précisée. Des syphilides apparurent par exemple chez deux femmes de 60 et 61 ans dont les accidents primitifs s'étaient montrés à 26 ans. Des observations de gommès musculaires et des os sont également relatées. Une lingère de soixante-douze ans ayant succombé à une pneumonie intercurrente, la préparation de son squelette a montré des lésions non seulement du crâne, mais de la plupart des grands os longs.

Le traitement spécifique mercuriel ou ioduré est ordinairement sans action marquée sur ces manifestations tardives. D'ailleurs, primitifs, secondaires ou tertiaires chez les vieillards, ces accidents sont toujours réfractaires, comme l'a démontré Sigmund. (*Revue mens. de chirurgie*, février.)

Hallucinations syphilitiques. Un tailleur, ayant des antécédents criminels et ivrogne, est pris d'hallucinations quatre semaines après l'accident initial. Il était devenu taciturne et morose depuis quelques jours, lorsqu'une roséole avec fièvre le fit entrer à l'hôpital. Il fut pris alors d'hallucinations et s'imaginait qu'on voulait le fusiller. Le docteur Kiernan le traita par les onctions mercurielles et la quinine, et, trois semaines après, les hallucinations étaient en décroissance marquée. Un mois plus tard, il était guéri, sans récidive un an après.

Un homme sain jusque-là était atteint depuis vingt-cinq jours d'un accident primitif, lorsqu'en regardant les animaux d'un jardin zoologique il fut pris d'hallucinations, en croyant qu'ils allaient le mettre en pièces. Une roséole survint, et,

pendant trois semaines, les hallucinations persistèrent et disparurent avec l'éruption sous l'influence du traitement.

Chez un ancien aliéné, ayant eu des accidents secondaires, une véritable récurrence d'aliénation coïncida avec l'apparition de la roséole; tous les accidents disparurent après des onctions mercurielles. (*Boston med. and surg. journ.*)

L'alcoolisme dans un cas et l'aliénation dans un autre ne permettent guère de se prononcer sur le caractère purement syphilitique de ces hallucinations, qui ressemblaient beaucoup, dit l'auteur, à celles des alcooliques. L'influence de la folie est d'ailleurs si évidente que, chez un quatrième syphilitique de soixante-quinze ans, ayant été aussi aliéné, les mêmes accidents apparurent et cédèrent, de même que dans le troisième cas.

Influence des diathèses. La scrofule étant généralement antérieure à la syphilis, selon M. Verneuil, manifeste son influence sur celle-ci en l'attirant sur les organes qu'elle affecte de prédilection. Elle y provoque facilement la suppuration. Elle ne l'aggrave pas notablement à l'état dyscrasique simple; elle en rend les manifestations locales plus fixes et abolit généralement la douleur.

La tuberculose, au contraire, ne favorise pas l'apparition de lésions graves et rebelles, mais les entretient indéfiniment à coup sûr.

Dans l'hybridité syphilo-cancéreuse, c'est le néoplasme dernier venu, épithélioma ou carcinome, qui subit l'influence de la vérole. L'indolence presque complète, la marche lente, la bénignité relative des symptômes néoplasiques sont le fait de la syphilis; mais les progrès continus, la généralisation fréquente et la terminaison toujours fatale établissent le diagnostic, en montrant que, dans le duo morbide, le dernier mot reste au cancer.

Le traitement spécifique doit toujours être tenté dans les cas douteux. Il amène parfois des améliorations surprenantes, qui feraient croire à la guérison; mais ces arrêts ne sont que passagers, quand on sait combien le mercure et l'iodure de potassium sont inutiles contre les néoplasmes cancéreux. (*Congrès de Londres.*)

Pilocarpine. Employée dans trente-deux cas par M. Lewin

en injections hypodermiques, à la dose de 372 milligrammes, pendant une durée moyenne de trente-quatre jours.

Les récidives de 22 0/0 ont donc été moins nombreuses et moins graves que consécutivement à la diète végétale ou au traitement classique des mercuriaux. (*Charité-Annalen*, 1880.)

Injections hypodermiques de peptones mercuriques. Sca-renzio, de Pavie, paraît être le premier qui ait employé le mercure sous cette forme, en se servant du calomel suspendu dans la glycérine. Le sublimé à la dose de un milligramme fut ensuite employé en Angleterre et assez bien supporté. Après plusieurs autres, Liégeois, en France, remarqua que l'amélioration des accidents était bien plus rapide par ce procédé qu'en donnant le mercure à l'intérieur. Bamberger, ayant observé le premier que la formation d'albuminate de mercure était une condition favorable d'absorption, fit entrer la peptone dans sa préparation.

Le docteur Martineau, voulant employer cette médication dans son service de Lourcine, s'est arrêté à la formule suivante, qui, d'après M. Delpech, prévient l'altération de la peptone :

Bichlorure de mercure.....	10 grammes.
Peptone de Catillon.....	15 —
Chlorure d'ammonium.....	15 —

Employée à la dose progressive de 1 milligramme de sublimé jusqu'à 4 et 5, puis 10 milligrammes par jour, en injections sous-cutanées faites dans le tissu cellulaire du dos, cette solution n'a donné lieu à aucun accident local ni général. La douleur est le seul inconvénient de cette méthode, il n'en résulte ni phlegmons ni eschare si la solution est bien faite et poussée dans le tissu cellulaire avec une aiguille bien acérée.

Sur 172 syphilitiques des deux sexes, traités depuis le 12 avril dernier jusqu'au 15 novembre par 3838 de ces injections, l'action curative du sublimé s'est montrée beaucoup plus active que par la voie gastrique. Il n'y a jamais eu de salivation ni de stomatite, à moins que l'usage du tabac ou le tartre des dents n'y prédispose.

C'est donc un moyen à utiliser, surtout quand le mercure n'est pas toléré par la voie gastrique. Un malade de M. Blachéz qui se trouvait dans ce cas, ayant été soumis à ces injections à la dose progressive de 2 à 5 milligrammes de sublimé, s'est trouvé guéri en six semaines, malgré son intolérance absolue aux sels de mercure par toute autre voie. Elles conviennent d'autant mieux que l'estomac est ainsi laissé libre de recevoir les autres préparations pour combattre la scrofule ou l'arthritisme qui compliquent souvent la vérole. (*Soc. méd. des hôpitaux*, juillet et octobre.)

Syphilis du col de l'utérus, par M. Jules Foulquier; thèse inaugurale, Paris, 1881. La fréquence de ces syphilides papuleuses érosives et ulcéreuses du col, à l'hôpital de Lourcine, est la même que celles du vagin; seulement il faut les chercher, car la femme en ignore le plus souvent la présence, et c'est ainsi qu'elles deviennent une cause facile et fréquente de contagion.

Syphilis anormale. Une fille de quinze ans entre à l'hôpital de la Pitié, service de M. Polaillon, pour une ulcération légère à la plante du pied droit, s'étant manifestée dans les conditions suivantes : Cinq mois et demi auparavant, elle avait acheté une paire de bottines d'occasion; un clou la blessa et produisit un bouton, auquel succéda une ulcération qui, par la continuation de la marche, se creusa, s'étendit et forma un véritable ulcère phagédénique. Une chute sur le tibia, survenue dans ces conditions, amena un gonflement de l'os et une exostose.

L'examen du pied montre des ulcérations arrondies, à bords indurés et à pic, d'une surface un peu excoriée et indolore. Pas de lymphatisme ni de scrofule. Aucune éruption cutanée; chevelure intacte, pas de croûtes; gorge saine; absence de fièvre et de douleurs nocturnes; pas d'amaigrissement. Aucun écoulement des parties génitales.

L'apparence syphilitique de l'ulcération en fit inoculer la suppuration comme épreuve sans aucun résultat. L'exostose était indolore, et l'âge de la malade ne permettant pas d'en faire un caractère absolu, cette fille fut simplement soumise au repos et à des pansements phéniqués. Aucune amélioration n'en résultant, la plaie fut pansée

avec l'onguent mercuriel; usage de l'iodure de potassium à l'intérieur; 1 à 2 grammes par jour et un bain sulfureux tous les huit jours. Cinq semaines après, la cicatrisation était complète, l'exostose diminuait, et c'est dans cet état que la malade quittait l'hôpital. On ne peut donc conclure qu'à une syphilis anormale.

Paraplégie syphilitique. Une femme de quarante-six ans entra à l'hôpital Laennec en janvier dernier, service de M. Damaschino, avec une impotence complète des membres inférieurs, résultant d'une contracture extrême des jambes sur les cuisses. Aucun trouble de la sensibilité cutanée ni musculaire, mais il existait des douleurs vives dans les lombes, les cuisses, et une incontinence d'urine.

Cette contracture, avec douleurs, pouvait faire penser à une compression de la moelle plutôt qu'à une myélite primitive. On l'observe ainsi dans le mal de Pott et dans le cancer de la colonne vertébrale, dont la paraplégie douloureuse est le caractère typique et distinctif; mais ni l'une ni l'autre de ces graves affections ne pouvait être mise en cause, en raison de l'origine reculée de cette paraplégie.

A vingt ans, en effet, cette femme avait éprouvé de vives douleurs dans la région des reins, en même temps que dans les membres inférieurs. La marche devenait difficile, et une iritis se déclara ensuite, dont une déformation pupillaire très prononcée montre encore la trace. La ménopause, survenue à quarante-deux ans, avait augmenté graduellement ces douleurs lombaires et la faiblesse des membres inférieure jusqu'à la paraplégie actuelle.

Il restait donc l'action lente de la syphilis pour l'expliquer, et, quoique la malade le niât formellement, l'iritis d'une part, des cicatrices sur les bras et des exostoses sur le tibia, le cubitus et sur la clavicule en rendaient l'existence plus que probable. Aussi des frictions mercurielles et l'usage interne de 5 à 8 grammes d'iodure de potassium par jour confirmèrent bientôt cette étiologie, en ramenant en grande partie les mouvements des membres dans l'espace de quinze jours. Les lésions acquises par l'ancienneté du mal empêchèrent seules une guérison complète. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, juillet.)

Syphilis héréditaire osseuse chez les jeunes enfants.

Depuis que le professeur Parrot a rattaché les ostéophytes crâniennes des nouveau-nés à la syphilis, les altérations des autres os ne se rapportant pas à une cause connue, cachexie ou diathèse, sont aussi attribuées par imitation à cette même cause. Le docteur Lannelongue, ayant étudié particulièrement l'ostéo-myélite chez les enfants, a rencontré des altérations qui, ne pouvant être rapportées au rachitisme ni à la scrofule, ont été aussitôt attribuées à la syphilis. Il en relate six observations sur des enfants de dix à douze ans présentant tous du gonflement avec congestion des os longs des membres, tibia, cubitus, radius et humérus, atteints ensemble ou séparément. Sans que l'hérédité syphilitique fût démontrée, un traitement spécifique ioduré ou mixte ayant amélioré, arrêté ou guéri ces lésions, l'auteur y voit la preuve de leur caractère spécifique. Telle est la base unique de cette nouvelle étiologie.

Les principaux caractères de cette syphilis osseuse héréditaire apparaissent en général avant quatre ans et se distinguent par la multiplicité des os atteints. Ils débutent par un gonflement lent, subaigu, des diaphyses près de leurs extrémités; l'os augmente de volume, devient noueux; puis tout s'arrête jusqu'à une nouvelle poussée survenant un à deux ans après. Trois à quatre ans et plus s'écoulent avant que la déformation soit complète, sans abcès intercurrents. L'exaspération nocturne des douleurs se présente parfois et disparaît de même momentanément. Les dents manquent ou présentent les altérations décrites comme syphilitiques dans la plupart des cas.

Ces accidents sont donc distincts de la scrofule, dont les malades ne présentent généralement pas de traces. Le siège d'élection des accidents scrofuleux dans les épiphyses et la production de fongosités et d'abcès froids suffisent à les distinguer des précédents.

Cette communication n'a été accueillie que par des doutes à la Société de chirurgie. M. Duplay a opposé deux cas d'ostéo-périostite subaiguë, observés il y a trois ans et guéris avec résorption presque complète, sans traitement bien actif. Des badigeonnages iodés et l'administration de l'huile de foie de morue ont suffi à M. Trélat dans des cas analogues. Le succès de l'iodure de potassium ne peut caractériser le

diagnostic, et M. Després infirme cette nouvelle interprétation, en présentant un malade de dix-neuf ans, portant des lésions semblables à celles décrites plus haut, quoique sans aucun antécédent syphilitique personnel ou héréditaire. Il a une tumeur du tibia droit, avec allongement de l'os de 3 centimètres, et une tumeur manifestement fibreuse sur le tibia gauche. Il avait une périostose du frontal à son entrée à l'hôpital, et il porte sur la joue gauche la cicatrice d'une gomme ulcérée. C'est la réfutation la plus éloquente de toute cette discussion. (*Soc. de chirurgie*, mai.)

T

TAILLE SUS-PUBIENNE. Exécutée dès 1560 par Franco, elle n'a été délaissée depuis que par la crainte de la stagnation du pus dans le fond de la plaie, et ses conséquences fâcheuses sur le péritoine ou les espaces cellulaires péri-vasculaires. C'est la principale cause qui a éloigné les chirurgiens de cette opération, car elle est infiniment plus facile à exécuter que la taille périnéale. En prévenant la suppuration des plaies, l'emploi de la méthode antiseptique dans la laparotomie et contre les ruptures même de la vessie lui a ramené naturellement ses partisans. En quelques mois, Trendelenburg, Bruns et Patterson (de Glasgow) ont pratiqué cette opération. Après avoir nettoyé soigneusement la vessie et la plaie, ils ont suturé la vessie au catgut, puis la plaie cutanée, en laissant ou non une sonde à demeure. Le malade de Patterson est mort de pyélite le vingtième jour.

M. Lister lui-même a pratiqué cette taille l'hiver dernier sur deux hommes. Préalablement, la vessie fut lavée, puis distendue avec une solution phéniquée; la plaie de la vessie et celle de la paroi abdominale furent suturées, et, pour prévenir la putréfaction de l'urine, une sonde fut placée à demeure, communiquant par un long tube en caoutchouc avec le fond d'une large bouteille recouvert d'une couche d'huile phéniquée.

Mais le danger d'ouvrir le péritoine est bien plus grave, car il n'est pas toujours tolérant au traumatisme, comme dans les kystes de l'ovaire où il semble avoir acquis une

certaine accoutumance à l'irritation par la distension graduelle et progressive que lui communiquent ces kystes. C'était donc là le principal obstacle à faire disparaître pour ériger la taille hypogastrique en méthode générale, quand la lithotritie n'est pas applicable.

Déjà Franco avait eu recours à l'introduction du doigt dans le rectum et à la propulsion avec le doigt de la vessie et du calcul vers la paroi abdominale. Ce procédé ne permettant pas de faire remonter le péritoine au-dessus du pubis, Rousset, vingt ans plus tard, y substitua l'injection d'eau dans la vessie; mais la rétraction de sa cavité chez beaucoup de calculeux, l'épaississement de ses parois ne permet pas toujours d'obtenir sa distension. C'est pourquoi frère Côme, en 1779, inventa la sonde à dard pour soulever et faire saillir la vessie; mais ce moyen mécanique n'eut pas plus de succès, et le docteur Petersen, de Kiel, revint à l'injection de Rousset, en y ajoutant l'introduction dans le rectum d'un pessaire en caoutchouc de Gariel, qu'il remplissait ensuite d'air ou d'eau pour faire saillir la vessie en haut.

Dans deux cas récents, opérés à l'hôpital Saint-Antoine, le docteur Périer a appliqué ce procédé avec des modifications importantes. Préalablement et vingt jours avant l'opération, il a fait une injection quotidienne dans la vessie, pour combattre la cystite, avec la solution suivante :

℥ Essence de Wintergreen.....	6 grammes.
Teinture de Quillaya Saponaria.....	30 —
Eau	1 litre.

A l'intérieur, il administrait simultanément 1 gr. 50 de salicylate de soude, pour rendre l'urine aseptique. Enfin, le jour de l'opération, il a distendu la vessie avec 250 grammes d'eau phéniquée au 100^e et introduit dans le pessaire de Gariel 520 grammes d'eau tiède.

Dans le premier cas, c'était sur un vieillard de soixante-deux ans qui s'était introduit un tube de caoutchouc souple dans la vessie; muni d'un ajutage métallique, il était tombé dans la vessie. Trois mois après cet accident, la taille était devenue indispensable, et, des hémorroïdes énormes et une chute du rectum rendant la taille périnéale impossible, l'incision sus-pubienne fut pratiquée avec les précautions

précédentes. Le fond de la vessie s'élevait au-dessus du pubis, et l'ouverture faite montra les fibres musculaires de la vessie. Une sonde uréthrale à demeure permit de ne pas suturer la vessie, et, malgré l'écoulement de l'urine par la plaie, l'opéré était bien guéri le vingt-huitième jour.

Le second malade avait une pierre volumineuse avec cystonéphrite. Il fut opéré de la même manière et avec succès, comme le précédent. Le calcul pesait 31 grammes. La néphrite suppurée détermina la mort le cinquième jour, et l'on constata un volumineux abcès dans le rein gauche.

Dans les deux cas, la vessie fut incisée bien au-dessus du cul-de sac péritonéal. Toutes les précautions de la méthode antiseptique avaient été rigoureusement suivies, et l'on ne constata même pas trace d'inflammation dans le cas mortel. Ces modifications spéciales paraissent donc avoir l'influence la plus utile sur la septicité. Avec ce nouveau procédé, la taille par le haut appareil va être réhabilitée et jouer sans doute un rôle considérable. M. Périer conseille, d'après son expérience personnelle, de placer un ballon rectal plus volumineux chez les gens maigres que chez les gens gros, la vessie s'élevant plus facilement chez ceux-ci, en raison de l'étroitesse de leur bassin. L'approbation de M. Gosselin à ces modifications importantes, donnée explicitement dans son rapport à ce sujet, est une garantie de la sagesse et de la prudence clinique qui les ont inspirées. (*Acad. de méd.*, 20 septembre.)

Deux succès en ont été obtenus par le docteur Bois (d'Aurillac), le premier chez un homme atteint d'ankylose de la hanche par coxalgie suppurée rendant la taille périnéale impossible. Une pierre de 25 grammes fut extraite, et, sans suturer la vessie, un simple robinet y fut laissé à demeure. Il fut retiré le cinquième jour, et la guérison était complète cinq semaines après.

Le second fut obtenu sur un enfant de quinze ans; le ballon rectal de Petersen avait été introduit. Deux jours après, la sonde et le pansement étaient supprimés, et dès le dix-huitième jour la guérison était complète.

A défaut de la lithotritie, cette taille peut la remplacer, suivant l'auteur, par sa facile exécution et en exposant moins aux infiltrations d'urine que les tailles périnéales. Il suffit de porter la séreuse en haut, avec le doigt introduit en

crochet dans l'angle supérieur de la plaie, pour éviter la péritonite.

C'est le contraire pour M. Monod, qui, dans trois cas de cette opération, a éprouvé trois insuccès. Il s'agissait dans le premier d'un homme de soixante-trois ans, ayant un calcul volumineux, mesurant 7 centimètres de long sur 5 de large. Il n'y eut pas de difficultés; l'extraction fut facile; la suture de la plaie et de la vessie fut pratiquée avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Un drain fut placé à la partie inférieure de la plaie, puis une sonde à demeure dans la vessie. Les suites de l'opération furent des plus simples; il ne restait qu'une petite fistule, lorsque le malade fut pris d'érysipèle et succomba, alors qu'il pouvait être considéré comme guéri. Dans le second cas, le malade mourut cinq jours après l'opération. On ne trouva pas de péritonite, mais du pus dans le tissu cellulaire prévésical. Enfin, le troisième malade a succombé également, au cinquième jour, à un abcès gangréneux de la cavité prévésicale. Mais la pierre, chez ce dernier malade, était énorme, et son extraction n'avait pu être faite sans produire des déchirures. (*Soc. de chir.*, octobre.)

L'avocat le plus décidé de cette méthode est le professeur Langenbuch de Berlin. Jaloux sans doute de la gloire de Franco, il donne la préférence au haut appareil sur tous les autres, car le risque de léser le péritoine, qui l'avait fait abandonner, n'est pas si redoutable qu'on le croyait avec l'usage du nuage phéniqué. Sur 478 cas de lithotomie sus-pubienne, collectés par le docteur Dulles, il n'y eût que 13 fois lésion du péritoine dont 3 mortelles! Une pierre pesant plus de deux onces doit toujours être extraite sans risque de cette manière; l'infiltration urinaire étant beaucoup plus à craindre dans la taille périnéale par la profondeur et la vascularité du tissu connectif périprostatique. Le tissu péricystique plus accessible et sans plexus veineux redoutables, peut être divisé avec plus de précision et de sécurité, aussi largement que l'exige le volume du calcul, sans contusion ni lacération pour l'extraire. C'est donc tout l'opposé du petit appareil même pour un calcul de deux pouces de diamètre et ce n'est que pour les calculs monstres que l'auteur propose des mesures spéciales. (*Archiv für klin. chir.*)

Emploi du thermo-cautère. Voici les principes posés par M. Th. Anger sur l'emploi de la taille hypogastrique : La taille périnéale doit être préférée toutes les fois que la prostate n'est pas notablement hypertrophiée et enclavée dans le petit bassin. La taille sus-pubienne est préférable quand la prostate hypertrophiée et indurée est immobilisée et enclavée dans la loge ostéo-fibreuse et inextensible du petit bassin. L'emploi du thermo-cautère rend l'exécution de l'un et l'autre procédé facile et méthodique, en épargnant le sang des opérés. La plaie ainsi faite est plus sèche et met mieux l'opéré à l'abri des infiltrations urineuses. (*Congrès de Londres.*)

Drainage. Au lieu de pratiquer la suture de la vessie et l'occlusion de la plaie extérieure, le professeur Trendelenburg la laisse ouverte et y place un tube en T, en faisant garder à ses opérés le décubitus abdominal pour prévenir l'infiltration d'urine. La pyélo-néphrite est ainsi empêchée plus sûrement qu'en renfermant l'urine dans la vessie, car, au moindre obstacle, elle ne manque pas de remonter dans les uretères, toujours dilatés chez les calculeux. Et, alcaline ou purulente, elle ne peut manquer de produire les plus redoutables effets. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 1.)

TEMPÉRATURE. Le secret de son élévation extrême de 44 à 47 degrés et même 50, c'est-à-dire incompatible avec la vie, semble s'être révélé dans le fait suivant pour expliquer la persistance de celle-ci. C'était chez une hystérique de vingt-trois ans, ayant abusé des narcotiques : chlorodyne, alcool camphré, eau de Cologne, préparation d'opium. Entrée à l'hôpital apyrétique, dans le service du docteur Philipson, elle présente un soir 44°,4 dans l'aisselle jusqu'au lendemain matin, où la température revient à 38, 39°,4. Nouvelle oscillation ascendante à 44°,4 quelques jours après et jusqu'à 47°,2 le lendemain dans l'aisselle gauche, tandis que l'aisselle droite marquait seulement 43°,3. Un autre jour, elle était de 43°,4 à gauche et de 46°,1 à droite, celle de la bouche étant à 46°,6 et la température extérieure variant de 10 à 16 degrés.

Le salicylate de soude et une injection de morphine provoquèrent des sueurs fortement acides avec éruption roséo-

liforme sur le tronc, desquamation digitale, extrémités inférieures froides, frissons fréquents, nuits agitées, idées de suicide. La veille de sa sortie de l'hôpital, elle ne marquait plus que 36°,6, quoique présentant encore 47°,2 quelques jours auparavant. (*Centralblatt für medic. Wissensch.*)

C'est sous le titre de paradoxales — *paradoxical temperatures* — que trois cas analogues au précédent ont été relatés à la Société clinique de Londres, chez deux femmes et un homme. Quoique s'étant élevée de 128 à 130° Fahrénh. dans le second cas, chez une femme hystérique, on remarqua qu'elle n'était jamais égale des deux côtés et que dans un autre elle était élevée artificiellement par des cataplasmes ou des boules d'eau chaude. Ces oscillations soudaines et inégales de température, tout exceptionnelles qu'elles sont, ne peuvent donc être expliquées que par des instruments imparfaits, inexacts, des supercheries personnelles ou des perversions organiques momentanées. (*Lancet*, novembre.)

Cette répartition inégale, autant que l'état transitoire de ces températures élevées, explique leur faible influence sur l'état général et le sensorium en particulier. Elles seraient nécessairement fatales dans des conditions opposées.

En dehors de ces troubles nerveux ou de ces congestions locales sous l'influence des vaso-moteurs, ces températures élevées et générales ne peuvent se rencontrer que dans les fièvres éruptives, la scarlatine en particulier. Dès le matin du deuxième jour d'une scarlatine, chez une dame de vingt-sept ans, le docteur Mayer constata avec un thermomètre sûr que la température axillaire s'élevait à 43°. Elle persista ainsi vingt-quatre heures. L'application de vessies de glace la firent baisser un peu, mais elle s'éleva de nouveau dès qu'elles furent enlevées.

L'abaissement était de deux degrés dès le lendemain matin, pour s'élever de nouveau à 43° le soir. Mais elle ne remonta plus ensuite, et la guérison fut ainsi rapide et sans accidents particuliers. (*Ann. de la Société de méd. d'Anvers.*)

Affusions froides. C'est surtout par l'extrême élévation de la température que s'est fait remarquer une épidémie de suette miliaire, déclarée le 2 juillet 1880 dans l'île

d'Oléron, où elle a fait 142 victimes sur un millier de cas et une population de 20 000 habitants environ. Depuis 1849 que cette maladie avait ravagé la Somme, l'Aisne et l'Oise, on avait oublié ses traits dont le principal est l'élévation de la température surtout avant l'apparition des sueurs. Les tracés thermographiques marquent dès le début une température de 39 degrés qui s'abaisse et se maintient à 37 lorsque les sueurs s'établissent et tant qu'elles durent.

C'est là sans doute le trait caractéristique de toutes les fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, comme de la fièvre typhoïde ; mais la suette le présente au suprême degré, car, dans les cas graves, le thermomètre a marqué 40, 41, 42 degrés et jusqu'à 42°,3. En rappelant les températures élevées du rhumatisme cérébral et de la fièvre typhoïde, la médication nouvelle des affusions froides, dirigée avec tant de succès contre ce symptôme, se présentait naturellement à l'esprit pour enrayer cette hyperthermie après l'administration de l'ipéca. Dans deux cas désespérés, alors que la sueur était tarie, la stupeur profonde, le pouls à 100 et la température de 41°,8 à 42°,3, des draps mouillés, posés rapidement de quart en quart d'heure, firent immédiatement baisser ces températures, et la guérison fut promptement obtenue. « Les malades éprouvaient sous l'application du drap une fraîcheur délicieuse, » dit le narrateur. Nouvelle preuve que le danger d'une température au-dessus de 42 degrés est une indication précise du refroidissement par l'eau, dit M. Rochard, quelle que soit la maladie où elle s'observe. (*Acad. de méd.*, 1^{er} mars.)

Influence de l'électrisation. Après avoir démontré que l'application de courants continus sur la tête et le ganglion cervical détermine une constriction notable des capillaires céphaliques et encéphaliques, le docteur Letourneau, poursuivant ces expériences sur les animaux conjointement avec des observations directes sur l'homme, a constaté qu'il en résulte de même un abaissement de la température locale avec anémie cérébrale marquée. Ce fait n'est pourtant pas absolument constant ; des contradictions se manifestent parfois, qui sont attribuées *à priori* aux impressions morales ou psychiques des individus soumis à cette électrisation.

En raison de l'importance que cette méthode thérapeutique pourrait avoir sur les affections congestives du cerveau et les maladies mentales, voici les principaux effets qui en ont été observés jusqu'ici :

Sur l'homme :

- 1° Des vertiges passagers ;
- 2° Une forte tendance au sommeil et même, dans un cas, un sommeil irrésistible ;
- 3° La constriction et la déplétion des vaisseaux rétiens ;
- 4° La guérison d'une tendance congestive au cerveau, tendance chronique, invétérée, et ayant déjà déterminé plusieurs *coups de sang* ;
- 5° Dans deux cas, la disparition d'une incapacité de travail intellectuel, suite d'excès de travail ;
- 6° L'abaissement de la température superficielle de la tête.

Sur les animaux :

- 1° La constriction des vaisseaux rétiens chez le chien ;
- 2° Celle des vaisseaux auriculaires chez le lapin ;
- 3° Chez l'un et l'autre, une extrême dilatation de la pupille, accompagnée, chez le chien, d'exophthalmies ;
- 4° L'anémie des enveloppes cérébrales, dure-mère et pie-mère, chez le chien ;
- 5° L'abaissement brusque de la température des hémisphères, chez le chien. (*Congrès d'Alger et Journal de thérap.*, n° 9.)

Action antithermique de l'acide phénique. Son usage interne dans les maladies fébriles a conduit MM. Morra et Ghirardi à conclure que la meilleure voie à cet effet est le rectum. Il n'a pas pour résultat constant d'abaisser la température, et son action est souvent passagère. Une nouvelle administration peut même augmenter la température après l'avoir abaissée. Aussi convient-il de ne renouveler le lavement phéniqué que si la température s'est relevée à 39.

L'action différente de cet acide sur les individus exige de la surveiller particulièrement chez les femmes sur lesquelles elle est très énergique. On ne doit pas dépasser la dose de 2 grammes par lavement. Son action est très faible sur le pouls et la respiration, mais il ne faut jamais

négliger, pendant son administration, l'inspection du cœur et des reins, bien que les auteurs n'aient jamais constaté ni adynamie cardiaque ni albuminurie comme conséquence de cette thérapeutique spéciale. (*Gaz. delle cliniche.*) Voy. FIÈVRE TYPHOÏDE.

Des médications hypo et hyperthermiques, et des moyens thérapeutiques dont elles se composent; Pharmacothermogenèse, ou théorie de l'action des médicaments sur la température animale. Un vol. in-8° de 200 pages, par le docteur da Costa Alvarenga, de l'Académie des sciences de Lisbonne, professeur à l'École de médecine, etc.; Lisbonne, 1881.

L'actualité et l'originalité étant incontestablement acquises à ce titre par l'importance tous les jours croissante donnée à l'étude de la température animale dans les maladies, il reste à examiner comment le programme en a été conçu et exécuté. Avec son esprit exact et positif bien connu par une foule d'autres travaux, l'auteur n'a tenu compte, bien entendu, que des faits acquis, démontrés par les méthodes positives d'observation. Sur un sujet purement physique, il serait irrationnel d'en admettre d'autre. Et pourtant que de théories, d'hypothèses gratuites, de suppositions s'excluant réciproquement sur la production de la chaleur et du froid animal, leur siège et le mode d'action des moyens les plus usités pour les produire. Elles émanent cependant, en général, des savants et des expérimentateurs les plus autorisés du mouvement actuel de la science exacte. Ce sont ses principaux représentants que l'auteur a choisis, en Allemagne comme en France, pour répondants. Il les met ainsi en contradiction permanente, en opposant aux théories des uns les expériences des autres, car chacune, en contenant une part de vérité à certains cas particuliers, a le tort de prétendre et vouloir s'appliquer à l'ensemble du problème.

En formant un exposé de nos connaissances exactes et précises des moyens propres à combattre et conjurer ces deux accidents morbides, ce livre est aussi, par un savant et judicieux examen, une critique impartiale, l'inventaire de notre ignorance sur ces deux phénomènes vitaux, en permanence sous nos yeux. Malgré les recherches, les expériences et surtout les nombreux instruments perfectionnés

à notre usage pour les apprécier, en étudier le siège et la production, le secret échappe en voulant les concréter dans un lieu unique et les rapporter séparément à un facteur commun. La vie et ses manifestations infinies, normales et morbides, physiques et morales, y contribuent ensemble, et chercher à les réduire par l'analyse à l'unité de lieu et de mécanisme, chez l'homme surtout, c'est ne pas comprendre sa double nature physique et morale. D'où l'inanité des résultats obtenus à ce sujet.

THYROIDECTOMIE. Mot nouveau, créé par M. Tillaux, pour désigner l'excision de la glande thyroïde. Voy. GOITRE.

TRACHÉLORRAPHIE. Opération d'origine américaine, dirigée contre les accidents qui succèdent aux lacérations ou déchirures latérales du col de l'utérus, produites par l'accouchement, et spécialement contre la saillie de la muqueuse utérine, qui en serait la conséquence ordinaire. D'où le nom d'*ectropion du col* donné à cette lésion. Mal et remède sont ainsi nouveaux, car il n'en est pas question dans les traités de gynécologie.

Cette opération moderne, que Gaillard Thomas proclame l'un des plus grands progrès réalisés en gynécologie, paraît être due à Emmet, qui la pratiqua la première fois le 28 novembre 1862, bien qu'il n'en ait fait connaître les premiers résultats qu'en 1869. Aussi est-elle désignée ordinairement sous son nom, et ce n'est qu'en 1879 que Munde lui donna celui de trachélorraphie ou résection du col.

Avec l'engouement gynécologique qui règne aux Etats-Unis, ces deux nouveautés n'ont pas manqué d'y produire le plus vif intérêt. La déchirure du col et l'ectropion en résultant ont été aussitôt considérés comme la source principale des troubles et des accidents utérins observés, et, sans s'en tenir à la stricte et rigoureuse observation de la lésion signalée par Emmet, on a souvent exagéré l'emploi du remède qu'il lui oppose. Les douleurs, les engorgements, les écoulements locaux, la moindre érosion ou ulcération du col furent considérés comme les résultats de sa lacération, et la trachélorraphie fut ainsi pratiquée contre ces diverses lésions. En prévision des déplacements, de l'épithélioma et du cancer que la déchirure devait soi-disant produire, on

agita la question de faire préventivement l'opération d'Emmet, sans en attendre des indications plus précises. Un bruit immense en résulta pendant plus de dix ans sur ce sujet aux Etats-Unis, dans la presse et les Sociétés savantes. Des mémoires, des observations et des succès à l'appui se produisirent à l'envi, en faveur de cette opération, suivis de discussions et de polémiques ardentes sur ses indications et son emploi, sans aucun retentissement à l'étranger. En 1879 seulement, des chirurgiens irlandais s'en inquiétèrent, sans que les Anglais y prissent une part active. On l'étudia ensuite en Allemagne, et ce n'est que le 24 août 1880 qu'une première opération d'Emmet fut pratiquée en France par M. Tarnier.

Ce coup d'œil historique montre assez combien on s'est exagéré la fréquence et la gravité des déchirures du col dans les accouchements, et on lui a certainement attribué des lésions qui tenaient à de tout autres causes. Une déchirure latérale aussi étendue qu'on la suppose pour produire l'ectropion ne peut avoir lieu, au moment de l'accouchement, sans hémorrhagies et des complications qui mettent l'attention de l'accoucheur en éveil. Tant qu'elle n'a pas lieu dans ces proportions, elle guérit d'elle-même, et c'est pourquoi la trachélorraphie d'emblée est tout à fait inopportune. L'affrontement des bords dans les déchirures antérieures est si naturel que l'ectropion n'en résulte jamais. C'est en attribuant trop exclusivement les ulcérations à la muqueuse cervicale ectropiée par l'acidité et les frottements du vagin, et en en faisant dépendre de même la leucorrhée, le catarrhe utérin, les troubles menstruels et tout leur cortège, que la trachélorraphie a été employée indistinctement contre ces divers accidents et que la guérison résultant du traitement consécutif lui a souvent été attribuée à tort.

Cette opération est donc seulement applicable aux déchirures latérales s'étendant parfois jusqu'à la commissure vaginale. Les accidents inflammatoires en résultant déterminent ainsi l'ectropie de la muqueuse et toutes les suites inévitables. C'est à détruire cet ectropion que consiste la nouvelle opération, dont voici les règles tracées par l'auteur même :

Après avoir vidé la vessie et le rectum, pour mieux dé-

blayer la cavité pelvienne, la femme est placée, comme pour l'examen au spéculum, dans le décubitus latéral opposé au siège de la lésion du col, afin que la déchirure soit dirigée verticalement et placée au-dessus de l'orifice externe. L'anesthésie n'étant pas facile dans cette situation, on peut s'en dispenser, en raison de l'insensibilité du col utérin. La seconde opérée, à la Maternité de Paris par M. Peyrot, n'a pas été endormie.

Le spéculum de Sims, mettant mieux les parties malades à découvert sans rien tirer ni exagérer, comme les spéculums valvulaires, montre alors la déchirure du col avec la saillie plus ou moins exubérante de la muqueuse utérine.

Le col étant fixé, il s'agit d'aviver la déchirure, soit en abaissant l'utérus avec une pince de Museux, ce qui provoque souvent de fâcheuses conséquences, soit en agissant directement avec des instruments longs. Quel que soit le procédé employé, l'excision doit être proportionnée au rapprochement ou à l'éloignement des lèvres de la plaie pour rendre la cicatrisation plus facile. M. Tarnier s'est servi d'un couteau spécial et d'instruments coudés. Gaillard Thomas préfère les ciseaux. Il ne faut jamais réduire la muqueuse ectropiée de manière à obstruer le col. C'est pourquoi les caustiques constituent un procédé d'avivement plus sûr pour détruire les surfaces malades. L'effusion du sang est nulle, et il suffit, à la chute de l'eschare, de suturer les deux lèvres de la plaie pour avoir une réunion secondaire. Le cautère actuel est le meilleur en pareil cas.

L'affrontement des bords de la plaie est le temps le plus difficile et délicat. Avant tout, aucune ligature ne doit être appliquée avant que l'hémostase soit complète. Les fils d'argent sont seuls employés et assez rapprochés et profonds pour assurer un parfait affrontement. L'aiguille doit pénétrer à 5 millimètres environ de la surface de la plaie et à un demi-centimètre d'intervalle seulement. Une injection phéniquée prolongée est le complément indispensable de l'opération.

La trachélorraphie est si légère pour certains gynécologistes, Skene en particulier, qu'ils renvoient immédiatement les opérées à leurs travaux. C'est une imprudence condamnable. Le séjour au lit pendant quinze jours avec des la-

vages phéniqués et des injections d'eau chaude sont indispensables. Sa pratique en dehors de la puerpéralité et de la menstruation est aussi un principe absolu. L'extraction des fils a lieu successivement vers le dixième jour.

Il est difficile de porter un jugement définitif sur la valeur de cette opération. En Amérique, où elle est née, où elle a grandi et prospéré, on lui accorde une innocuité absolue. Emmet n'a pas perdu une seule opérée, et Munde, sur 250 cas, n'a eu qu'une mortalité de 0,40/0. Mais ces résultats merveilleux n'ont pas la précision voulue pour apprécier le degré et la durée de l'amélioration. Le défaut d'expérience que l'on en a encore en Europe ne permet pas l'enthousiasme exagéré des Américains.

Les chirurgiens qui s'en sont occupés en France sont très réservés à cet égard, notamment le docteur Terrillon, qui lui a consacré avec son interne, M. Lermoyez, un mémoire important. (*Bull. de therap.*, août.)

Quelques-unes des plus récentes observations permettront mieux de l'apprécier en connaissance de cause.

I. Une femme de trente-huit ans, ayant eu quatre enfants sans fausse couche, éprouvait des convulsions cataleptiformes qui, en coïncidant avec une anémie marquée, furent attribuées à une maladie de l'utérus. Ses accouchements avaient tous été aisés et rapides, bien que la grossesse fût marquée par quelques convulsions les premiers mois. Ayant consulté pour ces convulsions le docteur Sutton, un an après le dernier accouchement, en août 1873, l'examen montra le col engorgé et érodé. Ecoulement abondant avec fissure anale; vessie irritable et céphalalgie habituelle.

Pendant cinq ans, elle fut soumise au repos, aux applications locales de pessaires et de pansements et au changement de climat, sans aucun résultat. Le toucher, pratiqué en 1878, constata une déchirure évidente du côté gauche du col, et, en en mesurant l'étendue et l'importance, la femme fut prise d'une convulsion. La cause du mal était trouvée, et son siège ayant été vérifié dans une consultation générale, le 27 novembre 1879, il suffit de diriger un stylet à l'angle de la plaie pour provoquer de nouveau la convulsion. La révélation étant complète, la trachélorraphie fut exécutée le 3 décembre par l'excision du tissu cicatriciel. Des sutures en fils d'argent réunirent les lèvres, et la guérison fut si

prompte que quinze jours après l'opérée tenait elle-même sa maison; pas de convulsion jusqu'au 30 août 1880, que cette observation a été soumise au Congrès de l'*American gynecological Society*. (*Transactions of 1880*, vol. V.)

II. Après l'accouchement d'un gros garçon, qui s'était terminé instrumentalement avec hémorrhagie consécutive, convalescence longue et prolapsus de l'utérus, une femme de trente-six ans se présenta cinq ans après au docteur Bixby pour obtenir du soulagement. L'examen montra une procidence complète de l'utérus avec le col déchiré des deux côtés, chaque lèvre mesurant deux pouces et demi de longueur. Subinvolution du corps, dont la cavité mesurait quatre pouces et demi.

Après une consultation en mai 1880, la trachélorraphie fut pratiquée quatre jours après la cessation des règles, sans aucun traitement préalable. Cinq sutures en fils d'argent suffirent à rendre au col sa forme et son volume normal. Injections phéniquées deux fois par jour avec cathétérisme; constipation maintenue pendant une semaine. Réunion immédiate dès le huitième jour. La position horizontale fut gardée pendant cinq semaines pour combattre l'involution. Trois mois après, guérison complète, la femme se livrant à ses devoirs domestiques sans aucun support mécanique, avec une menstruation normale. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 6, août.)

III. Dans l'impossibilité de rendre l'exécution de cette opération évidente à son auditoire au fond du spéculum, le professeur Gaillard Thomas a saisi l'occasion d'un cas analogue au précédent, rencontré en ville, pour faire amener la malade à sa clinique, afin de l'opérer à ciel ouvert devant les élèves, au Collège des chirurgiens de New-York. Apportée à l'amphithéâtre dans une anesthésie complète, cette femme portait un pessaire qui soutenait parfaitement l'utérus depuis une semaine. L'utérus en était diminué de moitié, et les lèvres de la déchirure étaient beaucoup moins ectropiées et engorgées. Elle était pourtant encore manifeste pour tous les yeux.

Après avoir enlevé les deux surfaces avec les ciseaux, l'opérateur plongeait l'aiguille armée de fils de soie de chaque côté, à la partie inférieure, en les croisant et les passant de l'un et l'autre côté. Remplaçant ensuite la soie par des fils

d'argent, il affronta les deux lèvres de bas en haut aussi complètement que possible. Le même procédé fut répété du côté opposé, et cette déchirure étendue, causée par un accouchement, fut ainsi fermée aux yeux de tous, sans intéresser le canal ni danger de l'obstruer ou de le diminuer. Quoique triviale, il est rare que cette opération puisse s'exécuter dans de semblables conditions.

Les sutures ont été enlevées le neuvième jour, et l'opérée put supporter peu de jours après une élytrorrhaphie pour la restauration du périnée, déchiré en même temps que le col. Une parfaite guérison s'ensuivit. (*Idem*, n° 18, novembre.)

C'est pour limiter, au contraire, l'emploi de cette opération que le docteur C. Lee a porté la question devant la Société médicale de New-York, le 23 mai dernier. Les contre-indications en sont, d'après lui, la pelvi-cellulite et la péritonite, aussi bien que l'endométrite, et l'inflammation aiguë du col dans la plupart des cas. L'anémie, la chlorose, la syphilis constitutionnelle accompagnée de lésions vaginales, le carcinome, et tout état général la contre-indique de même. L'état pathologique de la déchirure, plutôt que son étendue ou son caractère, en est l'indication capitale, et il en préconise l'emploi immédiatement après l'accouchement, dans les cas d'hémorrhagie surtout.

Le docteur Emmet a répondu qu'à la lumière de son expérience actuelle, il restreignait son opération à de plus étroites limites. Une lacération du col ne signifie rien, et il n'y a pas la moindre indication d'intervenir tant qu'elle ne produit pas d'effets morbides. C'est à guérir les inflammations locales indiquées qu'il faut s'appliquer plutôt qu'à la trachélorraphie. On peut la prévenir ainsi; mais, si le col est obstrué par du tissu cicatriciel et donne lieu à des accidents névralgiques réflexes par l'anémie de la malade, l'opération est explicitement indiquée, et les plus heureux résultats peuvent en être attendus. Tel est le dernier mot de la nouvelle opération américaine. (*Idem*, n° 22, juin.)

Etude sur l'opération d'Emmet (déchirure du col de l'utérus). Thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Marc Fage, 106 pages, n° 14, 1881. Travail original et critique donnant la première description française de la lésion et de l'opération qui lui est opposée.

Une planche en montre les résultats. C'est une nouvelle question gynécologique, qui ne peut manquer d'intéresser les praticiens.

TRACHÉOTOMIE. D'après les recherches du docteur Mougeot, la plupart des enfants qui ont subi heureusement cette opération, avec maintien de la canule en place pendant un certain temps, n'atteindraient pas leur majorité. Il n'a rencontré que 6 cas avérés d'adultes opérés du croup, et, des nombreux médecins militaires consultés, aucun n'a observé la cicatrice trachéale chez les conscrits. Il s'agirait donc de vérifier ce fait aux conseils de révision, en comparant les cas des opérations faites à l'hôpital dans l'année correspondante à la classe inspectée. En cas d'affirmative, ce serait la condamnation même de l'usage de la canule. (*Acad. de méd.*, avril.)

Spéculum-canule. Considérant que l'introduction immédiate de la canule peut devenir, comme cela n'arrive que trop souvent, un obstacle à la respiration par l'accumulation des fausses membranes, des crachats et du mucus, M. Golding Bird introduit préalablement le petit spéculum allemand du nez à deux valves, tenues écartées par un écrou. L'ouverture de la trachée peut varier à volonté suivant les besoins. On les écarte ainsi facilement dans les accès de toux pour faciliter l'expulsion. Il est même possible d'extraire artificiellement les fausses membranes, en éclairant l'intérieur de la trachée avec un miroir. Ce n'est qu'après le nettoyage de la trachée que la canule est appliquée à demeure fixe.

Ce procédé, employé dans huit cas de trachéotomie à l'hôpital Guy, prévient favorablement la suffocation et peut diminuer les risques de mort. De ces 8 enfants, 2 seulement ont guéri, 4 sont morts de pneumonie ou pleurésie consécutives et 2 avec des symptômes de suffocation et d'asphyxie. On trouva la trachée libre chez le premier, mais les petites bronches étaient obstruées manifestement; une fausse membrane flottante et adhérente déterminait l'asphyxie dans l'autre. (*Lancet*, 12 mars.)

Trocart-trachéome. Nouvel instrument imaginé par le docteur Jacolot pour remplacer à la fois le bistouri et la canule,

comme divers chirurgiens l'ont déjà tenté, Maisonneuve entre autres, pour exécuter la trachéotomie en un seul temps. Il se compose d'une canule trachéale ordinaire et d'une tige de trocart courbe s'adaptant exactement à la courbure de la canule et s'y mouvant librement. Le poinçon de ce trocart, au lieu d'être triangulaire, présente une lame épaisse tranchante en avant et au sommet, dans une étendue d'un centimètre environ et mousse en arrière. Un canal, percé à la base de ce poinçon tranchant à forme conique et légèrement évidée, le traverse de bas en haut pour donner passage à l'air de la canule, en indiquant par le sifflement qui en résulte que l'instrument a bien pénétré dans la trachée. La pesanteur de la poignée étant supérieure à celle de la tige, il suffit de l'abandonner à son propre poids pour qu'il s'échappe spontanément de la canule.

L'instrument étant tenu solidement de la main droite, pendant que la gauche fixe le larynx, on enfonce le trocart-trachéome jusque dans la trachée, la peau étant incisée préalablement. Le sifflement d'air indiquant sa pénétration dans ce conduit, on abandonne le trocart, qui s'échappe de lui-même, et la canule reste ainsi en place. Il n'y a plus qu'à la fixer. (*Gaz. des hôp.*, 9 et 20 juin.)

Rapidité et facilité d'exécution seraient donc les avantages de cet instrument, et cette opération délicate et minutieuse ne serait plus qu'un tour de main aussi usuel que la simple ponction. C'est à l'usage de prononcer sur sa valeur.

Œdème de la glotte. Il semble nécessiter la trachéotomie d'emblée quand il se présente d'une manière subite et foudroyante, comme dans le cas suivant. Un garçon de vingt-quatre ans, n'ayant jamais été malade, entre à Lariboisière, service de M. Jaccoud, le 7 juin, pour un enrrouement survenu brusquement après un refroidissement pris deux jours auparavant. La respiration est bruyante et difficile, avec accès de suffocation. Cornage, tirage, aphonie, cyanose, gêne de la déglutition. La pression sur les parois antérieure et latérale du larynx est douloureuse, et toute la région est empâtée. Fièvre vive, température à 39°, 1 et à 39°, 6 le soir.

N'est-ce pas là une indication pressante d'ouvrir un libre accès à l'air? On se borne néanmoins à des applications topiques de glace, des frictions à l'huile de croton avec 40 grammes d'eau-de-vie allemande à l'intérieur et du lait glacé. La gêne respiratoire ne fit que s'accroître, des accès de suffocation survinrent, et quand, le soir, l'urgence de la trachéotomie s'imposa, elle n'apporta presque aucune modification dans l'état du malade. L'agitation devint extrême, le délire se montra, la température s'éleva à 40°, et la dépression sous-maxillaire était presque effacée par l'énormité du gonflement. Des flocons de pus épais, phlegmoneux, mélangé de mucosités s'échappèrent par la canule. La mort survint le 9.

L'autopsie révéla tous les caractères anatomiques d'un phlegmon laryngé aigu avec congestion pulmonaire sur-aiguë et broncho-pneumonie par la pénétration du pus. D'où la mort rapide. (*Soc. anatomique*, 17 juin.)

L'ouverture de la trachée pour y faire pénétrer l'air et au besoin des vapeurs médicamenteuses nous semble donc l'indication la plus pressante au début pour conjurer les accidents. C'est absolument le contraire dans le cancer de la trachée dont la tumeur forme souvent un obstacle insurmontable à l'introduction de la canule, comme deux exemples en sont relatés. Voy. CANCER DE LA TRACHÉE.

TRANSFUSION. On ne sait pas trop en quoi ni comment elle augmente la quantité du sang ou ses éléments essentiels. Il résulte, en effet, d'un mémoire de M. Roussel (de Genève) sur ce sujet, que les matériaux du sang transfusé sont éliminés par les urines, une demi-heure ou une heure après l'opération. Il se produit une élévation de la température avec frisson et tous les symptômes d'une réaction fébrile plus ou moins intense. Et l'on constate dans l'urine émise à ce moment de l'albumine, de l'hémoglobine et divers déchets provenant de la destruction des hématies. Il ne suffit donc pas d'introduire directement dans les veines les matériaux qui font défaut à l'organisme, sous la forme la plus favorable à l'assimilation, puisque le sang directement transfusé subit une sorte de digestion avant d'être accepté.

Suivant M. Hayem, les éléments du sang transfusé ne

sont pas immédiatement utilisés; ils provoquent seulement une nouvelle formation d'éléments semblables. L'examen du sang du malade après la transfusion montre, en effet, un certain nombre de globules en régression et d'autres à diverses phases de leur évolution vers l'état adulte. Les expériences les plus récentes tendraient même à assimiler la transfusion ou du moins ses résultats à ceux d'une saignée, selon M. Dujardin-Beaumetz, car le sang sorti d'un vaisseau, qu'il subisse ou non le contact de l'air, est un sang mort. Introduit dans la circulation, il amène la destruction des globules auxquels il vient se mélanger. Le chiffre des globules rouges avait, en effet, diminué d'une façon sensible, à la suite d'une transfusion pratiquée par M. Féréol. Que les déchets rencontrés proviennent du sang transfusé ou des hématies préexistantes, leur chiffre se trouve donc moindre relativement à la masse du liquide augmenté par la transfusion. (*Soc. de therap.*, juin.)

Indications. En faveur de son appareil, le docteur Roussel rapporte 52 transfusions opérées par lui, ayant donné les résultats suivants :

Guéris.....	28
Prolongés.....	14
Non guéris.....	10

Sans nier les perfectionnements de cet appareil, M. Moutard-Martin ne peut lui attribuer les résultats obtenus. Le succès dépend surtout des cas où la transfusion est faite. Dans les hémoptysies, par exemple, dans les hémorrhagies postpuerpérales, nasales, traumatiques, dans tous les cas, en un mot, où l'hémorrhagie a été subite, la transfusion du sang réussit presque constamment, quel que soit l'appareil employé. Mais il est des cas, au contraire, où l'insuccès est constant, lorsque l'anémie a été lentement progressive; si les malades meurent, ce n'est pas parce qu'ils manquent de sang, mais parce qu'ils détruisent leurs globules à mesure qu'ils se forment. Parfois on prolonge la vie de quelques heures, mais c'est le seul résultat qu'on puisse espérer. La transfusion dans le cas d'anémie pernicieuse et répétée chez les mêmes malades par Béhier, n'a

jamais empêché la terminaison fatale, ajoute M. Dujardin-Beaumetz. Elle procurait toujours une amélioration passagère et servait de véritable aliment; mais, cinq à six jours après, le malade retombait invariablement dans le même état. La transfusion intra-péritonéale semble plus efficace.

L'appareil Roussel réalise un grand progrès en opérant la transfusion à l'abri du contact de l'air. Non seulement de plus grandes quantités de sang peuvent être ainsi transfusées sans accident, mais l'albuminurie consécutive apparaissant avec l'emploi des autres, par le contact de l'air sur le sang transfusé, ne se manifeste pas avec celui-ci. Le défaut de cette élimination est donc un grand avantage. (*Idem*, avril.)

Le succès remarquable obtenu par le docteur Gibert dans une fièvre typhoïde grave, à la suite d'une abondante hémorrhagie intestinale avec syncopes et lypothymies consécutives, est une nouvelle indication de ce moyen dans les pertes de sang. La seconde transfusion du sang pris sur un robuste jardinier donna surtout des résultats immédiats très frappants. Le poulx se releva; les sens, obnubilés, reprirent leur état normal; l'œil devint plus vif, et le malade, qui se croyait transporté dans un palais aux mille colonnes, se mit à décrire aux assistants ce spectacle étrange.

Cette sorte de résurrection instantanée donna le temps de nourrir le malade et de réparer ses forces. La morphine triompha facilement du délire bruyant qui n'avait pas tardé à se manifester.

Pendant les dix jours qui suivirent l'opération, il y eut de l'albumine dans les urines, puis des eschares multiples sur les parties postérieures du tronc et du bassin. Soixante-dix jours après la transfusion, la guérison était complète.

Transfusion intra-péritonéale. Les graves effets de l'irruption ou l'épanchement du sang dans la cavité du péritoine ne pouvaient faire prévoir qu'il serait un siège convenable pour sa transfusion. Ponfick a cependant montré le contraire, et de nombreux cas viennent confirmer les bons résultats de son procédé. Il consiste à injecter le sang défibriné, en le battant dans un verre avec un balai flexible, par une ponction avec le trocart introduit à travers la ligne blanche. Toutes les précautions antiseptiques doivent

être prises, car la moindre bulle d'air pur est très préjudiciable au péritoine. La réaction de cette séreuse est le plus souvent nulle, au contraire, avec le sang défibriné.

Chez une femme de vingt-un ans, atteinte de septicémie puerpérale, deux transfusions de 500 grammes chacune sont successivement faites par Kaczorowski, et la malade guérit. Une seconde souffrait d'anémie, d'hystérie et d'irritation spinale; elle guérit de même après une simple transfusion. Un phthisique en éprouva aussi une certaine amélioration et ne mourut que trois mois après. Une femme anémique de cinquante ans, très déprimée, se rétablit, malgré son âge, après une transfusion de 600 grammes. Enfin un ivrogne de quarante ans, ayant un typhus exanthématique, guérit, après la disparition de la fièvre, par une injection de 400 grammes. (*Lancet*, 25 juin.)

Les expériences de cette méthode opératoire sur les animaux par Bizzozero et Golgi les ont conduits aux conclusions suivantes :

L'examen comparatif de la richesse du sang en hémoglobine, avant et après l'injection, démontre que le sang injecté dans le péritoine s'unit à la masse sanguine générale. Cette augmentation peut être constatée entre une heure et demie et quarante-huit heures après l'injection. Elle est proportionnelle à la quantité de sang injectée; mais elle diffère suivant que les animaux sont sains ou préalablement saignés. L'examen microscopique du sang ne constate rien d'anormal quant à la forme, au volume, à l'aspect et à l'agglomération des globules. (*Archiv. delle sc. med.*, 1880.)

De là l'introduction de cette méthode dans la pratique italienne, dont 12 applications ont été faites en 1879-1880, avec 10 succès, d'après le docteur Conti. Chez 3 aliénés, elle a donné deux améliorations obtenues par Golgi et Raggi, et un cas de mort, sans péritonite. Après une métrorrhagie *post partum*, il y eut quelques accidents locaux, avec guérison consécutive, de même que dans deux cas d'anémie puerpérale. Toutes les autres applications ont été faites contre l'anémie essentielle et le plus souvent symptomatique d'anchylostomes. Sur 4 cas, il y a eu une guérison, deux améliorations et une mort rapide par péritonite généralisée. Elle n'a eu aucun succès chez une pellagreux, de même que contre une cachexie anémique *in extremis*.

Renouvelée en 1881 à l'hôpital de Pavie contre une anémie due à la présence d'anchylostomes, elle est restée sans succès. (*Ann. univ. d'Omodei*, vol. CCLV.)

L'administration des anthelmintiques est en effet plus rationnelle contre l'anémie parasitaire. (*Voy. ce mot.*)

Cas d'anémie très grave traité avec succès par la transfusion intra-péritonéale de sang, par de Giovanni (*Gaz. med. ital. prov. Venete*, 24 septembre 1881, p. 321).

TREMBLEMENT. *Diagnostic différentiel.* Outre la cause facilement appréciable du tremblement produit par l'intoxication professionnelle du mercure et le tremblement alcoolique résultant de l'ivrognerie, le docteur Const. Paul en établit les différences suivantes dans le début et la marche.

Tremblement mercuriel. Il débute toujours d'une manière subite, sans que le malade puisse le prévoir. A un moment donné, il s'aperçoit que son bras lui fait défaut, et, dès lors, le tremblement envahira successivement le bras gauche presque aussitôt après et un peu plus tard les deux jambes l'une après l'autre, et il durera jusqu'à la guérison. De là trois caractères : 1° le début est subit ; 2° le tremblement est continu : une fois apparu, il ne cesse plus ; 3° il est progressivement envahissant, d'abord les deux membres supérieurs l'un après l'autre, puis les deux membres inférieurs l'un plus que l'autre. Il n'y a qu'un petit intervalle entre l'envahissement d'un bras à l'autre, comme à l'extension d'une jambe à l'autre. L'intervalle entre l'attaque du membre supérieur et du membre inférieur est plus long.

A cette marche habituelle, il y a pourtant des exceptions, car c'est par la mâchoire que le tremblement mercuriel avait commencé, chez l'un des malades cités.

Tremblement alcoolique. La marche en est lente, progressive et par accès. Ainsi, au lendemain d'une débauche, l'alcoolique sent que ses mains tremblent et lui font défaut ; mais, les suites de l'ivresse passée, le tremblement disparaît. A une débauche suivante, le tremblement reparait et

dure encore, soit une demi-journée, soit un peu plus, puis disparaît de nouveau. A chaque nouvel accès, le tremblement dure davantage, mais il est peu accentué, et le malade peut exercer sa profession. Ce n'est que plus tard qu'il prend des proportions telles, que le malade ne peut plus travailler. Autant le tremblement alcoolique faible est fréquent, autant il est rare de le voir produire des oscillations telles, que le malade ne puisse plus ni travailler, ni marcher, ni manger.

Ces deux formes de tremblement sont justiciables des bains galvaniques. Mais, tandis qu'il faut 25 bains environ pour guérir le tremblement mercuriel, 6 à 8 suffisent pour faire disparaître le tremblement alcoolique. Ces caractères sont donc utiles à signaler dans une affection encore si peu connue. Voy. BAINS GALVANIQUES, 1880.

Qu'advient-il chez les ouvriers alcooliques susceptibles de contracter le tremblement mercuriel, ce qui doit se rencontrer? Sont-ce les deux formes qui se présentent ou l'une est-elle modifiée par l'autre? Ce serait une observation curieuse à faire.

TUBERCULOSE. Une intéressante discussion sur la signification des produits tuberculeux et leur évolution, quant à la pathologie générale, a eu lieu entre le professeur Virchow et le docteur Grancher, au Congrès international de Londres. Deux opinions s'y sont surtout distinguées. Pour M. S. Treves, le tubercule des ganglions lymphatiques représente une inflammation spéciale et n'est une néo-formation que dans le sens inflammatoire, d'après ses caractères mêmes. En l'examinant dans plusieurs organes, le docteur Creighton ne lui a pas trouvé de siège primitif. La tuberculose ne peut donc être considérée comme une infection secondaire, selon lui; comme la syphilis et tous les virus, elle semble atteindre, en envahissant l'organisme, plusieurs organes à la fois.

Il n'y a pas d'assimilation à faire entre la tuberculose des animaux domestiques et celle de l'homme, d'après M. Virchow. L'identité de nature n'existe pas, et les faits de transmission réciproque par l'alimentation ne sont rien moins que prouvés.

La tendance caséiforme du véritable tubercule le dis-

tingue des néoplasmes tuberculeux des vaches, dont la transformation crétacée, à l'exclusion de la métamorphose caséiforme, est un contraste frappant. Le tubercule de l'homme ne se crétifie que très exceptionnellement, et le défaut de caséification chez les animaux amène l'absence d'ulcérations, le défaut de cavernes.

En fait, on ne rencontre pas chez le bétail la phthisie ulcéreuse, mais des tumeurs fermes qui deviennent constamment plus grandes et plus consistantes à mesure qu'elles sont plus anciennes. En outre, les ganglions lymphatiques de l'homme, infiltrés de matière tuberculeuse, s'atrophient toujours préalablement quand ils doivent subir la dégénérescence crétacée; au contraire, le volume de ceux du bœuf augmente continuellement à mesure que leur intérieur se remplit de substances calcaires. L'auteur en fait ainsi de simples tumeurs lympho-sarcomateuses. (*Soc. de méd. de Berlin et Journ. de méd. vétérinaire.*)

Sans affirmer qu'elle est de nature parasitaire, à cause de la difficulté des recherches à ce sujet, le professeur Billroth admet des prédispositions, dont la principale, dit-il avec Niemeyer, est la diathèse scrofuleuse. C'est donc un nouveau rapprochement avec la tuberculose. (*Soc. méd. de Vienne.*)

Contagion et parasitisme. Malgré les infirmations précédentes, les jeunes expérimentateurs, n'en tenant aucun compte, poursuivent leurs expériences et leurs inoculations. M. Toussaint ne se contente plus de faire manger les organes tuberculeux : il pratique des inoculations avec la salive, le mucus nasal et l'urine d'animaux tuberculeux à des porcs et à l'oreille de jeunes lapins. Et, de ce que ces animaux deviennent tuberculeux, il ne manque pas de conclure à une transmission évidente.

M. Brunet lui oppose, après tant d'autres, que ces résultats ne sont pas concluants, car ayant inoculé 19 lapins, 7 avec du cancer, 6 avec du pus simple et 6 avec de la matière tuberculeuse, 14 de ces lapins étant devenus tuberculeux et 5 autres ayant guéri, il n'y a à en tirer aucune conclusion rigoureuse. (*Acad. des sciences, août.*)

Des matières pulvérulentes, injectées dans le péritoine de plusieurs lapins par M. Martin, ont provoqué des lésions semblables, au point de vue macroscopique et microscopique.

pique, à celles de la tuberculose. (*Soc. de biologie*, 20 novembre 1880.)

Toutes ces objections sont insuffisantes pour arrêter l'ardeur du jeune néophyte dans ses expérimentations; les protestations même de M. Vulpian ne peuvent le convaincre. Admettant, par des considérations à perte de vue, que la tuberculose de l'homme est la même que celle de la vache et du bœuf par l'identité des lésions, il persiste dans ses cultures et ses inoculations avec les *jus de viandes chauffés*, et de ce qu'il obtient des résultats positifs avec les produits de ses cultures, il conclut au parasitisme de la tuberculose.

Les maladies générales, dit-il, c'est-à-dire envahissant toute l'économie, sont dues à un virus toujours le même, produisant le même symptôme et capable de se multiplier dans l'individu atteint; or ces propriétés sont celles des êtres vivants. L'étude de plusieurs de ces maladies a démontré l'exactitude de cette hypothèse et fait découvrir la nature parasitaire de plusieurs maladies contagieuses. Et il le prouve pour la tuberculose en particulier par l'expérience suivante :

Le 1^{er} mars, M. Toussaint tua une jeune truie qui avait mangé quatre mois auparavant un poumon de vache tuberculeuse; elle avait des lésions avancées de tuberculose ganglionnaire et pulmonaire. Des bouillons furent ensemencés avec du liquide provenant de cet animal; le lendemain, ils étaient troubles et contenaient tous un seul et même microbe. L'activité de la multiplication dura de dix à quinze jours; puis, après ce temps, le liquide épuisé s'éclaircit, les microbes tombent au fond du vase et forment un dépôt de couleur légèrement jaunâtre.

Ce dépôt est exclusivement composé de très petites granulations, isolées, géminées, réunies par groupes de trois à dix ou en petits amas irréguliers. Dans les premiers jours de la culture, on voit des flocons blanchâtres assez consistants, qui ressemblent beaucoup aux filaments des cultures de bactériodie; lorsqu'on aspire avec un tube effilé, la plus grande partie du nuage monte dans le tube ou reste suspendue à son extrémité; elle persiste plusieurs jours dans le liquide clair sans se diluer; le microbe est donc entouré en ce moment par une atmosphère de matière gluante et assez consistante.

Examinés au microscope, les points agglomérés montrent des amas extrêmement riches d'un microbe qui paraît alors immobile et répandu isolément sur toute la surface de la préparation. Dans les parties liquides, on observe au contraire, dans les granulations isolées, géminées ou réunies en plus grand nombre, des mouvements browniens très prononcés. Plus tard, la couleur blanchâtre du liquide devient uniforme, et enfin les microbes tombent au fond du liquide. Leur réfringence est beaucoup plus grande à la fin qu'au début de la culture, le diamètre a diminué : il est un peu inférieur à celui du [microbe du choléra des poules et n'offre guère que 0 millim. 0001 à 0 millim. 0002 de diamètre.

Les premières inoculations des cultures ont été faites à des lapins, dans le tissu conjonctif sous-cutané; toutes ont été infructueuses, à l'exception d'une seule, qui avait été faite avec une troisième culture. Tué accidentellement par un chien, le trente-troisième jour, ce lapin montra dans le poumon quelques tubercules dont les caractères histologiques ont été constatés. Mais il n'en a pas été de même chez le chat, lorsque l'inoculation a eu lieu dans le péritoine. Ici, les animaux sont morts d'épuisement après un mois de captivité, pendant lequel ils ont été constamment nourris avec des viandes très cuites. Le premier chat qui mourut avait des ganglions intestinaux énormes, en certains points même caséeux; mais, à ce moment, la tuberculose n'était pas encore généralisée. M. Toussaint a raclé avec un scalpel la coupe des ganglions et a inoculé la pulpe et la sérosité à l'oreille de lapins jeunes. Tous les animaux ainsi traités, au nombre de huit, sont devenus tuberculeux. Après deux mois, l'infection était devenue générale, le poumon et la rate étaient remplis de tubercules gris.

Les premiers lapins tués ont servi à l'inoculation d'une seconde série de lapins qui présentent en ce moment tous les symptômes de la tuberculose.

C'est sur les singes que MM. Krishaber et Dieulafoy ont expérimenté en leur introduisant sous la peau des fragments de parenchyme pulmonaire tuberculeux. Deux singes sur trois ont survécu, malgré plusieurs inoculations successives; un seul a succombé avec plusieurs ganglions caséeux.

Sur une seconde série de quatre singes, trois sont morts

tuberculeux; le quatrième, dont on n'a pu faire l'autopsie, est mort après avoir maigri pendant plusieurs mois. Chez les singes de ce groupe, on avait inoculé de la matière caséeuse.

Dans un troisième groupe, on a inoculé des ganglions tuberculeux; tous les singes sont morts tuberculeux.

Dans un quatrième groupe de six singes, deux sont morts par accident; les quatre autres sont morts très rapidement.

En résumé, sur 41 singes, 24 ont servi de témoins, 16 ont été inoculés; sur les premiers, 21 pour 100 sont morts tuberculeux; sur les autres, on trouve une proportion de 86 pour 100 morts tuberculeux. Restent deux morts accidentelles, qui ne peuvent rentrer dans aucun de ces groupes.

Le tubercule inoculé paraît donc être la matière qui détermine le plus sûrement la tuberculose, puisque, inoculée, elle a tué quatre fois plus de singes que la tuberculose spontanée. (*Acad. de méd.*)

C'est avec ces communications que se remplissent aujourd'hui les séances académiques, et c'est exclusivement d'après ces expériences que l'on conclut à l'inoculabilité et la contagiosité de la tuberculose humaine. L'étude clinique de l'homme est négligée, délaissée comme trop lente et conjecturale, et l'on ne juge plus de ses maladies que d'après celles des animaux. De là la prééminence de la médecine comparée et le crédit de ses représentants par les expériences qu'ils font et multiplient à loisir. C'est eux surtout qui devront un beau cierge à M. Pasteur pour avoir tant contribué à leur élévation.

Infection. C'est en s'appuyant exclusivement sur les résultats de ses expériences *in anima vili* que le professeur de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, M. Bouchard, enseigne que la tuberculose est une maladie contagieuse, parasitaire, infectieuse et non héréditaire. L'hérédité, admise depuis Hippocrate et démontrée tous les jours dans de trop nombreuses familles, ne serait plus qu'un mythe, d'après les expérimentations sur les lapins, les chiens et les chats. Puisque la tuberculose de l'homme se communique à ces animaux, non seulement par les crachats ou les tissus tuberculeux, mais par la simple inoculation d'une gouttelette de ses excréments, ce ne peut être que par un

germe invisible, microscopique. Dès lors, l'infection est comprise, et, sans y regarder de plus près sur toutes ces prétendues similitudes, on invente une nouvelle doctrine tout d'une pièce pour se distinguer. On peut, d'après cela, en juger la valeur. Voy. PHTHISIE.

Tuberculose articulaire. *Résections précoces.* L'inoculation des produits d'une articulation malade, à un lapin, pourrait en faire reconnaître la nature, d'après König, et servir ainsi, en cas d'affirmative, à pratiquer la résection de bonne heure pour prévenir l'infection générale. Une tuberculose du genou avec abcès caséeux et une coxalgie tuberculeuse ont guéri par ce moyen, avec les précautions antiseptiques.

Sur 28 cas de la même nature, traités à la clinique de Goettingue, dont 11 du coude, 5 du genou, 5 de la hanche et 5 de l'articulation tibio-tarsienne, il y eut 10 guérisons seulement, et 14 opérés conservèrent des fistules.

Mais la valeur de l'épreuve de l'inoculation est contredite par Sonnenburg et Schede; Klebs seul en soutient l'utilité. Tous sont d'accord, au contraire, sur le mérite des résections précoces quand elles sont possibles. (*Congrès des chirurg. allemands.*)

Ulcère tuberculeux de la langue. Malgré les cas nombreux de tuberculose locale de la bouche déjà observés, celle-ci a été méconnue par des hommes aussi distingués que MM. Trélat et E. Besnier. A la suite d'une tuméfaction considérable de la langue ayant cédé à des cautérisations successives et des bains de glycérine, une ulcération persistante de cet organe occupait son quart antérieur, sans engorgement ganglionnaire ni rien qui indiquât un néoplasme. Des petits points gris-jaunâtres, comme des parcelles de jaunes d'œufs accolées, existaient seulement à sa surface au début. Malgré tous les traitements essayés, pendant des mois, sans aucun résultat, l'état général s'aggrava, l'appétit disparut, quand, au mois d'avril, une bronchite survint, et le malade succombait en mai avec tous les signes de la phthisie pulmonaire. Le caractère de cet ulcère fut compris alors, quoiqu'il eût perdu tous ses signes spécifiques.

Quel que soit le siège de ces ulcérations suspectes à points

gris ou jaunâtres dans la bouche, le meilleur traitement est donc de les exciser au plus tôt et aussi complètement que possible, pour prévenir leur dissémination et l'infection de l'économie. (*Soc. de chirurgie.*)

Ces tubercules peuvent se rencontrer sur tous les points de la cavité buccale, les amygdales, le larynx et jusqu'au voile du palais. Kussner publie cinq observations de tubercules miliaires primitifs dans cette dernière région, sous forme de nodules blancs jaunâtres de la muqueuse, entourés d'un cercle rouge. Une tuberculose de la langue, des lèvres et des gencives a été aussi rencontrée par Eichhoff sur un phthisique de 39 ans. Ces localisations sont donc assez fréquentes.

Tubercule de la mamelle. Une observation avec examen microscopique en est rapportée par M. Le Dentu, chez une cuisinière de vingt-trois ans, avec des antécédents scrofuleux manifestes. Après un abcès froid survenu dans la mamelle gauche à la suite d'un essai d'allaitement d'un premier enfant, abcès qui s'étaient déjà manifestés spontanément dans l'aisselle de ce côté à douze ans et à vingt et un, un nouvel engorgement laiteux du sein gauche survient à la suite d'un second accouchement et donne lieu à des fistules avec écoulement de pus séreux. L'ablation totale du sein est pratiquée, et l'examen histologique montre une quantité considérable de cellules géantes et épithélioïdes. C'est la forme stationnaire du tubercule, comme elle se rencontre dans les ganglions tuberculeux. (*Revue mens. de chirurgie*, janvier.)

Voilà donc un cas authentique de tuberculose locale du sein, car jusqu'ici aucun n'avait été vérifié, contrôlé histologiquement. Il manquait à tous ce certificat indispensable de la science actuelle pour établir la dégénérescence caséeuse. On finira ainsi par en trouver partout, dans tous les organes, alors que, il y a moins d'un demi-siècle, Louis les rencontrait exclusivement dans le poumon. Les cliniciens en seront-ils beaucoup plus avancés pour les reconnaître sur le malade ? Il est permis d'en douter, d'après cette observation même et tous les efforts infructueux des anciens cliniciens. Si la science en est plus avancée, ce ne sera donc pas au profit des malades.

TUMEURS. *Morcellement.* Née de la nécessité même, l'ablation des tumeurs par morcellement a dû être pratiquée dans tous les temps, mais il restait à en préciser les indications, les règles, suivant les cas où elle doit être mise en pratique avec avantage. Le docteur Péan a pris cette initiative dans un mémoire académique sur ce sujet, dont voici le résumé. Le morcellement consiste à diviser, au cours de l'opération, les tumeurs en plusieurs parties : deux, trois ou plus, dans le but d'en faciliter et d'en hâter l'extirpation. Il est surtout indiqué pour les tumeurs volumineuses, difficiles à poursuivre par dissection à la périphérie ; celles qui sont en rapport avec des organes délicats qu'il faut ménager ; celles dont les vaisseaux, peu développés au centre, le sont, au contraire, tellement à la surface que l'hémostase serait difficile au cours de l'opération ; celles qui sont logées dans des cavités anfractueuses et qui ne pourraient être attaquées par un autre procédé sans exposer à des délabrements inutiles, et celles qui, profondément situées, sont masquées par des organes importants du côté de leur implantation.

La plupart des tumeurs sous-cutanées ou peu profondes s'enlèvent facilement par dissection ou énucléation, mais leur morcellement a pour avantage d'amoindrir la durée et les difficultés de l'opération. Les tumeurs hypertrophiques ou sarcomateuses de la mamelle peuvent y être soumises ainsi, lorsqu'elles sont encore sans adhérence inflammatoire ou autre. Il suffit de pratiquer à l'intérieur, après la division et l'écartement des téguments, une profonde incision suivant le grand axe, dans la direction la plus favorable à l'écoulement des liquides. Il n'y a plus qu'à saisir séparément chaque moitié pour l'extirper avec les mains, les doigts, la spatule, le bistouri.

Il en est à peu près de même des lipomes en masse ou des productions analogues, dont on peut exciser séparément les lobes. Pour être moins brillant, ce procédé allège encore les difficultés et la durée de l'opération.

Il en est autrement dans les tumeurs profondes, implantées au milieu des organes. Lorsqu'elles sont pédiculées, il s'agit de sectionner leur base avec le bistouri, la gouge ou la scie, en enlevant la masse principale avec le davier. Dans les tumeurs osseuses, on détache le périoste avec la rugine, en fragmentant ensuite la lame compacte qui émerge de

l'os avec la gouge et le maillet. Grâce à ce morcellement, les dangers sont notablement atténués.

Pour les masses ganglionnaires conglomérées, hypertrophiques, caséuses ou sarcomateuses, séparées par des cloisons cellulo-vasculaires et côtoyées de toutes parts par des organes importants, il suffit, dès que la masse principale de la tumeur est mise à découvert par une incision convenable, de couper la capsule d'enveloppe des ganglions les plus superficiels, puis d'inciser avec le bistouri ou la spatule le tissu morbide, de fragmenter et faciliter son ablation avec l'ongle ou tout autre instrument moussé. De la sorte, il ne restera que les cloisons intermédiaires qu'il n'y aura lieu d'inciser qu'au niveau des points les mieux situés pour l'écoulement ultérieur des liquides de la plaie.

On agira de même contre les glandes hypertrophiées, en incisant successivement les capsules qui entourent chaque lobe pour les énucléer, les exciser séparément, en ménageant les vaisseaux et les nerfs qui les recouvrent.

Les plus difficiles à morceler sont les tumeurs situées dans une cavité profonde, un canal, un sinus, une loge splanchnique, comme les polypes naso-pharyngiens envoyant des prolongements volumineux dans les fosses nasales, la gorge, la joue, la tempe. Après avoir mis la tumeur à nu par un lambeau préliminaire ou une résection partielle, on coupe successivement avec la pince-scie chacun des lobes de la tumeur jusqu'au point d'implantation, sans déterminer la moindre hémorrhagie. De même des sarcomes du sinus maxillaire et de toutes les tumeurs de la langue, les amygdales, les joues et autres régions de la face. De vastes productions morbides implantées dans les cavités nasale ou buccale sont enlevées par morcellement avec une grande rapidité, sans danger que le sang tombe dans les voies aériennes en produisant l'asphyxie.

Le morcellement doit être pratiqué suivant les mêmes principes contre les grandes tumeurs des cavités splanchniques, aux dépens d'organes non indispensables à la vie, comme l'utérus, l'ovaire, le rein, la rate et le mésentère. Il ne faut pas hésiter à y recourir surtout contre les tumeurs aréolaires ou sarcomateuses de l'ovaire. Dès que la tumeur est découverte et vidée par la ponction, le chirurgien doit exciser les lobes qui s'opposent au détachement des adhé-

rences, à leur attraction au dehors, en même temps qu'il broie avec la main les loges intérieures de la tumeur. Convenablement dirigées, ces manœuvres n'exposent pas aux hémorrhagies, surtout en se servant de pinces hémostatiques.

Il devient absolument nécessaire pour découvrir la surface d'implantation des tumeurs spléniques, rénales, pelviennes et mésentériques. Lui seul permet de bien voir les vaisseaux et les organes accolés à la périphérie, de les pincer, de les lier, de les isoler. En agissant autrement, on s'expose à des délabrements inutiles et à ne pouvoir même achever l'opération. On y a eu recours avec avantage dans deux cas de néphrectomie. (*Voy. ce mot.*)

En raison de la richesse et du calibre des vaisseaux périphériques, les tumeurs kystiques et fibro-kystiques de l'utérus exigent des précautions particulières. L'ablation des grandes tumeurs remplissant toute la cavité pelvi-abdominale est impossible autrement, même en leur imprimant des mouvements de bascule et à moins d'une incision démesurée. C'est pour n'avoir pas osé entreprendre ces redoutables opérations que l'on en a tant critiqué le manuel par morcellement. S'il allonge la durée de l'opération, il en rend les résultats plus sûrs et permet d'obtenir des succès impossibles autrement.

Cette méthode doit donc être classée avec celles qui conviennent le mieux à l'ablation d'un grand nombre de tumeurs, et peut être combinée avec elles, suivant les indications. Elle consiste à les attaquer par l'intérieur et à les diviser du centre à la surface : pratique basée sur ce fait que la plupart des tumeurs sont moins riches en vaisseaux dans leur portion centrale que dans leurs couches périphériques. Aucun instrument particulier n'est nécessaire. Le morcellement permet de diminuer la longueur des incisions préliminaires ; il abrège la durée du plus grand nombre d'opérations, diminue considérablement les pertes de sang, en mettant à l'abri de délabrements inutiles ou de blessures souvent dangereuses par le défaut d'y voir assez bien. (*Acad. de méd., mars*).

Morcellement des polypes. De même que M. L. Labbé a été obligé de faire ce morcellement avec l'anse galvano-

caustique (Voy. FIBROMES), M. Pozzi a dû y recourir chez une femme de quarante ans dont le vagin était rempli par une grosse tumeur légèrement ulcérée à sa surface et complètement immobile. Malgré l'anesthésie, il fut impossible de toucher le pédicule. Sectionné lentement sans hémorrhagie, il rendit la tumeur mobile; mais elle ne put être expulsée, malgré plusieurs incisions au bistouri. Il fallut pratiquer un évidement conoïde dans sa partie centrale pour diminuer son élasticité, permettre son allongement et sa sortie du vagin. Elle mesurait 24 centimètres de circonférence et 8 centimètres d'axe; son poids était de 217 grammes. Le morcellement préliminaire, dans ce cas, eût donc facilité considérablement l'opération, en la rendant plus sûre, sans exposer à aucun inconvénient. (*Soc. de chir.*, 16 mars.)

Tumeurs de l'utérus. Une énorme tumeur, pesant trois kilogrammes, est reconnue par Brichetti de Varèse, qui constate son implantation sur la paroi antérieure du segment inférieur de l'utérus. Trouvant le col dilaté, il porte la main dans la cavité pour décortiquer le néoplasme; mais la main, serrée par le col, s'engourdit bientôt et ne peut plus agir. Une chaîne de l'écraseur peut cependant être insérée autour et en sectionner la large base.

Cette tumeur était composée de deux parties, l'une fibreuse et l'autre constituant le myome. L'hémorrhagie fut à peu près nulle, et la guérison s'opéra rapidement. (*Gazz. delle cliniche.*)

Atrophie par la castration. Une célibataire de trente-huit ans fut conduite par le docteur Sutton, son parent, à M. Lawson Tait pour une hémorrhagie persistante avec rétention d'urine dues à la présence d'un large myome utérin coiffant l'utérus comme un chapeau et s'élevant jusqu'au rein droit. Son accroissement en quelques mois ne permettant pas d'en tenter la ligature ni l'excision, les deux médecins réunis résolurent de pratiquer la castration, selon la méthode de Battey, le 20 avril dernier. L'opération fut rendue très laborieuse et difficile par l'extension de la tumeur sur les parties latérales, surtout du côté droit. Les trompes de Fallope et les cornes utérines furent entière-

ment réséquées. En percevant la tumeur, son poids put être évalué approximativement à cinq livres. L'opérée se rétablit assez promptement, en continuant de pratiquer le cathétérisme le mois suivant. Le 6 octobre, examinée par M. Lawson Tait, l'opérée n'avait plus aucune trace de sa tumeur abdominale. Les règles avaient immédiatement disparu, et le myome s'était ainsi atrophié, sans que le moindre vestige pût en être découvert. (*Lancet*, octobre, p. 687.)

Tumeurs solides de l'ovaire. Elles ne sont pas absolument rares, à en juger par les cas suivants. M. Nicaise en a rencontré une chez une fille de vingt-deux ans, entrée à l'hôpital en 1874 avec de l'ascite et une tumeur ballottante de l'abdomen. On ponctionna l'ascite; il y eut ensuite un peu d'anurie, de l'anasarque, et un érysipèle phlegmoneux des membres inférieurs emporta la malade. L'autopsie montra une tumeur fibreuse de l'ovaire droit, qui comprimait l'uretère correspondant au niveau du détroit supérieur.

Une femme de cinquante-quatre ans, bien réglée jusqu'à quarante-six, sans métrorrhagies et ayant eu trois enfants, portait dans le ventre, depuis 1868, une tumeur grosse comme une pomme. Son ventre augmenta tout à coup en 1880, avec de l'ascite. Une ponction avec issue de 15 litres de liquide fit découvrir une tumeur très mobile qui fut prise pour un corps fibreux. Opérée le 8 juillet 1881 par M. Nicaise, cette femme guérit très bien. C'était une tumeur fibreuse développée aux dépens de l'ovaire gauche et contenant quelques petits kystes.

M. Polaillon a vu une tumeur semblable en 1880 chez une femme de cinquante et un ans, cachectique et ascitique. Une péritonite consécutive à la ponction déterminait la mort. L'autopsie montra une tumeur fibreuse de l'ovaire droit sans kystes. (*Soc. de chir.*, juillet.)

D'après ces faits, l'ascite serait donc l'accompagnement habituel de ces tumeurs, et, tout en se rencontrant aussi avec les kystes, ce signe pourrait du moins aider à les faire diagnostiquer, conjointement avec la mobilité et leur petit volume.

Papillomes de la trompe. Des tumeurs abdominales, c'est

peut-être la plus rare et la moins connue. Aussi a-t-elle été confondue avec les kystes de l'ovaire et opérée comme telle par Spencer Wells. Elle s'accompagnait d'un épanchement ascitique. Or chez une femme de cinquante ans, chétive et émaciée, ayant présenté des phénomènes inflammatoires assez graves, avec pleurésie et thoracentèse ensuite, ce diagnostic était rationnel. Deux ponctions successives en 1878 et 1879 avaient donné un liquide clair; après quoi une tumeur était perçue à droite de l'utérus.

On ouvre le ventre, et l'on découvre une tumeur sur la partie latérale droite de l'utérus, grosse comme une orange et développée aux dépens de la trompe; on l'enlève, et une guérison rapide s'ensuit.

A l'examen, on trouva la tumeur constituée par des excroissances en forme de chou-fleur. Elle naissait de la muqueuse et n'avait provoqué ni semé des tumeurs analogues en aucun point du péritoine, malgré l'intensité de son action irritative. Dix-huit mois après, cette femme était encore en pleine santé, sans récurrence. (*Patholog. Society*, 1880.)

Une méprise analogue a été commise par le professeur Lossen, d'Heidelberg, chez une femme de trente-sept ans, enceinte de trois mois. Depuis un an, il s'était développé dans le flanc droit une tumeur qui avait alors le volume d'une tête d'enfant. Croyant à un kyste de l'ovaire, on pratiqua la laparotomie antiseptiquement. On tombe sur une tumeur mobile recouverte du péritoine et formée par le rein droit avec un long pédicule. Enucléation facile; pédicule enserré dans le clamp et fixé dans la plaie abdominale.

Le collapsus consécutif est combattu avec des injections d'éther. Avortement douze heures après. Accidents septiques par la rétention du placenta. Six semaines après, l'opérée était guérie.

L'examen de la tumeur a constaté un angio-sarcome développé en dehors de la capsule, ce qui explique le défaut d'altération des urines pour faciliter le diagnostic. (*Deuts. Zeit. für chir.*, 1880.)

Tumeurs abdominales. Elles forment aujourd'hui une des parties essentielles de la chirurgie, en étant attaquées directement par l'ouverture du ventre sous la protection du

nuage phéniqué. Toutes les tumeurs dures ou molles des viscères placés en dedans ou en dehors du péritoine, comme l'estomac, le foie, la rate, les reins, la matrice et ses annexes, la vessie même, sont justiciables de la laparotomie, comme les tumeurs intestinales, hernies ou étranglements. Elles constituent ainsi une chirurgie spéciale, dont les récents progrès ont été mis à l'ordre du jour dans la section de chirurgie au dernier Congrès international de Londres. Voy. CHIRURGIE ABDOMINALE, LAPAROTOMIE.

Tumeurs spléniques. *Danger des injections.* L'inutilité du traitement interne contre les tumeurs leucocythémiques de la rate a conduit Kussmaul à essayer le traitement externe sur une volumineuse tumeur splénique, chez un homme de trente-huit ans. Il débuta par des piqûres multiples à une profondeur de 11 centimètres, faites en tous sens avec une aiguille de 1 millimètre, puis de 1 millimètre $\frac{1}{2}$ de diamètre. Il pensait que les hémorrhagies interstitielles en résultant amèneraient la rétraction cicatricielle de la tumeur. Aucun effet ne se produisit; la tumeur gardant son volume et les leucocytes leur proportion de un sur 7 à 10 globules rouges. Mais les plus profondes piqûres amenèrent un résultat imprévu : une polyurie avec strangurie pendant un jour, en commençant une heure après l'opération. La densité de l'urine était diminuée, sans sucre ni albumine. Le même effet avait déjà été observé par Sénator.

La galvano-puncture, essayée ensuite, ne donna pas de meilleurs résultats, tout en produisant plus de douleur et un gonflement sensible de la rate. Dès la troisième application, un mois après la première, une douleur sternale évidente en résulta en dedans du lieu où l'électrode positif se trouvait.

Non satisfait de ces insuccès, l'expérimentateur en vint aux injections d'acide sclérotique en solution au 10^e faites dans la rate. Un frisson intense s'ensuivit dix minutes après, les jambes raidirent avec douleurs intenses, l'abdomen se rétracta avec refroidissement des extrémités, cyanose, gonflement du cou, respiration costale rapide, pupilles dilatées. C'était un véritable empoisonnement. Après quarante minutes de cet accès tétanique, la température s'éleva à

104° Fahr., avec sueurs abondantes, vomissements et selles aqueuses, et le malade succomba en peu d'heures. C'est donc là un essai plutôt toxicologique que thérapeutique, que personne ne sera tenté de répéter.

Tumeurs érectiles. *Vaccination en nappe.* L'abondance du vaccin animal, en permettant de le répandre à profusion, a permis à M. C. Paul de réaliser un mode plus sûr de guérison des tumeurs érectiles, même profondes. Il couvre la tumeur d'une couche de vaccin et dessine ensuite avec une aiguille tranchante des incisions superficielles, où le liquide vaccinal s'introduit aisément. Quatre applications lui ont donné les meilleurs résultats, notamment chez un enfant de six mois atteint de trois tumeurs érectiles siégeant à la nuque et sur le crâne. La plaie a mis trois mois à se cicatriser, et l'enfant est présenté comme exemple à l'appui.

L'enfant n'est pas guéri, dit M. Gosselin en l'examinant, et la vaccination ne peut avoir aucun effet sur de telles tumeurs veineuses sous-cutanées. D'où le danger de les confondre avec les tumeurs superficielles légères. On s'expose par ce procédé à des hémorrhagies abondantes, s'opposant à l'absorption du vaccin en l'enlevant, fût-il étendu en couche épaisse. Ce procédé ne convient donc qu'aux tumeurs érectiles légères et superficielles. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Galvano-caustique sous-cutanée. Ce nouveau procédé de destruction par cautérisation, employé par le docteur Jurasz, consiste à enfiler dans deux aiguilles creuses de cuivre un fil de platine traversé par le courant. On pique à travers la peau dans la tumeur, après y avoir fait passer le fil. S'il rougit, il cautérise tout autour de lui; mais la peau et les tissus en contact avec les aiguilles sont protégés contre le courant et nullement altérés. C'est là ce qui le distingue du procédé de Middeldorf, d'où le nom de *sous-cutanée*.

Plusieurs tumeurs ganglionnaires et érectiles traitées de la sorte ont donné un résultat satisfaisant. Les ganglions, chroniquement enflammés et traversés par le fil de platine, ont disparu en quelques séances, sans autre trace qu'une bride cicatricielle sous-cutanée. Le trajet du fil suppure, en

donnant une issue facile au pus. Aucun accident n'est signalé dans les quatre cas rapportés. (*Deuts. Zeitsch. für Chir.*, 1880.)

Injectons. M. de Saint-Germain les fait une à une, à huit jours d'intervalle, avec une goutte chaque fois de la liqueur suivante de Piazza :

℥ Perchlorure de fer.....	25 grammes.
Chlorure de sodium.....	15 —
Eau distillée.....	60 —

Baume du Commandeur. Quelques gouttes de ce liquide, injectées dans des tumeurs vasculaires sanguines de la peau sous-épidermiques et intra-dermiques, suffiraient à la guérison, d'après le docteur Quantin. Il relate trois observations de ces tumeurs qui avaient le volume d'un grain de cassis et d'une pastille de Vichy. La tumeur, de rouge ou violacée, prend aussitôt un gris cendré et la consistance d'une goutte de cire. Il y eut résorption sans suppuration ; une seule tumeur se sphacéla avec eschare de l'épaisseur d'une pièce de cinq francs. (*Union méd.*)

Tumeurs sanguines du pli du coude. Elles succèdent à des épanchements sanguins autour du coude, résultant d'un traumatisme quelconque : chute, contusion ou luxation, comme tout praticien peut en avoir observé. A l'ecchymose apparaissant de suite ou peu de temps après l'accident et qui s'étend parfois très haut sur le bras, principalement à sa face interne et sur l'avant-bras, s'ajoute un gonflement très prononcé de tout le membre et surtout du coude, qui prend la forme globuleuse. La douleur est vive et gêne l'exploration, et l'on constate à la palpation un vaste épanchement sanguin infiltrant le tissu cellulaire sous-cutané, surtout dans le pli du coude où la crépitation sanguine est le plus appréciable. Les mouvements spontanés sont impossibles et très douloureux en les provoquant. Le membre reste ainsi immobilisé dans une position intermédiaire entre la flexion et l'extension, à cause de l'hémarthrose concomitante.

Tous ces accidents sont bien connus, et c'est en se dissipant peu à peu par les résolutifs employés, les parties molles redevenant souples, que le médecin, cessant de voir

son blessé, est tout étonné, après un temps plus ou moins long, de le revoir, s'il revient à lui, avec une tumeur spéciale, caractéristique, que le docteur Charvot a étudié sur six militaires dont il rapporte l'observation *in extenso*. Peu connue et non décrite jusqu'ici, cette tumeur consécutive peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, surtout pour celui qui n'a pas suivi les premiers accidents, en simulant une exostose de l'humérus ou des arrachements de l'apophyse coronoïde. De là l'importance de sa description.

Cette tumeur est en général grosse comme un œuf, lorsqu'on la découvre. Au lieu d'être uniformément arrondie, elle est parfois aplatie, triangulaire ou bosselée; sa consistance varie selon son âge. Légèrement pâteuse au début, au moins en certains points, elle acquiert ensuite une dureté caractéristique, simulant le cartilage et même l'os sous les doigts; mais certains points moins durs et pâteux permettent avec plus d'attention de réformer cette erreur.

Son siège constant est le pli interne du coude au devant de l'articulation et remontant à trois ou quatre travers de doigt sur la partie antéro-interne du bras; en bas, elle s'arrête au niveau de l'interligne articulaire et est profondément située au fond de la branche interne du V bicipital; en dedans, elle s'étend au-devant de l'épitrochlée; en dehors, elle empiète sur la fosse coronoïdienne et s'engage sous le biceps, dont elle est parfaitement indépendante et dont le tendon fait corde au-dessus. On sent très distinctement le faisceau vasculo-nerveux rouler sur la tumeur, que l'on peut déplacer latéralement sur l'humérus. Dans les mouvements de l'avant-bras sur le bras, elle suit le brachial antérieur, dont elle semble occuper le corps charnu. A la longue cependant, cette tumeur peut contracter des adhérences avec l'humérus et faire corps avec lui. L'hématome est indolore ou ne devient un peu douloureux que par la fatigue. Le nerf cubital est chassé de sa gouttière épitrochléo-olécraniennne et devient plus superficiel, partant plus exposé au traumatisme, pendant les manœuvres que l'on pourrait faire pour redresser le bras. Il en résulte parfois des troubles nerveux dans sa sphère de distribution, étudiés par M. Panas, en 1877. L'intégrité des mouvements du coude est nécessairement atteinte. Le dépôt sanguin comblant en partie la cavité coronoïde, la flexion est souvent

arrêtée avant l'angle droit, et l'extension est aussi gênée.

Cet hématome se résorbe entièrement, dans les cas heureux, sinon il persiste, s'organise, devient cartilagineux, s'encroûte de sels calcaires et peut être l'origine de ces formations osseuses placées au-devant du pli du coude dont parle Malgaigne dans son *Traité des luxations*.

Comme pour tous les épanchements sanguins, le traitement consiste ici dans l'immobilité, la position élevée du membre, les résolutifs. Mieux vaut être patient et attendre que de tenter des médications actives, comme les incisions avec lavages antiseptiques, pour hâter la résolution non sans danger de produire des accidents redoutables. (*Revue de chirurgie*, septembre.)

Tumeurs congénitales sacro-coccygiennes. Un cas remarquable s'en est offert sur un fœtus du sexe féminin de six mois et demi, dont l'accouchement fut provoqué le 30 mars à la clinique obstétricale de la Faculté de Lille, chez une primipare de vingt-quatre ans, présentant quelques traces de rachitisme. L'extraction fut rendue difficile par le volume de la tumeur, à surface bosselée, grosse comme le poing et occupant toute la région caudale du fœtus. Elle remontait jusqu'à l'angle sacro-vertébral en arrière et recouvrait latéralement les fessiers, se terminant au niveau de l'arcade des pubis. Son diamètre transversal est de 14 centimètres et l'antéro-postérieur de 8.

L'examen pratiqué par le professeur Tourneux la montre coiffant le sacrum et le coccyx en arrière et se prolongeant à l'intérieur du canal sacré dans une étendue de un centimètre et demi, à partir de la base du coccyx, contractant des adhérences profondes avec les enveloppes médullaires. Elle restait absolument indépendante du corps de la moelle épinière, se terminant en pointe au niveau de la troisième vertèbre lombaire, et donnant naissance au *filum terminale* que l'on suivait jusqu'au bord supérieur de la tumeur. Il n'y avait donc aucune assimilation possible de cette tumeur avec les fissures spinales.

Sa composition était mixte, car elle contenait des kystes remplis de sérosité, des nodules cartilagineux et osseux, des faisceaux de fibres musculaires striées, des amas ou traînées de cellules épithéliales rappelant des formations

glandulaires, etc. ; le tout distribué sans aucun ordre apparent au milieu d'une trame lamineuse dont une analyse longue et minutieuse peut seule donner l'idée. De là la preuve qu'il n'existe aucune délimitation tranchée entre les différents groupes formés artificiellement entre les tumeurs de cette région et l'impossibilité de se prononcer entre une inclusion fœtale et une tumeur mixte. (*Bull. méd. du Nord*, octobre.)

Spina bifida. D'après l'examen, fait par MM. F. Tourneux et E. Martin, d'un embryon humain de 8 millimètres, atteint de fissure spinale, cette tumeur liquide résulterait d'un défaut de développement des cellules de formation de l'arc postérieur de la colonne vertébrale, c'est-à-dire qu'elle remonterait même à l'origine de la vie et de l'organisation. Ils en trouvent la preuve dans 8 cas d'hydro-rachis externe présentant une structure identique sur dix nouveau-nés à terme. Comme preuves d'hérédité, il y a une cousine bossue du côté paternel, et le dernier enfant qu'a eu la mère, à trente-deux ans, présente une gibbosité lombosacrée qui s'est développée à quatre ans et dont le traitement semble avoir provoqué l'avortement à cinq semaines environ de cet embryon. (*Journ. de l'anatomie*, janvier et juillet.)

Tumeurs blanches. Sur 713 cas observés pendant une période de seize années par le professeur Billroth, 181 de ces malades sont morts de phthisie, soit 25,3 pour 100, dont 15 avec la tuberculose miliaire des méninges. Dans la plupart de ces cas, il y avait des dépôts caséeux dans les os, comme des résections pratiquées de bonne heure l'ont montré. Ces dépôts sont le point de départ de l'infection générale consécutive, d'après l'auteur. (*Soc. méd. de Vienne*.)
Voy. ARTHROXÉSIS, RÉSECTIONS.

Tumeurs malignes. *Injections arsenicales.* Dans le but de mortifier et de morceler peu à peu les tumeurs, on a essayé successivement les injections locales d'acide acétique, d'acide chlorhydrique, de suc gastrique et de pepsine artificielle, de liqueur de Fowler, de glycérine, d'alcool, de liqueur de Müller ; mais tous ces essais ont à peu près complètement échoué.

M. Vogt, professeur de chirurgie à Greifswald, a eu l'idée de recourir à des injections d'un liquide conservateur imaginé par Wickersheim, de Berlin, à base arsenicale et dont la supériorité, pour conserver les pièces anatomiques, a été reconnue par tous ceux qui en font usage. 1 gramme de liqueur de Wickersheim renferme 4 milligrammes environ d'arsenic; par conséquent, on peut pratiquer deux ou trois injections d'un gramme chacune dans le courant des vingt-quatre heures, sans atteindre la dose toxique pour un adulte.

L'auteur a expérimenté la valeur de ce remède dans le cas de cancer du rectum, de sarcome du pénis, de sarcome du sein en voie de récurrence, de sarcome du maxillaire inférieur. Tantôt il pratiquait des injections parenchymateuses à la base de la tumeur, ou il imprégnait de liqueur des fils qui la traversaient de part en part; tantôt il se contentait de badigeonner la surface. Dans tous les cas, la tumeur, arrêtée dans son développement, se ratatinait déjà sensiblement au bout de quelques jours. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. (*Archiv für klinische chirurgie*, t. XXV.)

U

ULCÈRES. Voy. GREFFES.

URÉMIE. Ce terme désignerait inexactement la maladie que l'on a en vue, d'après les nouvelles recherches expérimentales faites à Nancy par MM. Feltz et Ritter. On la croyait faussement produite par la rétention de l'urée dans le sang, car elle n'est pas déterminée par l'injection directe de cet agent dans le sang... des chiens. C'est dire qu'il s'agit encore exclusivement d'expériences sur les animaux pour savoir ce qui se passe chez l'homme, en assimilant la pathologie expérimentale aux phénomènes morbides qui se déclarent spontanément chez l'homme, en vertu de causes et de lois ignorées.

Il est bien démontré que les animaux dont on arrête la sécrétion urinaire par la ligature des uretères ou des vais-

seaux rénaux meurent bientôt, en présentant des signes d'empoisonnement absolument identiques à ceux que l'on provoque très rapidement par l'injection directe dans leur sang d'une quantité déterminée d'urine humaine fraîche et normale. Mais, des nombreux éléments contenus dans ce liquide, quel est celui qui provoque l'explosion des accidents dits urémiques? Tel est le problème cherché dans ces expériences. Ce ne sont ni l'urée ni les matières organiques de l'urine, injectées isolément ou ensemble dans le sang, en quantité équivalente à l'élimination des urines pendant trois jours, sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel grave. Les accidents survenant dans ce cas sont dus à des impuretés ou à des matières inorganiques non séparées des urines. La théorie de l'urémie, ayant pour base l'empoisonnement par les matières organiques de l'urine retenues dans le sang, n'est donc pas admissible.

Restait à savoir quelle était, des matières inorganiques contenues dans l'urine humaine, la plus toxique. A l'état normal, ces urines, ayant une densité de 1,018, renferment 12 grammes de sels par litre, soit 2 grammes de sels terreux, 3 grammes de sels potassiques et 7 grammes de sels sodiques. 65 grammes de cette urine par kilogramme du poids de l'animal sont toxiques, sans que les sels terreux puissent être incriminés, car l'urine conserve son pouvoir d'intoxication en les précipitant par des congélations successives. Restent donc les sels potassiques et sodiques à étudier isolément. Or ces derniers, injectés en solution concentrée à la dose de plus d'un gramme par kilogramme du poids de l'animal, n'ont aucune influence fâcheuse sur l'économie. Au contraire, les sels potassiques dissous dans de l'eau distillée, dans la même proportion que dans l'urine normale, déterminent les mêmes accidents que celle-ci, injectée dans le sang, dès que leur dose oscille autour de 20 centigrammes par kilogramme du poids de l'animal. Cette dose varie suivant les sels employés, le phosphate et le sulfate de potassium étant à poids égaux un peu moins toxiques que le chlorure de potassium.

En solution au 10^e, le chlorure de potassium est toxique à la dose de 3 à 4 centigrammes par kilogramme du poids de l'animal, tandis que celle du sulfate et du phosphate ensemble, à parties égales, l'est seulement de 5 à 6 cen-

tigrammes. Et, comme preuve de cette action toxique des sels potassiques, c'est que les lapins, dont le sang, comme tous les herbivores, est plus riche en combinaisons potassiques que celui des carnivores, sont plus sensibles à leur action que les chiens. La toxicité des urines normales fraîches est d'ailleurs proportionnelle à leur richesse en sels potassiques.

Il ressort donc bien clairement de ces expériences que les accidents déterminés par les injections intra-veineuses d'urine fraîche normale sont imputables à l'action des sels potassiques en dissolution dans ce liquide. Les manifestations pathologiques sont en effet les mêmes, en injectant dans le sang une masse égale d'eau distillée contenant une proportion égale de sels potassiques. Dans l'un et l'autre cas, on voit apparaître en effet, dans le même ordre, des vomissements ou des éructations, des troubles cardiaques et respiratoires, un abaissement progressif de la température rectale et des crises convulsives tétaniformes souvent précédées de cris et toujours suivies de collapsus et de mort.

Ces graves accidents de l'urémie expérimentale n'étant pas en rapport avec la rétention et l'accumulation dans le sang de l'eau ou des matières extractives de l'urine, et répondant, au contraire, aux phénomènes produits par les injections toxiques d'urines fraîches normales ou de solutions équivalentes de sels potassiques dans de l'eau distillée, les expérimentateurs admettent que les véritables agents de l'intoxication sont presque toujours les sels potassiques qui s'accumulent dans le sang.

Ce ne serait donc plus à l'urémie que nous aurions affaire, mais à la *potassiémie*, si l'on admet, suivant les doctrines régnantes, que tout se passe chez l'homme absolument comme chez le chien et le lapin. Les données physiologiques et thérapeutiques applicables à l'homme n'en sont pas plus claires ni précises qu'en l'observant directement. Comment diminuer, atténuer ou neutraliser ces sels potassiques de l'urine, retenus et accumulés dans le sang et l'empoisonnant? On ne s'occupe même pas de le chercher chez les animaux pour faire la contre-épreuve. On voulait connaître la cause chimique et, dès qu'on croit l'avoir découverte expérimentalement, tout est dit, et l'on n'en cher-

che même pas le contrôle ni la vérification au lit du malade. On note seulement que le sang des animaux empoisonnés perd de son pouvoir absorbant pour l'oxygène, et, les accidents ultimes ne ressemblant pas à l'asphyxie, on suppose que les sels potassiques en excès vont se fixer sur les éléments anatomiques, en arrêtant les échanges moléculaires nécessaires à leur fonctionnement régulier.

Au point de vue médical pratique, voilà le résumé hypothétique de ces longues expérimentations, dont la relation occupe plus de 300 pages. On ne s'occupe pas du reste, en laissant ce soin à d'autres. Affaire de spéculation scientifique à la manière allemande. (*De l'urémie expérimentale*, in *Revue méd. de l'Est*.)

Un nouvel alcaloïde fixe, oxydable, a été extrait par le docteur Georges Pouchet des urines normales. Son énergie toxique considérable, stupéfiant, tétanisant et tuant les animaux à bref délai avec le cœur en systole, l'a fait assimiler aux alcaloïdes de la putréfaction ou ptomaines, qui produisent les mêmes effets et présentent des caractères chimiques identiques. Il a, entre autres, la propriété de donner immédiatement du bleu de Prusse lorsqu'on le traite successivement par le ferricyanure de potassium et le perchlorure de fer. Voy. ALCALOÏDES.

Il semble dès lors qu'en s'accompagnant dans l'urine de substances azotées incristallisables placées sur la limite des corps alcaloïdiques, cette matière extractive, imparfaitement éliminée par les reins, s'accumule dans le sang et détermine une série d'accidents pathologiques, ceux de l'urémie en particulier. (*Contribution à l'étude des matières extractives de l'urine*, thèse inaugurale, Paris, 1880.)

URICÉMIE. Voy. SANG.

URINES. *Présence du soufre.* La présence d'une certaine quantité de soufre incomplètement oxydé dans l'urine serait un signe, pour le professeur Lépine, de l'activité de la sécrétion biliaire dans les états morbides du foie. Voici le procédé employé pour déterminer cette quantité :

L'acide sulfurique étant dosé à l'état de sulfate dans un spécimen d'urine, on détermine dans un autre l'acide sulfurique total, après oxydation par le nitrate de potasse.

La différence exprime la quantité de soufre incomplètement oxydée.

On peut connaître ainsi l'activité de la sécrétion biliaire dans l'état physiologique, comme dans les cas morbides d'ictère aigu et chronique, les affections cirrhotiques du foie, la colique saturnine, etc.

Une expérience faite depuis avec M. Guérin, a mis en évidence que de tous les corps sulfurés de l'urine, celui que contient la taurine est le plus difficilement oxydable, bien que le brôme à chaud en dissolve plus que tout autre réactif en n'oxydant pas la taurine ni ses dérivés. Mais sans en provenir, le soufre contenu dans l'urine est aussi très difficilement oxydable. C'est là le point nouveau de ces recherches. (*Congrès de Londres et Revue de méd.*, novembre et décembre.)

Mensuration journalière. Elle est recommandée par le docteur Wood comme d'une grande importance pour le diagnostic des maladies non seulement du rein, mais d'autres organes. A l'hôpital de la ville de Boston, on recueille ainsi l'urine de tous les malades atteints ou soupçonnés d'affections rénales ou nerveuses. Il propose même de l'étendre aux malades qui ne sont pas alités, en les munissant d'une bouteille graduée capable de contenir une miction complète. Ce n'est qu'en connaissant la quantité totale de l'urine émise dans les vingt-quatre heures que l'on peut apprécier la rapidité des métamorphoses et l'activité de l'absorption rénale. En multipliant le degré de gravité spécifique par $2 \frac{1}{3}$, qui donne le nombre des matières solides pour un litre d'urine, on peut en connaître la quantité totale, d'après la quantité émise. On a ainsi les principales données pour éviter de nombreuses erreurs de diagnostic et de pronostic.

Une application spéciale de ces mensurations dans les néphrites a permis à l'auteur d'établir la marche de la maladie et son pronostic même, comme il en rapporte plusieurs exemples observés à l'hôpital de Boston, en sachant d'avance l'influence de la maladie sur l'urination. La néphrite parenchymateuse aiguë en diminue la quantité au début, et c'est en s'accroissant ensuite qu'il juge de l'amélioration et de l'issue favorable de la maladie par le

retour du rein à son état normal. C'est donc là une donnée clinique à ne pas négliger. (*Boston Soc. for med. improvement*, 27 décembre, et *Boston med. and surg. journ.*)

Chez un enfant de six ans, M. Lannelongue a constaté que les urines de l'enfant sont moins toxiques que celles de l'adulte, par la guérison d'une infiltration urineuse. Elle avait été déterminée par la présence d'un calcul de l'urèthre dont l'extraction avait produit la déchirure et l'éraillage. C'est un fait utile à connaître en pareil cas.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par M. le professeur Guyon. Un vol. in-8°, Paris. Le nom seul de l'auteur est la meilleure garantie de cet ouvrage, renfermant trente leçons groupées en quatre parties. La première comprend l'étude des symptômes fonctionnels. La deuxième est consacrée à l'examen si important des urines. L'empoisonnement urineux, cette complication si fréquente et si menaçante de toutes les maladies des voies urinaires, et qui semble être comme le lien criminel qui les unit, est longuement et complètement exposé dans la troisième partie. La quatrième, qui est peut-être la plus originale et qui, dans tous les cas, est la plus fertile en enseignements immédiatement utilisables, a été réservée à l'étude des signes physiques et par conséquent des moyens d'exploration. Une table des sommaires offre à la fin du livre un résumé rapide et succinct où le lecteur peut facilement retrouver l'essence des faits exposés dans les leçons. Une table analytique, établie avec le plus grand soin, permet aussi, par un groupement spécial des matières, de reprendre leur étude sous un nouvel aspect et de rapprocher à volonté des faits disséminés dans tous les chapitres.

Urines ammoniacales. Contrairement aux assertions de M. Pasteur, le professeur Béchamp affirme que les germes atmosphériques ne peuvent pas pénétrer dans la vessie par le canal de l'urèthre. En supposant qu'ils y aient été introduits par le cathétérisme, ils ne sont pas la cause de la fermentation ammoniacale de l'urine.

Des bactéries peuvent exister dans l'urine, dans la vessie, sans y déterminer la fermentation ammoniacale. Ce phénomène dans la vessie est corrélatif de la lésion ou de

l'état morbide de quelques parties de l'appareil urinaire, sinon d'un état diathésique. Aussi attribue-t-il la présence des infusoires bactériens aux microzymas devenus morbides, consécutivement à cette altération même de l'appareil urinaire. On peut toujours avec l'acide phénique ou la créozote prévenir ou arrêter l'évolution de ces microzymas physiologiques de l'urine normale et par suite son altération ammoniacale. (*Acad. de méd.*, mai.)

Bactérurie. Dans une urine offrant un commencement de décomposition, le docteur Roberts a constaté, au moment de l'émission, une quantité considérable de bactéries à la prolifération desquelles il attribue certaines formes d'irritation vésicale. Tandis que M. Pasteur fait du *bacterium termo* l'agent de la décomposition ammoniacale de l'urine, ce serait celle-ci qui le produirait. Preuve que l'on n'en sait rien encore. (*Congrès de Londres.*)

Urines phéniquées. Voy. PANSEMENT PHÉNIQUÉ.

URTICAIRE. Cette éruption s'est manifestée à Paris, au commencement de 1884, sous forme épidémique, en se montrant d'une manière intermittente chronique et rebelle aux moyens ordinaires. Elle apparaissait surtout le soir, au point d'interrompre et empêcher le sommeil, sans que les bains, les purgatifs, ni les alcalins, le sulfate de quinine, l'usage topique de la poudre d'amidon, ni le régime, parvinssent à calmer la démangeaison vive qui en est le caractère principal.

Arsenic. Conduit sans doute par le principe du *similia similibus curantur*, le docteur Labbé a eu recours chez ses malades à l'usage externe de l'arséniate de soude à haute dose, soit de 5 à 10 milligrammes par jour, d'après la formule suivante :

℞ Arséniate de soude.....	5 centigrammes.
Eau distillée.....	100 grammes.
Mélez.	ou 150 pour les enfants.

Une cuillerée à café à chaque repas pendant quinze à vingt jours, en suspendant ensuite si l'éruption persiste.

GARNIER.

Des lotions étaient faites en outre sur les parties atteintes, quand survenaient les démangeaisons, avec la solution suivante :

℞ Sublimé corrosif.....	1 gramme
Eau distillée.....	100 —
Alcool.....	Q. S.

Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau froide.

Cette médication s'est montrée efficace, en faisant disparaître en quinze jours une éruption qui persistait depuis quatre mois.

Atropine. Préconisée dès 1878 par le docteur Schwimmer, qui fait de cette éruption une névrose vaso-motrice, son administration a donné les résultats suivants au docteur Catrin, de Condé :

Un officier de trente-huit ans, rhumatisant, en faisant cesser brusquement des douleurs rhumatismales de l'épaule, est pris d'une urticaire atroce, revenant surtout le soir ou après une promenade prolongée. La quinine et les alcalins ayant échoué, il administre seulement un milligramme d'atropine en pilules pendant vingt jours, en n'en obtenant qu'une amélioration légère.

Chez un ouvrier de vingt-cinq ans, sujet depuis trois mois à une éruption de plaques blanches, entourée d'une zone rouge et accompagnée de démangeaisons insupportables, il administre deux pilules par jour, selon la formule suivante :

℞ Atropine.....	10 milligrammes.
Glycérine.....	} à 2 grammes.
Eau distillée.....	
Poudre de gomme adragante.....	Q. S.

Pour 10 pilules, une le matin, une le soir.

Dès le quatrième jour, amélioration sensible, surtout dans la démangeaison. Plus d'éruption à la dernière pilule.

Une femme de trente-deux ans, très faible et anémique, atteinte de laryngite chronique, est souvent privée de sommeil par des démangeaisons atroces, dues à une urticaire survenant surtout en hiver. La liqueur de Fowler, les alca-

lins, les toniques, le bromure de potassium et les bains restant sans résultat, il administre les pilules précédentes, le 10 janvier 1881. Amélioration rapide, suivie de récurrence. Les pilules sont reprises avec le même succès et les atteintes sont dès lors plus faibles et supportables.

L'atropine agirait-elle ici comme sur les sueurs des phthisiques? La pilocarpine, qui la remplace si bien contre la sueur des pieds, agirait peut-être de même? (*Soc. de therap.*, février, et *Bull. général de therap.*)

Coïncidence avec les kystes. Voy. KYSTES DU CŒUR.

Urticaire avec analgésie. Cet exemple a été observé en Italie chez une femme de quarante ans, nerveuse, hystérique. L'insomnie était accompagnée de prurit sur le ventre et la poitrine, supportable dans le jour, mais déchirant et intolérable la nuit, et donnant lieu par le grattage à des plaques élevées avec taches érythémateuses. Ces accidents s'accroissaient avec les variations de la température et de l'atmosphère, avec bouffées de chaleur et sueurs du visage, céphalée vers le soir, vertiges, douleur lombaire profonde presque continue, inappétence, soif ardente.

Le docteur Stampacchio observa alors des efflorescences cutanées très abondantes, à la poitrine, au cou, au dos et aux membres du côté droit, et constata de plus une analgésie complète du membre inférieur gauche : des orteils à la moitié de la cuisse, on pouvait pincer et piquer les tissus sans exciter la moindre douleur. Le long de la colonne vertébrale et principalement à la région lombaire, la peau était manifestement hyperesthésiée; le cœur battait irrégulièrement; la céphalée et le lumbago étaient toujours très intenses. Par une omission inconcevable, il n'est fait aucune mention de l'état de la menstruation.

Le traitement institué fut l'usage interne de l'iodure de potassium dans une infusion de valériane, à boire dans la journée, plus 50 centigrammes de quinine en quatre doses et de grands bains tièdes à l'amidon. L'amendement fut très rapide. L'urticaire reparut, sous l'influence d'un catarrhe bronchique beaucoup plus intense que la première fois. On eut alors recours au seigle ergoté, dans

l'espérance que son action spéciale sur les vaisseaux aurait une influence favorable sur la maladie cutanée. Un gramme d'ergot fut pris les deux premiers jours, et 60 centigrammes ensuite en plusieurs paquets, unis à la quinine. Au septième jour, le prurit avait disparu, ainsi que l'éruption. Une nouvelle rechute se prononça, mais le même remède fut prescrit avec un succès très rapide. (*Il Movimento.*)

V

VACCINE. *Causes d'insuccès.* Une épreuve intéressante a été faite par le docteur Alison, qui sait mettre une si grande précision dans toutes ses recherches et ses travaux. Il a vacciné 20 enfants de juin à juillet 1880 avec du vaccin en tube ou en plaque, qui n'ont présenté qu'une seule pustule petite ou moyenne à l'inspection. Revaccinés immédiatement avec du vaccin de bras à bras, 17 ont présenté un plus grand nombre de pustules grosses ou moyennes, beaucoup mieux développées que les premières. Il n'y eut que 3 insuccès. C'est la preuve qu'une seule pustule peu développée avec du vaccin en tube peut ne pas être préservatrice de la variole, puisque la revaccination immédiate de bras à bras en donne de belles en plus grand nombre. D'où la nécessité, l'indication même d'une revaccination immédiate, quand le vaccin en tube ne donne qu'une pustule moyenne, car, dans les deux cas où elle était grosse, nos 3 et 17, la revaccination a été infructueuse.

La confirmation de cette inefficacité vaccinale se trouve dans le résultat suivant. 8 enfants vaccinés dans les mêmes conditions que les précédents, et présentant à l'inspection de deux à quatre pustules petites et moyennes, revaccinés aussitôt de bras à bras, ont donné 4 succès de grosses pustules multiples. L'efficacité du virus en plaques, atténué ou affaibli, est donc proportionnée au nombre des pustules et à leur qualité. Son infériorité sur celui de bras à bras résulte en outre de ce que, sur un total de 98 vaccinations avec ce virus, 30 seulement se sont développées normalement et 40 ont été nulles, tandis qu'en revaccinant ceux-ci de bras à bras, 37 ont eu de belles pustules. C'est 3 insuc-

cès seulement, soit 10 sur le total précédent de 68 revaccinations.

Pour corroborer ces données sur l'inefficacité d'une seule pustule, M. Alison a revacciné de bras à bras, en 1880, 9 enfants qui, vaccinés l'année précédente, ne présentaient qu'une cicatrice ou deux mal marquées. 5 ont représenté plusieurs pustules bien développées, tandis que ceux qui présentaient deux cicatrices n'en ont eu qu'une. Il y a eu 2 insuccès complets.

14 enfants vaccinés avec du vaccin en plaque plus ou moins récent et présentant des pustules bien développées, ouvertes à la fin de l'évolution, ayant été revaccinés immédiatement de bras à bras, n'ont donné au contraire que des insuccès complets, sauf 2 qui ont présenté deux à trois pustules moyennes. (*Archiv. de méd.*, juin.)

L'enseignement de ces résultats est donc des plus positifs pour les revaccinations obligatoires et pour la vaccine : c'est de n'employer le vaccin en tube ou en plaque que quand on ne peut faire autrement.

Bienfaits. Ils sont démontrés d'une manière saisissante par la statistique suivante du docteur Buchanan, chef du service médical sanitaire à Londres, sur la dernière épidémie de variole qui a sévi dans cette capitale pendant les 52 semaines du 29 mai 1880 au 29 mai 1881. Sur 1352 décès par variole, il y avait 325 vaccinés seulement; 637 ne l'avaient jamais été et 570 n'avaient fourni aucun renseignement à cet égard.

La population de Londres et la zone suburbaine comptant 3 620 000 habitants vaccinés et 190 000 seulement qui ne l'étaient pas, les décès par variole de tout âge ressortent dans les proportions suivantes pour un million de chaque catégorie :

	Vaccinés.	Non vaccinés.
Au-dessus de 40 ans.....	90	3,350
Au-dessous de 20 ans.....	60	4,520
Au-dessous de 5 ans.....	40,5	5,950

La mortalité infiniment plus faible des vaccinés au-dessous de cinq ans est la meilleure preuve de la nécessité de la revaccination. (*Revue d'hygiène*, juillet.)

La statistique du docteur Marson, médecin d'un hôpital de varioleux à Londres, et portant sur 6000 cas de variole, est non moins concluante à cet égard, comme M. Blot l'a constaté dans son rapport sur la vaccine obligatoire.

	Proportion des décès sur 100.
Individus non vaccinés.....	35,50
— vaccinés sans cicatrice.....	21,75
— portant une cicatrice mal marquée.....	12,00
— avec une cicatrice bien marquée.....	4,25
— portant deux cicatrices mal marquées.....	7,25
— avec deux cicatrices bien marquées.....	2,75
— avec trois cicatrices.....	1,75
— avec quatre cicatrices et plus	0,75

Vaccine obligatoire. Il en a été beaucoup parlé, cette année, sans que, comme tant d'autres projets en France, celui-ci soit plus avancé, malgré sa présentation à la Chambre des députés l'année dernière. On a d'abord voulu avoir l'avis de l'Académie de médecine avant de délibérer, et ce corps savant, officiellement consulté comme le plus apte à en connaître, n'ayant pu répondre assez tôt avant la dissolution de la Chambre, ce projet est resté comme non avenu. Contraste frappant avec un gouvernement voisin, la petite république helvétique, qui, par un simple amendement à une loi sur les épidémies, a édicté cette obligations *ipso facto* dans tous ses cantons.

L'opinion même de l'Académie n'a pu être unanime à ce sujet. Malgré le rapport de M. Blot, mettant en évidence la négligence coupable de beaucoup de familles à soumettre leurs enfants à la vaccine, soit par incurie, soit par défaut d'un service organisé à cet effet, il s'est encore trouvé des opposants, des contradicteurs, ceux-là mêmes qui ne sont jamais de l'avis de tout le monde. Une statistique officielle de 2453 enfants vaccinés à l'Académie même, en 1877, a montré que 450, soit un cinquième environ, avaient d'un à deux ans, 383 de deux à cinq ans et 91 au-dessus de cet âge. C'est donc un total de 954 n'ayant pas profité de la faculté de faire vacciner gratuitement et même avec prime leurs enfants dans les délais voulus, malgré toutes les facilités et les invitations qui leur sont faites à Paris. Il faut qu'ils y soient forcés par la nécessité de présenter un certificat de vaccine pour les faire admettre à l'asile

ou à l'école, pour penser à ce devoir sacré et s'y résoudre; autrement, des familles entières de trois à quatre enfants restent invaccinés, si la variole ne vient les avertir du danger.

Il est vrai qu'en France même, seize départements sont encore sans aucune organisation pour le service de la vaccine. Ce sont, par ordre alphabétique, les Hautes-Alpes, l'Aube, le Cher, le Doubs, l'Eure-et-Loir, la Haute-Garonne, le Gers, le Loiret, la Manche, l'Orne, le Haut-Rhin territoire de Belfort, la Sarthe, la Haute-Savoie, Seine-et-Marne, la Vendée et l'Yonne. A défaut de pouvoir obliger ces départements réfractaires à faire leur devoir envers les malheureux, ce n'est que par l'obligation individuelle que ceux-ci seront amenés à y répondre forcément.

Et quand on sait que depuis longues années déjà cette obligation légale est imposée en Allemagne, en Angleterre et ailleurs, comment se refuser à en voir la nécessité pour stimuler l'apathie des uns, réprimer la négligence des autres, et forcer tout le monde à se soumettre à cette loi générale pour éviter le péril qu'un seul réfractaire peut faire courir à la société tout entière?

C'est cependant devant le souci de la liberté individuelle, pour une obligation aussi bienfaisante, que M. Depaul s'est arrêté pour la combattre énergiquement, en s'associant à M. J. Guérin, qui n'a pas craint, pour la repousser, de se servir de tous les mauvais arguments des fauteurs de la vaccine. Il a invoqué aussi les progrès de la science, les prérogatives de la profession, l'intérêt même de la vaccine et tous les grands mots souvent vides de raison qu'il a toujours à son service. Mais, en faisant justice de ces prétendus arguments réduits à leur mince valeur par MM. Fauvel et Blot, les conclusions affirmatives du rapport n'en ont pas moins été adoptées à une imposante majorité, avec cet amendement de M. Trélat *que les pouvoirs municipaux peuvent imposer la revaccination partout où les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène leur auront signalé la nécessité de cette obligation.* (Acad. de méd., avril et mai.)

Après la discussion vive suscitée à l'Académie de médecine par le projet de loi présenté à la Chambre des députés par le docteur Liouville l'année dernière, la commission en a modifié ainsi les premiers articles :

I. La vaccination est obligatoire; elle doit être pratiquée dans l'année qui suit la naissance. Toutefois, en temps d'épidémie, cette opération aura lieu dans les six premiers mois de la naissance.

II. Toute personne au domicile de laquelle se sera produit un cas de variole sera tenue d'en faire la déclaration au maire de la commune, laquelle sera par lui immédiatement transmise à l'autorité administrative. Le défaut de déclaration sera passible des peines édictées par l'article 5.

III. La revaccination est également obligatoire pour les personnes des deux sexes avant l'âge de vingt et un ans.

Promulgation en Suisse. En discutant la loi sur les épidémies dans sa séance du 21 décembre, le Conseil national a introduit l'amendement suivant, adopté par 90 voix contre 23 :

ART. 13. Tout enfant né en Suisse doit en règle être vacciné dans la première année de sa vie ou au plus tard dans la seconde. Un ajournement plus long n'est admissible que pour des raisons de santé constatées par un médecin. Les enfants nés à l'étranger et non vaccinés, amenés en Suisse, sont soumis aux mêmes prescriptions. Le fait de la vaccination sera constaté par un certificat signé d'un médecin patenté.

ART. 14. Aucun enfant ne peut, sans ce certificat, être admis définitivement à fréquenter une école publique ou privée.

Vaccine animale. Ce titre peut maintenant donner lieu à confusion. Avant cette année, il s'entendait exclusivement de la vaccination pratiquée avec le virus provenant directement de la génisse, sinon du horse-pox. Depuis que M. Pasteur a introduit l'inoculation des animaux avec le virus atténué du charbon pour les mettre à l'abri de cette maladie mortelle, comme on inocule les vaches avec le virus de la péripneumonie contagieuse pour les en prémunir, on ne peut que désigner cette pratique sous le même nom. Comment les distinguer dès lors pour ne pas confondre la vaccine de l'homme avec celle des animaux? C'est

de désigner celle-ci sous le nom d'inoculation. Cela serait d'autant plus rigoureux qu'il n'est pas encore prouvé qu'elle mette absolument à l'abri de la maladie inoculée, comme le fait la vaccine. Voy. INOCULATIONS.

Vaccine internationale. L'événement de la mort par variole hémorrhagique des Esquimaux du Labrador, débarqués à Hambourg et venus ensuite au Jardin d'acclimatation de Paris, d'où ils sont bientôt allés mourir à l'hôpital Saint-Louis, semble devoir être le motif déterminant de cette mesure. En montrant, dans son rapport au Conseil de salubrité publique, que trois membres de cette caravane sont morts à Darmstadt et à Creveld, le professeur L. Colin a signalé le danger qu'il y a à accueillir sans précaution, dans les ports de débarquement, des populations étrangères à la vaccine. C'est manifestement à Prague, où la variole régnait avec gravité à leur arrivée dans cette ville, que les Esquimaux ont été contaminés. Ceux qui sont arrivés à Paris l'avaient donc en incubation, lorsqu'ils furent vaccinés préventivement, avec du vaccin animal, à leur arrivée au Jardin d'acclimatation. Il n'en eût pas été de même évidemment si cette opération eût été faite à leur débarquement à Hambourg.

C'est au Conseil de salubrité de Paris de mettre cet exemple à profit, en réclamant les vaccinations immédiates, dans nos ports, des individus provenant de pays où ni la vaccine ni la variole antérieure n'ont atténué leur réceptivité. C'est surtout une occasion de solliciter la pénétration, en ces pays, de la vaccine, pour assurer ces individus contre le danger d'un voyage en Europe, actuellement pour eux un pays de pestilence, et de réimporter ensuite chez eux, par la navigation de plus en plus active, des germes varioliques susceptibles de décimer ces malheureuses peuplades. (*Gaz. hebdomadaire*, n° 8.)

VAGINITE. *Pommade au tannin.* L'extrême difficulté de traiter activement l'inflammation aiguë et contagieuse du vagin au début, quand l'acuité des phénomènes douloureux, l'œdème considérable des parties et surtout l'étroitesse du canal chez de jeunes filles récemment déflorées s'opposent à l'emploi du spéculum pour l'application topique des re-

mèdes, est bien connue de tous les praticiens. Des écoulements interminables en résultent, qui ne permettent pas de renvoyer les malades de l'hôpital; d'où leur séjour souvent très long pour une maladie parfois insignifiante.

Guidé par ces considérations, M. Terrillon, aidé de son interne Auvar, a appliqué dans son service de Lourcine une nouvelle modification à ce traitement. Elle consiste à introduire dans la profondeur du vagin un tube de 10 centimètres dont l'extrémité est taillée en biseau et les bords soigneusement arrondis. Il se termine par un rentlement servant de réservoir, fermé hermétiquement avec un couvercle mobile auquel un piston est adapté. Ce réservoir étant rempli de pommade, il suffit, le tube introduit dans le vagin, de presser sur le ressort de ce piston pour que la pommade sorte à l'extrémité de l'instrument sous forme d'un cylindre d'un centimètre de diamètre environ qui se répand dans le fond du vagin. Elle peut ainsi être déposée sans gêne ni douleur, en raison du petit volume de l'instrument, ni la nécessité d'un tampon pour la maintenir, grâce à sa consistance. En voici la formule :

℥ Vaseline.....	150 grammes.
Amidon.....	150 —
Tannin.....	50 —

Introduite à la dose de 15 à 25 grammes en une seule fois, cette pommade supprime complètement l'écoulement pendant tout le temps de son application, qui est ordinairement de sept à huit jours, sans qu'il soit nécessaire de la renouveler; toute la paroi vaginale en est imprégnée dans ses moindres replis, avec action permanente et topique du tannin, sans souffrance ni gêne. On en retrouve encore dans le fond du vagin après huit et jusqu'à quatorze jours d'application, sans constituer un corps irritant, dur et consistant, comme la plupart des autres topiques pulvérulents.

Vingt observations sommaires de l'emploi de ce traitement montrent la suppression, en quelques jours, de la vaginite et de l'écoulement. Une ou deux applications de la pommade ont suffi à ce résultat, sans que les femmes aient présenté de rechutes rapides, comme auparavant avec les divers traitements.

Aucune comparaison n'est donc à établir ici avec les injections ni les poudres, les tampons médicamenteux ni les cautérisations. La simplicité et la facilité d'application, la rareté du pansement, la suppression de l'écoulement et une guérison rapide sont des avantages qui méritent l'expérimentation générale de cette modification. (*Bull. général de therap.*, mars.)

VARICOCÈLE. *Réssection du scrotum.* La pesanteur du sang accumulé dans les veines tortueuses et dilatées, en allongeant le scrotum, a donné l'idée d'en réséquer une partie pour guérir cette grave et gênante infirmité. La partie inférieure, serrée dans un anneau comme moyen de soulagement, ayant amené consécutivement la gangrène de la portion herniée et une guérison consécutive, le docteur Henry a perfectionné ce procédé, en appliquant à la base un clamp dont les mors sont cannelés dans toute leur longueur, comme la pince à phimosis. On excise la partie exubérante au-dessous d'un coup de ciseau. Des sutures sont ensuite passées dans les fenêtres du clamp, et, en quelques minutes, l'opération est terminée.

Cette pince doit être placée avant l'anesthésie, le malade étant debout, pour enserrer exactement les parties à réséquer, en ne serrant définitivement les branches qu'après l'anesthésie. L'hémostase étant faite au besoin, un pansement occlusif avec une toile adhésive et imperméable recouvre la plaie lavée avec une solution phéniquée.

Quatorze applications de ce procédé quelque peu barbare ont été faites depuis dix ans, et neuf fois il s'en est suivie la réunion par première intention. Des guérisons, remontant à 1864, attestent leur solidité. (*New-York med. Record.*)

C'est en réséquant la portion antérieure de la peau du scrotum et en divisant, après leur compression, les veines qui doivent être oblitérées que M. H. Lee remplace l'excision. On cautérise les orifices veineux avec le fer rouge, et, la peau étant réunie par des sutures phéniquées, la réunion par première intention a lieu en trois ou quatre jours (?).

Un procédé plus simple est employé par M. Pearce Gould depuis deux ans et demi. Il passe un fil de platine autour des veines sous-cutanées, et, en en rejoignant les extrémités dans un écraseur galvanique, il brûle les parois du vais-

seau. Sur onze applications, la guérison complète en est résultée neuf fois, incomplète dans les deux autres, sans aucun accident. L'opération, n'intéressant ici que les parties malades, est donc plus simple, sûre, efficace et moins douloureuse que les précédentes, passibles d'œdème et de suppuration. Mais, en étant aussi moins radicale, peut-être n'obtiendra-t-elle pas la préférence. (*Roy. med. and chirurg. Society*, 11 janvier.)

VARIOLE. Un médecin du Connecticut a été condamné à 10 dollars (50 francs) et aux frais, sur la plainte du Conseil de santé, pour avoir omis de signaler un cas de variole qu'il avait été appelé à traiter durant quatorze jours. Devant cette rigueur pénale, ce ne serait pas trop de prescrire du moins l'avertissement en France pour tous les cas de maladie contagieuse et surtout de la variole, qui en est le type.

Médication éthéré-opiacée. Appelé à prendre la direction du service des varioleux à l'hôpital Saint-Antoine, dont les cas avaient redoublé d'intensité au commencement de 1881, le docteur Ducastel institua une nouvelle médication. Les injections sous-cutanées d'éther en formaient comme la base contre le collapsus, l'adynamie profonde des malades, tandis que l'opium à haute dose, suivant la méthode du professeur Lasègue pour combattre le délire, était donné simultanément, ainsi que le perchlorure de fer contre la tendance hémorrhagique.

Les cas qui se montraient graves dès le début par l'intensité des symptômes ont été spécialement soumis à cette nouvelle médication. Du 20 février au 1^{er} avril, 76 varioleux, dont 12 n'avaient pas été vaccinés, atteints de formes cohérente et confluyente, quelques-uns même d'accidents hémorrhagiques, l'ont subie comme suit :

Deux injections d'éther étaient pratiquées, une le matin, une le soir, avec une pleine seringue de Pravaz, soit un gramme environ, en les poussant lentement et profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'extrait thébaïque, à la dose de 15 à 20 centigrammes dans une potion de 125 grammes, était administré tous les jours. Il fut même de 30 centigrammes dans un cas de délire très intense, chez

un alcoolique qui guérit rapidement. Alternativement et d'heure en heure, 20 gouttes de perchlorure de fer sont administrées dans une potion semblable. Tous les malades recevaient d'ailleurs une assez forte dose d'alcool dans la journée.

Ce traitement doit être commencé dès que l'intensité des phénomènes généraux ou l'abondance de l'éruption permettent de prévoir l'imminence d'une forme grave ; *le plus tôt est le mieux* ; quand la médication est commencée au quatrième jour de l'éruption, une suppuration plus ou moins atténuée paraît inévitable.

Les effets les plus remarquables ont été un arrêt de développement de l'éruption et l'absence de suppuration, sinon une diminution sensible de celle-ci avec atténuation des accidents les plus pénibles.

Dans les cas où la médication est commencée tardivement, d'où la conséquence de la suppuration, on voit ainsi la salivation manquer ou être fort légère, ainsi que la dysphagie. La bouffissure de la face et des mains est diminuée, et la prostration légère permet aux malades de mieux résister à la suppuration.

Plusieurs malades ont conscience immédiate du bien-être des injections d'éther en particulier. Un jeune homme atteint de variole confluente suppurée réclamait ces injections, parce qu'elles le remontaient, en lui produisant l'effet d'une *bonne goutte*. Une variolée en suppuration déclarait aussi qu'elles lui mettaient du *sang dans les veines*.

Si la douleur de la piqûre est facilement supportée, ces injections ont pourtant un grave inconvénient : l'eschare du derme ou quelque induration inflammatoire du tissu cellulaire sous-cutané. Elles exigent toujours un certain temps pour se réparer et sont d'autant plus longues que les cas sont plus graves. Aussi ne doit-on les employer que si la vie du malade est en jeu, en les poussant avec soin, lentement et profondément, comme M. Barth le recommande aussi dans la pneumonie. (Voy. *ce mot*.)

Des 76 cas, 13 malades sont morts pendant la période de suppuration, dont 7 non vaccinés ; 4 avaient été vaccinés dans leur enfance ; deux fois l'existence d'une vaccination antérieure resta douteuse.

Tous ces faits montrent que la médication éthéré-opiacée a agi surtout contre la suppuration, dont elle atténua con-

sidérablement les dangers, quand elle n'arriva pas à la prévenir, comme cela s'est observé fréquemment chez les sujets anciennement vaccinés. Chez les sujets non vaccinés, au contraire, l'action de la médication a semblé fort réduite; la suppuration s'est ordinairement produite, mais atténuée; une fois seulement, dans cette condition, la guérison est survenue après dessiccation sans suppuration; encore s'agissait-il d'une variété discrète.

Tout en louant le zèle, la bonne foi et la modestie de l'auteur, M. Marrotte n'a vu, dans son rapport sur ce mémoire, qu'un motif d'encouragement et de félicitations, en conservant un doute philosophique et attendant des faits plus nombreux pour admettre l'efficacité incontestable de la médication éthéré-opiacée. (*Acad. de méd.*, septembre.)

Accidents de la convalescence. Une épidémie de variole de caractère adynamique ayant sévi à Rouen en 1880, M. Leudet s'est convaincu, par les 124 varioleux amenés dans son service hospitalier, que cette éruption se complique à la fin des mêmes accidents que la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, le rhumatisme. Il rapporte en effet des observations d'hydropisies consécutives, avec ou sans albuminurie, des troubles nerveux, l'oubli de la parole, des néphrites périphériques, des parotidites, la gangrène de la bouche, des nécroses, mais sans rechercher ni approfondir les causes particulières, individuelles, qui ont pu provoquer ces graves complications. (*Archiv. de méd.*, juin.)

Rash variolique. Les efflorescences cutanées prémonitoires apparaissant fréquemment au début de la variole prennent des caractères si compliqués et divers que le diagnostic en devient difficile. Un homme de trente-cinq ans, placé dans le service de M. Landrieux à l'hôpital Saint-Louis, présentait un rash érysipélateux de la face et du cou, ayant donné le change au début. Il fut ainsi envoyé à l'hôpital Lariboisière. Mais bientôt tout le corps se couvrait d'une éruption rubéolique très manifeste, avec larmolement et bronchite. Le lendemain, l'apparition de macules nombreuses vint dissiper tous les doutes. Le rash polymorphe prit alors un caractère pronostique grave. Il devint rouge foncé, légèrement violacé à la face, tandis que les macules

rubéoliques devenaient ecchymotiques, franchement hémorrhagiques. Pendant ce temps, l'état général s'aggravait, les pustules prenaient aussi le caractère hémorrhagique, sans devenir entièrement confluentes; le malade était plongé dans le collapsus, et la mort survenait le sixième jour de l'éruption, malgré la médication recommandée par les auteurs en pareil cas. Quelques médecins admettent, dans de tels faits, la coexistence d'une rougeole et d'une variole. Le plus grand nombre n'y voient qu'un rash particulier, analogue aux autres éruptions du même genre et dont la nature n'est pas bien connue.

Recherches sur la variole et principalement sur le rash érysipélateux. Thèse inaugurale, par le docteur Barthélemy. Paris, 1880. Plusieurs observations avec la coexistence de deux rashes mettent leur valeur pronostique en évidence.

Ecthyma. Plusieurs cas en ont été observés par M. Ducastel sur les varioleux de l'hôpital Saint-Antoine. Les pustules se sont montrées à la partie antérieure de la poitrine. Leur diagnostic était difficile à la face; aux jambes, elles apparaissaient sous une croûte de boutons varioliques ou au niveau d'un poil, avec un aspect furonculaire. Le liquide était transparent et formait de petites bulles, comme dans le pemphigus. Elles n'ont jamais apparu qu'après cinq à six jours de l'entrée des malades à l'hôpital, en développant un mouvement fébrile très marqué. La température s'est élevée de 41 à 42°, et la mort est survenue dans l'ataxo-adyndamie. La fièvre a persisté pendant une quinzaine de jours dans les cas moins graves, avec rémission matinale.

Cette complication, en passant de la salle des hommes, où elle était apparue, dans celle des femmes, et la production de pustules ecthymateuses sur les jambes d'un infirmier et l'index de l'interne ont fait admettre la nature épidémique de cette éruption. Mais M. Rendu, ayant observé des faits analogues chez plusieurs varioleux de l'hôpital Tenon, contredit cette interprétation. Le caractère du pemphigus est plus saillant que celui de l'ecthyma. Il l'a vu survenir avec l'éruption variolique et à la période de dessiccation. Il est apparu au front, le huitième jour d'une va-

riole très légère. Ce fut sur les avant-bras et au dixième jour que ces bulles apparurent chez un autre, sans aucune élévation thermique. La formation d'abcès sous-cutanés concomitants en montre d'ailleurs le caractère accidentel. Ces complications ne sont alarmantes qu'en apparaissant à la fin de varioles confluentes. C'est ainsi que la température s'est élevée jusqu'à 40°,5 dans un cas et s'est terminée par la mort dans un autre, sans aucun caractère de contagiosité ni d'épidémicité. Ce serait donc là un simple épiphénomène, dont toute la gravité serait due à la variole même. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre et novembre.)

VENINS. La découverte toute récente des ptomaïnes ou alcaloïdes de la putréfaction (*Voy. ce mot*) semble avoir jeté un nouveau jour sur la nature et le mode d'action des venins. Leur sécrétion par un organe spécial en faisait des poisons spéciaux, d'autant plus que, inoculés à dose microscopique, infinitésimale, par les animaux qui les sécrètent : abeilles, guêpes, scorpions, crapauds, serpents, poissons, ils déterminent des effets généraux considérables et souvent rapidement mortels, sans analogie avec les doses relativement massives des poisons végétaux et minéraux. De là la différence établie théoriquement avec les poisons animaux.

Les intoxications formidables produites par les alcaloïdes de la putréfaction et l'alcaloïde spécial extrait des urines normales par le docteur G. Pouchet (*Voy. URÉMIE*) ont conduit M. A. Gautier à rechercher si les produits très actifs et mal connus que fournissent les glandes venimeuses, la salive de certains animaux ne doivent pas leurs propriétés redoutables à la présence de substances analogues à ces alcaloïdes animaux.

Il est parvenu à retirer d'une faible quantité de venin de *Trigonocéphale* et surtout du *Naja* de l'Inde deux alcaloïdes précipitant par le tannin, l'iodure de potassium ioduré et les autres réactifs généraux des bases organiques, en formant des sels semblables aux alcaloïdes de la putréfaction. Ils jouissent en outre, comme eux, de la propriété de précipiter immédiatement du bleu de Prusse en liqueur neutre ou légèrement acide, lorsqu'on les traite successivement, comme les ptomaïnes, par le ferricyanure de potassium et les sels ferriques.

Ces venins sont donc bien de la même classe que les extraits cadavériques. D'autant plus sûrement qu'à côté de ces alcaloïdes, qui font l'extrême toxicité des venins de serpent, le *Naja* en particulier contient une substance ni alcaloïdique ni albuminoïque qui lui communique ses propriétés les plus redoutables. Elle s'altère ainsi rapidement par les alcalis fixes; elle est insoluble dans l'alcool, et son action toxique résiste à 100 et jusqu'à 125 degrés d'ébullition; preuve évidente qu'elle n'est pas de la nature des ferments-germes de M. Pasteur.

Les expériences ont montré qu'un milligramme de ce venin de cobra, dissous dans un quart de centimètre cube d'eau, injecté sous la peau d'un moineau franc, le tue en neuf à douze minutes. Il peut bouillir sans perdre son activité. La partie soluble dans l'alcool n'est nullement dangereuse.

Le tannin enraye l'action de ce poison sans l'annuler. Le perchlorure de fer en retarde seulement la manifestation. Le nitrate d'argent la modère et la retarde notablement sans l'empêcher entièrement. Les essences de menthe, de thym, de camomille, de valériane, de girofle, d'ail, n'ont aucun effet appréciable sur elle.

Alcalinisé avec les carbonates de soude et de potasse, ce venin n'a pas perdu son activité. Les oiseaux sont morts en vingt-quatre heures. L'ammoniaque, conseillée contre les morsures de vipère, n'a nullement empêché l'intoxication. Les alcalis, saturés par l'acide sulfurique, neutralisent seuls le poison et lui font perdre immédiatement toute action. De là la thérapeutique de l'empoisonnement : lier le membre au-dessus de la morsure et faire pénétrer, en l'injectant dans la plaie, une petite dose de potasse caustique étendue.

Au contraire, le suc gastrique augmente les propriétés toxiques du venin, comme Cl. Bernard l'avait déjà observé en l'injectant dans l'estomac d'un chien muni d'une fistule gastrique. En en faisant digérer un milligramme dans des quantités progressives, l'oiseau n'en est pas moins mort en sept à huit minutes, par suffocation instantanée.

Deux facteurs existent dans ces venins : l'un est alcaloïdique, l'autre neutre, non albuminoïde. Le premier paraît agir surtout en stupéfiant; il ne tue pas nécessaire-

ment. L'oiseau a l'air effaré, hébété; pris de fièvre, il se plonge dans l'eau. Puis il reste dans une absolue immobilité et revient peu à peu à la santé, si la dose n'est pas trop forte.

L'empoisonnement par les poissons venimeux des mers de Chine et d'Australie ressemble entièrement, d'après l'observation faite en 1872 par le docteur Corre, médecin de la marine française, à l'empoisonnement par le venin des serpents. La matière venimeuse se trouve sécrétée chez ces poissons par le foie et quelques parties de l'enveloppe cutanée. Chez les batraciens, les glandes venimeuses font partie de la peau et sont analogues aux glandes sudoripares. Chez la guêpe, les abeilles, le scorpion, ce sont des organes appendiculaires qui semblent encore une dépendance de l'enveloppe externe. Les organes les plus variés sécrètent donc ces poisons chez les animaux venimeux, comme ils semblent s'éliminer, chez ceux qui ne le sont pas, par les divers émonctoires de l'urine, la salive, la peau, etc. (*Archiv. de physiol. norm. et patholog.*, t. IV.)

C'est donc une nouvelle preuve que les matières vénéneuses, comparables aux venins classiques des ophidiens, peuvent se produire à l'état normal dans les organes les plus divers. Elle fait présumer qu'on trouvera dans ces venins de poisson des substances chimiquement analogues à celles que l'on extrait des venins de serpents, des matières vénéneuses cadavériques, et des substances extractives toxiques, normales ou pathologiques, que fabriquent tous les animaux.

Salive humaine. Les corps vénéneux de la nature des venins et des ptomaïnes ou alcaloïdes cadavériques sont fabriqués par tous les animaux à l'état normal. L'homme lui-même recèle un alcaloïde très vénéneux dans son urine, comme nous l'avons signalé plus haut. M. Gautier a constaté que les mêmes substances toxiques se retrouvaient dans la salive humaine produite par des glandes analogues. Son activité même ne le cède pas dans certains cas, suivant l'origine et le moment, à celle des venins les plus redoutables. On a cité ainsi des cas de mort survenant rapidement à la suite de morsures d'hommes ou d'animaux surexcités par la colère.

20 grammes de salive normale ont été évaporés au bain-marie, aussitôt crachés. Il est resté un résidu pesant 0 gr. 25. Après l'action de la chaleur à 100 degrés, prolongée trois heures, on a repris par l'eau tiède, qui a dissous environ 0 gr. 4 de matières solubles très légèrement acides obtenues après filtration.

Ce décigramme a été injecté hypodermiquement à un millicolore mâle. Aussitôt, incapacité de se tenir sur ses pattes, stupeur intense, accroupissement la tête en avant, le bec à terre, 140 inspirations à la minute, œil bon, pupille normale. Après quatorze minutes, légères contractions, stupéfaction complète; mais l'oiseau se réveille si on l'excite. L'oiseau, complètement couché, paraît devoir bientôt mourir; après trente minutes, stupeur continue, yeux clos. Il se réveille difficilement; après cinquante minutes, on ne peut presque plus l'éveiller; la pupille est dilatée. Après plus d'une heure de cet état, l'essoufflement a beaucoup diminué, il y a un peu de mieux, mais le sommeil stupide continue; l'oiseau reste dans cet état trois ou quatre heures et se remet ensuite peu à peu. Dans d'autres cas, les phénomènes d'empoisonnement ont été moins brusques et moins apparents; mais les oiseaux sont presque toujours morts avec l'extrait soluble de 20 à 30 grammes de salive.

La salive normale humaine agit donc à la façon des alcaloïdes des venins, et, sans avoir été encore isolés, leur existence est plus que probable, par la réaction suivante des alcaloïdes cadavériques : Si l'on reprend l'extrait soluble de la salive par un peu de ferricyanure de potassium, puis par du perchlorure de fer, on a immédiatement un abondant précipité bleu de Prusse, absolument comme avec les ptomaines.

Traité par l'acide chlorhydrique étendu, puis le réactif de Meyer, ce même extrait salivaire donne un précipité qui, recueilli, lavé et décomposé par l'hydrogène sulfuré, forme une solution dont se dépose un chlorhydrate en fines aiguilles microscopiques. Leur solution donne avec le chlorure d'or et celui de platine des cristaux solubles très altérables. La solution du chlorhydrate forme immédiatement du bleu de Prusse avec le réactif ferri-cyano-ferrique. (*Acad. de médecine et Journ. de l'anatomie*, n° 5.)

Par sa nature intime, la salive paraît donc contenir

les mêmes alcaloïdes que les venins et les alcaloïdes cadavériques. L'intensité de leurs effets seule diffère.

Permanganate de potasse. De même que la potasse a été le plus sûr antidote dans les expériences précédentes, elle a réussi également dans celles de M. de Lacerda faites sur des chiens en injectant, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les veines, le venin dilué du serpent. Il n'en est résulté aucun accident local ni général, dès que l'on injectait simultanément une solution filtrée au centième de permanganate de potasse. Elle arrêta même les accidents commençants d'empoisonnement, tandis que les chiens témoins succombaient en ne recevant pas ce liquide antidotique. (*Acad. des sciences.*)

Toutes ces expériences *in vitro* n'auront de sanction positive qu'en faisant mordre directement un animal par le serpent, en lui injectant aussitôt après l'antidote, pour en montrer irréfutablement la valeur. Autrement, il est permis de douter jusqu'à cette expérience concluante.

VESSIE. *Exstrophie.* Une nouvelle méthode, radicale cette fois, a été exécutée par le docteur Sonnenburg, de Berlin. Ne pouvant tailler dans les ligaments voisins un lambeau suffisant pour recouvrir cette hernie très prononcée, ce privat-docent, se fondant sur les expériences de Gluck et Zeller chez le chien, eut l'idée d'enlever complètement la vessie et de suturer les uretères avec le pénis. Il pratiqua cette opération pour la première fois chez l'homme, dit-il, et avec succès. (*Berl. klin. Wochenschr.*)

Absorption. On a beaucoup expérimenté et discuté, depuis Ségalas, pour savoir si la muqueuse vésicale absorbe les médicaments, et, ce point acquis affirmativement, il restait à savoir comment elle n'absorbait pas les éléments de l'urine, comme on le croyait, du moins à l'état normal. MM. Cazeneuve et Lépine ont prouvé le contraire par des expériences répétées sur les chiens. L'absorption de l'urée s'élève jusqu'à 18 grammes par jour dans l'urine séquestrée et 1 gramme d'acide phosphorique. Ces résultats démontrent donc, d'une manière incontestable, que la vessie saine absorbe les éléments normaux de l'urine, tandis

que 4 centigrammes de sulfate de strychnine en solution aqueuse, injectés dans la vessie pleine, ne produisent aucun symptôme toxique qu'après seize à vingt heures de séjour dans la vessie, c'est-à-dire tant que la muqueuse est saine. (*Acad. des sc.*, septembre.)

Plaies pénétrantes. La laparotomie, faite hâtivement, serait, d'après le docteur Vincent, l'opération curative par excellence pour empêcher l'intoxication urineuse et amener la guérison. Ce précepte n'a rien que de conforme à la pratique des chirurgiens anglais contre la rupture vésicale en particulier. (Voy. *année 1879.*) Mais les résultats sont loin d'être décisifs en faveur de cette opération, et c'est en se basant exclusivement sur 29 expériences faites sur des chiens que le jeune chirurgien lyonnais en étend l'indication à toutes les plaies pénétrantes nettes, par instrument piquant ou tranchant. Dans tous ces cas, dit-il, agrandir la plaie du ventre ou faire la gastrotomie sur la ligne médiane; faire la toilette du péritoine avec toutes les précautions antiseptiques, puis pratiquer la suture de la vessie, en adossant les bords de la plaie, sérieuse contre sérieuse, au moyen de fils de soie ou d'argent coupés au ras du nœud; enfin fermer la plaie abdominale.

On peut agir de même en cas de plaie par armes à feu sans brûlure ni contusion marginale. S'il y a brûlure ou contusion notable, il faut aviver les bords, les réséquer jusqu'à ce qu'on arrive sur du tissu saignant à la coupe, puis suturer comme ci-dessus.

Les pertes de substance par excision se comportent comme celles par instrument tranchant, même lorsque la solution de continuité est très étendue. Les ponctions capillaires ou les perforations par instrument piquant de petit diamètre guérissent spontanément et peuvent être considérées comme entièrement innocentes.

La réunion immédiate a été la règle pour les perforations intra-péritonéales de la vessie par déchirure, instruments tranchants ou armes à feu lorsqu'on a fait la cystographie immédiate.

L'opération curative, c'est-à-dire réouverture du ventre, suture de la vessie, enlèvement de l'urine et du sang épanchés dans la cavité péritonéale, suture de l'incision

des parois abdominales, a été suivie de guérison encore lorsqu'on est intervenu de six à huit heures après le traumatisme. Plus tard, la mort est survenue, non par péritonite, mais plutôt par intoxication urineuse.

Ces données peuvent être utilisées avec espérance de succès pour la taille hypogastrique, les plaies opératoires ou accidentelles de l'utérus, de l'estomac, etc., en ayant soin d'agir hâtivement, d'employer les précautions antiseptiques, et de pratiquer l'adossement large des surfaces péritonéales ou cruentées. (*Congrès d'Alger et Revue de méd.*, juin, juillet.)

Résection de la vessie. Un chirurgien hongrois, Adolp. Fischer, de Budapest, jeune sans doute, comme son collègue de Lyon, est encore allé plus loin que lui sur ce sujet au Congrès de Londres, en proposant l'excision même du réservoir urinaire. C'est d'ailleurs l'idée émise plus haut dans les cas d'exstrophie. Mais les indications en sont étendues ici aux plaies contuses de la vessie, aux diverticules contenant un calcul enkysté, à sa dilatation générale quand l'action en est supprimée, aux tumeurs bénignes et malignes de ses parois, aux fistules et aux ulcérations destructives, etc. L'opération semble donc devoir être aussi simple et sans nocuité qu'elle a été facilement imaginée. (*Idem.*)

Excroissance vilieuse. Un charpentier de marine, âgé de trente-deux ans, avait des hématuries depuis huit ans, le sang paraissant irrégulièrement et en petite quantité. En augmentant graduellement, cet écoulement de sang avait rendu le malade si faible que, depuis seize mois, il était incapable de travailler. Entré à l'hôpital Guy à la fin de mars 1880, il était très anémique, quoique bien nourri et solidement constitué. Des envies continuelles d'uriner, avec épreintes à la fin de la miction, amenaient presque continuellement du sang, soit au commencement, soit à la fin. Rien de plus ne se trouvait dans l'urine, et aucun corps étranger n'était perçu par le cathétérisme ni le toucher rectal.

C'est dans ces conditions que M. Davies Cooley tenta une cystotomie exploratrice, à l'exemple de quelques autres chirurgiens, Humphry et Billroth entre autres, ayant

excisé avec succès une tumeur polypeuse de la vessie, cause de tous les accidents. L'hématurie ne pouvait suffire à assurer le diagnostic, mais elle justifiait l'opération, et c'est ainsi que la lithotomie latérale fut pratiquée le 16 avril. Rien ne fut perçu d'abord, et des investigations renouvelées décelèrent seulement une légère saillie sur le côté gauche du fond de la vessie, avec excroissance en provenant. Amenée à la partie inférieure de l'ouverture, son extrémité libre, molle et villeuse, fut saisie avec des pinces, attirée au dehors et le pédicule divisé avec des ciseaux à son insertion sur la paroi vésicale. Aucune autre excroissance ne fut perçue. L'hémorrhagie fut très modérée pendant l'opération, et l'injection d'eau glacée suffit pour l'arrêter.

La partie excisée siégeait sur la paroi postérieure de la vessie, à trois pouces environ du col et un pouce à gauche de la ligne médiane. Elle était constituée par un tissu fibreux peu épais, mais long de deux pouces, dont l'extrémité libre était divisée en deux filaments distincts, longs d'un demi-pouce à trois quarts, avec des vaisseaux capillaires entre des feuillets d'épithélium cylindrique.

En quinze jours, l'urine cessa de couler par la plaie, qui se cicatrisa bientôt. Deux mois après, l'hématurie n'avait pas reparu, l'irritabilité de la vessie avait cessé et l'opéré jouissait d'une santé parfaite.

Ce résultat, en justifiant cette opération, autorise d'autant plus à la tenter que la cystotomie a suffi à faire cesser des douleurs névralgiques intolérables. Ces excroissances villeuses mettent parfois un temps considérable à se développer. M. Clément en observe un cas, depuis deux ans, qu'il traite par des injections astringentes avec succès. Mais la difficulté de savoir si le sang vient de la vessie ou des reins peut les contre-indiquer. Les symptômes ont pu être attribués alternativement à un calcul de la vessie, au cancer, à un calcul rénal, et ce n'est que par l'expulsion d'un corps villeux par l'urèthre qu'ils ont cessé. (*Clinical Soc.*, 10 décembre 1880.)

TABLE DES AUTEURS

- | | |
|---|---|
| <p>ABADIE. Goitre exophthalmique, ophthalmies rhumatismales.</p> <p>ABBADIE (D'). Greffes osseuses.</p> <p>ADAM. Aliénation mentale.</p> <p>ADAMS. Anévrismes.</p> <p>ALISON. Vaccine.</p> <p>ALIX. Pneumonie.</p> <p>ALTHAUS. Ataxie locomotrice.</p> <p>ALVARENGA. Pneumonie, température.</p> <p>ANDRÉ. Pilocarpine.</p> <p>ANGER (Th.) Cancer, coxalgie, épithélioma de la langue, pustule maligne, taille sus-pubienne.</p> <p>ANGER (B.) Kystes de l'ovaire.</p> <p>ANNANDALE. Luxation du genou.</p> <p>APOSTOLI. Accouchements.</p> <p>ARCHAMBAULT. Diphthérie, estomac.</p> <p>ARLOING. Charbon symptomatique.</p> <p>ARMAINGAUD. Pilocarpine.</p> <p>ARNAUD. Anévrismes.</p> <p>ARNOULD (J.) Alcaloïdes végétaux, fièvre typhoïde, hôpitaux maritimes, kyste hydatique du cœur.</p> <p>ASH. Anesthésie.</p> <p>AUBANEL. Prix.</p> | <p>AUBENAS. Accouchements.</p> <p>AUBERT. Kyste crânien.</p> <p>AUBRIL. Cancer du sein.</p> <p>AUDHOUI. Ataxie locomotrice, estomac.</p> <p>AUGRON. Aphasie transitoire.</p> <p>AUTIER. Chancres mous.</p> <p>AUVARD. Vaginite.</p> <p>AZZIO-CASELLI. Hystérectomie vaginale.</p> <p>BADAL. Ophthalmologie.</p> <p>BALL. Ataxie locomotrice.</p> <p>BALLET. Néphrites.</p> <p>BANKS. Ataxie locomotrice.</p> <p>BANTOCK. Pansement phéniqué.</p> <p>BARBIER. Prix.</p> <p>BARÉTY. Coqueluche.</p> <p>BARKER (A.) Néphrectomie.</p> <p>BARLOW. Rachitisme, rhumatisme.</p> <p>BARTH (H.) Bronchite chronique, calculs biliaires, pneumonie.</p> <p>BARTHÉLEMY. Variole.</p> <p>BARWELL. Néphrectomie.</p> <p>BASTIAN. Maladies infectieuses.</p> <p>BATTEY. Gynécologie, oophorectomie, phthisie.</p> <p>BAUMEL. Calculs pancréatiques.</p> <p>BAXTER. Rachitisme.</p> |
|---|---|

- BEAUREGARD. Fibromes utérins.
 BÉCHAMP. Maladies infectieuses, urines ammoniacales.
 BECK. Entérectomie, hernies.
 BELLAMY. Anévrismes.
 BENNETT. Epilepsie.
 BERGER. Entérectomie, goitre kystique, résection du coude.
 BERGERON (A.) Pansements.
 BERKELEY HILL. Fracture de la colonne vertébrale.
 BERNHEIM. Estomac.
 BERNUTZ. Estomac.
 BERRIGDE. Ataxie locomotrice.
 BERTHEAU. Phthisie.
 BERTHERAND. Absès du foie.
 BERTRAND. Nécrologie.
 BERTULUS. Nécrologie.
 BESNIER (E.) Rhumatisme, tuberculose buccale.
 BIÉCHY. Rage.
 BIGELOW. Lithotritie.
 BILLROTH. Epithélioma de la langue, estomac, hystérectomie vaginale, kystes savonneux, pansement à l'iodeforme, paralysies faciales, tuberculose, tumeurs blanches.
 BIRD. Kystes intra-thoraciques.
 BIXBY. Trachélorraphie.
 BIZZOZERO. Transfusion intrapéritonéale.
 BLACHEZ. Syphilis.
 BLAISING. Fièvre typhoïde.
 BLANCHARD. Ataxie locomotrice.
 BLOT. Vaccine.
 BLUM. Chirurgie, paralysies, sciatique.
 BOÉCHAT. Goitre.
 BOECKEL (J.) Laparotomie, ligature des grosses veines, lithotritie, résection du genou.
 BOECKEL (E.) Laparotomie latérale, ovariectomie, pansement phéniqué.
 BOINET. Ovariectomie.
 BOIS (d'Aurillac). Taille sus-pubienne.
 BOISSARIE. Diphthérie.
 BONNES. Ovariectomie.
 BONPIANI. Hystérectomie vaginale.
 BONWILL. Anesthésie.
 BOTTINI. Hystérectomie vaginale.
 BOUCHARD. Albuminurie, fièvre typhoïde, introduction, néphrites infectieuses, phthisie, rage, tuberculose.
 BOUCHARDAT. Hygiène.
 BOUCHERON. Sang.
 BOUCHUT. Croup, diphthérie, myxœdème.
 BOUDET. Prix.
 BOUILLAUD. Introduction, maladies infectieuses, nécrologie.
 BOULLY. Entérectomie, sciatique.
 BOULEY. Inoculations.
 BOUSQUET. Hernies musculaires.
 BOUTEQUOY. Accouchements.
 BOUTET. Charbon.
 BOUTMY. Alcaloïdes animaux.
 BRAULT. Néphrites.
 BREISKY. Hystérectomie.
 BRESCHER. Pustule maligne.
 BRICHETTI. Tumeurs de l'utérus.
 BRIQUET. Nécrologie.
 BRISSAUD. Rétrécissements de l'urètre.
 BRISSON. Otorrhée.
 BRISTOWE. Hémorrhagies.
 BROCA. Prix.
 BROCC. Rhumatisme.
 BROUARDEL. Alcaloïdes animaux, cancer de la trachée, empoisonnements.
 BROUSSIN. Grossesse.
 BROWN-SEQUARD. Anesthésie, congrès, inhibition, localisations cérébrales, nerfs.
 BRUNET. Phthisie, tuberculose.

- BRUNS. Taille sus-pubienne.
 BRYANT. Amputations, gastrostomie.
 BUCHANAN. Rétrécissements de l'œsophage, vaccine.
 BUCQUOY. Fièvre typhoïde.
 BUDIN. Grossesse.
 BUIGNET. Prix.
 BURCKNER. Otites.
 BURDON SANDERSON. Maladies infectieuses.
 BUREN. Lithotritie.
 BURQ. Névralgies faciales.
 BUSCH. Nécrologie.
 BUZZARD. Ataxie locomotrice, hystérie.
 BYERS. Rachitisme.
- CADET DE GASSICOURT. Chorée paralytique.
 CALLIAS. Résorcine.
 CAMERON. Sciatique.
 CANQUOIN. Nécrologie.
 CAPURON. Prix.
 CARAFI. Luxation de l'humérus.
 CARLE. Pansement à l'iodoforme.
 CARPENTIN. Nécrologie.
 CARTERON. Nécrologie.
 CASSIN. Diphthérie.
 CATILLON. Iodoforme.
 CATRIN. Urticaire.
 CAZENEUVE. Fièvre typhoïde, vessie.
 CAZIN. Coxalgie, laparotomie, ovariectomie.
 CEUILLERET. Jurisprudence.
 CHAMBARD. Somnambulisme.
 CHANTREUIL. Nécrologie.
 CHARCOT. Congrès, enseignement, hystérie, localisations cérébrales, myxœdème, néphrites.
 CHARVOT. Tumeurs sanguines du coude.
 CHAUFFARD. Aphasie.
- CHAUVEL. Ataxie locomotrice, hernies ombilicales, kystes du foie, nerfs, névralgies.
 CHAUVIN. Nécrologie.
 CHAVOIX. Nécrologie.
 CHERCHEVSKY. Ataxie locomotrice.
 CHÉRON. Bromures, épilepsie, épithélioma du col utérin, hémorrhagies utérines.
 CHIPPEAU. Pustule maligne.
 CIARAMELLI. Injections.
 CIVRIEUX. Prix.
 CLAUDOT. Fièvre typhoïde, laparotomie.
 CLÉMENT. Vessie.
 CLOSEL DE BOYER. Nécrologie.
 COATS. Lympho-sarcome.
 COGHILL. Phthisie.
 COHNSTEIN. Opération césarienne.
 COLIN (Léon). Hygiène professionnelle, vaccine internationale.
 COLIN (d'Alfort). Rage.
 COLLIN. Injections intra-utérines.
 COLLIN (E.) Rhumatisme.
 COLSON. Nécrologie.
 COMBALAT. Anévrismes.
 COMBY. Hystérie.
 COMIN. Sciatique.
 CONTI. Transfusion intra-péritonéale.
 COOLEY. Vessie.
 CORNEVIN. Charbon symptomatique.
 CORNIL. Inoculations.
 CORRE. Venins.
 COULSON. Lithotritie.
 COURSSERANT. Diabète.
 COUSOT. Diphthérie.
 CRÉDÉ. Ophthalmies.
 CREIGHTON. Tuberculose.
 CURTIS. Diphthérie.
 CZERNY. Lympho-sarcome, néphrectomie.

- DA COSTA. Injections.
 DAMASCHINO. Muguet, syphilis.
 DAUVERGNE. Nécrologie.
 DAVAINÉ. Pustule maligne, rage, rhumatisme.
 DEBOVE. Alimentation artificielle, ataxie locomotrice, estomac, phthisie, pleurésie graisseuse.
 DELAFIELD. Fibrome de l'ovaire.
 DELENS. Epithélioma de la langue, fractures.
 DELPECH. Syphilis.
 DELTHIL. Empoisonnements.
 DEMANGE. Néphrites.
 DEMARQUAY. Prix.
 DEMONS. Résection tibio-tarsienne.
 DEPAIRE. Epidémies.
 DEPAUL. Vaccine.
 DERIGNAC. Pustule maligne.
 DESNOS. Phthisie.
 DESPINE. Somnambulisme.
 DESPORTES. Prix.
 DESPRÉS. Epithélioma de la langue, hôpitaux, syphilis héréditaire.
 DEUBEL. Greffes musculaires.
 DIEULAFOY. Tuberculose.
 DOUGLAS-POWELL. Pleurésie.
 DOWSE. Ataxie locomotrice.
 DREYFUS-BRISAC. Néphrites.
 DROUINEAU. Hygiène professionnelle.
 DUCASTEL. Cœur, variole.
 DUJARDIN-BEAUMETZ. Alimentation artificielle, fibromes utérins, goitre exophtalmique, iodoforme, kystes du poignet, phthisie, rage, résorcine, transfusion.
 DULISCOUET. Croup.
 DULLES. Taille sus-pubienne.
 DUMAS (de Cette). Injections morphinées.
 DUMONTPALLIER. Névralgies faciales, pneumonies massives.
 DUN DE LA VAUTERIE. Prix.
 DUPLAY. Fractures du crâne, hernies ombilicales, kystes de l'ovaire, syphilis héréditaire.
 DURAND-FARDEL. Massage du foie.
 DURHAM. Chirurgie, gastrostomie.
 EBERTH. Hémorrhagies.
 EICHOFF. Tuberculose.
 EMMET. Gynécologie, trachélorraphie.
 ENGELMANN. Gynécologie.
 EPPINGER. Fièvre typhoïde.
 ERB. Ataxie locomotrice.
 ERLÉNMEYER. Ataxie locomotrice.
 ESMARCH. Ataxie locomotrice.
 ESTLANDER. Nécrologie.
 EULENBURG. Ataxie locomotrice.
 EUSTACHE. Anesthésie, gynécologie.
 EUTHYBOULE. Epithélioma.
 FAGE (Marc). Trachélorraphie.
 FAGGE (Hilton). Rachitisme.
 FALKSON. Pansement phéniqué.
 FALRET. Prix.
 FARABEUF. Hernies musculaires, résection du coude.
 FAUQUEZ. Bromures, épilepsie.
 FAUVEL. Epidémies, vaccine.
 FELTZ. Calcul intestinal.
 FELTZ (de Nancy.) Urémie.
 FÉRÉ. Hernies.
 FÉRÉOL. Ataxie locomotrice, névralgies faciales, transfusion.
 FERRIER. Congrès, introduction, localisations cérébrales.
 FIESSINGER. Myxœdème.
 FISCHER. Greffes, vessie.
 FITZ-GÉRALD. Ophthalmologie.
 FLEMING. Nécrologie.
 FLEURY. Gastrostomie.

- FLEURY (de Clermont). Hernies.
 FOESEBECK. Nerfs crâniens.
 FOKKER. Maladies infectieuses.
 FOULIS. Nécrologie.
 FOULQUIER. Syphilis.
 FOURNIER (A.) Ataxie locomotrice.
 FRANCK (F.) Cerveau.
 FRIES. Hémorrhagies.
 FROMMEL. Accouchements.
 GAILLARD (L.) Epithélioma de la langue.
 GAIRDNER. Ataxie locomotrice.
 GALIPPE. Diabète, empoisonnements.
 GALLARD. Fibromes utérins.
 GALLEZ. Luxations.
 GALTIER. Inoculations, rage.
 GALTON. Accouchements.
 GARDILLON. Chancre vaginal.
 GARNIER. Impuissance, introduction, phthisie.
 GARROUSTE. Charbon.
 GASKELL. Cœur.
 GAUCHER. Inoculations, paralysies diphthéritiques, plomb.
 GAUTHIER. Chorée.
 GAUTHIER. Rage.
 GAUTIER (A.) Alcaloïdes animaux, introduction, plomb, venins.
 GAVOY. Hémorroïdes.
 GEN. Névralgies.
 GENTILHOMME. Laparotomie.
 GERDY. Prix.
 GHIRARDI. Température.
 GIBERT. Fièvre typhoïde, rachitisme, transfusion.
 GILLETTE. Ataxie locomotrice.
 GIOVANNI (DE). Transfusion intra-péritonéale.
 GLUCK. Greffes musculaires.
 GODARD. Prix.
 GODRICH. Nécrologie.
 GOLDING BIRD. Gastrostomie, trachéotomie.
 GOLGI. Transfusion intra-péritonéale.
 GOLTZ. Congrès, localisations cérébrales.
 GOSSELIN. Fibromes utérins, inoculations, pansements, pustule maligne, rage, taille sus-pubienne, tumeurs érectiles.
 GOUGUENHEIM. Adénopathie.
 GOULD (Pearce). Anévrismes, pansements, varicocèle.
 GOWERS. Ataxie locomotrice, chorée paralytique.
 GOYARD. Asphyxie des nouveau-nés.
 GRAILY HEWITT. Hystérectomie, oophorectomie.
 GRAINGER-STEWART. Nerfs.
 GRANCHER. Hémorrhagies utérines, pneumonies massives, tuberculose.
 GRASSET. Localisations cérébrales.
 GREENHOW. Maladie bronzée, rhumatisme.
 GROS. Abscès du foie, kystes du foie.
 GROSS. Cancer du sein.
 GROSS (de Nancy). Ligatures.
 GRUBER. Otorrhée.
 GUÉNEAU DE MUSSY. Hémorrhagies, névralgies congestionnelles.
 GUÉNIOT. Fibromes utérins.
 GUÉRIN (A.) Infection, jurisprudence.
 GUÉRIN (J.) Maladies infectieuses, vaccine.
 GUÉRIN. Urines.
 GUIARD. Nécrologie.
 GUILLON. Nécrologie.
 GUISAN. Coqueluche.
 GULL (W.) Exercice, maladies, myxœdème.
 GUSSENBAUER. Massage.

- GUTTMANN. Diphthérie.
- GUYON. Epithélioma de la langue, hernies, lithotritie, rétrécissements de l'urèthre, urines.
- GUYOT (J.) Eclampsie, scarlatine.
- HAGENBACH. Coqueluche.
- HAMMOND. Absès du foie, névralgie des testicules.
- HANOT. Fièvre typhoïde, pneumonie.
- HARRIS (Robert). Laparotomie puerpérale.
- HAUSSMANN. Ophthalmies.
- HAVILAND HALL. Rhumatisme.
- HAYEM. Hydronéphrose, sang, transfusion.
- HEATH. Absès du foie, cancer du sein.
- HECKER. Accouchements, hystérectomie, laparotomie puerpérale, opération césarienne.
- HENROT. Goitre kystique.
- HENRY. Varicocèle.
- HÉRARD. Hémorrhagies, phthisie, pleurésie graisseuse.
- HERMANN. Hystérie.
- HÉRON. Ataxie locomotrice.
- HEURTAUD. Ostéomyélite traumatique.
- HEURTELOUP. Epididymite.
- HEYDENREICH. Luxation métacarpienne.
- HICKINBOTHAM. Oophorectomie.
- HIRSCHBERG. Rétrécissements de l'urèthre.
- HOLMES. Anévrismes, résection de la hanche.
- HOMANS. Ovariectomie.
- HORNER. Chirurgie oculaire, pansement phéniqué.
- HOUEL. Nécrologie.
- HOUZEL. Asphyxie des nouveau-nés.
- HOWARD. Laparotomie puerpérale.
- HOWSE. Gastrostomie.
- HUCHARD. Diabète, fièvre typhoïde, hémorrhagies, hystérie, névralgies congestives.
- HUCKLINGS-JACKSON. Epilepsie.
- HUGHES. Nécrologie.
- HUGO. Epidémies.
- HULKE. Hépatotomie.
- INGLESSI. Pansement phéniqué.
- ITARD. Prix.
- JACCOUD. Aphasie transitoire, goitre, phthisie, rhumatisme, trachéotomie.
- JACOBI. Diphthérie.
- JACOLOT. Trachéotomie.
- JACQUEMET. Nécrologie.
- JARRY. Nécrologie.
- JENKS. Nécrologie.
- JOAL. Phthisie.
- JOBERT (de Lamballe). Prix.
- JOFFROY. Alimentation artificielle, arthropathies.
- JORRY. Anesthésie.
- JOSIAS. Fièvre typhoïde.
- JUHEL-RENOY. Myocardite scléreuse.
- JULLIARD. Goitre, hernies.
- JURASZ. Tumeurs érectiles.
- KACZOROWSKY. Transfusion intra-péritonéale.
- KELSCH. Charbon chez l'homme.
- KELSEY. Cancer du rectum.
- KEMPE. Hernies.
- KEYES. Lithotritie.
- KIDD. Exercice.
- KIEN. Eclampsie.
- KIERNAN. Syphilis.
- KLEBS. Tuberculose articulaire.
- KLEIN. Hystérie chez l'homme.

- KOCH. Goitre kystique.
 KOCHER. Cancer, cancer du rectum, épithélioma de la langue, résection du genou.
 KOEBERLÉ. Entérectomie, hernies ombilicales, ovariectomie.
 KONIG. Tuberculose articulaire.
 KORMANN. Coqueluche.
 KRISHABER. Chirurgie, ignipuncture, rétrécissements de l'œsophage, sonde à demeure, tuberculose.
 KUSHEL. Apomorphine.
 KUSSMAUL. Aphasie transitoire, tumeurs spléniques.
 KUSSNER. Tuberculose.
 KUSTER. Fractures des vertèbres.
 LABBÉ (L.) Epithélioma de la langue, fibromes utérins.
 LABBÉE. Urticaire.
 LABORDE. Névralgies faciales, ophthalmologie.
 LABORIE. Prix.
 LACERDA (DE). Venins.
 LADREIT DE LACHARRIÈRE. Surditité.
 LAILLER. Iodoforme.
 LAMARRE. Epithélioma de la langue, sciaticque.
 LANCEREAUX. Néphrite saturnine, paralysies alcooliques.
 LANDOWSKI (P.) Diphthérie.
 LANDRIEUX. Variole.
 LANGE. Ostéomyélite spontanée.
 LANGENBECK. Lympho-sarcome.
 LANGENBUCK. Ataxie locomotrice, néphrectomie, nerfs, taille sus-pubienne.
 LANNELONGUE. Abscess froids, nerfs, rage, sonde à demeure, syphilis héréditaire, urines.
 LANNOIS. Néphrectomie.
 LAPRADE (DE). Arthroxésis.
 LARMANDE. Chorée.
 LASÈGUE. Alcoolisme, pneumonies massives.
 LAWRIE. Nerfs.
 LAWSON TAIT. Chirurgie, hépatotomie, oophorectomie, tumeurs de l'utérus.
 LEBLANC. Insomnies.
 LE BON. Asphyxie des nouveau-nés.
 LEBOVICZ. Goitre.
 LECOQ. Phthisie.
 LE DENTU. Abscess froids, coxalgie, épithélioma de la langue, goitre exophtalmique, néphrectomie, névralgies faciales, tuberculose de la mamelle.
 LEDIARD. Myxœdème.
 LEE. Anesthésie, varicocèle.
 LEE (C.) Trachélorraphie.
 LEES. Rachitisme.
 LEFFERS. Paralysie laryngée.
 LE FORT. Abscess froids, entérectomie, épithélioma de la langue.
 LEGRAND DU SAULLE. Aliénation mentale.
 LEJARD. Diphthérie.
 LEMAY. Hernies irréductibles.
 LEMOYNE. Croup.
 LÉPINE. Eclampsie, épilepsie gastrique, fièvre typhoïde, scarlatine, urines, vessie.
 LEREBoullet. Diphthérie.
 LERMOYER. Trachélorraphie.
 LEROUX. Pneumonies massives.
 LEROY DESBARRES. Rage.
 LE SAUVAGE. Prix.
 LESSERTEUR. Rage.
 LESUEUR. Secret professionnel.
 LETIÉVANT. Arthroxésis, pansements.
 LETOURNEAU. Température.
 LEUDET. Variole.
 LÉVÊQUE. Epithélioma.
 LÉVY. Aphasie transitoire.
 LEWIN. Syphilis.

- LICHTHEIM. Résorcine.
 LINAS. Nécrologie.
 LIOUVILLE. Hygiène, vaccine.
 LISTER. Gastrostomie, ligatures, maladies infectieuses, pansements, prix, taille sus-pubienne.
 LITTRÉ. Nécrologie.
 LOGERAIS. Dyspepsies.
 LOGGIE. Insomnies.
 LONG. Anémie parasitaire.
 LOSSEN. Néphrectomie, tumeurs de la trompe.
 LOYD. Myxœdème.
 LUC. Syphilis.
 LUCAS (Cl.) Néphrectomie.
 LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Pansement phéniqué.
 LUDWIG. Accouchements.
 LUESSER. Tuberculose buccale.
 LUKE. Nécrologie.
 LUNIER. Epilepsie.
 LUSSANA. Empoisonnements.
 LUTAUD. Chirurgie, secret professionnel.
 LUTON. Aliénation mentale.

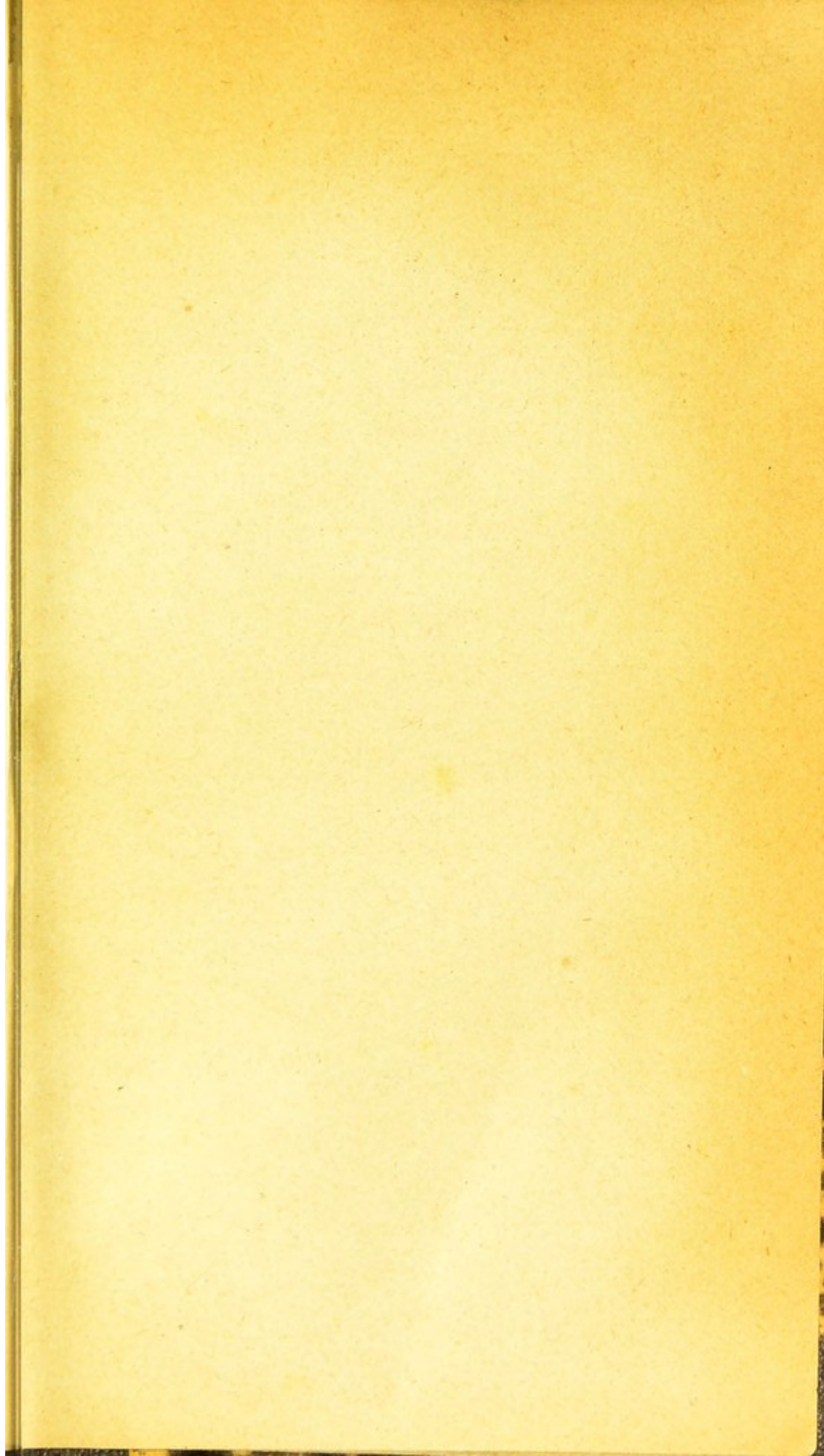
 MABIT. Nécrologie.
 MAC CARTHY. Anévrismes.
 MAC CLINTOCK. Nécrologie.
 MAC CORMAC. Chirurgie, congrès.
 MACEWEN. Cerveau, greffes osseuses.
 MAC GUIRE. Chirurgie.
 MAHOMED. Myxœdème.
 MANDL. Nécrologie.
 MARC DESPINE. Cancer de l'estomac.
 MARCHANT. Nécrologie.
 MARCUS. Nerfs.
 MARJOLIN. Coxalgie.
 MARROTTE. Ataxie frustre, névralgies congestionnelles, variole.
 MARSH. Résection de la hanche, scarlatine chirurgicale.
 MARSON. Vaccine.
 MARTIN (de Berlin). Hystérectomie vaginale, néphrectomie.
 MARTIN (E.) Tumeurs sacro-coccygiennes.
 MARTIN (H.) Albuminurie, cœur, endartérite oblitérante, néphrites, tuberculose.
 MARTINEAU. Chancre vaginal, syphilis.
 MATTÉI. Nécrologie.
 MAYER. Opération césarienne, température.
 MAYMON. Diphthérie pharyngienne.
 MAZZONI. Calculs du périnée.
 MEDINI. Goitre kystique.
 MÉHU. Kystes de l'ovaire.
 MESNET. Somnambulisme.
 MEYER. Greffes autoplastiques.
 MIDDLEMORE (Richard). Prix.
 MIGNON. Empoisonnement par l'opium.
 MIKULIEZ. Estomac, pansement à l'iodoforme.
 MOÏANA. Hôpitaux.
 MOLIERE (D.) Kystes du poignet.
 MOLLIÈRE (H.) Cœur.
 MONBINE. Prix.
 MONOD. Goitre, lithotritie, taille sus-pubienne.
 MOOK. Pilocarpine.
 MOORE. Cancer du sein.
 MOOS. Otites.
 MORANT BAKER. Néphrectomie.
 MOREAU. Nécrologie.
 MORRA. Cancer de la trachée, température.
 MORTIMER GRANVILLE. Névralgies faciales.
 MORVAN. Myxœdème.
 MOSETIG. Pansement à l'iodoform.
 MOTET. Somnambulisme.
 MOUCHADE. Hémorrhagies.
 MOUGEOT. Trachéotomie.

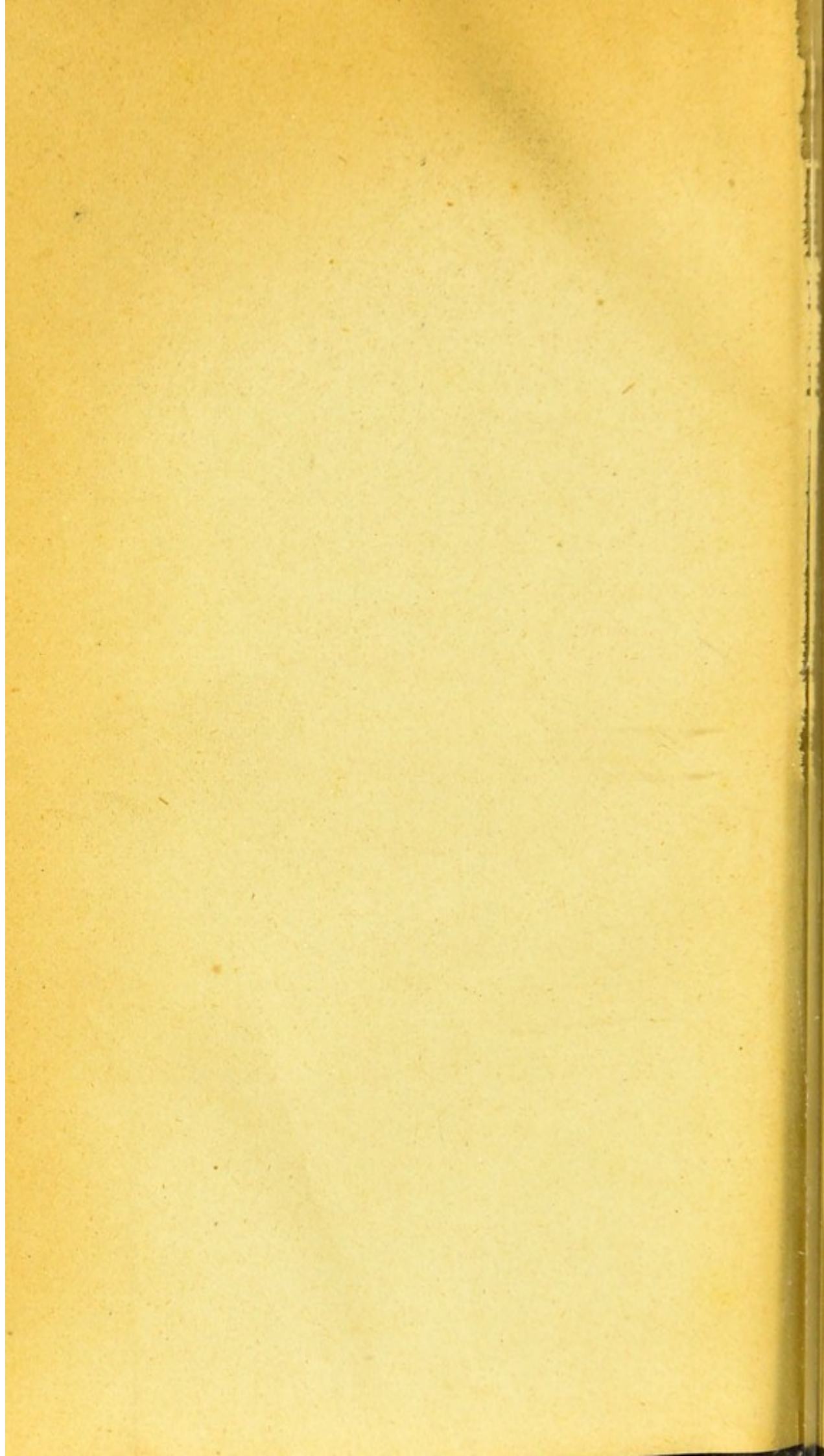
- MOUTARD-MARTIN. Phthisie, trans-
fusion.
 M'ROE. Kystes du poignet.
 MULLER. Epilepsie.
 MUNDE. Gynécologie, traché-
lorraphie.
 NEPVEU. Amputations, hernies.
 NICAISE. Abscesses froids, arthro-
tomie, ataxie locomotrice, en-
térectomie, hernies, kystes
hordéiformes et du poignet,
tumeurs de l'ovaire.
 NIEPCE. Anémie parasitaire.
 NOCARD. Rage.
 NOEGELI. Hémorrhagies.
 NOTTA. Kystes hordéiformes.
 NOVARO. Hystérectomie vaginale.
 NOYES. Jurisprudence.
 NUSSBAUM. Nerfs.
 OGSTON. Abscesses.
 OLLIER. Coxalgie, résections ar-
ticulaires.
 OLLIER (d'). Nécrologie.
 OLSHAUSEN. Hystérectomie va-
ginale, ophthalmies.
 ORBCASTEL. Phthisie.
 ORD. Myxœdème.
 ORFILA. Prix.
 OSBORN. Hernies.
 OTIS. Nécrologie.
 OULMONT. Paralysie infantile.
 PAGET (James). Ligatures.
 PALLÉ. Rhumatisme.
 PANAS. Nerfs, tumeurs sanguines
du coude.
 PANUM. Localisations cérébrales.
 PAQUET. Amputation du col
utérin, hernies, otites, ovario-
tomie.
 PARINAUD. Ophthalmies rhuma-
tismales.
 PARONA. Anémie parasitaire.
 PARROT. Athrepsie, introduction,
rachitisme, syphilis hérédi-
taire.
 PASTEUR. Charbon, épidémies,
inoculations, introduction,
maladies infectieuses, rage,
urines ammoniacales, vac-
cine animale.
 PATTERSON. Taille sus-pubienne.
 PAUL (Constantin). Fièvre ty-
phoïde, tremblement, tu-
meurs érectiles.
 PAVIE. Diabète.
 PÉAN. Morcellement, ovarioto-
mie, tumeurs.
 PEASLEE. Oophorectomie.
 PÉCHOLIER. Fièvre typhoïde.
 PEFFER. Cœur.
 PÉGOUD. Fibromes utérins.
 PÉRIER. Adénites, entérectomie,
hernies irréductibles, panse-
ments, résorcine, taille sus-
pubienne.
 PERRIER. Rage.
 PERRIN. Epithélioma de la lan-
gue.
 PERRONCITO. Anémie parasitaire.
 PÉTER. Diathèse scléreuse.
 PETERSEN. Taille sus-pubienne.
 PEYROT. Trachélorraphie.
 PHILIPSON. Température.
 PILAT. Accouchements.
 PINARD. Grossesse.
 PIROGOFF. Nécrologie.
 PITRES. Ataxie locomotrice.
 POINSOT. Anévrismes, arthroxé-
sis, résection tibio-tarsienne.
 POLAILLON. Hernies ombilicales,
kystes hordéiformes, névral-
gies faciales, résection tibio-
tarsienne, syphilis anormale,
tumeurs de l'ovaire.
 POMMAY. Epilepsie gastrique.
 PONCET. Cancer intra-périnéal.
 PONFICK. Transfusion intra-pé-
ritonéale.
 POOLEY. Névralgies.
 PORTAL. Prix.
 POSADSKY. Phthisie.

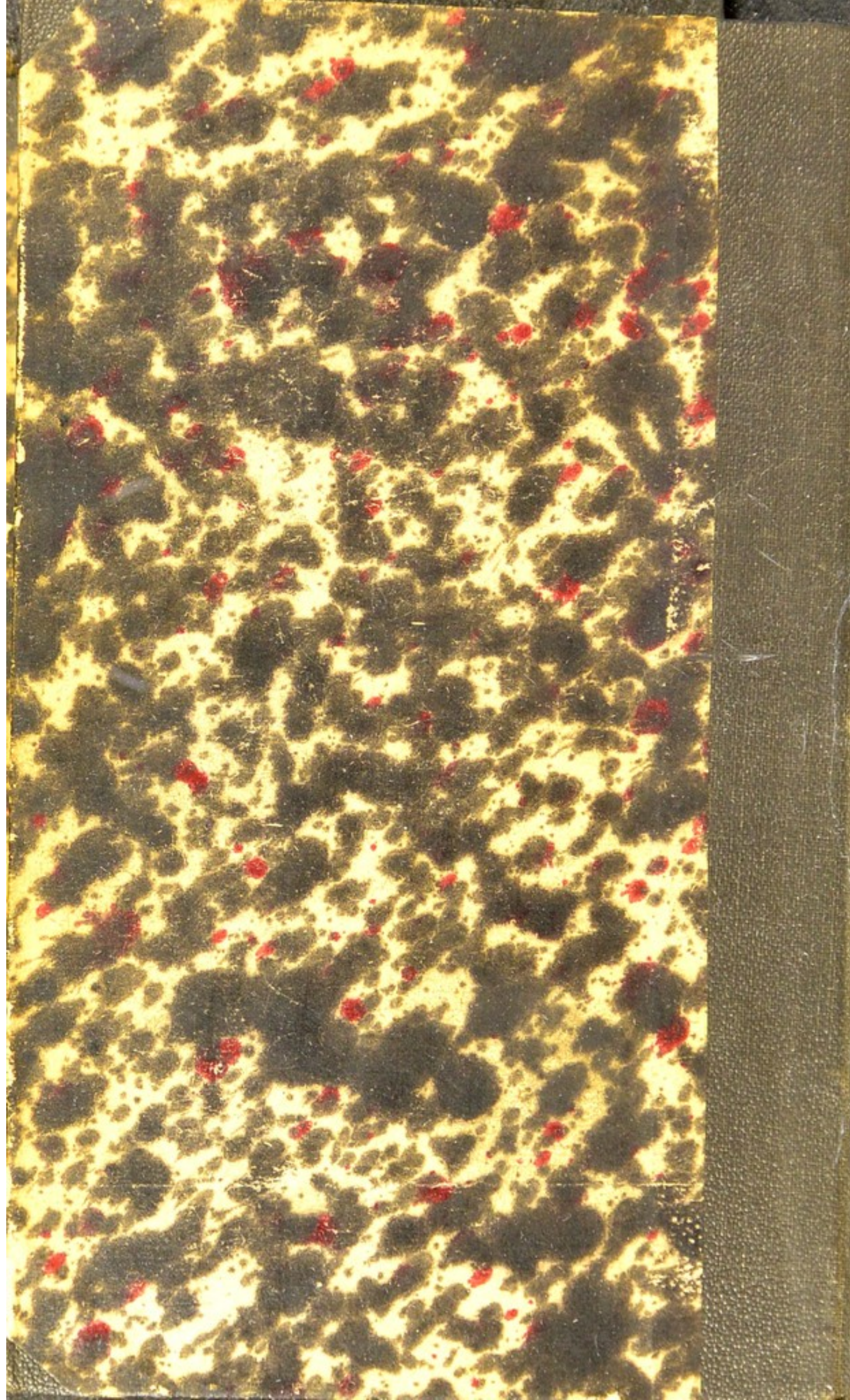
- POTAIN. Fièvre typhoïde, mal vertébral, rage.
- POUCHET. Urémie, venins.
- POULIOT. Mal vertébral.
- POZZI. Arthrotomie, tumeurs.
- PRETISS. Pilocarpine.
- PRÉVOST. Ataxie locomotrice.
- PREWITT. Rétrécissements de l'œsophage.
- PROUST. Aphasie transitoire.
- PUCHE. Nécrologie.
- PUÉJAC. Asphyxie des nouveau-nés.
- PUTNAM. Névralgies faciales.
- QUAIN. Exercice.
- QUANTIN. Tumeurs érectiles.
- QUINQUAND. Nerfs, névralgies faciales.
- RAFFO. Hernie ovarienne.
- RAGGI. Transfusion intra-péritonéale.
- RAMONET. Fractures de l'avant-bras.
- RAMSKILL. Epilepsie.
- RANKE. Rachitisme.
- RAYMOND. Coqueluche, fièvre typhoïde, hystérie.
- RAYNAUD (M.) Diabète, nécrologie, rage, rhumatisme cérébral.
- RÉANT. Nécrologie.
- RECLUS. Cancer du rectum, fungus syphilitique.
- REEVES. Gastrostomie.
- REEVES-JACKSON. Massage de l'utérus.
- REGNARD. Muguet.
- REGNAULD. Ophthalmologie.
- REID. Asphyxie des nouveau-nés.
- RENAUT. Fièvre typhoïde.
- RENDU. Absès périnéphriques, variole.
- RENZI (DE). Albuminurie, cœur.
- REVERDIN. Goitre, hernies.
- REYMOND. Chirurgie oculaire.
- REYNOLDS. Injections d'alcool.
- RIALI. Laparotomie.
- RICHARDIÈRE. Amputations.
- RICHELOT (G.) Goitre.
- RICHER. Hystérie.
- RICHEL. Pustule maligne.
- RIDGEN. Accouchements.
- RIGAL. Cœur, myocardite scléreuse.
- RIGAUD. Nécrologie.
- RINDFLEISCH. Fibromes du poumon.
- RITTER. Urémie.
- ROBERTS (William). Maladies infectieuses, urines ammoniacales.
- ROBERTSON. Crâne.
- ROBIN (A.) Fièvre typhoïde.
- ROCHARD. Absès du foie, température.
- ROGER. Prix.
- ROGGENBAU. Entérectomie.
- ROHMER. Ligatures.
- ROLLAND. Hémorrhagies.
- ROSBACH. Anesthésie du larynx.
- ROSENSTEIN. Cœur, pansement phéniqué.
- ROSSBACH. Diphthérie.
- ROSSIGNOL. Charbon.
- ROUSSEAU. Névralgies congestionnelles.
- ROUSSEL. Transfusion.
- RUTHERFORD. Nécrologie.
- RYDYGIER. Estomac.
- SAINT-GERMAIN. Tumeurs érectiles.
- SAINT-LAGER. Prix.
- SAINT-PAUL. Prix.
- SAKIMOVITCH. Greffes osseuses.
- SANGER. Opération césarienne.
- SAPOLINI. Nerfs crâniens.
- SAUGER. Pilocarpine.
- SAVAGE. Oophorectomie.

- SAYRE. Résection de la hanche.
 SCARENZIO. Syphilis.
 SCHEDE. Tuberculose articulaire.
 SCHLEMMER. Hystérectomie.
 SCHREIBER. Massage.
 SCHUTZEMBERGER. Nécrologie.
 SCHWARTZE. Otorrhée.
 SCHWINMER. Urticaire.
 SECOND. Rétrécissements de l'urèthre.
 SÉE (G.) Ataxie locomotrice, cancer pulmonaire, dyspepsies, estomac.
 SÉE (Marc). Chirurgie, épithélioma de la langue, pansement à l'iodoforme, résection du coude.
 SELMI. Alcaloïdes animaux.
 SEMMOLA. Cancer du sein, maladie bronzée.
 SERVAIS. Résection de la hanche.
 SEUTIN. Prix.
 SÉZARY. Pneumonies massives.
 SHWALBE. Injections d'alcool.
 SIMS (MARION). Chirurgie, gynécologie.
 SIREDEY. Ataxie locomotrice, hystérie.
 SISTACH. Nécrologie.
 SKENE. Trachélorraphie.
 SKODA. Nécrologie.
 SKWORTZOFF. Aphasie transitoire.
 SMITH (de Clifton.) Diabète.
 SMITH (PYE). Rétrécissements de l'œsophage.
 SMITH (HEYWOOD). Hépatotomie.
 SONNENBURG. Tuberculose articulaire, vessie.
 SOTNITSCHESKI. Néphrites.
 SOUTHAM. Ataxie locomotrice.
 SPANTON. Oophorectomie.
 SPENCER WELLS. Accouchements, hystérectomie, kystes de l'ovaire, ovariectomie, tumeurs de la trompe.
 SPILLMANN. Fièvre typhoïde.
 STAMPACCHIO. Urticaire avec analgésie.
 STEFANIS (DE). Anesthésie.
 STEINSON. Anévrismes.
 STUDSGAARD. Cancer pharyngé, laparotomie, rétrécissement pharyngien.
 SUTTON. Trachélorraphie, tumeurs de l'utérus.
 SWEIFEL. Hystérectomie.
 TALAMON. Diphthérie, pleurésie graisseuse, pustule maligne.
 TANRET. Alcaloïdes végétaux.
 TAPPEINER. Sang.
 TAPRET. Goitre exophtalmique.
 TARNIER. Accouchements, opération césarienne, trachélorraphie.
 TAYLOR (James). Epithélioma de la langue.
 TAYLOR (A.S). Médecine légale.
 TEEVAN. Lithotritie.
 TERRIER. Epithélioma, fractures du crâne, hernies ombilicales, ovariectomie, syphilis.
 TERRILLON. Abscess froids, chancres mous, épididymite, épithélioma de la langue, goitre, kystes des mâchoires, névralgies faciales, otites, pansement à l'iodoforme, trachélorraphie, vaginite.
 THAON. Hystérie.
 THÉOBALD (DE). Otite parasitaire.
 THEVENOT. Pustule maligne.
 THOLEN. Lympho-sarcome.
 THOMAS. Charbon symptomatique.
 THOMAS. Diphthérie.
 THOMAS (GAILLARD). Fibromes de l'ovaire, trachélorraphie.
 THOMPSON. Lithotritie.
 THUVIEN. Luxations de l'humérus.

- TILLAUX. Entérectomie, épидидymite, fibromes utérins, goître, goître exophtalmique, kystes du foie, nerfs, résection du spinal, thyroïdectomie.
- TIZZONI. Nerfs.
- TORDÉUS. Muguet.
- TOURNEUX. Tumeurs sacro-coccygiennes.
- TOUSSAINT. Charbon, inoculations, tuberculose.
- TRÉLAT. Absès, adénites, anesthésie, chirurgie, coxalgie, entérectomie, épithélioma de la langue, fibromes utérins, hernies irréductibles, kystes hor-déiformes, pustule maligne, sonde à demeure, tuberculose buccale, vaccine.
- TRENDELENBURG. Taille sus-pubienne.
- TREVES. Anévrismes, pansement phéniqué, tuberculose.
- TRIPPIER. Anémie, crâne, localisations cérébrales.
- TROISIER. Rhumatisme.
- TROMBETTA. Nerfs, sciatique.
- TUFFIER. Fractures du crâne.
- TURK. Massage.
- UGHETTI. Nerfs.
- VACHETTA. Anesthésie.
- VALENTIN. Localisations cérébrales.
- VALLIN. Exercice, hygiène des habitations.
- VAN OYE. Fièvre typhoïde.
- VARIOT. Cerveau.
- VERNEUIL. Absès froids, amputations, ataxie locomotrice, chirurgie, congrès, coxalgie, épithélioma, fibromes utérins, hernies, kystes du foie, pansement phéniqué, pus, pustule maligne, sonde à demeure, syphilis.
- VICCATI. Rhumatisme.
- VIDAL. Chancres mous.
- VINCENT. Laparotomie, vessie.
- VIRCHOW. Tuberculose, introduction.
- VOGT. Tumeurs malignes.
- VULPIAN. Inoculations, rage, rhumatisme, tuberculose.
- WADE. Estomac.
- WARD. Pansement phéniqué.
- WARNER. Rhumatisme.
- WARREN. Cystite, prix.
- WENN. Opération césarienne.
- WERNICKE. Aphasie transitoire.
- WEST. Rachitisme.
- WESTPHAL. Ataxie locomotrice.
- WHEELER. Anévrismes.
- WHITEHEAD. Epithélioma de la langue.
- WHITNEY. Médecine légale.
- WICKERSHEIM. Tumeurs malignes.
- WILLEMS. Inoculations.
- WILLIAMS (Roger). Calcul fécal.
- WILSON. Ovariectomie.
- WOILLEZ. Rhumatisme.
- WÖLFLE. Estomac.
- WOOD (James). Chirurgie.
- WOOD (Andrew). Nécrologie.
- WOOD. Urines.
- WURTZ. Croup.
- YEO. Localisations cérébrales.
- YVON. Phthisie.
- ZINCAROLLI. Lithotritie.
- ZINNIS. Athrepsie.
- ZUBER. Diphthérie, pleurésie graisseuse.









TEXT RUNNING INTO GUTTER

TIGHT GUTTER

POSSIBLY SOME FUZZY
PERIPHERIES (TABLETOP)
QUALITY