



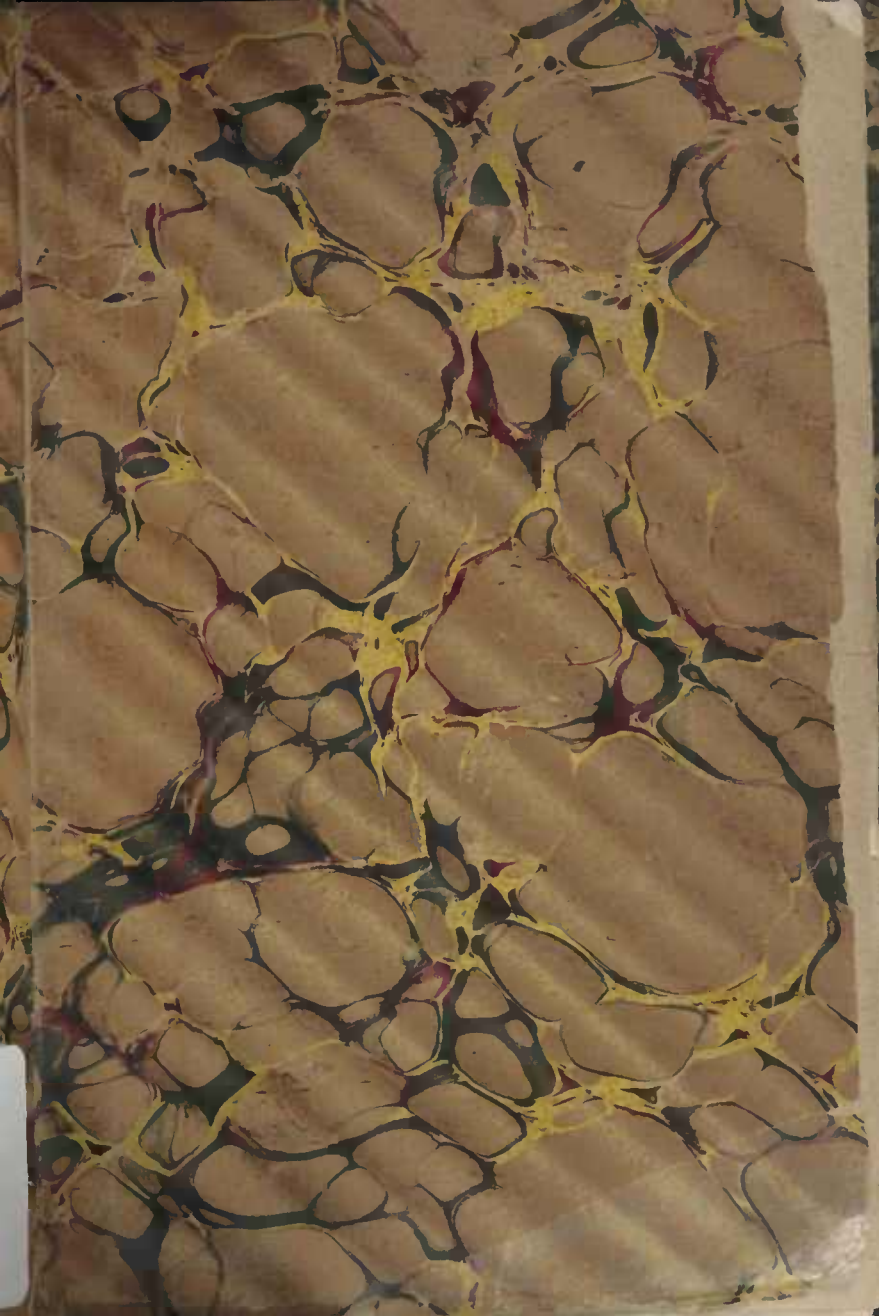


DEDALUS - Acervo - FM



1564447

10700059139



BIBLIOTHECA da FACULDADE de MEDICINA
DE SÃO PAULO

Sala Prateleira *A*

Estante *24* N. de ordem *37*

L'ANNÉE MÉDICALE

(1890)

L'ANNÉE MÉDICALE

(Treizième année)

1890

RÉSUMÉ DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LES SCIENCES MÉDICALES

Publié sous la direction

DU D^r BOURNEVILLE

Médecin de l'hospice de Bicêtre
édacteur en chef du *Progrès médical*

Avec la collaboration de :

MM. AIGRE, G. BALLEZ, BARATOUX, R. BLANCHARD, M. BAUDOIN, F. BOTTEY, E. BRISSAUD,
P. BUDIN, J.-B. CHARGOT, COMBY, L. CRUET, DELFAU,
GUINON, ISCH-WALL, A. JOSIAS, P. KERAVAL, KOENIG, A. MALHERBE, P. MARIE,
MAUNOURY, MAYGRIER, J.-B. OËTINGER, R. PICQUET, PLICQUE, P. POIRIER,
A. PILLIET, A. RAOULT, P. RAYMOND, A. SEVESTRE, P. SOLLIER, R. VIGOUROUX.

PARIS

BUREAUX
DU PROGRÈS MÉDICAL

14, RUE DES CARNES

LECROSNIER ET BABÉ

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1891

Tous droits réservés.

ANATOMIE

I. Os et articulation : 1. Clavicule et ses articulations. — 2. Articulation de la hanche. — II. Tissu conjonctif et aponévroses : 1. Espace sus-sternal. — 2. Espaces interstitiels. — 3. Clasmatoctes. — III. Système nerveux : 1. Quelques particularités de la dure-mère. — 2. Nerfs du dos de la main. — 3. Structure des cellules ganglions du grand sympathique. — IV. Tissu érectile des fosses nasales. — V. Epithélium vésical — VI. Sérosité péritonéale.

I. Os et articulations. — 1. *Clavicule et ses articulations.* — Rendre un sujet d'une telle banalité apparente intéressant et presque neuf est un tour de force dont nous ne saurions trop féliciter M. Poirier. Nous passerons rapidement dans ce résumé sur la partie purement ostéologique du mémoire, nous bornant à dire qu'elle est claire et d'une rare précision et nous arriverons de suite aux articulations.

L'articulation sterno-claviculaire présente des surfaces articulaires se correspondant parfaitement. Le ménisque ne peut donc servir à rétablir leur correspondance ; or, son étude nous montre qu'il n'a pas de forme fixe, qu'il peut présenter des degrés de développement très variables, qu'il peut manquer, tous caractères le rapprochant des organes en train de disparaître et dont il ne reste plus que des vestiges. A quelle pièce osseuse correspond donc ce fibro-cartilage ? M. Poirier nous montre que c'est un reste rudimentaire de l'interclavicule, os très développé chez certains vertébrés. Les ligaments de l'articulation sterno-claviculaire sont : Un ligament au

térieur, large bandelette presque verticale et très épaisse, étendue de l'extrémité sternale de la clavicule au pourtour de l'encoche du sternum. Ce ligament s'amincit en bas où il peut permettre des hernies de la synoviale. Un ligament supérieur, très fort, étendu de la face supérieure de la clavicule et des rugosités encadrant la facette articulaire de cet os au bord supérieur de la fourchette sternale. Un ligament postérieur, plus faible que les précédents et à peu près symétrique au ligament antérieur. Le ligament interclaviculaire, inséré aux parties postérieures et supérieures des extrémités internes des deux clavicules, prolonge le plan de la face postérieure du sternum.

Le ligament costo-claviculaire a une forme rhomboïdale ; son sommet est fixé au premier cartilage costal et un peu sur la première côte, sa base s'attache à la face inférieure de la clavicule ; il est composé de deux plans de fibres, antérieur et postérieur, séparés par une bourse séreuse et doués de propriétés physiologiques différentes : le plan antérieur se tend quand l'épaule se porte en haut et en arrière ; il se relâche et le faisceau postérieur est tendu quand l'épaule est portée en avant. Les deux feuillets sont tendus dans les mouvements de l'épaule en haut. La clavicule peut se porter en tous sens, les mouvements de rotation lui sont seuls impossibles. Le centre de ces mouvements est à l'insertion inférieure du ligament costo-claviculaire. Les deux extrémités de la clavicule se meuvent donc en sens inverse. Les mouvements de l'articulation sterno-claviculaire s'exécutent surtout entre la clavicule et le ménisque. L'articulation acromioclaviculaire ne présente rien de bien particulier à signaler ; il n'en est pas de même de l'articulation coraco-claviculaire, articulation à distance en général, présentant deux ligaments : le conoïde et le trapézoïde. Le premier s'insère tout à fait au bord postérieur de la

face supérieure ou claviculaire de la coracoïde ; le second s'attache à toute la largeur de cette face, puis il se dirige obliquement en haut et en dehors vers les rugosités de l'extrémité externe de la face inférieure de la clavicule en formant un faisceau très épais renfermant une bourse séreuse. Le ligament conoïde va se jeter sur un tubercule de la face inférieure de la clavicule en se juxtaposant au trapézoïde pour former une sorte de niche renfermant assez souvent un organe séreux. Le ligament conoïde, de même que le trapézoïde, renferme une bourse séreuse. Ces deux ligaments ont des rôles différents : lorsque, l'épaule étant portée en avant, l'omoplate et la clavicule tendent à se rapprocher, le ligament trapézoïde se tend ; quand l'épaule se porte en arrière et que les deux os s'écartent, c'est le conoïde qui est distendu (*Journal de l'Anatomie*, mars-avril, n° 2, 1890).

2. *Articulation de la hanche.* — M. G. AMANTINI nous a décrit un repli peu connu de la synoviale de l'articulation de la hanche, repli constant, occupant une ligne qui unirait la fossette centrale de la tête du fémur au petit trochanter. C'est un soulèvement de la synoviale par un faisceau de fibres périostiques et capsulaires renfermant des vaisseaux qui se distribuent à la tête fémorale dont ils représentent les principaux agents de nutrition. M. Amantini se demande quelle est la signification de ce repli peclinéo-fovéal ; il arrive, en se basant sur l'anatomie comparée et l'embryologie, à cette conclusion : le ligament pubio-fémoral, le muscle pectiné, le ligament rond et le repli pubio-fovéal ne sont que les vestiges d'un même muscle primitivement inter-articulaire¹.

1. (*Instituto anatomico de l'Universita di Perugia*, 1889, et *Revue des Sciences médicales*, 15 avril 1890.)

II. **Tissu conjonctif et aponévroses.** — 1. *Espace sus-sternal.* — Au dessus du sternum, entre l'aponévrose superficielle et l'aponévrose moyenne du cou, existe un espace appelé sus-sternal auquel on a l'habitude de considérer de petites dimensions. M. TAGUCHI a fait des injections dans cet espace et il a prouvé qu'il était beaucoup plus important qu'on ne le croit généralement. Il s'étend, en effet, de la partie antérieure du bord supérieur du sternum jusqu'à un point situé à égale distance du manubrium et de l'os hyoïde. L'espace sus-sternal s'étend sur les côtés jusqu'au dessous du sterno-mastoïdien dont il atteint le chef claviculaire, affectant ainsi d'importants rapports avec les vaisseaux ¹

2. *Espaces interstitiels.* — M. J. DIESSE a constaté, dans le tissu conjonctif de diverses régions, des cavités cloisonnées, munies de parois propres; il les nomme espaces interstitiels. Il étudie particulièrement un espace scrotal et un espace vésical. L'espace scrotal est interposé entre le dartos et la vaginale, c'est une cavité embrassant les faces latérales et l'extrémité supérieure du testicule et remontant sur le cordon jusque vers la base de la verge. Il y a deux espaces scrotaux: un pour chaque testicule et, phénomène remarquable, ils se présentent toujours sous le même aspect, même chez les cryptorchides. Les fœtus n'ont pas d'espace scrotal, celui-ci ne se forme qu'après la naissance. Dans les grandes lèvres de la femme, on trouve des espaces labiaux analogues à ceux que nous venons de décrire. M. Diesse signale encore chez les jeunes enfants un espace vésical interposé entre la paroi antérieure de la vessie et la face postérieure de la paroi abdominale s'étendant jusque dans le petit bassin sur les côtés et recouvrant un peu le fond de la vessie.

1. (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abth.* II, 1 et 2; 1890.)

Cet espace disparaît presque complètement chez l'adulte ne laissant qu'un espace supra-vésical et non prévésical, comme le dit Retzius ¹

3. *Clasmatocytes*. — M. RANVIER a décrit, dans les interstices du tissu conjonctif, des éléments ayant la forme de cellules en fuseaux ou arborisées. Ces cellules présentent sur leurs prolongements des parties rétrécies et des parties renflées. Les portions minces peuvent disparaître, laissant des granulations libres qui ne sont autres que des fragments des cellules primitives. Ce mode de division a fait donner à ces éléments le nom de clasmatocytes. Les clasmatocytes ne présentent aucun mouvement amœboïde, bien qu'ils proviennent de leucocytes échappés des vaisseaux et ayant cheminé dans le tissu cellulaire ².

III. **Système nerveux.** — 1. *De la dure-mère.* — M. TROLARD a relevé quelques particularités de la dure-mère qui méritent d'être mentionnées. La faux du cerveau sert à tendre la tente du cervelet, elle s'oppose aussi à la compression qu'exercent l'un sur l'autre les hémisphères cérébraux lorsqu'on incline la tête de côté, mais, rôle plus important, elle maintient en quelque sorte le cerveau suspendu; c'est grâce à cela que la base du cerveau n'est pas comprimée par le poids des parties sus-jacentes. Une protection analogue existe pour les régions déclives du cervelet. Comment la faux du cerveau peut-elle ainsi soutenir les hémisphères? Par l'intermédiaire de la pie-mère qui, fixée solidement à toute la surface cérébrale, s'enfonçant même dans son épaisseur, présente, d'autre part, avec la dure-mère des adhérences remarquables. Sur la partie convexe du cerveau, la pie-

1. (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Suppl. B. Anat. Abt 1883.*)

2. (*C. R. Ac. des. Sc., 27 janv. 1890.*)

mère adhère intimement à la faux tout le long du bord supérieur de l'hémisphère, les granulations de Pacchioni servent à cette adhérence ; elles prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, s'attachent à la pie-mère, l'entraînent vers la dure-mère, la traversent et, se renflant, forment un vrai rivet qui fixe entre elles toutes les membranes. Les parties plus antérieures des méninges sont réunies par les veines cérébrales et les lacs sanguins. La face interne des hémisphères est suspendue par ses parties moyenne et inférieure. La partie moyenne est maintenue par des granulations s'enfonçant entre les mailles d'un orifice grillagé, presque constant, existant dans la faux à l'union de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs. Si les orifices de ce grillage sont très larges, il y a soudure de la pie-mère d'un hémisphère avec celle de l'autre. A la partie inférieure, des filaments fibreux partent du bord libre de la faux et vont s'attacher sur la pie-mère, principalement sur la lame du ventricule du corps calleux. La faux suspend également la pie-mère qui vient des ventricules et les lames qui proviennent des sillons de la partie postérieure de l'hémisphère, notamment des scissures calcarine et perpendiculaire interne. La sustentation du cervelet est due à ce que le plan inférieur du conglomerat fibreux, qu'on remarque vers le confluent postérieur, adhère à la pie-mère cérébelleuse au niveau de l'extrémité antérieure du vermis supérieur ; ces deux membranes confondues se fixent sur la faux, en bas et en arrière des veines ventriculaires. M. Trolard, après nous avoir montré les moyens de suspension de l'encéphale, cherche à nous prouver que la pituitaire est un prolongement dure-mérien au même titre que la coque fibreuse qui tapisse la cavité orbitaire. De chaque côté de l'apophyse crista-galli, sur la lame horizontale de l'ethmoïde, on trouve la fente ethmoïdale qui ne livre passage qu'à un très petit filet

nerveux et une quarantaine d'orifices dont une dizaine seulement sont occupés par des filets olfactifs. Les trous libres donnent passage à des prolongements de la dure-mère qui s'unissent au dessous de la lame criblée et se joignent aux gaines des nerfs olfactifs en formant une membrane épaisse qui se continue avec la pituitaire. Un détail anatomique intéressant nous est encore donné par M. Trolard, il a constaté que la partie antérieure du lobe olfactif est logée dans une petite cavité ainsi limitée : en dedans, l'apophyse crista-galli ; en dehors, le rebord du frontal ; en bas, la lame criblée ; en haut, un prolongement dure-mérien partant de l'apophyse crista-galli pour aller se fixer sur le rebord du frontal qui limite en dehors la fosse olfactive. M. Trolard signale encore un petit repli faciforme de la pie-mère limitant en arrière la fosse olfactive ; il nous montre comment la faux du cerveau s'insère dans le trou borgne et nous cite un cas de dure-mère double ¹.

TOPOGRAPHIE CRANIO-ENCÉPHALIQUE. — M. Poirier a repris l'étude des rapports du crâne avec les circonvolutions. Nous allons résumer les conclusions auxquelles il est arrivé. La scissure de Rolando à son extrémité supérieure a 48 millimètres en arrière de la suture fronto-pariétale et son extrémité inférieure à 28 millimètres en arrière de la même suture. Chez la femme, la distance rolando-coronale est de 45 et 27 millimètres.

La scissure de Sylvius commence sous l'aile du sphénoïde, se relève pour atteindre la suture temporo-pariétale au niveau de sa jonction avec la suture sphéno-pariétale ; à ce moment, elle donne ses deux branches, puis suit la courbe ascendante de la suture temporo-pariétale sur une longueur de 4 cm. ; elle se dirige alors très obli-

1. (*Journal de l'Anatomie*, n° 4, 1890.)

quement en haut et en arrière et se termine un peu au-dessous et en arrière de la bosse pariétale.

La scissure perpendiculaire externe correspond au λ .

Le sillon parallèle chemine à 12 ou 15 millim. au-dessous de la scissure de Sylvius.

Les sillons pré et post rolandiques sont parallèles à la scissure de Rolando.

Le bord inférieur du lobe frontal descend jusqu'à 6 ou 12 millim, au-dessus de la moitié externe de l'arcade orbitaire. Il se relève un peu au niveau de l'apophyse orbitaire externe et, en avant, se rapproche du rebord orbitaire, tandis qu'en dedans, il descend vers la suture naso-frontale.

La pointe mousse du lobe-temporal est située à 15 millim. en arrière du bord externe de l'apophyse orbitaire et à 2 cm. au-dessus de l'apophyse zygomatique. Le bord inférieur de ce lobe descend ensuite en bas et en arrière vers le conduit auditif et vient effleurer le bord supérieur de l'apophyse zygomatique au niveau de la cavité glénoïde ; de là, il se relève, passe à 4, à 10 millim. au-dessus du trou auditif externe et va jusqu'au bord supérieur et postérieur du rocher d'où il descend, sous le nom de bord inférieur du lobe occipital, jusqu'à la protubérance occipitale.

Le cervelet est au-dessous d'une ligne passant par l'artériion et l'inion.

Si l'on joint sur un crâne la suture naso-frontale au sommet du λ , on a une ligne qui figure la section de ce crâne par un plan (plan naso-lambdaïdien). Ce plan touche la 3^e frontale vers son cap, suit pendant 4 à 6 cm. la scissure de Sylvius, rase la partie inférieure du lobe du pli courbe, traverse la base de la circonvolution du pli courbe et aboutit à la scissure perpendiculaire externe.

On trouve donc sur cette ligne naso-lambdaïdienne, le pli courbe à 7 cm. du lambda ; le lobule du pli courbe à 10 cm. du même point. La scissure de Sylvius est sur cette ligne au-dessus du conduit auditif qui en est lui-même distant de 6 cm.

Le cap est au-dessus du milieu de l'apophyse zygomatique.

Au point de vue des applications chirurgicales, il est nécessaire de préciser les rapports des sinus avec l'exocrâne. Le sinus longitudinal supérieur suit la ligne sagittale et la déborde de chaque côté de 1 cm. 1/2 à cause des lacs sanguins placés autour de lui. Le pressoir d'Hérophile répond à la protubérance occipitale externe. Les sinus latéraux répondent, par leur portion horizontale, à la ligne courbe occipitale supérieure et à la suture pariéto-mastoïdienne ; par leur portion oblique, au tiers moyen de l'apophyse mastoïde.

Le sinus sphéno-pariétal de Breschet anastomose les sinus de la voûte à ceux de la base du crâne. Il est parallèle à la branche antérieure de l'artère méningée moyenne. La moitié du temps, la veine méningée moyenne antérieure le remplace. Quand il existe indépendamment des vaisseaux, il va d'un ou deux des lacs sanguins voisins du sinus longitudinal supérieur à la veine ophthalmique, dans le sinus caverneux. Il se loge, en bas, sous la petite aile du sphénoïde, dans une gouttière parallèle à la fente sphénoïdale.

M. Poirier étudie également les rapports des diverses parties du cerveau avec le crâne des jeunes enfants et il arrive à dire que les mêmes règles que pour l'adulte président à leur détermination.

M. Poirier, après avoir montré les rapports de l'encéphale avec le squelette nous donne des moyens pratiques pour tracer en quelque sorte le dessin des circonvolutions sur le crâne recouvert de ses parties molles. Pour deter-

miner sur la tête entière le point répondant à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando, il faut prendre sur la ligne sagittale, à partir du sillon naso-frontal, la moitié plus 2 centimètres de la distance naso-inienne.

Pour contrôler l'exactitude du point tracé, on mesurera sur la ligne sagittale 18 centim. à partir du sillon nasal.

L'extrémité inférieure du sillon de Rolando s'obtient en comptant à partir du trou auditif 7 centim. sur la perpendiculaire pré-auriculaire à l'apophyse zygomatique, ou mieux, en prenant sur cette ligne la moitié moins un travers de doigt de la distance auri-sagittale.

La scissure de Sylvius se détermine en traçant la ligne naso-lambdaïdienne qui passe à 6 centim. au-dessus du trou auditif. Il faut se rappeler que le lambda est à 7 centimètres au-dessus de l'union. Cette ligne touche le cap de la 3^e frontale, suit la scissure de Sylvius, rase le lobule du pli courbe et traverse le pli courbe.

Ces lignes suffisent pour trouver : le centre du membre inférieur sur le tiers supérieur de la ligne rolandique ; le centre moteur des membres inférieurs sur le tiers moyen de la même ligne ; le centre des mouvements de la langue au tiers inférieur de la scissure de Rolando, etc...

M. Poirier donne, chemin faisant, de très intéressants détails de pratique qui permettront d'éviter les sinus dans les trépanations et une excellente vue d'ensemble de la circulation veineuse superficielle du cerveau.

2. *Nerfs du dos de la main.* — M. ZANDER a étudié la distribution des nerfs du dos de la main. Les nerfs collatéraux dorsaux du pouce et du petit doigt s'étendent jusqu'à l'ongle ; on retrouve parfois cette même disposition pour l'annulaire et l'index mais presque jamais pour le médus. Ces derniers doigts reçoivent leur innervation unguéale par l'intermédiaire des nerfs palmaires qui ont échangé des fibres avec les collatéraux dorsaux.

On admet généralement qu'à la face dorsale, les nerfs cubital et radial innervent respectivement une moitié de la main. M. Zander a montré que sur la ligne médiane du dos de la main, les deux nerfs se répandent sur le territoire l'un de l'autre, de telle sorte qu'on a à ce niveau une zone qui reçoit sa sensibilité de deux sources différentes. Cet entrecroisement du cubital et du radial peut être tel que tout le dos de la main soit simultanément innervé par les deux nerfs, mais il est plus fréquent de voir le radial s'étendre sur la sphère du cubital. La disposition inverse (cubital s'étendant, sur la sphère d'innervation du radial), est plus rare.

Le dos de la main reçoit encore souvent des rameaux nerveux du musculo-cutané ; du nerf cutané postéro-inférieur du rameau inter-osseux externe du radial, etc.

Il résulte de ces faits que l'étude clinique de la sensibilité pour la recherche des nerfs sectionnés peut parfois induire en erreur ¹.

3. *Structure des ganglions du grand sympathique.* — La structure des cellules nerveuses des ganglions du grand sympathique a été étudiée depuis ces dernières années, à l'aide d'une technique nouvelle, créée par Erlich en 1886. Cette méthode consiste à placer les animaux aquatiques dans de l'eau teinte par le bleu de méthyle, ou à mêler cette substance aux aliments des vertébrés supérieurs que l'on veut étudier. On constate, au bout d'un certain temps d'expérience, que les nerfs des animaux sont fortement colorés en bleu. Les cellules des ganglions sympathiques subissent la coloration d'une façon tout à fait spéciale, signalée par Erlich dans son premier mémoire, en 1886, étudiée depuis par Arnstein, en 1887, et par G. Retzius qui, dans son mémoire, donne des planches justificatives

1. (Berlin, *Klin. Woch.*, févr. 1890.)

des faits signalés et essaye de les interpréter physiologiquement. Voici de quoi il s'agit. Les cellules ganglionnaires du grand sympathique sont bipolaires; un de leurs prolongements, rectiligne, est contourné par l'autre en forme de spirale. Ce dernier se colore tout en bleu par le bleu de méthyle, à l'état vivant. On peut alors suivre la terminaison dans la cellule et on le voit se ramifier en fibrilles inégales, très fines, avec des renflements par places et même de petits boutons terminaux. Ainsi, toute la cellule est enveloppée par un réseau qui est l'épanouissement de la fibre spiroïde. Le filament droit, qui d'ailleurs ne s'enveloppe pas de myéline, comme le spiroïde, se continue, comme le font ordinairement les prolongements de Deiters, avec le protoplasma fibrillaire de la cellule. Le filament spiroïde, au contraire, dont nous venons d'exposer les rapports avec la cellule, serait, d'après ces recherches, un nerf centripète, une terminaison nerveuse aboutissant à la cellule du sympathique. Les recherches de G. Retzius ont porté sur la grenouille et le lapin, on y trouvera l'exposé détaillé de ces recherches nouvelles que nous venons de résumer ¹.

IV Tissu érectile des fosses nasales. —
 M. HERZFELD nous apprend que le tissu érectile des fosses nasales renferme des fibres lisses. Il insiste sur les vaisseaux et montre leur absence dans les travées formant la charpente des corps caverneux. Nous ne voulons pas insister sur la nouveauté de ces faits, qu'il nous suffise de rappeler les lignes suivantes que nous avons publiées en 1887 dans le *Progrès Médical*. « Sur une coupe transversale à la partie moyenne du cornet moyen on voit que

1. (*Biologiska Foreningens Förhandlingar; Verhandlungen der biologischen Vereins Stockholm, Band II, nov. 1889 N° 1-2.*)

toute l'épaisseur du chorion muqueux est occupée par des espaces dilatés, véritable tissu caverneux se distinguant de celui du pénis par l'épaisseur beaucoup moins grande de la couche de fibres lisses. » Et plus loin, nous ajoutons : « le tissu érectile proprement dit, par sa structure et ses fibres lisses est donc absolument évident sur le cornet moyen.... On peut dire que ce tissu est composé de très vastes lacunes irrégulières et communicantes dans la couche profonde de la muqueuse au voisinage de l'os et de lacunes beaucoup plus petites avec des anneaux musculaires plus nets dans les portions superficielles. » M. Herzfeld nie aussi tout rapport entre les cornets osseux et le tissu érectile qui le recouvre. Pour la réfutation de cette proposition, nous renvoyons à l'article dont nous venons de donner des extraits ¹.

V. Épithélium de la vessie. — L'étude de l'épithélium vesical a été reprise par M. DOGIEL qui nous a décrit plusieurs faits intéressants et nouveaux. Les cellules superficielles de cet épithélium sont de larges plaques polygonales constituées par deux zones distinctes : une zone homogène, superficielle ; une zone granuleuse, profonde renfermant les noyaux. Celle-ci est creusée, dans sa partie voisine des cellules de la couche moyenne, par des dépressions qui se prolongent par des diverticules terminés en cul de sac. Ces diverticules, sortes de petits canaux, traversent la zone granuleuse et ne s'arrêtent que dans le voisinage de la zone homogène. Le protoplasme des cellules de la couche moyenne se prolonge dans ces canalicules et l'union des deux assises cellulaires est encore mieux assurée par la présence de filaments protoplasmiques qui partent de la face profonde des cellules superficielles pour s'enfoncer dans la couche sous-jacente.

1. (*Arch. f. mik. Anat. B.* XXXIV, II, 2, 1889.)

Les cellules superficielles de l'épithélium vésical peuvent renfermer jusqu'à douze noyaux, et, fait remarquable, tandis que dans les autres couches épithéliales, les noyaux se divisent par karyokinèse, c'est, ici, par division directe que se fait la multiplication nucléaire.

M. Dogiel a encore remarqué à la surface des cellules superficielles des bourgeonnements plus ou moins pédiculés. Il se forme ainsi de petites masses qui finissent par tomber dans la cavité vésicale. Il s'agirait là d'une véritable sécrétion ¹.

VI. Sérosité péritonéale. — M. RANVIER a présenté à l'Académie des sciences un mémoire sur la sérosité péritonéale. Il a montré que cette sérosité renfermait, à l'état normal, des globules rouges et aussi de grandes cellules granuleuses et sphériques en voie de désagrégation ; ces cellules, comme les clasmatoctes, proviennent des leucocytes et les granulations qui résultent de leur désagrégation sont absorbées par les cellules lymphatiques ².

BIBLIOGRAPHIE.

- | | |
|-----------|--|
| DEBIERRE. | <i>Traité élémentaire d'anatomie de l'homme avec notion d'organogénie et d'embryologie générale.</i> |
| TILLAUX. | <i>Traité d'anatomie chirurgicale (nouvelle édition).</i> |
| TESTUT. | <i>Traité d'anatomie humaine.</i> |
| ARLOING. | <i>Cours élémentaire d'anatomie générale et notions de technique histologique.</i> |

1. *Arch. f. mik. Anat.* BXXXV.

2. *C. R. Ac. des sc.*, 14 avril 1890.

- REITERER. *Origine et évolution de la région ano-génitale des mummières* (Journ. d'anat. et de phys. n° 3, 1890).
- SYMINGTON. *Anatomie des détroits du bassin chez la femme* (Rep. labor. of. roy collège of phys. Edinburg 1890).
- CHAMPEIL. *Recherches histologiques sur la voûte du crâne membraneux primordial* (Th. Paris, juillet 1890).
- LANNELONGUE. *Du développement de l'intermaxillaire externe et de son incisive après l'examen des cyclocephaliens. Conséquences qui en découlent au point de vue de la pathogénie des fissures osseuses de la face.* (Arch. de méd. expér. n° 4).
- HOROVITZ ET ZEISSL. *Anatomie des vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de l'homme* (Arch. f. Dermat., XXII 1890).
- BLOCQ ET MARINESCO. *Sur la morphologie des faisceaux neuro-musculaires* (Soc. de Biol. (juin 1890).
- PILLIET. *Sur des corps neuro-musculaires à enveloppe semblable à celle des corpuscules de Pacini* (Soc. de Biol. mai 1890).
- ROSSI. *Anomalies artérielles* (Serimentale, janvier 1890).
- BRODIE. *Note sur les ligaments huméral, transverse, coraco-acromial, coraco-huméral* (Journ. of anat., janvier 1890).
- IVERSENE. *Etude des articulations de la tête* (Th. Lyon, 1890).
- WEISS. *Anatomie de l'orbite* (9^e cong. d'opht. d'Heidelberg, 1889).
- HEITZMANN. *Structure de la peau* (Arch. f. Dermat., XXII).
- GUINARD ET DUPRAT. *Recherches sur l'innervation de l'appareil urinaire chez l'homme* (Ann. mal. des org. génit. urin., avril 1890).
- REMITI. *Anatomie de l'utérus gravide* (Monit. zool. ital., janvier 1890).
- DILLER. *Diverticule de Pilon* (Med. News, février, 1890).
- LUCY. *Les anomalies du crâne expliquées par l'anatomie comparée et le développement* (Th. Lyon, 1890).

CHARPY.

Les centres nerveux (1890).

CHARPY.

Organes génito-urinaires (1890).

ZACHARIADÈS.

Structure des os (*Soc. Biol.*, 1890).

M. ISCH-WALL,

PHYSIOLOGIE

I. Système nerveux. — II. Système musculaire. — III. Respiration. — IV. Circulation. — V. Digestion. — VI. Glandes. — VII. Questions diverses.

I. Système nerveux — M. Brown-Sequard a rapporté (*Arch. Phys.*, oct. 90) un certain nombre d'observations qu'il considère comme défavorables à la doctrine des centres psycho-moteurs. Ces observations feraient voir, d'après lui, que la paralysie de cause organique cérébrale ou tout au moins celle qui dépend des prétendus centres psycho-moteurs survient comme effet d'une irritation et non parce que la partie lésée a perdu la fonction psycho-motrice dont on la suppose douée. — Les parties considérées comme centres psycho-moteurs ne posséderaient donc pas la fonction qu'on leur attribue, et s'ils causent la paralysie, c'est par suite d'une irritation faisant disparaître le mouvement volontaire par influence exercée sur d'autres parties des centres nerveux.

M. F. W. Mott et le professeur Schafer ont fait des recherches sur les mouvements bilatéraux associés du singe. Ces recherches se divisent en plusieurs chapitres :

1° Relation de la substance corticale du cerveau avec les cordes vocales. Le fait le plus saillant de cet ordre d'étude est que l'extirpation bilatérale du centre de la phonation n'aboutit pas à la vocalisation.

2° Relation fonctionnelle du corps calleux avec les autres centres corticaux moteurs. On peut observer :

a) Que l'excitation des centres des mouvements associés de la tête et des yeux produit les mêmes effets après qu'avant la section du corps calleux.

b) Que l'excitation du corps calleux par un faible courant faradique amène des mouvements bilatéraux localisés dans toutes les parties du corps. Les groupes de muscles qui réagissent sont sous la dépendance de la disposition des électrodes le long du corps calleux.

c) Que l'excitation du corps calleux non intéressé, après ablation de l'aire motrice, produit des mouvements dans les muscles correspondants du même côté du corps.

d) Que l'excitation directe des fibres du corps calleux produit des mouvements localisés dans le côté opposé à l'hémisphère dont les fibres corticales lui sont encore reliées.

e) Que des mouvements épileptoïdes sont produits sous l'excitation par un fort courant, soit du corps calleux intact, soit des fibres sectionnés.

3° Les mouvements associés des yeux sont produits par faradisation du cortex, unilatéralement et bilatéralement, du cerveau du singe. On voit alors :

a) Que l'excitation bilatérale du lobe frontal régit à la fois les mouvements de la tête et des yeux. L'excitation indique trois zones : une supérieure produisant un mouvement en bas ; une médiane produisant un mouvement latéral ; une inférieure produisant un mouvement en haut.

b) Que l'excitation bilatérale du cortex frontal ramène les yeux dans l'arc avec un peu de convergence : l'excitation d'un seul côté donnait naissance à une déviation latérale conjuguée des yeux.

c) Que l'excitation bilatérale des lobes occipitaux qui, dans l'excitation unilatérale amène la déviation latérale, produit le regard fixé.

d) Que dans l'excitation d'un point du lobe occipital d'un côté, et d'un point d'un lobe frontal du côté opposé, qui, faradisé à part amène une déviation, l'excitation frontale domine invariablement dans ses effets celle du lobe occipital, à moins que le courant électrique ne soit inversement plus considérable.

M. Wertheimer a étudié (*Arch. Phys.*, oct. 90) l'influence de quelques excitants chimiques sur les nerfs sensibles. Les substances employées ont été le chlorure de sodium, la glycérine, le sucre, la bile, l'essence de térébentine, l'acide chlorhydrique et la potasse.

Dans une première série d'expériences, il s'est occupé

de l'action de ces substances sur les nerfs excito-réflexes de la sécrétion salivaire. Les expériences ont été faites sur des chiens n'ayant reçu ni curare, ni morphine. Le sel marin et la glycérine appliqués au nerf lingual ont provoqué par voie réflexe la sécrétion salivaire. Le sucre, la bile et l'essence de térébenthine ont été impuissants à provoquer la sécrétion lorsque ces substances ont été appliquées sur le tronc même du lingual : cette impuissance, comparée à l'action bien connue de ces substances lorsqu'on les met au contact de la muqueuse linguale, montre une fois de plus, dit M. Wertheimer, le rôle et l'importance des appareils nerveux terminaux. Avec l'acide chlorhydrique à 20 G/0, il y a eu au bout de 10 à 15 secondes production de quatre à cinq grosses gouttes de salive : puis la sécrétion s'est arrêtée pendant les deux ou trois minutes que l'acide est resté sur le nerf. Avec la potasse à 10 0/0 la sécrétion a été plus abondante et surtout plus prolongée qu'avec l'acide.

Dans une deuxième série d'expériences, M. Wertheimer a étudié les effets produits sur les nerfs sensibles en général, en examinant les modifications de la pression artérielle qui se manifestent sous l'influence des excitants employés. Les effets ont été de même sens que sur le nerf lingual. Avec le sel marin, l'augmentation de pression se produit le plus souvent au bout de quelques secondes : mais elle tarde quelquefois pendant près d'une minute : puis subitement il se fait une ascension de 4 à 5 centimètres ou même davantage. Avec la glycérine, la pression monte moins haut, de 1 1/2 à 2 centimètres : l'élévation ne se fait pas avec brusquerie, mais graduellement. Le sucre, la bile et l'essence de térébenthine n'ont pas amené de modifications dans la circulation.

Enfin, dans une troisième série d'expériences, M. Wertheimer s'est attaché à étudier l'action des différentes substances indiquées sur les fibres centripètes du pneumo-

gastrique. Sous l'influence de l'application du sel marin sur le bout central du pneumo-gastrique, la respiration s'est d'abord accélérée: ce premier effet paraît dû à la douleur provoquée par l'excitant. En effet, à partir de la troisième minute, M. Wertheimer a constaté que les mouvements respiratoires se ralentissaient et qu'après quatre minutes il se produisait un arrêt de la respiration: cet arrêt n'a pas duré moins de vingt-cinq secondes. Ce résultat n'est cependant pas constant: mais M. Wertheimer n'a pas remarqué qu'avec la glycérine il le fût davantage.

Le sucre, la bile et l'essence de térébenthine ont été inactifs.

On sait que la glotte, au simple point de vue moteur, est soumise à des mouvements de nature bien différente: tantôt en effet ses lèvres s'écartent, tantôt elles se rapprochent. L'existence distincte de deux nerfs, l'un pour la dilatation, l'autre pour l'occlusion est un fait qui a été résolu négativement par l'anatomie et par la physiologie. On est réduit à rechercher, dans le récurrent, le nerf moteur principal de la glotte, les conditions qui peuvent produire, suivant les cas, la dilatation ou la constriction.

Les travaux les plus récents, qui ont eu pour but d'éclaircir la question, sont dus à Donaldson (*Amer. Journ. of the med. Sc.* juillet 86, et *New York med. Journ.*, 88), et à Franklin Hooper (*New-York med. Journ.*, juillet; août; novembre 87 et novembre 88). Mais, à la suite de leurs recherches, ces deux expérimentateurs sont arrivés à des conclusions différentes. En effet, pour F. Hosper, contrairement à ce qu'avance Donaldson, l'occlusion serait produite plus facilement en augmentant le nombre des vibrations qu'en augmentant l'intensité du courant. En présence de cette divergence d'opinions, la question était intéressante à reprendre: c'est ce qu'a fait M. Ch. Livon, en enregistrant, chez le chien, les modifications

éprouvées par la glotte sous l'influence d'éruptions variées des nerfs récurrents. Des expériences de M. Livon, il résulte (*Arch. Phys.*, juillet 90):

Que, comme l'a avancé F. Hooper, on peut obtenir des effets d'ouverture ou d'occlusion de la glotte en faisant varier le rythme des interruptions, et non en changeant l'intensité du courant employé pour éviter les récurrents. Que l'ouverture est produite par le rythme lent (courants faibles et moyens) l'occlusion par le rythme rapide (tous les courants) et par le rythme lent (courants intenses).

Que la fatigue ne joue aucun rôle dans les alternatives d'ouverture et d'occlusion :

Que jamais enfin l'ouverture simple de la glotte ne se produit expérimentalement sans présenter en même temps des contractions musculaires rythmiques.

M. Livoir a également fait quelques recherches (*Arch. Phys.*, janvier 91) dans lesquelles il s'est proposé d'étudier le rôle joué par le muscle innervé directement par le laryngé supérieur, le crico-thyroïdien : et en même temps de savoir si le laryngé supérieur est la seule source motrice de ce muscle. M. Livoir, en se servant de la même disposition que pour l'étude de l'action des nerfs récurrents, a pu enregistrer les modifications qu'éprouve la glotte sous l'influence de la contraction du muscle crico-thyroïdien. Il a vu que pendant l'éruption la glotte se resserrait et que les cordes vocales se fendaient, et ces effets ont été les mêmes après la double section des récurrents. — En variant l'intensité et le rythme de l'éruption, il n'a constaté qu'une tension plus ou moins forte des cordes vocales, tension en rapport direct avec le degré de l'éruption.

M. Livoir cherche ensuite à élucider la question du trajet des plus motrices destinées au muscle thyroïdien. Ces fibres suivent-elles uniquement le laryngé supérieur, considéré pendant longtemps comme le seul nerf moteur

de ce muscle, ou bien empruntent-elles simultanément une autre voie, comme le veulent Exner et Onodi ? L'expérimentation pouvait seule élucider la question : c'est à elle qu'a eu recours M. Livoir. De ses expériences, qui ont été pratiquées sur le chien, il résulte que le muscle crico-tyroïdien reçoit une double innervation : l'une plus énergique du laryngé supérieur, l'autre, moins intense, du plexus pharyngien. — Ces deux filets moteurs, contrairement à ce qu'avance Onodi, qui leur assigne comme origine unique le laryngé supérieur, sont indépendants.

M. Livoir a enfin recherché si le laryngé supérieur, en dehors de ses fibres motrices, renferme, comme l'ont dit Mollet et Exner, des fibres trophiques pour tous les muscles du larynx. Ayant pratiqué de nombreuses résections du nerf laryngé supérieur chez des chiens, il a constaté que le crico-tyroïdien seul était atrophié et dégénéré quand ses deux filets d'innervation motrice étaient réséqués, tandis que les autres muscles conservaient leurs propriétés physiologiques, comme il s'en est assuré par l'éruclation des récurrents.

M. Morat a recherché si les nerfs vaso-dilatateurs, à l'exemple des autres nerfs moteurs soustraits à l'empire de volonté (vaso-constricteurs, sécréteurs des glandes sudoripares, dilatateurs de la pupille) suivaient la voie des racines antérieures de la moëlle pour se rendre à la périphérie. Déjà, à la suite de ses expériences avec M. Dastre sur le sympathique cervical du chien, M. Morat avait conclu que les vaso-dilatateurs quittent la moëlle en suivant les racines antérieures.

Il a repris ses expériences en choisissant les *Nervi Erigentes* de Eckard. Les résultats ont été constants : l'éruclation du bout périphérique des première et deuxième racines postérieures sacrées n'a jamais donné lieu à aucun phénomène d'érection appréciable ; — l'excitation des

première et deuxième racines antérieures correspondantes a produit manifestement le phénomène de l'érection. M. Morat conclut de là que les vaso-dilatateurs sont bien, comme tous les autres nerfs centrifuges, contenus dans les racines antérieures. En outre, faisant remarquer que les vaso-dilatateurs sont des nerfs inhibiteurs, il suppose par analogie que tous les autres nerfs inhibiteurs de fonction différente doivent quitter la moëlle par le même chemin qu'eux.

M. Wertheimer a étudié l'action pseudo-motrice des nerfs vaso dilatateurs. D'après les expériences de Vulpian, Heidenhain, Morat, on savait que pour qu'un nerf acquit des propriétés pseudo-motrices après la dégénérescence du véritable nerf moteur de la région, la condition nécessaire était que ce nerf fût un dilatateur des vaisseaux. Les expériences de ces physiologistes avaient porté sur le lingual (corde du tympan) après section du grand hypoglosse. M. Wertheimer, en expérimentant sur le glosso-pharyngien après section de l'hypoglosse, et sur le nerf buccal après arrachement du facial dans l'épaisseur de la parotide, n'est arrivé qu'à des résultats négatifs: et cependant, le glosso-pharyngien fournit des vaso-dilatateurs à la région à laquelle il se distribue (Vulpian); et le nerf buccal est un vaso-dilatateur type d'après Jolyet et Lafont. D'après M. Wertheimer, la condition précédente, si elle est nécessaire, n'est donc pas suffisante: mais, c'est la seule conclusion qu'il se croit autorisé à tirer de ses expériences.

M. Wertheimer recherche si un ganglion périphérique du grand sympathique, tel que le ganglion sous-maxillaire peut jouer le rôle de centre reflexe alors que ses relations avec l'axe cérébro-spinal sont interrompues. Cette question, qui présente un si grand intérêt pour la physiologie générale des ganglions, paraissait résolue, dans le sens affirmatif, depuis les expériences de Ber-

nard et de Bidder, quand Schiff vint donner de leurs observations une interprétation toute différente (*Lec. sur la phys. de la digestion*, t. I, p. 282).—En effet, d'après Schiff, ce que l'on évite quand on agit sur le bout périphérique du nerf lingual, ce ne sont pas des fibres centripètes, mais des fibres centrifuges de la corde du tympan qui, après s'être accolés au nerf lingual sur une portion plus ou moins longue de son trajet, rebroussement chemin pour retourner à la glande.

M. Wertheimer, dans ses expériences, a opéré suivant la méthode de Schiff. Il sectionnait d'abord le lingual d'un côté à une distance variable au-dessous du ganglion; il attendait six ou sept jours ou davantage, pour que les fibres récurrentes, si elles existaient, eussent le temps de devenir complètement inévitables. Au bout de ce temps, il pratiquait la section haute du lingual, c'est-à-dire la section au-dessus du ganglion, puis il explorait l'irritabilité du bout périphérique du tronçon nerveux ainsi isolé.

Dans les observations qui font l'objet de son travail (*Arch. phys.*, juillet 1890), la section du nerf lingual à trois ou quatre centimètres au-dessous du ganglion sous-maxillaire n'a pas empêché cette expérience de produire ses résultats habituels. La salivation provoquée dans ces conditions ne pouvait donc être attribuée à la présence de fibres excito-sécrétoires, récurrentes, puisque celles-ci, si elles existaient, auraient forcément subi la dégénérescence wallérienne. Ceci contredit donc les arguments qui ont été opposés à l'opinion de Cl. Bernard sur l'indépendance fonctionnelle des ganglions périphériques du grand sympathique.

Dans ce même travail, M. Wertheimer se demande si le ganglion sous-maxillaire représente aussi un centre trophique pour les fibres qui y arrivent et celles qui en partent. De ses expériences Cl. Bernard a vait conclu que

le ganglion sous-maxillaire isolé de l'encéphale paraissait perdre ses propriétés, comme les nerfs avec lesquels il est en connexion. Cependant Bidder, après avoir sectionné le tronc du lingual au-dessus du ganglion et attendu le temps nécessaire à sa complète dégénérescence, dit avoir trouvé constamment intact dans le bout périphérique un faisceau de fibres provenant de la langue et allant au ganglion; mais l'excitation de ce faisceau n'avait plus aucun effet sur la sécrétion. La confirmation de ce fait aurait un grand intérêt: la dégénérescence wallérienne, en isolant ainsi, dans la portion périphérique du lingual, la racine centripète du ganglion apporterait un appui de plus à l'opinion de Cl. Bernard. De plus, on trouverait là un exemple bien net de l'influence trophique exercée par les ganglions périphériques du sympathique sur les fibres nerveuses. M. Wertheimer n'est pas arrivé à confirmer les résultats obtenus par Bidder.

A l'occasion de ses expériences sur le pouvoir réflexe du ganglion sous-maxillaire, M. Wertheimer a été amené à faire quelques recherches sur la sensibilité récurrente des nerfs sensibles de la langue. Le premier point qui l'a occupé a été de savoir si les fibres sécrétoires que Schiff dit avoir rencontrées à 3 ou 4 centimètres au-dessous du ganglion sous-maxillaire ne venaient pas du côté opposé en s'entrecroisant avec leurs congénères sur la ligne médiane. M. Wertheimer n'a rien observé de ce genre. En second lieu, il s'est demandé ce qui adviendrait par l'irritation du bout périphérique d'un nerf sensible de la langue alors que le nerf du côté opposé resterait en communication avec l'encéphale. Arloing et Tripier ont en effet montré, qu'à la face les tranches du trijumeau sont unies par la sensibilité récurrente. En serait-il de même pour les tranches linguales de ce nerf, et ces fibres récurrentes pourraient-elles par voie réflexe, provoquer la salivation du côté opposé? Le glosso-pharyngien ne se-

rait-il pas associé de la même façon au lingual ? Dans ses expériences, M. Wertheimer a noté que l'irritation du bout périphérique du lingual gauche n'agissait ni sur la sécrétion du côté correspondant, ni sur celle du côté opposé. Il est cependant possible, il est même très probable que, dans cette réunion comme partout ailleurs, des fibres récurrentes unissent entre eux les différents nerfs sensibles de la langue ; mais, des expériences de M. Wertheimer, il résulte que, si ces fibres existent, la sensibilité n'y est pas assez développée pour provoquer, par voie réflexe, la salivation.

M. Arloing, dans le but de jeter quelque lumière sur la question si difficile et si embrouillée des nerfs trophiques, a étudié les relations fonctionnelles du sympathique cervical avec l'épiderme et les glandes. Ses recherches ont porté sur le bout du nez du chien et le mufle du bœuf. Elles l'ont amené à formuler les conclusions suivantes (*Arch. phys.*, janvier 1891) : Le cordon cervical du sympathique chez le bœuf et chez le chien renferme des nerfs vasculaires, des nerfs glandulaires excito-sécrétoires et fréno-sécrétoires et des nerfs trophiques. Ces derniers exercent leur influence sur l'épithélium de revêtement et sur l'épithélium glandulaire du mufle chez le bœuf, sur le premier, chez le chien ; ces nerfs trophiques régissent à la fois les phénomènes d'entréation et d'évolution qui se passent dans l'épithélium du mufle, chez le chien ; ces nerfs n'excluent pas la présence des nerfs glandulaires dans les organes de sécrétion différenciés ; néanmoins la sécrétion spontanée est amoindrie par leur suppression.

Leur action est indépendante de celle des nerfs vasculaires et glandulaires ; celle-ci règle, dans le cas présent, l'évolution de l'épiderme. Si on la supprime, on observe soit une exagération du processus de kératinisation, soit un ralentissement de la desquamation.

M. Maurice Doyon, a entrepris l'étude de l'appareil vaso-moteur du fond de l'œil (*Arch. phys.*, octobre 1890). Ses expériences ont porté sur des chiens, des chats et des lapins immobilisés au moyen du curare, trachéotomisés et soumis à la respiration artificielle. Il a constaté que : La section du vaso-sympathique au cou n'amène aucun changement, bien appréciable du moins, du calibre des vaisseaux rétiniens.

En soumettant le bout céphalique du nerf à l'action d'un courant induit tétanisant d'intensité, moyenne ou même forte, on voit, au bout de quelques secondes, les verres se dilater; cette dilatation va, dans certains cas, jusqu'à doubler leur volume primitif. Elle se dissipe lentement et a généralement disparu au bout de quelques minutes, après la cessation de l'irritation. En supprimant la respiration artificielle (excitation asphyxique), le sympathique étant intact, on voit au bout d'une minute les vaisseaux rétiniens se dilater. En répétant l'épreuve de l'asphyxie, après la section du sympathique, la vasodilatation persiste; toutefois, elle paraît plus faible qu'avant la section.

En somme, le sympathique cervical aurait donc sa part dans la production du phénomène, mais cette part ne serait pas exclusive, il serait aidé ou suppléé dans sa fonction, par des fibres vaso-dilatatrices venant d'ailleurs, du bulbe.

Si la rétine reçoit du bulbe une partie de ses vaso-dilatateurs, il est a priori très probable qu'ils lui viennent par la voie du trijumeau. Mais ce n'est là qu'une hypothèse que M. Doyon a soumise au contrôle de l'expérimentation. Ses expériences l'ont amené à reconnaître qu'il en est des vaso-moteurs de la rétine comme de ceux des lèvres et des gencives; le plus grand nombre des dilatateurs viennent par la moelle et passent par la chaîne du sympathique cervical; d'autres, de beaucoup en minorité,

prennent leur source dans le bulbe et suivent effectivement le trajet du trijumeau.

M. Doyon se demande ensuite où sont logés les vaso-constricteurs de la réline. C'est là une question à laquelle l'expérimentation n'a pas encore répondu. Toutefois, en se basant sur les recherches de MM. Dastre et Morat qui ont montré que, d'une manière générale dans les nerfs vaso-moteurs, les deux ordres de fibres, constrictives et dilatatrices, sont intimement mélangées, on doit admettre que les vaso-constricteurs réliniens suivent leurs antagonistes, les vaso-dilatateurs, dans le sympathique cervical.

M. le professeur Morat (de Lyon), par des expériences pratiquées sur des chiens anesthésiés par la morphine et le chloroforme, a établi le trajet de la portion terminale des vaso-moteurs auriculaires. Ses expériences l'ont amené à conclure que les nerfs constricteurs de l'oreille n'abordent pas les vaisseaux auriculaires par la voie du plexus inter-carotidien, ou bien ne le suivent que partiellement et en petit nombre. Les vaso-constricteurs de l'oreille (ou du moins la plus grande partie) suivent la voie des filets qui, partant du sommet du ganglion supérieur, s'engagent dans le crâne, les uns pour contracter avec les nerfs crâniens, des anastomoses multiples, les autres pour suivre la carotide interne et ses divisions, ce sont ces filets qu'on désigne dans les traités d'anatomie comme donnant naissance au plexus carotidien ou caveux. Mais ce plexus lui-même est formé de rameaux distincts. Il faut considérer comme étant à part du plexus proprement dit un rameau anastomotique qui, du ganglion cervical supérieur, va au ganglion de Gasser et que M. Morat a désigné sous le nom de nerf cervico-gassérien. Il fallait donc décider si c'est ce nerf ou le plexus lui-même qui contient les vaso-moteurs auriculaires. D'après les expériences de M. Morat les vaso-moteurs sympathiques de l'oreille n'emprunteraient pas, pour lui

parvenir, la voie du trijumeau ; dans tous les cas, cette voie ne serait au moins pas exclusive, elle serait même de peu d'importance si toutefois elle est réelle. Il semble au contraire que ces vaso-moteurs suivent le plexus caverneux, et que, partant delà, ils pénètrent l'oreille moyenne pour gagner, par voisinage, l'oreille externe.

M. Morat se demande ensuite quels rapports existent entre le nerf auriculo-cervical et le sympathique ? On sait que le nerf auriculo-cervical est un nerf sensitif et vaso-moteur dont l'irritation du bout périphérique fait contracter les vaisseaux de l'oreille. Mais ce nerf est-il formé d'éléments indépendants, ou bien ses fibres vaso-motrices lui viennent-elles du cordon du sympathique ? et si cela est, par quelle voie et à quel niveau ? M. Morat a constaté que la destruction aussi complète que possible du sympathique cervico-thoracique n'entraînait pas la dégénération de tous les éléments vaso-moteurs du nerf auriculo-cervical, mais qu'il en restait, encore après cela, une certaine proportion. Ce nerf constituerait donc, comme l'a du reste soutenu Schiff, une source vaso-motrice indépendante du sympathique. On peut même ajouter que ce nerf contient déjà des éléments vaso-constricteurs à la sortie du trou de conjugaison ; en effet, seule l'irritation du bout périphérique de la deuxième paire périphérique (origine principale du nerf auriculo-cervical) détermine une vaso-contraction des plus nettes de l'oreille du côté correspondant. Il faudrait pouvoir exciter les racines mêmes de cette deuxième paire cervicale, autrement dit exciter le nerf avant toute anastomose possible avec des éléments vaso-moteurs venus du sympathique ; mais l'expérience est difficile et M. Morat n'a pas encore réussi à la réaliser dans des conditions irréprochables.

II. Système musculaire. — 1^o M. Chauveau a com-

muniqué à la section physiologique du 10^e congrès international des sciences médicales un mémoire où il résume et complète les données actuelles de la science sur *l'échauffement produit par la contraction musculaire*. Nous ne pouvons mieux faire que citer ses conclusions :

a) Le raccourcissement musculaire ne s'apprécie pas par la longueur absolue perdue par le muscle au moment de sa contraction, mais par le rapport de cette longueur perdue à la longueur totale de l'organe pendant l'état de repos.

b) Cette longueur totale, dans les organes isolés, dépend de la valeur de la charge et de l'état de fatigue du muscle auquel cette charge est attachée.

c) Il résulte de ces deux premières propositions que les muscles allongés sous l'influence de la fatigue ou de l'accroissement de la charge se raccourcissent et s'échauffent moins, à soulèvement égal des charges, que quand ils ont leur longueur normale.

d) Quand les muscles isolés, en état de relâchement, s'allongent sous l'influence de l'accroissement de la fatigue de la charge, ils perdent de la chaleur.

Si la cause qui les allonge vient à cesser et s'ils éprouvent alors une rétraction, ils absorbent de la chaleur.

e) Cet effet, précisément inverse à celui qui survient quand il y a création de l'élasticité active, tend à neutraliser ce dernier, c'est-à-dire l'échauffement déterminé par la contraction. Il peut même substituer à cet échauffement un refroidissement réel lorsque les muscles sont fortement allongés et n'éprouvent qu'un très faible raccourcissement du fait de la contraction.

f) Les conditions favorables à ce refroidissement sont à leur maximum quand la contraction produit un travail positif qu'absorbe une partie de l'énergie mise en mouvement.

2° A signaler aussi une étude de M. Demeny sur le *rôle mécanique des muscles antagonistes dans les actes de locomotion*. Dans les contractions statiques énergiques, ces muscles se contractent synergiquement soit pour immobiliser solidement un segment osseux, soit pour empêcher la disjonction des surfaces articulaires quand les

deux segments sont dans le prolongement l'un de l'autre.

III. Respiration. — *Physiologie de la trachée et des bronches.* — M. le Dr Nicaise (*Rev. Med. Nov.*, 89) a constaté, chez les divers animaux qu'il a examinés, que contrairement à ce qui est généralement admis, la trachée se dilate pendant l'expiration et se contracte pendant l'inspiration.

M. Wertheimer a continué ses études sur le mécanisme du phénomène de Cheyne-Stokes. On sait qu'il avait cherché à montrer que dans certains cas ce mécanisme était des plus simples et devait son origine à une inhibition incomplète des centres respiratoires. Pour continuer cette théorie par l'expérimentation, il a montré (*Arch. Phys.* janv. 91) que l'excitation des fibres centripètes du pneumo-gastrique est capable de provoquer à elle seule les différentes variétés de la respiration périodique et le phénomène de Cheyne-Stokes. Ses expériences ont porté sur des chiens dont quelques-uns ont reçu soit cinq centigrammes de morphine en injection sous-cutanée, soit deux grammes de chloral en injection intra-péritonéale; souvent aussi les animaux n'étaient pas narcotisés. Les résultats indiqués ont été obtenus presque exclusivement avec les agents chimiques. Cependant, quand, chez un animal chloralisé, on excite le nerf par un courant induit dont l'intensité reste constante, on peut, pendant le passage du courant, voir se surajouter à l'effet inhibitoire persistant, des variations successives de l'activité des centres respiratoires.

D'après les expériences de M. Wertheimer, le phénomène de Cheyne-Stokes pourrait donc bien être dû à une inhibition incomplète des centres respiratoires. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il ait habituellement ou même souvent comme cause une irritation des fibres

centripètes du pneumo-gastrique; au contraire, cette irritation réside d'ordinaire dans les organes encéphaliques. Du reste, l'expérimentation a bien montré qu'une modification purement dynamique des centres nerveux peut, par le mécanisme de l'inhibition, amener des intermittences ou des oscillations périodiques des mouvements respiratoires, sans que des changements périodiques dans la circulation ou dans la composition du sang aient eu à intervenir dans la genèse du phénomène.

Actuellement, depuis les recherches de F. Franck qui a démontré que les vaso-moteurs du poumon se détachent du sympathique à la hauteur du premier ganglion thoracique, on tend à admettre que le tronc du pneumo-gastrique ne contient pas de fibres vaso-motrices destinées aux poumons. MM. Arthaud et Butte ont fait sur la grenouille une expérience qui, comme on va le voir, serait plutôt en faveur d'une action vaso-motrice exercée par le pneumo-gastrique sur le poumon, au moins chez cet animal. On met à nu les poumons d'une grenouille par un orifice fait à la paroi. On isole le pneumo-gastrique droit derrière la membrane sympathique. On l'incise; le poumon droit s'affaisse. On met alors à découvert la langue et on insuffle de l'air pour gonfler les organes; on lie et on examine. Le poumon droit est très vasculaire, l'artère bat violemment, les petites ramifications sont très visibles. Le poumon gauche est bien moins vasculaire, l'artère est visible seulement à sa partie inférieure; les collatérales sont invisibles. On excise le pneumo-gastrique gauche, et le poumon de ce côté prend le même aspect que celui du côté droit. Dans une note envoyée récemment à l'Académie, M. Couvreur a prouvé que, chez la grenouille, les filets vaso-moteurs du poumon sont contenus dans le tronc du pneumo-gastrique. Si, en effet, on excite le bout périphérique de ce nerf, la branche cardiaque étant

coupée, on peut constater au microscope l'arrêt de la circulation dans les artérioles du poumon.

IV. Circulation. — 1° Les différents centres nerveux groupés dans le bulbe réagissent pour ainsi dire forcément l'un sur l'autre. Telles certaines variations de la pression artérielle et de la fréquence du pouls dues incontestablement chez quelques animaux à la réaction du centre respiratoire sur les centres vaso-moteur et modérateur du cœur. Telles encore les *modifications du rythme du cœur sous l'influence de la déglutition*. Chez l'homme, les mouvements de déglutition provoquent, comme l'a démontré Meltzer, une accélération des battements du cœur. Chez le chien au contraire, ils s'accompagnent d'un ralentissement ou même d'un arrêt complet de cet organe. Ce ralentissement est dû à l'association fonctionnelle de trois centres bulbaires impliqués dans le phénomène ; entrant en action, le centre de la déglutition met en arrêt le centre de la respiration, et l'inhibition respiratoire a elle-même comme conséquence un renforcement d'activité de l'appareil modérateur du cœur. Mais pourquoi cette différence de résultats chez l'homme et chez le chien ? Nous répondrons avec MM. Wertheimer et Meyer : « On comprend que les diverses associations de centre à centre ne se manifestent pas forcément sous une forme, toujours la même, que l'une ou l'autre d'entre elles peut manquer, si les connexions intercentrales, comme il est probable, varient d'une espèce à l'autre. »

2° M. François Franck a étudié *l'influence de la systole de l'oreillette droite sur les variations de la vitesse du sang dans les veines*. Perfectionnant l'hémodynamographe de Chauveau et expérimentant sur les animaux de grande taille (cheval), il a envisagé le phénomène au niveau de la veine jugulaire d'une part, de la veine cave

supérieure et du tronc brachio-céphalique de l'autre.

Les jugulaires se soulèvent brusquement au moment de la systole de l'oreillette droite. Y a-t-il véritable reflux ou simple ondulation? En aucun point de la jugulaire, répond M. Franck, le soulèvement que produit la systole de l'oreillette droite n'est dû à un reflux du sang.

Dans le tronc brachio-céphalique et la veine-cave supérieure au contraire, il existe un reflux très net qui prouve que l'oreillette droite refoule, meut, au moment de la systole, une partie du sang qu'elle contenait, dans les veines afférentes. A quoi tient cette dissemblance? Pourquoi y a-t-il ici reflux, là ondulation? Tout simplement parce qu'à l'embouchure de la veine cave et à l'origine du tronc brachio-céphalique il n'existe pas de valvule suffisante, tandis que plus haut les valvules jugulaires et brachio-céphaliques, valvules suffisantes, se laissent soulever mais non forcer par le reflux sanguin venu de l'oreillette et le transforment ainsi en simple ondulation.

3° Quels sont maintenant les *effets de la systole des oreillettes sur la pression ventriculaire et artérielle*? Pour ce qui est de la première partie de la question, clinique et expérimentation sont d'accord pour prouver qu'immédiatement avant la systole ventriculaire il y a systole auriculaire, renforcement du courant sanguin de l'oreillette vers le ventricule et par conséquent de la pression ventriculaire.

Mais la transmission des systoles auriculaires peut-elle s'opérer au travers des ventricules jusqu'aux artères pulmonaire ou aorte? M. Franck ne le pense pas. Même en diminuant notablement la pression artérielle et par suite la résistance des sigmoïdes, même en sectionnant ces valvules, même en augmentant notablement la puissance contractile des oreillettes, il n'a pu constater, au moment de la systole auriculaire, aucune augmentation de la pression artérielle.

4° A côté des dyspnées cardiaques étudiées en clinique, consécutives à une lésion des valvules ou à une altération du myocarde, et reconnaissant pour cause immédiate des troubles circulatoires des centres nerveux et du poumon, il existe toute une série de dyspnées nerveuses dont on a déjà fait mention en clinique à propos des aortites et que la pathologie expérimentale permet de provoquer et d'analyser avec détail. C'est de ces *dyspnées réflexes d'origine cardio-aortique* que M. Franck s'est occupé dans les archives de Physiologie de juillet 1890, et dont nous donnerons un aperçu rapide.

Toute irritation anormale de l'aorte et du cœur peut provoquer des troubles respiratoires réflexes. Ces troubles sont variés, et, suivant les conditions, on observe du ralentissement, de l'arrêt spasmodique ou inhibitoire, de l'accélération régulière ou arythmique. Plusieurs de ces réactions s'accompagnent de spasme laryngé, bronchique et vasculaire pulmonaire. Pas n'est besoin d'ailleurs, pour leur production, de lésion valvulaire. Quand celle-ci existe, elle ajoute de la dyspnée mécanique à la dyspnée réflexe, et l'on se trouve en présence de la dyspnée cardiaque complète.

5° Le *muscle cardiaque*, dit l'anatomie, est un muscle intermédiaire aux muscles lisses et aux muscles striés. Muscle strié, il l'est par sa striation transversale, par son irrigation capillaire. Muscle lisse, il l'est aussi par l'absence de sarcolemme, le mode d'insertion de ses fibres musculaires, sa coloration. Mais il l'est encore et surtout *au point de vue physiologique*. C'est ce qu'a montré M. René en le soumettant à des procédés d'étude habituellement employés pour l'étude physiologique des muscles lisses et en prouvant qu'il répond à l'excitation du chaud et du froid absolument comme les muscles dits thermosystaltiques, comme les fibres lisses de l'utérus, de l'intestin, des vaisseaux sanguins.

6° M. Gley a pu étudier sur un supplicié les *mouvement du cœur chez l'homme*. 4 minutes 30 secondes après l'exécution, le cœur mis à nu, battait régulièrement, mais lentement; toutes ses cavités, sauf l'oreillette gauche, étaient distendues. Après la section du péricarde, on vit le cœur s'accélérer un peu. Six minutes après la mort, avec la pointe d'un scalpel, M. Gley piqua à deux reprises le cœur de ce supplicié en deux points, très proches l'un de l'autre, du sillon interventriculaire extérieur vers la limite inférieure de ce sillon. Vingt-cinq ou trente-cinq secondes après, les ventricules entrèrent en trémulations; ces trémulations durèrent environ trois minutes.

Fait à remarquer, quelques secondes après le début des trémulations ventriculaires, les oreillettes présentèrent aussi le même phénomène. Mais bientôt leurs battements rythmiques recommencèrent; l'oreillette droite cependant entra de nouveau en trémulation, les contractions rythmiques de l'oreillette gauche seule persistaient pendant ce temps et durèrent jusqu'à treize minutes trente secondes après la mort. Les trémulations de l'oreillette droite cessèrent à peu près au même moment. Il y a donc là un cas remarquable de dédoublement des contractions des oreillettes.

V. Digestion. — MM. Maurice Arthus et Calixte Pagès ont étudié l'action du lab ferment sur la coagulation et la digestion du lait. Leurs recherches ont été faites avec du lait de vache, mais ils se sont assurés que le lait de chèvre présentait au point de vue qui les a spécialement occupés, les mêmes propriétés que le lait de vache. Leurs expériences ont démontré que le lait soumis à l'action du lab présente deux phénomènes bien distincts: une transformation chimique de la caséine, une précipitation de la caséine modifiée. La transformation chimique de la

caséine est produite par le lab ferment ; elle consiste en un dédoublement donnant naissance à au moins deux substances dérivées de la caséine, l'hémicaséinalbumose, substance albuminoïde du lacto-sérum, la caséogène, substance génératrice du caséum. Cette transformation est accélérée par les acides étendus (minéraux ou organiques), le gaz carbonique, les sels alcalino-terreux ; elle est retardée ou empêchée par le froid, les alcalis caustiques et les carbonates alcalins. Le lab ne joue aucun rôle dans la précipitation de la caséine modifiée ; les sels de chaux sont indispensables à la précipitation du lait, en même temps, ils accélèrent la transformation chimique de la caséine par le lab.

Le lab n'est donc pas l'agent direct de la coagulation du lait. Il est l'agent modificateur de la caséine, et à ce titre il doit être rangé à côté de la pepsine, de la trypsine et autres ferments des matières albuminoïdes. On pourrait donc le définir, au point de vue physiologique, le ferment digestif gastrique de la caséine.

Les deux phénomènes constituant la caséification s'observent aussi bien dans l'estomac des animaux jeunes ou adultes. Dans l'estomac, la caséification se produit sous l'influence du lab ferment. Ce dernier existe chez le jeune et provient, chez l'adulte, de la transformation d'un proferment par les acides. L'hémicaséinalbumose est absorbée par l'estomac ; le caséum appartient à la digestion pancréatique.

M. Dastre s'est attaché à fixer le rôle respectif du suc pancréatique et de la bile dans la résorption des graisses, ou plus exactement, l'importance relative de ces deux liquides. Il a d'abord pratiqué sur des chiens l'opération de la fistule cholécysto-intestinale, mais les résultats fournis par cette méthode n'ont qu'un caractère qualificatif et non quantitatif. Ils devaient être contrôlés par l'emploi d'une autre méthode. Celle-ci a consisté à supprimer

successivement l'accès de la bile dans l'intestin et dans une autre série d'expériences, l'accès du suc pancréatique, et à constater comment la digestion des graisses se comporte en l'absence du liquide biliaire et en l'absence du suc pancréatique. Les résultats dépendent de la nature de la matière grasse d'une part, et d'autre part, de la ration à laquelle elle est incorporée. Il faut donc adopter un régime constant : et, dans une première série d'essais, M. Dastre a choisi comme aliment gras, le lait.

De ses expériences se dégagent plusieurs conclusions :

La digestion des graisses sous forme d'émulsion naturelle (lait), peut parfaitement s'accomplir en l'absence du suc pancréatique. La quantité de graisse absorbée dans ces conditions varie de 65 à 80 0/0 des graisses ingérées. Elle peut s'accomplir aussi très notablement en l'absence de bile, mais cependant moins facilement; en effet, en l'absence du liquide biliaire, la quantité de graisse absorbée tombe de 57 à 65 0/0 des graisses ingérées.

La bile serait donc plus essentielle que le suc pancréatique à l'absorption des émulsions naturelles. Il résulte de ces faits que la bile, en dehors de la propriété qu'on lui attribue de faciliter l'émulsion des graisses, propriété qui n'a que peu de chose à faire dans le cas d'alimentation lactée, exerce encore une autre espèce d'action.

Pour essayer de se rendre compte de cette espèce d'action, M. Dastre a exécuté le dosage des graisses recueillies dans les excréments. Ces graisses sont sous quatre états : les graisses neutres, les acides gras libres, les savons alcalins et les savons de chaux et de magnésie. Or, en opérant sur 20 grammes d'extraits étherés partiels réunis ensemble, correspondant à deux séries d'expériences, ou à dix journées, M. Dastre n'a trouvé dans cette masse ni savons, ni acides gras, mais seulement des graisses neutres et des matières organiques non saponifiables. Il semble donc qu'en l'absence de bile la saponi-

fication des graisses neutres est empêchée, les savons ni les acides gras ne se maintiennent point dans le tube digestif. Les fèces ne rejettent que des graisses neutres.

VI. **Glandes.** — FOIE. — 1° M. Dastre, perfectionnant les procédés anciens, a établi sur le chien une *fistule biliaire permanente avec canule permanente*.

2° Il est arrivé aux résultats suivants sur les *variations diurnes de la sécrétion biliaire* :

La sécrétion biliaire est sensiblement régulière. Il existe deux maxima, l'un matinal, l'autre vespéral. L'influence des repas, c'est-à-dire de l'ingestion des aliments et du travail digestif qui lui fait suite (digestion gastrique) paraît indifférente. L'hypothèse que l'on peut faire, c'est que l'influence du repas se ferait sentir de 10 à 12 h. ou 14 heures après; l'accroissement de la sécrétion biliaire correspondrait à l'élaboration par l'organe hépatique des produits de la digestion absorbés. Les faits seraient expliquables par l'hypothèse que les maxima de l'activité sécrétoire correspondaient à la fin de l'absorption des produits digérés et à l'intervention élaboratrice de l'organe hépatique sur ces produits.

3° Dans un travail préalable, le même auteur combat l'opinion généralement admise que la *bile* entrave la *sécrétion gastrique*. Il introduit de la bile dans l'estomac d'un chien, soit au moyen de la sonde gastrique, soit par l'ouverture même de la canule, si l'animal est porteur d'une fistule gastrique et il conclut que l'introduction de la bile dans l'estomac ne produit ni vomissements ni troubles gastriques et que de plus elle n'amène point la précipitation des peptones et n'entrave pas la fonction digestive de l'organe.

4° M. Dastre a aussi mis en lumière le *rôle de la bile dans l'absorption des graisses*. On sait que depuis Cl. Bernard, l'organe hépatique est dépossédé, en partie du

moins, de cette propriété. M. Dastre a prouvé que si la bile seule est impuissante à digérer les corps gras, le suc pancréatique seul est tout aussi impuissant à les émulsionner. Il est plus affirmatif encore dans une revue récente (*Arch. de physiologie*, janvier 1891), où il démontra que la bile est plus essentielle que le suc pancréatique à l'absorption des émulsions naturelles, telles que le lait. C'est sur des expériences de fistule biliaire complète et de *fistule cholécysto-intestinale*, c'est-à-dire d'abouchement de la vésicule biliaire à mi-hauteur de l'intestin grêle que sont basées ces conclusions.

5° Notons aussi les recherches du même auteur sur *l'élimination du fer par la bile*. Distinguant au fer que la bile contient normalement une double origine: d'une part l'hématolyse ou destruction globulaire, d'autre part, la désintégration des tissus ou une absorption alimentaire surabondante, il montre que la proportion du fer dans la bile qui est en moyenne de 0,940/0 est très variable, très irrégulière et dépend du travail hématopoiétique et hématolytique que des conditions alimentaires, la plus grande partie du fer ingéré étant éliminée par les excréments.

6° Signalons encore une étude de MM. Wertheimer et Meyer sur le *passage de la matière colorante du sang dans la bile dans certaines intoxications* et quelques autres conditions d'altération du sang.

Ces nouvelles recherches atténuent, sans les détruire, les conclusions des mêmes auteurs dans les *Archives de physiologie* de 1889.

7° On sait que le *cœur* est ralenti dans le cas où la *bile* est résorbée dans le sang. Syallitta explique ce fait par une action des sels biliaires sur les nerfs intracardiaques modérateurs.

PANCRÉAS. — L'ablation totale du *pancréas* détermine de la *glycosurie*. Pour expliquer ce fait, diverses théo-

ries sont en présence. Éliminant d'abord, avec Minkoruski, l'hypothèse de lésions nerveuses, nous noterons simplement les hypothèses plausibles. Pour Schiff et Corosart, la diastase pancréatique serait normalement contenue dans le sang et éliminée par le pancréas. Dès lors, si cette diastase n'est plus absorbée par le pancréas absent, elle doit être retenue dans l'organisme en trop grand excès et par suite la transformation de la réserve de glycogène doit subir une sensible augmentation.

Pour MM. Lépine et Barral, le pancréas céderait au sang un ferment servant à la destruction de la glycose. Après l'ablation totale, ce ferment ne passant plus dans le sang, la glycose ne pourrait plus être détruite et on verrait se produire de l'hyperglycémie et une glycosurie consécutive. Pour MM. Arthaud et Butte, il y aurait suractivité de la circulation hépatique par suppression totale d'une circulation collatérale importante, dilatation du réseau artériel du foie et partant, augmentation de la fonction glycogénique de cet organe.

REINS. — 1° Jusqu'en ces derniers temps, l'action du pneumogastrique sur le rein paraissait douteuse. Par l'excitation de ce nerf, Cl. Bernard avait bien constaté chez le chien de l'oligurie, chez le lapin de la polyurie. Mais Vulpian et Eckhard étaient arrivés à des résultats contraires à ceux de Cl. Bernard, la question semblait résolue par la négative quand MM. Arthaud et Butte entreprirent leurs recherches.

Chez le chien où vague et sympathique sont réunis au cou, comme chez le lapin où ils sont séparés, la faradisation forte du pneumogastrique dans sa continuité ou de son bout périphérique, même faite au-dessous du cœur, donne un arrêt presque complet de la sécrétion urinaire. Le vague a donc, par ses rameaux périphériques, une action évidente et directe sur l'excrétion de

l'urine par le rein, et cette action est une action vasoconstrictive sur les vaisseaux du rein. L'arrêt presque complet du cours du sang dans la veine rénale, l'abaissement de la pression intra-rénale, la concomitance d'une élévation dans la pression artérielle générale, la faradisation successive ou isolée des deux pneumogastriques, tout concourt à le prouver. Un savant belge, M. Masius, est arrivé à des conclusions analogues.

2° MM. Alezais et Arnaud (de Marseille) ont étudié le caractère du *sang efférent des capsules surrénales*. Ce sang qui est contenu dans la veine émergente, puis, chez le chien, dans une veine lombaire qui le déverse dans la veine cave, est bien du sang veineux, puisqu'à l'incision des vaisseaux il s'écoule en nappe, sans pulsations, comme le sang veineux ordinaire. Cependant, lorsqu'on l'isole du sang qui vient de la paroi lombaire, on constate qu'il a les caractères du sang artériel: rutilance, double raie syntroscopique de l'hémoglobine oxygénée. La proportion des globules rouges et des globules blancs paraît normale; les petits globules rouges sont peut-être plus nombreux qu'à l'ordinaire.

VII. **Questions diverses.** — SANG. — *Globules rouges.* — Quelle raison la physiologie peut-elle fournir pour expliquer l'adaptation des organismes humains à l'atmosphère très rarefiée des montagnes et des plateaux élevés? Y a-t-il plus grande fréquence des mouvements respiratoires, accélération des battements cardiaques, augmentation des globules? Faut-il admettre que la combustion est moins rapide, ou que ses produits sont utilisés d'une manière plus complète? M. F. Viault — à la suite d'expériences pratiquées dans les Cordillères — a pu donner une solution motivée à cette intéressante question. Le séjour sur les hautes altitudes active l'hématopoïèse et peut porter jusqu'à 8.000 le

nombre des globules rouges contenus dans 1 centimètre cube de sang. M. Viault se réserve de montrer, dans une prochaine note, les conséquences qui peuvent se déduire de ce fait, tant au point de vue des phénomènes chimiques de la respiration, qu'au point de vue de la cure de la tuberculose pulmonaire par le séjour dans les pays de montagnes.

Globules blancs. — Il a été communiqué à l'Académie, par M. E. Maurel, de Toulouse, un travail sur les leucocytes du sang de l'homme. Les températures extrêmes qui puissent être supportées par les globules blancs, durant quelques instants, varient de 16° à 46° centigrades; mais les leucocytes pour vivre demandent des milieux dont la température oscille entre 38° et 45°. D'autre part, M. Maurel a entrepris d'autres expériences sur ce même sujet dans la série animale et a été conduit à formuler cette loi, qu'il existe un rapport constant entre les températures d'un animal et la plus haute température supportée par ses globules blancs.

Absorption. — La faculté d'absorption que possèdent les cavités séreuses est bien connue. On sait, en effet, que les liquides indifférents introduits dans le péritoine et la plèvre, à l'état sain, disparaissent facilement et rapidement. Mais il restait à déterminer si cette forme d'introduction était équivalente à l'introduction directe dans les veines, et si on pouvait l'employer à la place de celle-ci dans les cas où l'on veut obtenir une pénétration lente. C'est ce qu'a fait M. Dastre en expérimentant sur des chiens avec du lactose. Des expériences de ce physiologiste, il résulte que l'absorption péritonéale, pour être comparable à l'injection veineuse, exige les conditions suivantes (*Arch. Phys.*, oct. 90) : 1° Indifférence du liquide vis-à-vis de la surface séreuse; 2° indifférence relative du foie vis-à-vis

de la substance active de l'injection ; 3° concentration et quantité convenables de la solution. Pour le sucre de lait, ces conditions sont remplies si l'on prend une solution salée physiologique contenant 1 de sucre pour 40 de solution et si on introduit une quantité égale à vingt centimètres cubes par kilogramme d'animal.

Poids. — Quels sont les éléments de la sensation de poids ? Ils sont au nombre de deux, nous dit M. Charpentier ; d'une part, la pression exercée sur la peau et les tissus sous-jacents, pression qui est rapportée à l'unité de surface ou plutôt à l'élément nerveux ; de l'autre, l'effort cérébral fourni aux muscles pour équilibrer le poids, effort qui est senti seulement en relation avec l'ensemble des efforts analogues existant simultanément dans le cerveau.

Procès ciliaires. — M. Nicati a fait à la Société de biologie une communication sur la physiologie et la pathologie de la glande des procès ciliaires. Cette communication se termine par les conclusions suivantes :

L'humeur aqueuse est sécrétée d'une façon réflexe après son évacuation. Le siège périphérique de ce réflexe est la membrane iris, son siège central le ganglion ophthalmique. Il existe un nerf modérateur de la sécrétion : le trijumeau. Le ganglion de Gasser et le bulbe sont deux foyers d'origine du nerf modérateur. L'abaissement de la pression sanguine ralentit la sécrétion. La dépression sanguine agit par l'intermédiaire des centres modérateurs. La congestion capillaire, succédant à la section du sympathique, empêche l'action retardante de la dépression sanguine. Cette même congestion capillaire favorise la diffusion dans l'humeur aqueuse de la matière colorante contenue dans le sang.

Audition. — M. Charpentier a fait des recherches com-

paratives sur quelques points de la physiologie des sensations usuelles et des sensations auditives. Il a noté ainsi un certain nombre d'analogies intéressantes entre deux sens dont le mode de fonctionnement paraît, au premier abord, bien différent.

Surmenage. — Ils est admis, depuis longtemps, que le surmenage ouvre la porte à l'infection. D'aucuns disent même qu'il peut la créer de toutes pièces par les produits de désassimilation dont il encombre l'organisme. MM. Charrin et Roger, expérimentant sur divers animaux, les ont placés dans des tambours analogues à ceux qui sont annexés aux cages d'écurcuil et les ont forcés à marcher en sens inverse du mouvement imprimé au tambour. Ils ont remarqué les faits suivants: sous l'influence de la fatigue, la température s'élève rapidement et reste ensuite assez longtemps stationnaire. De plus, la bactérie charbonneuse et le bacille du charbon symptomatique tuent les animaux surmenés, tandis qu'elles épargnent ou tuent plus lentement ceux qu'on laissait au repos. Enfin, MM. Charrin et Roger, se servant alternativement d'un tambour matelassé ou non, ont montré toute l'importance qu'ont, à titre de porte d'entrée des microbes, les écorchures dans l'infection par surmenage. D'ailleurs, les microbes peuvent venir de l'intestin.

A. PILLIET.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

I. Cancer. — II. Charbon. — III. Choléra. — IV. Cœur (Maladies du). — V. Diabète. — VI. Diphthérie. — VII. Erysipèle. — VIII. Fièvre. — IX. Grippe. — X. Impaludisme. — XI. Microbiologie. — XII. Morve. — XIII. Psorospermose. — XIV. Rage. — XV. Rougeole. — XVI. Rubéole. — XVII. Sang. — XVIII. Scarlatine. — XIX. Suppuration. — XX. Tétanos. — XXI. Toxines. — XXII. — Tuberculose. — XXIII. Pseudo-tuberculoses. — XXIV. Typhoïde (Fièvre). — XXV. Urémie. — XXVI. Urines. — XXVII. Variole.

I. Cancer. — Le tissu cancéreux pris sur l'individu vivant contient, d'après Adamkiewicz¹, une substance toxique qui paralyse le cerveau des animaux en expérience et les tue en peu d'heures. L'action de ce produit n'existe plus après l'avoir soumis à la chaleur de l'étuve ou à l'action des antiseptiques. Le cancer atypique possède des propriétés toxiques exceptionnelles. Cette substance toxique est analogue à celle produite dans les tissus cadavériques. Nils Sjöbring² aurait observé dans plusieurs cas de cancer siégeant dans différents organes, la présence de microorganismes qu'il range parmi les sporozoaires. Ils existeraient dans les cellules cancéreuses très volumineuses au voisinage du noyau, séparés du protoplasma par une sorte de capsule. Ce protozoaire pénétrerait au début dans le noyau, sous forme de corps protoplasmique; puis, vivrait aux dépens du protoplasma et donnerait naissance à des spores nombreux.

1. *Wien. med. Blatter*, n° 26, 1890.

2. *Fortschritte der Medicin*, n° 14, 1890.

Il ne possède pas de noyau. M. Russell¹ n'a pu ni isoler, ni cultiver ce qu'il croit être le parasite du cancer. Il classe ce dernier parmi les champignons (fungus). Il emploie pour le colorer, la méthode suivante : 1° solution saturée de fuchsine dans une solution aqueuse d'acide phénique à 2 0/0. — 2° solution de vert iodé de Grüber à 1 0/0 dans 2 0/0 d'acide phénique en solution aqueuse. La coupe est mise dans la 1^{re} solution, puis lavée, passée à l'alcool absolu; enfin mise dans la 2° solution, déshydratée, éclaircie à l'essence de girofle et montée au baume. Le parasite est sphérique et a de 4 à 28 μ de diamètre. Arnaudet de Cormeilles² a étudié la marche de l'infection cancéreuse dans plusieurs communes du département de l'Eure. Il a observé la marche régulière de cette infection de maison à maison disposées sur la pente d'une colline. Pour lui, le contagé se ferait par l'eau, d'autant plus qu'il stagnait presque toujours de cancers de l'estomac. D'autre part, il a observé la contagion de maison à maison voisines dans une des rues de Cormeilles. La proportion des décès par cancer dans ces bourgs est trois fois plus forte que celle observée à Paris.

II. **Charbon.** — En regard des travaux de Woodhead et Cartwright, sur l'atténuation exercée par les liquides pyocyaniques sur la maladie charbonneuse, Buchner³ a recherché l'action du bacille de Friedlander sur la même maladie. L'injection des cultures de ce microbe prolonge l'évolution de celle-ci, et quelques animaux guérissent. Le même effet est produit par l'injection de cultures stérilisées. Dans une seconde série d'expériences, l'auteur se servit d'injections d'émulsion de culture stérilisée. Sur

1. *Path. Soc. of London*, 2 décembre 1890.

2. *Normandie Médicale*, Rouen 1890.

3. *Munch Med. Woch.*, 18 mars 1899 et 25 mars 1890.

21 animaux inoculés du charbon, puis ayant reçu cette substance en injection, il survécurent. L'injection de l'émulsion stérilisée produit une élévation de la température, avec frisson, trainée de lymphangite, avec douleur au pourtour de la région inoculée. Roux¹ est arrivé à produire des *bactéridies* charbonneuses *asporogènes* en ensemençant des tubes contenant du bouillon de veau, additionné de 2 à 20/10,000 d'acide phénique et stérilisés après fermeture à la lampe pour empêcher l'évaporation de cet acide. Les tubes sont maintenus à la température de 30° à 33°. Les cultures sont infécondes, sans spores, sauf la culture faite dans du bouillon contenant de l'A. phénique à 2/10.000 et chauffés pendant 15 minutes à 65°. Ensemencées dans du bouillon ordinaire, les cultures sans spores, se reproduisent sans spores, quoique n'ayant pas perdu leur virulence. Metchnikoff², contrairement à l'École de Baumgarten, a trouvé que le pigeon n'a qu'une immunité relative contre le charbon, et qu'on trouve chez lui un grand nombre de bactéries extra-cellulaires vivantes. Les phagocytes peuvent renfermer non-seulement des bactéries mortes, mais aussi des bactéries vivantes. Arloing³ a noté que dans les cultures anciennes le charbon, il reste toujours des bactéries, quoique en petite quantité, pouvant retrouver leur virulence, si elles sont transportées dans un autre bouillon de culture. Bouisson⁴ a signalé un cas de charbon intestinal chez un négissier. Latis, sur 15 essais, a eu 8 cas positifs de transmission du bacillus anthracis de la mère au fœtus. Parmi les 7 autres cas, 6 étaient à la fin de la gestation; il semblerait que le bacille du charbon ait une certaine

1. *Ann. Institut Pasteur*, 25 janvier 1890.

2. *Ibidem*, février 1890.

3. *Acad. des Sciences*, 5 mars 1890.

4. Thèse, Paris, 1890.

difficulté à traverser le placenta à cette dernière période ¹.

III. Choléra. — D'après Sti Sirena ² le bacille du choléra meurt dans l'eau potable au bout de 5 à 8 jours; dans l'eau de puits, après 24 heures à six jours; dans l'eau distillée et stérilisée, ou seulement stérilisée, il vit plusieurs mois. Dans l'eau de mer, il vit quatre jours; dans l'eau de mer prise à la sortie des égouts, il meurt au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures; dans l'eau des égouts, il vit de deux à trois jours. Cette durée dépend de la présence des saprophytes ou autres microbes. Sa vitalité dans l'eau potable explique sa propagation facile, après absorption par l'eau servant à l'alimentation. D'après Uffelmann, il meurt dans les matières fécales au bout d'un ou deux jours.

Gabuzzi ³ fait ressortir les conséquences des travaux de Bouchard et de Charrin, à savoir la présence nécessaire de l'urine alcaline pour le développement du bacille cholérique. Les cultures pures de ce dernier faites dans le laboratoire, ne communiquent pas le choléra, tandis que le contact de l'urine avec lui développe sa virulence. D'autre part, si les milieux contenant de l'urine et où il s'est cultivé, sont stérilisés puis injectés à des lapins, ces injections confèrent l'immunité à ces animaux. De ces recherches découle la nécessité de la désinfection rapide des selles et des vêtements et linges des cholériques. Gamaleia serait arrivé à atténuer le virus cholérique et à pouvoir faire des vaccinations, en chauffant les cultures à 38° pendant 2 semaines et en les agitant. On fait passer ce virus de cobaye à cobaye pour l'atténuer. Les inocu-

1. *Riforma medica*, juin 1889.

2. *Riforma medica*, 18, 10, 21 janvier 1890.

3. *Choléra, causes, virulence, contagion*.

lations se font dans la plèvre, dans laquelle se forme un épanchement qui sert pour les cultures et les inoculations en série.

IV. **Cœur (Maladies du).** — Mya et Belfanti ¹ ont produit des lésions cardiaques intenses par injection du bacille typhique, péricardite et myocardite par injection directe. Des injections de bouillon pur et de cultures stérilisées, n'ont pas développé ces mêmes lésions.

Lion ² divise les endocardites infectieuses en deux groupes: les unes, produites par des microbes non encore rencontrés; d'autres, dues à des microbes pathogènes d'autres maladies et consécutives à ces dernières. Dans les premières, on trouve soit le bacille découvert par Gilbert et Lion, soit le bacillus endocarditis griseus de Weichselbaum, le micrococcus endocarditis rugatus et le bacillus endocarditis capsulatus du même auteur. Dans les autres cas, on trouve sur l'endocardite les microbes pathogènes de la maladie causale.

V. **Diabète.** — Lancereaux ³ divise le diabète glycosurique en trois types: 1° le diabète nerveux; 2° le diabète maigre dû à une lésion du pancréas, à début brusque, symptômes accentués, amaigrissement rapide, mort en 2 ou trois ans; 3° le diabète gras, arthritique, héréditaire, avec une survie de 20 à 40 ans, amélioré par le régime azoté, l'exercice, l'hydrothérapie.

Mehring ⁴ a pratiqué chez des animaux des injections sous-cutanées de *phloridzine*, et obtenu de la glycosurie intense, mais d'une durée moindre que celle produite par l'absorption de cette substance à l'intérieur. Les injections

1. *Giorn. della R. Acad. di Torino.*, janvier et février 1890.

2. Thèse de Paris, 1890.

3. *Union médicale*, 28 janvier 1890.

4. *Mehring*; *Zeitsch. für klin. Medicin*, XV p. 431.

intra-veineuses produisent la glycosurie, sans troubles généraux ; dans tous les cas, il existe de la glycosurie, mais pas de glycémie. En privant les animaux d'hydrocarbures, il existe parfois des troubles ressemblant au coma diabétique et une production d'une grande quantité d'acétone et d'acide oxybutyrique. Chez l'homme, l'administration de la phloridzine produit rapidement des troubles généraux ; ce moyen de produire le diabète doit être connu des médecins militaires. Edgren¹ a signalé un cas de diabète insipide, avec destruction partielle du noyau lenticulaire et de la capsule interne, et Bouisson² dans un cas de diabète maigre et aigu chez un tuberculeux a trouvé une dégénérescence du pancréas et un calcul de celui-ci. Stadelmann³ a trouvé dans l'urine de certains diabétiques, de l'acide crotonique qui serait du à la décomposition de l'acide oxybutyrique. On retrouve celui-ci dans les urines, indiqué par la réaction du perchlorure de fer. L'auteur fait des injections intraveineuses d'une solution alcaline chez les diabétiques.

Rémond⁴ a extirpé le pancréas chez de nombreux chiens, ou a lié le canal pancréatique, et n'a pas obtenu dans tous les cas des résultats identiques. Après des ablutions totales de la glande, plusieurs fois il n'y avait pas de glycosurie. Schmitz⁵ a observé sur 2,320 diabétiques, 26 fois la maladie chez des époux ou chez des intimes ; il pose la question de la transmissibilité possible du diabète. Les troubles nerveux passagers, la fatigue, peuvent produire, d'après Goodhart, de la glycosurie passagère. Warren admet que, dans la glycosurie transitoire, l'urine ne dépasse pas la densité de 1,025, tandis que dans les

1. *Nordiskt med. Arkiv*, XXI, n° 13.

2. *Soc. Anat.*, 3 janvier 1890.

3. *Deutsche med. Woch.*, n° 46, 1889.

4. *Gazette des Hôpitaux*, 24 juillet 1890.

5. *Berlin Klin Woch.*, 19 mai 1890.

cas où une urine, même sans sucre, a une densité supérieure à 1,028, il est nécessaire de faire un second examen. L'acétonurie, d'après Wert¹, existe chez tous les diabétiques non comateux; elle n'existe pas toujours dans le coma diabétique; elle ne correspond pas aux variations de sucre. MM. Charcot et Auché ont signalé et étudié les lésions des nerfs chez les diabétiques.

VI. Diphthérie. — D'Espine et de Marignac² donnent au complet la technique de l'étude du bacille de la diphthérie. Le bacille est plus grêle dans les cultures que sur les fausses membranes où il s'unit souvent aux voisins en formant des boudins. Les cultures sur serum coagulé, se font rapidement; elles ne se liquéfient pas. Souvent les bacilles se disposent en groupes et présentent l'aspect de caractères cunéiformes. Une des extrémités du bacille peut se remplir parfois. Pour les colorations, le bleu de gentiane est préférable au bleu de méthylène; la méthode de Gram ne le décolore pas. Le bacille ne se développe que dans les fausses membranes, on ne le trouve ni dans le sang, ni dans les viscères; il produit une entérite œdémateuse, souvent hémorrhagique. Les injections sous-cutanées déterminent de l'hypothermie. Après inoculation, les ganglions voisins s'engorgent; le sang devient noir, chargé de CO². Le virus s'atténue par la vieillesse ou l'action du vide ou de la chaleur, et ne produit plus que des lésions locales. Ce bacille est assez résistant, ce qui est dû à la présence de spores. Après un dessèchement, si on vient à le mettre dans de bonnes conditions d'existence, la pullulation se fait de nouveau. Les meilleures substances empêchant son développement sont: l'acide salicylique, l'acide citrique, le thymol et le

1. *Medico-cin. transact.*, LXXII, 1889.

2. *Rev. Méd., Suisse Romande*, janvier-février 1890.

permanganate de potasse. Babes¹ a pratiqué des inoculations du bacille de la diphthérie chez différents animaux. Les cultures récentes produisent des fausses membranes sur la conjonctive du lapin ; au bout de quinze à vingt jours, elles ont perdu cette faculté qu'elles recuèrent dans un nouveau bouillon, mais par inoculation dans la muqueuse, elles provoquent la mort en quelques jours. Les injections de solution de culture filtrée produisent une mort rapide. Les animaux morts à la suite de la diphthérie présentent des altérations du sang, des épithéliums et de l'hyperplasie de la substance chromatique des endothéliums. L'auteur recommande pour empêcher la formation des fausses membranes, des solutions de permanganate de potasse à 1/1000, de sublime à 1/4000, de chloral à 20/0, d'acide borique à 50/0, l'alcool au 1/5. Sur 22 cas d'angine diphthérique, Escherich² a trouvé vingt fois le bacille de Lœffler ; à la suite des angines diphthéritiques, il a rencontré de nombreux microorganismes ne jouant qu'un rôle secondaire. Pour l'examen des fausses membranes de la diphthérie, MM. Roux et Yersin³ emploient la méthode suivante. On essuie les fausses membranes sur du papier buvard, on les frotte sur des amelles que l'on sèche en passant à la lampe, puis on colore au bleu de Lœffler ou au violet de gentiane par la méthode de Gram, ou avec un bleu composé de violet dahlia (1 partie d'une solution aqueuse à 10/0) et de vert de méthyle (3 parties d'une solution aqueuse à 10/0). La préparation est examinée avec un objectif à immersion homogène. D'autres microbes peuvent coexister avec le bacille de Lœffler, surtout quand il existe de la putridité, ils ont ordinairement une situation plus superficielle que ce dernier dans la fausse membrane. Pour ensemercer

1. *Archiv. f. path., anat. u. phys.*, CXX, Heft., 3.

2. *Central. blatt. f. Bakt. et Parasit.*, n° 1, 830.

3. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 2, juillet 1890.

les fausses membranes, on se sert de sérum coagulé pour avoir un diagnostic certain. L'étuve est portée à 35°, et les colonies commencent à se dessiner au bout de vingt heures. Les auteurs ont constaté, comme Wurtz et Bourges, l'absence de bacilles de Loeffler dans un certain nombre d'angines à fausses membranes. Il serait nécessaire dans ces cas de faire un isolement spécial pour ces sortes de malades. Les bacilles de la diphtérie peuvent persister longtemps dans la bouche après leur disparition des fausses membranes : ils restent longtemps vivants dans les cultures et les fausses membranes desséchées (5 mois). Ils perdent leur virulence sous l'action du soleil et de l'humidité, alternant avec la sécheresse, ainsi qu'à une température de 58° dans l'humidité. Mais, à l'état sec, ils résistent à 98°. D'après Roux et Yersin, le bacille pseudo-diphthéritique signalé par Loeffler ne serait qu'une forme atténuée du bacille diphthéritique et telle qu'on peut en produire en faisant vieillir les cultures et les ensemençant. Ces bacilles atténués ne produisent plus de toxines. Les recherches de Spronck¹ confirment celles de Roux et Yersin.

Roux a montré de plus que le bacille diphthéritique sécrétait une substance toxique produisant les troubles généraux, l'état adynamique de cette maladie ; il importe donc de détruire le plus rapidement les fausses membranes par l'arrachement, et de tuer les bacilles qui existent dans l'affection locale, par les antiseptiques. M. Roux demande la plus grande surveillance pour empêcher la contagion dans les écoles, et dans le voisinage des individus infectés, et la désinfection rapide par la chaleur des linges vêtements etc., ayant servi au malade. Brieger et Fraenkel² ont trouvé qu'une culture de bacille diphthérique portée pendant une heure à la température

1. *Centralbl. f. Allg. Path. et Path. Anat.*, 1^{er} avril 1890.

2. *Deutsch. Méd. Woch.*, 4 décembre 90.

de 66° à 70° et injectée sous la peau des animaux retardait considérablement la mort de ceux-ci lorsqu'on leur injectait une culture virulente du même bacille. La température de 70° a pour effet de faire disparaître la substance toxique de la culture (toxalbumine) tout en laissant active la substance immunifère. Behring et Kitasato¹ ont obtenu chez les animaux l'immunité contre la diphthérie, en leur injectant soit : 1° une culture stérilisée de diphthérie, 2° du trichlorure d'iode mélangé à une culture vieille de 4 semaines, 3° le liquide pleural d'animaux morts de diphthérie, 4° une culture virulente mélangée au chlorure double d'or et de soude ou au trichlorure d'iode.

VII. **Érysipèle.** — Feilchenfeld, aidé de Fehlinen², a de nouveau essayé l'effet curateur du microbe de l'érysipèle dans le cancer, chez une malade atteinte de cancer du sein inopérable, et qui est morte au bout de quatre jours. Quelques noyaux du cancer s'étaient ramollis. M. Du Cazal³ a signalé un cas de méningite par propagation consécutif à un érysipèle de la face ; les sinus frontaux contenaient du pus, et la convexité des hémisphères cérébraux était enflammée.

VIII. **Fièvre.** — Dans les fièvres chroniques, chez des malades en état d'inanition partielle, les échanges respiratoires ne sont pas modifiés d'après Kraus⁴, mais dans les fièvres par infection récente, l'augmentation de l'oxygène consommé se produit, mais rarement avec une augmentation de plus de 1/5.

IX. **Grippe.** — De nombreux travaux ont été publiés

1. *Deutsch Med. Woch.*, n° 50.

2. *Arch. Klin. f. Chir.*, XXVII, Heft. 4, p. 834.

3. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 8 janvier 1890.

4. *Zeitsch f. Klin. Medicin*, XVIII.

sur la grippe-influenza pendant l'année 1890, et de nombreuses opinions, plus diverses les unes que les autres, émises sur sa nature, sa marche et ses causes. Rappelons rapidement les différents symptômes avec lesquels elle s'est présentée à nous pendant l'hiver 1889-90. Cette étude clinique a été fort bien faite dans deux ouvrages, ceux de MM. Grasset¹ et Villard². Le début brusque de la maladie est marqué par une violente céphalalgie avec rachialgie, sensation de brisement des genoux, accompagnés parfois de syncope, d'épistaxis, de congestion de la face et de catarrhe des muqueuses. Le premier jour, la température monte à 39°-40°, celle-ci dure environ deux jours; le troisième jour, la fièvre tombe et le malade entre en une convalescence parfois longue, avec fatigue extrême et inaptitude au travail. Pendant la durée de la maladie, vers la fin du premier jour ou le commencement du second, apparaît parfois une éruption que n'ont pas notée tous les auteurs, d'abord scarlatiniforme, prenant le lendemain l'aspect morbilliforme. Grasset n'en aurait rencontré que trois cas; Villard l'a aussi observé. Nous l'avons constatée dans près du tiers des cas qui ont été soumis à notre examen³. Les différents auteurs qui ont parlé de la grippe en ont signalé différentes formes: une forme dyspnéique, une forme gastro-intestinale, une forme nerveuse⁴. Les complications les plus redoutables ont été la pneumonie, la broncho-pneumonie, surtout les endocardites, la pleurésie, l'otite, etc. Dans toutes ces affections secondaires on a trouvé la présence de streptocoque. Netter a surtout étudié la pleurésie et la pneumonie consécutives à la grippe. Dans quelques cas de pneumonie, il a trouvé, outre les strepto-

1. *Leçons sur la grippe*, Montpellier, Coulet, éditeur, 1890.

2. *Leçons sur la grippe*, Paris, Masson, éditeur, 1890.

3. *Annales de la Policlinique*, janvier 1890.

4. Brunon. — *La Grippe dans la Seine-Inférieure*. Rouen, 1890.

coques, des pneumocoques en chaînette. On a encore signalé des méningites cérébro-spinales à streptocoques. Comme complication éloignée, la tuberculose a été une des affections qui s'est le plus souvent greffée sur la lésion grippale. Les individus faibles, débiles, cardiaques, anciens catarrheux, diabétiques, ont difficilement résisté à la grippe qui en a enlevé un grand nombre.

De nombreuses discussions se sont engagées au sujet de la nature de la grippe. Plusieurs médecins de Beyrouth ont admis l'identité de cette dernière et de la dengue des pays chauds; d'autres la nient². M. Rouvier se fonde, pour admettre cette identité, sur la rapidité, la brusquerie de l'invasion des deux maladies, avec sensation de brisement dans les membres, surtout dans les genoux, avec élévation thermique au début. L'éruption, peu souvent notée chez nous, peut parfaitement ne pas exister dans certains cas de dengue observés en Asie-Mineure. De plus, il est certains cas de dengue nettement constatée, mais atténuée, n'empêchant pas les malades de vaquer à leurs affaires. Si la grippe de nos pays s'est compliquée de troubles pulmonaires, c'est qu'elle est survenue aux moments des grands froids. Telle n'a pas été l'opinion de la plupart des membres de l'Académie de médecine³, de MM. Grasset et Villard. En dehors de l'argument de la moins grande violence de début de la grippe que celui de la dengue, on s'est fondé pour combattre l'opinion de l'identité des deux maladies sur la différence du mode d'extension des deux épidémies. Pour M. Villard, la dengue s'étendrait progressivement à la façon d'une goutte d'huile, tandis que la grippe procéderait par sauts. Pour expliquer ces dif-

1. De Brun, *Revue de Médecine*, 1889.

2. Rouvier, *Identité de la grippe et de la dengue*. — Paris, Lechevalier, éditeur, 1890.

3. Voir *Comptes-rendus de l'Académie de médecine*, janvier-février 1890.

férences, il faut tenir compte de la diversité des modes de transports dans les pays où sévit la dengue et dans nos pays d'Europe. Si la grippe a sauté d'un pays à l'autre, c'est qu'elle a été transportée par les chemins de fer. On a pu voir, en effet, que, partie des points extrêmes des petites lignes de chemins de fer dans les contrées rurales, elle s'est alors étendue à la façon d'une goutte d'huile, contaminant de proche en proche. On a pu observer le transport de la maladie, par les paquets, les lettres (hôtels des postes, Grands-Magasins).

M. Teissier (de Lyon)¹ n'admet pas l'identité de la dengue et de la grippe. En Russie, la grippe a présenté le même aspect qu'en France. Il est probable que c'est par les eaux que s'est fait le transport de la maladie dans les villes. M. Teissier a trouvé dans ces eaux un strepto-bacille qui est peut-être pathogène, mais qui se trouve mélangé toujours à un grand nombre de streptocoques, staphylocoques et pneumocoques. Un fait curieux rapporté par l'auteur, est l'augmentation de l'intensité de l'épidémie, lorsque la pression barométrique s'abaisse, et sa diminution rapide lorsque cette pression s'élève.

X. Impaludisme. — Golgi² a examiné les différences morphologiques et biologiques des parasites de la malaria. Le micro-organisme de la tierce diffère de celui de la quarte. Le premier accomplit son cycle biologique en deux jours, le second en trois. Dans les globules, les mouvements amiboïdes du premier sont plus rapides que ceux du second. Celui de la tierce décolore plus rapidement le globule et produit chez lui une tendance à l'expansion, tandis que celui de la quarte le diminue de volume. Celui de la tierce est plus tenu, ses points pigmentaires

1. *L'Influenza en Russie, 1889-1890.*

2. *Archiv. par la Sc. Méd.*, XIII, n° 7.

sont moins volumineux : il se segmente en plusieurs parties, tandis, que celui de la quarte se divise seulement en deux.

MM. Roque et Lemoine¹ ont trouvé que la toxicité urinaire diminuait considérablement chez les paludéens et que le sulfate de quinine augmentait l'élimination des produits toxiques.

XI. Microbiologie. — Parmi les ouvrages traitant ce sujet en général, nous devons mentionner les *Leçons sur les maladies microbiennes*, de M. CABADÉ², faites à l'École de médecine de Toulouse. Ce livre, mis au courant de la science actuelle, traite tous les sujets importants relatifs aux maladies microbiennes ; c'est un traité exact de vulgarisation. A signaler la *Bactériologie chirurgicale* de Senn, traduite par Broca³, livre bien mis au point pour les connaissances en bactériologie utiles aux chirurgiens.

M. Foureur⁴ décrit un appareil de son invention, fort ingénieux, destiné à la culture des micro-organismes anaérobies. Pour préparer le bouillon de culture privé d'oxygène, le milieu nutritif est versé dans un matras à deux tubulures effilées dont l'une à angle droit avec l'autre. La tubulure supérieure communique par un caoutchouc avec la conduite du gaz et l'autre avec un brûleur qui sert à faire bouillir le contenu du ballon. Ce dernier est donc traversé continuellement par un courant de gaz d'éclairage. Pour la préparation du tube de culture, l'auteur plonge dans ce dernier un tube effilé branché sur un second bec de gaz ; ce dernier chasse l'air et le rem-

1. *Lyon médical*, 21 septembre 1890.

2. Cabadé. — *Leçons sur les maladies microbiennes*, 1 vol. in-8°, Paris, 1890.

3. Stenheil, Paris.

4. *Thèse de Paris*, Doin, éditeur.

place. On prend alors le matras où s'est fait le bouillon, on enlève le brûleur et son tube de caoutchouc, et on verse le bouillon dans le tube, en continuant à faire passer les courants de gaz d'éclairage et dans le ballon et dans le tube. Au-dessus du bouillon ainsi versé dans le tube, on ajoute un peu d'huile ou de pétrole, puis on stérilise. L'auteur s'est assuré que dans les tubes ainsi préparés il n'existait pas de traces d'oxygène. Pour ensemercer les tubes, M. Foureur a imaginé une aiguille de platine, soudée à l'extrémité d'un tube creux que traverse un courant de gaz. On peut ainsi aller prendre les colonies, pour les semer ensuite, sans entraîner de l'oxygène, ni dans le tube à ensemercer, ni dans le tube où on les puise. Pour l'ensemencement, il suffit d'incliner le tube pour déplacer le pétrole et découvrir le milieu nutritif. En employant ce procédé, l'auteur a pu obtenir de très belles cultures de charbon symptomatique et de vibron septique. Les cultures sur plaques du premier ne lui ont pas donné de résultats, mais elles ont réussi pour le second.

Gessard a étudié les variations de couleur produites par le *microbe pyocyanique* ; cette teinte change suivant le bouillon de culture. Dans l'albumine, elle est verte, fluorescente, sans pyocyanine; avec la peptone et la gélatine, elle devient verte et bleue et fluorescente avec le bouillon. La substance verte fluorescente se trouve dans des cultures d'autres microbes ; elle est distincte de la pyocyanine. Cette dernière est augmentée par la présence de la peptone glycérolisée soluble ou liquide. Eichel, après avoir obtenu chez le chien du pus privé de microbes, par injections sous-cutanées d'essence de thérébentine, a pu cultiver dans ce pus le streptococcus pyogenes aureus et erysipelatus, mais non le staphylococcus aureus

et le bacille charbonneux. Les sucs digestifs n'ont pas d'action antiseptique sur les bacilles et sont au contraire un milieu de culture favorable; d'après Lenbush¹, seuls, les acides biliaires libres ont un pouvoir désinfectant.

MM. Straus et Wurtz² sont arrivés à des résultats sensiblement opposés. D'après eux, le bacille de la tuberculose résiste douze heures à l'action du suc gastrique; le bacille du charbon sporulé ne résiste pas une demie heure, celui de la fièvre typhoïde résiste deux à trois heures, celui du choléra deux heures. Le suc gastrique n'agit que par son HCl. Le lait aurait, d'après Fokler³, certaines vertus bactéricides, qu'il perdrait par la cuisson. Le sang défibriné amènerait, d'après Stern⁴, la mort d'un certain nombre de bactéries. Le bacille cholérique est énergiquement atteint, tandis que l'action est moindre sur le bacille typhique et le bacille de Friedlander. Le sérum provenant des épanchements divers a la même propriété. Les affections aiguës ne semblent pas diminuer le pouvoir para-typhique du sang. Les microbes pyogènes vivent bien dans le sang. La salive, le suc gastrique, le suc intestinal, le suc pancréatique, la bile n'auraient pas d'action sur les microbes d'après le même auteur. L'action de l'urine, sur certaines bactéries, dépend de sa richesse en acide phosphorique. Haskine⁵ a démontré que les microbes peuvent prendre une certaine *adaptation aux milieux* dans lesquels ils succombent ordinairement. Ainsi, le bacille typhique meurt ordinairement quand on met de l'humeur aqueuse dans le bouillon de culture; en ajoutant progressivement à ce dernier de petites quantités d'humeur aqueuse, l'auteur est arrivé à rendre le

1. *Zeitsch f. Klin, medicin*, vol. XVII, p. 472.

2. *Arch. de méd. expérim et path*, t. I^{er}, n^o 5.

3. *Fortschritte der Medicin*, n^o 4, 1891.

4. *Zeitschrift, f. Klin, medicin*, XVIII, p. 46.

5. *Ann. Institut Pasteur*, 25 juin 1890.

bacille cultivable dans de l'humeur aqueuse pure; par contre, le bouillon devenait bactéricide. Les microbes vivants résistent à la coloration par les couleurs d'auiline, qui les imprègnent facilement après leur mort; c'est là, d'après Büchner¹, un bon moyen de reconnaître l'état vivant ou non des cellules. Le blanc d'œuf empêcherait, d'après les expériences de Wurtz, la pullulation d'un grand nombre de bacilles, par exemple ceux du charbon.

XII. **Morve.** — Babes² a montré que les bacilles de la morve peuvent pénétrer à travers la peau saine, par l'intermédiaire des orifices des follicules pileux.

XIII. **Psorosperme.** — Podwyszowski³ a trouvé dans des œufs de poule frais, des coccidies semblables à celles que l'on trouve dans le foie de lapin et dans l'intestin de la poule, et différents stades de leur développement. On en trouve dans 6 à 10 0/0 des œufs, sous forme de colonies ayant l'aspect d'une petite tache jaune-brun, situées dans le blanc de l'œuf. Le suc gastrique ouvre leurs capsules, met les spores en liberté et ne les détruit pas.

XIV **Rage.** — M Perdrix⁴ a donné le bilan des vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur de 1886 à 1889. Sur 7.893 personnes traitées, il en est mort 53 (prises de rage quinze jours après le dernier jour de traitement); la moyenne est donc de 0,67 0/0. La mortalité qui était de 0,94 0/0 en 1886, est tombée à 0,33 en 1889. En tenant compte de tous les cas, la mortalité était de 1,34 0/0 en 1886 et de 0,54 0/0 en 1889. Les cautérisations, rapide-

1. *Munich, méd., Woch*, 22 juillet 1890.

2. *Acad. des sciences*, 20 mai 1890.

3. *Centralbl. f. Algem. Path., u Path. Anat.*, 1^{er} mars 1890.

4. *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1890.

ment faites au fer rouge, ne donnent pas une guérison absolue. MM. Roux et Nocard¹ ont recherché la date d'apparition de la virulence de la bave des chiens enragés. Cette virulence apparaît entre trois jours et vingt-quatre heures avant le début des premiers symptômes rabiques. D'après Bombici², l'inoculation de capsules surrénales, provenant d'animaux morts de la rage, produit cette affection chez ceux en expérience; la rage est légère, l'incubation est longue.

XV. **Rougeole.** — Lubarsch³, dans trois cas de rougeole, a retiré de la rate ou du poulmon le streptococcus aureus.

XVI. **Rubéole.** — Juhel Rénouy⁴ rapporte 6 cas de rubéole, dont quatre ont évolué sous forme d'épidémie. Ces quatre enfants ont transmis la rubéole à douze autres dans une école où ils allaient. L'incubation dure quinze jours; l'éruption polymorphe à type le plus souvent morbillilo-scarlatiniforme, apparaissant brusquement avec catarrhe, très rarement avec adénopathie, quelquefois précédant l'éruption de huit jours. Telle n'est pas l'opinion de Talamon qui admet l'apparition fréquente de catarrhe intense des muqueuses. Chantemesse et Widal⁵ ont rapporté aussi un cas de contagion de rubéole.

XVII. **Sang.** — Hayem⁵ décrit dans l'anémie extrême quatre types de corps figurés contenus dans le sang et présentant des mouvements; ce sont des globules trans-

1. *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1890.

2. *La Riforma Medica*, 5 avril 1890.

3. *Corresp. blatt. f. Schweiz. Aerzte*, 15 février 1890.

4. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 21 mars 1890.

5. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 21 février 1890.

formés contractiles. Talamon ¹ a observé des difformations des globules sanguins par la chaleur, avec fragmentations globulaires, apparition de flagelle mobile. Senator et Westphal ont signalé deux cas de leucémie aiguë. Roux ² a signalé dans le sang des leucémiques la présence de globules rouges nucléés ; de nombreux leucocytes grands à granulations éosinophiles, basophiles et neutrophiles, à noyau unique volumineux, dont la chromatine disparaissait facilement.

Pfeffer a démontré, chez certains végétaux inférieurs, des mouvements vers certaines substances chimiques ayant une action sur eux ; il a appelé ce phénomène : *Chimiotaxie*. Gabritchewski ³ l'a retrouvé chez les leucocytes en présence des produits élaborés par les bactéries, même en très petite quantité, ou en présence de certaines substances chimiques. Ces phénomènes expliquent la résistance à l'infection. Danilewski ⁴ a examiné la phagocytose chez la tortue et les oiseaux, vis-à-vis des hémogrégarines et des microbes malariques. Les leucocytes de la grenouille englobent les hématies infectés de la grenouille. Chez les oiseaux, on voit les phagocytes envahir l'hématozoaire, qui déroule ses flagelles et les meut énergiquement, ceux-ci sont bientôt pris et l'hématozoaire disparaît dans le phagocyte. Dans l'*anémie pernicieuse*, la déglobulisation se ferait, d'après Hunter ⁵, sous l'influence d'un poison spécial produit, sans doute, dans le tube digestif et détruisant les globules. Il a trouvé dans les urines de ses malades des sulfates salins et aromatiques, dus à l'absorption intestinale de produits sulfurés ; ces produits diminuaient dans les périodes d'améliora-

1. *Ibid.*, 28 février 1890.

2. *Lyon méd.*, 22 juin 1 90.

3. *Ann. Institut Pasteur*, 25 juin 1890.

4. *Ann. Institut Pasteur*, 25 juillet 1890.

5. *Brit. med. Journ.*, juillet 1890.

tions. Rindfleisch¹ chez une malade morte d'anémie progressive, dont il a examiné la moëlle osseuse, a trouvé une grande quantité d'hématoblastes. Pour lui, ce serait à cette accumulation et à l'absence de ces corps dans le sang, que serait due l'anémie.

Chlorose. — Les hémorrhagies gastro-intestinales seraient une des origines de la chlorose, d'après Von Hoesslin². L'analyse qu'il a faite des matières fécales d'un certain nombre de chlorotiques lui a démontré que celles-ci perdent une plus grande quantité de fer et d'hématine par cette voie que les individus normaux. La déperdition du fer est due aussi à l'absence d'HCl dans le suc gastrique qui ne dissout pas celui contenu dans les aliments, et aux pertes menstruelles.

M. Probey³ a pu recueillir un grand nombre d'observations de thromboses chez les chlorotiques, tant thromboses des sinus cérébraux, que des membres. Sa thèse en comprend 21, dont la moitié environ sont inédites ou personnelles. La coagulation du sang dans les veines est précoce chez ces malades, elle se produit le plus souvent bilatéralement. Elle est d'ordinaire précédée d'une élévation de la température atteignant 38°5 à 39°. Lorsqu'elle est unilatérale, on la rencontre le plus souvent à gauche, ce que l'on peut imputer à une compression due à la constipation si fréquente chez les chlorotiques. Localisée aux sinus cérébraux, sa terminaison est d'ordinaire fatale, tandis qu'elle guérit presque toujours, si elle siège aux membres inférieurs. Toutefois, la phlegmatia alba dolens peut se compliquer d'embolie pulmonaire pouvant entraîner la mort. L'auteur a passé en revue toutes les théories admi-

1. *Arch. f. Path. An. et Phys.*, CXXI, 1890.

2. Hoesslin, *Münch. med., Woch.*, avril 1890.

3. Thèse de Lyon, Paris, Steinheil, éditeur, *De la thrombose veineuse chez les chlorotiques.*

ses à propos de la formation du caillot : diminution de la densité du plasma sanguin chez les chlorotiques, abondance des hémato blasts, et surtout dénudation de l'endothélium vasculaire aux points de frottement de la paroi veineuse. Les coagulations ne se font pas d'ordinaire aux points où la stase sanguine est la plus grande. Sans cela elle devrait se produire au niveau des capillaires. L'examen microbien du sang a été fait chez les chlorotiques. Dans 3 cas, on n'a obtenu aucune culture ; dans un cas seulement, on a trouvé des cocci isolés ou réunis par groupes, sans chaînette. Ce coccus n'a pu être cultivé que sur le bouillon de veau, et n'a pas poussé sur la gélatine. Or les 3 cultures n'ayant donné aucun résultat n'avaient été faites que sur de la gélatine. Il serait fort intéressant de continuer ces recherches qui malheureusement n'ont pu être terminées. L'auteur ne pouvant encore, en l'état actuel, admettre une cause microbienne directe, pense que la cause déterminante des thromboses est le plus souvent le surmenage musculaire, chez des individus déjà exténués. Ce surmenage jeterait dans la circulation des matières extractives pouvant léser l'endothélium des vaisseaux veineux aux points de frottement maximum. Vaquez ¹ a étudié les thromboses chez les cachectiques. La cachexie, de quelque nature qu'elle soit, prépare le terrain à l'infection. Celle-ci pénètre par toutes les portes d'entrée possibles (cavernes pulmonaires, surface ulcérée des cancers, etc.), passe dans la circulation. Les micro-organismes, se fixent aux points où la vitesse du sang est ralentie (base des valves, éperons, etc.). Dans d'autres cas, d'après les recherches de l'auteur, les microbes pénètrent par les vasa-vasorum dans les tuniques artérielles et veineuses, puis se fixent dans la couche sous-endothéliale et dans l'endothélium

1. Vaquez, Thèse de Paris 1890. Steinheil édit.

même. Là ils provoquent des lésions profondes de la veine et leurs amas s'entourent de fibrine. Il est probable aussi, que les produits solubles qu'ils fabriquent sont pour quelque chose dans ce dépôt de fibrine.

XVIII. Scarlatine. — Tous les cas d'angine pseudo-membraneuse se produisent dans les premiers jours de la scarlatine, et offrent les caractères de l'angine diphthérique, Wurtz et Bourges ¹ n'ont pas trouvé le bacille de Löffler. Ils ont rencontré constamment un streptocoque, pas identique à celui de l'érysipèle, et dans quelques cas le staphylocoque albus et aureus.

XIX. Suppuration, — La suppuration d'origine microbienne est due, comme l'a bien montré Ruffer ² à un travail de défense de l'organisme contre les microbes envahissants. Les cellules du pus ne seraient autre chose que des cellules amiboïdes, phagocytes destinées à détruire les microorganismes et à empêcher leur pullulation.

Nathan ³ a continué les expériences de Grawitz et de Bary qui semblaient prouver la possibilité de produire de la suppuration ne contenant pas de microorganismes, au moyen des injections d'ammoniaque, de nitrate d'argent, de térébenthine. Ces expériences ont été faites avec les mêmes corps, sur des chiens. Lorsqu'il y a eu des abcès, l'ensemencement du pus a donné des cultures positives, seulement quand il était fait sur des bords plats. Dans les essais des deux prédécesseurs, ce genre de culture n'avait pas été essayé, et dans leurs tubes la térébenthine ne pouvait pas s'évaporer. De ces faits découle

1. *Archives de médecine expérimentale*, 1^{er} mai 1890

2. *Brit. med. journ.*, 2⁴ mai 1890.

3. Nathan. *Arch. f. Klin Chir.*, XXXVII heft. 4.

la conclusion suivante: après les injections de nitrate d'argent, d'ammoniaque et de térébenthine, il n'y a pas toujours de suppuration; quand elle existe, le pus renferme des microorganismes. La plupart des expérimentateurs ne sont pas de l'avis de Nathan, et il est parfaitement possible de produire des suppurations en faisant des injections irritantes ne contenant pas de microbes, ou avec des cultures microbiennes filtrées.

Pawlowsky a pu produire de la péritonite chez des animaux en injectant dans la cavité abdominale des cultures filtrées de staphylococcus aureus; le liquide péritonéal étant hémorrhagique, et ne contenant ni pus, ni microbes. En se servant dans les mêmes conditions de cultures filtrées de strept. érysip., il n'y eut aucun résultat. Cet auteur conclut que, sans microbes, il n'y a pas de suppuration. Les cultures de staph. pyog. aureus, produisirent à faibles doses de la péritonite avec suppuration, et à forte dose une péritonite fibrineuse; il en fut de même avec le bacille pyocyanique. Le même auteur injecta dans le péritoine d'un lapin du liquide intestinal filtré provenant d'un autre lapin; le premier n'eut pas de péritonite. Avec des injections péritonéales de liquide intestinal non filtré, il y eut péritonite avec nombreux bacilles. Des microbes injectés à doses faibles dans le péritoine ne développèrent pas de péritonite; s'ils étaient mélangés à une substance irritante, il y avait une péritonite mortelle. C'est aux mêmes conclusions à peu près qu'est arrivé Laruelle², d'après lequel le bactérium coli tenu en suspension dans de l'eau salée stérilisée ou mélangée à du liquide intestinal stérilisé et injecté dans le péritoine ne produit pas de péritonite, tandis que s'il est mélangé à du liquide intestinal non

1. *Arch. f. pathol. u. phys.* CXVII, Heft, 3.

2 *La cellule*, t. V, fasc. 1, 1889.

stérilisé, il se produit une péritonite mortelle. Pour lui, la bile et les liquides intestinaux agissent en détruisant les cellules endothéliales du péritoine, et faciliteraient l'action du bactérium coli. D'après Waterhouse ¹ une injection intra-péritonéale d'eau contenant des staphylococcus aureus et une petite quantité de sang ou d'urine ne produisent pas de péritonite ; si on augmente ces deux derniers liquides la péritonite a lieu. D'autres expériences de cet auteur, il résulte que la muqueuse intestinale ne laisse pas passer les micro-organismes tant qu'elle est saine.

D'après Fraenkel ², dans les péritonites par perforation, ce qu'on rencontre le plus souvent, c'est le strept pyog. identique à celui de l'érysipèle ; Predohl ³ l'a retrouvé souvent, mais dans la péritonite puerpérale il a surtout trouvé des cocci.

D'après MM. Lannelongue et Acliard ⁴, les suppurations osseuses de l'ostéomyélite peuvent être produites aussi bien par le streptocoque, que par le staphylocoque doré.

XX. Tétanos. — D'après Sormani ⁵ le bacille de Nicolaïer et ses spores peuvent s'introduire par inhalation dans les voies respiratoires des animaux, sans produire le tétanos ; on peut les injecter directement dans l'arbre bronchique sans plus de résultats. Les antiseptiques, tels que l'acide phénique, l'iodoforme, l'essence de térébenthine, n'auraient pas d'action, d'après Bossana et Steullet ⁶, sur les spores de ce bacille.

1. Waterhouse, *Archiv. f. Path. anat. n. physiol.*, band CXIX, Heft, 2.

2. *München med. Woch.*, janvier 90.

3. *Id.*

4. *Soc. de biologie*, 2 mai 90.

5. *Riforma. medica*, 14 janvier 1890.

6. *Soc. de biol.*, 9 novembre 1883.

En inoculant le liquide céphalo-rachidien d'un tétanique trépané pendant la vie, à un lapin, Dor² a pu reproduire le tétanos chez ce dernier. Après la mort, la virulence n'existait plus, sauf pour un petit foyer hémorrhagique siégeant dans la substance grise. Chez les lapins inoculés, la virulence n'existe plus 3 jours après la mort. Cette virulence augmente par passage de lapin à lapin, et diminue par passage de rat à rat. On peut la diminuer en portant pendant dix minutes le cerveau d'un lapin mort de tétanos à une température de 62°. D'après Kitt³, la virulence du bacille de Nicolaiër persiste, dans le pus desséché d'un tétanique 16 mois après la mort, et l'inoculation de ce pus peut produire le tétanos.

XXI. Toxines. — Bruger et Karl Fraenkel⁴ ont étudié les différentes substances toxiques fabriquées par les microbes. *Le bacille diphthéritique* produit une matière soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, déterminant les mêmes phénomènes que le bacille lui-même. Cette substance est détruite par la chaleur à partir de 60°. Par ses réactions, ce produit se rapproche de l'albumine du sérum; son analyse la rapproche des albuminoses ou peptones. Comme action il ressemble au poison tiré des murénides par Mosso, à la dose de 2 milligr. 1/2 par kilogramme, il détermine la mort chez les lapins et les cobayes, quelquefois au bout d'un temps très long. Il ne produit pas de fausses membranes, et garde dans le vide sa virulence très longtemps. Celle-ci s'affaiblit dans les cultures au bout d'un certain temps, et cette substance fait place à une autre non toxique. Les bacilles typhique, tétanique, cholérique, charbonneux, et le staphy-

1. *Soc. de Biologie*, 17 mai 1890.

2. *Centr. Bl. f. Bakt.*, VII, 1890.

3. *Berlin, Klin Woch.*, 17 et 24 mars 1890.

locoque aureus produisent des toxalbumines. Celles du typhique, du cholérique et de l'aureus peu solubles dans l'eau, se rapprochent des globulines. Celles du tétanique et du charbon se rapprochent du diphthérique. Christmas a aussi retiré du staphylocoque aureus une substance pyogène. Hankin ¹ a retiré des cultures du bacille charbonneux une substance qui atténue son virus. Bouchard ² a démontré l'élimination d'un grand nombre de toxines par les urines. Ainsi les injections, sous la peau d'un lapin, d'urine stérilisée d'un autre lapin atteint de maladie pyocyanique, produit les mêmes symptômes chez l'animal injecté.

Pour Büchner ³ les microbes agissent sur les organismes infectés, non par des toxines sécrétées, mais par une albumine spéciale toxique qu'ils contiennent, et qui est mise en liberté par leur mort. Les injections d'émulsion stérilisée de pneumo-bacille de Friedlander produisent du pus aseptique; mais ce dernier ne se produit pas, si on débarrasse l'émulsion des cellules bactériennes qu'elle contient en la filtrant.

XXII. Tuberculose. — Le bacille tuberculeux peut facilement traverser la couche épithéliale de l'intestin, sans qu'il y ait desquamation ou ulcération de celui-ci, et par cette voie infecter l'organisme. Dobroklowski ⁴ assure de plus qu'il n'est pas besoin d'un contact prolongé du bacille avec muqueuse intestinale pour que la pénétration ait lieu, et que de plus ce passage peut ne pas provoquer de lésions de l'épithélium.

La dilution du bacille tuberculeux diminuerait sa vi-

1. *Brit. med. journ.*, octobre 1889.

2. *Arch. de Physiol.* octobre 1889.

3. *Münch. med. Woch.*, 22 juillet 1890.

4. *Archiv. med. experimentale*, 1^{er} mars 1890.

rulence d'après Bollinger et Gebhardt ². Winternitz ³ a montré les renseignements que peuvent donner sur la marche de la tuberculose pulmonaire, la disparition ou le retour, la variation de quantité des bacilles dans les crachats. MM. Héricourt et Ch. Richet ⁴ ont trouvé qu'en faisant une injection intra-péritonéale de sang de chien à un lapin, celui-ci résiste davantage aux inoculations de tuberculose ; l'évolution de celle-ci est considérablement retardée. Certains essais d'injection ont été déjà faits sur l'homme, nous n'avons pas encore vu de résultats positifs. Nous ne parlerons que pour mémoire du traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch, qui, d'après les derniers renseignements donnés par l'auteur est un extrait de bouillon de culture de bacille tuberculeux filtré et stérilisé. Les résultats plus que douteux obtenus à la suite des injections hypodermiques de cette toxine seront analysés à la thérapeutique de la tuberculose.

Dans un ouvrage fort intéressant, MM. Destrée et Gallemert ⁵ présentent un excellent résumé de l'étude des causes d'infection de prédisposition, et des moyens prophylactiques de la tuberculose. La première partie de ce travail contient une étude de cette maladie en Belgique. Nous y voyons que la mortalité de la tuberculose semble en décroissance à Bruxelles depuis une douzaine d'années, et surtout depuis 6 ans. Par rapport à la mortalité par les autres maladies, les décès par phthisie étaient comme l'est à 4 environ, jusqu'à il y a 6 ans ; depuis ils comprennent environ le 1/5 de la mortalité

1. *Münch med. Woch.*, p. 73, 4 octobre 1889.

2. *Archiv. f. path. Anat. u. Phys.*, CXIX, Heft 1.

3. *Wien med. presse*, n° 4, 1890.

4. *Acad. des sciences*, 16 juin 1890.

5. *La tuberculose en Belgique*, Bruxelles, 1889.

générale. La seconde partie est consacrée à l'étude de l'infectiosité de la tuberculose du bacille de Koch, et de sa contagiosité. Les auteurs citent les différents modes par lesquels le bacille peut entrer dans l'économie : par inoculation (piqûres anatomiques, injections hypodermiques, opérations chirurgicales, greffes, vaccination) par injection (faits de Nocard, de Bollinger, de Lamallerée), par inhalation (cohabitation). A ce propos, le travail renferme une planche très intéressante, montrant que pour l'un et l'autre sexe, le nombre des veufs décédés de tuberculose l'emporte de beaucoup sur les célibataires. Dans la troisième partie, sont relatées les causes prédisposantes de la tuberculose : hérédité, âge, sexe, pauvreté, débilitation, états diathésiques, profession. Les auteurs se rangent à l'idée de l'hérédité indirecte ; ils nous mettent sous les yeux des tableaux montrant la plus grande fréquence de la tuberculose chez les hommes, et quant à l'âge entre 20 et 40 ans, d'après les statistiques de la ville de Bruxelles. La population aisée semble aussi, et peut-être plus touchée que la population pauvre ; il faut donc considérer autant comme facteur de la tuberculose, l'alimentation mauvaise, indigeste, que l'alimentation insuffisante. Les métiers fournissant le plus fort contingent de la tuberculose sont ceux de : garçon de café, repasseuse, objets de luxe, les professions intellectuelles. Enfin les auteurs se préoccupent à la fin de leur travail de la désinfection appliquée à la tuberculose. Celle-ci doit porter sur les crachats et tous les objets en contact habituel avec les tuberculeux. Leurs expériences leur ont montré qu'un bouillon empêche le développement du bacille de Koch, s'il contient 4 0/0 de sublimé, 4 0/0 de sulfate de fer, 20 0/0 de sulfate de zinc, 20 0/0 de chlorure de chaux, 20 0/0 de thérébentine, 20 0/0 de permanganate de potasse, et 8 0/0 de savon de potasse, 4 0/0 d'acide phénique.

De plus la prophylaxie doit porter sur l'éloignement des tuberculeux des autres malades, et sur les viandes ingérées.

L'entité morbide de la scrofule a été créée au siècle dernier, tandis que l'étude de ses lésions et surtout de ses causes, de sa nature, de sa prophylaxie a été faite depuis quelques années. Mais ces derniers travaux et plus spécialement la bactériologie ont démontré que la scrofule n'était qu'une forme localisée de la tuberculose. Dans son travail, M. Onnat¹ semble ne pas vouloir admettre ce fait bien démontré actuellement ; il se range du côté de l'opinion de la scrofule, entité morbide d'origine héréditaire, ou *dystrophie d'évolution*. L'hérédité joue un rôle, mais celui de la prédisposition par suite de la faiblesse native ; comme toutes les causes résultant du défaut d'hygiène et d'alimentation entraînent la délabération, rendant l'individu moins apte à lutter contre l'agent pathogène de la tuberculose. En regard de ces deux grandes causes prédisposantes de la scrofulo-tuberculose, sont étudiées la prophylaxie héréditaire et la prophylaxie individuelle. Dans le premier groupe se range l'hygiène du mariage et de la grossesse ; dans le second, l'hygiène de l'enfance. Au début de la vie, le choix d'une nourrice est indiqué, si la mère est inapte par sa faiblesse de constitution, la petite quantité de son lait à alimenter son enfant. Il nous semble que l'auteur confond la débilité constitutionnelle de l'enfant avec la scrofule, car il dit qu'à cet âge, la scrofule n'existe alors qu'« en tant que prédisposition ». Plus tard, après la première enfance, le traitement maritime est indiqué, puis l'hygiène, l'aération, la bonne alimentation, qui même peuvent enrayer la scrofule, lorsqu'elle est apparue. Les manifestations de celles-ci se produisent suivant chaque âge, au niveau des orga-

1. *Scrofule*, Montpellier, 1889.

nes ayant l'activité fonctionnelle la plus grande ; système lymphatique dans les premières années, des articulation au moment de la croissance ; aussi faut-il surtout porter les efforts de l'hygiène prophylactique vers ces points menacés.

XXIII. Pseudo-tuberculoses. — Ebstein et Nicolaïer ¹ ont trouvé dans le rein des chiens des granulations grises ou gris-jaunâtre contenant un ver enroulé en spirale. Ces granulations présentaient absolument l'aspect de celles produites par le bacille de la tuberculose. Les mêmes auteurs trouvèrent des granulations semblables dans le poumon de 2 chats renfermant un ver plus petit. Toutes ces granulations ne contenaient pas de parasites monocellulaires. Zagari ² a trouvé chez un cobaye des nodules ressemblant à des tubercules, contenant des microcoques en zooglées ou isolés. L'auteur a pu les cultiver sous la même forme et les inoculer à des cobayes chez lesquels se sont produit les mêmes lésions que chez le 1^{er} MM. Grancher et Ledoux-Lebard ³ reprennent la question des tuberculoses zooglées, et montrent qu'on peut obtenir avec des cultures de pseudo-tuberculose des formes microbiennes semblables à celles dont est composée la zooglée chez l'animal atteint de tuberculose zooglée, et que les cultures peuvent dans certaines conditions, se développer en zooglées chez l'animal inoculé. Chantemesse, Widal et Dieulafoy ⁴ ont mentionné plusieurs cas de tuberculose à tubercules contenant dans leur intérieur un *aspergillus* qu'ils ont pu cultiver, et dont les inoculations ont reproduit des lésions tuberculeuses.

1. *Archiv. f. path. Anat. u. Phys.*, CXVIII, Heft 3.

2. *Fortschritte des medicin* nos 15-16-1889.

3. *Arch. de med. expérimentale*, septembre 1890.

4. Congrès de Berlin 1890.

XXIV. **Typhoïde (fièvre).** — Dans un cas de fièvre typhoïde, Legry ¹ a trouvé le bacille d'Eberth dans le foie. Dans le cours de la fièvre typhoïde, on peut voir apparaître des érythèmes infectieux, décrits par Lowy Hutinel et Martin de Gimard ². Ils sont dûs probablement à des affections secondaires, et peuvent se terminer par la mort. Les injections secondaires de la fièvre typhoïde ont été étudiées par Michon ³ qui a trouvé le plus souvent les microbes pyogènes ordinaires, et dans quelques cas le bacille typhique seul, pouvant agir comme microorganisme pyogène. Arustamoff ⁴ et Karlinski ⁵ ont trouvé très souvent dans la pneumonie typhoïde le bacille d'Eberth en même temps que le diplocoque de Fraënkell, ou des streptocoques. Loriga et Pensuti ⁶, dans un cas de pleurésie typhoïde, ont reconnu la présence du bacille typhique à l'exclusion de tout autre microorganisme. Toutes les nouvelles recherches ont établi de plus en plus la présence du bacille d'Eberth dans les eaux, et son transport par cette voie dans l'organisme, pour produire la fièvre typhoïde. On a pensé que le bacille d'Eberth et le bacterium coli, qui habite ordinairement l'intestin étaient un même microorganisme. Cette assertion n'est pas encore prouvée.

Après avoir énoncé les règles de l'hygiène destinées à la préservation contre les atteintes de la fièvre typhoïde, et portant sur l'eau, sur la désinfection des habitations etc. M. Bourgeois ⁷ pose la question de la vaccination antityphoïdique. Il pense que les études à venir nous

1. Th. de Paris, 1890.

2. *Méd. moderne*, 23-30 juin 1890.

3. Th. de Lyon, 1890.

4. *Centr. Bl. f. Bakt. u. Parasit.*, VI et VII, 1890.

5. *Fortschritte des medicin*, n° 18, 1889.

6. *La Riforma medica*, 6 septembre 1890.

7. *Fièvre typhoïde atténuée*, Paris, O. Doin, éditeur.

apprendront les modes d'atténuation du virus typhoïdique. Il se base sur le fait de l'atténuation de ce virus chez un individu primitivement atteint, et pense que cette vaccination pourra être faite en même temps que la vaccination variolique. En attendant ce moment, la clinique et la thérapeutique nous offrent des ressources pour atténuer la virulence du bacille typhique.

Le D^r Jacobsen ¹ cite 3 observations de *fièvre typhoïde intermittente*. Comparant les études faites en Europe sur le même sujet, il arrive à conclure à l'identité de cette forme de la fièvre typhoïde en Amérique et sur l'ancien continent. Les intermittences sont caractérisées par des interruptions de la courbe thermique répétées ou continues et limitées à une des périodes de la maladie, ou durant pendant toute la marche de celle-ci. Les rémissions ne modifient en rien le cours de l'affection, qui n'en continue pas moins. Le plus souvent c'est pendant la période du 1^{er} stade que ce phénomène apparaît, souvent même dès le début, puis plus tard pendant le stade amphibole. Tous les autres signes classiques de la fièvre typhoïde existent et font faire le diagnostic. Néanmoins dans certains cas, l'infection typhique ou l'infection paludéenne peuvent l'emporter l'une sur l'autre. Le pronostic ne diffère pas sensiblement de celui de la fièvre typhoïde ordinaire. D'après Uffelmann le bacille typhique conserve sa virulence pendant 4 mois dans les matières fécales.

XXV. Urémie. — Dans la forme gastro-intestinale de l'urémie on rencontre d'après Barié ² des stomatites qu'il range sous deux formes : pultacée, ulcéreuse.

1. *Fièvre typhoïde intermittente*, Habana, 1800.

2. *Arch. de méd.*, octobre, décembre, 1889.

XXVI. Urines. — La présence de l'urobiline dans l'urine indique, d'après Hayem ¹, une lésion du foie, une insuffisance hépatique. Mueller signale un fait de pneumaturie. L'abus constant de la morphine peut engendrer l'albuminurie chronique comme M. Huchard en a rencontré 3 cas ². Dans le morphinisme aigu, il existe d'autre part, parfois une albuminurie transitoire.

Résumant les travaux des différents auteurs et les siens propres faits sur l'excrétion de l'acide urique, le Dr Haig ³ arrive à émettre les conclusions qui suivent. Il est plus important, dans les affections uriques, d'observer l'excrétion que la formation de l'acide urique; lorsqu'il est produit et excrété dans une proportion de 1/33 par rapport à l'acide urique, aucun accident ne se produit. Certaines substances augmentent l'excrétion de l'acide urique, tels les salicylates, d'autres diminuent cette excrétion comme les acides, soit qu'ils soient mélangés aux aliments, soit qu'ils se produisent dans l'intestin, ou qu'ils soient retenus dans l'économie à cause de l'insuffisance des glandes de la peau. Les substances augmentant l'excrétion de l'acide urique ne peuvent agir plus d'un ou 2 jours; elles agissent seulement sur son excrétion et non pas sur sa formation. Il reste continuellement dans l'économie une certaine quantité d'acide urique. Si le rein n'arrive pas à excréter le taux nécessaire de cet acide, cette quantité augmente de plus en plus. Cet excès dans le sang est la cause des céphalées, de la dépression mentale, de la tension artérielle et peut-être de l'épilepsie chez les rénaux. Si cet excès est extrait du sang, et passe dans les jointures, il produit la goutte et le rhumatisme. Les aliments qui augmentent la

1. *Soc. méd. des hôp.*, 13 décembre 1889.

2. *Ibid.*, 9 mai 1890.

3. *A. Haig. formation and excretion of uric acid.* M. Wood, éditeur, New-York.

formation de l'urée : aliments d'origine animale, favorisent l'apparition de la goutte et du rhumatisme, et indirectement la céphalée, la dépression mentale etc. C'est en produisant des acides que ces aliments agissent, augmentant non seulement la formation de l'acide urique, mais encore de l'urée. La diminution de l'acidité des tissus s'obtient par l'usage des substances salines ou alcalines, des fruits et des végétaux ; ces substances facilitent l'excrétion de l'acide urique. L'exercice aide les échanges et accroît ainsi l'excrétion de ce dernier. L'opium produit sa rétention, et augmente l'acidité du sang.

XXVII. Variole. — Huchard ¹ classe comme il suit les cas de variole : 1° varioloïde, fièvre de suppuration manque ou ne dure pas plus de 4 à 6 heures — 2° variole discrète (30 à 40 pustules à la face) — 3° v. cohérente (pustules nombreuses mais distinctes) — 4° v. confluyente (confluence dès le début de l'éruption) — 5° hémorrhagique d'emblée — 6° hémorrhagique secondaire.

Aimar **RAOULT.**

1. *Soc. méd. des hôpitaux*, 28 mars 1890.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

§ 1^{er}. — Maladies du nez et des fosses nasales.

I. Ulcère perforant de la cloison. — II. Ozène. — III Déviation de la cloison. — IV. Des phénomènes réactionnels à la suite des opérations nasales. — V. Bourse de Luschka. — VI. Sinus.

I. Ulcère perforant de la cloison des fosses nasales. — Cet ulcère présente comme caractères de se montrer sous la forme d'une perte de substance arrondie, limitée à la portion cartilagineuse de la cloison; il reconnaît pour cause la mortification des couches superficielles de la muqueuse qui détermine une périchondrite et une nécrose du cartilage et consécutivement une perforation de la cloison. La perte de substance comprend toute l'épaisseur du septum. Pour expliquer la pathogénie de cet ulcère, les auteurs ¹ font remarquer que l'apport sanguin de la portion cartilagineuse de la cloison provient de cinq sources différentes, ce qui est une cause de stase sanguine, de formation de varices veineuses, de thromboses et d'hémorrhagies. Les thromboses peuvent reconnaître pour cause occasionnelle les irritations extérieures (ongles du malade, poussières); la profondeur à laquelle pénètrent les glandes facilite l'introduction des divers agents pathogènes jusqu'au voisinage du périchondre. Cet ulcère, dont la nature a été longtemps méconnue, se distingue de ceux de la tuberculose et de la syphilis en ce que, dans cette dernière affection, l'ulcération est généralement accompagnée d'autres manifestations muqueuses ou cutanées. En outre, l'ulcère spécifique attaque la cloison

1. Hajek. *Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand*, in *Virchow's Arch. für. path. Anat.*, CXX.

Dietrich. *Das Ulcus septum nasi perforans*, in *Mon. f. Ohr.* 1890. 11.

osseuse et détermine consécutivement l'ensellure du nez, tout en continuant de s'agrandir, si l'on n'y met obstacle par un traitement rationnel. Il en est autrement de l'ulcère simple qui guérit spontanément dès que la perforation s'est effectuée. De plus, cette dernière perforation ne s'accompagne jamais d'autre altération du reste de la muqueuse. Quant à la tuberculose de la cloison, elle se manifeste par la présence de granulations. Lorsque le septum est perforé, les bords de l'ouverture s'épaississent et le processus gagne les parties voisines. Il est en outre facile de constater l'existence des bacilles dans la tuberculose nasale.

II. Ozène. — L'explication de l'odeur fétide de cette affection n'est pas encore complètement élucidée. Si, depuis la découverte de la rhinoscopie, on a pu remarquer que cette maladie s'accompagnait d'atrophie des cornets, certains auteurs ont cependant admis qu'elle était produite par la suppuration des sinus sphénoïdaux ou des cellules ethmoïdales (Michel); d'autres ont attribué la fétidité à la transformation de glandes muqueuses (Habermann), ou bien encore à l'accumulation de détritux graisseux accumulés dans la muqueuse (Krause). Lowenberg a découvert la présence d'un diplocoque que nous avons retrouvé et cultivé. Morano ¹ a également constaté l'existence constante d'un bacille large et court, souvent accolé en diplocoque et entouré d'une zone claire qui lui forme capsule. Les inoculations pratiquées dans des milieux variés ont déterminé un développement de microorganismes se présentant les uns sous l'aspect de petites taches arrondies et jaunâtres, les autres sous forme de saillies brillantes, de couleur blanchâtre. Les premières contiennent un microcoque en chaînette, les secondes un

1. Marano. *Arch. ital. di laring.*, 1890, janvier.

bacille en capsule, analogue au diplocoque de Lowenberg; ce bacille, renflé à ses extrémités, a beaucoup de ressemblance avec le pneumocoque. Il se colore facilement par le violet de gentiane ou le violet de méthyle, qui laissent intacte la capsule. Les expériences de Marano ne lui ont pas permis de conclure que ce rhinobacille produisait à lui seul l'odeur de l'ozène; il faut pour cela le mélanger avec une culture de staphylocoques; au bout de deux jours, la fétidité se dégage. Tout essai d'inoculation chez les animaux a été suivi d'insuccès,

III. Déviation de la cloison ¹ — Le développement de la cloison nasale se fait par la réunion de l'apophyse frontale avec les os palatins qui se soudent sur la ligne médiane. Les déviations et les épaissements se produisent quand le développement de la cloison se fait plus rapidement que celui des parties voisines, quand deux portions formant le septum ne se réunissent pas sur la ligne médiane, quand les os palatins sont plus élevés par rapport aux parties voisines, enfin quand il y a développement exagéré sur une des faces de la cloison.

Les difformités traumatiques peuvent amener des déviations avec ou sans hypertrophie, la formation de crêtes sur la cloison ou des saillies en forme d'épines. Dans les déviations le vomer est toujours sur la ligne médiane, et ses points d'implantation sur le plancher des fosses nasales ou sur le vomer; l'inflexion siège soit sur la ligne de réunion entre le vomer, le cartilage quadrangulaire et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, soit entre cette dernière lame et le cartilage quadrangulaire. Toutes les crêtes se dirigent en haut et en arrière ou en bas et en arrière. Les parties cartilagineuses peuvent être enlevées facilement au moyen du galvanocautère et les parties

1. Hartmann. *Congrès de Berlin*, 1890.

osseuses par le ciseau. On peut encore avoir recours à l'emploi de l'électrolyse. MM. Bergonié et Moure¹ ont récemment préconisé l'usage de l'électrolyse bipolaire qui consiste à enfoncer deux aiguilles dans la cloison, l'une étant en communication avec le pôle positif, l'autre avec le pôle négatif.

IV Des phénomènes réactionnels à la suite des opérations nasales. — Les auteurs ont signalés diverses manifestations nerveuses à la suite des opérations nasales : c'est ainsi qu'on a noté tour à tour de l'asthme, des migraines, de la tuméfaction de la jointure des mains, la maladie de Basedow ; une méningite s'est même déclarée à la suite d'extraction de polypes ; Voltolini a observé plusieurs cas d'otite moyenne et Schneider a signalé des symptômes de pyohémie ; aucun auteur toutefois n'a vu survenir un érysipèle ; quoique cependant ce dernier prenne si souvent naissance dans le nez².

Treitel³ a remarqué que la muqueuse nasale se congestionnait presque constamment et que l'escharre galvanocaustique avait une tendance à récidiver ; toutefois on peut éviter cet inconvénient par l'emploi de badigeonnages à la glycérine iodée. Souvent les opérés accusent quelques troubles de l'état général consistant en courbature, perte de l'appétit, céphalalgie et un léger mouvement fébrile. Ces symptômes se montrent, quel qu'ait été le point du nez sur lequel ait porté l'opération ; mais ils surviennent surtout à la suite de cautérisations des extrémités des cornets inférieurs. Ils sont le résultat de l'hypérémie de la muqueuse ou même la conséquence d'un coryza.

1. Moure et Bergonié, *Congrès de Berlin*, 1890.

2. Un de nos confrères nous a fait connaître une observation en contradiction avec l'opinion précédente, J. B.

3. Treitel, *Berl. kl. Woch.*, 21 et 28 avril 1890.

D'autres fois, ils sont dus à une amygdalite. Celle-ci débute en général deux ou trois jours après l'opération galvanocaustique principalement. Elle se montre très rarement après l'extraction de polypes. L'amygdalite peut être unilatérale ou bilatérale; l'amygdale pharyngée peut également être affectée. L'angine, dont la marche est toujours favorable, sans jamais devenir phlegmoneuse, ne serait qu'une simple coïncidence d'après Traitel. S'il survient une otite moyenne, elle est légère et disparaît spontanément sans avoir suppuré.

Parmi les accidents nerveux, il faut signaler tout d'abord ceux qui se produisent au cours de l'opération par suite de l'excitation de certains nerfs, comme le naso-palatin de Scarpa, quand on fait une application de galvanocautére sur la cloison, ou comme le nerf sus-orbitaire. Dans les opérations sur les parties supérieures des fosses nasales, on provoque des douleurs à la nuque, à l'occiput ou dans l'oreille. Il se produit encore des nausées, des vertiges, des vomissements, et même une véritable syncope.

Les accidents nerveux consécutifs à l'opération se montrent généralement sous forme de névralgies du trijumeau, du plexus cervical et brachial. On constate aussi un ébranlement général du système nerveux avec prostration, amaigrissement, pâleur, incapacité de travail et même dérangement passager de l'esprit.

V. Bourse de Luschka. — Tour à tour on a affirmé, puis nié l'existence de cette glande. Récemment Polchen² a essayé de faire la lumière sur ce sujet. Il a détaché le pharynx entier avec la base du crâne pour en étudier la disposition des parties sur une série de coupes faites après congélation. Il a constaté qu'à la partie mé-

1. Ruault, *Arch. de lar.*

2. Polchen, *Virchow's Arch.*, Bd CXIX, I.

diane du pharynx nasal, il y avait constamment une dépression due probablement à la présence des muscles longs de la tête qui, en s'insérant sur l'occipital, forment deux bourrelets bordant une dépression recouverte par la muqueuse pharyngée. Le tissu adénoïde est-il très développé, la fente et le recessus se trouvent comblés et disparaissent. D'autre part, à propos d'une pièce présentée par le docteur Gellé à la société d'otologie, au sujet de laquelle nous avons émis l'opinion que l'examen histologique démontrerait fort probablement la non-existence d'une glande spéciale, M. Retterer a pu vérifier que la bourse de Luschka n'était qu'un diverticulum de la muqueuse pharyngée. Aussi croit-il qu'il s'agit en l'espèce d'un processus irritatif qui a multiplié les replis de la muqueuse et l'a étendue en surface. Consécutivement, par suite du retrait successif, des cavités se sont formées, le tissu s'étant replié sur lui-même en plusieurs endroits. Que cette glande existe ou non, le catarrhe rétro-nasal ne saurait être mis en doute. Il en existe deux formes : une forme hypertrophique et une forme atrophique. Dans la première, les sécrétions s'accumulent dans les fentes du tissu adénoïde ou entre les trabécules cloisonnant les fossettes de Rosenmuller. La forme atrophique s'accompagne souvent d'une odeur fétide de l'haleine.

Le catarrhe peut être diffus à occuper toute la voûte pharyngée ou être localisé seulement dans la bourse pharyngée (Tornwaldt), ou dans les différents recessus du pharynx (Gerber¹, Wendt). Le traitement du catarrhe diffus consiste en badigeonnage du pharynx avec des solutions astringentes ou iodo-iodurées, suivant qu'il s'agit de la forme hypertrophique, ou de la forme atrophique.

1. Gerber, *Der Retronasalkatarrh und seine Behandlung mit besonderer Berücksichtigung des morbus Tornwaldtii*. *Ther. Mon.* 1890.

Dans le cas de catarrhe circonscrit, on emploie le nitrate d'argent fondu sur une sonde que l'on introduit dans les fentes de la voûte pharyngée.

VI. Sinus ¹. — Les affections des sinus sont fréquentes. Le sinus maxillaire est le plus souvent atteint, puis viennent le sinus frontal, le sinus ethmoïdal et plus rarement le sinus sphénoïdal. Généralement la lésion est unilatérale, quelquefois bilatérale; plusieurs sinus peuvent être atteints en même temps. Parmi les causes générales des affections des sinus, on signale 1° la modification de leur conduit par l'hypertrophie aiguë ou chronique de la muqueuse ou par des polypes muqueux et 2° la propagation des processus inflammatoires du nez. L'empyème de l'antra d'Hygmore est dû à des affections dentaires du maxillaire supérieur, principalement la carie des racines, la périostite alvéolaire, l'évolution des dents dans le sinus maxillaire, le plombage défectueux, le séjour des racines dans l'alvéole. Les maladies du nez occasionnent rarement une affection des sinus.

Le diagnostic repose surtout sur les symptômes objectifs. En général, on constate l'écoulement par l'une des narines d'un liquide purulent sentant mauvais. Dans l'empyème du sinus maxillaire, le pus s'écoule entre le cornet moyen et la paroi externe du nez. Souvent la présence du pus est révélée par la douche et l'inclinaison de la tête. L'éclairage électrique ne donne pas toujours un résultat absolu à cause de l'épaisseur des parois des sinus. Pour éclairer le sinus, on introduit dans la bouche une lampe électrique: le rebord orbitaire inférieur reste obscur s'il y a un amas de pus dans le sinus; dans le cas con-

1. Mac Bride. *Diagnostic et traitement des maladies des cavités annexes des fosses nasales* (Cong. de Berlin, 1890).

Schech. *Diagnostic et traitement des affections des sinus* (*Ibid.*).

Vohsen. *De l'éclairage par transparence du sinus maxillaire* (*Ibid.*).

traire, il paraît rouge et brille d'un vif éclat. Le sondage, l'injection et la ponction exploratrice fournissent des résultats plus exacts ; mais les deux premiers moyens ne peuvent s'appliquer dans quelques cas. La ponction pratiquée par le nez ou par la fosse canine a la même valeur pour le diagnostic, mais non pour le traitement. Parfois le diagnostic ne peut être fait qu'après une longue observation, un examen attentif dans diverses positions et l'extirpation de néoplasmes ou la guérison d'hypertrophie de la muqueuse.

Il faut dilater et laver les conduits des sinus, traiter les dents cariées et les fistules par les moyens ordinaires. En général, la douche nasale et l'injection par le nez n'ont pas donné un bon résultat ; il vaut mieux recourir à l'ouverture par l'alvéole. Quelquefois, le sinus sera ouvert par le nez ou par la fosse canine. Bresgen¹ débarrasse le sinus maxillaire du pus qu'il contient, au moyen de l'insufflation d'air par l'orifice naturel de cette cavité dans lequel il introduit un trocart muni d'un appareil à douche nasale. Si l'air est refoulé avec précaution dans le sinus, le malade n'éprouve aucune douleur. Le sinus étant débarrassé du pus qu'il en contenait, on met le trocart en communication avec le pulvérisateur de Kabierské renfermant de l'iodoforme ou de l'iodol.

J. BARATOUX.

1. Bresgen, *Traitement sec du nez et des sinus voisins* (Cong. de Berlin).

§ 2. — Maladies du pharynx et du larynx

I. Amygdalectomie et hémorrhagie. — II. Phlegmon aigu infectieux du pharynx et du larynx. — III. Tuberculose. — IV. Apsithyrie — V. Pachydermie laryngée.

I. Amygdalectomie et hémorrhagie. — Les observations d'hémorrhagies consécutives à l'amygdalectomie pratiquée avec le bistouri ou l'amygdalectome ne sont pas très rares dans la science. Dans un travail très incomplet, le D^r Désiré¹ qui a cherché à *réhabiliter* en France cette opération sanglante, malheureusement omis de citer les cinquante-trois faits d'hémorrhagies survenues après l'amygdalectomie, comme l'avait consigné dans sa thèse le D^r Ricardeau² qui donnait la préférence au thermocautère pour le traitement de l'hypertrophie des amygdales. Déjà Lefferts avait classé les hémorrhagies post-opératoires en quatre groupes, comprenant : 1^o les cas mortels, très rares du reste ; 2^o les cas dangereux ; 3^o les hémorrhagies sérieuses et 4^o les hémorrhagies habituelles. La plupart des auteurs admettent que l'amygdalectomie peut être pratiquée comme méthode générale chez l'enfant ; cependant, il peut se produire des accidents comme l'ont signalé Noquet, Moure³, etc. C'est même à propos de ce dernier cas, que la question a été posée devant la Société de chirurgie par le D^r Schwartz.

Il s'agissait d'un enfant de sept ans, atteint de tumeurs adénoïdes et d'hypertrophie des amygdales qui occasionnaient fréquemment un état aigu tel que l'enfant suffoquait absolument. L'opération faite, la plaie est baignée au jus de citron et baignée constamment par

1. Désiré, *Thèse de Paris*, 1890.

2. Ricardeau, *Thèse de Paris*, 1886.

3. Moure, *Soc. de chirurgie*, 30 avril 1890.

de l'eau glacée à laquelle on ajoute de l'alun et du tanin. Quelques heures après survient une hémorrhagie qui laisse après elle un caillot vers la partie moyenne de la loge amygdalienne gauche. Le neuvième jour, l'eschare de l'amygdale n'était pas encore détachée, l'enfant est repris au milieu de son sommeil de vomissements de sang qui mettent sa vie en danger. Le D^r Moure conseille d'empêcher les jeunes opérés de dormir pendant les premières heures qui suivent l'amygdalotomie et de surveiller la plaie tant que l'eschare n'est pas complètement détachée.

Dans le cours de la discussion qui suivit la lecture de cette observation, le D^r Quenu s'est prononcé pour la cautérisation, MM. Marc Sée et Chauvel ont pensé qu'on avait exagéré la fréquence des hémorrhagies ; MM. Verneuil et Lucas-Championnière ont émis l'opinion que si l'on pouvait accorder la préférence à l'amygdalotomie chez l'enfant, il n'en était plus de même chez l'adulte où l'on doit toujours recourir à la méthode signée.

Le D^r Wright¹ emploie l'amygdalotome ordinaire de Mackenzie transformée en galvano-cautère. La lame d'acier à bord tranchant convexe est remplacée par une lame de papier comprimé, évidée à une de ses extrémités en forme de croissant. Une anse de platine est cachée dans cette partie ; elle est reliée à deux anses de cuivre appliquées sur les côtés de la lame aux vis d'attache de l'autre extrémité. Le D^r Toison² a imaginé également un instrument analogue.

II. Phlegmon aigu infectieux. — Cette maladie se

1. J. Wright, *Hemorrhage after amygdalotomy with a description of a galvano-cautery amygdalotomy* (New. Y med. Journ) 30 août 1890.

2. Toison. *Soc. des sc. méd. de Lille*, 1890.

caractérise d'après le D^r Massei¹ : 1^o par le boursoufflement de la muqueuse qui naît presque constamment du tissu adénoïde de la base de la langue pour rejoindre l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques ; 2^o par la facilité avec laquelle le boursoufflement d'un point se porte à un autre et 3^o par la marche irrégulière de la fièvre qui au commencement s'élève à 40 et même 41^o pour tomber rapidement et remonter de même. Ces trois caractères séparent l'érysipèle du larynx de la simple laryngite phlegmoneuse et de l'œdème angio-neurotique de Strübing qui n'est pas accompagné de fièvre, qui a une marche très rapide et se joint à un œdème de la figure et de la poitrine. L'érysipèle du pharynx peut se confondre avec une angine commune, mais vu la température élevée, la participation du larynx à cette inflammation et la grande adynamie, on ne peut commettre d'erreur.

On peut donc distinguer deux formes d'érysipèle pharyngo-laryngé primaire ou secondaire : 1^o une dans laquelle les symptômes locaux l'emportent (rétrécissement du larynx, dysphagie) ; et une autre dans laquelle les phénomènes généraux (adynamie, pneumonie migratoire) sont plus accentués. Cette dernière forme est la plus grave.

L'existence de l'érysipèle pharyngo-laryngé surtout primaire, nous explique certains symptômes morbides d'apparence étrange, qui confondent le croup et les angines, et qui ont quelquefois une marche épidémique en certains endroits. Grâce au miroir laryngien, on peut désormais admettre que l'érysipèle de ces régions est souvent primitif et peut se développer chez les personnes indemnes de lésions des membres et d'érysipèle en quelque autre endroit. Comme traitement, l'emploi de la glace intra et extra, et la trachéotomie sont les seuls moyens qui peuvent arrêter tout danger immédiat.

1. Massei, *Congrès de Berlin*, 1890.

Le Dr Merklen, ne croit pas qu'il s'agit là d'une maladie nouvelle, car Cruveilhier l'a décrite sous le nom de laryngite sous-muqueuse et Sestier sous la dénomination de laryngite phlegmoneuse aiguë.

La maladie débute par un mal de gorge, mais au bout de deux à trois jours, apparaissent une dysphagie pénible accompagnée de phénomènes laryngés alarmants : rauçité de la voix et de la toux, dyspnée, cornage et accès de suffocation.

A l'examen, on constate de la rougeur des piliers et des amygdales, un épaississement de l'épiglotte et de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques (au toucher avec le doigt, sans examen laryngoscopique). La température est élevée, le pouls fréquent ; les urines albumineuses et la rate augmentée de volume. La trachéotomie ne peut porter remède qu'à la dyspnée, elle ne supprime ni la dysphagie, ni les phénomènes généraux graves. Parfois une expectoration purulente annonce l'ouverture de l'abcès. Tous les malades ont succombé jusqu'à ce jour, à l'exception d'un seul. La mort survient habituellement vers le cinquième jour souvent par syncope. A l'autopsie, on trouve une infiltration purulente occupant le tissu cellulaire des gouttières latérales du pharynx. Israël a découvert des streptocoques dans le pus du pharynx et sur la rate. On remarque en plus de la néphrite parenchymateuse, de la tuméfaction aiguë de la rate, de l'inflammation de la muqueuse stomacale. Les poumons présentent de la bronchite, de la congestion, de l'œdème et parfois de l'hépatisation.

III. **Tuberculose.** — Le traitement de Koch a été essayé dans la tuberculose laryngée par un grand nombre de confrères qui tout d'abord ont été émerveillés des

résultats produits. Localement, d'après Krause¹, on peut constater une réaction qui se manifeste par une rougeur, une tuméfaction, une nécrose et les modifications du fond des ulcérations. S'il y a infiltration, il y a élimination des parties nécrosées ou résorption du tissu tuberculeux. Cet auteur n'a observé d'accidents graves que dans un cas : une jeune fille de 22 ans, ayant une infiltration diffuse de tout le larynx, avait été traitée préalablement avec succès par les moyens chirurgicaux ; la tuméfaction avait diminué, la déglutition était redevenue possible ; la muqueuse présentait des traces de cautérisations. On fait une injection, la sécrétion jusque-là considérable diminue, la muqueuse devient plus pâle et les escharres dues aux cautérisations sont éliminées ; mais bientôt les lésions reparaissent ne laissant aucun espoir de guérison. Malgré cela, M. Krause conclut que la méthode de Koch peut donner des résultats très satisfaisants, même dans les cas où la tuberculose laryngée est très avancée.

Le Dr Hertel² a rapporté le résultat de ses observations chez plusieurs malades du service du professeur Gerhardt. Ces sujets peuvent se grouper en quatre catégories : la première comprenant ceux qui, avant l'injection, ne présentaient aucune altération apparente du larynx, mais chez qui cependant on peut voir des foyers d'infection se manifester ; la deuxième renferme les malades ayant des troubles laryngés vraisemblablement de nature tuberculeuse qui se modifient sous l'influence du traitement ; la troisième contient les sujets qui ont des lésions améliorées en partie par le traitement, mais qui présentent après l'injection des foyers non soupçonnés ; enfin, au quatrième groupe, appartiennent les malades qui n'ont présenté aucune réaction générale ou locale.

1. Krause, Tuberculose laryngée, *Soc. méd. de Berlin*, 1890.

2. Hertel, *Deuts. méd. Woch.*, 1890, 27 novembre.

Quelques milligrammes d'une solution au centième, suffisent pour déterminer une modification évidente et rapide consistant en rougeur et gonflement des tissus affectés. Ceux-ci changent la coloration au bout de vingt-quatre heures à peine. Au centre, il se forme un enduit blanc-grisâtre, tandis que, dans la région phériphérique, la muqueuse reste rouge. En même temps, il se produit une destruction centrale, une ulcération en entonnoir qui s'étend ensuite vers les parties voisines; les bords de l'ulcération deviennent blanc-grisâtres, pendant que la perte de substance devient de moins en moins profonde.

Le D^r Lublinski arrive à la même conclusion. La paroi postérieure du larynx qui était infiltrée au début, gonfle d'une manière sensible sans que l'épaississement soit bien considérable. Au bout de vingt-quatre heures, tout est rentré dans l'ordre, mais l'endroit tuméfié s'est affaissé. Il cite le cas d'un médecin qui présentait une infiltration de la partie postérieure de la corde vocale gauche, avec ulcération du repli aryténoïdien et infiltration et ulcérations de la commissure postérieure. Après une injection d'un centigramme de lymphé, la corde vocale droite, saine en apparence jusque là, devient rouge et tuméfiée; bientôt les infiltrations de la corde se désagrègent et les ulcérations de la corde opposée et de la paroi postérieure du larynx se détergent, en laissant espérer une guérison complète de la lésion locale.

Le D^r Schutter¹ n'a pas observé des faits aussi nets que ses confrères; chez certains malades, il a noté un léger degré d'œdème qui disparaît dès le lendemain: mais il n'a vu aucun cas de guérison ou d'amélioration avérée.

Schnitzler² est encore moins favorable à cette mé-

1. Schutter, *Soc. imp. et roy. de Vienne*, 1890.

2. Schnitzler, *Soc. imp. et roy. de Vienne*, 5 décembre et 26 janvier 1891.

thode, car il taxe de désastreux les résultats qu'il a obtenus. Dans un cas de tuberculose laryngée, il injecta d'abord une dose de 4 milligramme de kochine; mais comme le malade ne réagissait pas, il augmenta la dose jusqu'à 50 milligrammes. Il se produisit alors une expectoration spumeuse et blanchâtre très abondante. La paroi postérieure du larynx qui était le siège d'une infiltration en forme de tumeur, s'ulcéra rapidement; l'épiglotte se couvrit de petites saillies nucléaires, bref il se développa une tuberculose subaigue. Peu après, il survint une ulcération sur le cartilage aryténoïde en même temps qu'il se formait des nodosités sur la face postérieure du pharynx et de la cavité naso-pharyngienne. Dans un deuxième cas, chez une jeune fille atteinte de périchondrite crico-aryténoïdienne, il y eut résorption de l'exsudat, la périchondrite parut même s'améliorer; mais l'état des poumons ne se modifia pas.

Il est intéressant de constater le revirement qui s'est produit dans les appréciations sur le remède de Koch. Il y a quelques mois, tous les journaux racontaient les guérisons de la tuberculose par ce procédé. Aujourd'hui, comme le fait remarquer Schnitzler, on est presque obligé de s'excuser quand on vient parler d'action curative par l'emploi de la kochine.

Nous sommes allé un des premiers à l'encontre de cet engouement, en racontant les faits que nous avons observé à Berlin¹. Nous nous sommes même demandé pourquoi la plupart des auteurs les ont passé sous silence dans leurs communications. Il se développe assez rapidement une rougeur diffuse de tout le larynx; on observe parfois des hémorrhagies sous-muqueuses et même une rupture des vaisseaux donnant lieu à un écoulement sanguin assez abondant. Survient ensuite une tuméfac-

1. Baratoux, *Soc. de méd. pratique et Progrès médical*

tion des bandes ventriculaires, de la région inter-aryténoïdienne et de l'épiglotte qui se recouvre d'un exsudat blanchâtre ou blanc jaunâtre occupant le centre du tissu infiltré, sur lequel il fait saillie. Au bout de quelques jours, cet exsudat se désagrège et laisse à découvert une ulcération infundibuliforme se recouvrant de bourgeons charnus qui se réunissent pour former une surface unie, ayant une tendance à marcher vers la guérison, disent nos confrères allemands ; mais jusqu'ici cette guérison n'a pas été obtenue. Au contraire, dans nombre de cas, après la chute du tissu mortifié, une série de petites ulcérations ont été mises à découvert et, en somme, d'une tuberculose chronique on en a fait une tuberculose subaiguë ou même aiguë, comme nous l'avions annoncé et comme les résultats de l'autopsie l'ont prouvé maintes fois depuis. Quant au diagnostic, l'injection de Koeh non seulement n'a pas la valeur qu'on a voulu lui accorder, mais encore n'a-t-elle pas déterminé l'éclosion, l'évolution et même la formation de tubercules ? Aussi est-ce pour toutes ces raisons que nous recommandions de montrer la plus grande réserve pour ce mode de traitement qui aujourd'hui est condamné par presque tous les médecins du monde entier.

Stilling ayant recommandé l'emploi des couleurs d'aniline comme antiseptiques, le Dr Scheinman¹ a essayé la pyoetanine dans le traitement des ulcérations tuberculeuses. On chauffe l'extrémité de la sonde laryngienne qu'on plonge dans le médicament réduit en poudre. La sonde est alors introduite dans le larynx et son extrémité est frottée avec énergie sur le fond de l'ulcération. Au bout de quelques jours, la sécrétion de l'ulcération est tarie et la cicatrisation obtenue. Ce médicament calme les douleurs de la laryngite tuberculeuse.

1. Scheinmann, *Pyoektanin gegen tuberculose, Ulcerationen im Kehlkopf und in der nase. Berl. Klin. Woch.*, 1890, n° 33.

IV. Apsithyrie. — On désigne sous ce nom un trouble particulier de l'innervation du larynx consistant dans l'impossibilité pour le malade de parler même à voix chuchotée (Solis-Cohen). Cette affection a été décrite par Cartaz, sous le nom de mutisme hystérique. Elle débute brusquement à la suite d'une émotion vive. Le patient ne peut émettre aucun son, le voile du palais, la langue et les lèvres n'obéissent plus à l'influx nerveux ; aussi le sujet a-t-il recours au crayon et au papier pour se faire comprendre. Le D^r Peltesohn¹ a constaté chez une jeune fille de seize ans que la muqueuse laryngée présentait les caractères de la laryngite chronique, que les cordes occupaient une position intermédiaire entre l'abduction et l'adduction, sans pouvoir se rapprocher de la ligne médiane ; l'effort pour articuler le son se traduisait par un tremblement insensible du bord des cordes et un léger mouvement des aryténoïdes, seuls les mouvements d'abduction étaient conservés. Le retour de la voix se fait brusquement ou progressivement. Cette affection, qui ne se rencontre que chez les hystériques, se distingue de l'aphasie ordinaire en ce que le malade aphasique essaie d'articuler le son, tandis que l'apsithyrique a recours immédiatement au crayon et au papier. Dans l'aphthongie spasmodique, le patient s'efforce de parler, les muscles se contractent, la face se cyanose, mais aucun son ne peut être émis.

V. Pachydermie laryngée. — Cette lésion, qui consiste dans la transformation épidermique de l'épithélium avec modification du tissu conjonctif sous-jacent, se rencontre comme état secondaire dans les inflammations chroniques, dans le voisinage des carcinomes et même à la base de tumeurs bénignes.

1. Peltesohn, *Ueber apsithyria* (*Berl. Klin. Woch.*, 1890, n° 30).

D'après Sommerbrodt¹, cette maladie est habituellement bilatérale. Sur l'une des cordes on voit une saillie correspondant à une dépression de forme correspondante, ce qui permet à la glotte de se fermer complètement. La saillie et la fossette ont une coloration rougeâtre, la surface de la partie soulevée et les bords de la dépression présentent souvent de petites élevures dentelées. Cette affection, qui n'occupe que le tiers postérieur des cordes, n'a été constatée jusqu'ici que sur des hommes. Au début, il est difficile de diagnostiquer la pachydermie de la laryngite chronique. Sommerbrodt n'accepte pas l'opinion de B. Frankel qui admet que l'excision d'un fragment peut assurer le diagnostic dans le cas de cancer du larynx, car celui-ci peut avoir un revêtement pachydermique. En outre, Sommerbrodt ne croit pas à la transformation possible de la pachydermie en lésion maligne.

D'après Landgraf, la pachydermie laryngée se complique de périchondrite et s'accompagne d'un catarrhe donnant aux cordes vocales l'aspect de prunes vertes moisisées. Krakauer a observé deux cas où l'affection siégeait à la commissure postérieure. Chiari considère comme pachydermie, l'hypertrophie de l'épithélium des cordes vocales, l'existence de grosses papilles, l'aspect corné des couches supérieures ainsi que la présence de l'épithélium pavimenteux sur les ligaments. Le repli inter-aryténoïdien est principalement prédisposé à être atteint de pachydermie diffuse. Le catarrhe chronique, la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme peuvent déterminer l'hypertrophie de l'épithélium de la muqueuse et même la production de nodosités composées d'épithé-

1. Sommerbrodt, *Berl. Kl. Woch.*, 1890, n° 49.

Meyer, *Ibid.*

Landgraf, *Ibid.*

Chiari, *Congrès de Berlin*, 1890.

Kuttner, *Ibid.*

lium et de nombreuses papilles. Contrairement aux autres auteurs, Chiari croit que les cordes vocales sont peu intéressées par le processus.

On a voulu rechercher la cause de la dépression de la corde vocale au niveau de l'apophyse vocale. Virchow et Kankach l'ont attribuée à la minceur du tissu sous-muqueux en ce point, la muqueuse s'y insérant à l'état normal presque directement sur le périchondre. Pour B. Frankel, Meyer et Sommerbrodt, la fossette serait due à la pression exercée par la contraction d'une des cordes vocales sur la voisine ; Kuttner, se basant sur les résultats de l'examen d'une préparation de pachydermie, partage l'avis de Virchow, tout en admettant que l'interprétation de Frankel puisse être invoquée dans certains cas.

J. BARATOUX.

§ 3. — Poumons et plèvres

I. Des déterminations pneumo-cocciques pulmonaires sans pneumonie. — II. Broncho-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe. — III. Pneumonies à streptocoques. — IV. De la pleurésie dans le stade secondaire de la syphilis. — V. De la pleurésie purulente ; sa nature. — VI. De la fistule œsophago-pleurienne. — VII. Du traitement de la pleurésie purulente.

Dans le courant de l'année 1890, l'étude des maladies des poumons ne s'est pas beaucoup enrichie ; il n'y a du moins pas de fait nouveau bien important à signaler. Toutefois nos connaissances sur l'origine et la nature des affections aiguës des voies respiratoires sont devenues plus certaines, car elles ont été confirmées partout, à l'étranger, en France par un grand nombre de savants. L'influenza, qui sévissait au commencement de 1890 sur

toute l'Europe a, en effet, laissé à sa suite un très grand nombre d'affections des voies respiratoires et a permis de recueillir une ample moisson de faits relatifs à la pneumonie et à la pleurésie. C'est surtout sur ces deux affections que nous insisterons plus volontiers.

1. A côté des nombreuses manifestations extra-pulmonaires qu'on a reconnues au pneumocoque, endocardite, méningite, etc., etc., il est intéressant de rappeler que la coxite du poumon lui-même, le pneumocoque produit autre chose que la pneumonie ; MM. Dufloq et Ménétrier¹ ont montré que la bronchite capillaire chez les tuberculeux pouvait être due au pneumocoque qui joue le rôle d'une infection secondaire ; dans plusieurs cas, dont un avec autopsie, les deux auteurs précédents ont pu vérifier le fait. Cette bronchite capillaire des phthisiques, qui survient généralement à la période ulcéreuse de la maladie, s'accompagne de fièvre, d'amaigrissement, de sécheresse de la langue ; elle évolue avec une grande rapidité et précipite la mort des malades qui semblaient encore avoir de longs mois à vivre ; dans d'autres cas, elle marque les signes de la tuberculose préexistante, ou bien elle est latente. Au point de vue anatomique, on trouve dans le poumon des lésions de bronchite purulente disséminée, occupant les parties du poumon respectées par la tuberculose.

2. M. Mosny relate² le cas fort intéressant d'une femme âgée de 37 ans, domestique qui, en soignant son maître atteint d'un érysipèle grave de la face, fut prise des signes d'une broncho-pneumonie à laquelle elle succomba ; l'examen bactériologique et clinique montra la présence

1. *Arch. génér. de méd.*, juin et juillet 1890.

2. *Arch. de méd. expér.*, 1^{er} mars 1890.

au niveau des foyers hépatisés pulmonaires d'un micro-organisme, identique par ses cultures, ses inoculations, au streptocoque de l'érysipèle. M. Mosny n'hésite pas à faire de cette broncho-pneumonie un érysipèle primitif du poumon ; les circonstances étiologiques, la constatation du streptocoque pyogènes, à l'exclusion de tout autre microorganisme, semblent prouver l'exactitude de cette hypothèse.

3. Lucatello ¹ a de même étudié les pneumonies en dehors de celles qui sont produites par les pneumocoques ; dans 15 cas, il a pu constater la présence exclusive du streptocoque ; anatomiquement, elles se caractérisaient par des foyers de broncho-pneumonies, ou confluents, ou pseudo-lobaires ; au point de vue clinique, elles étaient beaucoup plus irrégulières, présentant de grandes oscillations de la courbe thermique, une douleur assez vive à la pression du thorax, une dyspnée intense, de l'albuminurie.

4. M. Chantemesse rapporte ² deux observations fort intéressantes de pleurésie survenue dans le cours des accidents secondaires de la syphilis ; l'une d'entre elles est surtout très démonstrative, car elle nous montre une pleurésie survenant chez un syphilitique, en même temps qu'une roséole intense et d'autres manifestations de même ordre ; tous ces accidents disparurent simultanément sous l'influence du traitement mercuriel. Dans un des deux cas, la pleurésie était sèche, dans l'autre, elle siégeait des deux côtés et s'accompagnait d'un léger épanchement pleural.

M. Duponchel a observé également, dans les mêmes

1. *Arch. ital. di clin. méd.*, juin 1890.

2. *Soc. méd. des hôp.*, 18 avril 1890.

circonstances, au cours d'accidents secondaires de la syphilis, plusieurs cas de péricardite sèche qui ont guéri par le traitement mercuriel.

5. Parmi les travaux relatifs à la pleurésie purulente, celui de M. Netter¹ occupe certainement une place très importante, tant par le nombre considérable de faits sur lesquels il s'appuie que sur les conclusions générales qui en découlent. Netter a fait l'examen microscopique et a cultivé le pus de 109 pleurésies purulentes ; il les divise en 4 groupes : les pleurésies à streptocoques pyogènes (51 cas), les pleurésies pneumococciques (32), les pleurésies fétides (15), les pleurésies tuberculeuses (12). Quant aux staphylocoques, on les trouve assez fréquemment, non associés à d'autres microorganismes ; « lorsqu'ils existent seuls, dit Netter, il faut toujours songer à la pleurésie tuberculeuse dont le microbe est toujours difficile à reconnaître et à retrouver en pareil cas. »

Netter insiste sur les variétés cliniques que présentent ces diverses sortes de pleurésie, et il arrive à ces conclusions que, dans les pleurésies à streptocoques et les pleurésies putrides, il faut toujours intervenir chirurgicalement. Pour ce qui concerne la pleurésie à pneumocoques, *en particulier chez l'enfant*, on peut quelquefois se contenter de simples ponctions à moins que l'épanchement ne soit cloisonné ou ne se reproduise rapidement. Pour la pleurésie tuberculeuse proprement dite, il vaut mieux ne pas recourir à une opération, se contenter de simples ponctions répétées ; ces pleurésies, latentes souvent, peuvent durer fort longtemps. Netter² a vu également, mais dans 2 cas seulement, le bacille de Friedlaender déterminer une pleurésie purulente ; dans un

1. *Soc. méd. d's hôp.*, 16 mai 1890.

2. *Ibidem*, 30 mai 1890.

cas, il s'agissait d'une pleurésie enkystée qui guérit très rapidement par vomique. Ces variétés de pleurésies semblent emporter avec elles un pronostic bénin.

M. Letulle¹ a rapporté un nouveau cas de pleurésie enkystée, partielle, due au bacille de Friedlaender et qui se termine par vomiques; le malade guérit rapidement. A ce propos, M. Letulle fait remarquer qu'un certain nombre de pleurésies consécutives à la grippe se sont terminées de cette façon et ont présenté des allures d'une grande bénignité.

6. C'est sur une complication rare de la pleurésie purulente que M. Letulle attire l'attention², sur la fistule œsophago-pleurienne; il s'agit d'un jeune homme, âgé de 24 ans, qui fut opéré pour une pleurésie purulente et chez lequel, six semaines après la thoracotomie, se montrèrent des signes de fistule œsophago-pleurienne, dont le plus important et on pourrait dire le *seul* était le passage direct d'aliments de l'œsophage dans la plèvre; cette fistule, indolore, insidieuse était cependant assez étendue pour permettre le passage d'aliments d'un volume assez notable, quartier d'orange, morceau de pain, etc. Le mode de production de cette fistule est assez difficile à expliquer, d'autant que la collection purulente n'avait jamais présenté la moindre tendance à s'ouvrir du côté du médiastin. M. Letulle suppose que des ganglions du médiastin, ayant subi la dégénérescence caséo-tuberculeuse, ont progressivement déterminé la formation de véritables diverticules de l'œsophage, puis que ceux-ci se sont peu à peu fusionnés avec la paroi de la poche purulente.

7. La question du traitement de la pleurésie purulente a

1. *Soc. médicale des hôpitaux*, 30 mai 1890.

2. *Semaine médicale*, page 377.

été soulevée de nouveau à la Société médicale des hôpitaux à propos d'une communication de M. Bucquoy, qui, dans quatre cas d'empyème, s'est contenté de pratiquer la thoracotomie sans faire aucun lavage ultérieur, même après l'opération ; il considère cette pratique comme inutile sinon nuisible ; pour les lavages ultérieurs, il les réserve aux cas de pleurésie avec épanchement putride. La plupart des membres de la Société n'ont pas adopté sans restriction les opinions de M. Bucquoy ; la plupart pensent qu'un lavage unique, post-opératoire, ne peut avoir que de bons effets sur l'évolution ultérieure de la maladie. C'est à cette opinion générale que sont arrivés également les membres de la Société thérapeutique à propos d'une communication sur le même sujet ; nécessité d'une opération rapide, lavage unique, pansements antiseptiques, suppressions des lavages ultérieurs à moins d'indications spéciales, phénomènes d'infection, putridité de suppuration, etc. Du reste, pour chaque pleurésie purulente, on ne peut avoir un traitement unique et dans quelques cas même de simples ponctions ont suffi par amener la guérison.

M. Fernet lui-même est partisan de l'emploi, dans certaines pleurésies suppurées, surtout lorsqu'elles sont localisées ou enkystées et par cela même difficilement accessibles aux moyens chirurgicaux, de ponctions suivies d'injections intra-pleurales antiseptiques¹ ; il pense même que ce moyen peut être efficace dans certaines pleurésies infectieuses.

1. *Soc. méd. des hôpitaux*, 2 mai 1890.

Il en conclut que la bradycardie peut être, comme son antithèse la tachycardie, une névrose cardiaque transitoire ou permanente; qu'elle s'accompagne souvent de syncopes, d'oppression, de vertiges, d'accès épileptiques ou apoplectiques; qu'elle s'observe souvent dans le rhumatisme; qu'elle est plus fréquente dans le sexe masculin.

III. M. Mauriac a étudié (*Semaine médicale*, 1889, n° 13), une localisation très rare de la syphilis, la syphilis du cœur. Les cardiosyphiloses sont des accidents tertiaires, on remarque que le myocarde est plus souvent atteint que l'endocarde et le péricarde, et que les orifices et les valvules ne sont presque jamais intéressés. Le cœur est augmenté de volume, dilaté, affaibli dans son action; quand il n'y a que de la sclérose, le doute est permis, mais quand on trouve des gommes, on ne peut récuser la syphilis. La cardiopathie syphilitique est le plus souvent silencieuse jusqu'au jour où la mort subite, un accès d'asystolie vient terminer la scène. Chez un jeune homme de 25 ans, porteur de gommes céphaliques, M. Mauriac a constaté une tachycardie des plus pénibles, un souffle au 2^e temps; sous l'influence du traitement ioduré, ces accidents cédèrent entièrement. Les cardiosyphiloses n'ont aucun signe pathognomonique, le diagnostic repose sur la connaissance des antécédents personnels des malades. Le pronostic est des plus graves, car l'histoire de ces lésions n'a pu être faite que sur les tables d'autopsie.

IV M. Mott a présenté, à la Société pathologique de Londres¹, les pièces provenant d'un enfant de 13 ans, mort à la suite d'une endocardite infectieuse. Il y avait

1. *Bulletin médical*, 1889, n° 28.

eu, pendant la vie, les signes d'une lésion mitrale et aortique, puis on avait constaté un engourdissement douloureux de la main droite avec suppression des battements artériels. A l'autopsie, cœur hypertrophique et gras, valvules sigmoïdes végétantes et calcifiées, végétations moins abondantes sur la mitrale; enfin l'artère humérale et la cubitale droite offraient chacune un anévrysme d'origine embolique. L'examen microscopique des sacs anévrysmaux démontra la disparition de la tunique interne et l'infiltration leucocytaire des tuniques moyenne et externe. Le fait intéressant à retenir, c'est la production d'anévrysmes périphériques par embolies septiques.

V. L'endocardite tuberculeuse existe-t-elle? M. Raymond Tripier a observé, sur la valvule mitrale d'un enfant de 14 ans, mort de granule, des lésions d'endocardite végétante accompagnant un nodule tuberculeux. Dans ce cas, il s'agissait d'endocardite aiguë tuberculeuse, et les végétations ne sont pas rares, surtout au niveau de la valvule mitrale, chez les malades qui succombent à la tuberculose miliaire aiguë. Mais on rencontre aussi des lésions plus anciennes, qui paraissent être dues également à la tuberculose, ce qui conduirait à admettre deux formes: l'endocardite tuberculeuse aiguë, l'endocardite tuberculeuse chronique. Ces faits sont intéressants, mais il leur manque le critérium bactériologique, dont on ne saurait se passer aujourd'hui.

L'endocardite infectieuse peut d'ailleurs reconnaître des origines diverses. En Amérique, le Dr Shattuck a rapporté un cas, dont la porte d'entrée fut le côlon ulcéré². Un homme de 34 ans entra à l'hôpital de Massachussets

1. *Académie des sciences*, 28 avril 1890.

2. *Médecine moderne*, 16 oct. 1890.

pour une diarrhée sanglante datant d'un mois, et pour des douleurs articulaires plus récentes. Bientôt on perçut, au niveau du 4^e cartilage costal gauche, un souffle systolique. En même temps, des abcès se montrèrent sur divers points du corps, et des ulcérations persistantes succédèrent à l'ouverture de ces abcès. Le malade mourut après six semaines de séjour à l'hôpital. A l'autopsie, franges de végétations sur les valvules aortiques et mitrales, ulcérations étendues de la muqueuse du côlon. Tous les autres organes étaient sains. On peut donc considérer l'endocardite comme d'origine intestinale ; cette origine est rare et ne figure que 2 fois sur 209 cas de la statistique de W. Osler.

VI. Un petit garçon de six ans, observé par M. Hochsinger¹, ayant eu dès sa naissance plusieurs accès de cyanose, présentait les symptômes suivants : battements du cœur visibles à distance, pointe dans le septième espace sur la ligne axillaire, voussure précordiale, frémissement systolique à la base se prolongeant dans les carotides, arc aortique dépassant la poignée du sternum, pouls des fémorales retardant sur celui des carotides, souffle systolique très fort dans toute la région précordiale. Ces signes sont ceux du rétrécissement aortique, ce rétrécissement était congénital et coïncidait avec d'autres malformations (hypospadias, cryptorchidie). *La sténose aortique congénitale* attestée par les signes physiques, par la cyanose, par la faiblesse et le retard dans le développement de l'enfant, ne se traduit pas, comme chez l'adulte, par la formation d'une circulation collatérale. Enfin, il manque à ce fait la consécration anatomique.

VII. Le diagnostic des malformations congénitales du cœur est toujours délicat, il est parfois impossible. Dans

le cas présenté par M. Variot, à la Société médicale des hôpitaux (7 mars 1890), il n'y avait pas le moindre signe stéthoscopique. L'enfant, âgé de 5 ans 1/2, présentait une cyanose que les cris et les efforts exagéraient beaucoup; les bruits du cœur étaient parfaitement normaux. La mort étant survenue à la suite d'une méningite tuberculeuse, on trouva une large communication entre les deux ventricules, une dilatation de l'aorte, et surtout un rétrécissement de l'artère pulmonaire dans toute sa longueur. Pourquoi, dans ce cas, n'y a-t-il pas eu de souffle alors qu'il y en a dans tous les autres cas? Il est impossible de le savoir.

M. Macaigne a présenté à la *Société anatomique* (14 nov. 1890), des pièces qui montrent encore une fois les relations étroites de la cyanose avec le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Il s'agissait d'une fille de 16 ans, non réglée, souffrant depuis sa naissance de palpitations, de dyspnée, de cyanose des lèvres et des mains. En 1889, hémoptysie abondante; cette année, nouvelles hémoptysies terminées par la mort. A l'auscultation, on avait constaté l'existence d'un souffle râpeux au niveau de la 3^e articulation chondro-sternale gauche. L'autopsie révéla un rétrécissement de l'artère pulmonaire, et une absence de la partie supérieure de la cloison interventriculaire. L'aorte était à cheval sur les deux ventricules, le trou de botal n'était pas fermé, le canal artériel était oblitéré.

VIII. Les états délirants ou vésaniques en relation avec des lésions viscérales, *les folies symptomatiques*, ne sont pas rares. A côté de la folie brigthique, on décrit la folie cardiaque, et je dois signaler une leçon clinique que le D^r Ball a consacrée à cette dernière forme morbide¹. Un

1. *Médecine moderne*, 10 juillet 1890.

jeune homme de 28 ans, porteur d'une affection mitrale sujet à de violentes palpitations, présente, après ces palpitations, des impulsions morbides qui dénotent un profond dérangement cérébral. Tantôt il veut se pendre, tantôt il veut tuer ceux qui l'entourent. Une femme de 64 ans, mitrale également, est agitée, pousse des cris, veut se jeter par la fenêtre ; ces accès sont précédés de palpitations. Aucun antécédent névro-pathique chez ces deux malades. Amélioration par le repos, la digitale, le bromure.

IX. Un homme de 42 ans, bien portant en apparence, meurt subitement. A l'autopsie, M. Posner trouve le péricarde plein de sang et une rupture de l'aorte à son origine¹. La cause anatomique de cette rupture spontanée de l'aorte était une endartérite chronique déformante portée à un degré extrême. Ces lésions athéromateuses latentes ne sont pas rares, même chez des hommes relativement jeunes. La syphilis dans quelques cas, l'hérédité, les fatigues, les émotions morales, les excès alcooliques, dans d'autres cas, peuvent expliquer l'athéromasie précoce des artères.

X. Un homme de 63 ans, habituellement bien portant, eut une attaque suivie de perte de connaissance le 12 juin, puis une hémiplegie droite avec aphasie le 23 juin, et mourut le 25 juin². A l'autopsie, M. Peter trouve un péricarde dilaté rempli de caillots et de sérosité sanguinolente, une perforation du ventricule gauche, et une oblitération de l'artère coronaire antérieure. La coronaire postérieure était aussi très malade ; il y avait une endartérite généralisée de tout le système artériel du cœur.

1. *Soc. de méd. de Berlin*, 3 juin 1889.

2. *Semaine médicale*, 1889, n° 39.

Cette lésion expliquait le ramollissement et la rupture spontanée du myocarde. Enfin il y avait une embolie de la sylvienne gauche. La première syncope (12 juin), qui révélait sans doute la rupture du cœur, a précédé la mort de 13 jours. C'est là un fait curieux, mais non isolé, et *rupture du cœur* ne veut pas dire *mort subite*. Un autre point intéressant, c'est l'absence d'angine de poitrine, malgré la présence de l'athérôme des coronaires.

XI. Rien de plus difficile, en général, que le diagnostic de la péricardite; nombreuses sont les péricardites méconnues; en voici un nouvel exemple rapporté par M. Duflocq¹. Un homme de 35 ans est pris de vomissements le 9 novembre, après son repas du soir; le lendemain, il va mieux, le 11 novembre nouveaux vomissements. Le 14, après son entrée à l'hôpital, on examine avec soin la région précordiale (le médecin traitant soupçonnait une péricardite): pas de matité, conservation de l'espace de Traube, conservation des bruits du cœur peut-être un peu sourds; mort subite trois jours après cet examen. On trouve à l'autopsie: un litre de liquide séro-purulent (contenant le *streptococcus pyogenes*) dans le péricarde, des adhérences fixant le poumon en avant de l'épanchement, l'estomac dilaté par les gaz. La matité péricardique avait donc été masquée par le poumon et la conservation de l'espace de Traube était due à la dilatation gastrique.

XII. Le cas d'anévrysme disséquant de l'aorte, présenté par M. Ferrand à la Société médicale des hôpitaux (28 juin 1889), est des plus rares et des plus intéressants. Un homme de 70 ans, porteur de lésions cancéreuses péritonéales, meurt le 5 juin 1889 à l'hôpital Laënnec. A l'autopsie, l'aorte, dont la crosse est dilatée, présente des parois épaissies et athéromateuses. Au niveau du hile du

1, Soc. anat., déc. 1889.

poumon, l'artère devient double et se continue ainsi jusqu'à la bifurcation iliaque. Il semble qu'on ait affaire à deux canons de fusil juxtaposés et enfermés dans un seul tube cylindrique, ou à une aorte divisée en deux par un septum. Il s'agit en réalité d'un anévrisme disséquant simulant une aorte double; l'examen histologique le démontra.

XIII. Dans un cas d'*anévrisme sacculaire de la portion ascendante de la crosse aortique* observé par MM. Spillmann et Haushalter, l'électro-puncture ne fut pas suivie de succès¹. Voici un court résumé de ce fait d'ailleurs intéressant: chez un homme de 65 ans, ayant eu, plus de 20 ans auparavant, un rhumatisme articulaire aigu, alcoolique sans être syphilitique, une tumeur fluctuante, expansive, se montre à droite du sternum. Les progrès incessants de cette tumeur, aisément reconnue comme un anévrisme de l'aorte, invitent M. Spillmann à agir chirurgicalement, après un essai de traitement par l'iodure de potassium. Le 16 avril 1889, trois aiguilles en platine, enduites de vernis protecteur jusqu'à un centimètre de leur pointe, sont plongées dans la tumeur, à 15 millimètres de distance l'une de l'autre; elles sont mises en communication avec le pôle positif d'une pile à courant constant de Schroder, le pôle négatif étant appliqué sur le thorax ou l'abdomen. Un courant de 25 milliampères passe pendant une heure. Le 18 avril, nouvelle séance de 20 minutes, avec des aiguilles en acier doré, la force du courant étant portée jusqu'à 50 milliampères. Le 25 avril, nouvelle intervention, après laquelle on relève peu d'amélioration. Le 2 mai, le malade était trouvé mort dans son lit. A l'autopsie, on trouve un vaste anévrisme de l'aorte ouvert dans la plèvre droite, rempli de caillots, les uns récents, les autres anciens et fibrineux.

1. *Gazette hebdomadaire*, n° 48, 1889.

Malgré les circonstances atténuantes plaidées par les auteurs, malgré la cessation des douleurs signalées après les interventions, malgré l'affaissement relatif de la tumeur après chaque séance, il n'est pas possible de compter ce cas à l'actif de la méthode électrolytique dans la cure des anévrysmes. La relation qui nous est donnée est faite au contraire pour nous éloigner de toute intervention chirurgicale et pour nous faire adhérer aux conclusions de M. Verneuil (Voir le précédent volume de l'année médicale).

D^r J. COMBY.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DU FOIE

§ 1^{er}. — Estomac.

I. Du cannabis indica dans le traitement des affections de l'estomac. — II. De la digestion des albuminoïdes. — III. Procédé rapide pour l'examen du suc gastrique. — IV. Nouveau traitement de l'ulcère simple. — V. Dyspepsie nerveuse et catarrhe gastrique. — VI. Varices œsophagiennes.

§ 2. — Foie.

I. De la curabilité de la cirrhose alcoolique. — II. Cancer primitif des voies biliaires. — III. Nouvelle forme d'hépatite intercellulaire. — IV. De la guérison apparente et réelle des affections hépatiques. — V. Nouvelle étude comparative des médications analogues.

Le professeur G. Sée a fait à l'Académie de médecine (22 juillet 1890) une communication sur l'emploi nouveau du cannabis indica dans le traitement des névroses et des dyspepsies gastriques.

Le cannabis doit être employé sous forme d'extrait

gras, à la dose de 5 centigrammes divisés en trois doses par jour, sous forme de potion. Au delà de cette dose, il devient toxique, et la toxicité se traduit surtout par l'ébriété. Il l'a employé surtout dans les affections non organiques de l'estomac. Ces maladies constituent deux groupes.

Le premier comprend les altérations chimiques du suc gastrique ; le deuxième se rapporte aux névroses gastro-intestinales sans modification chimique.

Toutes les affections, dyspepsies ou névroses, se traduisent dans des proportions variées par cinq genres de phénomènes : 1° Sensations douloureuses locales ou irradiées, spontanées ou provoquées par le contact des aliments. 2° Troubles parétiques du mouvement, atonie avec ou sans dilatation. 3° Phénomènes gazeux, pulmatoses ou éructations, d'où la sensation douloureuse de pyrosis. 4° Digestion parfaite des viandes et albuminates dans les hyperchloridres ; mauvaise dans les cas d'avidité lactique ou acétique. Toujours normale dans les névroses. 5° Vestiges, peur de l'espace, migraines, insomnies, somnolences, tous phénomènes communs aux deux espèces morbides.

Le cannabis indica agit d'une façon constante pour faire cesser les sensations douloureuses et rétablir l'appétit. Toutefois, si elles dépendent d'une hyperchlorhydrie, il est indispensable d'aider son action par l'usage de grandes doses de bicarbonate de soude à la fin de la digestion stomacale, c'est-à-dire quatre heures environ après l'ingestion des aliments.

Le cannabis n'a aucun effet sur les atonies et les dilatations, mais il en a un très net sur les spasmes de l'estomac et sur les vomissements d'ordre névro-moteur. Pas d'influence directe sur la production des gaz, mais une action utile sur leur élimination par l'estomac, sur les éructations et plus utile encore sur les sensations pénibles

qui se produisent sous le nom de pyrosis gras les gaz de fermentation. La digestion stomacale est favorisée par le cannabis quand elle est ralentie par un état de nevro-paralytique.

Enfin il paraît agir également sur les phénomènes éloignés, tels que les vertiges, les migraines, les insomnies, les palpitations et même les dyspnées; il parvient souvent même à annihiler ces pénibles incidents. Mais il ne modifie guère les dispositions nerveuses qui se traduisent par l'hypochondrie, ou l'hystérie, ou la névro-asthémie, bien que ces états aient souvent leur point de départ dans les affections stomacales.

En résumé, le cannabis est le véritable sédatif de l'estomac et ne présente aucun des inconvénients des narcotiques comme l'opium et le chloral, des absorbants comme le bismuth, des sédatifs généraux comme le bromure de potassium, des paralgésiants comme l'antipyrine qui ont tous indistinctement des effets défavorables sur le tube digestif. L'action du cannabis réclame le concours des autres méthodes curatives qui remplacent, comme les alcalins à haute dose, comme certains purgatifs, et plus rarement les antiseptiques, des médications précises; elle exige surtout les règles du régime telles qu'elles ressortent des recherches de la physiologie sur la connexité remarquable de l'estomac et de l'intestin.

A propos de la digestion des albuminoïdes, il convient de signaler le résumé d'une communication faite à l'Académie des sciences par M. Richet au nom de M. Herramini (16 juin 1890). Le travail comprend trois séries de recherches.

I. *Dose antipeptique des antiseptiques.* Cette dose est basée selon le médicament et selon le suc gastrique. — Quel que soit le liquide gastrique employé, la dose antipeptique n'est pas toujours proportionnelle à la dose antiseptique.

— Cette différence entre la dose antiseptique et la dose antipeptique n'est pas en relation avec la réaction et le degré de solubilité des substances employées.

II. *Influence des alcools etc., sur les albuminoïdes.* — Le pouvoir antipeptique diffère selon l'espèce d'alcool ou de boissons alcooliques employés et selon le liquide gastrique sur lequel ces substances agissent. — Quel que soit le liquide gastrique employé, le pouvoir antipeptique des alcools est proportionnel à leurs poids atomiques. — Comme la plupart des substances antiseptiques, et contrairement aux alcools dont le poids atomique est plus élevé, la bière, le vin blanc ordinaire, le vin rouge ordinaire, le vin de Bordeaux, le vin de Malaga, l'eau-de-vie, l'absinthe n'entravent pas la digestion des albuminoïdes, lorsqu'ils agissent sur un liquide gastrique très actif non dilué. — La bière et le vin blanc n'entravent pas la digestion des albuminoïdes. — Le café, le thé, le chlorure de sodium doivent être considérés comme dépourvus d'un véritable pouvoir antipeptique, parce qu'ils n'entravent la digestion des albuminoïdes que lorsqu'ils agissent à la dose de 150 ou 200 pour 100 et sur le liquide gastrique à 1/20 c.

III. *Influence du rapport entre l'acidité chlorhydrique et le contenu en pepsine de suc gastrique sur la digestion des albuminoïdes.* — Le pouvoir digestif d'un liquide gastrique dilué varie selon que c'est seulement la pepsine qui a été diluée, tandis que l'acidité chlorhydrique est restée la même que celle de liquide pur, nullement dilué, et selon que la pepsine et l'acide chlorhydrique ont été dilués en même temps. — L'acide chlorhydrique non seulement n'entrave pas la digestion des albuminoïdes, mais il la favorise même lorsqu'il agit sur la pepsine à hautes doses 6 0/0 par exemple, mais à la condition que

le liquide gastrique soit en même temps aussi riche en pepsine. — Au contraire, si le liquide gastrique est pauvre en pepsine, la digestion des albuminoïdes est plus favorisée par les petites que par les grandes doses d'acide chlorhydrique.

Le D^r Raoul Brunon de Rouen a imaginé une légère modification au procédé de Gunsbourg pour l'examen du suc gastrique. Il fait d'abord remarquer que l'analyse au moyen des réactifs colorants — dont la première idée est due à deux Français MM. Laborde et Dusart — présente le grand inconvénient de l'emploi de la pompe stomacale. D'ailleurs, cet examen à l'aide des réactifs ne vise que la détermination *qualitative* des acides ; il n'est donc pas si parfait qu'il faille imposer de gaieté de cœur au malade, l'ennui de l'introduction du tube Faucher.

Le procédé de Gunsbourg a précisément l'immense avantage de supprimer l'emploi du siphon. Voici le principe du procédé :

a) Introduire dans l'estomac une substance dont la digestion sera plus ou moins rapide suivant la puissance digestive du suc gastrique ;

b) Trouver le moyen d'être averti du moment où cette substance sera digérée ;

c) Le temps qui s'écoulera entre l'ingestion de la substance et l'apparition de l'avertissement permettra d'apprécier le pouvoir digestif du suc gastrique.

Ces conditions sont heureusement remplies par la *fibrine* et l'*iodure de potassium*. Gunsburg fait prendre au malade une certaine quantité d'iodure de potassium enveloppée dans une capsule de fibrine. Quand cette fibrine aura été digérée, l'iodure de potassium sera dissous par le suc gastrique et apparaîtra dans la salive, où on pourra le retrouver. Pour faire cette recherche, on additionne la salive d'une petite quantité d'eau amidonnée, on ajoute quelques gouttes d'acide nitrique fumant, on agite avec

un agitateur en verre, et on voit se former un précipité bleu d'iodure d'amidon. M. Raoul Brunon a suivi exactement la technique de M. Gunsbourg, il n'a modifié que le repàs d'épreuve. Voici les résultats auxquels cette expérimentation l'a conduit :

1° A l'état normal, la réaction se produit une heure un quart environ après l'ingestion de la capsule;

2° Chez les hyperchlorhydriques, la réaction se produit trois quarts d'heure ou une demi heure après l'ingestion de la capsule;

3° Chez les hypochlorhydriques, la réaction est tardive; elle n'apparaît que de deux à cinq heures après l'ingestion de la capsule.

Ces résultats qui ont servi de crise remis à l'expérience ont d'ailleurs été obtenus par Gunsbourg sur des malades préalablement examinés par les procédés ordinaires.

Le Dr Doukin a mis en pratique le traitement idéal de l'ulcère simple de l'estomac, qui consiste, on le comprend, à nourrir le malade exclusivement par le rectum. M. Doukin administre à ses malades à des intervalles variables suivant les cas, des lavements composés alternativement de 75 grammes de thé de bœuf et de 15 à 30 grammes d'eau-de-vie, avec ou sans jaune d'œuf; tantôt de quantités correspondantes de lait et d'eau-de-vie. Il va sans dire qu'avant l'introduction du liquide alimentaire, l'intestin doit être débarrassé de son contenu par un simple lavement. Toute alimentation par la bouche est absolument supprimée, même l'ingestion d'eau. La seule chose qu'on permettra au malade, c'est de sucer de petits morceaux de glace. Quant au traitement médicamenteux, il se réduit à très peu de chose, quelques injections de morphine contre la douleur.

Y a-t'il vraiment absorption des substances nutritives dans l'alimentation par la voie rectale? M. Doukin en

doute fort, et il est porté à penser que les lavements dits nutritifs n'ont de valeur pour l'organisme que par l'eau qu'ils lui fournissent. En effet, les nombreuses expériences de jeûne qui ont été faites dans ces dernières années prouvent que l'on peut vivre très longtemps en n'absorbant que de l'eau,

Quoi qu'il en soit, M. Doukin a observé plusieurs cas de guérison par sa méthode qui présente l'immense avantage d'être extraordinairement rapide (de dix à dix-neuf jours) comparée à ce que nous sommes habitués à voir dans le traitement par la méthode lactée même rigoureusement suivie.

MM. L. Iterzog s'est attaché à étudier les rapports qui peuvent exister entre la dyspepsie nerveuse et le catarrhe gastrique. Il a procédé à ses recherches en choisissant des malades atteints tantôt de dyspepsie nerveuse type, tantôt d'affections bâtarde tenant à la fois du catarrhe et de la névrose, mais chez lesquels il n'y avait ni ulcère, ni casémoine, ni dilatation de l'estomac.

Dans chaque cas, il a déterminé avec soin l'intensité des diverses réactions de coloration connues comme caractéristiques des acides de l'estomac; on a séparé ces acides les uns des autres par les procédés de Cahu et Mering, enfin on les a dosés, tant ensemble que séparément, avec une solution de soude normale au dixième. Quant aux fonctions motrices de l'estomac on a eu recours, pour l'apprécier, au procédé de Klemperer.

Les quatorze observations faites par l'auteur ont donné les résultats suivants :

a) Insuffisance de fonctions motrices : 8 dont 5 avec acidité exagérée, 2 avec acidité normale, et un seul avec acidité hyponormale.

b) Fonctions motrices suffisantes, 6 cas, dont 4 avec hyperacidité, 1 avec acidité normale et avec hypo-acidité.

L'auteur en arrive à conclure que la symptomatologie de la dyspepsie nerveuse n'est en rapport nécessaire avec aucune lésion soit de la motricité, soit du chymisme stomacal, ce qui, soit dit en passant, vient tout simplement confirmer toutes les données de la clinique.

M. Letulle a communiqué à la *Société médicale des Hôpitaux* (17 octobre 1890), une observation très intéressante de varices de l'œsophage. Il s'agissait d'un alcoolique qui succomba dans son service à la suite de nombreuses hématoméses.

A l'autopsie, on constata que l'œsophage était le siège de varices énormes; l'estomac et le foie étaient sains. Il résulterait de cette observation que si les varices de l'œsophage s'observent communément dans l'alcoolisme chronique, il s'en faut que leur mécanisme soit bien élucidé. La cirrhose hépatique qu'on invoque habituellement peut faire défaut comme le prouve l'observation de M. Letulle. Il semblerait peut-être plus simple d'expliquer ces varices par une action directe de l'alcool sur la muqueuse des varices gastriques et œsophagiennes.

La question de la curabilité de l'ascite consécutive à la cirrhose alcoolique fut soulevée tout dernièrement à la *Société médicale des hôpitaux*. Bien vite la discussion s'élargit et, de la curabilité de l'ascite, on passa à la curabilité de la cirrhose même. MM. Troisier, Letulle, Dieulafoy vinrent successivement signaler la disparition de tous les accidents cirrhotiques. Le D^r Willemin, ancien interne des hôpitaux, a pris cette étude comme sujet de thèse. Il étudie d'abord, en les groupant ensemble, un certain nombre de types cliniques ayant une certaine analogie avec la cirrhose atrophique confirmée, puis il passe à la discussion, sous forme de tableau analytique, de toutes les observations connues jusqu'ici. Nous signalerons tout particulièrement, la part considérable qu'il a faite dans son travail, à la question du traitement.

Ce chapitre est si souvent écourté dans les thèses même les mieux faites qu'il nous a semblé intéressant de constater ici une honorable exception. Le *lait*, l'*iodure de potassium*, les *diurétiques*, les *révulsifs*, l'*hydrothérapie* sont autant d'en-têtes de chapitres très intéressants et bien présentés.

Le D^r Musser a admirablement résumé la pathologie du cancer primitif de la vésicule biliaire et des voies biliaires, à propos de deux cas qu'il a eu à soigner, et dont il donne d'ailleurs l'observation très complète. Il faudrait citer la monographie tout entière si l'on voulait en donner une idée juste, car l'auteur s'est étudié à présenter son étude sous une forme succincte et laconique et qui est déjà une analyse par elle-même. Ne fut-ce que comme résumé de l'état de la question, le travail de M. Musser présente un grand intérêt, et les deux observations personnelles de cette affection rare — quoiqu'en pense l'auteur — sont une pierre de plus ajoutée à l'édifice.

Le D^r Carmona y Valle, de Mexico, signale une forme d'hépatite fort commune dans son pays et peut-être rare en Europe, dit-il, puisqu'on ne trouve pas sa description dans les classiques. Et cependant, ni sa symptomatologie, ni son anatomie pathologique ne permettent de confondre cette entité morbide avec la cirrhose hypertrophique. Reproduisons, à la suite de notre confrère mexicain, à grands traits, les symptômes propres à cette maladie.

C'est ordinairement à la suite d'un repas copieux et de nombreuses libations que les malades sont atteints de troubles digestifs : anorexie, soif, selles abondantes, nausées, vomissements, pesanteur plutôt que douleur à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Dès le début on constate un mouvement fébrile à intensité variable, tantôt rémittente, tantôt intermittente avec exacerbations nocturnes. L'ictère apparaît de bonne heure, est

assez intense, et c'est un des phénomènes dominants pendant le cours de la maladie. Cet ictère, chose digne de remarque, est un ictère par hypercholie et non par rétention. Les selles, au lieu d'être blanchâtres et décolorés, ont un aspect normal, ou bien présentent une coloration verte qui leur donne l'aspect d'herbe hachée. Bientôt se manifeste la tendance aux hémorrhagies : épistaxis, hématoméses, hémorrhagies intestinales, une fois métrorrhagie. Les accidents cérébraux sont plus ou moins précoces selon le degré d'acuité de la marche de la maladie : délire, soubresauts de tendon, coma, le tout accompagné d'un état adynamique plus ou moins marqué. La forme suraiguë correspond à ce que les auteurs désignent sous le nom d'atrophie jaune aiguë du foie ou ictère grave. La forme subaiguë, la plus fréquente, a une marche plus lente (plusieurs mois au lieu d'une dizaine de jours). Tous les symptômes présentent une acuité moins intense, avec des observations d'amélioration et d'aggravation.

D'après l'auteur, le diagnostic de cette affection n'est pas difficile. Les troubles intestinaux, l'ascite, le développement considérable des veines sous-cutanées et les hémorrhagies pouvaient faire croire à une cirrhose vulgaire, mais l'ictère, l'hypertrophie hépatique, le mouvement fébrile et la marche beaucoup plus rapide sont des données suffisantes pour éviter l'erreur de diagnostic. L'anatomie pathologique vient également établir une distinction très nette entre ces deux formes d'inflammation du foie et les lésions étudiées au microscope ne sauraient prêter à confusion.

M. Chauffard s'est livré à des aperçus tout à fait originaux sur la guérison *réelle* et la guérison *apparente* des affections hépatiques (*Arch. génér. de méd.*, octobre 1890). En matière d'affections hépatiques, dit-il, le diagnostic s'obtient surtout par la seméiologie physique, et le pronostic par la seméiologie chimique. C'est également

celle-ci qui indique le moment de la guérison réelle. L'auteur s'attache à démontrer que lorsqu'on parle de guérison de maladies du foie, une distinction nette doit être établie entre une guérison apparente et une guérison réelle, ou biochimique. Pour cela, il faut, dans chaque cas, se rendre compte de l'état de la triple fonction chimique du foie pour la production de l'urée, des pigments biliaires et du glycogène. Si le taux de l'urée est abaissé, si les urines contiennent de l'urobiline, ou bien s'il y a de la glycosurie alimentaire, c'est signe que le trouble biochimique des cellules hépatiques persiste, et que la guérison n'est qu'apparente. Suivant M. Chauffard, l'existence de la glycosurie alimentaire indique que le foie est doublement insuffisant : qu'il est impuissant à fixer les matières féculentes, ou sucrées, et incapable d'arrêter au passage les poisons d'origine intestinale.

La conclusion pratique à tirer du travail de M. Chauffard, c'est que tout hépatique guéri en apparence, mais présentant de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaire, doit encore être considéré comme malade. Car, dans ces conditions, il pourra suffire d'un écart de régime ou d'un excès alcoolique pour amener une rechute des plus graves.

On n'espère guère plus mettre la main sur le médicament qui dissoudra « *in situ* » les calculs biliaires : mais il est au moins permis de rechercher les moyens les plus propres à favoriser la migration de ces calculs. Le meilleur de tous ces moyens consiste, semble-t-il, à augmenter la sécrétion biliaire, à la rendre plus fluide et par suite plus propre à entraîner de petits graviers calculeux. Ce moyen se trouve représenté par la classe des cholagogues dont l'étude a toujours présenté un haut intérêt pratique par suite de leur application à la thérapeutique des maladies du foie.

MM. Prost et Bruet à la suite de bien d'autres ont

repris dernièrement les expériences sur des chiens pourvus de fistule biliaire et ont recherché l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire et leur diminution par cette sécrétion.

Se basant sur leurs expériences Prost et Bruet divisent en quatre groupes les substances qui, injectées sous la peau ou introduites dans l'estomac, agissent sur la sécrétion biliaire.

PREMIER GROUPE. — *Substances qui accroissent la sécrétion de la bile.* Le plus puissant des cholagogues est la bile, puis viennent l'urée, l'essence de térébenthine et ses dérivés; la terpine, le terpinol, le chlorate de potasse, le benzoate et le salicylate de soude, de salol.

DEUXIÈME GROUPE. — *Substances qui ne produisent qu'une augmentation légère et douteuse.* Bicarbonate de soude. Chlorure de sodium, la propylaménèse, l'antipyrine, l'aloès, la rhubarbe, l'ipéca, le boldo.

LE TROISIÈME GROUPE *comprend les substances qui diminuent la sécrétion biliaire.* La potasse, le calomel, le fer, le cuivre, l'atropine, la strychnine.

QUATRIÈME GROUPE. *Substances sans action sur la sécrétion biliaire.* Bromure de potassium, sublimé, arséniate de soude, alcool, éther, glycérine, pilocarpine, sené, colombo, et d'autres.

La place nous manque pour reprendre successivement et plus en détail, l'étude de chacun de ces médicaments; cette étude a été très bien faite dans une leçon clinique de M. le professeur G. Sée à l'Hôtel-Dieu en janvier 1890.

D^r D. AIGRE.

MALADIES DES REINS

I. Pouls veineux ascendant dans la néphrite chronique. — II. Dyspnée par insuffisance rénale chez les cardiaques. — III. Stomatite urémique. — IV. Le rein dans l'empoisonnement par le sublimé. — V. Un gros rein blanc. — VI. Imperméabilité du rein. — VII. La folie brightique.

La pathologie rénale, pour ce qui a trait à la médecine, ne s'est que peu enrichie cette année. Les travaux originaux ont été peu nombreux et aucun ouvrage de longue haleine n'a paru sur un sujet d'ailleurs fort rebattu et qui semble presque épuisé.

I. Sous le nom de *pouls veineux ascendant*, M. Holz rapporte un cas rare et curieux¹ : une femme de 56 ans, atteinte de néphrite chronique et morte dans le coma urémique, présenta, une heure avant de mourir, sur les mains et sur les pieds, un pouls veineux qui se transmettait dans la direction centripète. Il est probable que ce phénomène est passible de l'explication donnée par M. Sénator : l'hypertrophie du cœur, qui existait chez la malade de M. Holz, comme elle existe dans l'insuffisance aortique (où le pouls capillaire a été souvent observé), comme elle existe dans l'artério-sclérose, lance l'onde sanguine avec plus de force dans les canaux artériels qui ont perdu leur élasticité, et le pouls se transmet alors aux capillaires ou même aux veines, quand les conditions pathogéniques susdites sont portées à leur maximum.

II. Quand un cardiaque est atteint de dyspnée intense

1. *Sec. de méd. de Berlin*, 27 nov. 1889 (*Bulletin médical*, 1^{er} déc. 1889).

et par accès, sans que ni la fatigue, ni l'état du cœur, ni l'état du poumon expliquent cette sensation de gêne respiratoire, il faut chercher du côté du rein, comme l'indique M. Huchard, la cause des accidents ¹. Cette *dyspnée toxique*, dûe à l'insuffisance rénale, n'est pas soulagée par la digitale et les toniques du cœur, au contraire. Il faut traiter le malade comme s'il était albuminurique et le soumettre au régime lacté. On écartera, de son alimentation, les viandes, les légumes, le bouillon, à cause des substances nocives, des sels de potasse qu'ils contiennent. On pourra donner les œufs et, au besoin, la viande bien cuite.

III. M. Barié a étudié avec soin une manifestation assez rare de l'urémie, la *stomatite*, qui doit prendre rang dans le groupe important des troubles digestifs urémiques ². La stomatite urémique occupe la bouche et peut s'étendre au pharynx, elle est tantôt pultacée, tantôt ulcéreuse ; dans ce cas les ulcérations, disséminées aux différents points de la muqueuse buccale, peuvent simuler la stomatite ulcéro-membraneuse. Une salivation excessive accompagne cette forme ulcéreuse et, dans un cas, la proportion d'urée contenue dans la salive était mille fois supérieure à la proportion physiologique. L'appétit est nul, le goût disparaît, l'haleine devient fétide et la mastication douloureuse. L'abondance du ptyalisme aggrave l'adynamie et la stomatite ulcéreuse est d'un pronostic fâcheux. La cause probable de cette stomatite est dans le passage, à travers les glandes salivaires, des poisons urinaires. Le mauvais état de la bouche (tabac, carie dentaire) favorise la production de la stomatite.

1. *Soc. de thérapeutique*, 12 juin 1889.

2. *De la stomatite urémique* (*Arch. de méd.*, nov. et déc. 1889).

IV. Une femme de 20 ans, ayant ingéré 8 à 12 grammes de sublimé dissous dans 2 à 300 grammes de liquide, meurt le 19^e jour, après avoir eu, au début, de l'anurie pendant trois jours ¹. A l'autopsie, Kaufmann trouve la substance corticale épaissie et semée de raies crayeuses. Les épithéliums, surtout ceux des tubes contournés, étaient nécrosés; cette lésion, comme l'anurie, comme l'albuminurie, serait le résultat de l'anémie artérielle. Les raies crayeuses, visibles à l'œil nu, étaient produites par la calcification des épithéliums nécrosés. L'auteur compare cette calcification des épithéliums, dans l'empoisonnement par le sublimé, à la même lésion observée par Litten à la suite de la ligature de l'artère rénale. Quant à la pathogénie des accidents, dans l'intoxication par le sublimé, Kaufmann croit que l'oblitération thrombotique des petits vaisseaux explique tout.

V. M. Giuseppe Bassi, aide de clinique du professeur Galvagni, de Modène, a observé une femme enceinte, morte au 7^e mois avec les symptômes d'un œdème pulmonaire aigu ². A l'autopsie, il trouva, outre une insuffisance aortique et une double lésion mitrale, une néphrite prédominante à droite. La moitié supérieure du rein droit offrait l'aspect du *gros rein blanc*, comme si cette partie du rein était le siège d'un néoplasme. L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'une infiltration abondante de cellules lymphoïdes dans le tissu interstitiel de la substance rénale. Ce gros rein blanc partiel était donc histologiquement une néphrite interstitielle; c'était du moins l'apparence sous un faible grossissement; mais, à un grossissement plus fort, la chose

1. *Ueber die sublimatniere* (Virchow's Archiv Bd. CXVIII, p. 227).

2. *Archivio Italiano di clinica medica*, 1889.

était douteuse, et enfin on pouvait se convaincre que les cellules susdites étaient bien contenues dans l'intérieur des tubes urinifères. Ces cellules lymphoïdes étaient d'ailleurs mêlées aux cellules épithéliales des tubes contournés, dont la lumière était ainsi complètement obstruée. Tous les détails histologiques minutieux que l'auteur donne, dans ce travail, sont certainement intéressants. Mais qu'importe cette répartition des cellules lymphoïdes? C'est le pourquoi de ces lésions que nous voudrions connaître; c'est la cause prochaine de cette néphrite que nous voudrions saisir. Y avait-il des microbes, quel a été leur rôle? L'auteur a laissé dans l'ombre cette question.

VI. M. Renaut (de Lyon) ¹ a étudié avec beaucoup de sagacité les causes et le traitement de l'imperméabilité rénale. Dans le rein brightique, il y a toujours assez de glomérules sains pour permettre une élimination suffisante d'urine. Mais il se produit trop souvent une sorte d'œdème congestif qui diminue considérablement le champ de filtration et cause l'imperméabilité du rein. Cette imperméabilité, d'ordre névro-paralytique, se traduisant par l'anurie et l'urémie, ne serait que momentanée et, après la détente, le malade élimine de grandes quantités d'urée. Pour provoquer cette détente, il faut prescrire le régime lacté, les ventouses sèches sur les reins (2 fois par jour), les sangsues, la saignée générale, les lavements d'eau pure, les inhalations d'oxygène.

VII. Dans le cours ou à la suite d'une néphrite chronique, il peut se développer une véritable folie que M. Raymond avait signalée en 1882 et que M. Dieulafoy

1. *Académie de médecine*, 21 janvier 1890.

appelait plus tard *folie brightique*. Les deux exemples récents présentés par M. Raymond, à la Société des hôpitaux ¹, sont très démonstratifs. Ils montrent bien la relation qui existe entre le trouble mental et l'albuminurie. Parfois les malades de cette catégorie, devenant subitement dangereux pour leur entourage, sont enfermés dans les asiles comme aliénés. Or, il arrive souvent que la cause de leur folie est méconnue, à leur grand préjudice. Car le traitement de l'albuminurie et de l'urémie fait souvent disparaître, au moins temporairement, les accidents vésaniques.

D^r J. COMBY,
Médecin des hôpitaux.

MALADIES DE LA PEAU ET SYPHILIGRAPHIE

Dermatologie.

- I. Généralités. — II. Affections cutanées dans la grippe. — III. Lésions bulleuses dans la maladie pyocyannique. — IV. Lèpre. — V. Maladie de Paget. — VI. Psorospermoses cutanées. — VII. Affections des ongles. — VIII. Traitement de la teigne tondante. — IX. Tumeurs de la peau. — X. Eczéma.

Syphiligraphie.

- I. Chancre extra-génitaux. — II. Incubation de la syphilis. — III. Syphilis osseuse. — IV. Syphilis viscérale. — V. Syphilide pigmentaire. — VI. Syphilis héréditaire. — VII. Réinfection syphilitique. — VIII. Traitement de la syphilis

I. Généralités. — L'année 1890 a été féconde en travaux sur les maladies cutanées et syphilitiques. Elle a vu la création en France d'une société nationale de dermatologie et de syphiligraphie dont le *Progrès médical* donne

le compte-rendu des séances. Cette société se réunit tous les mois à l'hôpital Saint-Louis. Au mois d'août s'est tenu à Berlin le dixième congrès international. Une section était consacrée à la dermatologie. Nous signalerons plus loin quelques-uns de ses travaux, mais il ne semble pas qu'elle ait eu le succès que le congrès de dermatologie avait obtenu à Paris en 1889. Le compte rendu des travaux de ce congrès publié par le Dr Feulard a paru cette année : c'est une véritable encyclopédie internationale où se trouvent traitées un certain nombre de questions du plus haut intérêt.

Parmi les publications françaises, nous signalerons le deuxième fascicule du *Traité des maladies de la peau* de MM. Vidal et Leloir et le *Traité de diagnostic et de thérapeutique des affections cutanées* de M. Brocq. Ces deux ouvrages font le plus grand honneur à l'école française. Le traité de MM. Vidal et Leloir ne s'occupe que de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique : à citer les chapitres bouton des pays chauds, canitie, chéloïde, dermatites exfoliantes. Dans son traité qui est un véritable dictionnaire des maladies de la peau, M. Brocq passe en revue les principaux symptômes des affections cutanées classées par ordre alphabétique et il s'étend sur les médications qui leur conviennent. Ce livre rendra le plus grand service aux praticiens peu familiarisés avec l'étude des maladies de la peau.

Le nombre des thèses sur la dermatologie soutenues dans les diverses facultés de France a augmenté cette année. Il s'élève à plus de 70. En ce qui concerne la syphiligraphie, signalons la deuxième édition de ce livre si utile à tous les égards, *Syphilis et mariage* de M. le Pr Fournier et, comme l'intitule si bien son auteur, cette étude d'hygiène sociale, *Syphilis et santé publique* de M. Barthélemy. Ce livre est plein de faits intéressants et montre bien les ravages que peut causer dans une ville

comme Paris cette maladie grave au premier chef et qui est pourtant la plus négligée : la syphilis, grave non seulement pour l'individu qui en est atteint mais pour sa famille, qui le frappe dans sa descendance et qui constitue un véritable péril social. L'auteur indique les moyens prophylactiques dont toute société devrait s'entourer : il propose un projet de réglementation et démontre l'urgence d'une loi sanitaire. C'est là un livre fort bien fait.

II. Affections cutanées dans la grippe. — L'épidémie de grippe que nous avons traversée au commencement de l'année a présenté ceci de particulier que le principe infectieux portait son action sur tous les systèmes de l'économie. La peau n'a pas échappé à cette règle et elle a présenté des altérations diverses. M. Leloir a signalé la fréquence des lésions suppuratives¹ des furoncles et des anthrax notamment. Ces accidents se sont produits chez ses malades pendant la convalescence, quatre, cinq ou huit jours après la disparition de la fièvre. M. Barthélemy a fait de ces éruptions grippales une étude très complète². Il insiste particulièrement sur une variété de rash qu'il compare au rash de la variole. Il se présente sous l'aspect morbilliforme ou sous l'aspect scarlatiniforme : il débutait par la face mais ne tardait pas à se généraliser. Il ne durait pas plus de 48 heures et ne laissait après lui ni desquamation, ni aucune trace. La variété scarlatiniforme ressemblait d'autant plus à la scarlatine qu'elle s'accompagnait parfois de mal de gorge. M. Barthélemy signale aussi une éruption vésiculeuse, localisée autour du cou, et à la partie supérieure du tronc : quelques-unes de ces vésicules reposaient sur une base légèrement nodulaire et douloureuse à la pression. L'auteur

1. *Bulletin médical*, 1890, p. 117.

2. *Soc de Dermatol.*, 12 avril 1890.

oppose ces éruptions causées directement par l'infection grippale aux autres éruptions, coïncidences ou complications banales de la maladie, furoncles, herpès, zona, etc. M. Guitteras a consacré un article à ces dermatoses grippales¹. Outre l'herpès labial, la miliaire, l'urticatoire, il a observé, ainsi que plusieurs médecins américains, des érythèmes. Lorsque cette complication survient, la grippe présente un aspect particulier, si bien qu'on pourrait alors la désigner sous le nom d'influenza érythémateuse. Elle simule notamment la scarlatine à s'y méprendre et cela au point que le D^r Guitteras croit devoir donner les signes diagnostiques qui empêcheront de confondre ces deux affections.

III. Lésions bulleuses dans la maladie pyocyannique. — Cette affection, si bien étudiée au point de vue expérimental par M. Charrin, peut se rencontrer chez l'homme. Elle donne alors naissance à un ensemble symptomatique au milieu duquel apparaissent des lésions cutanées. Celles-ci ont été étudiées par MM. Ehlers de Copenhague, Neumann de Berlin, Oettinger de Paris. Chez le malade de M. Ehlers l'éruption d'abord papuleuse se transforma bientôt en pustules semblables à celles de l'ecthyma : les ulcérations qui leur succédèrent se présentaient sous forme d'ulcérations profondes, dont le fond grangréneux était circonscrit par des bords épaissis, infiltrés, de coloration hémorragique. Dans le liquide des bulles, on retrouve le bacille du pus bleu. Ces caractères objectifs de la lésion cutanée sont les mêmes que ceux signalés par M. Oettinger², bulles de dimensions variables allant d'une petite lentille à une grosse noisette, siégeant au niveau des parties génitales. Elles étaient remplies d'un liquide opa-

1. *Medical Record*, n° 8, 1890.

2. *Semaine médicale*, 22 octobre, 1890.

lin qui devenait bientôt hémorrhagique. Après rupture de la bulle, le derme était mis à nu et il en résultait une ulcération à fond blanchâtre, diphthéroïde, entourée de bords irréguliers, décollés, épaissis et infiltrés de sang. C'est là l'éruption que l'on désigne habituellement sous le nom d'ecthyma térébrant. Il reste à savoir si ce dernier est toujours le fait de la maladie pyocyanique. Bien que cette éruption ne soit dans cette affection qu'un symptôme, qui n'apparaît même pas au début de la maladie, son importance diagnostique n'en est pas moins considérable. C'est peut-être un type nouveau en dermatologie; c'est assurément l'un des plus intéressants en raison de ce fait que les recherches expérimentales en ont précédé la découverte clinique. En présence d'une affection bulleuse à tendance ulcéreuse, il y aura lieu désormais de rechercher le microbe de la maladie pyocyanique et de songer à cette affection.

IV. **Lèpre.** — Les travaux sur la lèpre ont été, cette année, nombreux et importants. M. Forné¹ étudie la contagiosité de la lèpre et rapporte l'histoire des Européens qui ont contracté la lèpre à la Nouvelle-Calédonie. On est encore divisé sur la question de savoir si la lèpre est contagieuse; il faut prendre comme exemples des sujets à l'abri de la lèpre héréditaire. M. Forné a étudié la lèpre acquise par des déportés, à la Nouvelle-Calédonie. Ils sont à l'heure actuelle au nombre de six. Le premier européen qui a été atteint était resté indemne tant qu'il subissait sa peine. Libéré, il vécut au milieu de populations canaques lèpreuses et six ans après il était lèpreux. La lèpre aurait-elle donc cette durée d'incubation? Nous ne sommes pas encore fixés sur ce point. Outre les cas dans lesquels des individus ne sont devenus lèpreux que

1. *Archives de médecine navale*. — Doin, éditeur, 1890.

20 ans après s'être exposés à la contagion ; 12 ans (le père Damien à Molokai) il existe des cas dans lesquels la durée d'incubation semble avoir été bien moindre. M. Navarro¹ a rapporté des cas où elle n'aurait pas dépassé un an. La lèpre est inoculable à l'homme. Le Dr Arning a inoculé à Hawaï un condamné à mort, au mois de septembre 1884. Au mois de novembre 1887, cet homme était lépreux². La lèpre paraît être aussi inoculable aux animaux et M. Forné dit avoir vu un chien qu'il considère comme étant atteint de la lèpre. L'observation clinique, les inoculations accidentelles et expérimentales démontrent la contagiosité de la lèpre. Toutefois, le Dr Ashmead³ qui a observé la lèpre au Japon pense que cette maladie n'est pas directement transmissible et qu'il est possible que le bacille lépreux doive passer par le corps d'un animal marin avant de se développer chez l'homme.

M. Hutchinson s'est fait au congrès de Berlin le défenseur de cette idée : il montre que la lèpre existe surtout au voisinage des mers ou près de l'embouchure des grands fleuves et il pense que c'est par l'ingestion de la chair de certains poissons que le bacille lépreux pénétrerait dans l'économie. Il n'admet ni la contagion directe, ni la transmission héréditaire : les Anglais, dit-il, qui ont contracté la maladie dans d'autres pays peuvent revenir dans leur patrie et vivre au milieu de leurs amis sans risquer de les contagionner. Inversement des Anglais qui, sans avoir d'ascendants lépreux, vont habiter des pays à lèpre, peuvent prendre la maladie sans s'être exposés d'une manière connue à la contagion. M. Petersen a fait remarquer à M. Hutchinson que la lèpre existait dans les déserts de

1. *Rev. méd. de Bogota*, avril 1890.

2. *Verhand. der. Deut. Dermat. Gesels.*, 1889.

3. *J. of. cut. dis.* juin, 1890.

l'Asie centrale où il n'y a pas de poisson et où les habitants n'en mangent jamais. D'après M. Ashmead la vaccination n'aurait pas de danger (il existe des cas opposés à cette manière de voir : Gairdner), mais les Japonais considèrent qu'il est dangereux de boire de l'eau ou de manger avec des lépreux. En ce pays comme en beaucoup d'autres endroits, une quantité de précautions sont prises par les habitants contre la transmission de la lèpre. Il faut avouer que beaucoup d'entre elles sont le fait de superstitions populaires et ne reposent que sur des légendes.

Dans un très bon article, Prince Morrow s'occupe du diagnostic de la lèpre et il insiste sur le diagnostic de cette affection avec une maladie dont on s'occupe depuis quelques années, le syringomyélie¹. Cette dernière présente en effet avec la lèpre anesthésique les plus grandes analogies et l'erreur aurait été commise (Déjerine). Les notions étiologiques, les autres manifestations lépreuses, l'état de la sensibilité tactile et musculaire abolis dans la lèpre permettront le plus souvent de porter un diagnostic.

M. Beaven Rake² a consacré un article à la fréquence de la tuberculose viscérale dans la lèpre. Il se demande si les lésions sont le fait du bacille de Koch ou de celui de Hansen, tant est difficile la différenciation microscopique entre les deux microbes ; s'il s'agit en d'autres termes d'une phtisie tuberculeuse ou d'une phtisie lépreuse. Il se range à cette dernière hypothèse et il admet que ces cas de tuberculose viscérale des lépreux sont de nature lépreuse. Ils se présenteraient sous deux formes : 1° infection miliaire généralisée des viscères et des séreuses ; 2° gros tubercules jaunes à tendance caséuse et ulcéreuse siégeant surtout dans le poumon. Signalons les

1. *J. of. cut. dis.*, janvier 1890.

Brit J. of Derm., février 1890.

recherches de MM. Boinet et Borrel qui ont constaté dans les tubercules de la lèpre des cellules géantes, à noyaux multiples qu'ils considèrent comme des produits de dégénération ¹.

M. Quinquaud a présenté à la *Société de dermatologie* un nouvel instrument qu'il a inventé pour étudier les troubles de la sensibilité chez les lépreux. C'est un esthésiomètre dynamométrique. De son analyse il déduit les lois suivantes : 1° Les troubles sensitifs sont surtout accentués vers les régions qui avoisinent les extrémités : face, pieds, mains, jambes. Le tronc ne reste pas indemne ; 2° les régions avec abolition totale de la sensibilité dans tous ses modes sont très circonscrites ; 3° la sensibilité au contact est conservée à des degrés divers ; 4° La sensibilité à la piqûre est soumise aux mêmes règles ; 5° la sensibilité des tubercules est toujours altérée : parfois les divers modes de la sensibilité sont à peine touchés mais ils le sont ; tantôt la sensibilité est profondément atteinte ; 6° la sensibilité au froid à 0° et à la chaleur à 50° est ordinairement diminuée à des degrés divers. On trouve la perception du froid éteinte avec une sensibilité à la chaleur persistant encore ; l'inverse peut également se produire.

V. Maladie de Paget. — M. Wickham a consacré à cette curieuse affection une très complète monographie ². La maladie du mamelon dite maladie de Paget, du nom du chirurgien anglais qui l'a isolée le premier des affections qui la simulaient, consiste dans une altération spéciale de la peau du mamelon. Elle prédomine au sein, mais n'est pas spéciale à cette région, car Radcliffe Crocker l'a signalée au scrotum. Elle simule assez bien un eczéma du sein dont il est possible toutefois de la différencier : après

1. *Soc. de biol.*, janvier 1890.

2. Thèse de doctorat, Masson, éditeur.

quelques années elle se complique de cancer et celui-ci amène la mort. Il ne s'agit donc pas d'un cancer primitif du mamelon, non plus d'ailleurs que d'un eczéma vulgaire compliqué de cancer, mais bien d'une affection spéciale. M. Wickham montre qu'elle est due à des parasites de la classe des sporozoaires, de l'ordre des coccidies ou psorospermies. Celles-ci infiltrent l'épiderme : il s'agit donc primitivement d'une altération des épithéliums superficiels mais la présence des parasites parmi les cellules épithéliales et dans leur intérieur même détermine dans les tissus des degrés divers d'inflammation et de prolifération cellulaire. Le cancer survient consécutivement, ayant son point de départ soit dans les conduits galactophores, soit dans les cellules du corps muqueux. Dans les lobes et les tubes épithéliaux on retrouve les coccidies aux divers stades de leur évolution. Cette affection doit être considérée désormais comme une dermatose parasitaire.

VI. Psorospermoses cutanées. — Nos connaissances sur la pathogénie des maladies de la peau s'élargissent de jour en jour. Les coccidies, organismes inférieurs du groupe des protozoaires, voisins des grégaires, semblent pouvoir jouer un rôle pathogène et prélude au développement de quelques affections cutanées. Ce rôle n'est toutefois pas admis sans conteste, il faut bien le reconnaître. Outre certaines variétés d'épithéliome, les coccidies pourraient produire encore trois affections cutanées, la maladie de Paget ainsi que nous venons de le voir, la psorospermose folliculaire végétante et peut-être le molluscum contagiosum de Bateman (acné varioliforme de Bazin). Pour cette dernière affection la question est très controversée. M. Neisser penche vers l'affirmative. MM. Torok

et Tommasoli¹ soutiennent que les corpuscules qui ont été vus par Neisser ne sont pas des parasites, mais une transformation ressemblant à la dégénérescence colloïde du protoplasma. En ce qui concerne au contraire cette affection à laquelle Darier a donné le nom de psorosperose folliculaire végétante, les recherches de cette année apportent des renseignements importants. M. James White, dans un cas qu'il venait d'observer, a rencontré, en outre des lésions signalées par Darier (voir congrès de dermatologie, Paris 1889) les mêmes corps ronds intracellulaires, mais il n'est pas aussi affirmatif que Darier et il discute la valeur de ces corps ronds. Sont-ils bien des parasites, sont-ils la cause réelle de la transformation des tissus dans l'affection où on les trouve? Peuvent-ils se communiquer d'une personne à une autre? Ce sont là autant de questions que l'auteur pose sans les résoudre. Il reste dans l'indécision et il termine son travail en disant que pour lui la nature réelle de l'affection ne peut être regardée comme définitivement établie. Au congrès de Berlin, M. Lustgarten a communiqué une nouvelle observation (ce qui porte à cinq le nombre des cas publiés) et les examens microscopiques qu'il a pratiqués lui ont permis de constater la présence de ces mêmes corps ronds. Qu'ils soient ou non de nature parasitaire, ils peuvent donc être considérés comme constants. L'affection est cliniquement caractérisée par de petites saillies sèches disséminées sur tout le corps.

VII. Affections des ongles. — Deux travaux intéressants ont paru cette année qui passent en revue quatre des principales altérations des ongles. Ce sont les thèses de doctorat de M. Lespinasse et de M. Levrier. La première est l'étude des onychomycoses tricophytique et fa-

1. *Riforma medica*, août 1889.

vique et de la pelade unguéale. La seconde est une monographie de l'eczéma des ongles. L'onychomycose trichophytique coïncide souvent avec d'autres lésions analogues de la peau. L'ongle augmente d'épaisseur et peut atteindre cinq millimètres. Il se divise en deux couches, l'une superficielle, cornée, compacte ; l'autre située au dessous, friable, en moelle de jonc, facile à dissocier en soulevant fortement l'ongle. La surface teintée en jaune brunâtre par places est parcourue par des bosselures et des inégalités. Les lésions vont du bord libre de l'ongle vers la racine. Le tricophyton fait son invasion par les bords, par les couches superficielles de l'ongle. L'onychomycose favique a aussi son cachet propre et coïncide le plus souvent avec un favus du cuir chevelu. L'épaississement de l'ongle n'est pas aussi considérable que dans les cas précédents. La coloration tire aussi davantage sur le jaune : on n'y constate pas ces petites traînées jaunes brunâtres si communes dans la tricophytie. Cette variété d'onychomycose ne se distingue pas par des bosselures superficielles, saillantes et en dos d'âne, mais plutôt par des fissures profondes qui divisent l'ongle en segments. L'ongle favique s'érode, s'use peu à peu et le travail d'usure marche du lit unguéal vers la périphérie. Tandis que dans la tricophytie la lésion débute par les lames cornées superficielles, dans le favus elle commence par le lit unguéal sur lequel on trouve le dépôt parasitaire. Le favus se développe donc surtout sous l'ongle entre le derme sous unguéal et la couche cornée de l'ongle tandis que le tricophyton fait son invasion par les bords, par l'extrémité libre. Au microscope, on trouve dans les deux cas les éléments parasitaires respectifs. Dans la pelade, il existerait deux types de lésions unguéales ; la chute de l'ongle et son usure avec effritement. D'après l'auteur, les altérations des ongles dans la pelade semblent se rapprocher davantage des troubles dystrophiques que des lé-

sions parasitaires, mais il y aurait peut-être quelques objections à faire à cette manière de voir, les conditions dans lesquelles s'est placé M. Lespinnasse pour son observation étant défectueuses et cette étude n'étant basée que sur deux cas d'altérations unguéales.

M. Levrier montre que l'eczéma des ongles commence par la racine, qui se tuméfie. Avec la tuméfaction survient de la rougeur et de la douleur. L'affection se propage de haut en bas : d'abord apparaissent des taches blanches sous l'ongle lui-même. Sur celui-ci apparaissent bientôt des éminences mamillaires qui desquament à leur sommet en creusant de petits puits ; il en résulte un aspect piqueté. Puis surviennent des cannelures, des sillons ; l'ongle devient sec, cassant et s'exfolie par ses parties libres. Les bords latéraux de l'ongle se soulèvent à leur tour et au-dessous d'eux on trouve des amas noirâtres et desquamés provenant du lit de l'ongle. L'examen histologique démontre l'absence de parasite. L'auteur étudie ensuite le diagnostic du psoriasis et de l'eczéma de l'ongle. La durée de la maladie est longue et le traitement souvent inefficace. Aux médications générales devra s'ajouter une médication locale portant surtout sur la matrice de l'ongle.

VII. Traitement de la teigne tondante. — On sait combien cette question préoccupe les dermatologistes. Depuis de longues années, les médications les plus diverses ont été proposées et presque toutes ont échoué. D'autres agissent si lentement qu'il faut alors compter par années dans le traitement de la tricophytie du cuir chevelu, si bien qu'en présence de ces résultats décourageants, on a pu dire que la teigne tondante devait guérir seule. On sait en effet que la teigne tondante ne se montre guère au delà de l'âge de vingt ans. Dans ce que nous venons de dire, il s'agit bien entendu d'une guérison absolue,

réelle, de la tricophytie, à l'abri de toute récurrence; et non de ces guérisons apparentes qui ne laissent le sujet indemne que pour un temps plus ou moins court. Il semble cependant que le traitement de la tricophytie entre dans une ère nouvelle et le travail qu'a consacré M. Carrère à exposer les résultats obtenus par M. Quinquand à l'hôpital Saint-Louis est des plus intéressants à cet égard.

M. Quinquand a exposé sa méthode au congrès de dermatologie de 1889. On la trouvera avec les détails nécessaires dans ses leçons sur les teignes publiées cette année¹. En voici le principe : 1° Désinfection absolue et obstacle à la pullulation des spores de tricophytie: passage à l'étuve de tous les objets et des vêtements du teigneux. Soins de propreté de tous les instants. Lotions chaque matin avec une solution antiseptique de biodure et de bichlorure de mercure ; 2° rugination des plaques de tricophytie ; épilation des poils malades afin d'extirper les spores qui s'infiltrèrent soit dans l'épiderme, soit dans les follicules pileux. Lavages de ces plaques de façon à se mettre à l'abri des auto-inoculations qui entretiennent la maladie, d'où sa durée parfois si longue, et à enlever tous les produits de raclage ; 3° protection du cuir chevelu par un bonnet de caoutchouc ou plus simplement par un bonnet de toile changé chaque jour et application sur toute la tête de pommades antiseptiques qui ont pour effet de s'opposer à la diffusion de la maladie, de traiter les plaques au début qui ont pu passer inaperçues et peut-être aussi de s'opposer au développement de la spore du tricophyton, M. le Dr E. Vidal ayant montré qu'elle était aérobie ; 4° sacrifice des cheveux qui doivent être coupés ras aux ciseaux, alors même qu'on ne trouve qu'une petite plaque de tricophytie. Avec cette méthode qui paraît des plus simples, plus de cent enfants ont pu sortir

1. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1013.

cette année, définitivement guéris, de l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis. C'est là un très beau résultat si l'on songe qu'à Paris la teigne augmente. Elle est au contraire assez rare à l'étranger, ainsi qu'en témoignent les communications des médecins étrangers au congrès de dermatologie et la pénurie des travaux sur cette question en 1890. Mentionnons cependant les expériences de M. Unna qui reposent sur le même principe. Il recommande spécialement l'emploi de la chrysarobine comme parasiticide. Des expériences entreprises par M. Sehlen lui ont montré que cette substance s'oppose énergiquement à la végétation de la spore tricophytique. Le Dr Harrison préconise un mélange de potasse caustique et d'acide phénique.

IX. Tumeurs de la peau. — Les petites tumeurs cutanées sont encore imparfaitement connues. M. le Dr Pringle a publié une étude sur les adénomes sébacés de la face dont le type a été isolé par Balzer du groupe des polyadénomes de Broca qui contenait les types les plus distincts. M. Pringle a fait l'examen histologique d'un cas personnel et il y a trouvé les lésions signalées par Balzer mais à un degré moindre. Ce sont en somme des néoformations sébacées, de véritables épithéliomes bénins, souvent kystiques, dont la physionomie clinique est assez particulière. M. Darier a appelé l'attention sur des tumeurs qui simulent assez bien les précédentes, mais il s'agit non plus d'une prolifération cellulaire mais d'une hypertrophie congénitale des papilles du derme, des vaisseaux, alors que les glandes sébacées sont saines : c'est en un mot un *nœvus verruqueux et vasculaire*. Enfin, M. Hallopeau a publié un nouveau cas de ces tumeurs auxquelles Darier et Jacquet avaient donné le nom d'hydradénomes, M. Torok celui de syringo-cystadénomes et M. Quinquaud le nom beaucoup plus juste de cellu-

lome épithélial kystique. Voilà donc trois variétés de tumeurs de la peau qui suffisent à montrer la nécessité d'examiner au microscope tous ces éléments éruptifs si l'on veut arriver à un diagnostic exact. On trouvera certainement d'autres types encore inconnus.

X. **Eczéma.** — Depuis quelques années on a embrouillé comme à plaisir cette question de l'eczéma, mais il semble que l'on revienne à des notions plus exactes. Nous signalerons parmi les travaux importants de cette année, la communication de M. Unna à l'association médicale britannique. M. Unna fait de l'eczéma une affection parasitaire tout en tenant le plus grand compte du terrain de culture. On sait que le même auteur a décrit, sous le nom d'eczéma séborrhéique, un type clinique spécial dont les relations avec l'eczéma vrai ne sont rien moins que démontrées. M. Brooke s'élève avec raison contre la conception de M. Unna et il se refuse à comprendre dans l'eczéma la séborrhée du cuir chevelu, la séborrhée du corps (eczéma circonscrit de la région sternale ou du dos). Ce n'est pas là le processus de l'eczéma vrai avec prurit, vésiculation, etc. A signaler deux bonnes études cliniques de M. Schiff de Vienne sur l'eczéma des enfants et de M. D. Bulkley de New-York sur l'eczéma des vieillards.

SYPHILIGRAPHIE. I. **Chancres extra-génitaux.** — Depuis plusieurs années M. le P^r Fournier fait publier la relation des chancres extra-génitaux observés dans son service pendant l'année écoulée. Cette année, c'est M. Feulard qui nous apporte les résultats de cette intéressante statistique. Ils sont à comparer avec ceux qu'ont publiés cette année même MM. Neumann, de Vienne et Pospelow, de Moseou. En 4 ans M. Fournier observe 154 chancres extra-génitaux. En 10 ans M. Pospelow en compte 198 et M. Neumann 84 dans le même laps de temps. Les chan-

crues céphaliques dominant et parmi ceux-ci, les chancres buccaux sont les plus fréquents. M. Pospelow fait remarquer qu'à Moscou ces derniers seraient le fait de la vie en commun avec des syphilitiques et non le résultat d'une perversion sexuelle. La lecture des observations permettrait d'étendre cette remarque aux autres pays et montrerait bien à quel point peut être dangereuse la syphilis dans les familles. Contrairement à ce que pensent quelques syphiligraphes, M. Neumann montre que les chancres extra-génitaux n'ont pas une malignité plus grande que les chancres génitaux. Ce qui fait la gravité de la syphilis, c'est la mauvaise hygiène, l'alcool, etc. Si les chancres extra-génitaux ont paru être suivis d'une syphilis plus grave, c'est qu'ils sont plus difficilement reconnus et qu'on intervient plus tardivement que dans le cas de chancres génitaux. A rapprocher de cette question des chancres extra-génitaux un très important travail du D^r Duncan Bulkley ¹ sur la syphilis en tant qu'affection non vénérienne. Il la divise en trois groupes 1^o la syphilis économique propagée dans les familles par suite des relations de la vie quotidienne; ustensiles, objets de ménage, de travail, etc.; 2^o la syphilis des nourrices et des domestiques; 3^o la syphilis médicale qui elle-même se divise en trois groupes selon que le médecin est la victime, l'agent contaminateur ou l'agent intermédiaire (syphilis vaccinale, etc.). Tous ces auteurs sont unanimes à reconnaître que le gouvernement doit s'occuper de cette question de la syphilis qui intéresse à un si haut degré l'existence des sociétés.

II. Incubation de la syphilis.— M. Puech (*Montpellier médical*) rapporte deux observations de chancre induré à longue incubation. Dans l'une, le chancre n'appar-

1. *J. of the Amer. assoc.* p. 865.

rut que 81 jours après le coït infectant ; dans l'autre, l'intervalle fut de 97 jours. M. E. Besnier (*J. de méd. pratique*) rapporte une observation dans laquelle il ne s'agit plus de l'incubation du chancre mais de celle des accidents secondaires. Au 90^e jour, il ne s'était montré aucune éruption. S'agit-il d'une syphilis éteinte dès sa période primaire?

III. Syphilis osseuse. — M. Laporte a étudié la syphilis de la clavicule ¹. Les clavicules, surtout la gauche, en raison de leur situation immédiatement sous-cutanée qui les expose sans défense aux violences extérieures, sont fréquemment frappées par la syphilis. En dehors des lésions banales, exostoses, gommès, nécrose, il faut signaler les fractures qui se distinguent des ruptures traumatiques ou musculaires par des caractères spéciaux dont la cause est l'intégrité du périoste. Leur pronostic est bénin si le traitement spécifique intervient à temps. M. Leyden rapporte un cas d'affection syphilitique des vertèbres ². L'auteur avait d'abord pensé à une carie vertébrale, mais la multiplicité des lésions, la vivacité de la douleur ainsi que la ressemblance avec quelques faits observés par lui antérieurement lui firent modifier son diagnostic. Guérison en huit semaines par le traitement spécifique.

IV. Syphilis viscérale. — Des travaux importants ont été consacrés cette année aux manifestations viscérales de la syphilis. Leur nombre ne nous permet pas de les passer en revue et nous renvoyons, pour les indications bibliographiques, à la collection des *Annales de dermatologie* pour l'année 1890. Mentionnons seulement la syphilis de l'intestin par Hayem et Tissier, la syphilis du

1. Thèse de Paris, Jouve, éd.

2. *Berliner klin. Woch.*, 1889, n° 21.

foie par Mauriac et par Hudelo, la syphilis de l'appareil respiratoire par Dieulafoy, par F. Raymond, par Taberlet, la syphilis du système nerveux par Bouisson, par Trékaki, par Gilbert et Lion, par Taylor, etc. On connaît le rôle important que l'on a fait jouer depuis quelques années à la syphilis dans la production des anévrysmes de l'aorte. MM. Mauriac, Létienne, Vaquez ont cette année encore rapporté des observations qui montrent bien l'importance de l'infection syphilitique dans les artériopathies en général et dans l'étiologie des anévrysmes en particulier.

V. Syphilide pigmentaire. — Intéressant mémoire de M. Audry de Lyon. Il s'agit d'un cas de syphilide pigmentaire généralisée, ce qui est rare ; on sait que l'on n'est pas encore complètement fixé sur la nature et la pathogénie de ces pigmentations qui surviennent ordinairement au niveau du cou chez les syphilitiques à la période secondaire. M. Audry a fait l'examen microscopique de ces taches et il y a trouvé les lésions suivantes qui ont été d'ailleurs rencontrées déjà par quelques observateurs qu'il cite. Production exagérée de pigment, infiltration de granulations agminées des cellules génératrices du corps muqueux. Blocs pigmentaires dans les papilles. Aucune trace de dermite. Le pigment vient de la région dermique, apporté par des corpuscules pigmentifères. Il n'y a rien là d'ailleurs qui doive étonner le dermatologiste, dit M. Audry, si l'on se rappelle que pareil fait a été démontré pour la maladie d'Addison par Renaut et par Nothnagel. Il semble que bien des pigmentations cutanées doivent se produire par un mécanisme analogue¹.

Syphilis héréditaire. — Depuis les remarquables travaux de M. le P^r Fournier, la syphilis héréditaire est

1. *Annales de dermatologie*, 1890, p. 135.

devenue l'une des questions que l'on travaille le plus : son champ est d'ailleurs si vaste qu'on y trouvera longtemps encore à glaner. Ainsi s'explique la multiplicité des travaux qui paraissent chaque année, et dans notre pays notamment, sur cette branche de la pathologie. Bornons-nous à indiquer les plus importants. Mlle Krykus a étudié la mortalité des enfants hérédo-syphilitiques. Le relevé du service de M. Fournier donne pour 300 grossesses de femmes syphilitiques, 119 avortements ou accouchements prématurés, soit 24 0/0. Que deviennent les autres ? Venus à terme, ils meurent dans la proportion de 48 0/0 dans le cas de syphilis paternelle et de 78 0/0 dans l'hérédité mixte. Voilà des chiffres à méditer aujourd'hui que l'on parle tant des causes de dépopulation. Croit-on que ceux qui ont échappé à la mort qui les menace dès leurs premiers jours soient pour cela viables ? Ce serait une erreur profonde. La plupart meurent dans leurs premières années. Beaucoup d'entre eux meurent d'accidents cérébraux. Disons à ce propos qu'on ne sait pas assez qu'un grand nombre de méningites dites tuberculeuses ne sont que des accidents syphilitiques que l'on doit traiter comme tels et dont on peut par suite espérer la guérison. Voilà l'avenir réservé aux hérédo-syphilitiques. Lorsque la syphilis des parents est ancienne, il est peut-être un peu moins sombre, la mortalité descendant à 40 0/0.

Parmi les localisations de la syphilis congénitale intéressantes à relever, on peut citer une observation de M. Girode : gommes syphilitiques de la capsule surrénale. Il est à noter que la mère infectée au quatrième mois de sa grossesse avait été régulièrement traitée. Parmi les accidents de la syphilis héréditaire tardive, M. Cartaz a rapporté trois faits de syphilis laryngée. Cette localisation est rare et se rencontre le plus souvent chez des enfants âgés de dix à quinze ans. Les lésions sont ordinairement scléro-gommeuses, débutent par l'épiglotte, coïncident

souvent avec des altérations pharyngées et peuvent aboutir à la destruction des cartilages. M. le P^r Lépine a publié une observation de paralysie des nerfs moteurs oculaires communs et de l'hypoglosse chez une femme hérédo-syphilitique âgée de 32 ans. Eu égard à la multiplicité, à la gravité des lésions on peut citer une observation de M. L. de St-Germain publiée sous le titre de : un cas remarquable de syphilis héréditaire¹. Il s'agit d'un enfant de 13 ans et qui offre, comme c'est la règle, un infantilisme tel qu'on ne lui donnerait que 7 ou 8 ans. Physionomie vieillote, gommés diffuses, ulcérations cutanées disséminées un peu partout, lésions de carie osseuse, etc., à diverses reprises, différentes fractures : fracture de la jambe au niveau d'une région occupée par des ulcérations multiples, fracture du coude survenue pendant le sommeil : c'est bien une fracture spontanée. Cette fragilité osseuse est intéressante à noter. Pendant un certain temps, on cesse l'administration du mercure et l'enfant revient couverte de gommés : certaines d'entre elles présentent la dimension d'un petit œuf de poule et sécrètent abondamment. Des ulcérations profondes, des lésions ostéo-périostiques ont déformé les membres inférieurs, tuméfié les articulations, rétracté les tissus si bien que les jambes sont fléchies à angle droit sur les cuisses. Disparition de la plupart de ces accidents sous l'influence du traitement.

VII. Réinfection syphilitique. — Les faits bien observés de réinfection syphilitique, réels, si l'on peut dire, sont rares et doivent être soigneusement pointés. Outre leur intérêt, ils montrent que la syphilis peut guérir. M. Pospelow de Moscou qui en a observé quatre en a publié un nouveau cette année. Il s'agit d'un homme qu'il

a soigné pour des accidents syphilitiques multiples en 1882. Traitement méthodique et régulièrement suivi. Aucun accident à partir de 1884. Cet homme se marie et a des enfants sains. A la fin de 1889, rapports avec une femme syphilitique. En janvier 1890, chancre induré, roséole, plaques muqueuses, etc. En un mot, nouvelle infection syphilitique qui prouve par conséquent la guérison de la première atteinte.

VIII. Traitement de la syphilis. — La pratique des injections sous-cutanées de sels mercuriels dans le traitement de la syphilis tend à se répandre de plus en plus malgré les critiques souvent assez justes qui ont été formulées contre ce procédé d'administration du mercure. M. Hermann Klotz a expérimenté les injections de calomel, d'oxyde jaune et de salicylate de mercure. Il donne la préférence aux injections de calomel et il recommande ces injections de sels insolubles d'hydrargyre. M. Cochery a essayé les injections de benzoate de mercure proposées par Stoukowenkoff de Kieff. Ces injections seraient moins douloureuses que les autres, mais on ne voit pas qu'elles offrent sur les injections à base de sels solubles des avantages bien manifestes. L'injection doit être pratiquée tous les jours, ce qui n'est pas nécessaire lorsqu'on emploie les sels insolubles. M. Szadeck a essayé les injections d'acétate de thymol de mercure, substance qu'il considère comme étant des plus actives et comme devant occuper un des premiers rangs parmi les préparations insolubles (calomel, oxyde, salicylate de mercure). M. Huot de Montpellier a étudié les deux premiers de ces sels de mercure : il considère le calomel comme un agent thérapeutique énergique mais dangereux. L'oxyde jaune donne aussi de bons résultats, mais il expose aux mêmes accidents graves. Il préfère à ces deux agents l'huile grise préparée suivant la formule de Neisser. La durée du trai-

tement est réduite notablement ; les récidives sont rares, les accidents exceptionnels ; en un mot les résultats thérapeutiques sont des plus satisfaisants. Ce ne sont pas là les seuls travaux publiés sur cette question du traitement de la syphilis par les injections mercurielles, mais ils suffisent pour montrer le peu d'entente qui existe sur ce point de thérapeutique, les uns recommandant telle substance qui est formellement déconseillée par les autres, ceux-ci trouvant dans cette médication des avantages tandis que ceux-là n'y voient que des inconvénients. Il semble qu'actuellement, les sels insolubles l'emportent sur les sels solubles et que les préparations qui rallient le plus de suffrages soient l'huile grise, le salicylate de mercure, et l'oxyde jaune de mercure. M. Hallopeau insiste sur la nécessité du traitement local des manifestations syphilitiques. Ce traitement local est le complément utile du traitement général. Contre le chancre il recommande le sublimé en poudre ou encore les compresses imbibées d'une solution de sublimé. Les plaques muqueuses seront touchées au nitrate acide de mercure. Dans les syphilides généralisées des téguments il recommande les bains de sublimé et dans les syphilides localisés, les pommades mercurielles. Dans les syphilides ulcéreuses, l'iodoforme pourra rendre les plus grands services.

M. Szadeck a prescrit, dans plusieurs cas de syphilis, l'iodol déjà expérimenté par Pick, Schwimmer, etc. Il a employé ce médicament à l'extérieur et à l'intérieur. Les lésions ulcéreuses pansées à l'iodol guérissent rapidement. A l'intérieur, le médicament est très bien supporté et il donne de très bons résultats. Il agit comme les autres préparations d'iode, mais d'une façon moins rapide et moins énergique cependant que l'iodure de potassium. M. le P^r Leloir a communiqué à l'Académie de médecine un travail sur le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées. Il leur reconnaît comme avantage

une grande rapidité d'action, mais cet avantage est balancé par leur effet passager et surtout par les inconvénients qu'entraîne la méthode. D'après lui, l'oxyde jaune est préférable au calomel (on voit que l'accord est loin d'être unanime sur ce point). L'action lente de l'huile grise qu'il oppose à l'action rapide de l'oxyde jaune, la lui fait recommander; mais il donne encore la préférence aux anciennes méthodes de traitement et notamment aux frictions mercurielles. Citons, en terminant, une intéressante tentative de M. Balzer¹ qui a fait disparaître par le massage, des syphilides rebelles de la peau chez une femme qui ne supportait pas le mercure.

Paul RAYMOND.

SYSTÈME NERVEUX

Cerveau, bulbe et moelle. — Polioencephalomyélite, ophthalmoplégie externe, origine bulbaire du tic de la face, migraine ophthalmoplégique, tabes dorsal, syringomyélie, atrophies musculaires consécutives aux lésions articulaires. *Nerfs périphériques.* Paraplégie diabétique, névrites chez les cancéreux, zona, atrophies musculaires dues à la névrite, tétanos céphalique avec paralysie faciale. — *Névroses.* Epilepsie, chorée, délire dans la chorée, maladie de Basedow (troubles psychiques, nature et causes), astasie-abasie dans le goître exophtalmique, hystérie (syndrome simulant la pachyméningite cervicale, délire et somnambulisme hystérique, état mental). — *Varia,* ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, myopathie, lésions musculaires de la sclérodermie.

I. Cerveau, bulbe et moelle. — Le *polioencéphalomyélite* est une affection caractérisée anatomiquement par la lésion de la colonne grise motrice dans toutes ou partie de la hauteur de l'axe bulbo-médullaire. Clini-

1. *Société clinique de Paris*, décembre 1890.

quement, c'est l'atrophie musculaire avec paralysie bulbaire soit supérieure, soit inférieure. Le signe le plus constant de la paralysie bulbaire supérieure est l'*ophthalmoplégie externe*, caractérisée par la paralysie de toute la musculature extérieure de l'œil, l'iris et le muscle accommodateur restant indemnes. Le syndrome de la paralysie bulbaire inférieure est la paralysie labio-glosso-laryngée. Les cas de polioencéphalomyélite, qui peuvent se diviser en aigus, subaigus ou chroniques, comprennent plusieurs catégories. Tantôt il y a paralysie bulbaire totale, tantôt paralysie bulbaire supérieure ou inférieure isolée, coïncidant avec l'atrophie musculaire des membres, laquelle revêt généralement l'aspect de la maladie de Duchenne-Aran. L'un de nous a fait au sujet de cette intéressante affection, qu'il faut savoir distinguer de toutes celles qui peuvent la simuler (maladie de Duchenne-Aran, névrite périphérique, myopathie, etc.) un important mémoire avec M. Parmentier¹. On y trouvera résumés tous les cas de polioencéphalomyélite essentielle déjà publiés ainsi qu'un certain nombre de cas nouveaux.

A côté de ces cas d'ophthalmoplégie externe d'origine centrale, nous placerons quelques autres également intéressants et publiés cette année, dont les uns relèvent de la même origine, les autres au contraire sont de nature périphérique². On sait qu'il faut différencier le tic symptomatique dû à une lésion siégeant sur le trajet

1. Georges Guinon et E. Parmentier. *Nouv. Icon. de la Salpêtrière* 1890.

2. Rossolimo. *Ophthalmoplegia externa polyneuritica* (*Zur Pathologie der Tabes*) *Neurol. Abtt.*, 15 octobre 1890, p. 612. — Christ. *Zur Kazistik der nuclearen ophthalmoplegie*. — *Inaug. Diss.* Basel, 1890 (*Deutsch. Arch. f. kl. med.* Bd. XXXVI H. 5 et 6, p. 497.) — Bernhardt. — *Zur Lehre von den nuclear Augenmuskellahmungen und den recidivirenden Oculo-moturius und Facialis Lahmungen.* (*Berlin Klin. Wochsft.*, 1889, 33.

ou au niveau de ses origines du tic réflexe, conséquence d'une irritation persistante portant sur un nerf sensitif et particulièrement sur le trijumcau. Enfin ces deux tics doivent être séparés du tic essentiel se produisant généralement chez les individus prédisposés par l'hérédité nerveuse et survenant spontanément ou à l'occasion d'une cause déterminante, froid, émotion morale, contagion imitative. Tantôt il apparaît d'emblée, tantôt il succède à des mouvements choréiformes généralisés ou à une chorée générale.

C'est du tic essentiel que MM. Cadot, Gilbert et Roger s'occupent dans un intéressant travail publié dans la *Revue de médecine* ¹. La pathogénie en est très obscure. Pour Debroz, ce tic est dû à un trouble périphérique, pour d'autres, la cause est un trouble des centres nerveux. MM. Cadot, Gilbert et Roger, ont pu, par la destruction progressive des centres nerveux chez une chienne atteinte de tic essentiel de la face, déterminer que dans ce cas, le tic reconnaissait pour cause un trouble fonctionnel des noyaux d'origine de la 7^e paire.

M. Charcot a publié cette année un cas de paralysie récidivante du moteur oculaire commun, qu'il propose d'appeler, en raison des phénomènes douloureux qui caractérisent cette affection au même titre que la paralysie oculaire, *migraine ophthalmoplégique* ². Il rappelle les caractères habituels de la maladie, début précoce, céphalalgie plus ou moins tenace à forme de migraine rebelle, paralysie intermittente du moteur oculaire commun, absence de tous signes de tumeur cérébrale, de syphilis, etc. A côté de son cas, nous placerons celui de

1. Cadot, Gilbert et Roger. *Note sur l'origine bulbaire du tic de la face.* (Rev. de med., 1890.)

2. Charcot, *De la migraine ophthalmoplégique* (Progrès méd., 1890).

M. Darkschewitsch qui ne présente pas moins d'intérêt ¹ et qui est extrait de cet intéressant volume que les élèves et amis du professeur Kojewnikoff ont publié à l'occasion de son jubilé et dans lequel nous avons puisé à plusieurs reprises pour la rédaction de cet article. C'est dire qu'il contient nombre de choses intéressantes.

Moelle. — Les publications sur la syringomyélie continuent à être nombreuses ². Signalons parmi elles le travail d'ensemble de M. Brühl qui établit d'une façon fort exacte l'état actuel de la science à ce sujet ³ et donne l'analyse des cas les plus caractéristiques. Une communication de MM. Déjerine et Tuiland faite dans le courant de l'année à la *Société de Biologie* ⁴, donne comme un signe constant le rétrécissement du champ visuel en particulier des couleurs dans la syringomyélie. Mais des recherches ultérieures dues à Roth, l'auteur bien connu des travaux sur la gliomatose médullaire, soit dans son deuxième mémoire de cette année ⁵, soit dans des communications verbales que nous avons rapportées dans l'analyse faite par l'un de nous avec M. Raïchline (de Moscou) dans le *Progrès médical* ⁶, semblent démontrer que ce rétrécissement du champ visuel ne se rencontre pas comme un signe habituel de la syringomyélie et que dans les cas où

1. Darkschewitsch, *Paralysie récidivante du moteur oculaire commun*. Publication du jubilé du prof. Kojewnikoff, Moscou 1890 (en Russe).

2. Blocq, *De la syringomyélie*. *Gaz. des hop.*, 1889, 7 décembre. — Richard Kretz, *Ueber einen Fall von Syringomyélie*. *Wien, Kl. Wochft.*, 1890, p. 25.

3. Brühl, *Contribution à l'étude la syringomyélie*, th. Paris, 1890.

4. Déjerine et Tuiland. *Rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie*. (*Soc. de biol.*, 19 juillet 1890.)

5. Roth, *Publication du jubilé du prof. Kojeknikoff*. Moscou 1890. (En Russe).

6. Georges Guinon et Raïchline. *Prog. méd.* 1890.

il s'observe il y a généralement quelques complications hystériques. Ces données sont d'ailleurs confirmées par les recherches entreprises à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Charcot et dont le résultat, portant sur l'examen d'un assez grand nombre de syringomyéliques, sera publié l'an prochain par M. Souques.

A propos de l'atrophie musculaire consécutive aux lésions articulaires, nous avons à signaler un intéressant mémoire de M. Raymond ¹. Selon lui, l'inactivité par immobilisation d'un membre (Cruveilhier, Onimus, Gillet), l'anémie vasculaire par compression des vaisseaux qui se rendent dans le muscle, la compression étant exercée dans le cas d'hydarthrose par exemple par le liquide épanché (J. Roux); l'insuffisance de la nutrition des muscles due à ce que les matériaux destinés à ces organes sont détournés vers les tissus articulaires (Gosselin); la myosite par propagation (Lasègue, Sabourin, Clado-Duplay); la névrite de voisinage; une action réflexe s'exerçant par l'intermédiaire de la moëlle sur les nerfs vaso-moteurs des muscles frappés d'atrophies (Bronw-Séguard); une action nerveuse à distance, exercée vers les centres trophiques de la moëlle par irritation articulaire ou péri-articulaire (Vulpian, Le Fort et surtout Charcot); telles sont les différentes théories émises pour expliquer l'atrophie musculaire dans le voisinage immédiat d'une jointure malade ou dans des muscles plus ou moins éloignés. C'est la dernière théorie qui a conquis la majorité des suffrages, mais comme il s'agit là d'un trouble purement dynamique des centres trophiques spéciaux, la preuve anatomo-pathologique faisait défaut à cette théorie réflexe. L'auteur a entrepris des recherches expérimentales qui n'avaient été faites auparavant.

¹. Raymond, *Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux arthrites traumatiques*. (Rev. de méd., 1890.

Le traumatisme expérimental a porté exclusivement sur l'articulation du genou d'un seul ou de deux côtés. Il consistait dans l'injection d'une faible quantité de nitrate d'argent ou d'essence de térébenthine. Quoique pratiquées avec une asepsie rigoureuse, elles ont toujours provoqué une arthrite suppurée.

Ont apparu comme symptômes pour ainsi dire constants l'impotence fonctionnelle, cessant au bout d'une demi-heure à cinq ou six heures, quelquefois plus, et qui ne paraît point être proportionnelle à l'intensité du traumatisme. Exagération du réflexe rotulien, apparaissant au bout de deux ou trois jours. Exagération des réflexes cutanés vers le 6^e et 7^e jours. Exagération des contractions idio-musculaires qui suit une marche parallèle à celle de l'exagération des réflexes tendineux. Exagération de l'excitabilité faradique. Hyperesthésie cutanée occupant tout le membre. L'atrophie musculaire n'est point proportionnelle à l'intensité du traumatisme; est appréciable dès le 4^e ou 5^e jours; envahit successivement le quadriceps, les extenseurs et les fessiers, les muscles de la jambe. C'est dans le quadriceps que l'atrophie atteint son maximum. Il y a lieu d'attribuer l'amaigrissement du muscle à la disposition de la substance interfibrillaire. Dans la moëlle et les nerfs périphériques rien; toutefois, dans les rameaux nerveux intra-musculaires traités par le procédé de Jakimowitsch, l'auteur a constaté que les cylindraxes présentaient une striation très nette.

Cette atrophie musculaire ne se produit pas quand les racines postérieures de la moëlle qui concourent à l'exercice de la réflexivité des muscles, sont sectionnées ou détruites.

L'absence physiologique des cordons latéraux chez les animaux nouveau-nés, leur destruction ou section chez les adultes, ainsi que l'hémisection de la moëlle accélé-

rent la marche de l'atrophie musculaire dans le membre correspondant dont une articulation a été lésée, mais n'influent pas sur la marche de l'atrophie dans le membre opposé, si les articulations des deux membres homologues ont été le siège d'un traumatisme.

On peut conclure de là que l'atrophie musculaire consécutive à une lésion articulaire est de nature réflexe, qu'elle dépend du retentissement de la lésion locale sur la moëlle, qui devient le siège d'altérations purement dynamiques.

Nerfs périphériques. — On connaît l'existence des névrites périphériques dans certaines affections générales. Dans le diabète, elles peuvent revêtir la forme paraplégique et donner lieu ainsi à un trouble moteur de cause diabétique que M. Charcot a étudié cette année sous le nom de *paraplégie diabétique*. Celle-ci présente de nombreux points de contact avec la paraplégie alcoolique qui relève comme elle de névrites périphériques. Absence des réflexes rotuliens, démarche de *stepper*, phénomènes douloureux, tels sont les principaux signes qui caractérisent ce genre de paraplégie, sans oublier la présence du sucre dans l'urine et les symptômes ordinaires du diabète, qui serviront dans ces cas à la faire rapporter à sa véritable cause.

M. Auché (de Bordeaux) a relevé également la présence de névrites périphériques chez les cancéreux². Il publie de nombreuses observations et termine par les conclusions suivantes : 1° Des névrites peuvent se développer et se développent très fréquemment dans le cours

1. Charcot, *De la paraplégie diabétique* (Arch. de Neurol., 1890, leçon recueillie par Georges Guinon).

2. Auché, *Des névrites périphériques chez les cancéreux* (Rev. de méd., 1890.)

et sous la seule influence des affections carcinomateuses. 2° Qu'elles occupent les sièges les plus variés, mais qu'en général les nerfs sont d'autant plus altérés qu'ils sont plus éloignés des centres nerveux. 3° Que ces névrites sont en relation avec quelques symptômes cliniques qu'il faut savoir chercher chez les malades. 4° Qu'elles sont probablement dues aux troubles nutritifs et aux altérations des liquides et des tissus survenant dans la période cachectique des tumeurs cancéreuses.

M. Féré a eu l'occasion d'observer dans un court espace de temps quatre cas de zona dans le service des épileptiques de Bicêtre où cette affection ne s'était pas montrée à sa connaissance depuis des années. Chacun de ces quatre cas présente des particularités intéressantes, mais l'auteur insiste surtout sur la douleur rachidienne qui apporte un nouvel éclaircissement à la pathogénie du zona. Elle suggérerait en effet dans ces cas l'idée d'une forme atténuée de méningite cérébro-spinale épidémique liée ou non à d'autres infections générales ou locales, et, dont le zona ne serait qu'un symptôme révélateur.

M. Dubreuilh a publié trois observations des malades présentant des symplégiques presque identiques consistant dans l'atrophie des muscles des mains et des pieds avec attitudes vicieuses persistantes². Ces symptômes sont dus à la névrite périphérique comme l'indique l'étiologie et l'examen minutieux des malades, l'autopsie dans deux des cas a d'ailleurs confirmé le diagnostic.

Une particularité frappante est la disproportion entre les lésions des nerfs et les symptômes observés ou même

1. Ch. Féré. *Note sur quatre cas de zona et en particulier sur la douleur rachidienne dans le zona thoracique.* (Rev. 1890.)

2. Dubreuilh, *Etudes sur quelques cas d'atrophie musculaire, limitée aux extrémités et dépendant d'altération des nerfs périphériques* (Rev. de méd. 1890).

l'altération des muscles. De plus il n'y a presque pas de troubles sensitifs ou trophiques. Ces observations ont un grand intérêt car elles montrent que des névrites périphériques d'origine quelconque sans autre ressemblance que leur localisation aux extrémités peuvent guérir incomplètement et laisser persister des lésions indélébiles mais non progressives caractérisées par l'atrophie des muscles des mains et des pieds, et des attitudes vicieuses pseudo-contraction des antagonistes.

L'erreur au point de vue du pronostic pourrait résulter de l'ignorance de ces faits en les prenant pour une myopathie primitive ou une atrophie musculaire du type Aran-Duchenne.

M. Lannois a publié une observation de l'affection décrite pour la première fois par Ross sous le nom de tétanos hydrophobique et désigné par Von Wahl par l'appellation de tétanos céphalique¹. Le malade en question présente les phénomènes essentiels du tétanos céphalique à savoir : 1° Plaie dans la sphère de distribution du trijumeau au siège d'élection, c'est-à-dire dans la région circum-orbitaire ; 2° Une paralysie faciale complète du type périphérique siégeant du même côté que la lésion. 3° Des spasmes tétaniques d'abord localisés aux muscles élévateurs des mâchoires (trismus), puis s'étendant aux muscles de la nuque, et peut-être à ceux du pharynx.

Dans cette observation pas trace d'hydrophobie, phénomène auquel Ross avait attaché trop d'importance. Mais il y a à signaler le rétrécissement exagéré des pupilles, signalé déjà par Kirchnoff, Lernbecher, Charvot, phénomène qui, lorsqu'il existe, semblerait indiquer que le noyau de la 3^e paire qui régit les mouvements de l'iris se trouve pris à l'égal du noyau du trijumeau. L'auteur termine en

1. Lannois. — *Sur un cas de tétanos céphalique avec paralysie faciale*. (Rec. de méd., 1890).

donnant les théories qui cherchent à expliquer le phénomène paradoxal au milieu des symptômes tétaniques de la paralysie du facial ; Ross croyait à une inflammation du nerf et à sa compression dans le canal de Fallope ; Villar, à une fracture du rachis due au traumatisme primitif. M. Lannois se rattache à l'hypothèse que le tétanos est une maladie infectieuse et que ou bien les toxines de Brieger agissent différemment suivant les nerfs qu'elles touchent, amenant ici des spasmes et là de la paralysie, ou bien que le bacille de Nicolaïer-Rosenbach produit, à côté des toxines donnant des spasmes, un autre alcaloïde qui serait paralysant.

III. **Névroses.** — L'important ouvrage de M. Féré¹ doit être placé en tête de la liste des publications concernant l'épilepsie. On se souvient des nombreuses communications que ce distingué médecin fit pendant ces dernières années sur l'épilepsie. Son livre contient le résumé de toutes ces communications et en outre, les idées personnelles de l'auteur concernant le sujet. Nous n'avons pas à approuver ni à critiquer ici les théories de M. Féré. Qu'il nous suffise de dire que beaucoup sont originales et fort séduisantes. De plus c'est un livre d'érudit ; on y trouve une bibliographie considérable et la citation de plus de 800 auteurs tant français qu'étrangers. Nous n'analyserons pas l'ouvrage en détail, faute de pouvoir en donner une idée exacte en peu de lignes : tout y est ; les auras, l'attaque et ses variétés, ainsi que les troubles qui peuvent lui succéder (paralysies, tremblements, etc.), ou l'accompagner (modifications de la pression artérielle de la température, du pouls, de l'urine, de l'hémoglobine etc.) y sont décrits de main de maître. L'étiologie, l'anatomie pathologique, le pronostic et le diagnostic, for-

1. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, Paris. 1890.

ment le reste de ce gros volume qui doit faire partie de la bibliothèque de tout médecin qui s'intéresse aux progrès de la neuropathologie.

Si nous signalons ici le travail de M. Digoy sur le délire dans la chorée, ce n'est pas que nous approuvions ses conclusions, mais plutôt parce qu'il contient un certain nombre d'indications que l'on pourra trouver là réunies, bien que leur rapprochement ne nous paraisse pas absolument justifié. M. Digoy étudie l'état mental, non pas dans la chorée, ainsi qu'il dit, mais dans les chorées, ainsi qu'il aurait dû dire, puisqu'il l'envisage dans toutes les affections que Lannois a classifiées il y a quelques années dans sa thèse sur la nosographie des chorées. Considérant tout d'abord la chorée de Sydenham, il y décrit une première forme de troubles intellectuels consistant en une sorte d'incohérence des idées ne pouvant pas réellement être appelée folie. A côté de cette première catégorie de faits, il décrit la forme maniaque du délire choréique, puis la forme mélancolique. Passant ensuite à la chorée chronique et à la chorée de Huntington, il rappelle l'affaiblissement intellectuel des malades de ce genre, allant parfois jusqu'à la complète démence. Sur ce caractère commun, il s'appuie pour rapprocher, d'une façon tout à fait inattendue, la chorée sénile des autres chorées. En ce qui concerne les chorées rythmiques, c'est-à-dire pour la plupart hystériques, et les pseudo-chorées, il est évident qu'il n'y avait aucune raison pour les placer en ce lieu. En effet, pour les premières, c'est l'état mental hystérique qui est véritablement en cause. Pour les secondes, il peut se faire qu'il existe des troubles psychiques faisant partie de la symptomatologie de la maladie qui constitue la pseudo-chorée, lesquels par conséquent ne sauraient être considérés au même

point de vue que le délire dans la chorée de Sydenham. Nous faisons allusion ici par exemple aux idées fixes qui accompagnent si souvent les tics convulsifs.

Les troubles psychiques qui accompagnent la maladie de Basedow ont fait cette année l'objet de quelques travaux qui méritent d'être signalés. Cette question qui, pour être relativement assez neuve, n'est pas moins déjà fort intéressante, a été étudiée par M. Joffroy¹. Notons aussi la thèse de M. R. Martin, faite dans le service de M. Joffroy². Dans ce travail, l'auteur démontre, à l'aide de nombreuses observations, tant personnelles qu'empruntées à divers auteurs, que le goître exophthalmique s'accompagne souvent de troubles psychiques, lesquels peuvent quelquefois aboutir à une véritable folie. Les délires observés revêtent des formes très diverses.

Tantôt c'est de l'agitation maniaque, tantôt de la mélancolie, tantôt du délire de persécution. A propos de la pathogénie et de l'étiologie de ces troubles psychiques, une question se posait, dont la solution, on le comprend, présente un grand intérêt. Ces désordres mentaux sont-ils sous la dépendance du goître exophthalmique seul, ou dérivent-ils d'une prédisposition antérieure (vésanie, hystérie, épilepsie)? M. Martin conclut que, vu le petit nombre des faits observés, l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas encore de répondre à cette question. Toutefois il est d'avis, et c'est là un grand point acquis, du moins dans l'idée de l'auteur, que la maladie de Basedow facilite chez les prédisposés l'éclosion des délires et tend à les aggraver.

Dans un intéressant mémoire M. Gauthier (de Cha-

1. Joffroy. *Des rapports de la folie et de la maladie de Basedow* (Ann. médico-psycho, mars, avril, 1890). Voir aussi à ce sujet: Bull. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, février, mars et avril 1890.

2. Martin (Raymond). *Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow*. th. Paris. 1890.

rolles) expose les principales théories émises pour expliquer la pathogénie du goître exophtalmique et cherche à expliquer les symptômes cliniques par la physiologie¹. Voici quelles sont ses conclusions. I. Le goître exophtalmique vrai est un névrose générale vaso-motrice, ayant son point de départ dans la région bulbo-protubérantielle. Fitchen en sectionnant le corps restiforme a reproduit expérimentalement les symptômes du goître exophtalmique. II. L'hypersthénie de cette région constitue le trouble fonctionnel primordial dont la mise en jeu entraîne à la fois des modifications fonctionnelles du pneumo-gastrique et des actions vaso-dilatatrices. III. Cette hypersthénie bulbo-protubérantielle se produit de préférence chez les sujets prédisposés par leur constitution neurasthénique et rhumatismale. IV. Après les émotions, la cause la plus puissamment déterminante de la maladie de Basedow réside dans les modifications de la fonction génitale. V. Cette localisation bulbo-protubérantielle donne l'explication des nombreux traits de ressemblance existant entre le diabète nerveux (cérébro spinal) et la névrose thyro-exophtalmique et permet de classer celle-ci dans le rang des névroses au voisinage de la chorée avec laquelle elle présente aussi de nombreuses ressemblances.

Ces considérations ont engagé l'auteur à employer l'antipyrine dans les maladies de Basedow et dans deux cas où toutes les autres médications avaient échoué, il a obtenu un succès complet.

On sait que le symptôme appelé par les anglais *giving way of the legs* et que l'on peut rendre en français par la dénomination de dérochement des jambes, se manifeste quelquefois dans la maladie de Basedow. Un degré de

1. Gauthier (de Charolles), *Du goître exophtalmique considéré au point de vue de sa nature et de ses causes.* (Rev. de méd., 1890).

plus et c'est l'astisie-abasie. Ce dernier syndrome a été constaté dans le goître exophthalmique par M. Eulenburg qui a consacré à ce sujet un intéressant article ¹ à propos d'une jeune malade de 18 ans, fille d'un médecin. Le goître exophthalmique était chez elle évident, et d'autre part, il n'y avait aucun signe d'hystérie. A ce propos, l'auteur parle de la possibilité du développement de ce phénomène par auto-suggestion et rappelle l'opinion de Binswanger qui le range dans la catégorie des idées fixes.

On sait depuis longtemps que l'hystérie peut simuler un certain nombre de maladies organiques, en particulier du système nerveux, telles que la sclérose en plaques, le tabes dorsal, le mal de Pott. M. L. M. Poirier nous montre dans un intéressant travail ² qu'elle peut aussi emprunter le masque de la pachyméningite cervicale hypertrophique. Elle en simule alors, avec une précision remarquable, les principaux symptômes et, jusqu'à un certain point, l'évolution. Les conclusions de M. Poirier s'appuient sur la très intéressante observation d'un malade et il a pu retrouver dans la thèse bien connue de M. Joffroy, un cas qui lui paraît devoir être rangé dans la même catégorie. La période douloureuse, dans le cas de M. Poirier, a été plus courte qu'elle ne l'est habituellement dans la pachyméningite cervicale hypertrophique vraie. En outre, à la période des déformations, les lésions prédominaient d'un côté, ce qui se voit d'ailleurs aussi quelquefois dans la pachyméningite. C'est surtout par le mode de début, par la rapidité de l'évolution, par certaines particularités symptomatiques et surtout par

1. Eulenburg, *Ueber Astasie-Abasie bei Basedow'scher Krankheit*, (*Neurol. centrabl.*, 1890, n° 23, p. 706).

2. Poirier (Léon Maurice), *Sur un syndrome hystérique simulant la pachyméningite cervicale hypertrophique*, th. Paris, 1890.

l'existence des stigmates hystériques, que l'on pourra établir le diagnostic.

On sait le rôle que les intoxications jouent dans l'étiologie de l'hystérie. Aux nombreux agents toxiques qui peuvent provoquer la névrose, il nous faut ajouter, d'après les travaux de M. J. Voisin¹ et de M. Neveu-Dérotrie², la morphine dont ils ont étudié l'action provocatrice et le rôle dans l'évolution de la maladie.

Un des phénomènes les plus bizarres et les moins connus de l'hystérie est certainement le délire hystérique ainsi que les états seconds, les dédoublements de la personnalité qui peuvent se rencontrer dans cette maladie. M. le professeur Charcot a fait de ces phénomènes le sujet de plusieurs leçons pendant l'année 1890. On pourra trouver résumée en quelques lignes la doctrine de notre maître dans une revue de M. Blocq sur le somnambulisme et une leçon du professeur publiée par le même auteur³. M. Charcot admet que tous ces états dérivent de l'attaque hystérique typique à trois périodes, les deux premiers stades de l'attaque étant plus ou moins effacés pour faire place à la troisième période qui prédomine au point d'attirer à elle seule toute l'attention de l'observateur. Dans cette conception l'élément convulsif est donc réduit à son minimum (nous n'osons pas dire complètement absent, car y regardant de près on en retrouve toujours des vestiges plus ou moins nets) tandis que la phase des attitudes professionnelles s'allonge et prend une importance extraordinaire.

On a ainsi d'une part le somnambulisme hystérique dans lequel le malade présente un délire absolument personnel dans l'évolution duquel le médecin ne peut

1. J. Voisin, *Morphinomanie et hystérie*. (Soc. méd. des hôp., 1890).

2. Neveu-Dérotrie, *De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine*, th. Paris 1890.

3. Blocq, *Gas. hebdom. et Mercredi méd.*, 1890.

intervenir que d'une façon tout à fait indirecte et sans créer à sa guise d'idées délirantes nouvelles, le malade interprétant toujours à son idée l'impression, simple généralement, qu'on lui fournit. Ce délire est bien caractéristique; il ressemble en grand au délire de la phase passionnelle de l'attaque normale. Quelquefois, le sujet s'adapte jusqu'à un certain point au milieu extérieur où il se trouve, et il paraît, à qui n'y regarde pas de près, dans un état voisin de l'état normal. C'est là ce qui a été décrit cette année même sous le nom de fugues inconscientes hystériques par M. Saint-Aubin dans sa thèse inaugurale ¹. Malheureusement cette thèse, quoique intéressante par le nombre de cas qu'elle contient, presque tous d'ailleurs empruntés à un mémoire de M. J. Voisin sur le même sujet ², ne brille pas par une critique sévère ni par une interprétation judicieuse des faits. Dans ceux-ci, les somnambulismes hystérique et hypnotique sont confondus presque dans chaque observation. Cependant on peut apprendre là par des considérations assez justes, le moyen de diagnostiquer les états de somnambulisme hystérique des crises ambulatoires de l'épilepsie. On comprend combien cette distinction, ainsi que le fait remarquer M. Saint-Aubin, a d'importance au point de vue du pronostic et du traitement.

Cette question du délire hystérique a été touchée également par M. Colin dans sa thèse sur l'état mental des hystériques ³. Il établit qu'il n'existe pas à proprement parler de folie hystérique, mais que lorsque les hystériques deviennent aliénés, il y a combinaison de l'hystérie avec une manifestation délirante quelconque. Selon lui,

1. Saint-Aubin, *Des fugues inconscientes hystériques et diagnostic différentiel avec l'automatisme de l'épilepsie*. Th. de Paris, 1890.

2. J. Voisin, *Ann. méd. psycho.*, 1889.

3. Colin, *Essai sur l'état mental des hystériques*. Th. Paris, 1890

la tendance à la simulation, à la fourberie est beaucoup moins fréquente qu'on le dit. Il en est de même des tendances érotiques. Il compare chemin faisant les manifestations délirantes des hystériques à celles des alcooliques. Ces conclusions seront utilement comparées à celles du travail de M. Roubinowitch intitulé : *hystérie mâle et dégénérescence* ¹

Varia. — Signalons cette année une nouvelle maladie décrite par P. Marie ². A propos de 3 cas, l'un de Gouraud-Marie, un de Friedreich et Erb et un de Elliott, il démontre que l'on n'a point affaire à de l'acromégalie et qu'il en est de même pour des observations de Fraentzel d'Ewald et de Saunby, mais que c'est là une affection qu'il propose d'appeler ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Dans toutes ces observations l'affection se montre nettement comparable à elle-même ; augmentation de volume des pieds et des mains avec prédominance sur les phalanges, élargissement et courbure exagérée des ongles (doigts en baguettes de tambour, doigts hippocratiques), modifications du côté des articulations des membres, augmentation du volume, déformation, gêne des mouvements ; hypertrophie de certains os des membres, du thorax ; absence de prognathisme du maxillaire inférieur et conservation des dimensions normales de cet os. Tous ces caractères essentiels sont suffisants pour différencier cette affection de l'acromégalie, et à ces symptômes fondamentaux viennent s'ajouter une foule d'autres plus délicats à observer.

Enfin l'auteur soutient au point de vue pathogénique que ces déformations sont toujours sous la dépendance d'une affection pulmonaire antérieure. On aurait affaire

1. Roubinowitch, *Hystérie mâle et dégénérescence*. Th. Paris, 1890.

2. P. Marie, *De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique*. *Rev. de méd.*, 1890.

à des processus d'origine infectieuse ou toxique et le cycle de ces processus devrait être ainsi établi :

1° Lésion de l'appareil respiratoire permettant la production de ce niveau de substances putrides ou fermentées. 2° Résorption et passage dans la circulation générale de ces substances. 3° Action élective de ces substances sur certaines parties des os et des articulations déterminant les lésions de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante.

A côté des observations de P. Marie, nous mettrons le cas de M. Rauzier publié dans la même revue ¹.

M. Pilliet a publié cette année un cas de myopathie pseudo-hypertrophique avec atrophie des membres supérieurs et troubles de l'intelligence ². Le malade présente des combinaisons d'atrophie et de pseudo-hypertrophie, il rentre dans la catégorie de ces malades qui ont fait dire à M. Charcot à la fin d'une leçon sur les myopathies que dans ces cas on ne peut établir de différences essentielles entre les différentes formes de myopathie primitive. Cette coexistence de la paralysie pseudo-hypertrophique et des atrophies de certains groupes musculaires a été également signalée par Damaschino.

Le cas actuel se rapproche d'un fait relaté par Marie et Georges Guinon dans la *Rev. de méd.*, 1885, dans leur travail sur la myopathie progressive primitive.

Il montre qu'il y a toutes les transitions dans les myopathies de l'enfance et du jeune âge entre l'atrophie pure et celle qui est marquée par la sclérose graisseuse. A signaler en outre chez ce malade des troubles mentaux assez accusés.

Les lésions musculaires dans la sclérodermie sont fréquentes, ainsi que le dit M. Thibierge ³, mais à côté de

1. Rauzier, *Rev. de méd.*, 1890.

2. Pilliet, *Rev. de méd.*, 1890.

3. Thibierge, *Contribution à l'étude des lésions musculaires dans la sclérodermie. Rev. de méd.*, 1890.

celles que l'on décrit généralement, atrophie musculaire générale, en masse, par émaciation totale, et myosclérose (ou péri-myosclérose) par propagation d'une plaque de dermatosclérose du voisinage, il convient de placer une autre forme d'altérations musculaires qui occupe des segments de membres respectés par la sclérose cutanée. Cette variété de lésions musculaires est signalée dans quelques observations que l'auteur relate, mais il publie en outre une observation personnelle qui est un exemple frappant; on y voit des réticulums musculaires occupant une série de muscles des membres supérieurs (biceps brachial, muscles épitrochléens) et du cou, alors que la peau sus-jacente est presque entièrement libre et n'est nullement adhérente aux tissus sous-cutanés : cette dissociation des lésions cutanées est surtout manifeste aux bras dont la face antérieure est recouverte de téguments normaux alors que le biceps forme une corde dure, facile à sentir et arrête brusquement le mouvement d'extension de l'avant-bras.

L'absence d'examen microscopiques suffisamment explicites ne permet point de donner une interprétation de ces lésions et de leur imposer une pathogénie. Cependant il semblerait que l'endopériartérite est le mode instrumental de la sclérodermie, mais la neuropathie est présente dans la plupart sinon dans la totalité des faits complexes désignés sous le nom de sclérodermie et commande peut-être la distribution de l'endopériartérite ou tout au moins facilite son retentissement sur certains tissus.

Ces scléroses musculaires venant s'ajouter aux autres lésions rénales cardiaques et vasculaires de la sclérodermie prouvent une fois de plus que cette affection n'est pas une simple maladie de la peau et que la dermatose n'est qu'un élément secondaire et presque accessoire d'un processus plus général et plus élevé dont la na-

ture existe et les causes sont loin d'être déterminées.

Il faut signaler également dans le cas de M. Thibierge la diminution de la résistance électrique, signe dont M. Vigouroux avait indiqué l'existence dans le goître exophthalmique et qui a été retrouvé chez deux sclérodermiques par Erben.

Georges GUINON et J. B. CHARCOT.

PSYCHIATRIE

I. Psychophysique et psychologie expérimentale. — II. Séméiotique. Pathologie générale et spéciale. — III. Anatomie pathologique. — IV. Administration. Assistance. Enseignement. Législation. Statistique. — V. Thérapeutique. — VI. Paralyse générale. — VII. Folies toxiques. — VIII. Anthropologie criminelle et médecine légale. — IX. Ouvrages nouveaux. Mémoires à consulter.

I. Psychophysique et psychologie expérimentale. — Nous avons, dans les années précédentes de cette revue montré comment, par l'étude et l'enregistrement des phénomènes matériels qui précèdent, accompagnent ou suivent l'exercice des sensations, on tentait d'expliquer les facultés intellectuelles. Trois travaux synthétisent actuellement l'état des questions que soulève ce problème ¹.

Pour expliquer l'activité mentale et la conscience des faits, des choses et des opérations mêmes de l'esprit par le sujet qui les perçoit, on invoque aujourd'hui le mécanisme des associations sensorielles et conceptuelles. Cette pénétration psychique toute particulière, qui constitue la

1. Ziehen (Th.). *Leitfaden der physiolog. Psychologie*, juin 1891, — Muensterberg. (H.) *Contributions à la psychologie expérimentale*. Fribourg 1890. — Romanes. *Origine des facultés de l'homme*, (Brain 1889).

connaissance et que l'on nomme la perception, émanerait d'associations incomplètes, tandis que les éléments de la vie psychique qui procèdent du raisonnement résulteraient de la perception immédiate d'associations alternatives de perceptions jadis coexistantes. La conception du temps, par exemple, est la synthèse d'impressions antérieures limitant des fractions de temps et de sensations de tensions musculaires croissantes et décroissantes. En effet, ces sensations de tensions musculaires nous donnent la mesure du sentiment immédiat du temps ; elles ont pour origine des contractions musculaires effectuées ou le souvenir de sensations musculaires antérieures. Le reste se devine. L'estimation de la grandeur résulte de l'estimation de l'intensité des sensations musculaires. Le sens de l'espace a pour centre de perception l'ouïe ; car, en même temps que nous percevons un son, nous sommes obligés de faire des mouvements de la tête, pour arriver à le localiser, nous sentons donc simultanément le mouvement réflexe de la tête qui nous est nécessaire pour nous tourner du côté de l'onde sonore : nous enregistrons et classons ainsi dans notre système nerveux les sensations des divers mouvements céphaliques dans leurs rapports avec l'audition.

De cette analyse il résulte qu'il n'est dans l'ordre psychologique aucune mensuration physique qui n'ait pour facteur la sensibilité musculaire ; les notions abstraites de grandeur, d'espace, de temps, de longueur sont sous la dépendance de celle-ci. La parole et tous les mouvements de l'expression provoquent, par un mécanisme semblable, l'auto-conscience, puisqu'il s'agit ici aussi de mouvements, et de la combinaison de la réceptivité des mouvements qui président à l'articulation avec les figures représentatives des objets concrets ainsi qu'avec les images phonétiques. Toute abstraction a en réalité pour origine une matérialisation phonétique et sensible.

II. **Seméiotique. Pathologie générale et spéciale.** — *Classification et nomenclature.* — Une science médicale privée d'anatomie pathologique présente de grandes difficultés au point de vue du classement, et, par suite, du choix des termes. Nous avons déjà touché cette question en 1888 et en 1889. Ces difficultés s'accroissent quand on compare, en se basant sur les dénominations, les classifications des pays étrangers. Il faut avoir lu de nombreux mémoires avant d'attribuer exactement, d'après les descriptions ou les observations, aux expressions adoptées leur valeur technique. Et encore le doute est permis, puisque les savants d'un même pays sont eux-mêmes en désaccord sur leur terminologie. C'est ce qui ressort de la communication de M. Werner au Congrès des aliénistes allemands (Iéna 1889) ¹. Mais sa proposition a l'avantage de mettre de l'ordre dans les idées, et ses développements précis donnent en quelque sorte *l'exæquatur* aux transcriptions françaises des termes allemands que nous avons choisis depuis dix ans. M. Werner fait notamment l'historique des mots *VERRUECKTHEIT* et *WAHNSINN* que nous avons l'habitude à juste titre de traduire par les mots *folie systématique* en y adjoignant les correctifs que comportaient, dans les divers mémoires analysés, les observations des malades; il montre que les auteurs allemands ne s'entendent pas toujours sur les diagnostics et le choix correspondant des vocables. C'est pourquoi M. Werner propose de remplacer définitivement *Verruecktheit* et *Wahnsinn* par le mot grec *paranoïa*. *Verruecktheit* désignant couramment un *toqué* est trop facilement compris par le malade; il en est de même de *Wahnsinn* qui, dans la langue usuelle, stigmatise un original. *Paranoïa* ² au contraire veut dire : perver-

1. *De la nomenclature psychiatrique.* (*Archives de Neurologie*, XIX, p. 418).

2. Voir le mémoire de M. Séglas (*Archives de Neurologie*, t. XIII).

sion du raisonnement. (*παρανοία*). Voici la classification proposée.

1° Paranoïa primitive aiguë avec les espèces hypochondriaques hystériques.

2° Paranoïa primitive chronique.

3° Paranoïa hallucinatoire aiguë.

4° Paranoïa hallucinatoire chronique.

5° Paranoïa secondaire.

L'acuité de ces délires systématiques ne cadre pas avec nos idées françaises; en second lieu, nous n'associons volontiers aux mots folie et délire l'épithète systématique que lorsque l'idée délirante qui procède de la perversion de la pensée (*παρανοία*) est devenue réellement concrète, cristallisée, décidément systématisée. Toutes les vésanies, et notamment les vésanies aiguës, dans lesquelles il existe des idées de grandeurs, de persécutions, etc., ne méritent pas, d'après nous, cette qualification.

Une réforme qui permette de s'entendre serait désirable. Est-elle possible? Nous ne le croyons pas. Un savant de premier ordre vient de l'essayer dans des leçons dont nous parlerons en détail l'an prochain. Il attribue, par exemple, la plus grande importance au désordre des idées, à la dissociation des fibres chargées de relier entre eux les magasins d'impressions, les postes cellulaires du cerveau, de coordonner les idées. Telle dans une usine l'usure ou l'insuffisance des courroies de transmission. Cette manière de voir physiologique du professeur *Meynert*¹ aboutit à l'accouplement bizarre suivant. Il donne comme synonymes de la démence aiguë (*amentia*) ou désordre avec incohérence dans les idées (*Verwirrtheit*) qui, pour lui, est le trouble fonctionnel primitif, des termes auxquels l'usage attribue une autre signification; Folie systématique aiguë (*Vahusinn*. Voy. *supra*); Manie; Manie avec fureur (*Tobsucht*); Mélancolie avec agitation; Mé-

1. ~~Jahrbuch für Psychiatrie~~, IX, 1, 2.

lancolie avec hébétude (*stumpfsinn*). Les aperçus sont ingénieux, mais correspondent-ils à la réalité ?

Passons à la nosographie et à la symptomatologie des vésanies. L'objectivation si caractéristique des *hallucinations* a permis à MM. *G. Seppilli*¹ et *G. Souchon*² de mettre en relief (c'est le cas de le dire) d'importants signes physiques. Une malade voit toujours à un mètre de l'œil gauche un diable qui suit les mouvements de la tête, sans s'écarter du champ visuel correspondant ; l'hallucination disparaît quand on interpose un disque opaque entre l'œil et le diable ; le diable est vu double, si l'on place un prisme devant l'œil ; il est réfléchi dans un miroir placé au delà d'un mètre, il est vu plus petit et plus éloigné, ou plus rapproché et plus gros, si l'œil halluciné regarde par le petit bout ou par le gros bout d'une lunette de Galilée. En un mot, l'hallucination se comporte, dans ces diverses expériences, comme un objet réel. M. Souchon note des phénomènes identiques pour les hallucinations auditives. De là cette conclusion : *Dans les hallucinations unilatérales de la vue et de l'ouïe, il y a toujours atteinte de l'appareil sensoriel périphérique.*

L'*hypocondrie* a donné lieu aux mémoires fort intéressants de MM. *E. Mendel*³ et *R. Wollenberg*⁴. L'hypocondrie, dit M. Mendel, est une affection fonctionnelle du cerveau, dont les symptômes principaux sont constitués par des craintes relatives à la sécurité hygiénique du corps du malade. Il en faut admettre trois formes : 1° la nosophobie pure, 2° l'hypocondrie avec hallucination de la sensibilité générale, 3° l'hypocondrie avec les

1. *Contrib. à l'étude des hallucinat. unilatérales (Rivista sperimentale di freniatria XVI, 1890).*

2. *Des hallucinations unilatérales.* Thèse de Berlin 1890.

3. *Deutsche medic. Woch.*, 1889 hypocondrie chez la femme.

4. *Charite Annalen* 1890. XV^e ann., accès psychiques dans l'hypocondrie.

deux espèces de symptômes précédents, plus des hallucinations des sens spéciaux. Cette dernière forme serait spéciale à la femme. Elle se compliquerait fréquemment d'hystérie, ou, si l'on préfère, d'accidents hystérisés exclusivement intellectuels (Wollenberg). En tout cas, les lésions de la sensibilité somatique sont le fond nosographique de la mélancolie hypochondriaque (E. Mendel)¹. Quant aux autres *mélancolies*, elles émanent de lésions de la sensibilité intellectuelle notamment de l'auto-culpabilité (mélancolie religieuse, intellectuelle, ou simple) ou de lésions associées de la sensibilité somatique et intellectuelle (mélancolie générale).

III. Signes physiques et anatomopathologiques de la folie.—M. *Morselli*² a trouvé que les crânes des aliénés fournissent les mêmes proportions d'anomalies de l'occipital que les crânes des criminels : asymétrie des deux condyles ; ankylose occipito-atloïdienne ; présence d'un 3^e condyle ; persistance de l'os du basion ; existence d'une fosse pharyngienne et d'une fosse occipitale moyenne.

Le liquide céphalo-rachidien est plus abondant et plus dense chez les aliénés que chez les gens sains d'esprit (Gonzales et G. B. Verga)³. Ceci est surtout vrai chez les paralytiques généraux, les pellagreux, les déments. Les psychoses acquises en déterminent d'abord l'augmentation, puis la diminution ; quand l'aliéné va devenir dément, le liquide augmente ; sous l'influence des complications pathologiques chroniques, subaiguës, marastiques, il augmente, mais diminue au maximum dans les affections organiques du cœur.

1. *Contributions cliniques à la mélancolie* (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.* XLVII, 4, 5).

2. *Rivista speriment. di freniat.* 1890.

3. *Archivio ital. per le malat. nervose* 1890, XXVII, examen de 132 cadavres.

L'établissement de types d'imbéciles comparables à des types anthropologiques offre, à notre sens, une utilité mnémonique. Aussi applaudissons-nous à la constatation de M. R. Jones ¹ « chez les idiots microcéphales, la voûte palatine forme un arc élevé, cet arc est aussi élevé chez ceux du type mongol ». Le type décrit par M. Jones présente en effet des caractères anthropologiques voisins de ceux des Mongols, mais cela ne signifie pas que les Mongols soient des imbéciles.

La cirrhose hépatique étudiée par M. G. B. Verga ² révèle qu'un poison comme l'alcool frappe le *locus minoris resistentiæ* de l'individu ; tantôt c'est le système nerveux central, tantôt c'est le système nerveux périphérique, en d'autres cas ce sont les viscères. A côté de cela, il existe des psychoses viscérales par intoxication consécutive à la suppression des organes ; telles les vésanies urémiques (G. Vassale) ³ caractérisées par une folie aiguë. Toutes les fois donc qu'on a affaire à une psychopathie aiguë, s'il n'y a ni alcoolisme, ni fièvre, on pensera à l'urémie. On pensera encore aux psychoses urémiques chez les paralytiques généraux affectés d'entérite catarrhale ; enfin, *mutatis mutandis*, chez les urémiques on veillera à régulariser l'action du cœur de peur de psychose.

IV. Administration. Assistance. Enseignement. Législation. Statistique. — La *folie en Italie* (A. Verga) ⁴. Les asiles italiens qui en 1874 hospitalisaient 12210 aliénés en hospitalisent 22424 en 1888. En 1874 il y avait 1 aliéné séquestré par 1446 habitants ; en 1888, il y en

1. *De la bouche chez les imbéciles.* (Journ. of ment. science, avrill 1890.)

2. *Archivio ital. per le malat. nervose*, 1890, XXVI.

3. *Des lésions rénales dans leurs rapports avec l'aliénation mentale* (Revista spirimentale di freniat., 1890, XVI).

4. *Statistique de la folie en Italie.* Rendiconti del R. I. Comb., 1890, juill.

a 1 par 1350; mais l'élévation de la proportion ne prouve pas l'accroissement de la folie, car dans un quart des cas, il s'agissait d'admissions répétées. L'aliénation mentale prédomine chez les hommes possédant une instruction primaire, entre 41 et 60 ans. Les établissements pénitentiaires et les maisons de correction fournissent dix fois autant d'aliénés que la population honnête. Fréquence des alcooliques en Ligurie. La pellagre, jusqu'ici localisée dans l'Italie supérieure, gagne le territoire de Naples. La répartition par maincomes mérite d'être enregistrée.

PROPORTION DES ALIÉNÉS POUR 100,000 HABITANTS AU 31 DÉCEMBRE 1888.

Malnômes de	Hommes	Femmes
Piémont	78. 7	68. 9
Ligurie	136.	128.
Lombardie	83. 2	112. 2
Emilie	133. 4	130.
Toscane	109. 2	109. 8
Marches	120. 8	103. 4
Ombrie	94. 2	61. 3
Latium	124. 2	98.
Naples	39. 2	22. 4
Sicile	38. 9	24. 1
Sardaigne	24. 3	14. 9
Proportion pour l'ensemble de l'Italie	78. 1	70

La comparaison de la population honnête et de la population criminelle fournit en ce qui concerne les aliénés hospitalisés la proportion suivante :

		aliénés honnêtes	criminels aliénés
Pour 100	} Hommes	1. 24	12. 25
Individus		} Femmes	1. 09

La *statistique des provinces Baltiques* est aussi intéressante (H. Dehio)¹. Le 29 décembre 1881, par 1000 habi-

1. *Contrib. à la statistique des maladies mentales en Esthonie et en Lettonie* (*Baltische Monatschrift*, XXXVII.)

tants, on comptait 4,15 aliénés en Livonie, et 4,30 en Esthonie ; le nombre des idiots représentait les 46,98 0/0 (Esthonie) ou les 5,05 0/0 (Livonie) des aliénés. La prédisposition à la folie est plus marquée et plus étendue dans ces provinces que dans le Wurtemberg. Ce sont les fous héréditaires et les modalités graves de l'idiotie qui prédominent. La ville de Riga a à sa disposition l'asile de Rothemberg. Pour que la Livonie puisse hospitaliser le tiers de ses 4194 aliénés, il lui faut, en sus de l'asile d'Alexandershøhe (132 lits), de la clinique de Dorpat (70 lits), de l'hôpital de Dorpat (5 lits), deux nouveaux asiles de cinq cents lits environ. L'Esthonie compte 1634 aliénés ; il lui faudrait, pour remplir le même programme, un asile de cinq cents lits au minimum.

V. Thérapeutique des vésanies et des syndromes. A. **Médicaments.** — 1° *Chloralamide*. Les travaux de MM. *Umpfenbach* ¹, *O. Wefers* ², *Malschin* ³, de *Krafft-Ebing* ⁴, confirment ce qui a déjà été signalé sur cet agent médicamenteux. C'est un narcotique excellent dans l'agitation des délirants chroniques, des paralytiques généraux, des épileptiques, à la dose de 2 à 5 gr. en potion. Il diminue, à petites doses (0,50 à 2 gr. par jour) le tremblement des choréiques et agit, dans ces conditions, comme sédatif. Malheureusement, il est incertain ; l'assuétude arrive vite, et le sommeil qu'il produit est léger. M. Malschin le recommande spécialement dans les folies périodiques et l'alcoolisme aigu.

2° L'action de l'*hydrate d'amylène* comme antiépileptique est celle de tous les agents nervins de ce groupe

1. *Therap. Monatshefte*, oct. 1890.

2. *Allg. Zeitschr f. Psychiat.*, XLVII, 1.

3. *Archiv. psychiatrii* 1890.

4. *Insomnie et nouveaux hypnotiques*. *Wien. klin. Wochenschrift* 1890.

(P. Nœcke¹, Umpfenbach²). Les accès disparaissent, mais la somnolence les remplace et, quand on le supprime, le sommeil reste troublé. Puis, un beau jour, un état de mal fait explosion qui semble prendre sa revanche sur l'amendement obtenu. Il semble en outre transformer des accès complets en accès incomplets.

3° *Méthylal*. Nous sommes heureux de consigner les résultats des recherches en cours de publication faites à l'asile de Ville-Evrard par M. *Marandon de Montyel*. Considéré sous le point de vue physiologique, cet agent peut être prescrit jusqu'à la dose de 12 gr. en une fois sans inconvénient pour l'organisme. Il diminue les battements du cœur mais augmente la tension artérielle ; on constate parfois du dicrotisme ; la respiration s'accélère en devenant plus profonde sans que le rythme s'en trouve modifié. C'est un diurétique ; par suite de la polyurie, l'individu plongé dans la narcose méthylalique est affecté d'incontinence d'urine. Chaleur stomacale avec salivation, action nauséuse pouvant aller jusqu'aux vomissements, tels sont les phénomènes sur l'appareil digestif. C'est aussi un hypothermique. Il agit comme hypnotique faible ; le méthylal paraît d'abord enivrer, si l'on en juge par la période d'excitation consécutive à son absorption, à cette période d'excitation succède le sommeil. Il n'agit ni sur la sensibilité, ni sur les réflexes. L'organisme s'habitue vite au méthylal.

Il exerce une action sédative sur les paralytiques généraux de préférence ; 4 à 6 grammes déterminent chez ces malades un sommeil rapide. Mais, essayé sur 40 malades de toute catégorie, il a échoué chez la moitié d'entre eux ; il réussit peu chez les gâteux ; les hystéro-épileptiques semblent les plus rebelles. Le sommeil produit par

1. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVII, 1.

2. *Épilepsie* *Monatsshefte*, octobre 1890.

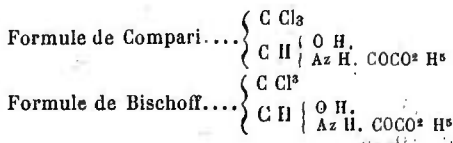
le méthylal est léger. Enfin l'organisme s'habitue à ce médicament en quatre ou cinq jours; à partir de ce moment, le méthylal reste inefficace, quelle que soit l'augmentation des doses; dans ces conditions on cesse de l'administrer pendant quelques jours; cette pause lui rend son activité première.

4° *Sulfonal*. Seuls l'opium, la morphine, le bromure de potassium peuvent, dit M. Vorster¹, rivaliser avec le sulfonal; son triomphe est dans l'agitation aiguë et le délire général à conceptions délirantes aiguës, l'organisme ne s'y habituant pas.

5° Deux nouveaux médicaments paraissent précieux: Ce sont l'orexine et l'ural.

Le *chlorhydrate d'orexine* à la dose de 0,25, dans des pilules de gélatine, provoquerait un appétit dévorant, irrésistible chez tous les aliénés *sitiophobes* (Umpfenbach)². Il serait excellent à cet égard chez les hypochondriaques, les stupides, les délirants chroniques (ici jusqu'à 1 gr.). Il aurait également l'avantage de provoquer les mouvements péristaltiques de l'intestin. C'est donc un antisitiophobe et un laxatif physiologique.

L'*ural*, substance cristalline découverte par Compari, par fusion de molécules égales de chloral et d'uréthane, serait un corps voisin du chloraluréthane de Bischoff.



Il est soluble dans l'alcool. A la dose de 2 à 5 gr., il provoque un sommeil de 3 à 7 heures, sommeil léger mais identique au sommeil normal. Ce sommeil survient

1. *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVII, 1.

2. *Thérap. Monatshefte*, octobre, 1890.

30 minutes au plus tôt après son administration. Il se peut administrer par le rectum. L'assuétude se produit difficilement. Il convient à l'excitation et surtout à la manie ; il n'est pas nuisible, même lorsque, ce qui arrive quelquefois, il y a accumulation. En cela, il est supérieur au sulfonal. Tels sont les avis unanimes de MM. R. Tambroni, U. Stefani¹, C. Bernardino².

Nous recommandons du reste, en guise de synthèse, le traitement de l'insomnie à l'aide des nouveaux hypnotiques de M. de Krafft-Ebing³.

L'insomnie accompagnée de fièvre exige les médicaments antipyrétiques.

L'insomnie de l'alcoolisme exige l'opium, la paralaldéhyde, le méthylal, le sulfonal, la strychnine.

L'insomnie des morphinomanes exige la piscidia, l'hypnone, le bromure associé à l'opium, les bains tièdes.

L'insomnie des inanitiés exige le repos, l'alimentation, les spiritueux, le camphre.

L'insomnie des mélancoliques exige l'opium, le sulfonal, la piscidia, le K. Br.

L'insomnie des maniaques exige les bains, la digitale, l'ergoline.

L'irritabilité cérébrale se calme parfaitement à l'aide d'injections hypodermiques (deux à cinq de 0,10) de méthylal. Les injections sous-cutanées de 15 à 30 gouttes d'hypnone sont aussi recommandables. L'uréthane à la dose de 2 à 4 gr. excelle dans la neurasthénie et l'hystérie. La piscidia érythrina, en extrait (2 à 3 cuillerées à café) anesthésie l'organe de l'activité psychique. Enfin la paralaldéhyde aux doses de 4 à 8 gr., voire jusqu'à 20 gr. dans de la teinture d'écorces d'oranges n'a pas d'inconvénients.

B. MODIFICATEURS HYGIÉNIQUES. — Le *massage*, remis en

1. *La psichiatria*, VII, 1890.

2. *Archivio ital. per la malat. nervose*, XVI 1889.

3. *Wien. Klin. Wochenschrift*. 1890.

honneur par M. G. Guicciardi¹ est tout indiqué dans les dépressions simples, la stupeur, les psychoses par épuisement. Il donne un coup de fouet à la nutrition, et modifie, par là, les accidents psychiques. Un massage généralisé, associé à l'hydrothérapie, et à l'électrothérapie, agit réellement comme agent curatif.

C. GYNÉCOLOGIE. — Toutes les fois qu'une psychose s'accompagne d'accidents génésiques d'ordre matériel, il y a lieu d'intervenir comme si l'on avait affaire à une personne saine d'esprit. Mais il ne faut pas se leurrer. Souvent les maladies chirurgicales de ces appareils, ne sont que le prétexte de la psychopathie ; c'est une tare héréditaire qui est la vraie cause. Inversement, une opération qui semble provoquer une psychose n'en est que la cause occasionnelle ; l'agent étiologique réside dans la prédisposition. Conduisez-vous donc d'après la science des indications immédiates (A. Mercklin)².

VII. Paralyse générale. — C'est sur l'anatomie pathologique que nous avons à glaner. Terrain sans cesse fouillé et qui sans cesse donne naissance à de nouvelles découvertes.

E. Mendel³ et L. Meyer⁴ fournissent d'importants arguments, d'après lesquels la lésion primitive occupe les parois des vaisseaux du cerveau. Les éléments constitutifs de ces tuyaux sont tout d'abord le siège d'une inflammation proliférative ; il en résulte une stagnation du sang, les globules rouges sortent, par diapédèse, des capillaires et provoquent une inflammation des tissus de l'écorce.

1. *Archivio ital. per la malat. nervose*, XXVI, 1889.

2. *Du traitement gynécologique des psychoses* (St-Petersburg. med. Wochenschrift, 1889.

3. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

4. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

Cette inflammation porte sur la névroglie qui, en s'organisant, étouffe les éléments nerveux (Mendel), ou bien le sang extravasé produit la dégénérescence complète des éléments nobles directement. Cette dernière assertion semble confirmée par le travail de A. Pick¹ qui a observé une tuméfaction circonscrite du cylindre axe des fibres nerveuses intra-corticales. Il se pourrait encore que les fibres à myéline en question dégénéraissent spontanément, mais cela n'est pas probable. Cette dégénérescence, nous l'avons constatée dans les démences de toute nature (Keraval², Targowla³); par conséquent elle est le processus ultime d'un trouble trophique du cerveau; donc ce trouble trophique est vraisemblablement imputable aux lésions circulatoires des vésanies anciennes ou de la paralysie générale, contrairement à ce qu'avaient avancé Tuzek et Zacher. Au reste, quel qu'en soit le mécanisme, ce sont là des perturbations dégénératives au premier chef qui concordent avec celles que l'on note sur les cellules, ainsi que vient encore de le spécifier M. Dagonet⁴.

Un nouvel appoint à cette opinion, nous le trouvons dans la note de M. P. Kronthal⁵. Toujours, la dégénérescence des capillaires sanguins coïncide avec la disparition des fibres nerveuses; la répartition, la localisation de ces altérations des fins vaisseaux est la même que celle de l'atrophie des fibres nerveuses à myéline intra-corticales (Kronthal, Targowla, Keraval).

1. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

2. *Société médico-psychol.*, juillet 1890 (*Progrès médical* 1890).

3. *Essai sur les fibres nerveuses à myéline intra-corticales du cerveau*. Thèse de Paris, 1890 *Archives de neurologie*, t. XX, p. 286. *Annales médico-psychologiques*, septembre 1890.

4. *Dégénérescence hyaloïde dans la paralysie générale progressive et formation de vacuoles dans les cellules nerveuses*. (Comptes rendus de la société de biologie, 19 avril, 1890.)

5. *De la dégénérescence des vaisseaux capillaires dans la paralysie progressive des aliénés* (*Neurol. Centralbl.*, 1890).

Les gros nerfs périphériques finissent d'ailleurs par être pris, à ce point que *L. Bianchi*¹ attribue à la dégénérescence des nerfs vagues la pneumonie des paralytiques généraux, dont les caractères sont exactement ceux des pneumonies des chiens et des lapins chez lesquels on a réséqué le pneumo-gastrique. *Ch. A. Olliver*², de son côté, analysant minutieusement les symptômes oculaires de ces aliénés, conclut que le nystagmus ataxique, les parésies des muscles moteurs de l'œil, la pigmentation choroïdo-rétinienne et l'état granuleux du fond de l'œil sont des signes d'altérations locales et centrales du même genre.

VII. Folies toxiques. — La grosse question de l'année est celle des rapports de l'*influenza* (grippe toxique micobienne) avec l'aliénation mentale. L'*influenza* peut-elle produire une psychose ?

L'*influenza* peut-elle guérir une psychose préexistante ?

L'*influenza* peut produire une vésanie, soit immédiatement, soit à une échéance plus ou moins longue. Elle la produira immédiatement par infection pure (*Ladame*³ — *Kirn*⁴ — *Pick*⁵ — *Becker*⁶ — *Bartels*⁷ — *Helweg*⁸ — *Solbrig*⁹ — *Rœhring*¹⁰ —). Mais, dans cette infection, il faut faire entrer en ligne de compte les complications somatiques de l'*influenza* (pneumonie etc.) et la

1. *La psichiatria*, VII, 1889.

2. *Transactions of americ. Ophtalmolog. society*, 1839.

3. *Annales médico-psychologiques*, juil-août 1890.

4. *Muenchen. med. Wochenschrift*, 1890.

5. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

6. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

7. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

8. *Hospit. Tidend.*, 1890.

9. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

10. *Neurolog. Centralbl.*, 1890.

prédisposition des sujets (Mispelbaum¹ — Van Deventer²). L'influenza donnera aussi naissance à une psychopathie parasthénie, c'est à dire à la période de dénutrition déterminée par l'évolution de la maladie infectieuse (psychose postfébrile de Ladame — E. Krœpelin³ — Krause⁴). Certains auteurs admettent d'ailleurs que, quelle que soit l'action psychopathogène immédiate ou éloignée de l'influenza, la prédisposition joue un rôle prépondérant (Fehr. H.⁵).

L'influenza peut encore guérir une psychose préexistante (Bartels — Helweg — M. Metz⁶), en stimulant la nutrition du système nerveux central dont le vice d'irrigation sanguin avait provoqué le désordre vésanique. Pour en terminer avec l'histoire annuelle des folies toxiques, L. Kramer⁷ prétend que les *folies puerpérales* résultent de l'infection puerpérale même, soit que celle-ci agisse directement, soit qu'elle donne un coup de fouet à une vésanie latente chez un prédisposé. Pour sacrifier à l'idole du jour, l'auteur allemand inculpe les ptomaines produites par les bactéries plus que les bactéries. Et cependant, d'après R. Gucci⁸, les aliénés sont réfractaires aux affections bacillaires.

VIII. Anthropologie criminelle et médecine légale. — Sous le titre de progrès récents de l'anthropologie criminelle, le père de cette science, M. C. Lombroso⁹ in-

1. Allg. Zeitsch. f. Psych. XLVII, 1, 1890.

2. Centralbl. f. Nervenheilk. N. F. I, 1890.

3. Deutsch. med. Wochenschr. 1890

4. Neurolog. Centralbl., 1890.

5. Hosp. Tidend., 1890, 3 R. VIII, 14.

6. Neurolog. Centralbl., 1890.

7. Prag. med. Wochenschr., 1889.

8. *La fréquence des maladies infectieuses chez les aliénés.* (Archivio ital. per le malat. nervose, XXVI, 1889.)

9. Centralbl. f. Nervenheilk. N. F. I., 1890.

siste sur les signes physiques et intellectuels des épileptiques et des criminels. Les anomalies morphologiques du cerveau, du crâne, du squelette, celles de l'odorat, de la sensibilité générale (résistance à la douleur), les habitudes, sont communes aux uns et aux autres. En second lieu, les tendances criminelles se transmettent héréditairement des parents aux enfants, des survivants aux diverses branches directes et collatérales ; elles sont donc la révélation d'une organisation particulière, organisation indéniablement anormale quand elle porte la marque de tous les stigmates dégénératifs. Troisièmement : la criminalité pousse fort souvent sur un terrain héréditaire plus ou moins voisin de la folie ; inversement, la folie fait fréquemment explosion chez les criminels. Enfin, au cours de diverses maladies mentales apparaissent parfois des tendances criminelles. Par conséquent, il y a identité de nature, identité morbide entre l'épilepsie, la folie, la criminalité.

Nous avons déjà dit que de là à chercher la thérapeutique morale de la criminalité, il n'y avait qu'un pas. Ce pas a été franchi. Et l'application a suivi de près la recherche théorique. Des établissements de réforme pénitentiaire ont été installés, par exemple aux Etats-Unis. Nous en empruntons le fonctionnement et les résultats à M. W. Sommer¹.

« On y place les jeunes délinquants que l'on suppose, à raison de leur jeunesse, aptes à une amélioration morale. La cour les y tient séquestrés pendant un temps indéterminé, jusqu'à guérison. Quand les délits sont légers, on fixe le temps de la séquestration au maximum de la peine prévue par la Loi. Sinon, le directeur reste seul juge de l'époque de la libération.

Les délinquants sont divisés en plusieurs classes, d'après certains signes empruntés aux tendances, au ressort

1. *Centralbl. f. Nervenheilk.* N. F. I. 1890.

de la volonté, au discernement des malades. A chaque classe correspond un degré, un échelon de criminalité. Les degrés de l'amélioration sont représentés par des bons points; l'obtention d'un certain nombre de bons points leur permet de gravir les échelons et de passer d'une classe dans une autre.

Le minimum de séjour est de douze mois.

Quand le délinquant est arrivé au premier échelon de la classe des meilleurs, et qu'il y est demeuré quelques mois, on lui accorde un congé provisoire; la réintégration, le congé définitif dépend de la conduite du malade en liberté.

L'établissement de réforme morale d'Elmira (Etat de New-York) a coûté 9.375.000 francs. Il a été confié au Dr Wey. Situé à la campagne, il comporte: ateliers, magasins, salles de travail, gymnastique, et 765 cellules séparées. En 1888-89, on a reçu en moyenne 922 délinquants. On va construire 500 nouvelles cellules. Depuis l'ouverture, y sont entrés 3637 criminels. On a accordé 2295 congés.

1540 ont pu être libérés définitivement.

171 seulement ont été perdus de vue pendant leur congé.

130 ont été réintégrés de force.

20 y sont revenus volontairement par manque de travail.

9 sont morts pendant leur congé.

45 ayant récidivé ont été à nouveau condamnés.

111 sont encore en observation.

Sur 1540 congés, 8,9 0/0 l'avaient obtenu après 12 mois de séjour.

Sur 1540 congés, 25,9 0/0 l'avaient obtenu après 15 mois de séjour.

Sur 1540 congés, 46,2 0/0 l'avaient obtenu après 18 mois de séjour.

Sur 1540 congés, 20,4 0/0 l'avaient obtenu après 24 mois de séjour.

Sur 1540 congés, 81,9 0/0 l'avaient obtenu après 36 mois de séjour.

Sur 1540 congés 9,70/0 l'avaient obtenu après un plus long séjour.

Parmi ceux qui sont partis, 266 seulement ont été renvoyés parce que le maximum de la peine avait été subie par eux.

On a dépensé pour cet exercice 2 francs 10 par malade, les deux tiers des dépenses ayant été couverts par les travaux des pensionnaires. Malheureusement une loi est intervenue en faveur de l'industrie, qui a empêché cette concurrence. On leur a alors inculqué les principes militaires ; on a ainsi formé un régiment de 803 hommes avec ses sous-officiers, ses officiers, ses musiciens. Mais la loi en question sera rapportée et alors l'établissement prospérera de nouveau. Les exercices scolaires, les travaux manuels, la lecture (on possède une bibliothèque de 4000 volumes), l'impression d'un journal occupent les jeunes gens.

Responsabilité légale des aliénés. M. Proal¹ combat la responsabilité partielle et propose d'enlever aux juges, en pareils cas, l'appréciation des pénalités. C'est au médecin de conclure. Mais toutes ces questions de médecine légale psychopathique sont très difficiles à apprécier par les médecins qui ne sont pas spécialistes. Et cependant, il faut qu'ils en aient une teinture. Dans ce but, M. A. Leppmann² a rédigé un *manuel* parfait. Il vulgarise la connaissance de la folie et des questions en rapport avec les éléments des vésanies en matière juridique, présente des modèles de rapports médico-légaux, de formules précises, d'argumentation technique. Il traite de la responsabilité, de la capacité civile, de la capacité correctionnelle, du coït avec les femmes aliénées, de l'aliénation

1. *Annales médico-psychologiques*, juil.-août, 1890.

2. *Die Sachverständigen-Thätigkeit bei Seelenstörungen*. Berlin 1890.

mentale consécutive au traumatisme et aux intoxications, de l'inhabilité, de l'inaptitude, de l'incompétence, de l'interdiction, des affaires militaires, de l'assistance des aliénés par les asiles ou les familles de nourriciers, du mariage des aliénés, des assurances sur aliénés. C'est un excellent livre.

IX. Ouvrages nouveaux. Mémoires à consulter.

H. MUENSTERBERG. — *Der Ursprung der Sittlichkeit* in-8°. FRIBOURG 1889. Mohr édit... La morale, d'après l'auteur, résulte d'actes en rapport avec une règle de conduite, sans que la notion abstraite ait à intervenir.

P. GARNIER. — *La folie à Paris*. Paris in-16 1890. J. B. Baillière édit. Remarquable ouvrage de statistique et d'assistance qui indique l'influence des milieux sur les vésanies, et conclut, sous l'égide de M. le premier président Barbier, à la nécessité de fonder des asiles spéciaux pour les criminels instinctifs.

D^r P. KERAVAL.

Médecin des asiles de la Seine.

MALADIES DES ENFANTS

I. La grippe chez les enfants. — II. Le rhumatisme noueux chez les enfants. — III. La fièvre intermittente chez les enfants. — IV. Les pleurésies purulentes de l'enfance. — V. L'érythème noueux chez les enfants. — VI. La gangrène disséminée de la peau chez les enfants. — VII. Diagnostic des cardiopathies congénitales. — VIII. Infection des nourrissons par le lait. — IX. Traitement de la diarrhée infantile par le lait stérilisé. — X. La sécrétion lactée chez les nouveau-nés. — XI. Myocardite infectieuse diphtérique. — XII. Diphtérie humaine et diphtérie avine. — XIII. Les angines pseudo-diphtériques de la scarlatine. — XIV. Les maladies de croissance. — XV. Les exostoses ostéogéniques. — XVI. La nature de la chorée. — XVII. Ulcération sublinguale en dehors de la coqueluche. — XVIII. L'œdème des enfants. — XIX. La pseudo-paralysie syphilitique. — XX. La péritonite à pneumocoques. — XXI. L'anémie pernicieuse chez les enfants. — XXII. Les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés. — XXIII. Les hémorragies méningées des nouveau-nés.

Les travaux relatifs à la pathologie infantile sont très nombreux, et cette année, comme les années précédentes, l'on trouve beaucoup à glaner dans ce champ toujours fertile. Avant d'aborder les mémoires originaux, je signalerai l'apparition, en France, de deux ouvrages importants : 1° *Le Traité de pathologie et de clinique infantiles*, par M. Descroizilles (2° édition) ; 2° Le tome dernier du célèbre compendium de Rilliet et Barthez, 3° édition, par MM. Barthez et Sanné. Ces travaux de longue haleine, auxquels il faut ajouter bon nombre de traités relatifs soit à la pathologie, soit à l'hygiène de l'enfance, attestent la vitalité de la pédiatrie dans notre pays.

I. L'épidémie de grippe qui a sévi à Paris en décembre 1889 et janvier 1890, a présenté chez les enfants des particularités intéressantes que j'ai cherché à dégager ¹.

1. Comby (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 7 février 1890).

Tout d'abord, il faut remarquer que les enfants ont été moins souvent et moins gravement atteints que les adultes. La mortalité infantile n'a pas subi, par le fait de la grippe, un accroissement notable. Les adultes et les vieillards au contraire ont payé à la maladie un lourd tribut (5000 décès environ pour Paris). La maladie est évidemment infectieuse et contagieuse ; j'ai vu des enfants prendre la grippe au sein de nourrices malades ; à côté de ces faits positifs, il y en a eu de négatifs. Les rechutes n'ont pas été aussi rares que les récidives. Trois ordres de symptômes : *nerveux* (céphalalgie, abattement, courbature, parfois délire et convulsions), *digestifs* (anorexie, état saburral, nausées et vomissements, constipation), *respiratoires* (coryza, éternuements, épistaxis, toux laryngée, parfois bronchite). Chez les enfants, les symptômes du côté de l'appareil nerveux et du côté de l'appareil digestif ont prédominé ; l'appareil respiratoire n'a été que rarement et faiblement touché. Parmi les manifestations curieuses de la grippe, il faut signaler les efflorescences cutanées (miliaire, roséole, érythème scarlatini-forme) que j'ai notées 12 fois sur 218 malades, les complications oculaires et auriculaires (14 fois sur 218).

Les otites de la grippe, après une période douloureuse assez courte (1 ou 2 jours), aboutissent à la perforation du tympan, et à l'otorrhée. Mais l'écoulement se tarit vite et la réparation se fait complètement. En somme la grippe infantile, même assombrie par les complications indiquées, n'est pas grave. Cependant la convalescence est pénible, longue, traînante, les enfants restent abattus, anémiés, épuisés. Les observations faites par M. Cadet de Gassicourt, par M. Dauchez (*Revue des maladies de l'enfance*, 1890), confirment la plupart des renseignements que je viens d'indiquer.

II. Le rhumatisme noueux n'est pas inconnu dans l'en-

fance, et la thèse de M. Diamantberger nous révèle les particularités intéressantes de cette maladie ¹. Les filles seraient plus souvent frappées que les garçons, et cette prédominance sexuelle se retrouve plus tard (goutte des dames). Le rôle de l'hérédité est évident, tantôt cette hérédité est similaire, tantôt elle est simplement diathésique. Le froid, l'humidité, les fatigues, jouent un rôle également important. On observe chez l'enfant, à côté du rhumatisme noueux polyarticulaire, les nodosités de Heberden. Chez les enfants qui n'ont pas dépassé 10 ans, la maladie commence par les grandes jointures. Le pronostic est moins défavorable chez les enfants, que chez les vieillards. D'après l'auteur, le rhumatisme noueux aurait des affinités avec l'hystérie, l'épilepsie, l'idiotie, le myxœdème, l'acromégalie, la maladie osseuse de Paget, la maladie de Basedow. Dans une autre thèse ², M. Cousin étudie aussi les relations du rhumatisme chronique et des maladies nerveuses.

III. Les enfants, et plus particulièrement les tout jeunes enfants (de quelques mois à 2 ans), seraient très exposés à l'infection palustre et les cas de fièvre intermittente infantile ne seraient pas rares, même à Paris. C'est du moins ce qu'affirme M. Périer ³ et je suis tenté de lui donner raison d'après les faits que j'ai observés. J'ai cité le cas d'un enfant de 14 mois, qui aurait pris la fièvre sur les bords du canal Saint-Martin, alors en réparation ⁴. M. Périer indique un autre foyer d'impaludisme, le *parc Monceau*, et plus spécialement la mare de cette promenade si fréquentée par les enfants. Il rapporte plusieurs

1. Paris, 5 mars 1890.

2. Paris 1890. (*Symptômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses.*)

3. *Bulletin de la Société de médecine pratique*, 1890.

4. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1890.

cas, entre autres celui d'un enfant de 16 mois qui n'a guéri que par l'usage prolongé de la quinine. Il fait remarquer l'irrégularité des formes cliniques chez les enfants et il met en garde les médecins contre la possibilité d'une erreur.

IV. Mademoiselle Anna Finkelstein a pris pour sujet de thèse les *Pleurésies purulentes de l'enfance*¹. On sait que l'empyème est très commun dans le jeune âge : parmi ses causes, il faut ranger en première ligne la pneumonie ou le pneumocoque, puis la scarlatine, la rougeole, etc. Un quart des pleurésies purulentes infantiles sont *méta-pneumoniques*, beaucoup, sans avoir été précédées de pneumonie, n'en sont pas moins des pleurésies à pneumocoques. Sur 28 empyèmes de l'enfance, Netter a trouvé le pneumocoque 16 fois, le streptocoque 6 fois ; la proportion est renversée chez l'adulte. Le bacille de Koch est très rare. Dans tous les cas, l'examen bactériologique s'impose, car il donne parfois le pronostic. Ce n'est pas que la pleurésie à pneumocoque soit forcément bénigne et curable par la ponction simple, mais c'est un supplément d'information qu'on ne doit pas négliger. Pour moi, je considère la pleurotomie antiseptique comme indispensable dans la plupart des cas ; il faut faire des ponctions, mais sans compter sur leur efficacité absolue.

V. D'après seize observations d'*érythème noueux* recueillies chez les enfants, j'ai essayé de donner une description succincte de cette maladie². Pour moi c'est une maladie générale, qui se rapproche des fièvres éruptives, et qui n'a pas de relation avec le rhumatisme articulaire aigu. Le plus jeune des sujets avait quatorze mois, la plu-

1. Paris, 23 juillet 1890.

2. Comby. *L'érythème noueux chez les enfants* (Soc. méd. des Hôpitaux. Décembre 1890.)

part (12 sur 16) étaient âgés de 5 à 11 ans. Les symptômes généraux sont souvent très accusés, il y a, plusieurs jours avant l'éruption, de la fièvre, du malaise, de l'embaras gastrique. La constipation est habituelle. La convalescence est longue, marquée par un état d'anémie persistante. Dans trois cas, l'érythème nouveau affectait les quatre membres, dans les autres cas (13), il était limité aux membres inférieurs. Comme traitement, il faut insister sur le sulfate de quinine, les purgatifs, et plus tard sur les toniques et reconstituants (huile de morue, etc.).

VI. Dans une thèse, qui s'inspire des leçons de M. Hutinel, M. Charmoy étudie la gangrène disséminée de la peau chez les enfants ¹. Ce n'est pas une entité morbide, mais le résultat d'une infection secondaire, qui frappe surtout les sujets débilités. Quelquefois la gangrène de la peau se montre sans lésion préalable du tégument ; mais le plus souvent, il y a une porte d'entrée évidente, ulcération ou plaie (varicelle, ecthyma, vaccine). On a vu certaines formes de purpura infectieux, même d'urticatoire, se compliquer de gangrène cutanée. La rougeole est la maladie qui prédispose le plus les enfants aux manifestations gangréneuses : on connaît le noma, la gangrène de la vulve ; il faut y joindre la gangrène cutanée. Le pronostic est grave à cause du mauvais terrain et de la malignité de l'agent infectieux.

VII. Dans une communication au collège des médecins de Vienne, M. Hochsinger ² étudie le diagnostic des *cardiopathies congénitales chez les enfants*. Ces affections déterminent des souffles intenses, râpeux, à transmission étendue, souffles généralement systoliques. Enfin le cri-

1. Paris, 17 juillet 1890.

2. 15 décembre 1890.

térium véritable qui permet de distinguer les cardiopathies acquises des cardiopathies congénitales, c'est la cyanose et les malformations corporelles qui accompagnent si souvent ces dernières. La cyanose congénitale atteste la présence d'un vice congénital du cœur. Quand elle manque, quand elle est remplacée par une anémie profonde, s'il existe en même temps une inversion des viscères, on admettra encore la lésion cardiaque congénitale. L'auteur accorde beaucoup d'importance aux caractères stéthoscopiques du 2^e bruit du cœur. Le renforcement du second bruit coïncidant avec la cyanose et les souffles orificiels indique une anomalie des orifices auriculo-ventriculaires. Coïncidant avec la cyanose et un souffle au tiers supérieur du sternum, il indique la persistance du canal artériel. S'il n'y a pas de souffles, cela indique une simple transposition des orifices.

VIII. M. Karlinski a recherché si le lait de nourrices infectées contenait des microbes nuisibles aux nourrissons ¹. Il conclut de ses travaux que les microbes pyogènes peuvent passer du sang dans les canaux galactophores, que ce passage peut être rapide, que les microbes ayant pénétré par la voie utérine peuvent se retrouver dans le lait, et enfin que les animaux ayant tété un lait infecté par les staphylocoques meurent souvent de septicémie. La clinique confirme ces données expérimentales, et l'on sait bien aujourd'hui que les enfants nouveau-nés peuvent mourir empoisonnés par une mamelle atteinte de lymphangite et d'abcès.

IX. La question de l'alimentation des jeunes enfants par le lait présente, dans les grandes villes, à Paris surtout, une grande complexité. Le lait, qu'il provienne des

1. *Prag. méd. Woch.*, 1890, juin.

vacheries établies dans l'enceinte de la ville, qu'il provienne des départements voisins, ne présente pas souvent les qualités requises pour l'allaitement des enfants. Il est parfois altéré par la fraude, il subit aussi des fermentations fâcheuses, surtout en été, enfin, il peut recéler des germes pathogènes (fièvre typhoïde, tuberculose, etc.) Pour parer aux dangers que la présence des microbes fait courir aux enfants, on conseille l'ébullition préalable du lait qui leur est destiné. Mais l'ébullition peut être insuffisante, et elle est incapable de rendre riche et bon un lait pauvre et mauvais. Aussi faut-il applaudir au progrès industriel qui a permis de livrer, à des prix très abordables (50 centimes par litre), *le lait stérilisé*. J'ai essayé de vulgariser l'usage de ce lait, dont j'ai pu apprécier les qualités supérieures ¹. J'ai montré qu'il était indiqué dans la diarrhée infantile saisonnière qui fait tant de victimes à Paris pendant la saison chaude. Il m'a paru que ce lait était mieux toléré que le lait non stérilisé, qu'il ne formait pas, dans l'estomac des enfants, ces gros caillots produits par le lait de vache ordinaire. Les résultats, que j'ai annoncés, ont été confirmés par d'autres expérimentateurs, par M. Debove, par M. Sevestre. Je ne doute pas que l'usage du lait stérilisé ne soit appelé à rendre de grands services dans l'alimentation artificielle des jeunes enfants. On a pu voir, dans le précédent volume de l'Année médicale, que le lait stérilisé par une autre méthode (Soxhlet) avait fait merveille dans la diarrhée des athrepsiques.

X. M. Variot a étudié la sécrétion lactée chez les nouveau-nés ² ; c'est du 8^e au 12^e jour qu'elle est le plus accusée, les seins font saillie, sont douloureux à la pression.

1. Comby. *Traitement de la diarrhée infantile par le lait stérilisé*. (Soc. méd. des Hôpitaux, octobre 1890.

2. Soc. méd. des Hôpitaux, 25 juillet 1890.

En pressant méthodiquement, on peut obtenir 2 à 3 centimètres cubes de lait. Ce lait est ainsi composé, d'après les analyses faites aux Enfants-assistés par M. Lecocq :

Beurre	14 à 15 gr.	p. 1000
Caséine	11 à 25 gr.	p. 1000
Sucre de lait	42 à 46 gr.	p. 1000

On retrouve toujours, dans le lait des nouveau-nés, les principes immédiats du véritable lait ; on y retrouve les globules lactés.

La sécrétion lactée est presque constante quoique variable en intensité et en durée, suivant les enfants. Dans les premiers jours, les gouttes qu'on peut faire sourdre par la pression rappellent le colostrum ; plus tard, au bout de 3 ou 4 semaines, elles sont plus claires, analogues à de la sérosité.

XI. M. Huguenin a étudié la myocardite infectieuse diphtérique au double point de vue anatomique et clinique¹. Les lésions du myocarde, dans la diphtérie, sont à la fois inflammatoires et dégénératives. Ces lésions sont généralement diffuses et frappent à la fois la fibre musculaire, le tissu conjonctif, les vaisseaux. Elles ne se révèlent pas toujours à l'œil nu, mais elles n'en sont pas moins graves ; l'énergie du cœur est diminuée, les cavités se dilatent, des caillots thrombotiques s'y déposent. La myocardite infectieuse diphtérique est responsable de plusieurs cas de mort subite observés pendant la convalescence. On observe cette complication surtout dans les formes malignes, avec albuminurie intense, avec paralysie du voile palatin, etc.

XII. On discute toujours la question de l'identité entre

1. Thèse de Paris, 2 juillet 1890.

la diphtérie humaine et la diphtérie avine. M. S. Yves Ménard se prononce contre cette assimilation ¹. Il a vu de nombreuses épidémies de diphtérie avine au jardin d'Acclimatation, sans propagation aux gardiens et à leurs enfants ; la diphtérie des oiseaux serait caractérisée par un exsudat épais, caséo-purulent, non fibrineux. Son microbe serait une bactérie droite, rappelant celle du choléra des poules, se cultivant à 17°, 18°, sur la gélatine, et sur la pomme de terre, ce que ne fait pas le microbe de la diphtérie humaine. L'inoculation sous-cutanée du microbe de la diphtérie humaine tue les oiseaux, l'inoculation du microbe de la diphtérie avine ne produit qu'un abcès.

XIII. On éprouve, en clinique, des difficultés parfois sérieuses en présence des angines diphtéroïdes de la scarlatine. La diphtérie est-elle présente ou n'est-ce qu'une apparence ? En général, comme M. Sevestre l'a fait remarquer ², les angines du début de la scarlatine n'appartiennent pas à la diphtérie, les angines de la fin doivent être suspectées. MM. Wurtz et Bourges ont demandé un criterium à la bactériologie ³. Dans 9 cas d'angine pseudo-membranenses précoces, le bacille de la diphtérie a manqué ; il était présent au contraire dans 2 cas d'angines tardives (7 et 36 jours après l'éruption). Le microbe qui domine dans les angines précoces est un streptocoque auquel s'associe parfois le staphylocoque doré et plus rarement le staphylocoque blanc.

Le streptocoque de l'angine scarlatineuse peut donc produire des fausses membranes. Ces constatations ont un intérêt pratique au point de vue de l'isolement des

1. *Soc. de méd. publique et d'hygiène*, 23 avril 1890.

2. *Soc. méd. des hôp.* 1890, 9 mai.

3. *Arch. de méd.* 1^{er} mai, 1890.

malades et de leur transfert dans les pavillons réservés à la diphtérie.

XIV. Les troubles morbides dûs à la croissance des enfants sont fort difficiles à définir, et leur étude exige un esprit critique. Il faut élaguer beaucoup dans ce champ obscur et touffu ; j'ai essayé de le faire ¹.

C'est surtout entre 12 et 15 ans qu'on observe la principale poussée de croissance. Les inconvénients de la croissance rapide se font sentir surtout dans les villes, dans les écoles, les collèges, où la sédentarité, le surmenage, l'air confiné jouent un rôle adjuvant. A côté de ces facteurs hygiéniques qui troublent la croissance, il faut citer les facteurs morbides, la fièvre typhoïde surtout, à qui appartiennent ces *vergetures de croissance* aujourd'hui bien connues. On sait d'autre part, que la croissance prédispose à l'ostéomyélite, à la tuberculose, etc.

Parmi les manifestations imputables à la croissance, il faut retenir les *douleurs osseuses*, peut-être la *fièvre de croissance* (Bouilly), à coup sûr les exostoses ostéogéniques, certaines arthralgies, peut-être la tarsalgie, les scolioses, les ostéites, etc.

Du côté du cœur, on note les palpitations, l'hypertrophie (d'après M. Germain Sée). Je n'ai pas observé cette hypertrophie de croissance chez les enfants, mais elle apparaît chez les conscrits, dans les conseils de révision ². L'anémie, la chlorose, l'hystérie peuvent être favorisées par la croissance. Il en est de même de la chorée de Sydenham. La céphalalie, la gastralgie, la dyspepsie, les épistaxis sont souvent observées.

1. Comby. *Les maladies de croissance* (Archives de médecine, 1890) Voir aussi la thèse de M. Springer sur le même sujet (Paris 1890).

2. Voir un travail de M. Adolphe Bloch, sur *l'hypertrophie cardiaque de croissance*. Congrès de Limoges, août 1890.

Pour prévenir les écarts morbides de la croissance, il faut mettre les enfants dans de bonnes conditions hygiéniques: grand air, exercice, nourriture abondante (ration de croissance), pas de surmenage. Pour traiter les manifestations morbides, on mettra l'enfant au repos physique et intellectuel, on lui donnera le régime alimentaire des convalescents; plus tard, on prescrira l'exercice, la gymnastique, les jeux, l'escrime, etc. Le fer, l'hydrothérapie, les bains de mer rendent des services suivant les indications.

XV. M. Legroux a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, une fillette de 9 ans, atteinte d'exostoses ostéogéniques multiples et symétriques¹. Ces exostoses, au nombre de plus de 50, sont réparties sur tous les os longs et sur quelques os plats; elles siègent toutes au voisinage de l'union des diaphyses avec les épiphyses. Elles auraient commencé à apparaître vers l'âge de 2 à 3 ans, elles se seraient accrues ensuite insensiblement sans provoquer de douleur. Les os du crâne et de la face sont complètement respectés. Pas d'antécédents héréditaires, pas de syphilis, pas de tuberculose. Enfin l'enfant n'a pas été rachitique. M. Cadet de Gassicourt a vu deux cas analogues: les exostoses étaient également multiples et symétriques, groupées au voisinage des grandes articulations. Mais leur nombre était très inférieur à celui des exostoses de la fillette présentée à la Société.

XVI. Imbu, comme tous les médecins de sa génération, des théories de MM. G. Sée et Roger sur l'étiologie de la chorée, M. Charles Leroux n'a pas été peu surpris de voir que 162 observations (102 filles, 60 garçons âgés de 8 à 12 ans), recueillis en 3 ans au dispensaire Furtado-

1. 4 juillet 1890.

Heine, n'ont donné que 2 cas de chorée associée au rhumatisme articulaire aigu, 3 cas précédés de rhumatisme, 13 cas accompagnés de douleurs vagues¹. Même dans les cas de chorée récidivante, le rhumatisme ne s'est pas montré. Il fait remarquer que les douleurs de croissance sont très fréquentes et qu'il ne faut pas les confondre avec le rhumatisme. Comment concilier les résultats de cette statistique avec ceux des statistiques de M. Roger et de M. G. Sée? M. Leroux croit que la divergence provient de ce fait : à l'hôpital on ne reçoit et on ne voit que les cas graves ; au dispensaire, on voit tout et principalement les cas légers. Il conclut que la chorée est une névrose de croissance.

XVII. La coqueluche produit souvent, chez les enfants très jeunes, dont les incisives inférieures sont très tranchantes, une ulcération sublinguale traumatique qui a une valeur presque pathognomonique. Cependant, j'en ai cité un exemple, l'ulcération sublinguale peut se montrer en dehors de la coqueluche, sous l'influence d'une bronchite vulgaire, d'un simple rhume². Le cas que j'ai rapporté en témoigne ; une fillette de 11 mois, ayant 4 dents (2 incisives médianes supérieures et inférieures), présentait une ulcération sublinguale analogue à celle de la coqueluche ; cependant elle n'avait eu que des accès de toux passagère, consécutive à un coryza et à une trachéo-bronchite. A la suite d'un vomitif, la toux disparut après huit jours de durée. M. Séjournet a observé des ulcérations semblables chez des enfants de 9 et 11 mois, de 12 et 17 mois, qui n'avaient pas la coqueluche³.

1. *Revue des maladies de l'enfance*, juin 1890.

2. Comby, *France médicale*, 21 février 1890.

3. *France médicale*, 21 mars 1890.

XVIII. M. Lesage, à propos de deux cas d'anasarque chez les enfants du premier âge ¹, divise les œdèmes des nouveaux-nés en plusieurs catégories. Chez le nouveau-né proprement dit (15 premiers jours), on trouve : 1° l'œdème sous-ombilical bénin, 2° l'œdème du gavage, 3° l'œdème avec cyanose des enfants atélectasiés, 4° l'œdème par thrombose, 5° l'œdème avec ictère. Chez l'enfant plus âgé (1 mois à 3 ans), on observe l'œdème blanc par néphrite, cachexie, leucémie, compression, l'œdème essentiel. Les deux cas de Lesage sont des exemples de cette anasarque idiopathique : le premier s'observe chez un garçon de 4 mois, nourri au biberon, le retour à l'allaitement naturel amène la guérison ; le second (petite fille de 2 mois), se termine par la mort, et l'autopsie est pour ainsi dire négative. Plusieurs cas observés par Wagner, par Goodhart, par Barthez et Sanné, ont été attribués, tantôt à l'allaitement artificiel, tantôt au refroidissement.

XIX. La maladie que Parrot a si bien décrite sous le nom de *pseudo-paralysie syphilitique*, et que j'ai proposé de nommer *maladie de Parrot*, n'est pas aussi grave que cet auteur l'avait indiqué. Prise à temps, c'est-à-dire reconnue, elle guérit tout aussi bien que les autres syphilopathies ; j'ai publié, après bien d'autres, deux cas terminés par la guérison ². Le premier cas est relatif à une fille de 3 mois qui présentait une pseudo-paralysie avec prédominance à gauche, par altération de l'épiphyse du radius ; le second cas (fille de 3 mois 1/2) était plus classique, la lésion siégeait à l'épiphyse supérieure de l'humérus gauche. Dans ces deux cas, la guérison fut très rapide (8 à 10 jours), grâce aux frictions mercuriel-

1. *France médicale*, 14 nov. 1890.

2. Comby, *France médicale*, 27 juin 1890.

les et aux bains de sublimé. La maladie est donc parfaitement curable, pourvu qu'elle soit reconnue promptement et traitée avec énergie.

XX. M. Sevestre a vu une petite fille prise de péritonite aiguë avec formation d'un abcès iliaque au bout de 15 jours; une ponction donna issue à trois litres de pus contenant des *pneumocoques* à l'exclusion de tout autre microbe, guérison ¹. Quoique la péritonite soit une manifestation très rare de l'infection pneumococcique, M. Netter a vu un enfant en bas âge qui présentait à la fois une méningite et une péritonite à pneumocoque, sans pneumonie ². M. Galliard a également observé un cas de péritonite à pneumocoques chez une fillette de 11 ans 1/2 ³. La laparotomie donna issue à plusieurs litres de pus verdâtre, épais, mêlé de grumeaux et de fausses membranes. Mort 8 jours après l'opération. L'autopsie révéla la présence de trois foyers: 1° foyer pré-épiploïque; 2° foyer sus-hépatique; 3° foyer périsplénique. Quant à la porte d'entrée de l'infection pneumococcique, elle échappe.

XXI. MM. Picot et d'Espine ont étudié l'anémie pernicieuse chez les enfants ⁴. Les symptômes principaux observés dans les deux cas qui leur sont personnels (2 et 13 ans) sont: des troubles digestifs, vomissements, anorexie, soif vive, diarrhée, des hémorragies (épistaxis, pétéchiés), de l'œdème des membres inférieurs, un état cachectique, souffles anémiques, dyspnée. A l'autopsie d'un malade, on a trouvé le foie gros et gras, la rate hypertrophiée, le cœcum épaissi et infiltré de leucocytes,

1. *Soc. méd. des hôp.*, 16 mai 1890.

2. *id.* *id.*

3. *Soc. méd. des hôp.*, 14 novembre 1890.

4. *Revue de médecine*, octobre 1890.

ainsi que l'appendice et la terminaison de l'iléon. Il n'y avait pas de parasites intestinaux, pas de bothriocéphale ; la médication par le fer et l'arsenic fut inefficace. Les auteurs attribuent la maladie à une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale. Mais ce n'est qu'une hypothèse et cette maladie, dite encore *maladie de Biermer* et caractérisée par une triade symptomatique (œdème, hémorragies, dyspepsie), est inconnue dans sa nature intime.

XXII. Les hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés sont rares, mais d'une gravité extrême, qui donne beaucoup d'intérêt à leur étude ; la monographie de M. Dusser nous permet d'embrasser la question dans son ensemble ¹. Le début de l'hémorragie appartient aux trois premiers jours de la vie, il peut être retardé jusqu'aux 8^e et 15^e jours. On a invoqué des causes nombreuses : l'hérédité, la syphilis, l'hémophilie, la pléthore, l'asphyxie, l'obstruction de la veine porte, la ligature prématurée ou tardive du cordon, la thrombose de la veine ombilicale, etc., etc. En réalité, nous ne savons rien de l'étiologie. Sur 24 autopsies, 11 furent négatives, 4 montrèrent un ulcère du duodénum, 9 des ulcérations de l'estomac. L'hémorragie peut être insidieuse ou marquer son apparition par la pâleur de la face, la décoloration des muqueuses, l'affaiblissement du cri, le refroidissement des extrémités. Ou bien le sang sort à la fois par la bouche et par l'anus, il y a hématomèse et méléna. La perte de sang peut se répéter plusieurs fois en 5 ou 6 jours et entraîner la mort. Sur 78 cas relevés par l'auteur, la mort survint 43 fois, donc dans plus de la moitié des cas, le pronostic, on le voit, est des plus sombres. Le diagnostic peut présenter des difficultés ;

1. Thèse de Paris, janvier 1890.

un enfant est trouvé baignant dans son sang; d'où vient ce sang? Il faut explorer l'ombilic, les parties génitales, la bouche, l'anus, etc. Quelquefois même, le méloëna peut avoir pour point de départ une crevasse du mamelon maternel, l'enfant en tettant a pu déglutir une certaine quantité de sang qui pourra être par la suite l'origine d'une hématomèse ou d'un méloëna. Comme traitement, on essaiera le perchlorure de fer (3 à 5 gouttes dans une petite solution sucrée), on espacera les têtées, on mettra l'enfant dans une couveuse, s'il est trop affaibli; on pourra employer, pour le ranimer, les inhalations d'oxygène, l'eau-de-vie, etc.

XXIII. MM. Richardière ¹ et Kundrat ², chacun de leur côté et presque en même temps, ont étudié les hémorragies méningées chez les nouveau-nés; leurs conclusions sont très analogues. Ces hémorragies sont une cause fréquente de mort, elles se font au moment de la naissance, elles diffèrent des hémorragies méningées de l'adulte par l'absence d'inflammation préalable de l'arachnoïde et de la dure-mère, elles s'accompagnent souvent d'ecchymoses sous-pleurales. Elles s'expliquent par le traumatisme de l'accouchement, la tête étant comprimée au moment de son passage à travers les détroits du bassin. On trouve ces hémorragies chez des enfants qui naissent en état d'asphyxie. Elles siègent à la convexité, et Kundrat se base là-dessus pour faire intervenir le déplacement des pariétaux et la déchirure d'une des veines qui se rendent dans le sinus longitudinal supérieur.

Faut-il invoquer aussi ces hémorragies méningées des nouveau-nés pour expliquer certains cas d'hydrocéphalie? Cette explication pourrait nous rendre compte

1. *Médecine moderne*, 23 octobre 1890.

2. *Soc. des méd. de Vienne*, 31 août 1890.

d'une variété d'hydrocéphalie externe observée par M. Wheaton ¹. Il s'agit d'un enfant mort à l'âge de 7 mois et dont la maladie avait débuté à 3 mois ; la tête était volumineuse (45 centimètres de circonférence), le cuir chevelu était rouge, les vaisseaux étaient dilatés à la surface. L'enfant était gai, n'avait pas de paralysie, mais quelques accès de fièvre. On trouva, à l'autopsie, entre chaque hémisphère et la dure-mère, un sac membraneux contenant 250 grammes de sérosité, qui comprimait la substance cérébrale. Les ventricules étaient vides. La rate était grosse, indurée, retenue par des adhérences.

D^r Jules COMBY,
Médecin des hôpitaux.

MÉDECINE LÉGALE

I. Affections nerveuses consécutives au traumatisme, par Coombs Knapp (de Boston). — II. Du droit de réquisition des médecins-experts par M. le conseiller Horteloup. — III. De la pénétration du liquide de submersion dans les intestins de noyés, par W. Fagerlund. — IV. Recherches sur la respiration pendant la submersion par Brouardel et P. Loyer. — V. Marche de la putréfaction des corps inhumés en rapport avec les propriétés physico-chimiques du sol, par Russo-Giliberti. — VI. La sodomie laisse-t-elle des traces indélébiles (Congrès de Berlin). — VII. Etude médico-légale sur les hémorragies méningées chez les nouveau-nés, par Richardière.

I. Dans notre revue de l'année dernière, nous avons présenté l'état actuel de la science, concernant le railway-spine et le railway-brain. M. le D^r Coombs Knapp, étudiant les conséquences des accidents de chemin de fer ou des traumatismes de ce genre, regarde la commotion de

1. *Soc. path. de Londres*, novembre 1890.

la moelle comme douteuse et admet comme complications fréquentes l'entorse du rachis, l'irritation spinale, la névrite périphérique. Le traumatisme peut donner naissance non seulement à de graves lésions mécaniques du système nerveux central, avec des symptômes immédiats, mais aussi à un processus dégénératif chronique de marche insidieuse ; il peut aussi donner naissance à diverses affections fonctionnelles du système nerveux, y compris les psychoses, la neurasthénie et l'hystérie : l'hémianesthésie n'est pas caractéristique de l'hystérie et se rencontre aussi dans d'autres états. Les troubles psychiques : anxiété, hypochondrie, dépression, émotivité, incapacité d'appliquer l'attention, peuvent exister seuls ou joints à d'autres états morbides. La neurasthénie serait souvent produite par le traumatisme, contrairement à l'hystérie ; toutefois, la neurasthénie et l'hystérie pourraient être surajoutées à une maladie organique et nuire à la précision du diagnostic. On ne peut nier qu'il existe un complexe symptomatique type avec troubles psychiques, parasthésie, anesthésie, lenteur, et faiblesse des mouvements, exagération des réflexes, tous symptômes enfin qui sont subordonnés à des lésions organiques. Le pronostic de cet état serait d'autant plus grave que la guérison complète est rare.

II. En l'état actuel de la législation, les réquisitions ou commissions de la justice ne sont obligatoires pour les experts que dans les cas de flagrant délit ou assimilés au flagrant délit. La sanction de cette obligation est inscrite dans l'article 475, paragraphe 2 et, en cas de récidive, dans l'article 478 du Code pénal. Il y a flagrant délit lorsqu'un fait passible d'une peine afflictive ou infamante se commet actuellement ou vient de se commettre, lorsque le prévenu d'un fait de cette nature est poursuivi par la clameur publique ou qu'un individu est trouvé saisi d'ob-

jets faisant présumer qu'il est auteur ou complice d'un fait de cette espèce, pourvu que ce soit dans un temps voisin du crime. Est assimilé au flagrant délit le cas où un chef de maison requiert la constatation, à l'intérieur de cette maison, d'un crime ou même d'un simple délit, flagrant ou même non flagrant. Il y a lieu de reviser le tarif établi par le décret du 18 juin 1811, en ce qui concerne les experts et de relever notablement les honoraires qui leur sont alloués. Il est nécessaire, pour sauvegarder les intérêts de la justice et ceux des accusés : 1° D'assurer l'instruction spéciale des experts par l'organisation d'un enseignement professionnel approprié ; 2° d'instituer un diplôme spécial aux médecins et chirurgiens experts, délivré par le Ministre de l'instruction publique après examen subi devant les professeurs des facultés de médecine et fournissant la preuve de cette instruction.

III. Dans les circonstances ordinaires, le liquide de submersion ne pénètre après la mort, ni dans l'estomac, ni à travers l'anus. Pour qu'après la mort, il puisse passer de l'estomac dans l'intestin, il faut qu'il soit soumis à une pression très forte. Lorsqu'un individu tombe vivant dans un milieu liquide et y meurt, on retrouve habituellement ce liquide dans son estomac et parfois dans ses intestins. Le pylore semble jusqu'à un certain point s'opposer au passage du liquide de submersion de l'estomac dans l'intestin. Ce sont les mouvements péristaltiques de l'estomac et des intestins qui poussent le liquide de submersion de l'estomac dans l'intestin et le font cheminer dans ce dernier. Le passage du liquide de submersion de l'estomac dans l'intestin s'effectue plus facilement quand l'estomac est vide que lorsqu'il est plein d'aliments. Une submersion prolongée semble favoriser le passage du liquide de submersion dans les intestins.

IV. La mort par submersion brusque survient, chez les chiens, entre trois minutes et demie et quatre minutes. Si l'on enregistre, à l'aide du pneumographe, les divers modes respiratoires, on trouve que la respiration diaphragmatique est prépondérante à toutes les phases de la submersion, c'est-à-dire aux phases de surprise, des grandes respirations avec arrêt des mouvements généraux, d'arrêt respiratoire avec perte de la sensibilité, et du dernier soupir. La résistance opposée dans la seconde phase de la submersion, à l'entrée de l'eau dans les voies aériennes, n'est pas le fait de la fermeture glottique, puisqu'on l'observe chez le chien trachéotomisé. Elle est le résultat de l'immobilisation du thorax; elle est mise en jeu par l'action du liquide ambiant sur les nerfs sensibles de la peau, de la muqueuse naso-pharyngienne et de la muqueuse laryngo-trachéo-bronchique. L'excitation produite par cet irritant est, d'une part, transmise au cerveau qui réagit par un arrêt volontaire des mouvements respiratoires, et, d'autre part, communiquée à des centres bulbo-protubérantiels, lesquels, par voie réflexe, suspendent, inhibent la respiration. La mort par syncope, chez les noyés, est due à la permanence de l'action inhibitoire consécutive à l'excitation des nerfs cutanés, nasaux et laryngés.

V. La putréfaction des corps inhumés suit une marche qui est en rapport avec les propriétés physiques et cliniques du sol. Le développement de la putréfaction est en raison directe de la perméabilité du sol à l'air. La marche de la putréfaction varie en raison directe de la température et de la perméabilité à l'eau. Le processus de la putréfaction est d'autant plus rapide que le terrain contient une plus grande proportion d'humus.

VI. D'après M. Lunan, le coït anal, pratiqué même

une seule fois, laisserait des traces indélébiles. M. Lacasagne ne partage pas cette assertion d'une manière aussi absolue, car il importe de savoir combien est variable l'aspect de la région anale, suivant que la défloration a été brusque ou lente, et suivant que les habitudes de sodomie sont invétérées. L'expert doit être très prudent dans ce genre d'examen, car il est souvent difficile d'affirmer si un individu examiné a ou n'a pas des habitudes passives de sodomie.

VII. D'après M. Richardière, les hémorragies méningées constituent une des causes de mort les plus fréquentes des nouveau-nés; elles se font au moment de la naissance et diffèrent de la plupart des hémorragies méningées de l'adulte par l'absence d'inflammation préalable de l'arachnoïde et de la dure-mère. Elles s'accompagnent ordinairement d'ecchymoses sous-pleurales. Le plus souvent la mort se produit d'une manière extrêmement rapide. La cause de ces hémorragies serait le traumatisme de l'accouchement, et, pour préciser davantage, le traumatisme de la tête fœtale au moment de son passage par les détroits osseux du bassin.

A. JOSIAS

Médecin des hôpitaux.

CHIRURGIE

CHIRURGIE GÉNÉRALE

La Méthode Aseptique en chirurgie. — Le Microbe du tétanos. — Tétanos et gangrène. — Hygroma tuberculeux à type myxomateux. — Des encéphalocèles. — Tumeurs multiples du cuir chevelu. — Exophtalmos pulsatile. — Ablation des os de la face. — Prothèse des apophyses géni. — Tumeurs des glandules de la cavité buccale. — Trachéotomie chez les enfants. — Extirpation du larynx. — Ténotomie à ciel ouvert. — Cholécystentérostomie. — Contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval. — De l'appendicite. — Rétrécissements de la valvule iléocœcale. — Hernies rétropéritonéales. — Anus iliaque en deux temps. — Rectopexie postérieure. — Luxations récentes de l'épaule. — Nouveau mode de désarticulation de l'épaule. — Ostéomes des muscles de la cuisse. — Pathogénie des kystes poplités. — Résections tibio-tarsiennes par ablation préalable de l'astragale. — Tuberculose du pied, etc., etc.

Rien de bien saillant à signaler en 1890 au point de vue chirurgical. Pas de Congrès de chirurgie en France cette année et la section spéciale du grand *Congrès international* du mois d'août 1890, à Berlin, a peu fait parler d'elle. — Nous signalerons d'ailleurs, en leur lieu et place, les communications importantes qui y ont été faites. C'est à peine si quelques instruments nouveaux ont été présentés aux sociétés savantes et ils présentent un si faible intérêt que nous n'y insisterons même pas. On a continué à transformer l'ancien matériel chirurgical, à remplacer, partout où faire se pouvait, le bois par le métal; on s'est efforcé de rendre tout ce qui sert aux chi-

rurgiens parfaitement stérilisable par la chaleur : rien de mieux. Nous ne pouvons qu'applaudir à ces perfectionnements.

Les statistiques opératoires ont continué à s'améliorer ; si peu d'interventions vraiment nouvelles se sont fait jour cette année, c'est que l'antisepsie est désormais universellement employée ; mais il y a encore quelques retardataires. Pourtant, depuis quelques mois, les chirurgiens les plus avancés, ceux qui sont à la tête du mouvement scientifique contemporain, ont cherché à transformer l'ancienne pratique antiseptique courante par la *Méthode* dite *Aseptique*. Grâce à l'appui de M. Terrier, cette façon de procéder commence à s'acclimater en France, et notre cher maître a perfectionné tellement la méthode des gynécologistes qu'à l'étranger on appelle *aseptiques*, qu'il peut vraiment en être considéré comme le défenseur le plus autorisé. Une très importante communication, qu'il a faite en 1890 au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences* à Limoges, et qui est reproduite dans le travail que nous avons consacré à la description de son service de chirurgie de l'Hôpital Bichat ¹, montre bien, et en peu de mots, comment il a pu réaliser cette transformation de la méthode listérienne.

On sait que dans toute opération interviennent quatre facteurs : le *malade*, le *chirurgien et ses aides*, le *matériel opératoire* et les *objets de pansement* ². On sait d'autre

1. Baudouin (Marcel), *L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat* (service de M. Terrier). Paris, 1890, p. 43.

2. On ne se préoccupe plus du milieu, de l'air ambiant. Lister n'a-t-il pas dit récemment : Nous sommes indépendants de l'atmosphère. » Il n'en est pas moins vrai qu'il vaut mieux opérer dans les milieux absolument aseptiques ou désinfectés.

part que les malades à opérer peuvent être des sujets localement infectés ou des sujets non infectés antérieurement à l'intervention. Eh bien, nous devons le dire tout d'abord, la méthode aseptique *pure* ne peut, on le conçoit, s'appliquer qu'à cette dernière catégorie de malades : les non infectés. Pour les autres en effet, l'emploi des antiseptiques puissants reste indispensable ; car ce n'est qu'avec leur aide qu'on peut espérer détruire les germes préexistants.

Lorsqu'il s'agit de sujets non infectés, chez lesquels aucun micro-organisme pathogène n'est à détruire, qui guérissent sans accidents infectieux si le chirurgien n'introduit aucun microbe dangereux pendant toute la durée de son intervention, il est inutile de recourir aux antiseptiques, qui d'ailleurs, on le sait, causent parfois des accidents sérieux. Il suffit donc de rendre stérile, aseptique, tout ce qui doit être en contact avec le malade, supposé lui-même indemne de toute inoculation septique.

Malheureusement, ces conditions idéales ne se trouvent jamais réalisées d'une façon absolue, et par suite, la Méthode Aseptique ne peut être employée dans toute sa rigueur. En effet, on ne peut pas affirmer qu'un malade, considéré, de par la clinique, comme un non infecté, ne donne pas asile, au point où doit porter l'action chirurgicale, à un micro-organisme susceptible de devenir pathogène ; comme, d'autre part, on ne peut avoir la prétention de rendre vraiment aseptique ce malade par les moyens de désinfection employés, on en est réduit à essayer de détruire, à l'aide des antiseptiques, les germes qu'il est susceptible de renfermer dans ses téguments, etc. En second lieu et pour une raison analogue, on ne peut garantir l'asepsie absolue des mains du chirurgien et de celles de ses aides, parce que la chaleur (seul procédé connu pour rendre un objet réellement stérile) n'est pas utilisable dans ces circonstances.

Il en résulte que, pour deux des facteurs intervenant au cours d'un acte chirurgical quelconque, on est encore obligé de recourir aux antiseptiques chimiques, qui peuvent ne pas détruire tous les microbes dangereux; mais pour les deux autres (matériel opératoire et objets de pansement), l'état aseptique peut être aujourd'hui obtenu d'une façon certaine et scientifique.

Aussi la méthode, qui est basée sur ces notions, a-t-elle reçue de M. Terrier la dénomination de *Méthode mixte*, dans laquelle l'emploi des antiseptiques est combiné avec l'usage de matériaux aseptiques. On ne voit pas, jusqu'à présent du moins, comment il serait possible de rendre scientifiquement stériles le malade et le chirurgien; mais rien ne prouve qu'un jour on n'y parviendra point. Et, ce jour là, la *Méthode aseptique*, pure, sera définitivement établie.

Ces préliminaires étaient nécessaires à poser pour montrer pourquoi, dans les conditions actuelles, les chirurgiens, les mieux outillés et les plus propres; ont encore des accidents septiques, lorsqu'il s'agit d'interventions graves, portant sur des organes fort difficiles à désinfecter au préalable. Mais empressons-nous d'ajouter que ces désastres tiennent désormais rarement à une désinfection insuffisante des mains des opérateurs. On peut même dire qu'en pratique, pour un chirurgien, instruit à la bonne école, ce facteur disparaît, et l'opérateur peut être considéré comme incapable d'infecter par lui-même son opéré, à moins, bien entendu, de commettre une faute grossière, parfaitement reprehensible. On le voit, il ne reste guère qu'un desideratum : l'asepsie, préalable et sûre, du malade à opérer. C'est dans cette voie que l'on cherche aujourd'hui. Et, celle-ci déblayée, la mortalité par accidents septiques d'origine opératoire, si faible déjà à notre époque pour les véritables chirurgiens, disparaîtra totalement.

Nous ne pouvons ici, on le comprend, décrire, avec les détails suffisants la façon dont M. Terrier a pu obtenir en 1889 un matériel opératoire et des objets de pansements absolument dépourvus de germe ; comment, dans son service, on s'efforce de désinfecter autant que possible les malades avant l'intervention : on trouvera tout cela dans le travail que nous avons cité plus haut. Il nous suffit de rappeler que son assistant et notre maître, M. Quénu, a fait construire cette année par M. Sorel une étuve à stériliser les matériaux de pansement, d'un emploi très simple ¹ ; que les instruments sont toujours stérilisés à la chaleur sèche (appareil de M. le D^r Poupinel) ; l'eau par le filtre Chamberland et les ébullitions répétées ; et les compresses, les fils à ligatures, etc., à l'aide de l'autoclave de M. Chamberland ².

Quelques chirurgiens, à Paris et en province, anciens élèves de M. Terrier, ont recours à cette méthode depuis plusieurs mois et nous pouvons dire qu'ils en obtiennent les meilleurs résultats. D'ailleurs, en Angleterre, il y a longtemps qu'on y a recours, quoique d'une façon moins scientifique ; enfin l'Allemagne elle-même semble suivre cet exemple, si l'on s'en rapporte aux travaux publiés récemment par von Bergmann, Veit, Rein, etc. ³.

Nous devons encore dire un mot ici d'une lettre adressée par M. Terrier à M. le directeur général de l'Assistance publique à Paris. On trouvera là ⁴ l'exposé magistral de l'organisation d'un service de chirurgie d'après les idées modernes. M. Terrier insiste surtout sur les faits suivants : nécessité de séparer les services de chirurgie des services de médecine et utilité d'une sépara-

1. M. Quénu. — *Soc. de Chirur.*, 7 mai 1890.

2. Baudouin (Marcel). *Loc. cit.*

3. Voir *C. R. du Congrès internat. de Médec.* à Berlin en 1890.

4. *Progrès médical*, juillet 1890.

tion réelle, si l'on veut qu'elle soit efficace ; nécessité d'isoler les malades infectés de ceux qui ne le sont pas, à l'aide de salles pourvues d'un personnel propre à chacune d'elle ; utilité d'une salle d'observation pour les douteux ; adjonction à chaque salle de malades d'une salle d'opérations pourvue d'un matériel spécial, etc.

Avant de passer à l'étude des diverses affections chirurgicales étudiées en 1889, on nous permettra de signaler en outre parmi les sujets abordés dans notre travail sur l'asepsie à Bichat le chapitre qui a trait à l'*antisepsie du tube digestif*¹. Jusqu'à ces derniers temps en effet, on n'avait pas décrit les minutieuses précautions que le chirurgien doit prendre avant d'intervenir d'une façon quelconque sur les différents points du canal alimentaire, où fourmillent des microbes dont quelques-uns peuvent devenir fort nuisibles. Dans trois paragraphes sur l'Antisepsie bucco-pharyngée, intestinale et rectale, nous avons essayé d'indiquer la meilleure façon de procéder pour détruire, autant que possible, avant l'intervention, les germes pathogènes. Nous nous bornons à cette mention, car l'exposé des moyens de réaliser cette antisepsie préventive nous entraînerait hors des limites qui nous sont imposées.

Le beau travail de MM. Sanchez-Toledo et Veillard², la communication de M. Reynier³, les mémoires publiées à l'étranger ont définitivement démontré que le *tétanos* était une maladie microbienne, due au bacille de Nicolâier, micro-organisme qui ressemble à un spermatozoïde ou à une petite épingle. Ce bacille a été trouvé dans de la terre tétanigène (cette terre inoculée a donné le tétanos aux cobayes) ; il existe plus spécialement dans le sol de certaines contrées. De là sérosité prise dans la plaie d'un

1. Baudouin (Marcel). — *Lcc. cit.*, p. 92.

2. *Arch. de méd. expérim.*, 1890.

3. *Soc. de Chir.*, 18 juin 1890.

tétanique et inoculée à des cobayes a pu donner la maladie (Reynier, Reclus, etc.).

La coïncidence chez l'homme de certaines formes de *gangrène* et du *tétanos* n'est pas due au hasard. Elle résulte, pense M. Verneuil¹, de l'introduction simultanée dans les plaies des deux microbes de Pasteur et de Nicolaïer, fréquemment réunis dans la terre cultivée ou fumée. Les deux maladies, contemporaines à l'origine, évoluent toutefois dans la suite d'une manière distincte, conformément à l'action propre de leur virus et sans paraître manifestement s'influencer. Le développement de la septicémie gangréneuse, dans une plaie souillée par la terre, doit faire craindre sans doute l'apparition ultérieure du *tétanos*, mais l'indépendance réelle des deux infections est prouvée par ce fait que la suppression radicale de la première n'empêche pas la seconde de se développer. Tout semble donc démontrer qu'il y a là association morbide pure et simple, due à la réunion fortuite de deux virus.

M. Critzmann a décrit une *forme gélatineuse ou myxomateuse de la tuberculose (Hygroma tuberculeux à type myxomateux*²). Aux deux types évolutifs du tubercule dont l'un, décrit par M. Grancher, montre la transformation fibreuse, il convient dorénavant d'en ajouter un troisième : la transformation myxomateuse, déjà entrevue par Laënnec. Le cas, où cette transformation myxomateuse a été observée par M. Critzmann, est celui d'un hygroma poplité, accompagnant une tuberculose de l'articulation du genou droit³. Il faut donc admettre désor-

1. *Acad. des Sciences*, 3 novembre 1890.

2. *Associat. française pour l'avanc. des Sc.*, Congrès de Limoges, août 1890.

3. Le récent travail de M. Poirier, que nous analysons dans cette revue, montre quelle a dû être la genèse de cet hygroma tuberculeux.

mais l'existence de 3 variétés d'hygromas tuberculeux : fongueux, à grain riziforme et l'hygroma tuberculeux à type myxomateux. La nature tuberculeuse de certains kystes synoviaux à gelée de groseille ne tardera pas de même à être connue. L'observation de M. Critzmann prouve encore que le myxome est peut-être une production tuberculeuse et que la définition du myxome, comme toutes celles tirées de l'aspect macroscopique d'une lésion, est loin d'être suffisante. Les grains riziformes et la substance myxomateuse constituent deux dérogations à l'évolution caséuse ou fibreuse du follicule tuberculeux.

Du consciencieux travail de M. Berger sur la *nature de certaines encéphalocèles*¹, on peut extraire les renseignements suivants qui présentent un réel intérêt. La substance nerveuse, qui entre dans la constitution de certaines encéphalocèles, s'écarte du type normal auquel ces productions se rattachent ; d'autre part, l'enveloppe méningée qui les enferme présente des modifications spéciales ; cela doit suffire pour les faire considérer comme de vrais néoplasmes, analogues aux névromes médullaires de Virchow et Fœrster, et on doit désormais leur donner le nom d'*encéphalomes*. L'origine des encéphalocèles est un vice dans la formation de la vésicule encéphalique primitive ; probablement ce vice réside dans la production d'une protubérance encéphalique qui, se développant avant le crâne membraneux, cause un arrêt dans la réunion des lames, en s'opposant à leur rapprochement au point de sortie. Il s'agit donc là de véritables ectopies encéphaliques et n'ont pas de hernies cérébrales. Il y a toutes les transitions, mais il n'y a aucune différence essentielle, entre les encéphalocèles les plus simples, méningocèles, hy-

1. *Rev. de Chir.*, 1890.

drencéphalocèles, et les ectopies cérébrales véritables. On doit extirper ces tumeurs seulement quand elles sont volumineuses, tendues, prêtes à se rompre, dit M. Berger. A notre avis, on devrait intervenir dans tous les cas où il n'y a aucune contre-indication tirée de l'état général. A quoi bon attendre que ces tumeurs grossissent pour les enlever, puisque l'intervention est bénigne, si elle est bien faite ? C'est l'opération de M. Périer qui est préconisée par M. Berger. On trace deux lambeaux cutanés de part et d'autre du pédicule, en faisant une hémostase complète. Puis on isole le pédicule membraneux jusqu'à ce qu'on sente le contour tout entier de l'orifice osseux où il s'enfonce. On traverse alors le pédicule, comme le collet d'un sac herniaire, avec un fil à ligature et on fait une ligature en chaîne. Tout ce qui déborde est réséqué. On ramène les lambeaux sur ce pédicule et ferme la plaie sans drainer, car, chez les enfants, tout drainage peut exposer dans une notable mesure à une infection secondaire de la plaie.

M. A. Poncet a décrit récemment une affection caractérisée par des *tumeurs multiples, confluentes sur le cuir chevelu* ¹, et disséminées sur divers points du tronc. Ces tumeurs sont de nature épithéliale ; d'après leurs caractères anatomiques, elles appartiennent à la classe des tumeurs cylindromateuses. Au point de vue clinique, elles ont une demi-malignité. Elles s'accroissent insensiblement et restent indolentes, jusqu'au jour où la peau est envahie. Elles n'ont pas de tendance à la généralisation, mais peuvent infecter lentement les ganglions qui reçoivent leurs lymphatiques de la peau secondairement envahies. Le seul traitement est l'extirpation avec l'instrument tranchant. Dans une même séance on devra enlever quelques-uns seulement de ces néoplasmes ; leur

1. *Rev. de Chir.*, 1890.

ablation dans diverses opérations plus ou moins éloignées les unes des autres est justifiée par les accidents dont ils sont le point de départ.

De la très importante revue critique de M. Lefort sur l'*Exophtalmos pulsatile*¹, confirmée par l'observation récente de M. Poirier², il résulte ce fait que la cause de beaucoup la plus ordinaire de l'exophtalmie pulsatile, est l'anévrysme artério-veineux du canal carotidien. Certes cette affection peut être causée par un anévrysme simple de l'artère ophthalmique ou de la carotide interne, voir même par une thrombose du sinus caverneux; mais ce ne sont là que des fait exceptionnels. La seule critique, importante d'ailleurs à notre avis, que nous formulerons à propos de ce travail, c'est le parti pris dans lequel est tombé l'auteur, voulant à tout prix décrire, sous une même rubrique, sous une même étiquette clinique, des lésions aussi différentes qu'un anévrysme artério-veineux et une thrombose de sinus crânien! M. Terrier, dans son *Manuel de Pathologie externe*, avait tenté de réagir contre cette manière d'envisager les tumeurs pulsatiles de l'orbite; mais, malgré ses efforts et les avis de M. Poirier, dans le *Traité de Chirurgie* actuellement en cours de publication, on est encore retombé dans les mêmes errements. M. Lefort a eu cependant le mérite, dans cet article, d'éliminer les anévrysmes cirsoïdes, les angiomes et les cancers vasculaires de l'orbite. C'est un progrès. Un autre point intéressant à signaler est l'observation qui a servi de base à ce travail; elle est la démonstration de ce fait que la ligature de la carotide primitive dans ces cas est rarement suivie d'accidents cérébraux. M. Lefort a aussi prouvé que si l'exophtalmos est double, ou si, dans un cas de lésion unilatérale traitée par la ligature, il y a récurrence et que la compression de la

1. *Rev. de Chir.*, 1890.

2. *Arch. génér. de Méd.*, 1890.

carotide du côté opposé arrête les pulsations, le souffle, etc., on peut sans crainte faire la ligature de la seconde carotide.

Une observation de *lésion traumatique des centres visuels* (coup de feu), reconnue pendant la vie et confirmée *post mortem*, publiée par M. Ratimoff¹, mérite d'être signalée ici. Elle a toute la valeur d'une expérience de laboratoire, au point de vue de la localisation du centre visuel chez l'homme. Ce cas montre bien la relation du lobe occipital avec les centres visuels.

M. Péan, à propos d'un cas curieux², a montré que *l'ablation totale des os de la face* peut être faite avec succès ; elle est indiquée, entr'autres circonstances, dans les cas d'ostéofibromes, consécutifs à des hétérotopies dentaires, quand ces néoplasmes occupent simultanément les trois maxillaires ; en pareil cas, elle peut être suivie d'une guérison durable et la déformation et les troubles fonctionnels qu'elle occasionne peuvent être corrigés par la prothèse d'une façon très suffisante.

M. Guermonprez (de Lille) a tenté cette année la *prothèse des apophyses génii*³. Dans l'amputation du maxillaire inférieur, la langue, n'étant plus retenue par les apophyses génii, tombe en arrière et entrave la respiration. On doit donc essayer de les remplacer. C'est ce que M. Guermonprez a obtenu au moyen d'un gros fil d'argent, passant dans les deux portions conservées du maxillaire inférieur et portant en arrière un œillet qui forme un solide point d'insertion aux muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens ; ceux-ci y sont rattachés par du crin de Florence passé dans leurs portions aponévrotiques. La prothèse des apophyses génii est donc pratiquement réa-

1. *Rev. de Chir.*, 1890.

2. *Acad. de Méd.*, 14 janv. 1890.

3. *Acad. de Méd.*, 1890.

lisable et s'oppose aux accidents asphyxiques provenant de la chute de la langue en arrière. M. Verneuil s'était occupé de cette question il y a longtemps déjà.

M. le D^r de Larabrie a étudié les *tumeurs des glandules de la muqueuse buccale*¹. Ces tumeurs s'observent de 20 à 60 ans environ, chez les hommes comme chez les femmes. Elles siègent sur la voûte du palais ou à la face interne des joues. Leur volume est très variable (petit pois à œuf de poule). Elles sont généralement lobulées, mais la muqueuse passe intacte au-dessus d'elles et est sans adhérence avec elles. En général, il n'y a pas d'ulcération; mais ces tumeurs peuvent cependant se transformer en néoplasme malin. Nélaton fut le premier à les signaler sous le nom de simple hypertrophie glandulaire. Michon, Marjolin, Laugier, Velpeau, etc., en ont cité des exemples sous la dénomination d'adénome, contestée en 1856 par Richard. En 1872, on établit toutefois d'une façon certaine leur nature néoplasique (Després et Coyne, etc.). La thèse de Fonnegra montra qu'on avait bien affaire à des épithéliomes, ou mieux à une variété d'épithéliomes glandulaires. D'après M. de Larabrie, on trouve toujours dans ces tumeurs les tissus les plus divers, si bien qu'on doit les classer parmi les *tumeurs mixtes*. Si la trame est formée de plusieurs tissus, la tumeur doit prendre le nom d'épithéliome à trame mixte; si tel ou tel tissu prédomine, l'épithéliome sera dit épithéliome à trame fibreuse, sarcomateuse, chondromateuse, etc. Dans ces sortes de lésions, l'enkystement a été signalé et c'est là une condition favorable pour la probabilité d'une bénignité relative. Quant à l'épithélium lui-même, il peut être typique (forme cancéroïde) ou atypique (cancer des cliniciens, carcinome des histologistes). En général, ces tumeurs sont bénignes, mais elles

1. *Soc. de Chir.*, 13 janv. 1890.

peuvent récidiver. Il faut donc songer à la possibilité d'une transformation de l'adénome; ce qui montre qu'on doit intervenir de très bonne heure.

Les anciens internes des hôpitaux d'enfants à Paris, grâce au nombre considérable de trachéotomies qu'ils pratiquent, acquièrent, à cet exercice presque journalier, une dextérité qui étonne tous ceux qui n'ont pas, comme eux, une grande habitude de la palpation de la région du cou aux divers âges. Aussi mènent-ils à bien, avec rapidité et brio, sans le moindre appareil, sauf un bistouri et une canule, une trachéotomie chez un diphthérique. Les chirurgiens, qui n'ont pas fait un aussi long apprentissage de cette opération chez les enfants, vont moins vite et croient bon d'endormir au préalable les malades. Ont-ils tort? Probablement non. Sont-ils les seuls à avoir raison? C'est discutable. Mais ce qu'il y a de certain, comme l'ont dit jadis chez nous MM. Terrier, Broca et Hartmann, etc., comme l'a prouvé à nouveau récemment M. Geffrier¹, c'est qu'on peut parfaitement *donner du chloroforme aux enfants pour les trachéotomiser*, si l'on ne se croit pas capable de faire l'opération par le procédé ultra rapide — qui ressemble d'ailleurs un peu trop à un tour de passe-passe — en usage dans les hôpitaux de Paris. Les seules contre-indications à l'anesthésie seraient: d'une façon absolue l'asphyxie avancée, la prostration par intoxication diphthérique; d'une façon relative et par ordre décroissant, la cyanose accentuée, sans gêne de l'expiration; la cyanose légère, avec gêne de l'expiration. L'âge n'a pas d'importance: on peut chloroformer des enfants de 8 jours!

L'extirpation du larynx sans trachéotomie préalable, exécutée dès 1874 par Billroth, etc., n'a été faite que récemment que dans notre pays. M. Périer et M. Terrier en

1. *Rev. de Chir.*, 1880.

ont fait connaître un perfectionnement important l'année dernière ¹. Il consiste dans la *fixation de la trachée à la peau* à l'aide de sutures, après l'ablation du larynx. Le seul accident à craindre, ce n'est pas la broncho-pneumonie, qui ne survient pas plus souvent avec ce procédé qu'avec un autre, mais bien l'œdème de la muqueuse trachéale au niveau des points de suture. Mais une surveillance attentive permet d'y remédier, car il persiste peu. Cette manière de faire, imitée de la pratique d'un chirurgien étranger (Lunde), a le grand avantage d'empêcher l'infection de la partie supérieure de la vaste brèche cervicale, qui peut guérir par première intention, et d'éviter le port ultérieur d'une canule. Il est vrai qu'elle rend difficile l'application d'un larynx artificiel, au dire de M. Le Dentu : ce qui d'ailleurs n'est pas démontré du tout, car il suffirait de modifier dans ce sens la construction de l'appareil producteur de sons, si l'on voulait en faire porter un à l'opéré.

L'extirpation du larynx, sans trachéotomie préalable, n'a pas été faite souvent. Le *modus faciendi* de MM. Terrier et Périer semble le meilleur; il est simple et rapide. C'est la meilleure intervention à proposer dans les cas de cancer du larynx, même au début; car les extirpations partielles ne donnent que des résultats médiocres.

La *ténotomie à ciel ouvert* a repris sa place au soleil, grâce à l'antisepsie. Préconisée par von Volkmann en Allemagne, vantée par L. Championnière, Kirmisson en France, étudiée par un des élèves de ce dernier chirurgien, M. Dumotil ², cette opération tend à faire de plus en plus des adeptes ³. Toutefois certains opérateurs ne veulent pas encore, comme M. Kirmisson et M. L. Cham-

1. *Soc. de Chir.*, 1890.

2. Dumotil. — *De la ténotomie à ciel ouvert*, 1889.

3. Jalaguier. — *Soc. de Chir.*, 2 juillet 1890.

pionnière, effacer d'un seul trait de plume la ténotomie sous-cutanée des manuels de médecine opératoire (Jalaguier, Berger). En tout cas, il n'est pas discutable que la ténotomie à ciel ouvert est plus facile et qu'elle permet d'obtenir des résultats plus parfaits et d'éviter certains inconvénients, parfois ennuyeux (hémorragies ¹, etc.²). Aussi devra-t-elle être employée au moins dans les cas où l'on soupçonnera des brides fibreuses profondément situées, car de la sorte on peut les sectionner en toute garantie et d'une façon complète. Il semble même que la guérison opératoire soit plus prompte par ce nouveau procédé. Quant à nous, si nous avons un avis à émettre, nous n'hésiterions pas à nous ranger à celui de M. L. Championnière : en chirurgie, il faut voir ce que l'on fait, toutes les fois qu'on le peut.

La chirurgie du foie a occupé un grand nombre de séances à l'Académie de Médecine et à la Société de Chirurgie, grâce aux communications de MM. Terrier, Terrillon, Routier, etc. Il faut encore signaler, parmi les travaux de 1889, sur la *chirurgie des voies biliaires*, les thèses de deux élèves de M. Terrier, M. H. Delagenière (du Mans) ³ et M. Calot (de Berck) ⁴.

Le travail de notre excellent ami H. Delagenière a pour l'instant épuisé la question de la *cholécystentérostomie*, et l'on ne connaît depuis cette publication que 3 nouveaux cas⁵. Conçue par Nussbaum, pratiquée d'une fa-

1. De Saint-Germain. — *Hémorragie onze jours après la section du tendon d'Achille*; in *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1888, p. 505.

2. Voyez aussi Redard. — *Gaz. méd. de Paris*, n° 14, 1889.

3. Delagenière (du Mans). — *De la cholécystentérostomie*. Paris, 1890.

4. Calot. — *De la cholécystectomie*. Paris, 1891.

5. Tillaux (*Soc. Chir.*, 16 avril 1890); Monod; Blattmann (*Corr. f. schw. Aerzte*, 1890). — Voir aussi l'article récent de Blagovetschenski (N. A.). *Sur la cholécystentérostomie*; in *Soobsh, i protok. Saint-Peterb. med. Obsh.*, 1890, VIII, p. 101-112.

çon très imparfaite par von Winiwarter, expérimentée chez les animaux par Harley, Gaston (d'Atlanta), Colzi, cette opération a été exécutée d'une façon réglée chez l'homme par Monastyrki, Kappeler, Terrier, Bardenheuer, M. Robson, etc. Elle consiste, on le sait, en l'abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle.

Ses indications seraient très étendues, au dire de Delagenière qui les énumère ainsi :

1° Tous les cas d'occlusion complète ou incomplète du canal cholédoque ayant amené une dilatation de la vésicule ou de la rétention biliaire ; 2° Tous les cas d'hydroisie de la vésicule dus à l'occlusion du canal cystique, qu'on ait ou non reconnu la cause, car alors ce n'est plus une fistule biliaire externe qui est à craindre, mais une fistule donnant un écoulement muco-purulent ; 3° Tous les cas de lithiasse biliaire à calculs multiples, ou à calcul unique enclavé définitivement dans le canal cystique ou dans le cholédoque, à la condition toutefois que les parois de la vésicule ne soient pas trop altérée. Que les médecins y songent, car eux seuls peuvent adresser aux chirurgiens les malades qui ressortissent de cette dernière indication. Nous sommes convaincu, en effet, que bientôt, enhardis par les succès actuels, les médecins n'hésiteront plus à recourir aux ressources chirurgicales modernes pour parer aux si graves accidents de la lithiasse hépatique, consécutifs à l'engagement de calculs dans les voies d'excrétion de la bile.

M. Delagenière restreint peut être trop les indications de la cholécystectomie ou de la cholécystotomie (Terrier), en étendant ainsi le domaine de la cholécystentérostomie ; mais il est bien certain que c'est l'opération de choix toutes les fois qu'il s'agit d'une obstruction du canal cholédoque, avec ou sans persistance même du canal cystique.

Voici maintenant quelques mots sur le manuel opératoire

toire à suivre. L'incision de la paroi abdominale, d'une façon générale, devra être assez longue pour admettre l'introduction de la main. Cette longueur de l'incision n'a pas d'importance. Quatre incisions ont été pratiquées : sur le bord interne du muscle droit ; parallèlement au rebord des fausses côtes ; sur la tumeur ; enfin, sur la ligne médiane. Cette dernière doit être préférée, parce que c'est l'incision exploratrice par excellence ; parce que la cicatrice médiane est la meilleure ; enfin, parce que les rapports du duodénum avec la ligne médiane sont très intimes et parce qu'on est plus à l'aise pour opérer.

Quelle anse intestinale choisira-t-on pour faire l'anastomose ? Il faut rejeter le colon, prendre de préférence le duodénum, et, dans le cas d'impossibilité matérielle, chercher l'anse d'intestin grêle la plus rapprochée de la vésicule biliaire. D'ailleurs le duodénum est la portion de l'intestin qui reçoit normalement la bile, et qui est la moins riche en microbes. L'anastomose de la vésicule avec l'intestin se fera toujours en un temps. Deux méthodes se trouvent en somme en présence : celle de M. Terrier et celle décrite par M. Delagenière, sous le nom de procédé des *deux boutonnières*. Celle de M. Terrier consiste à placer circulairement une rangée de points de Lembert, à ouvrir successivement avec un bistouri pointu les deux organes, et à introduire dans ces deux ouvertures un bout de drain en caoutchouc qui se trouve enfermé lorsque tous les points sont fermés. Le procédé des deux boutonnières consiste à pratiquer, dans le fond de la vésicule et sur le duodénum, deux boutonnières pouvant admettre l'extrémité du doigt. Les lèvres de ces boutonnières sont rapprochées, puis suturées au moyen de deux rangs de sutures, l'un de sutures séreuses, l'autre de sutures muqueuses. Ce dernier procédé paraît d'une exécution plus sûre et plus facile, à

condition toutefois d'opérer sur un champ de compresses aseptiques, isolant les parties à ouvrir du reste de la cavité péritonéale ¹; car le seul accident à craindre est la septicémie par écoulement de liquide septique ou de matières intestinales dans l'abdomen.

Les résultats anatomiques de cette ingénieuse opération, d'après les expériences faites sur des chiens et d'après deux autopsies publiées, sont les suivants. La vésicule, dès que la fistule est établie, revient sur elle-même et se transforme en une sorte de canal qui continue le canal cystique. L'orifice intestinal de ce nouveau canal se rétrécit progressivement jusqu'à ce qu'il ait atteint un volume égal à celui du canal cystique; en outre, la pression des voies biliaires étant supérieure à celle de l'intestin, la bile coule constamment de la vésicule dans l'intestin; la muqueuse intestinale qui borde la fistule se plisse d'abord, puis forme de véritables valvules empêchant tout reflux dans les voies biliaires. On arrive donc ainsi à créer de toutes pièces une deuxième voie d'excétion de la bile, c'est-à-dire un canal cholédoque supplémentaire. Cette opération a donné dernièrement de beaux résultats; on est donc absolument autorisé à la pratiquer, malgré les quelques échecs observés, dès que ses indications sont nettement posées.

La cholécystectomie, pour être de date plus ancienne, ne s'est pas plus vite acclimatée en France. La thèse de notre ami Calot ² résume la plus grande partie des documents se rapportant à cette très intéressante question.

M. Moly a étudié les *contusions de l'abdomen par coup de pied de cheval* ³, accidents fréquents dans l'armée,

1. Inutile de dire que le malade doit être très profondément endormi, et cela pendant toute la durée de l'intervention.

2. *De la cholécystectomie*, 1891.

3. *Rev. de Chir.*, nov. 1890, p. 878.

mettant le chirurgien dans l'alternative d'une intervention qui peut paraître inutile ou d'une abstention fatale. De son long travail M. Moty a tiré les conclusions suivantes dont certaines ne seront pas acceptées par les chirurgiens aseptiques. Des premières, nous ne dirons rien : Il est, en effet, admis par tout le monde que les coups de pied de cheval dans l'abdomen produisent parfois des lésions graves de l'intestin (M. Moty a montré que cela avait lieu dans le 1/3 des cas) et que ces lésions sont des perforations intestinales produites par trois mécanismes différents : éclatement, écrasement, déchirure. Mais ce qui suit est plus discutable. D'après cet auteur en effet, le diagnostic de perforation pourrait être souvent porté en se basant sur les douleurs vives et immédiates résultant de l'absorption de liquides ; nous sommes loin d'être de son avis et nous nous serions bien gardé d'être aussi catégorique. On est exposé à se tromper souvent, quand on ne peut tenir compte que du phénomène douleur. Pour M. Moty, il ne serait pas permis de faire une laparotomie exploratrice pour obtenir un diagnostic, et, comme pour les plaies de l'abdomen, on devrait se borner au traitement médical en cas de doute. Nous ne pouvons souscrire à cette manière de voir. L'année dernière, discutant le meilleur mode de traitement des plaies de l'abdomen par armes à feu, nous avons montré qu'il fallait intervenir dans tous les cas où l'on soupçonnait que l'intestin pouvait avoir été lésé ; pour les contusions abdominales, nous croyons qu'il faut faire de même, si le coup a été assez violent, assez puissant pour pouvoir produire une déchirure intestinale. Certes, en se conduisant ainsi, on s'expose à faire un certain nombre de laparotomies purement exploratrices ; mais où est le mal ? Ne sait-on pas que chez un sujet non cachectique, non infecté, c'est une opération qui ne donne pas de mortalité à proprement parler. Par contre, dans les cas où il y a perfora-

tion, en intervenant immédiatement, on met de son côté toutes les chances de salut. Nous sommes d'accord avec M. Moty quand il dit d'opérer malgré l'invasion de la péritonite, pourvu que celle-ci ne soit pas trop avancée et que l'abdomen ne soit pas trop distendu. Dans ces cas en effet, intervenir, c'est aller presque sûrement au devant d'un échec, car la laparotomie semble impuissante à combattre une infection déjà généralisée. Il est bien certain que si, au cours de l'ouverture du ventre, on trouve des perforations, le seul traitement est la suture de l'intestin. Dans les cas où l'on n'intervient pas, le pronostic doit être réservé pendant un mois au moins, au point de vue des complications ultérieures qui peuvent se présenter. — Il est regrettable, somme toute, de constater que la cause des interventionnistes dans les traumatismes abdominaux n'a pas beaucoup progressé chez nous depuis l'année dernière, malgré la récente présentation de M. A. Broca à la Société de Chirurgie¹ (coup de couteau dans l'abdomen; laparotomie exploratrice dans le service de M. Terrier à l'Hôpital Bichat; guérison).

Depuis quelques années, la pathologie de la fosse iliaque droite s'est profondément modifiée: une étude plus approfondie de l'*inflammation de l'appendice cæcal* et des lésions qui en résultent si fréquemment y a surtout contribué. Ceux que l'historique de cette question intéresse n'ont qu'à consulter la thèse de Maurin², les nombreux articles et revues parus ces temps-ci dans les journaux de médecine français et étrangers³ et la récente discus-

1. *Soc. de Chir.*, 1891.

2. Maurin. — *Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire*, 1890.

3. *Progrès médical* (Raoult), 1889-1890; — *Médecine moderne* (Talamon, Jégu); *Arch. gén. de Méd.* (Tuffier et Hallion); *Gaz. hebdomadaire* (Dreyfus-Brissac); *Gaz. des Hôpitaux* (Ricard); *Revue de Chirurgie* (Reclus), 1890.

sion qui a eu lieu sur ce point à la Société de Chirurgie¹.

Jusque vers 1888, on a fait jouer le plus grand rôle au cœcum et à ses maladies, quand il s'agissait d'expliquer la pathogénie d'une lésion survenant dans la fosse iliaque droite, — tout ce qui regarde le rein étant bien entendu laissé ici de côté à dessein. Mais, vers cette époque, on reconnut que l'organe dangereux était en réalité l'appendice iléo-cœcal ; et, cette année-là, le mot : *appendicite* est entré dans le langage scientifique. Cette appendicite est en train aujourd'hui — et à bon droit — de détrôner, comme tête de chapitre, la typhlite, la pérityphlite, la péritonite péricœcale. Il est intéressant, pensons-nous, d'indiquer comment en deux années on a pu réaliser un aussi notable progrès nosographique.

Ce sont d'abord quelques recherches anatomiques qui attirèrent l'attention des chirurgiens. Bardeleben, Kraus, Henle, surtout Trèves, puis Tuffier, Méricot de Treigny, etc., ayant démontré que le cœcum et son appendice étaient complètement entourés par la séreuse péritonéale, partant presque libres et flottants dans l'abdomen, il fallut concevoir autrement la pathogénie des phlegmons iliaques d'origine cœcale.

Mais, sur ces entrefaites, des chirurgiens américains firent connaître les résultats de leurs radicales interventions dans les lésions jusqu'ici connues sous les noms de pérityphlite, etc. Opérant de bonne heure, ils avaient pu constater *de visu* que l'appendice était le seul organe lésé au début des accidents et que toutes les autres lésions observées n'étaient que secondaires. Les travaux français récents sont venus démontrer la réalité des faits signalés par les hardis laparatomistes d'outre-mer.

Et dès aujourd'hui on doit admettre comme démontré que la typhlite primitive est une lésion extrêmement

1. *Soc. de Chir.*, juillet et octobre 1890 (Reclus, Berger, Richelot, Terrier).

rare, si elle existe ; que la typhlo-appendicite l'est presque autant ; mais que l'appendicite est au contraire une lésion extrêmement fréquente. Etant donné d'autre part que l'appendice flotte librement dans l'abdomen et descend parfois, surtout chez la femme (Richelot, Terrier), dans le petit bassin, il en résulte que son inflammation se propage bien plus facilement au péritoine voisin ou aux annexes utérines qu'au tissu cellulaire. Cela explique désormais la fréquence de la péritonite d'origine appendiculaire et la rareté du phlegmon vrai de la fosse iliaque d'origine cœcale.

Cette péritonite secondaire peut présenter deux formes : dans un cas, il n'y a qu'une inflammation lente qui se termine par un ou plusieurs abcès enkystés du péritoine ; dans l'autre, en raison de l'intensité des phénomènes, il y a perforation de l'appendice par gangrène ou ulcération, irruption de matières fortement septiques (*Bacillus coli communis*) dans l'abdomen et apparition d'une péritonite suraiguë, généralisée. Ces perforations, qui empiètent parfois sur le cœcum et qui atteignent rarement de grandes dimensions, sont souvent la conséquence de l'introduction de corps étrangers (noyaux de cerises, grains de raisins, etc.) dans l'appendice.

Au point de vue clinique, on a classé ainsi les différentes formes de lésions présentées par l'appendice : 1° La colique appendiculaire ; 2° L'appendicite simple ; 3° L'appendicite subaiguë, accompagnée de péritonite péri-appendiculaire ; 4° L'appendicite aiguë perforante. La forme dite colique appendiculaire est bénigne ; c'est la forme vraiment médicale de l'affection ; les autres relèvent toutes du chirurgien. Elle est caractérisée par une *douleur* fixe dans la fosse iliaque droite, que la pression à 2 ou 3 travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure exagère notablement, et qui survient *brusquement* ; elle s'irradie, présente des paroxysmes,

s'accompagne parfois de vomissements, d'état syncopal, et dure de 2 heures à 2 jours environ. L'appendicite sub-aiguë n'est que l'exaspération de l'appendicite simple : il y a dans ces cas réaction notable du côté du péritoine. Les douleurs sont moins localisées; la fosse iliaque est empâtée; on trouve à la palpation une petite tumeur mobile, grosse comme une amande, formée par l'appendice tuméfié et les adhérences qui résultent de la poussée de péritonite péri-appendiculaire. Si ces adhérences sont solides, lors de la perforation, il ne se produit qu'un abcès iliaque, ou plutôt une collection purulente enkystée dans le péritoine voisin. Si elles ne le sont pas suffisamment, il y a péritonite généralisée, diffuse (symptomatologie de la péritonite par perforation typique). C'est là l'appendicite aiguë perforante.

Un grand nombre d'appendicites peuvent guérir sans intervention chirurgicale, cela n'est pas douteux. Mais, comme on ne peut jamais affirmer que cette lésion ne se terminera pas par une perforation, par une péritonite suraiguë, on comprendra la hardiesse des chirurgiens, qui veulent qu'on intervienne activement dans la très grande majorité des cas. Et tant qu'on n'en sera pas arrivé là, certainement on aura des décès qu'on aurait pu éviter, si l'on était intervenu de bonne heure. Aujourd'hui pourtant, en France au moins, on n'opère qu'en présence de symptômes graves. C'est ce qui explique pourquoi nos statistiques opératoires sont inférieures à celles de l'étranger.

On considère encore trop comme d'ordre absolument médical --- c'est du moins notre opinion pour ce qui se passe à Paris --- l'appendicite et la péri-appendicite. Aussi voit-on intervenir assez rarement pour ces lésions qui sont fréquentes. Pourtant, sans aller chez nous aussi loin que les chirurgiens le font en Amérique, on tend de plus en plus à agir dès que la phase de colique appendicu-

laire simple a été franchie, et l'on a bien raison. Ce qui eût été téméraire jadis ne l'est plus aujourd'hui et il n'est pas besoin d'être grand maître en chirurgie abdominale — pourvu que l'on soit ferré sur les principes de l'asepsie rigoureuse — pour mener à bien une laparotomie médiane, ayant pour objectif l'extirpation de l'appendice iléo-cœcal, entouré de fausses membranes et adhérent soit aux annexes utérines, soit à des anses d'intestin grêle.

Il faut intervenir dès qu'il y a *empâtement douloureux* dans la fosse iliaque. Si on ne le fait pas, à notre avis, on manque actuellement à tous ses devoirs de chirurgien. Comme le dit si bien notre maître Richelot, il ne faut plus, à tout prix, revoir ces cas lamentables, si fréquents jadis, dans les services de médecine, où la fosse iliaque, couverte de pointes de feu ou de vésicatoires, n'était qu'une éponge imprégnée de jus.

Un point qui reste à discuter, c'est le mode d'intervention. Les uns sont pour l'incision latérale; les autres pour la laparotomie médiane. Quand on a affaire à une vaste suppuration la laparotomie latérale est suffisante, même si l'on veut réséquer l'appendice. S'il n'y a qu'un empâtement limité, péri-appendiculaire, avec ou sans petit abcès au voisinage, l'incision médiane nous paraît présenter, comme à M. Terrier, de très grands avantages, quoi qu'on ait dit. On résèque alors avec facilité l'appendice, qu'on a trouvé sans peine au milieu des fausses membranes.

Les *rétrécissements de la valvule iléo-cœcale* sont très rares. On n'en connaît que huit cas, qui peuvent se diviser en deux grandes catégories : ceux d'origine inflammatoire et ceux d'origine néoplasique. Pour les traiter, M. Péan¹ a imaginé un procédé qui consiste à créer,

1. *Académie de Médecine*, 30 déc. 1890.

sans enlever une portion du tube intestinal, une dilatation à l'endroit même où existe le rétrécissement. En incisant l'abdomen au-dessus de l'arcade de Fallope on arrive facilement sur la valvule iléo-cœcale. Les deux portions voisines du cœcum et de l'iléon étant liées, on incise la paroi de l'intestin de chaque côté de la valvule sur une hauteur de huit centimètres. La valvule mise à nu, on résèque les bourgeons et la muqueuse, au ras de la musculieuse. Puis on rapproche les extrémités de la plaie intestinale de façon que l'iléale et la cœcale se touchent et s'adossent, puis on suture les lèvres opposées de la plaie intestinale. La suture se fait en deux étages au moyen d'anses très rapprochées. Enfin les liens intestinaux sont retirés. La plaie abdominale est ensuite fermée comme à l'ordinaire. Deux malades ont été opérés de cette façon et les suites ont été très heureuses. Les avantages de ce procédé sont : 1° Il convient aussi bien aux rétrécissements inflammatoires de l'intestin grêle qu'à ceux du cœcum et de la valvule iléo-cœcale. 2° Il n'offre aucun des inconvénients de l'anus contre nature. 3° Il est d'une exécution facile, puisque le chirurgien opère sur une partie superficielle. 4° Il exige un nombre d'anses de suture moindre que la résection, ce qui abrège la durée de l'opération et diminue les chances de perforation, de fistule stercorale, d'anus contre nature et de péritonite septique. 5° Il ne laisse pas à sa suite, comme la résection, un rétrécissement circulaire. 6° Enfin, point capital, il établit, à la place même du rétrécissement, une dilatation ampullaire assez vaste pour que les matières fécales y puissent circuler avec la plus grande facilité.

M. Jonnesco a décrit, cette année, dans un beau volume ¹, quatre variétés de *hernies internes*, ayant tous

1. T. Jonnesco. — *Hernies internes rétro-péritonéales, ou hernies formées dans les fossettes normales du péritoine : Hernies duodéna-*

les caractères primordiaux suivants : 1° Elles sont munies d'un véritable sac péritonéal ; 2° Elles siègent dans la cavité abdominale ; 3° Elles se développent dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal ; 4° Elles sont formées dans une fossette péritonéale préexistante, normale. Et les *Hernies rétropéritonéales*, qui remplissent ces conditions, sont : I. La *Hernie à travers l'hiatus de Winslow*, siégeant dans l'arrière-cavité des épiploons. II. Les *Hernies duodénales*, développées dans les fossettes de la région duodénale. III. Les *Hernies péri-cæcales*, développées dans les fossettes péri-cæcales. IV. La *Hernie intersigmoïde*, développée dans la fossette du même nom.

L'*anus iliaque*, cette dégoûtante infirmité, trouve encore des défenseurs acharnés, défenseurs qui ont parfois le tort de prôner cette opération, alors même qu'une autre est possible. Ceux-là ont essayé récemment (Verneuil, Jeannel, Reclus) un nouveau procédé de colotomie en deux temps dit *méthode* de *Maydl*. Cette manière de faire consiste essentiellement à fixer d'abord l'intestin dans la plaie iliaque (premier temps) et à ne l'ouvrir que le surlendemain ou 24 heures après (2° temps), de façon à attendre le développement des adhérences intestino-pariétales. M. Reclus¹ a beaucoup simplifié cette méthode de Maydl ; il ouvre bien plus rapidement que ce chirurgien. Ce procédé, qui semble plus spécialement réservé aux cas d'occlusion chronique, aurait l'avantage, au dire de Maydl, d'écarter toutes les chances d'inoculation péritonéale par les matières fécales ; cet argument ne nous a pas convaincu, car on peut parfaitement faire un anus contre nature, en un seul temps, de telle sorte qu'il ne puisse pas y avoir d'inoculation péritonéale. Il suffit

les Hernies péri-cæcales. Hernie intersigmoïde. Hernie à travers l'hiatus de Winslow. Avec 74 figures dans le texte. Paris, G. Steinheil, 1890, 304 pages.

1. *Soc. de Chir.*, 5 février 1890.

de fixer l'intestin à la paroi de la façon dont M. Terrier fixe l'estomac à l'épigastre dans la gastrostomie. D'autre part, n'est-il pas fort désagréable d'avoir à faire par ce procédé deux opérations au lieu d'une ? Enfin ne semble-t-il pas illogique d'agir ainsi : laisser l'intestin fermé pendant un ou deux jours, quand on intervient dans l'unique but de l'ouvrir !

M. Marchand ¹ a décrit récemment un nouveau procédé de *Rectopexie postérieure*, applicable au traitement de certaines formes de prolapsus rectal. Le rectum, étant découvert en arrière, M. Marchand fait sur sa face postérieure une petite opération préliminaire à la rectopexie, consistant en une série de *plicatures transversales*, superposées, destinées à raccourcir la longueur du conduit. Ces plicatures sont exécutées en faisant à travers les tuniques rectales, sauf la muqueuse, de chaque côté, une série de nœuds au catgut, avec des fils disposés verticalement. Lange (de New-York) avait d'ailleurs opéré déjà d'une façon analogue : mais il avait rétréci le rectum dans l'autre sens. Ceci fait, M. Marchand fixe la partie inférieure du rectum, à l'aide d'une anse de fil, à la face antérieure du coccyx, préalablement dénudé. On entrecroise les chefs de cette anse sur la ligne médiane. Pour le reste de l'opération, on suit pas à pas le procédé de M. Verneuil.

D'après M. Berger, c'est là un perfectionnement important de la rectopexie postérieure. D'ailleurs, on pourrait le réaliser à l'aide d'une suture en surjet suivant 2 lignes verticales postérieures. Il est aussi très bon de fixer le rectum au coccyx ; cela vaut mieux certainement que la simple fixation cutanée.

En ce qui concerne la pathologie du membre supérieur, nous devons citer en première ligne un très im-

1. *Soc. de Chir.*, 31 décembre 1890.

portant travail de M. le D^r Hennequin¹ sur les *luxations récentes de l'épaule*. D'après cet habile praticien, la luxation intergléno-coracoïdienne (luxation incomplète en dedans ou extra-coracoïdienne) existe souvent sans déchirure capsulaire² et les luxations complètes en dedans ne peuvent se produire sans une rupture plus ou moins étendue des faisceaux de renforcement. Dans les sous-coracoïdiennes, le ligament coraco-huméral est conservé presque en totalité. Le ligament coraco-huméral tendu sert de point d'appui à l'humérus transformé en levier du premier genre, dans le mouvement d'adduction. Il force la tête à se rapprocher du rebord glénoïdien antérieur et convertit la sous-coracoïdienne pure ou postérieure, en antérieure. Par suite le procédé de Kocher n'est pas applicable lorsque ce ligament est rompu, à moins de le remplacer par une serviette mise dans l'aisselle et confiée à un aide qui exercera une traction en dehors. C'est, au dire de Farabœuf, la partie postéro-interne de la capsule qui, d'abord par son enroulement autour de l'humérus, dans le mouvement de rotation externe du bras (2^e temps du Kocher), puis par sa tension exagérée due au mouvement d'élévation du membre en adduction antérieure (3^e temps), constitue le plus puissant agent de réduction. Cliniquement, il n'y a pas de distinction possible entre les intra-coracoïdiennes de Malgaigne et les sous-scapulaires peu avancées. Les muscles jouent certainement un rôle dans les divers procédés de réduction, mais on ignore encore quel il est. Le procédé de Kocher est le plus sûr et le plus commode pour les sous-coracoïdiennes récentes. Le diagnostic des luxations avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus doit être précoce, car, après 10 jours, il faut enlever la tête humérale. La frac-

1. *Revue de Chirurgie*, 1890.

2. Hartmann et Broca (*Soc. an.*, 1890), Nélaton (*Traité de Chir.*, t. III) ont montré qu'il en était ainsi dans tous les cas.

ture siège habituellement sur le col chirurgical. Après la réduction, il ne faut immobiliser que pendant 8 à 15 jours. Le massage et les mouvements passifs doivent être commencés en général au bout de peu de jours après la réduction.

Un nouveau procédé de *désarticulation de l'épaule*¹ est dû à M. Felizet, qui l'a employé 4 fois depuis 1884. Dans ce procédé, la cicatrice est très bien placée et on a un bon moignon. On opère ainsi : Écartement du bras malade. Incision dans le creux de l'aisselle comme pour la ligature de l'axillaire. Ligature double de cette artère et section du vaisseau entre deux fils, au-dessous de la naissance des circonflexes. Dessin de la raquette à la base du bras ; elle a la forme en anneau passant au niveau de la partie la plus inférieure des insertions du deltoïde. Dissection de la valve, de bas en haut, en rasant le squelette, valve qui constitue le moignon de l'épaule. Section de la capsule le plus bas possible. Désarticulation. Suture ; drain à la partie inférieure, à la queue de la raquette. En somme, il s'agit d'une *raquette à manche interne* et dont la queue est dans l'aisselle. Ce procédé a donné à son auteur d'excellents résultats. Le procédé classique, quand la plaie ne suppure pas, malgré l'existence d'une cicatrice verticale ; vaut peut être autant que le procédé de M. Felizet, car le moignon peut très bien supporter un appareil prothétique ; mais il l'emporte sûrement par sa plus grande facilité d'exécution (Quénu). Il n'est pas facile, en effet, de décalotter l'épaulette musculo-cutanée de M. Felizet ; quoi qu'il en soit, ce chirurgien a opéré ainsi 2 fois pour des ostéo-arthrites de l'épaule et 2 fois pour des traumatismes du bras. M. Quénu a en outre fait remarquer que, lors de désarticulation pour tumeurs blanches de l'épaule, on a souvent besoin d'agir sur la

1. Rapport de M. Segond à la *Société de Chirurgie*, 10 décembre 1890.

cavité glénoïde. Or, le procédé de M. Felizet ne permet qu'avec peine une intervention ainsi conduite. Nous nous rangeons pleinement à son avis.

Les *ostéomes des muscles de la cuisse* paraissent être la conséquence, dans tous les cas, de traumatismes musculaires. Ils surviennent d'habitude dans le jeune âge, à la période où l'ossification n'est pas encore arrêtée ; mais il faut une certaine prédisposition spéciale, inconnue d'ailleurs. M. Schmitt ¹ range ces ostéomes en quatre catégories ; ostéomes non douloureux ; ostéomes non douloureux, mais empêchant le travail ; ostéomes douloureux avec travail possible ; ostéomes douloureux avec travail impossible. Il conseille l'intervention dans les trois derniers cas ; l'opération ne présente aucun danger, assure une cure radicale et les fonctions se rétablissent la plupart du temps. On connaît une vingtaine d'observations de ce genre ².

En ce qui concerne la *pathogénie des kystes de la région poplitée*, M. Poirier ³ est arrivé à des conclusions diamétralement opposées aux idées universellement admises. Dans tous les traités de pathologie, les kystes du creux poplité sont divisés en deux classes : 1^o kystes nés aux dépens des bourses séreuses de la région ; 2^o kystes nés de la synoviale articulaire ; et tous les auteurs ajoutent que les premiers sont infiniment plus fréquents que les seconds. Les travaux de M. Poirier l'ont conduit à des conclusions contraires qu'on peut résumer ainsi : *les kystes poplités, même ceux qui siègent dans certaines bourses séreuses de la région, sont en très grande majorité d'origine articulaire.*

Tous les points de la séreuse articulaire du genou

1. Soc. de Chir., 12 mars 1890.

2. Voir aussi Rev. de Chir., 1890.

3. Com. au Congrès int. de méd. de Berlin ; in Progr. méd., 25 oct. 1890.

peuvent être le point de départ de ces productions kystiques ; cependant, il est des lieux d'élection. Aussi peut-on reconnaître dans les kystes poplités un certain nombre de *variétés*, quatre généralement. La première variété est la variété ordinaire, que connaissent bien les chirurgiens et les anatomistes. Le kyste occupe la bourse séreuse interposée entre le jumeau interne et le demi-membraneux. Les kystes qui se font aux dépens du prolongement poplité de la synoviale du genou et qui envahissent la bourse séreuse du muscle poplité constituent ceux de la 2^e variété ; ces formations kystiques se manifestent au bout d'un certain temps par une tuméfaction profonde dans la partie supérieure du mollet.

D'autres kystes poplités, encore assez fréquents, peuvent apparaître dans la moitié supérieure de la région, au voisinage d'un condyle. Ces kystes, dont l'origine articulaire est aussi très facile à démontrer, se développent aux dépens des organes séreux¹ situés au niveau de l'insertion des muscles jumeaux (3^e variété). Sur tout le pourtour de l'articulation du genou, sur les côtés aussi bien qu'en avant et en arrière, on rencontre assez souvent des productions kystiques tout à fait analogues à celles qui sont décrites au poignet sous le nom de ganglions ; des cas nombreux en ont été rapportés par un grand nombre d'auteurs (4^e variété). Leur pathogénie est aisément explicable. Le plus ordinairement, ces masses kystiques, de volume très variable, doivent être rapportées au développement de ces cryptes ou follicules sous-synoviaux que les frères Weber et Gosselin surtout ont bien décrit.

1. Ces organes séreux sont peu connus, bien que Gruber ait attiré l'attention sur eux dès 1853. Leur connaissance est cependant absolument indispensable pour l'intelligence des productions pathologiques dont ils sont le point de départ.

D'après M. Vallas ¹, la *résection tibio-tarsienne par ablation préalable de l'astragale* est l'opération de choix pour les ostéoarthrites tuberculeuses du cou de pied. Elle doit être préférée à l'amputation du pied chez tous les sujets dont l'âge n'est pas trop avancé, dont les organes internes sont sains et l'état général satisfaisant. Elle permet de conserver au malade un pied dont la forme est très peu altérée et qui est capable de récupérer son intégrité fonctionnelle. Le traitement post-opératoire est très important et doit être surveillé avec soin au double point de vue orthopédique et fonctionnel.

M. Audry, qui a étudié avec grand soin les *tuberculoses du pied* ², reconnaît au point de vue anatomo-pathologique, 5 types de lésions : 1° Tuberculose du tarse postérieur, l'ancienne tumeur blanche du cou de pied, d'origine synoviale et tibio-péronière ordinairement, rarement astragaliennne ou calcanéenne ; c'est l'*arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne*, gagnant rarement l'articulation sous-astragaliennne. 2° Lésions associées du calcanéum et de l'astragale, avec *arthrite sous-astragaliennne*, mais sans invasion ordinairement de l'articulation de Chopart. 3° *tuberculose centrale*, juxta ou intra-épiphysaire, du calcanéum. 4° *Tuberculose antéro-tarsienne*, entre le Chopart et le Lisfranc : cunéiforme, scaphoïde, cuboïde. 5° *Tuberculose des métatarsiens* et des phalanges, dont la subdivision, correspondant au 1^{er} métatarsien, occupe le premier plan.

Marcel BAUDOUIN.

1. *Rev. de Chir.*, 1890.

2. *Rev. de Chir.*, 1890, et thèse de Lyon, 1890.

MALADIES CHIRURGICALES DE L'ENFANCE

Unger. Traitement du spina-ventosa. — II. Gampert : Nouvelle indication du tubage du larynx. — III. Broussole : Les brides congénitales. — IV. Séjournet : Hydrocèle des nouveau-nés. — V. Sayre : Hyperextension congénitale du genou. — VI. Demme : Suppuration du thymus. — VII. Muller : Néphrite dans l'impetigo contagieux. — VIII. Grey Stakkars : Obstruction rectale chez l'enfant. — IX. Aldibert : Calcul vésical. — X. Reamy : Taille vaginale chez un enfant de six ans. — XI. Couder : Pathogénie de certains abcès multiples chez les nourrissons.

I. Traitement du spina-ventosa. — Unger étudie les principaux moyens de traitement du spina-ventosa, ostéomyélite tuberculeuse des phalanges. Les tentatives d'antisepsie du foyer par des injections d'acide phénique, d'iode, de glycérine iodoformée ; la compression et l'immobilisation par les bandelettes emplastiques ne lui ont donné que des résultats médiocres. En dehors des indications tirées de l'état général, le traitement visera donc d'emblée à la suppression du foyer tuberculeux. Cette suppression pourra être obtenue avec des sacrifices d'autant moindres et un résultat, tant fonctionnel qu'esthétique, d'autant plus satisfaisant, que l'intervention sera plus précoce.

Tant que les lésions sont limitées à la diaphyse des phalanges ou des métacarpiens, l'évidement suffit comme opération. On se rappellera que le foyer occupe le centre de l'os et que la couche corticale est souvent tout à fait saine d'apparence. Il faut alors enlever au ciseau et au maillet un large copeau osseux pour arriver sur les fongosités, qui sont d'ordinaire facilement enlevées à la curette tranchante. Le foyer osseux, les trajets fistuleux grattés sont largement badigeonnés à la teinture d'iode. Toutes les fois que l'opération n'a pas été très précoce,

et qu'il existait de la suppuration et des fistules, Unger préfère ne pas suturer l'incision faite. Il tamponne la plaie à la gaze iodoformée et répète tous les deux jours en changeant la gaze, le badigeonnage iodé. Quand il n'existe ni suppuration, ni fistule, on peut tenter la réunion par première intention. Il est bon de faire des suturez très profondes rapprochant les lambeaux de périoste. Le pansement doit toujours bien immobiliser la partie malade et exercer une légère compression.

Lorsque les épiphyses se trouvent atteintes en même temps que la diaphyse, Unger, contrairement à l'avis ordinaire, conseille la résection totale de l'os. Sur les phalanges la réparation par le périoste ne reproduit que très incomplètement et très rarement l'os enlevé. Sur les métacarpiens et les métatarsiens, la réparation est au contraire suffisante pour assurer les fonctions du membre. Après la résection, les badigeonnages iodés seront extrêmement utiles.

Enfin, dans les lésions extrêmes, quand on ne peut espérer le rétablissement des fonctions, que l'état général est menacé, l'amputation s'impose. On hésitera moins à pratiquer l'amputation au pied qu'à la main; un doigt même déformé et raccourci reste souvent fort utile.

La statistique de Unger porte sur 54 enfants suivis pendant plus d'un an après l'opération; 38 furent opérés par l'évidement, 28 eurent une guérison définitive, 10 offrirent des récidives locales. Mais sur ces 10 récidives l'opération avait été faite 8 fois tardivement, alors qu'il existait des fistules et des lésions étendues des parties molles. 8 ont été opérés par la résection, sans qu'aucun ait eu de récidive. 5 résections des métacarpiens ou métatarsiens ont donné 5 restaurations osseuses dont 3 parfaites; 3 résections des phalanges n'ont donné qu'une seule restauration. Mais dans les deux cas de non restauration osseuse, la phalange restée flottante conservait quelques

mouvements. Au point de vue de l'état général, 40 enfants ne présentaient aucune lésion tuberculeuse, un an après l'opération, 7 n'avaient que des lésions (otites, ozène, impetigo, adénopathie) laissant encore quelque espace, 7 avaient succombé à des tuberculoses viscérales ¹

II. Nouvelle indication du tubage du larynx ². — Gampert a essayé le tubage du larynx pour remédier à la difficulté qu'on éprouve souvent à enlever définitivement la canule chez les opérés de trachéotomie. La cause qui s'oppose à cette ablation, peut être soit un obstacle réel, rétrécissement laryngo-trachéal, polype, diphtérie prolongée, soit un simple spasme laryngien. Dans ce dernier cas, le tubage est particulièrement indiqué. Chez deux enfants, l'un trachéotomisé depuis 40 jours, l'autre depuis deux mois, le tubage maintenu 31 heures chez le premier, 29 heures chez le second permit l'ablation définitive qui avait été auparavant vainement essayée à plusieurs reprises. Toutefois, chez un autre enfant opéré depuis deux ans, le tubage ne put être toléré et l'on dut, devant les menaces d'asphyxie, remettre la canule.

III. Les brides congénitales ³. — Broussolle sépare les brides congénitales de l'affection décrite sous le nom d'ainhum. Il fait remarquer que ces brides coïncident souvent avec d'autres vices de développement (pied bot, perforation palatine), ce qui serait en faveur d'une origine par altération du système nerveux trophique. Le tableau suivant résume bien les différences entre les deux affections.

1. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1890, vol. VI, p. 222.

2. *Revue des maladies de l'enfance*, janvier 1890, p. 33.

3. *Revue des maladies de l'enfance*, janvier 1890, p. 29.

	<i>Ainhum</i>	<i>Brides congénitales</i>
Epoque d'apparition	Adulte	Apparaît à la naissance
Sexe	Exceptionnel chez les femmes	Atteint les deux sexes
Races	Races colorées, nègres, hindous	Observé races blanches
Siège	Cinquième et quatrième orteil	Pas de localisation spéciale. Fréquemment jambes (sillon).
Lésion	Lésions localisées, électives, solitaires	Lésions disséminées, multiples (amputations congénitales des doigts).
Evolution	Evolution progressive aboutissant à altération des os et séparation du moignon	Marche très lente, l'amputation est exceptionnelle, autres vices de conformation fréquents
Nature de la lésion.	Altération progresse vers la profondeur jusqu'à l'os se substitue à lui, les tissus sont en totalité transformés en graisse.	Pas de tissu cicatriciel, la lésion primitive est sous-jacente.

IV. Hydrocèle des nouveau-nés¹ — Séjournet regarde l'affection décrite sous le nom d'hydrocèle des nouveau-nés comme une orchivaginalite aiguë et non comme une véritable hydrocèle. L'épanchement ne passe que très exceptionnellement à l'état chronique et disparaît en 2 à 6 semaines par de simples applications résolutive. Cette orchivaginalite serait toujours précédée de l'érythème des fesses et des bourses si fréquent chez les enfants atteints de diarrhée. L'inflammation gagnerait le méat, l'urèthre, puis le cordon spermatique et le testicule. L'existence de l'urétrite se manifeste souvent par les cris et les douleurs de l'enfant quand il urine. Le gonflement du cordon est souvent aussi appréciable. Dans aucune des observations de Séjournet, l'épanchement ne communiquait avec le péritoine.

¹ *Revue des maladies de l'enfance*, août 1870, p. 359.

V. Hyperextension congénitale du genou avec abduction de la jambe. — Le traitement de cette déformation dut être fait par une série de manipulations successives, car dès qu'on essayait de ramener la jambe en flexion et en adduction, la circulation s'arrêtait et le pied devenait froid et aussi blanc que la neige. A force de patience, on réussit néanmoins à obtenir une correction assez satisfaisante. Mais, pour le maintenir, on dut successivement essayer de l'appareil plâtré, des gouttières grillagées pour aboutir finalement à des gouttières attelles en bois très léger dont l'angle de flexion fut graduellement augmenté. Le résultat fonctionnel fut très bon ¹.

VI. Suppuration du thymus et mort rapide. — Enfant de deux ans et demi. En outre des signes d'inflammation locale propagés au cou et à la région sternale, il existait une cyanose marquée des muqueuses du visage, des mains, un souffle très rude au dessus du sternum; la déglutition et la respiration étaient très gênées. T. = 40°, 7. A l'autopsie, on trouva une suppuration diffuse de tout le parenchyme du thymus. La cause de cette suppuration ne put être nettement découverte ².

VII. Néphrite dans l'Impétigo contagieux. — Fillette de 12 ans ayant présenté, à la suite d'une revaccination, une éruption d'impetigo sur les membres inférieurs avec fièvre, épistaxis, néphrite aiguë durant huit jours et terminée par la guérison ³.

VIII. Obstruction rectale chez l'enfant. — Garçon de 10 ans offrant des symptômes d'occlusion intestinale. Coliques très violentes. Rectum obstrué par une masse

1. *Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1890, p. 453.

2. *Bericht aus dem Jenenserischen Kinderspital*, 1891.

3. *Jahrb. f. Kinderh.*, t. XXXI, fasc. 1, 2.

énorme de grains de blé que l'enfant avait mangés crus et dont l'extraction amena un soulagement immédiat. Le lendemain retour des accidents et nouvelle masse de grains remplissant le rectum. L'extraction amena la guérison complète ¹.

IX. Calcul vésical autour d'une épingle à cheveux. — Petite fille de douze ans et demie. Moins de deux mois et demi après l'introduction de l'épingle, le calcul avait déjà le volume d'une noix. Friabilité considérable du calcul, qui s'émietta au moment de l'extraction de l'épingle saisie facilement par une pince à forcipressure après dilatation de l'urèthre. Expulsion spontanée des fragments ².

X. Taille vaginale chez un enfant de 6 ans. — Reamy, de Cincinnati, a pu enlever par la taille vaginale un calcul de 25 grammes chez une fillette de six ans. Les opérations consécutives pour fermer la fistule furent assez laborieuses mais finalement suivies d'un succès complet.

XI. Pathogénie de certains abcès multiples chez les nourrissons. — En dehors de la scrofule et de la syphilis, il est assez fréquent d'observer chez les nouveau-nés des abcès multiples de cause inconnue. Couder rapporte une observation confirmant la théorie de Budin : Infection purulente bénigne de l'enfant par le lait de la mère, ce lait étant rendu infectieux par le fait d'une galactophorite ³.

A. F. PLOCQUE.

1. *British med. Journ.*, 20 septembre 1890.

2. *Revue des mal. de l'enfance*, 1890, p. 221.

3. *New-York med. Journal*, 27 décembre 1890, p. 725.

4. *Revue des maladies de l'enfance*, 1890, p. 121.

OPHTALMOLOGIE

I. Anatomie : Noyaux du nerf moteur oculaire commun ; Nerfs ciliaires superficiels. — II. Réglages optiques de l'œil ; nouvel instrument pour mesurer les rayons de courbure du cristallin ; application des verres cylindro-coniques. — III. Affections oculaires dues à l'Influenza. — IV. Troubles oculaires dans l'impaludisme. — V. Trachôme : Sa répartition géographique, son traitement. — VI. Prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — VII. Tuberculose oculaire. — VIII. Ophtalmie sympathique ou migratrice ; pathogénie et traitement. — IX. Traitement du décollement de la rétine. — X. Abscès des sinus frontaux. — XI. Pathologie nerveuse : 1° Localisation du sens de la vue ; 2° Nouvel appareil pour examiner le sens chromatique ; 3° Centre des mouvements pupillaires ; 4° du champ visuel dans la syringomyélie ; 5° Influence de l'Amaurose sur l'évolution du tabes. — XII. Médicament nouveau : Pyoktanine, sa valeur thérapeutique.

I. La position anatomique des *noyaux du nerf moteur oculaire commun* n'est pas encore bien connue. On s'accorde généralement à reconnaître dans le noyau d'origine de ce nerf plusieurs segments. M. Perlia¹, a entrepris dans ce sens des recherches originales qui méritent d'être mentionnées. Les détails du centre du troisième nerf ont été étudiés par lui sur des cerveaux de nouveau-nés et de fœtus. Il décrit les noyaux suivants : un noyau postérieur ventral (double), un noyau postérieur dorsal (double), un noyau antérieur ventral (double) et un antérieur dorsal (double) ; entre eux sur la ligne médiane est un noyau médian. Un peu plus en avant existe une double colonne de cellules plus petites qui peuvent se diviser en deux groupes : un noyau antérieur latéral et un noyau antérieur médian. Il est difficile de se rendre compte exactement de la situation relative de ces noyaux, et il faudra que de nouvelles recherches viennent en fixer la

1. A. Von Graefes Archiv. XXXV, et Ann. ocul., vol. CIII.

physiologie. Cependant, on sait maintenant que les noyaux postérieurs envoient des fibres qui s'entrecroisent sur la ligne médiane.

Cette étude complète les publications de Hensen, Wolckers et de Darkschewitich, et rend compte des paralysies nucléaires : une lésion peut n'intéresser qu'une partie des noyaux et donner lieu à une paralysie limitée.

L'anatomie faite dans le but d'élucider les quelques questions de pathologie ou de faciliter un procédé opératoire est réellement utile. Sous ce rapport, le travail de M. Boucheron sur *l'existence des nerfs ciliaires antérieurs et superficiels* est à citer. Il démontre que les nerfs ciliaires, après avoir perforé la sclérotique, viennent former des arborescences près du limbe scléro-cornéen. Celles-ci s'anastomosent avec d'autres filets nerveux qui entourent l'orbite et rendent compte de la conservation de la sensibilité cornéenne quand les nerfs ciliaires ont été sectionnés. Dans la névrotomie optico-ciliaire, la vitalité de la cornée reste intacte.

II. Parmi les différents réglages optiques de l'œil, M. Javal distingue les *réglages sphériques*, et les *réglages astigmatiques* qui se divisent en *réglage intermittent* et *réglage permanent*. Au dire de M. Javal, l'augmentation de la tension de l'œil joue un rôle important dans l'astigmatisme, étant donné la résistance moindre du méridien vertical. L'accommodation et le prolongement myope ne sont pas les seuls facteurs, il faut encore tenir compte de la combinaison de la forme de la cornée et de la contraction de la pupille.

Ces études optiques de l'œil offrent des problèmes d'un grand intérêt, que l'emploi de l'ophtalmométrie peut singulièrement faciliter. M. Tscherning a donné au dernier Congrès d'Ophtalmologie la description d'un *nouvel instrument destiné à mesurer les rayons de courbure du*

crystallin. Il porte un arc sur lequel glissent trois curseurs dont l'un porte une forte lampe à incandescence qui donne les images cristalliniennes. Ses recherches lui ont prouvé que le cristallin semble avoir subi une rotation sur son axe vertical qui déterminerait un astigmatisme indépendant de l'astigmatisme cornéen.

M. Javal avait déjà dit en 1881 que, étant donné l'astigmatisme cornéen, il serait plus tard facile de déterminer la part qui revient à l'astigmatisme cristallinien dans l'astigmatisme total.

D'après M. Sulzer¹, les résultats de l'ophtalmométrie ne sont exacts que dans les cas où la ligne visuelle correspond à l'axe optique de la cornée, à savoir que l'angle est égal à 0. La méthode pour arriver à une détermination rapide est basée sur ce que les images des deux points de mire ne sont égales que dans le cas où elles tombent sur des points symétriques de la cornée; dans l'ophtalmométrie ces images sont vues l'une au-dessus de l'autre au moyen d'un prisme biréfringent.

Pour corriger la vision dans les cas d'astigmatisme irrégulier soit congénital, soit produit par des taies ou des décentrations de la cornée, Galezowski² a employé les *verres cylindro-coniques* qu'il a fait construire par M. Peuchot. Les moyens dont on se sert pour définir le degré de diminution de l'acuité visuelle dans cet astigmatisme sont insuffisants. D'autre part, les verres sphériques ou cylindriques simples ou combinés ne donnent qu'une vision imparfaite. C'est en étudiant la forme spéciale qu'offre la pupille à l'examen ophtalmoscopique que Galezowski a été amené à penser qu'on pouvait corriger la vision à l'aide de verres taillés d'une façon spéciale et rendre la forme ronde à la pupille allongée.

1. *Congrès international* de Berlin, 1890.

2. *Société d'Ophtalmologie*. Séance du 2 décembre 1890.

Les verres nouveaux sont détachés d'un cône tronqué parallèlement à son angle d'ouverture et présentent d'un côté une surface plane et de l'autre une forme cylindrique, disposition qui donne des foyers différents.

L'emploi de ces verres peut rendre de très grands services dans tous les cas de déformation de la cornée apparente ou non. Si l'application générale n'a pu encore se faire, on ne saurait méconnaître qu'il y avait là une lacune digne d'attirer l'attention.

III. *Les affections oculaires dues à l'influenza* ont été nombreuses et variées. Elle a atteint tous les âges et les sujets présentant une tare. Rampoldi a distingué deux formes principales : *la nerveuse* et *l'inflammatoire*, mais souvent ces deux formes s'observaient simultanément. La paralysie de l'accommodation, les asthénopies accommodatives, des ophtalmodynies, des névralgies de la branche ophtalmique de la 5^e paire à caractère intermittent ont été notées plusieurs fois. Parmi les formes inflammatoires, on a signalé la conjonctivite catarrhale aiguë accompagnée d'une forte hyperémie conjonctivale, un irido-cyclite grave ayant amené une cécité rapide, des ulcérations polyphormes de la cornée, l'iritis et l'irido-choroïdite exsudative. Les affections de la rétine et du nerf optique ont également fourni leur contingent; on a observé la névrite optique rétrobulbaire, la névrite optique bilatérale, enfin, une forme de papillite spéciale connue sous le nom de *Stauung's papille*. Dans le cas rapporté par M. Vignes, une cécité totale survint au huitième jour de l'attaque d'influenza; la papillite disparut lentement, laissant une papille pâle, décolorée.

Fuchs a cité quelques cas de ténionite avec fort gonflement des paupières et une suppuration dans la capsule du tenon. Une fois, il se fit une perforation spontanée dans le globe, et l'œil devient aveugle. L'auteur trouva

dans le pus des pneumococci de Frankel-Weichselbaum.

Il faut donc admettre qu'il existe des affections oculaires dépendant directement de l'influenza bien que quelques-uns des cas rapportés aient été plutôt une coïncidence qu'une véritable manifestation.

VI. M. Sulzer a fait une étude très complète des *troubles de la vision dans l'impaludisme*. C'est un chapitre nouveau à ajouter aux observations éparses sur le même sujet. Après avoir fait une analyse détaillée de tous les troubles oculaires dans la malaria recueillis dans la littérature et observés par lui-même, M. Sulzer les range en deux catégories distinctes suivant qu'ils compliquent la forme chronique ou la forme aiguë. A la première catégorie appartiennent : 1° *la névrite optique chronique* avec mélanose autour de la papille dans les formes graves; 2° *l'infiltration diffuse du corps vitré*; 3° *les hémorragies périphériques punétiformes* multiples de la rétine; 4° *l'amaurose subite* et persistante.

Dans la seconde classe on trouve : 1° *L'amaurose et l'amblyopie périodique* sans lésions oculaires; 2° *les lésions diffuses du fond de l'œil* prédisposant aux affections maculaires, 3° *les grandes hémorragies rétinienne*s, péripapillaires. Les caractères sous lesquels se présentent les lésions ophtalmoscopiques, et les symptômes fonctionnels permettant d'après l'auteur, de constituer un type bien défini de névrite périphérique. Ce sont : la présence d'un disque noirâtre autour de la papille (mélanose vraie); les variations de l'acuité visuelle; le rétrécissement du champ visuel; l'intégrité de la faculté chromatique.

V. L'étude du *trachôme* était inscrite au programme du Congrès de Berlin : on pouvait s'y attendre. La nature microbienne de cette affection ne fait aucun doute, mais on décrit des formes diverses du microbe. Pour Rahl-

mann il s'agit de processus folliculaires; il ne fait pas de distinction entre les follicules simples et le trachôme. Le pannus de la cornée n'est pas une simple irritation traumatique, mais aussi un processus folliculaire avec formation d'infiltrations lymphoïdes. Schmidt-Rimpler n'a jamais vu la transition de la conjonctivite folliculaire au trachôme. Les follicules ne siègent que sur la paupière inférieure.

Parmi les micro-organismes, Schongolowicz a toujours trouvé des bacilles courts qui se distinguent par leur petite taille et la difficulté d'être colorés par les couleurs d'aniline. *Adhuc sub judice lis est.*

Reprenant la question à un point plus général, Chibret en établissant la répartition géographique du trachôme a trouvé que la race celte possédait une certaine immunité. La loi clinique qui régit cette immunité peut se résumer ainsi : Le virus trachomateux peu virulent pour la race celte, perd toute sa virulence pour cette race après un passage sur un celte. Dans la plus grande partie de la Belgique, la Bavière, le Wurtemberg, une partie du Grand duché de Bade, pays peuplé par des individus de race celte, le trachôme obéit à la loi formulée.

Chibret soutient aussi que le trachôme n'est pas endémique à des hauteurs de 350 mètres au-dessus de la mer. L'exactitude de cette assertion a été contestée, mais il n'est pas moins vrai qu'une certaine hauteur au-dessus de la mer offre des conditions plus favorables pour la guérison du trachome. M. Truc a fait une étude statistique de l'ophtalmie granuleuse à Montpellier qui prouve que cette affection est surtout contagieuse pour les individus lymphatiques, les femmes et les enfants. Les habitations malsaines, la misère physiologique sont des conditions favorables à son développement. C'est dans l'hygiène qu'on devra chercher les moyens propres à l'enrayer :

aération des rues, propreté des maisons et des écoles.

M. Darier a préconisé comme *traitement de la conjonctivite granuleuse* la destruction complète des granulations en une seule opération sous le chloroforme. D'abord, scarifications profondes de la conjonctivite, puis grattage à la curette et enfin brossage énergique avec une brosse très dure trempée dans une solution faite de sublimé. En quelques jours on peut ainsi obtenir la formation d'un tissu cicatriciel souple.

V. Il faut noter en passant une proposition de *mesures préventives de l'ophtalmie purulente* faite par Grosmann de Liverpool, au Congrès de Berlin et qui était digne d'un meilleur sort. Malgré ses efforts, il n'est pas arrivé à provoquer un vote de la section invitant les gouvernements à promulguer une loi qui force les sages-femmes à avertir un médecin tout au début de chaque cas de blennorrhagie. En présence des nombreux accidents produits par un traitement mal dirigé on ne saurait trop accueillir favorablement des mesures propres à diminuer le contingent que cette affection fournit à la généralité des aveugles. Traitée dès le début, l'ophtalmie des nouveau-nés doit guérir toujours. Nous voyons constamment dans nos cliniques de ces petits malades dont les cornées sont perforées ou couvertes d'un large leucome adhérent. Ces accidents proviennent de l'inexpérience de la sage-femme, à qui l'enfant est abandonné en ville ou même à l'hôpital, et quelquefois du médecin. A ce point de vue, le défaut d'instruction des sages-femmes est notoire, et, en saisissant l'occasion de désigner cette lacune à l'attention publique, nous ne faisons que rendre les sentiments humanitaires de nos distingués collègues qui tous ont été frappés de la fréquence des complications de cette ophtalmie, et de l'insuffisance des mesures prophylactiques.

Une surveillance attentive de la femme avant l'accou-

chement, les lavages antiseptiques vaginaux constitueraient d'excellentes mesures préventives.

VI. Parmi les *manifestations tuberculeuses de l'œil*, celle de l'iris est la plus fréquente et a été signalée pour la première fois par Parinaud. Il est assez difficile en général de s'assurer de la nature exacte des tumeurs tuberculeuses de l'iris; souvent elles ne présentent aucun bacille pathognomonique. En présence d'un tubercule de l'iris, la conduite à tenir est diversement interprétée selon son évolution. Il semble ressortir de tous les faits connus que la généralisation de la tuberculose est un fait exceptionnel; il existe, ainsi que le prouvent les travaux de MM. Terson et Wecker, une tuberculose discrète qui évolue lentement, et pour laquelle l'excision peut être employée avec succès. L'énucléation n'empêche pas la généralisation, si elle doit se faire. Van Duyse¹ a cité des cas où, après infection de produits tuberculeux humains dans la chambre antérieure d'un lapin, l'infection locale a été le fait constant, et la généralisation l'exception.

D'autre part, il a observé des lapins où la résorption de ces néoplasmes s'est faite. Il existe donc certainement une tuberculose de l'iris qui guérit spontanément et d'une façon complète. Un tubercule du tractus uvéal peut d'ailleurs s'enkyster; l'énucléation n'est justifiée que dans le cas où les foyers se ramollissent ou se font jour à l'extérieur.

Muller a publié un cas unique dans la science. Il s'agissait d'une tumeur de la sclérotique qui avait l'aspect d'un kyste, pour lequel Fuchs avait posé le diagnostic de cysticerque. A l'examen microscopique, on constata que les parois du kyste étaient composées de tubercules miliaires contenant des bacilles de la tuberculose.

1. *Annales d'oculistique*, 00.

2. *Semaine médicale*, 19 mars 1890.

VII. Un des grands problèmes restés encore en suspens en pathologie est celui qui se rapporte à la *pathogénie de l'ophtalmie sympathique*. Sans contredit, l'infection microbienne joue le plus grand rôle, mais elle ne saurait constituer le seul facteur. Répondant à l'affirmation de Wecker que le traumatisme n'est rien, et que l'infection est tout¹, M. Meyer² soutient que la réceptivité plus ou moins grande du terrain pour l'infection fait partie intégrante de la pathologie bactériologique. L'infection ne saurait suffire pour déterminer la suppuration ; il est certain que le traumatisme augmente réellement la réceptivité en diminuant la résistance des tissus. Pour l'ophtalmie sympathique plusieurs auteurs admettent l'origine infectieuse d'une manière exclusive. Pour eux, depuis les remarquables travaux de Deutschmann, la question est résolue par la migration par la gaine des nerfs optiques, c'est pour cela qu'on a substitué à l'ancienne dénomination celle d'*ophtalmie migratrice*. Mais peut-on conclure directement des expériences faites sur le lapin à l'identité du processus de l'ophtalmie sympathique chez l'homme ? Meyer et Galezowki font observer que celle-ci est caractérisée le plus souvent par une iritis, une irido-choroïdite, tandis que dans les expériences l'altération se borne à une papillite ; jamais dans l'ophtalmie sympathique il n'y a eu de réaction générale, tandis que les animaux soumis à l'expérience meurent d'infection générale. De plus, on a noté souvent l'absence complète de lésions du nerf optique. Becker³, qui avait à sa disposition une préparation anatomique complète a trouvé que la portion intracranienne des nerfs et le chiasma étaient complètement indemnes.

1. *Année médicale*, 1890.

2. Meyer, *Revue générale d'Ophtalm.*, 1890.

3. Becker, *Archiv. für Psychiatrie*, XII.

D'autre part, on a décrit les altérations des nerfs ciliaires dans des yeux qui avaient été atteints d'ophtalmie sympathique¹. En faveur de la théorie ciliaire on peut encore invoquer la forme clinique habituelle que revêt l'affection : presque toujours elle se localise au tractus uvéal.

Rien ne saurait être absolu. Les arguments fournis par les partisans de la théorie microbienne les amèneront fatalement à reconnaître la dualité de l'affection. Toute la question est là, on ne songera plus désormais à nier les différents faits de l'expérience et de la clinique. Il y a de part et d'autre une égale sincérité. Peut-être aussi ces deux causes se surajoutent-elles sur le même individu, l'une provoquant l'autre. Mais avant de se prononcer il faut attendre et ne pas se déclarer partisan exclusif d'une théorie.

Nous devons mentionner comme corollaire des recherches de Deutschmann une expérience récente de Gayet². Après avoir introduit dans l'œil gauche d'un lapin un bourgeon fongueux il se produisit une inflammation de l'œil droit qui se traduisit par une kératite panneuse. Les lésions observées du côté de l'œil sympathisant ont été : destruction de la capsule cristallinienne, névrite interstitielle d'origine vasculaire ; sclérose d'une portion du chiasma. Dans le nerf droit on a noté les mêmes altérations vasculaires ; du nerf à l'œil pas de traces de lésions. Pour Gayet, les voies de transmission ont été la circulation supra-choroïdale et ténonienne. Pour expliquer la lacune de transmission, l'éminent professeur de Lyon pense que la lésion a suivi le canal par où pénètre l'artère centrale de la rétine, gagné la gaine vaginale, l'espace de tenon et enfin le limbe cornéen.

1. Uthoff. *Arch. von Grafe*, 1883.

2. Gayet. *Archives d'Ophtalmol.*, 1890.

La notion de la possibilité de cette transmission de l'ophtalmie sympathique est désormais acquise, mais ce n'est pas une raison pour exclure systématiquement toute autre explication. Ainsi que le fait remarquer M. Meyer ¹, les agents septiques se transmettent par les voies lymphatiques, et celles du nerf optique ne sont pas les seules, il en est d'autres qui communiquent d'un orbite à l'autre.

Quoi qu'il en soit, une intervention immédiate s'impose dès que les accidents éclatent.

La théorie de la migration a suscité de nouveaux modes de traitement.

Tout récemment de Wecker est parti en guerre contre l'abus des énucléations préventives que l'on fait selon lui inutilement, et il propose la *résection du nerf optique*, déjà tentée par Boucheron, Schweiger et Pagenstecher. Cette opération s'exécute à l'aide de forts ciseaux courbes compresseurs, et d'un crochet articulé qui maintient solidement le nerf optique dont on excise un demi-centimètre ².

Selon Abadie, on peut éviter l'énucléation par une antiseptie rigoureuse et en cautérisant la plaie avec un galvano-cautère en la fouillant minutieusement. Si l'ophtalmie sympathique est déclaré, il l'enraye en injectant dans l'œil une ou deux gouttes d'une solution de sublimé à 1 : 1000. Dans une communication faite à la Société d'ophtalmologie ³, cet auteur a cité trois observations remarquables de cette méthode qui lui a donné d'excellents résultats. Depuis lors, elle a été employée avec succès par plusieurs oculistes.

MM. Boucheron et Dianoux ont préconisé la névrotomie optico-ciliaire. Cette opération n'a eu que peu de fortune,

1. Meyer. *Sur l'ophtalmie sympathique*. (*Revue générale d'ophtalmologie*, n° 11, 1870.)

2. *De la résection du nerf optique*. (*Annal. d'ocul.*, PCIV, 1890)

3. Abadie — *Société d'ophtalmologie*, séance du 1^{er} avril, 1890.

mais elle peut être très utile dans certains cas. Galezonski a présenté un procédé dont le but est le même et qu'il a décrit sous le nom de « *Débridement circulaire du globe*¹ ». Voici ses principaux temps : Incisions de la conjonctive et de la capsule de Tenon dans les points correspondants aux muscles droits de l'œil ; introduction d'un crochet à strabisme avec lequel on va saisir le nerf optique qu'on coupe et dont on résèque une partie ; section de tous les tissus situés en arrière du globe, puis suture de la conjonctive.

VIII. Abadie poursuit toujours ses recherches sur le traitement du *décollement de la rétine*. Nous avons déjà dit comment il avait modifié le procédé de Schöler en employant une solution iodo-iodurée. Il a fait construire un couteau creusé comme une canule présentant une petite ouverture à deux millimètres de son extrémité. Quand le décollement est récent et peu étendu, en général une injection suffit. Quand il est vaste, Abadie pratique deux injections. L'amélioration survient lentement et progressivement.

IX. Considérés dans leurs rapports avec la pathologie et la chirurgie générale, les affections oculaires présentent une étude du plus grand intérêt. Ce champ est vaste et encore peu exploré ; dans ses leçons magistrales M. le professeur Panas a plus d'une fois montré l'utilité que l'on pouvait retirer de ces connaissances spéciales.

Panas a appelé l'attention sur *la difficulté de diagnostic des abcès des sinus frontaux*. Toute suppuration qui se montre au bord supéro-externe de l'orbite doit faire penser à une inflammation du sinus frontal. Il existe des douleurs vives sur le trajet des nerfs sus-orbitaires et

1. *Académie de médecine*, séance du 8 juillet 1890.

nasal. D'après l'éminent Professeur l'indication capitale consiste à l'ouvrir, à le drainer et à y pousser les injections antiseptiques et modificatrices, puis de tarir la purulence ¹.

X. L'histoire des *localisations du sens de la vue* ne s'est pas enrichie cette année de faits nouveaux. Nous devons cependant noter une observation de M. Ratnieff ² à laquelle l'examen du cerveau donne une certaine valeur. Elle concerne un jeune étudiant qui, après avoir reçu une balle de revolver dans la région pariétale droite, perdit la vue pendant quelque temps. Plus tard survint de l'hémianopsie droite, de la neuro-rétinite et le malade succomba après quelques convulsions générales suivies de paralysie faciale. A l'autopsie on constata que le cerveau était lésé sur une surface de 4 centimètres. La partie postérieure des circonvolutions était effacée. Dans les lobes occipitaux on trouva deux parties isolées renfermant un liquide purulent. La cécité s'expliquait par la destruction du centre droit et la compression du centre gauche par les caillots sanguins.

La suppression des caillots par l'intervention chirurgicale laissa seulement un défaut du champ visuel droit. La formation ultérieure d'un abcès dans le lobe temporal gauche rend compte de la cécité qui s'est produite définitivement. Cette observation clinique et anatomo-pathologique d'une lésion traumatique des centres visuels donne pleinement raison à la théorie de Munck et à ce titre elle méritait d'être signalée.

On y voit la confirmation de la théorie d'après laquelle des lésions combinées des deux lobes occipitaux peut produire la cécité. Pourtant cette cécité n'est pas toujours

1. Congrès français d'ophtalmologie, session de 1890.

2. Ratnieff, *Revue de chirurgie*, juillet 1890.

complète, comme le prouve une observation de Förster¹. Un malade eut d'abord de l'hémianopsie droite puis gauche et devint aveugle. Une petite portion du champ visuel central resta pourvue d'une bonne acuité visuelle, mais la mémoire typographique et le sens chromatique furent perdus. Pas de lésions du fond de l'œil. L'auteur en déduit les conclusions suivantes : que l'hémianopsie double n'occasionne pas toujours l'abolition complète de la fonction des deux moitiés du champ visuel des deux yeux ; que l'écorce des lobes occipitaux préside aux associations typographiques ; que pour le sens chromatique la destruction d'une petite portion de l'écorce ne suffit pas.

M. Ruel² a publié un travail sur *la physiologie et la pathologie des tubercules quadrijumeaux* à propos d'une observation de tumeur du tubercule postérieur gauche. Hémiparésie droite, amaurose à droite sans lésions, hémianopsie latérale de l'œil gauche, et paralysies dissociées progressives de la 3^e paire des deux yeux, tels furent les symptômes observés. La mort survint par paralysie bulbaire. Les lésions des corps genouilles externe et interne de la région sous-optique sont considérées par l'auteur comme le siège de l'hémianopsie et de l'amblyopie simultanées. Même avec l'intégrité de la capsule interne et des bandelettes, nous ne voyons là rien qui infirme l'opinion de Charcot : La tumeur était volumineuse et s'accompagnait d'infiltration œdémateuse. La compression ne s'exerçant pas sur un district limité, il est difficile de voir là un véritable *carrefour optique* constituant une nouvelle localisation cérébrale. Il se dégage néanmoins de cette intéressante étude que les tubercules quadrijumeaux jouent un rôle dans la vision.

Le mode d'examen employé pour étudier le *sens chromatique central* des employés de chemin de fer présente

1. *De la cécité corticale* (Brch. de Græfe, t. XXXVI p. 90).

2. Ruel, *Thèse de doctorat*, Genève, 1890.

des inconvénients. Il est ordinairement fait à la lumière du jour qui est fort variable, et il est difficile de changer la clarté de la même couleur. Pour remédier à ces inconvénients, M. Grossmann (de Liverpool) a fait construire un appareil qui se compose d'une lanterne à intensité lumineuse connue devant laquelle se meuvent deux disques contenant une série de verres. On place un verre quelconque devant la lampe, et l'examiné doit tourner l'autre disque, jusqu'à ce qu'il ait trouvé le verre qui lui semble également coloré. L'appareil est placé à 10 mètres devant une glace, de sorte que les verres colorés peuvent être vus à une distance de 20 mètres. L'acuité s'obtient facilement en la comparant à celle d'un œil normal.

3. Le signe d'Argyl-Robertson a été constaté par Sten-del 44 fois sur 95 malades atteints de paralysie, et 73 fois sur 110 tabétiques. La constatation de ce symptôme est importante, car il marque souvent la période de début de ces affections nerveuses. *Sa localisation* offre un grand intérêt ; c'est en étudiant l'arc central du réflexe qu'elle pourra être précisée. Flourens avait admis que les corps quadrijumeaux servaient de transmission, mais Gudden qui, après l'ablation de ces éminences, n'observa pas d'altération, plaça ce réflexe dans les corps genouillés externes. Pour Mendel, le centre des mouvements de l'iris se trouve dans un petit noyau gris de la couche optique (ganglion de l'habenula) situé en avant et au-dessus du point où la commissure postérieure pénètre dans la couche optique.

Bechterew et d'autres auteurs conclurent que le centre des mouvements pupillaires avait son siège dans la terminaison postérieure de la paroi du 3^e ventricule. L'arc réflexe serait donc ainsi constitué : rétine, nerf optique, tractus optique, ganglion de l'habenula du même côté, commissure postérieure, noyau de Gudden, nerf oculomoteur, sphincter de l'iris.

Ces résultats ont été fournis par des expériences sur les animaux, mais rien n'est certain pour l'homme, malgré les faits de Moeli et de Schütz : tumeur du 3^e ventricule, fibres atrophiques de son extrémité postérieure, qui sembleraient confirmer l'opinion de Mendel.

4. Déjerine et Tustaut ont observé un *rétrécissement du champ visuel* dans 7 cas de *syringomyélie*. La zone centrale la plus rétrécie est celle du vert, puis viennent de dedans en dehors le violet, le jaune, le rouge. Sauf pour le vert dont la zone est toujours la plus rétrécie, il n'y a rien de fixe pour les autres couleurs. Ces auteurs posent la question de savoir s'il n'y aurait pas une corrélation entre cet état du champ visuel et l'existence d'une dilatation ventriculaire. Ils ajoutent que jusqu'à présent on n'avait constaté le rétrécissement que dans l'hystérie, la névrose traumatique, et l'épilepsie où il n'est que temporaire. Nous ferons observer tout d'abord que les limites pour les couleurs sont extrêmement variables ; il y a des différences individuelles telles que, à défaut du rétrécissement pour le blanc, le rétrécissement pour les couleurs n'a pas une grande valeur. De plus la gamme des couleurs est loin d'être uniforme, et celles-ci peuvent varier selon le mode et l'intensité d'éclairage. Il faudrait une unité qui puisse servir de base ; elle n'existe pas. Néanmoins nous ne nions pas que la constatation de ce rétrécissement ait été rigoureusement faite, mais conclure de là que le rétrécissement concentrique du champ visuel dans l'hystérie perd toute sa valeur clinique est une affirmation tout au moins prématurée. Outre que ce symptôme doit être d'une extrême rareté, puisque l'examen qu'on a fait à la Salpêtrière de quelques cas de syringomyélie ne l'a pas fait découvrir, des faits probants nous permettront d'établir une différence essentielle entre le rétrécissement concentrique observé dans l'hystérie, et celui constaté dans d'autres

affections nerveuses. Il n'existe pas qu'une seule forme d'altération du champ visuel ; il faut distinguer le rétrécissement concentrique permanent du rétrécissement périodique irrégulier. C'est à cette dernière forme que Wilbrand donne le nom de *champ visuel oscillant*.

5. Benedickt avait déjà considéré l'atrophie du nerf optique comme un symptôme favorable dans le tabes pour l'évolution de l'incoordination motrice. M. Martin a repris cette idée et les faits qu'il a observés lui permettent d'affirmer que l'affection tabétique reste stationnaire après la perte de la vue ; il donne à cette amaurose une grande valeur au point de vue du pronostic quand elle survient au début du tabes. Selon nous, M. Martín n'a pas assez tenu compte des affections qui présentent des symptômes tabétiformes. Eperon, sur 63 cas d'amblyopie toxique, a trouvé 11 fois des signes de tabes. Le diagnostic différentiel avec le tabes vrai est difficile dans l'amblyopie toxique ; il faut surtout insister sur l'intégrité du champ visuel périphérique et la présence d'un scotome central.

XI. En fait de médicaments nouveaux nous avons à mentionner la *Pyoktanine* (de πύον, pus, χτείνω, je tue, couleur d'aniline) qui a été préconisée par Stilling¹ de Strasbourg, comme douée d'une grande propriété antiseptique. Au dire de ces auteurs, les antiseptiques jusqu'ici employés n'ont pas une grande efficacité contre une suppuration établie. Certaines couleurs d'aniline, les violettes surtout, combattent victorieusement une suppuration. L'application d'une solution d'aniline à une kératite grave avec hypopion produite par l'inoculation du « staphylococcus pyogènes aureus » fut son premier essai. Toute l'ulcération et le pus renfermé dans la cornée se colorèrent en

1. *Revue génér. d'ophtalmologie*, avril 1890.

violet, et l'affection fut enrayée. Cette pénétration rapide de la solution dans le foyer purulent est due à la grande diffusibilité de la pyoktanine. Coppez qui a étudié la question a publié des observations cliniques d'où il résulte que la pyoctanine n'a pas donné des résultats supérieurs aux autres médicaments ¹.

Nous avons pu observer deux cas d'ophtalmie des nouveau-nés dans lesquels le nitrate d'argent chez l'un, et la pyoktanine chez l'autre ont été employés dans le but de faire une étude comparative. Celle-ci n'agissait ni mieux, ni plus vite.

C'est surtout dans les ulcères de la cornée que les meilleurs résultats semblent avoir été obtenus par la cautérisation au crayon de pyoktanine. Il y a deux classes de pyoktanine, l'une bleue, l'autre jaune, c'est la seconde qui est employée en ophtalmologie. Les formes sous lesquelles elles s'emploient sont : *le crayon*, *la poudre*, à 3/100; *la pommade* à 1/10; *la solution* bleue et jaune de 1 : 1000 à 1 : 100.

- Toutes les affections inflammatoires des membranes externes, la kératite parenchymateuse, l'iritis séreuse, la choroïdite disséminée ont été traitées avec succès par Stiling. Dans un cas d'ophtalmie sympathique de la forme la plus grave, il a réussi à faire rétrocéder l'inflammation et améliorer la vision, en faisant des instillations d'aniline à 1 : 1000.

Ainsi l'apparition de ce médicament devait opérer une révolution dans la thérapeutique oculaire; il a été soumis dès le début à un contrôle sérieux, et des nouveaux essais cliniques et bactériologiques ont été entrepris.

Braunschweig ² n'a noté qu'un très petit nombre de cas où la médication a donné des résultats satisfaisants.

1. *Annales d'oculistique*, mai 1890.

2. *Fortschritte der Medicin* 1890.

Le plus souvent les applications de couleur d'aniline ont été suivies d'une aggravation de la maladie.

Par les résultats divers que nous venons d'indiquer on voit que la question n'est pas jugée. La grande célébrité qui lui a été faite s'effacera, mais il en restera quelque chose : quelques affections inflammatoires sont justiciables de ce nouveau traitement. M. Coppez terminait ainsi sa communication à la Société des sciences médicales de Bruxelles : « La pyoktanine employée en crayon, en poudre, en solution aura la destinée de toutes les médications prônées à grand renfort d'orchestre ; elle guérira beaucoup au début, beaucoup moins un peu plus tard et finalement trouvera, comme les autres remèdes, quelques indications qui lui assigneront son emploi dans la thérapeutique oculaire. »

E. KÆNIG.

MALADIES DES OREILLES

I. Influence de l'excitation électrique du nerf auditif sur la perception de diapason-vertex. — II. Hémorragies de l'oreille chez les hystériques. — III. Cholestéatomes. — IV. Micro-organismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs complications. — V. Excision du marteau et de l'enclume. — VI. Avulsion de Pétrier. — VII. Névrites de l'acoustique provenant des méningites.

I. Influence de l'excitation électrique du nerf auditif sur la perception du diapason-vertex. — Il règne une assez grande diversité d'opinions sur la valeur diagnostique de l'épreuve de Weber. On a dit que la latéralisation du Weber du côté affecté n'était pas due à des troubles dans l'appareil de transmission, mais que la cause principale résidait dans un état irritatif du nerf acoustique, de sorte que le Weber positif (latéralisation de Weber dans l'oreille malade) se rencontrait le plus sou-

vent dans les affections récentes, tandis que le Weber négatif accompagnait une maladie ancienne ou un épuisement du nerf et on le trouvait du côté de l'oreille malade ou la plus malade (Steinbrügge). A l'appui de cette opinion on a invoqué l'hyperexcitabilité électrique fréquente dans les maladies de l'oreille, l'existence de bourdonnements dans certaines affections de l'ouïe. D'après Corradi¹, le Weber positif dépend d'altérations dans les voies de transmission, tandis que le Weber négatif est toujours en rapport avec les conditions morbides des éléments nerveux. C'est par l'électricité que Corradi a excité le nerf et influencé la conductibilité osseuse ; il s'est servi généralement de courant galvanique (pile de Grenet avec rhéostat de Gartner).

Pour obtenir la perception de Weber pendant la période d'excitation maximum du nerf, et pour agir simultanément ou à de courts intervalles sur l'une ou l'autre oreille, il faut remplir de mercure les conduits qu'on ferme par un bouchon de liège, traversé par un fil d'acier faisant saillie d'un centimètre et plongeant dans le mercure. Dans les cas de perforation du tympan, le mercure est remplacé par de l'eau salée tiède ; on peut se servir, comme voie d'application, de la trompe d'Eustache dans laquelle on introduit un cathéter armé d'une bougie. (La méthode d'application externe d'Erba l'inconvénient de n'être pas suffisamment intense et de présenter peu d'exactitude.)

Puis, on fait l'épreuve de Weber. Si l'expérience ne réussit pas également pour les deux côtés, on recherche la ligne neutre, c'est-à-dire la ligne sur laquelle le diapason est également perçu des deux côtés ; on fait alors agir le courant d'un seul côté et on répète l'épreuve.

En général, la positivité du Weber diminue sur l'oreille

1. *Soc. franç. d'otologie*, 23 mai 1890.

soumise à l'excitation électrique, c'est-à-dire que la ligne neutre est déplacée vers le côté directement excité. Cette diminution de positivité se développe fréquemment en même temps que les bourdonnements; quelquefois ceux-ci se manifestent sans déplacement de la ligne neutre.

Ainsi sur le nerf acoustique excité, en tant qu'il s'agit de l'excitation nerveuse, le Weber tend à s'affaiblir, c'est-à-dire que le nerf acoustique en état d'excitation morbide perd de sa fonction. L'objection que l'excitation, étant trop rude, pourrait anéantir la fonction nerveuse, n'a pas de valeur, car la force des courants a été progressivement constante et, dans aucun cas, un faible courant n'a augmenté la positivité du Weber. Si le nerf acoustique perd de sa puissance fonctionnelle à la suite de l'excitation électrique, il ne faut pas en conclure que l'électricité ne doit pas être employée comme moyen de traitement, car l'électricité joue un rôle favorable sur les processus trophiques.

II. Hémorrhagies de l'oreille chez les hystériques. — Il existe un certain nombre d'observations de malades qui, ayant une affection de l'oreille moyenne avec perforation du tympan ont les hémorrhagies de cette oreille survenant aux époques menstruelles et destinées à compléter ou même à suppléer totalement le flux périodique. Mais on peut aussi observer une hémorrhagie par le conduit auditif externe sans qu'il y ait lésion ou solution de continuité de la membrane du tympan. Un certain nombre d'observations de ce genre ont été citées par Magnus Huss, Ferreri, Stefanow, Pctiteau, Eitelberg et Gradenigo. Si certaines malades ne présentent que cette hémorrhagie se renouvelant à intervalles variables, souvent au moment des règles, il n'en est plus de même de celle que le Dr Baratoux¹ a observée. En effet, cette

1. *Congrès de Berlin.*

jeune fille perdait du sang à peu près tous les jours, sous forme d'exsudation. Le sang sortait par les points suivants : le conduit auditif droit, la face interne des deux conjonctives palpébrales, le mamelon droit, le pourtour des ongles des mains et des pieds ; il y eut aussi des hématoméses. L'hémorrhagie par l'oreille droite était celle qui se produisait le plus souvent, sans aucun rapport, d'ailleurs, avec les règles. Le sang suintait sous forme de gouttelettes et provenait de la paroi supérieure de la portion cartilagineuse, probablement des glandes cerumineuses. Les hémorrhagies sont le plus souvent liées à des phénomènes nerveux et peuvent s'accompagner de sueurs sanguines, se produisant sur d'autres points du corps. Elles méritent donc bien le nom d'hémorrhagies névropathiques.

III. Cholestéatomes. — Cette affection est fréquente dans le cours et à la suite de suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Elle se présente sous forme de tumeurs ciconscrites, brillantes, de structure lamelleuse ou encore de masses épidémiques informes non limitées, remplissant plus ou moins la cavité de l'oreille moyenne. Elles sont non seulement l'occasion de troubles de l'ouïe, mais elles peuvent encore pénétrer dans la cavité crânienne et déterminer la mort par méningite, abcès du cerveau ou phlébite des sinus.

Cette affection, quoique non ignorée des anciens anatomistes, comme Cruveilhier et Rokitansky, n'a été réellement connue que depuis les travaux récents de Moos, Bezold, Morpurgo, Habermann, Kuhn, etc. Si un certain nombre d'anatomistes regardent le cholestéatome comme une déformation hétéroplastique (Virchow, Kuhn, etc.), les recherches de Bezold et d'Habermann le font con-

1. Kuhn, *Congrès de Berlin*, 1890.

sidérer, dans la majorité des cas, comme de formation secondaire. Dans les cas d'inflammations de l'oreille moyenne, l'épithélium du conduit auditif externe s'insinue, à travers la perforation du tympan, jusque dans la cavité de la caisse tympanique pour tapisser les parois de celle-ci et recouvrir ainsi sa surface d'un épiderme à cellules pavimenteuses à la place de l'épithélium à cils vibratiles qui s'y trouve à l'état normal.

Si les perforations centrales du tympan donnent rarement lieu à des cholestéatomes de l'oreille moyenne, il n'en est plus de même de celles de la membrane de Schrapnell. D'après Politzer, l'épiderme du conduit pénétrerait plus facilement dans la caisse, et il formerait un cul de sac pouvant, dans certains cas, donner naissance à des productions cholestéatomateuses par suite d'une desquamation continue des cellules épidermiques. L'examen histologique de la membrane recouvrant alors la paroi de l'oreille moyenne, montre que l'inflammation de cet organe y a produit des modifications profondes de structure.

L'épidermisation primitive de la muqueuse de l'oreille moyenne est possible, comme on peut s'en assurer quelquefois dans les cas où il se forme des cholestéatomes dans l'apophyse mastoïde sans inflammation préalable de l'oreille moyenne.

Les cholestéatomes peuvent encore se former dans la caisse du tympan par la prolifération épithéliale qui tapisse les enfoncements de la muqueuse enflammée qu'on peut prendre pour des cavités kystiques ou des culs-de-sac glandulaires.

Les cholestéatomes amènent assez souvent l'usure des os et produisent des dégâts considérables dans l'os temporal. Ils sont éliminés spontanément ou par l'action

d'une inflammation intercurrente; ils perforent l'os dans des directions variables, soit vers le conduit auditif externe, soit du côté de l'apophyse mastoïde. Souvent la mort survient à la suite de ces perforations; elle est le fait d'une méningite ou de la phlébite des sinus.

Les cholestéatomes peuvent exister pendant des années sans brusquer les symptômes. La tuméfaction de ces masses, produite par l'introduction de liquides ou de vapeurs dans l'oreille, ou encore par l'inflammation des parties situées en arrière du cholestéatome amène des phénomènes douloureux intenses qui ne cessent qu'avec l'évacuation de ces masses.

Le diagnostic ne peut être posé avec certitude que quand les masses blanches ou blanc jaunâtre sont apparentes à la vue, ou quand les injections ramènent quelques débris épidermiques. Il est difficile d'apercevoir les cholestéatomes de l'apophyse mastoïde et des parties supérieures de la caisse, car ils se dérobent à toute investigation ¹.

Le traitement consiste dans la suppression de ces masses. Quand le conduit a des dimensions normales et quand les perforations du tympan sont assez grandes, les simples injections précédées de mobilisations des masses épidermiques avec une sonde est suffisant pour les faire sortir. Mais si l'orifice de perforation est étroit, il faut ajouter à la seringue une canule d'Hartmann ou un petit tube élastique incurvé légèrement à son extrémité. Dans un cas, le D^r Kuhn dut pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde dont la cavité était revêtue d'une couche épidermoïdale blanchâtre; il en résulta une fistule de près de 4 centimètres qu'il obtura au moyen d'une plaque à ressort en caoutchouc durci.

1. Pour les apercevoir, on peut employer avantageusement un petit miroir introduit dans la caisse. Les miroirs en cobalt sont les meilleurs pour cet usage (J. B.).

IV. Micro-organismes dans les affections de l'oreille moyenne et leurs complications. — Pour pouvoir considérer un micro-organisme comme cause déterminante d'une otite moyenne aiguë, il faut 1° que sa présence soit fréquente, surtout à la période de début du mal; 2° qu'elle soit constatée dans les tissus enflammés; 3° que l'inflammation se développe expérimentalement par l'inoculation de cultures pures. Seul, le diplococcus pneumoniae remplit ces conditions.

L'examen des produits de l'oreille moyenne a permis d'y reconnaître le bacillus pneumoniae de Frankel, le diplococcus pneumoniae de Frankel-Weichselbaum, des micro-organismes pyogènes, comme le streptococcus pyogènes, le staphylococcus pyogenes albus, le staphylococcus pyogenes aureus, le staphylococcus cereus albus de Levy et Schrader, le staphylococcus tenuis de Scheide; le bacillus tenuis de Scheide, le micrococcus tetragenus de Lévy et Schrader, le bacillus pyocyaneus et l'oïdium albicans.

Dans l'otite *a frigore*, on trouve souvent le diplococcus pneumoniae, tandis que dans les otites secondaires, on rencontre plus souvent les microbes pyogènes proprement dits, et surtout le bacillus pneumoniae et le diplococcus pneumoniae. Les otites du premier âge ont présenté le streptococcus pyogenes, que l'on constate aussi dans les affections de l'oreille moyenne consécutives aux opérations naso-pharyngiennes et aux rhinorrhagies, tandis que, dans l'otite de l'influenza, Zaufal a observé surtout le diplococcus pneumoniae. Dans cette même affection, Gradenigo, avec le concours des D^{rs} Bordoni-Uffreduzzi et Penzo, a noté six fois la présence du diplostreptococcus (pneumocoque de Frankel) en cultures pures, une fois le diplostreptococcus et le staphylococcus pyoge-

Zaufal, *Congrès de Berlin*.

Gradenigo, *Ibid.*

nes albus et aureus ; deux fois, le staphylococcus pyogènes albus et une fois le staphylococcus pyogenes albus et aureus.

Le diplostreptococcus isolé possédait les qualités principales caractéristiques du diplococcus lancolatus capsulatus en état d'atténuation initiale ; il n'offrait le caractère d'aucun développement, ou d'un développement très peu accentué dans le sérum de sang de veau simple ou solidifié. Dans l'agar-agar, il se développait sous forme de diplococcus et s'entourait de capsules, contrairement à ce que font les autres streptococcus connus. Les cultures de l'agar-agar perdaient leur vitalité au bout de deux ou trois jours.

Dans les otites purulentes chroniques, en même temps que le coccus pyogenes, Gradenigo a trouvé parmi les nombreuses formes saprogènes, le proteus vulgaris de Hauser. En outre, il a constaté que dans la sécrétion des otites purulentes où l'on pratiquait d'abondants lavages au sublimé à 1 p. 1000, ou 1 p. 2000, existait une très petite quantité de micro-organismes qui ne se développaient pas dans les cultures.

La marche de l'otite aiguë est généralement typique et correspond au cycle de développement des micro-organismes ; elle ressemble assez souvent à celle de la pneumonie et présente une chute critique de la température au moment de la résorption de l'exsudat. Celui-ci ne renferme souvent qu'un microbe pathogène ; on en trouve quelquefois deux ou trois.

Tous ces micro-organismes se rencontrent dans la plupart des complications, telle que l'abcès de l'apophyse mastoïde. On retrouve généralement le microbe primitif dans les affections qui viennent compliquer l'otite, quoique les complications puissent être également déterminées par une invasion secondaire de microbes pathogènes.

Les micro-organismes peuvent s'introduire par le ca-

nal tubaire aussi bien que par le tissu même de la trompe ou par intoxication du sang (endocardite, pyémie, diphtérie); ils ne peuvent pénétrer par le conduit auditif qu'à la faveur de l'inflammation et de la perforation du tympan. L'otite chronique peut être due à une infection secondaire ou tertiaire du foyer inflammatoire et, d'après Pio-Foà et Bordoni-Uffreduzzi, il peut résulter de l'affaiblissement du virus.

Kantack¹ a constaté que dans les otites aiguës on notait la présence du diplococcus de Frankel, du staphylococcus pyogenes albus, du staphylococcus pyogenes aureus, du staphylococcus pyogenes citreus, du staphylococcus pyogenes cereus albus, du staphylococcus pyogenes flavus, du staphylococcus pyogenes, du bacille pyocyaneus, du bacille pyocyaneus (X), du bacillus saprogenes I (Rosenbach), de bacillus saprogenes II (Rosenbach) et du proteus vulgaris de Hauser. Contrairement aux recherches des auteurs précédents, il ne rencontra que trois fois sur 31 cas, à l'état de culture pure, le diplococcus de la pneumonie; de plus, dans la majorité des cas, le produit de sécrétion contenait en même temps le diplococcus pneumoniae et le staphylococcus pyogenes; il ne trouva jamais, à l'état de culture pure, le streptococcus; il nota aussi la présence de bacilles, alors même que le tympan était intact.

Dans les otites moyennes suppurées chroniques, Kantack rencontra le staphylococcus pyogenes aureus, le staphylococcus pyogenes albus, le staphylococcus cereus albus, le staphylococcus cereus flavus, le bacillus pyocyaneus (X), le bacillus saprogenes (X), le bacillus saprogenes I (de Rosenbach), et le proteus vulgaris de Hauser. Le diplococcus pneumoniae était toujours absent.

1. Kantack: *Bacteriologische Untersuchungen der Entzündungsprocesses in der Paukenhöhle und dem Warzenfortsatze* (In *Zeit. f. Ohr.*, XXI, Band. h. 1 et 2).

Dans les cas de trépanation de l'apophyse, Kantack a trouvé le diplococcus pneumoniæ, le staphylococcus pyogenes aureus, le staphylococcus pyogenes albus, le staphylococcus cereus albus, le streptococcus pyogenes, le bacillus saprogenes (X) et des bacilles. Dans un seul cas, il a noté la présence du streptococcus pyogenes. Dans l'otite moyenne catarrhale simple, le même auteur a constaté l'existence du diplococcus pneumoniæ, du staphylococcus pyogenes albus, du staphylococcus cereus albus, du bacillus saprogenes (X), du bacillus saprogenes (Y), et du bacillus saprogenes (I), de Rosenbach.

Gradenigo et Penzo ont recueilli le contenu de la cavité tympanique de dix enfants, ayant de sept mois de vie *intra-utérine* à un an et à six mois de vie *extra-utérine*. Ils en ont fait des cultures isolantes sur l'agar-agar et la gélatine et des inoculations dans la cavité péritonéale et sous la peau de souris blanches. Dans un seul cas où l'examen fut pratiqué quatre heures après la mort, les cultures restèrent stériles; dans les autres cas, où l'examen fut fait de douze à vingt-quatre heures après la mort, ils purent isoler les formes suivantes :

Coccus :

Micrococcus cereus albus.

- roseus.
- subflavus.
- candicans.
- flavus.

Diplococcus lactis faviformis.

Bacilles :

Bacillus irridescens.

- fluorescens.
- fluor putidus.
- lutens.
- flavus tardigravus.
- flavus liquefaciens.
- ureæ liquefaciens.

Aucun de ces micro-organismes n'est pathogène; toutefois, dans ces cas, la cavité de l'oreille moyenne offre une rougeur et un gonflement plus ou moins accusé de la muqueuse; il existait, en outre, un liquide sanguinolent ou puriforme, ou muqueux et filant. Or, les lésions ne devant pas être attribuées à un véritable processus inflammatoire, on doit donc les rattacher à des tuméfactions post-mortem spéciales, auxquelles sont exposées, d'ordinaire, sous l'influence de la putréfaction initiale, toutes les parties délicates qui constituent l'oreille moyenne de l'enfant.

V. Excision du marteau et de l'enclume. — Cette opération est pratiquée, soit pour améliorer l'ouïe; soit pour déterminer la guérison de certaines formes d'otorrhée. Dans le premier groupe, il faut ranger l'infiltration calcaire complète du tympan, l'ankylose de l'articulation du marteau et de l'enclume, les adhérences cicatricielles et les obstructions de la trompe. On a obtenu quelques succès quand l'obstacle à la transmission du son se trouvait en deçà de l'étrier, à condition, toutefois, que l'étrier ne soit pas complètement soudé, que la surdité n'affecte pas un caractère progressif et que la muqueuse ne soit pas complètement sclérosée. Dans le deuxième groupe, c'est-à-dire dans les cas où la suppuration de l'oreille moyenne est entretenue par la carie des osselets et des parois adjacentes de la caisse, ainsi que par les cholestéatomes, l'excision du marteau et de l'enclume amènera une guérison de l'affection. Cette opération aggrave rarement la surdité, elle la diminue ordinairement. Dans la carie de la paroi supérieure de la caisse, Stacke, fait une incision, circonscrivant le pavillon de l'oreille, perfore obliquement le conduit auditif, enlève le tympan et le marteau,

1. Stacke, *Congrès de Berlin*, 1890.

détache à la gorge le rebord osseux de la membrane, principalement en arrière et en haut, extrait l'enclume et rend ainsi accessible le toit du tympan; il fait ensuite la grattage des parties cariées et draine le conduit auditif. Lorsque l'apophyse est malade en même temps, il la trépane au point ordinaire et met l'antra mastoïdien en communication avec la caisse en enlevant la paroi postérieure jusqu'à l'ouverture intermédiaire aux deux cavités.

VI. Avulsion de l'étrier. — A l'exemple de Kessel, dont les expériences remontent à 1876, le D^r Botey a cherché à se rendre compte de l'effet de l'avulsion de l'étrier sur les poules et les pigeons. Pour lui : 1^o l'avulsion de l'étrier est une opération inoffensive; 2^o la membrane de la fenêtre ovale qui a été lésée, se referme toujours; 3^o tous les animaux opérés entendent, bien qu'à une moindre distance, et probablement par la membrane des fenêtres ovale et ronde; 4^o les animaux privés de leur étrier, mais ayant conservés intacts les membranes ovales et rondes, ainsi que le labyrinthe, entendent mieux que ceux chez lesquels, à circonstances égales, la fenêtre ovale est ankylosée avec la base de l'étrier, moins cependant que dans l'état de parfaite normalité de l'appareil auditif; 5^o après l'ablation des deux étriers, l'audition reste plus élevée que si on enlevait les autres osselets, l'étrier étant laissé en place; 6^o les osselets et le tympan ne sont pas indispensables à l'audition, ils ne font que renforcer les excitations sonores, ou, ce qui revient au même, augmenter la distance de la perception.

VII. Névrites de l'acoustique provenant de méningites. — Les infiltrations purulentes graves bilaté-

1. Botey, *Congrès de Berlin*.

rales du nerf acoustique et du nerf facial dans le conduit auditif interne, qui peuvent provoquer la destruction des faisceaux nerveux du nerf cochléaire, dans les points où ces derniers se désagrègent pour pénétrer à travers la lame criblée, sont des symptômes presque constants non-seulement dans les méningites cérébro-spinales, mais aussi dans les méningites otitiques et tuberculeuses. Une seule fois sur quatorze, dans un cas où la méningite avait amené en quelques heures la mort du malade, et où, par conséquent, les lésions méningitiques n'avaient pas eu le temps de se développer, Gradenigo¹ put constater l'absence d'altérations dans le conduit auditif interne. L'examen bactériologique des coupes microscopiques fit reconnaître dans le pus qui entourait les nerfs facial et acoustique dans le conduit auditif interne la présence des mêmes micro-organismes qui, dans ce cas particulier, avaient provoqué la méningite: le diplostreptococcus lanceolatus, dans la méningite cérébro-spinale, les bacilles de Kock dans la méningite tuberculeuse.

De plus, dans la muqueuse de la paroi vertibulaire de la caisse, il existait des micro-organismes pathogènes, au voisinage du canal de Fallope, ce qui pourrait amener à penser que ce canal constitue, dans la méningite cérébro-spinale, la voie de transmission du virus, du conduit auditif interne à l'oreille moyenne. C'est ainsi que s'expliquerait la pathogénèse des otites moyennes purulentes qui succèdent si fréquemment à l'otite interne provenant de méningite cérébro-spinale.

J. BARATOUX.

1. *Congrès de Berlin, 1890.*

MALADIES DES VOIES URINAIRES

- I. Revues et traités généraux : travaux de Guyon, Lavaux. Antisepsie urinaire : travaux de Delagénier, Dreyfous, Guyon, Albarran, Desnos, Alapy, Tuffier. — II. Maladies du rein : travaux de Tuffier, Keen, Troquart, Kümmel, Terrillon. — III. Maladies de l'uretère : travaux de Le Dentu, Twynham. — IV. Maladies de la vessie : travaux d'Hurry, Fenwick, Nitze, Boisseau du Rocher, Tuffier, de Viaccoz, Dumoret, Guelliot, Segond, Louis Thomas, Pawlik. — V. Maladies de la prostate : travaux de Vignard, Dittel. — VI. Maladies de l'urèthre : travaux d'Hurry Fenwick, Dearer, Fort, Monat, Bracquehay, Lavaux.

I. Les *Annales des maladies des voies urinaires*, parvenues à leur 8^e année, continuent d'être un excellent recueil où le praticien trouvera tout ce qui s'écrit de nouveau sur la pathologie et la chirurgie urinaires. Nous y voyons comme d'habitude les leçons du professeur Guyon où ce maître résume sa pratique de l'hôpital Necker. Cette année, elles ont porté sur le traitement des prostatiques, la rétention d'urine, les tumeurs du rein, et on y reconnaît la précision, le soin, je dirais presque la minutie qui caractérisent le talent de l'illustre professeur. Parmi les traités généraux relatif à la pathologie urinaire, nous devons annoncer les *Leçons pratiques* du D^r Lavaux.

Le premier volume comprend un aperçu de l'anatomie et de la physiologie de l'urèthre et de la vessie et une série de leçons sur les maladies de l'urèthre. A signaler les instruments de l'auteur pour le lavage de la vessie sans sonde et ses cathéters pour la divulsion progressive. Nous reviendrons sur ces derniers. Le second volume comprend les maladies de la prostate et de la vessie. Ces leçons constituent un bon résumé très au courant de la science. On y sent dans la discussion l'ardeur de la jeunesse et cela n'est pas pour nous déplaire. Les praticiens aussi bien que les élèves les consulteront avec fruit.

Depuis quelques années, les tentatives se multiplient pour faire profiter la pratique des maladies des voies urinaires des bienfaits de l'antisepsie ; nous signalions l'année dernière les tentatives faites pour stériliser les sondes en gomme par M. Delagénère ; actuellement, nous pouvons exposer avec méthode les divers moyens d'antisepsie dont nous disposons pour chacune des parties de l'appareil urinaire. On peut diviser l'antisepsie urinaire, selon les moyens qu'elle emploie, en antisepsie interne et antisepsie externe. La première se propose d'antiseptiser ou de maintenir aseptiques les organes suspects, malades ou susceptibles de le devenir à la suite d'une intervention chirurgicale, et d'obtenir ce résultat par l'emploi de médicaments internes. La seconde a pour but d'éviter l'infection de l'appareil urinaire par les instruments ou de combattre cette infection lorsqu'elle existe déjà.

L'antisepsie par la voie interne est pratiquée depuis de longues années, mais, il faut le dire, d'une manière inconsciente, par la plupart des médecins. Que faisons-nous en effet, quand nous administrons du santal, du cubèbe, du copahu, de la térébenthine, sinon de l'antisepsie vésico-urétrale ? Parmi ces remèdes, il en est un, le santal, qui agit certainement sur la cystite comme le meilleur des antiseptiques. Néanmoins, on a cherché avec raison dans la famille des antiseptiques proprement dits une substance qui pût être pour les voies urinaires ce qu'est le naphтол pour l'intestin. C'est le salol et le biborate de soude puis l'acide borique à l'intérieur qui ont paru répondre à ce desideratum. Le salol vanté par M. Dreyfous (*Soc. méd. des hôp.*, 22 nov. 1889) est un médicament qui tend à remplacer l'iodoforme dans la chirurgie ordinaire. Moins bon peut-être que l'iodoforme il a l'avantage d'être peu odorant. Il se décompose dans l'intestin en acide phénique et en acide salicylique. La

présence de l'acide phénique se révèle dans les urines des malades qui prennent ce médicament à une dose un peu élevée par une coloration noire comme si l'urine contenait de la suie. Cette coloration ne se produit pas au même degré chez tous les malades; nous l'avons vue extrêmement marquée chez un malade atteint de cystite grave qui prit 4 grammes de salol par jour pendant un mois environ.

Le salol donnera-t-il les résultats que l'on a annoncés? c'est fort douteux. Il n'a point réalisé dans la blennorrhagie les espérances que l'on fondait sur lui; il reste un assez bon remède, non un spécifique merveilleux. Le salol se donne à la dose de 2 à 6 grammes par jour; il n'est pas toxique; mais à la dose de 4 à 6 grammes il produit aisément quelques troubles gastriques et les malades s'en dégoûtent. Le biborate de soude et l'acide borique (2 à 4 grammes par jour soit en cachets, soit dans la solution dans la glycérine) sont également d'assez bons remèdes, mais auxquels on aurait tort de trop se fier. Dans une leçon sur l'antisepsie rénale de l'antisepsie vésicale (*Mercredi médical*, 30 juillet 1890), M. le professeur Guyon fait ressortir le peu de sécurité de ces moyens internes et montre combien plus active est l'antisepsie chirurgicale, c'est-à-dire celle qui est basée sur l'emploi d'antiseptiques en injections dans l'urèthre ou dans la vessie. On peut conclure de ce court exposé que, jusqu'à présent, nous ne possédons pas d'antiseptique interne très puissant pour désinfecter le rein et l'urèthre; l'antisepsie médicale des voies urinaires est encore à la période de tâtonnement.

Il n'en est pas de même de l'antisepsie chirurgicale. Les injections uréthrales ou vésicales au nitrate d'argent, à l'acide borique, au permanganate de potasse, au chlorure de zinc donnent des résultats fort bons. Le nitrate d'argent surtout peut être considéré comme le roi de

l'antisepsie uréthrale et vésicale. Le sublimé, si efficace dans la plupart des cas, n'est pas, quoi qu'on ait dit, un bon antiseptique pour les voies urinaires. On peut en dire autant de certaines couleurs d'aniline lancées naguère comme microbicides. Leur effet sur l'urèthre et la vessie n'est pas seulement médiocre, il est désastreux. La palme reste pour le moment au nitrate d'argent et à l'acide borique.

La désinfection des instruments dont on se sert en chirurgie urinaire est très facile quand il s'agit d'instruments métalliques. Elle est beaucoup plus difficile à effectuer quand il s'agit d'instruments en gomme que l'on ne peut pas mettre à bouillir comme les premiers ou chauffer à l'étuve à une chaleur suffisante. Voici les principaux moyens de désinfection qui ont été conseillés : comme nous l'avons déjà signalé l'année dernière, un interne de M. Terrier, M. Delagénière, a conseillé la stérilisation par la chaleur à 100°. Les sondes placées par numéros dans des tubes de verre fermés à l'ouate, on dispose ces tubes dans une boîte métallique et trois jours de suite on place cette boîte dans l'étuve pendant une demi-heure. Après usage, chaque sonde est lavée au sublimé, séchée et repassée à l'étuve avant de servir de nouveau.

M. Albarran (*Annales des voies urinaires*, 1890, p. 33, n° de janvier) considère la méthode de stérilisation qui vient d'être exposée comme très bonne pour un service d'hôpital mais comme peu facile à employer dans la pratique courante et surtout quand les malades doivent se sonder eux-mêmes. Cet auteur décrit 6 moyens de stérilisation pour les sondes : 1° *la stérilisation par l'acide sulfureux*. Ce procédé est employé depuis longtemps dans le service de M. Guyon pour la stérilisation des éponges et s'applique également bien aux sondes : on se sert d'une boîte rectangulaire au fond de laquelle est

un récipient contenant du bisulfite de soude. Un tube fait communiquer le récipient avec l'extérieur. Par ce tube on verse de l'acide chlorhydrique, ce qui donne lieu à un dégagement d'acide sulfureux qui remplit la boîte. Dans la boîte, au-dessus du récipient, se trouve un grillage sur lequel on place les sondes. D'après M. Albarran, trois heures de séjour dans cette boîte suffisent pour stériliser les sondes en gomme, gutta-percha ou caoutchouc sans altérer aucunement leur structure.

2° *Stérilisation à l'autoclave.* On se borne à laisser dans cet appareil pendant 20 minutes les sondes à une température de 120°. Par ce procédé, dit M. Albarran, les sondes en gomme peuvent être stérilisées un grand nombre de fois sans se détériorer. Telle n'est pas tout à fait l'opinion du D^r Alapy de Budapest (*Annales*, juillet 1890, p. 424). D'après ce chirurgien, la stérilisation à l'autoclave aussi bien qu'à l'étuve sèche altère l'enduit des sondes en gomme; mais, dit M. Alapy, il suffit d'envelopper soigneusement les sondes à stériliser avec du papier buvard pour qu'elles supportent sans altération une température de 100°. Enveloppées dans leur papier de manière à former un petit paquet dans lequel tous les instruments sont isolés les uns des autres, les sondes sont renfermées dans des tubes de verre fermés d'un côté, bouchés à l'ouate de l'autre côté. C'est dans ces tubes qu'on les conserve après stérilisation.

3° *Stérilisation à l'étuve sèche.* Elle nécessite une température de 150°; aussi les précautions indiquées par M. Delagénière ou par M. Alapy sont-elles indispensables à prendre si l'on ne veut pas que les instruments soient totalement détériorés.

4° *Stérilisation par l'ébullition.* Une demi-heure d'ébullition rend les instruments aseptiques le plus souvent. Ils seront sûrement aseptiques si trois jours de suite on leur fait subir cette ébullition et qu'on les garde dans

des récipients stérilisés. Malheureusement ce procédé si simple ne pourra guère être renouvelé pour la même sonde ou bougie.

Les 3^e et 6^e procédés consistent dans le lavage de la sonde à l'alcool et au sublimé à 1/1000 et dans le lavage par les mêmes liquides suivis de 20 minutes d'ébullition. Ces moyens très bons sans doute ne respectent guère le tissu de la sonde et sont passibles des mêmes objections que le 4^e procédé.

Pour permettre l'emploi de la stérilisation par les antiseptiques, M. Vergne fabrique, à l'instigation de M. Albarran des sondes, des bougies et les explorateurs à boule recouverts d'une couche de gutta-percha et de caoutchouc qui les rend susceptibles de supporter 150° à l'étuve sèche et de rester 8 jours dans le sublimé sans perdre aucune de leurs qualités; avec ces sondes la stérilisation sera des plus aisées.

Il est fort difficile de stériliser convenablement les seringues, aussi a-t-on essayé de les remplacer par divers laveurs; mais jamais la main du chirurgien n'entrera en communion intime avec la pression intra-vésicale, jamais elle ne se rendra compte exactement de la contractilité de la vessie, si elle n'est armée d'une bonne seringue. Tous les laveurs du monde n'y feront rien. Il faut donc chercher à avoir des seringues aseptiques. Un nettoyage soigné de l'instrument, le graissage avec de l'huile phéniquée au 15° réaliseront une antiseptie suffisante. Les petites seringues à instillations sont aseptiques de par le nitrate d'argent que l'on y introduit: on n'a pas à craindre d'infection avec ces instruments. Signalons enfin la seringue à piston dévissable construite par M. Aubry pour M. Desnos — un des pistons est conservé dans l'huile phéniquée pendant que l'autre fonctionne: — et les tubes porte-sondes en verre de M. Tuffier; nous aurons ainsi passé en revue les principaux moyens d'antiseptie

que nous possédons pour rendre inoffensif le matériel chirurgical des voies urinaires. Il va sans dire que l'antisepsie des instruments doit être complétée par l'antisepsie du malade et celle du chirurgien laquelle consiste dans des lavages soignés à l'eau de savon suivis de lavages à l'acool puis au sublimé à $\frac{4}{1000}$. Cela rentre complètement dans l'antisepsie chirurgicale en général. Nous avons dû nous appesantir un peu sur cette question de l'antisepsie vu sa grande importance pratique. Nous allons maintenant passer en revue les travaux les plus importants publiés sur les maladies des diverses parties de l'appareil urinaire en suivant l'ordre anatomique : rein, urètre, vessie, prostate et urètre.

II. Parmi les affections du rein, une de celles qui ont le plus profité des progrès de la chirurgie contemporaine est sans contredit le déplacement de l'organe du *rein mobile*. Le rein peut être mobile et non douloureux ; cet état de l'organe n'est découvert que par hasard et ne réclame aucune intervention. Lorsque le rein est mobile et douloureux, une intervention est indiquée ; mais dans ce cas, nous dit M. Tuffier (*Congrès de chirurgie*, session de 1889, p. 563), un certain nombre de malades peuvent être guéris ou soulagés par des appareils prothétiques bien faits. Dans ce cas encore, une opération n'est pas nécessaire. Il suffira d'appliquer une pelote dans l'espace iléo-costal après avoir réduit le rein ; s'il y a en même temps de l'entéroptose, une bonne ceinture abdominale complètera le traitement en soutenant les autres viscères.

Dans le cas où les appareils prothétiques échouent, on peut recourir à une opération. Dans ce cas on peut, ou bien enlever le rein malade, ou bien le replacer dans sa position normale et l'y maintenir par une suture. La néphrectomie pour combattre le rein mobile est à juste titre délaissée parce qu'elle expose le sujet à succomber soit par suite

d'accidents, imputables à l'opération, soit par suite de maladie et d'insuffisance de l'autre, rein soit enfin parce que l'on enlève un rein unique comme cela est arrivé à un chirurgien américain nommé Polk. La suture du rein que l'on désigne sous le nom de néphrorrhaphie ou néphropexie est beaucoup moins grave. D'après Keen, de Philadelphie, qui en a réuni 120 cas empruntés à divers auteurs, elle ne donnerait qu'une mortalité de 2 0/0. Pour faire la néphropexie, on incise la peau à cinq travers de doigt des apophyses épineuses lombaires depuis la onzième côte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque; on incise les couches musculaires. Lorsqu'on est arrivé à l'aponévrose du transverse, M. Terrillon conseille de faire refouler fortement par un aide le rein dans sa loge. On voit bomber le fond de la plaie, on est ainsi guidé pour l'incision de la capsule adipeuse. D'autres chirurgiens font maintenir le rein fermement appliqué en place dès le début de l'opération. En incisant l'atmosphère adipeuse il sera bon d'apporter une grande attention au cul de sac pleural qu'on pourrait léser dans le haut de l'incision. Une fois le rein à nu on peut fixer soit la capsule, soit l'organe lui-même en traversant son parenchyme, soit simplement la capsule fibreuse de l'organe. Quelques chirurgiens se sont même contentés de fixer aux plans musculaires et aponévrotiques de la plaie la capsule grasseuse du rein. Il va sans dire que cette pratique doit être rejetée comme insuffisante. La plupart des chirurgiens (Troquart, de Bordeaux; Mac Cosh, de New-York, Tuffier) paraissent pencher vers la fixation parenchymateuse qui, avec une bonne asepsie, serait sans aucun inconvénient. La suture se fait soit avec du gros catgut ordinaire, soit avec du catgut chromique ou même de la soie plate. M. Tuffier conseille, dans le cas d'entéroptose et même d'une manière générale, de faire en même temps que la néphropexie, la colopexie. Il passe deux fils dans

la graisse péricolique et même dans les bandes musculaires longitudinales de l'intestin et fixe cet organe au carré des lombes. Il pense ainsi donner plus de soutien au rein remis en place.

Nous avons montré dans ce recueil, année par année, l'opération de la néphrectomie prenant peu à peu place dans la pratique chirurgicale courante. Dans une intéressante revue des travaux allemands (*Annales des voies urinaires*, décembre 1690), M. Broca signale les tentatives faites pour améliorer la statistique de la néphrectomie en limitant dans beaucoup de cas les indications de cette grave intervention chirurgicale.

Tandis qu'en 1885 Gross arrivait à une statistique générale donnant 44 0/0 de mortalité, Kolaczek a pu réunir 167 cas publiés postérieurement au mémoire de Gross et donnant une mortalité de 28 0/0 seulement. Cette amélioration des résultats est due à ce que la plupart des chirurgiens tendent à s'abstenir en présence de tumeurs du rein trop anciennes, et vraiment inopérables, et peut-être aussi à ce que, dans les suppurations rénales, bon nombre d'opérateurs, se ralliant en cela aux idées du professeur Guyon, n'enlèvent le rein que si la néphrectomie a échoué ou laissé une fistule permanente. Cette manière d'agir a l'avantage de permettre au rein demeuré sain de s'hypertrophier peu à peu avant d'être totalement privé de son congénère.

Se fondant sur ce que la mortalité de la néphrectomie est due souvent à l'état pathologique et à l'insuffisance du rein laissé en place, Kümmel de Hambourg a tenté la résection partielle du rein et dans deux cas, il a guéri ses malades sans fistule. Il est clair que si l'on enlève seulement la partie malade du rein et que l'on respecte une partie saine même petite, le travail imposé au rein demeuré entier ne sera pas aussi considérable que s'il était absolument seul à travailler. L'avenir dira ce qu'il

faut penser de ces tentatives de néphrectomie partielle. Bornons nous à rappeler que quand on attaque le rein par la néphrotomie, il faut toujours inciser sur le bord convexe de l'organe (Tuffier, *Gaz. hebdom.*, 1890, n° 17). C'est là que l'on rencontrera les vaisseaux les moins volumineux.

Nous terminerons en citant deux cas remarquables de néphrectomie : la première fut pratiquée pour une énorme tumeur du rein de nature épithéliomateuse par M. Terrillon. Deux ans et quatre mois après l'opération, la malade était bien portante. M. Terrillon avait fait la néphrectomie transpéritonéale et suturé à la plaie abdominale les bords de la poche contenant la tumeur, suivant le procédé de M. Terrier. La poche avait été bourrée de gaze iodoformée (*Soc. chir. de Paris*, séance du 4 juin 1890). Le second fait, publié dans les *Annales des voies urinaires* (mai 1890, p. 268) est relatif à un kyste développé dans la capsule du rein et entourant l'organe, absolument comme une hydrocèle entoure un testicule. Le liquide, au moment où l'opération fut pratiquée, se reproduisait en trois ou quatre jours après une ponction et sa quantité dépassait trois litres. Le malade guérit par la néphrectomie; il reste guéri près depuis deux ans. Nous n'avons trouvé aucun fait analogue à cette curieuse lésion.

III. Dans ce paragraphe, consacré à la chirurgie de l'uretère, nous nous bornerons à signaler deux opérations intéressantes. La première, due au professeur Le Dentu, consiste dans le greffe de l'uretère entre les lèvres d'une incision du flanc chez une femme atteinte d'anurie absolue. Chez cette femme l'anurie était attribuée à la compression de l'uretère par des tumeurs cancéreuses abdominales. M. Le Dentu incisa la peau du flanc, chercha l'uretère dans la fosse iliaque, le coupa le plus bas pos-

sible et fixa l'extrémité supérieure entre les lèvres de la plaie par quatre crins de Florence. Un tube de caoutchouc engagé dans l'uretère traversait le pansement et conduisait l'urine dans un vase ; on en trouva 10 à 12 grammes par 24 heures. La malade succomba 13 jours après aux progrès de la cachexie cancéreuse. M. Le Dentu pense que c'est la première opération de ce genre qui ait été pratiquée. Il est clair qu'on ne peut la juger encore ; mais on sait qu'en général, le résultat des tentatives de déviation des uretères n'est pas encourageant. Nous en citerons cependant plus loin une suivie de succès en parlant des tumeurs de la vessie. La seconde opération pratiquée sur l'uretère est due à M. Twynham, de Sydney ; elle a été communiquée à la Société clinique de Londres par M. Godlw. Chez un enfant de 8 ans atteint de douleurs au bout de la verge et d'hématuries qui duraient depuis seize mois sans qu'il y eut de calcul vésical ou de symptômes de tumeur de la vessie, Twynham explora les uretères par une incision abdominale du côté gauche, point où siègeait une douleur vive. Il trouva dans l'uretère du côté opposé, c'est-à-dire l'uretère droit, un petit gravier arrêté à cinq centimètres de l'embouchure de l'uretère. Trois semaines après cette exploration, il fit une incision iliaque comme pour la ligature de l'iliaque primitive, ouvrit l'uretère longitudinalement et retira un calcul qui pesait 40 centigrammes. Il essaya de faire une suture, ce qui fut très difficile, et réussit mal, car l'urine coula par la plaie pendant cinq jours. Cependant, cet écoulement s'arrêta, la plaie se guérit en quinze jours et l'enfant cessa complètement de souffrir.

IV. Nous avons indiqué, dans notre article de l'année dernière, les résultats obtenus par la *cystoscopie*. Bien que cette méthode d'examen ne soit pas, dans la pratique courante, sans difficultés, il est à croire que son em-

ploi se généralisera, sinon parmi les médecins en général, du moins entre les mains des spécialistes. Parmi les travaux parus sur la question, nous signalerons le très bon ouvrage d'Hurry Fenwick (*Electric Illumination of bladder*, 2^e édit., London, Churchill, 1889). Cet auteur n'ayant inventé aucun cystoscope et ayant fait seulement (comme tout grand spécialiste se le doit à lui-même) modifier légèrement l'instrument de Nitze-Leiter pour son usage, cet auteur disons-nous se trouvait placé dans des conditions suffisantes de désintéressement pour bien en apprécier la méthode. Il a de plus écrit un historique fort intéressant dans lequel les premiers instruments sont décrits et critiqués avec soin et représentés dans des gravures très claires. Malheureusement, au moment où il publiait son livre, Hurry Fenwick ignorait encore les travaux et les instruments français pour la cystoscopie électrique dus à M. Boisseau du Rocher, car il ne leur consacre pas un mot. Cependant, M. Boisseau du Rocher a réussi à réaliser un grand progrès en construisant des instruments qui permettent de voir une grande partie de la vessie à la fois tandis qu'avec l'instrument de Nitze (modèle fabriqué par Leiter et vendu chez Aubry à Paris) on ne peut voir à la fois qu'une surface grande environ comme une pièce de cinq francs en argent. Toutefois, Nitze, dans une lettre adressée aux *Annales des voies urinaires* pour revendiquer la priorité de l'invention, dit qu'il est parvenu à fabriquer des cystoscopes ayant un champ aussi étendu que le mégaloscope de Boisseau du Rocher. Nous ne nous arrêterons pas sur la polémique qui s'est élevée entre les deux auteurs et qu'on trouvera dans les *Annales des voies urinaires* (Lettre de M. Nitze, oct. 1890, p. 639; réponse de M. Boisseau du Rocher, novembre 1890, p. 708). Elle se résume à ceci : savoir si l'application d'un système optique nouveau (celui de M. Boisseau du Rocher) constitue une invention nouvelle

ou un simple perfectionnement. C'est une affaire d'appréciation individuelle. Cette question réservée, on est bien obligé de convenir que l'éclairage électrique de la vessie a été réalisé par Nitze dès 1876 et que cet observateur est le premier à avoir vu dans une vessie éclairée par une lampe électrique renfermée dans le bec d'une sonde. Du reste, il arrivera probablement pour les instruments d'endoscopie ce qui est arrivé pour les microscopes : c'est que les fabricants en construiront des modèles de plus en plus satisfaisants. Actuellement, pour réussir un bon examen entoscopique, il faut que le malade soit endormi. La cocaïne ne donne pas une insensibilité suffisamment prolongée. Elle pourrait cependant être employée si le malade se refusait au chloroforme. On peut en injecter plusieurs grammes (2 à 4) en solution au dixième sans accident d'intoxication.

Pour que le cystoscope (modèle de Leiter) fonctionne bien, il faut que la vessie contienne au moins 150 grammes d'eau. Si elle en contient plus, cela vaut moins encore. Quand la vessie est trop contractile, la muqueuse vient boucher les fenêtres et l'on ne peut rien voir. Voici les cas dans lesquels le cystoscopé rendra le plus de services : 1° les corps étrangers de la vessie : certains corps mous tels que les bouts de sonde peuvent être vus alors qu'il était impossible de les sentir avec un explorateur. C'est dans le cas de corps étrangers que l'examen est le plus facile ; 2° cas de calculs multiples ou enchatonnés ; 3° cas de tumeur de la vessie et surtout de papillomes ; 4° Examen de l'orifice des uretères pour en déduire l'état du rein correspondant. L'appréciation des inflammations des ulcérations des lésions tuberculeuses de la vessie est beaucoup plus délicate.

A notre époque, le vent souffle vers la mise en place et la suture des organes déplacés. On connaît l'hystéropexie ; nous avons parlé plus haut de la néphropexie. La cysto-

pexie doit nous arrêter un instant. D'un rapport lu par M. Terrier à la Société de chirurgie le 18 juin 1890, il résulte que la première opération de cystopexie a été faite par M. Tuffier le 15 mars 1889. Le D^r de Vlaccoz (de Méthelin) pratiqua une opération analogue chez deux femmes quelques mois plus tard ; enfin, le D^r Dumoret dont la thèse (Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin, Paris, 1890) était basée sur l'observation de M. Tuffier eut l'occasion de pratiquer lui-même une opération analogue. L'hystéropexie consiste dans la suture de la vessie à la paroi abdominale antérieure à travers une incision analogue à celle de la taille hypogastrique. On fixe de chaque côté la vessie à la paroi par quatre points de suture. Que vaudra cette opération ? on ne saurait le dire encore. Son point faible, c'est qu'elle paraît insuffisante et qu'on a dû, dans certains cas, la combiner avec l'hystéropexie, la colporrhaphie et la réfection du périnée. Peut-être ces dernières interventions suffiraient-elles sans qu'il fût nécessaire de fixer la vessie elle-même. L'avenir seul nous apprendra si la cystopexie est destinée à prendre place dans la chirurgie génito-urinaire.

Puisque nous sommes sur la question de cystocèle, signalons une variété plus grave de ce déplacement de la vessie, la cystocèle inguinale, et disons un mot des erreurs de diagnostic et des dangers auxquels expose cette affection. Elle est le plus souvent méconnue, à moins que quelque particularité révélée par le malade ne vienne mettre le chirurgien sur la voie. Le plus souvent la cystocèle a été découverte et ouverte au cours d'une opération de hernie. Dans une communication fort intéressante faite au Congrès de chirurgie de 1889, M. Guelliot arrive aux conclusions suivantes dont nous reproduisons les principales :

La cystocèle inguinale est souvent confondue avec la hernie intestinale ou épiploïque avant, pendant et après l'opération. Les

meilleurs signes diagnostiques sont : les troubles de la miction, la tension du périnée, le siège de la hernie en dehors de la gaine fibreuse du cordon, l'épaisseur de son pédicule. Il y a lieu de la traiter, outre les moyens palliatifs, par la dissection suivie de suture.

La cure radicale comprend : 1° l'incision ; 2° le traitement, s'il y a lieu, de la hernie intestinale ; 3° la libération et la dissection de la tumeur vésicale ; 4° l'incision exploratrice de la tumeur, le pédicule étant maintenu par une ou deux pinces de Péan à mors longs ; 5° résection de la cystocèle et suture très soignée sur deux plans ; 6° suture des parties molles, drainage, etc ; 7° sonde à demeure ou cathétérismes fréquents.

L'extrophie de la vessie a été l'objet d'une tentative opératoire très intéressante de M. Segond, tentative dans laquelle la muqueuse vésicale elle-même, rabattue sur la ganthère uréthrale complète le conduit. On évite d'avoir une vessie à parois formées par des lambeaux cutanés et susceptible de s'incruster, ce qui est pour le malade une source de douleurs incessantes. Il est impossible de décrire sans figures l'opération de M. Segond. On trouvera son travail *in extenso* dans les mémoires du *Congrès de chirurgie* de 1889, p. 541, ou dans les *Annales des maladies des voies urinaires* (avril 1890). Citons aussi dans le même recueil (*Annales*, p. 100), une observation de M. Louis Thomas, de Tours, relative à une opération d'extrophie à double plan, de lambeau, pratiquée en une seule séance par ce chirurgien. Pour en finir avec les maladies de la vessie, nous signalerons une extirpation totale de l'organe par Pawlik, de Prague (*Mercure médical*, 5 novembre 1890). Il s'agit d'une femme qui, opérée d'un néoplasme vésical, vit bientôt une récurrence se produire. Pawlik, après avoir abouché les uretères au vagin, combinant la taille hypogastrique avec l'incision vaginale, put disséquer et enlever toute la vessie. Il obtint ensuite, non sans peine, par trois opérations successives, l'occlusion du vagin, de sorte que la malade arriva à

conserver ses urines dans des conditions très satisfaisantes.

V. Nous avons vu depuis quelques années la chirurgie de la prostate s'enhardir en raison de la sécurité que donnent les méthodes antiseptiques. Les tentatives de Mercier, de Bottini avaient trouvé peu d'imitateurs, vu les dangers des grandes opérations chez les urinaires. Les chirurgiens contemporains ont osé attaquer la prostate soit par la voie périnéale, soit par la voie suspubienne. Dans une excellente thèse sur la prostatotomie et la prostatectomie, M. Edmond Vignard a résumé les divers travaux publiés sur la question. Il montre que bien rarement l'opération a procuré au malade une amélioration durable. D'après lui, on ne peut espérer un bon résultat que si les deux conditions suivantes coexistent : 1° Il existe un obstacle prostatique très net au niveau de l'orifice interne de l'urèthre, tandis que le reste de la prostate est peu hypertrophié ; 2° La contractilité vésicale a persisté. La coexistence fort rare de ces deux conditions serait une indication de la prostatotomie périnéale (méthode d'Harrison de Liverpool et de Gouley, de New-York).

Une seconde indication résulte de l'impossibilité ou de la très grande difficulté du cathétérisme. Dans toutes les hypertrophies ne constituant pas une simple barre uréthrale, on emploierait la prostatectomie sus-pubienne et, si possible, l'énucléation partielle de la glande. M. Vignard considère l'énucléation totale de la glande comme possible ; mais il n'oserait encore la conseiller sur le vivant.

D'après Dittel (*Voy. Annales*, septembre, p. 561), l'extirpation du lobe médian de la prostate ne suffirait pas pour rétablir le cours des urines. Il conseille, sans l'avoir pratiquée sur le vivant une excision cunéiforme des lobes latéraux faite au moyen d'une incision partant du coccyx

et atteignant le périnée après avoir contourné l'anus. Cette opération paraît bien grave pour être supportée par un urinaire affaibli. Elle manque en tout cas de la sanction de la clinique. On a tenté aussi de réduire le volume de la prostate par des injections d'éther iodoformé. Le résultat de ces tentatives est encore tout à fait incertain.

Bref, dans l'état actuel de la science, le cathétérisme aseptique, lorsqu'on peut franchir l'obstacle, reste le moyen de choix à proposer aux prostatiques. Dans les cas graves, on peut tenter une opération radicale ou palliative, suivant les cas. D'après M. Vignard (*Annales*, novembre 1890), la boutonnière périnéale avec maintien prolongé d'un drain volumineux est l'opération de choix, lorsque l'introduction d'un conducteur est possible. Dans le cas contraire et surtout lorsque l'état général du malade s'aggrave, malgré des ponctions capillaires répétées, c'est à la taille sus-pubienne que l'on doit avoir recours. On peut pratiquer ensuite le cathétérisme rétrograde et placer une sonde à demeure dans le canal.

VI. L'électricité, qui a fait naître l'endoscopie vésicale, a donné, on peut le dire, un véritable renouveau à l'endoscopie uréthrale. Divers modèles d'endoscope électrique ont été construits. D'après Hurry Fenwick (*loc. cit.*, p. 221, et suiv.), ce modèle qui l'emporte est celui de Leiter, supérieur par sa simplicité à celui de Schall, et ayant sur celui de Nitze l'avantage de ne pas nécessiter un courant d'eau froide dans le tube. Le modèle de Nitze porte sa lampe au bout de la sonde et éclaire directement l'urèthre, tandis que ceux de Schall et de Leiter, comme jadis celui de Désormeaux, portent leur lampe au-dessus du manche de l'instrument, et c'est à l'aide d'un miroir concave que l'on projette dans l'urèthre les rayons lumineux. Fenwick diagnostique, à l'aide de cet instrument, la blennorrhée, l'urétrite granuleuse, la névral-

gie uréthrale, les ulcérations, les diverticules, les corps étrangers, etc. Voilà bien des choses. Il croit même devoir admettre la roséole syphilitique de l'urèthre qui serait caractérisée par un écoulement soudain coïncidant avec l'éruption cutanée. Ici, nous croyons tomber dans la pure fantaisie. L'imagination a parlé trop haut. Dearter, de Philadelphie (*Annales*, août, p. 511), admet trois variétés d'urétrite chronique : l'urétrite simple, l'urétrite folliculaire et l'urétrite ulcéralive. Ce qui est certain, c'est qu'avec l'endoscope, même du temps de Désormeaux, on distinguait nettement des petites tumeurs dans l'urèthre. L'endoscope était même le seul moyen de diagnostiquer ces tumeurs. Actuellement, l'endoscopie uréthrale est plus en honneur à l'étranger qu'en France. Il est probable toutefois que son usage se généralisera, surtout si elle permet de venir à bout de ces urétrites chroniques si désespérantes pour le médecin presque autant que pour le malade, et si communes encore malgré les progrès accomplis dans leur traitement.

Après avoir été employée par MM. Mallez et Tripier, l'électrolyse des rétrécissements de l'urèthre était un peu tombée dans l'oubli, lorsqu'elle a fait bruyamment sa rentrée dans la pratique et dans la presse médicale à la suite de M. le Dr Fort. La vogue probablement exagérée de l'électrolyse dans les fibromes utérins a mis à la mode les opérations électrolytiques, et du reste, l'électricité sous ses diverses formes a le droit de prendre sa place dans la thérapeutique, mais à la condition, bien entendu, qu'elle soit supérieure aux moyens qu'elle doit remplacer. On sait que l'électrolyse de l'urèthre est une opération très simple : elle consiste à introduire sur une bougie conductrice une tige cylindrique isolante de laquelle sort un fil de platine formant avec la tige isolante un triangle, comme si la tige représentait le conducteur cannelé de Maisonneuve et le fil le rebord de la lame de

l'uréthrotome. C'est donc l'uréthrotomie de Maisonneuve agissant par action électro-chimique et non par section. Lorsque le fil de platine vient appuyer contre le rétrécissement on fait passer un courant de 25 à 30 milliampères et on pousse doucement l'instrument qui, en général, franchit le rétrécissement après quelques minutes d'attente. On interrompt alors le courant électrique et on retire l'instrument. D'après les promoteurs de cette opération, la guérison serait immédiate et le cathétérisme consécutif serait inutile. Or, cette assertion n'est nullement fondée, car il n'est guère aujourd'hui de spécialistes qui n'aient eu à traiter une récidive de rétrécissement précédemment électrolysé. Le D^r Monat de Rio-Janeiro qui a publié dans les *Annales* (1889-1890). Une suite d'articles sur ce sujet dit que sur 296 opérés deux conservaient leur dilatation, après quatre ans; Un la conservait trois ans après l'opération. Tous les autres avaient des récidives. M. Bracquahaye, interne du D^r Demons de Bordeaux a publié (voy. *Annales*, mars 1890) une sorte d'état comparatif entre cinq électrolyses et cinq uréthrotomies internes. Les cinq électrolyses ont deux succès complets, le rétrécissement n'ayant pu être franchi avec une intensité de 30 milliampères. Chez les autres électrolysés, au nombre de trois, deux ont eu des récidives très rapides, un a pu, après avoir perdu cinq numéros, les regagner et conserver une dilatation convenable, grâce à un cathétérisme régulier. Il paraît en somme démontré que l'électrolyse, pas plus que les autres méthodes, ne donne une guérison radicale. Ses récidives sont promptes et peut-être plus coriaces encore que les autres. La dilatation consécutive reste nécessaire.

Sous le nom de divulsion progressive, le D^r Lavaux a exposé au Congrès de chirurgie de 1889 et répété dans ses *Leçons pratiques* (t. I, p. 179), la description d'une méthode opératoire qui n'est autre qu'une modification

de la méthode du professeur Le Fort. Les modifications portent sur les instruments dont la partie conique est plus courte (deux centimètres seulement) et qui sont creux de manière à être traversés par la bougie conductrice. Cette complication de structure a pour but d'éviter la chute de la bougie conductrice dans la vessie. Lorsque le pas de vis des cathéters Le Fort est bien conditionné, cet accident n'est pas à craindre. Les instruments de M. Lavaux correspondent aux n^{os} 25, 30, 36 et 42 de la filière Béniqué, soit 12 1/2, 15, 18, et 21 1/2 de la filière Charrière. M. Lavaux voit entre son procédé de dilatation et celui de M. Le Fort la différence qu'il y a entre une méthode de force et une méthode de douceur. Nous ne saisissons pas très bien la nuance, car M. Le Fort a inventé son procédé pour le substituer à l'uréthrotomie interne et s'est proposé de dilater en *une seule séance* les rétrécissements les plus résistants. A notre avis, les deux procédés sont très voisins l'un de l'autre et nous les tenons pour excellents tous les deux entre des mains suffisamment expérimentées. Ajoutons que l'usage des instruments métalliques se répand de plus en plus. Nous n'usons presque jamais de bougies molles pour dilater les rétrécissements. Avec les instruments du type Le Fort, du type Lavaux et la série des Béniqué, non plus en étain, mais en métal résistant et poli, on trouvera bien peu de rétrécissements rebelles et les indications de l'uréthrotomie deviendront de plus en plus restreintes.

D^r A. MALHERBE.

ODONTOLOGIE

I. — Rapports embryonnaires des deux dentitions par le D^r Chabry (*Société de Stomatologie*, juin 1890). — II. Pathogénie de l'arthrite alvéolaire infectieuse et ses rapports avec l'arthritisme par le D^r Guyot (*Société de Stomatologie*, février 1890). — III. Des gingivostomatites septiques et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle par le D^r Galippe (*Journal des Connaissances Médicales*, juin 1890). — IV. Note sur l'étiologie et les complications de la gingivite arthro-dentaire infectieuse (piorrhée alvéolaire) par le D^r Galippe (*Congrès de Berlin* 1890). — V. De la périodontite expulsive et de son traitement par le D^r Richer (*Thèse* 1890). — VI. Du peroxyde d'hydrogène et de son emploi dans l'art dentaire, par Chatel (*Archives Suisses d'Odontologie*, juin 1890). — VII. Trépanation directe par l'alvéole des extrémités radiculaires dans le traitement de la périostite chronique, par Claude Martin (*Société de Stomatologie*, avril 1890). — VIII. De la prothèse immédiate, par Claude Martin (*Société de Stomatologie*, juin 1890).

I. Reprenant devant la Société de Stomatologie l'opinion déjà soutenue dans un travail antérieur fait en collaboration avec M. le D^r Pouchet¹, M. le D^r Chabry, dans une importante communication spécifique, en s'appuyant sur des faits d'anatomie comparée, les rapports exacts de deux dentitions à l'état embryonnaire ; il montre, par des faits, que toute dent, même si plus tard elle doit manquer de chapeau d'émail, est, à l'origine, précédée par le développement d'une coiffe épithéliale appelée organe adamantin ; et que l'histoire embryonnaire de la dentition, où ici des deux dentitions, se confond en partie avec celle des organes adamantins.

Tous les auteurs sont d'accord que les organes adamantins de la première dentition proviennent toujours

1. Contribution à l'odontologie des Mammifères (*Société de Biologie* 1882-83). — (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1884).

d'une invagination épithéliale, en forme de long ruban, disposé dans l'épaisseur de la gencive, parallèlement au bord du maxillaire ; or, d'après les travaux des auteurs qui ont écrit précédemment, on pouvait croire que la 1^{re} dentition seule dérivait directement de cette lame épithéliale, la 2^e dentition, et la troisième, pour ceux qui l'admettent (Legros et Magitot), dérivant de la première et étant produite d'un cordon naissant de l'organe adamantin de la dentition précédente. Or, il n'en est rien, et l'auteur montre, toujours à l'aide des faits de l'anatomie comparée, et de l'examen direct à l'état embryonnaire, que toutes les dentitions, quel qu'en soit leur nombre, ou si l'on veut, tous les organes adamantins, naissent directement de la lame épithéliale primitive, au même titre que les autres, mais seulement à des moments ou à des niveaux différents. C'est là un fait important et qui permet de ne plus définir les deux dentitions par les seuls caractères tirés de l'époque d'éruption, de la permanence et de la caducité : et il était nécessaire de faire intervenir l'embryogénie pour fixer la valeur des deux expressions, et déterminer, dans chaque cas, à quelle dentition appartient une dent donnée.

II. L'arthrite alvéolaire infectieuse (*Ostéo-périostite alvéolaire, Gingivite expulsive, etc.*) est une des maladies de l'appareil dentaire qui a suscité le plus de travaux dans ces derniers temps, et on peut prévoir que la série n'est point terminée, car cette affection n'est point purement locale, mais se lie d'une façon intime, le plus souvent, à des états constitutionnels variés, et attire forcément l'attention non seulement des spécialistes, mais de tous les médecins. M. le D^r Guyot, dans une communication à la *Société de Stomatologie*, communication détachée, pour ainsi dire, d'un chapitre de son livre précédemment pu-

blié¹, s'efforce de montrer les rapports intimes de l'affection alvéolaire avec l'arthritisme, que nous n'avons pas à définir ici, mais qui, pour l'auteur est évidemment de nature microbienne; ce rapport intime, pour le D^r Guyot, n'est autre chose qu'un rapport d'identité. Dans l'arthrite alvéolaire, comme dans l'arthrite rhumatismale ou goutteuse, on voit la raréfaction des os ou du ciment, la formation de dépôts calcaires ou d'os nouveaux, ciment de nouvelle formation, petites exostoses alvéolaires; dans certains cas, calcification de la pulpe. Les dissemblances doivent être attribuées aux conditions particulières de vulnérabilité où se trouve l'articulation alvéolo-dentaire, à sa situation dans une cavité où sont réunies toutes les influences favorables à la pullulation des micro-organismes les plus variés, ce qui fait perdre à l'affection pour ainsi dire son caractère de pureté. C'est ainsi qu'à côté de l'arthrite alvéolaire type rhumatismal, caractérisée par un dépôt de tartre avec simple sécrétion opaline, existent des arthrites variées, comme dans les autres articulations qui présentent l'arthrite de l'infection purulente, de la scarlatine, de la tuberculose, etc., etc. Mais l'auteur avoue que la question, très complexe, a encore besoin d'être étudiée.

III. L'arthrite alvéolaire est un sujet de prédilection pour M. le D^r Galippe. La gingivo-stomatite mercurielle qui a tous les caractères de cette affection devait forcément attirer son attention. Ici, l'auteur veut démontrer que les gingivites toxiques en général, et la gingivite mercurielle en particulier, ne diffèrent pas essentiellement des stomatites septiques proprement dites, dont le type est l'arthrite alvéolaire infectieuse si fréquemment observée, et dans toutes les conditions. Les argu-

1. *L'Arthritis* (maladie constitutionnelle), sa pathogénie, sa thérapeutique au point de vue des théories pastoriennes, Paris, 1890.

ments de l'auteur très disséminés dans son travail, sont assez difficiles à suivre, mais peuvent se résumer de la manière suivante : d'abord et avant tout, la gingivite mercurielle ressemble à s'y méprendre, par tous ses symptômes, à toutes les autres gingivites septiques et, point capital, elle est inoculable, ce qui ne pourrait s'expliquer, si elle était produite par le mercure seul ; et ce caractère d'inoculabilité est d'ailleurs commun à toutes les gingivo-stomatites, dites toxiques. L'auteur explique la fréquence des gingivites septiques chez les individus qui ont ingéré du mercure en quantité variable, à ce fait important que leur salive renferme de l'albumine ; or la salive albumineuse constitue un terrain absolument favorable au développement des micro-organismes qui ont leur siège dans la bouche. La salivation est d'ailleurs toujours singulièrement augmentée et il n'est pas téméraire de croire que l'intoxication par le mercure prédispose particulièrement les tissus aux infections microbiennes d'origines diverses. Telle est la théorie du D^r Galippe, qui sera loin, je crois, d'être admise partout sans contestation.

IV. Il est peut-être ici plus difficile que pour le travail précédemment analysé de tirer des conclusions nettes de la communication de M. le D^r Galippe au Congrès médical de Berlin (1890). L'étiologie de l'affection que l'auteur appelle la *gingivite arthro-dentaire infectieuse* est de nature parasitaire, ce qu'il démontre par l'examen de coupes colorées, par la culture et l'isolement des parasites contenus dans les canalicules de la dentine, par la contagion qui s'opère de dent à dent et de bouche à bouche ; mais l'auteur avait déjà exposé antérieurement sa doctrine et les faits sur lesquels elle s'appuie. Ici il paraît s'être appesanti plus particulièrement sur les formes cliniques et les complications de l'affection : phlegmon, né-

croses, fistules, accidents de voisinage ; ulcérations des lèvres, des joues, cancer peut-être ; accidents généraux graves et même mortels, tous mis à l'origine sur le compte de l'arthrite infectieuse. Celle-ci apparaît sous un aspect réellement redoutable. Ce qui ressort de ce travail, c'est que, dès le début, il faut toujours s'opposer énergiquement par les moyens antiseptiques les plus puissants, aux manifestations de la piorrhée alvéolaire, si l'on veut éviter souvent les plus graves complications.

V. Il s'agit maintenant de la *Périodontite expulsive*, mais c'est toujours de la même affection qu'il est question : ostéo-périostite alvéolaire, piorrhée alvéolaire, etc., dont nous venons d'analyser des études à des points de vue différents. M. le D^r Richer admet, comme étiologie de l'affection, l'élément parasitaire, et sa nature infectieuse. Mais pour lui, l'affection se présente sous deux formes principales, caractérisées : la première, par le décollement gingival et une suppuration plus ou moins abondante (forme phlegmoneuse ou suppurante) ; l'autre, par l'absence de décollement gingival et de suppuration (forme sèche). Dans tous les cas, le caractère anatomo-pathologique fondamental est la résorption alvéolaire ; comme conséquence suivent : le décollement de la gencive, l'ébranlement de la dent, et parfois sa chute, la suppuration, etc. La périodontite expulsive doit soigneusement se distinguer des différentes formes de la gingivite et de la périostite alvéolo-dentaire.

La thérapeutique de l'affection peut se résumer dans le traitement chirurgical tel qu'il a été exposé par le D^r Cruet, dans une communication à la *Société de Stomatologie* (1889), exécuté rigoureusement et applicable seulement aux formes suppurantes. Dans les formes sèches, on fera des cautérisations et des lavages antiseptiques, et une hygiène sévère de la bouche. La thèse du

D^r Richer expose, on le voit, quelques points de vue originaux, surtout en ce qui concerne les formes cliniques de la maladie.

VI. L'eau oxygénée avait déjà quelques usages en médecine et en chirurgie et depuis longtemps M. le D^r Regnault avait signalé ses propriétés remarquables d'arrêter la fermentation. Les bactéries et les spores sont immobilisés et bientôt tués par de nouvelles doses d'eau oxygénée. Celle-ci avait donné de bons résultats dans le traitement des vieilles plaies, de certaines affections parasitaires et Regnault et Bert l'ont employée comme antiseptique en injections et vaporisations dans les maladies infectieuses, comme la septicémie, l'érysipèle, le diabète. M. Chatel en préconise l'emploi dans le traitement des dents devenues septiques à la suite de destruction et d'infection du nerf dentaire et du périoste des racines. Outre que le peroxyde d'hydrogène a la propriété remarquable de faire reconnaître la moindre trace de pus, en le faisant mousser, il active considérablement la désinfection. Il n'est pas moins utile pour le traitement des abcès fistuleux. Son emploi très simple est d'ailleurs absolument inoffensif pour les tissus dentaires et il peut se substituer avec avantage aux autres antiseptiques qui par leur odeur ou leur causticité, ont des inconvénients non douteux.

VII. On sait combien sont rebelles certaines périostites des sommets des racines dentaires, à forme chronique, formant abcès et fistules à répétition ; on sait aussi que le problème à résoudre pour leur guérison définitive est la destruction du foyer infectieux, si difficile à atteindre par la seule voie des canaux dentaires. M. Claude Martin, propose dans ces cas, la trépanation de l'alvéole, à l'aide d'un trépan de modèle spécial, qu'il a présenté à la *Société de Stomatologie*. Le trépan appliqué judicieu-

sement en face de l'extrémité des racines malades, traverse à la fois les parties molles, la paroi alvéolaire, et emporte même le sommet de la racine, qui est toujours particulièrement malade et infecté, on le sait, dans les périostites chroniques. La guérison est extrêmement rapide, si l'on a soin surtout de laver le foyer avec les agents antiseptiques ordinaires. Ce procédé épargne le temps, remplace des opérations plus longues et plus compliquées (réimplantations), et peut se pratiquer sans douleur, pour ainsi dire, si l'on a soin de faire usage de l'injection de cocaïne pour l'opération.

VIII. La prothèse immédiate diffère de la prothèse tardive appliquée jusqu'à ce jour, en ce que l'application de l'appareil qui remplace les parties osseuses enlevées est un temps de l'opération chirurgicale elle-même. Avec la méthode préconisée par Claude Martin, on guide les cicatrisations, on empêche toute déformation inhérente aux suites d'opérations ; bref, on conserve la forme et les fonctions dévolues aux parties dures enlevées. Il va sans dire qu'il s'agit, dans l'espèce, de prothèse s'appliquant à des parties des mâchoires ou de la face enlevées par une opération. Le résultat est obtenu à l'aide d'appareils ayant à peu près la même forme et le même volume que la partie que l'on doit réséquer et que l'on substitue immédiatement à cette dernière pendant l'opération même, en les fixant aux parties osseuses restantes ; c'est-à-dire que le chirurgien rabat les lambeaux sur l'appareil et fait ensuite les sutures de la peau ou de la muqueuse. Les appareils varient naturellement de forme et de volume, suivant le cas, et il serait trop long de dire, comment, dans chaque cas, il faut procéder soit pour l'empreinte, soit pour le choix des substances, et la fabrication. Il y faut une grande habileté et de l'habitude. M. Claude Martin a présenté à la *Société de stoma-*

tologie, un grand nombre de ces appareils immédiatement appliqués ; ces appareils ont tous été admirablement supportés par les opérés et ont donné les meilleurs résultats.

CRUET.

OBSTÉTRIQUE

Grossesse pathologique : 1. Grossesse et maladie de Basedow ; 2. Syphilis pendant la grossesse ; 3. Fibromes et grossesse ; 4 5. 6. Grossesse extra-utérine. — II. *Accouchement et dystocie* : 7. Accouchement par le siège ; 8. Extraction du siège ; 9. Hémorragies post partum ; 10. Bassin coxo-tuberculeux ; 11. Dystocie par fibrome ; 12. Dystocie fœtale. — III. *Suites de couches pathologiques* : 13. Endométrite puerpérale ; 14. Auto-infection. — IV. *Nouveau-nés* : 15. Forme de la tête du nouveau-né ; 16, 17. Établissement de la respiration à la naissance ; 18. Anencéphalie et brides amniotiques. — V. *Thérapeutique et opérations* : 19. Cocaïne dans les accouchements ; 20. Antisepsie par les sages-femmes ; 21. Incisions profondes du col pendant le travail ; 22. Accouchement prématuré artificiel ; 23. Opération césarienne ; 24. Opération de Porro.

1. **Grossesse pathologique.** — 1. Hæberlin¹ a rapporté une intéressante observation de grossesse compliquée de maladie de Basedow. Il s'agissait d'une femme qui commença une sixième grossesse alors qu'elle était atteinte de cette affection depuis quelques mois. Sous l'influence de la gestation, les phénomènes s'aggravèrent, exophthalmie, gonflement du corps thyroïde, palpitations. Puis vers le huitième mois survinrent des hémorragies graves, indice d'un décollement prématuré du placenta, et le fœtus succomba. On dut pratiquer le tamponnement vaginal. L'accouchement eut lieu prématurément, et une nouvelle perte survenue au moment de la

1. *Centr. für Gyn*, 28 juin 1890.

dilatation complète rendit nécessaire l'extraction du fœtus par les pieds. Le placenta, expulsé spontanément, renfermait de nombreux infarctus blanchâtres et hémorrhagiques. Pendant les suites de couches, tous les phénomènes s'amendèrent notablement.

La maladie de Basedow est donc aggravée par la grossesse, et d'autre part elle peut réagir d'une façon funeste sur la grossesse en provoquant un décollement prématuré du placenta et des hémorrhagies, la mort du fœtus, etc. Aussi l'auteur pense qu'il y a, chez les femmes atteintes de goitre exophthalmique qui deviennent enceintes, indication à interrompre dès les premiers mois le cours de la grossesse.

2. Il existe de grandes divergences d'opinion sur la question de savoir si une femme qui contracte la syphilis au cours d'une grossesse est capable d'infecter son enfant. Tandis que Winckel, Muller et Zweifel admettent que la transmission de l'infection est d'autant plus sûre que la maladie remonte plus près du début de la grossesse, Schröder pensait au contraire que cette transmission est extrêmement rare.

- Steffek¹ a observé deux faits qui sont en faveur de la transmission dans ces conditions. Deux femmes, saines au moment de la conception, devinrent syphilitiques vers le 5^e mois. Elles accouchèrent l'une 23 jours, l'autre 40 avant le terme. L'un des enfants était mort-né, l'autre ne vécut que quelques heures. Contrairement à l'opinion de E. Fränkel et de Zill, qui admettent que, lorsque la syphilis est d'origine maternelle, le placenta maternel est seul atteint, dans les deux cas de Steffek c'est dans le placenta fœtal qu'on trouva localisées les lésions spécifiques.

3. Dans un cas de fibrome compliquant la grossesse

1. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, Bd XVIII, h. 1.

avec des accidents menaçants, le D^r Routier¹ a pratiqué la laparotomie au troisième mois de la gestation. La tumeur, volumineuse, était insérée sur le fond de l'utérus auquel elle appartenait par un gros pédicule ; elle fut complètement énucléée, sans aucune ouverture à l'utérus. Les suites de cette opération furent très heureuses et la grossesse continua son cours normal.

M. Routier a relevé les observations de fibromes compliquant la grossesse dans lesquels on est intervenu comme lui, en laissant l'utérus en place. Il a réuni un total de 15 cas. Sur ces 15 cas : 5 morts, 10 guérisons. Sur les 10 guérisons, il y a eu 3 avortements et 7 grossesses normales ont continué leur cours.

C'est là évidemment une opération grave. Aussi ne devra-t-on intervenir qu'en présence d'accidents sérieux. Dans tous les cas où l'énucléation amènerait l'ouverture de l'utérus, il faudrait pratiquer l'hystérectomie.

4. Le conseil donné par Litzmann d'attendre la mort du fœtus dans les grossesses extra-utérines, pour n'opérer que 8 à 10 semaines plus tard, n'a plus de raison d'être d'après Olshausen². Cet auteur pense qu'on ne doit pas tenir compte de la vie ni de la viabilité de l'enfant, et que, dans l'intérêt de la mère, il faut intervenir le plus tôt possible. Voici du reste les conclusions de son travail : Dès que le diagnostic d'une grossesse extra-utérine paraît certain, il faut, avant la rupture du sac, pratiquer la laparotomie et faire l'ablation du sac. S'il y a eu rupture dans les premiers mois, l'intervention chirurgicale n'est indiquée qu'en cas d'accidents très menaçants. Quand les premiers mois sont passés et que l'œuf continue à s'accroître, le mieux est d'opérer aussitôt que possible. Dans la seconde moitié de la grossesse, on doit opérer,

1. *Ann. de gyn.*, mars 1890.

2. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 24 février 1890.

sans s'inquiéter de la vie ou de la mort de l'enfant, l'expectation étant plus dangereuse pour la mère que l'opération. Il faut autant que possible faire l'ablation du kyste fœtal en totalité. Si cette ablation est impossible, on suturera le sac à la paroi abdominale et on établira le drainage.

Olshausen rejette l'élytrotomie et le drainage par le vagin. Il conseille en outre la ligature des artères utérine et utéro-ovarienne pour éviter les hémorrhagies graves au cours de l'opération. Quant à la question de savoir si, dans certains cas, on peut laisser le placenta en place et refermer l'abdomen, l'avenir seul permettra de la juger.

5. Le traitement opératoire de la grossesse extra-utérine a subi une grande extension dans ces dernières années, et de nombreuses interventions ont été pratiquées depuis 1886, époque où l'état de la science sur cette question avait été résumée en France par Maygrier dans sa thèse d'agrégation, à l'étranger par Werth. M. Ch. Audry¹ a pu réunir 170 observations de laparotomie pour grossesse ectopique de 1886 à 1890 : 13 seulement sont d'origine française. De ces opérations, les unes ont été pratiquées pour des grossesses extra-utérines de moins de 5 mois, les autres au-delà de 5 mois.

Grossesses de moins de cinq mois. — Il y a lieu de distinguer deux catégories de faits, suivant qu'on intervient avant ou après la rupture du kyste fœtal.

1° *Avant la rupture.* Dans 20 cas, on a fait l'extraction du sac et de la trompe. Veit a 12 opérations à son actif avec 12 succès. Il n'y a eu en tout qu'une mort. La salpingectomie semble donc s'imposer quand la grossesse est reconnue dès les premiers mois. La seule difficulté réside dans le diagnostic, qu'on pourra éclairer dans les cas douteux par une ponction exploratrice.

1. *Arch. de Tocologie*, août 1890.

2° *Après la rupture.* Ici la laparotomie a été pratiquée le plus souvent en pleine rupture pour parer à l'hémorragie interne qui rend la mort imminente. Le succès est subordonné à la rapidité avec laquelle on intervient. Il y a eu 56 opérations avec 10 morts. Dans des cas plus rares, la section abdominale n'a été faite que plusieurs jours après la rupture, pour des accidents inflammatoires ou septiques. Le résultat est bien inférieur: sur 5 observations, 2 décès par infection.

Grossesses de plus de cinq mois. — 1° *Le fœtus est mort.* On peut faire simplement l'incision du kyste et l'extraction du fœtus. Depuis 1886, 34 opérations de ce genre ont donné six morts; la mortalité, qui, avant 1886, était de 37 p. 100, s'est abaissée à 19 p. 100. Les difficultés auxquelles donne lieu le traitement du placenta doivent faire préférer à l'incision simple du kyste son ablation totale toutes les fois qu'elle est possible. Le nombre des cas est encore restreint, mais le résultat est très encourageant: sur cinq faits réunis par Audry, une seule malade a succombé.

2° *Fœtus vivant.* L'incision du kyste et l'extraction de l'enfant avaient jusqu'en 1886 donné des résultats désastreux: 27 femmes mortes, presque toutes d'hémorragie, sur 50. Depuis, grâce surtout à la pédiculisation sur épingles du placenta de Martin et à la ligature préalable de l'artère utéro-ovarienne, les résultats ont changé: sur 6 opérations, il y a eu 5 succès. Le mieux est encore ici d'extirper le sac complètement, lorsque c'est possible, comme l'ont fait Breisky et Olshausen avec succès.

6. Nous avons déjà eu l'occasion de parler du traitement de la grossesse extra-utérine par l'électricité (voy. *Année médicale.*, 1888, p. 314). Brothers¹ ajoute une nouvelle série de dix cas traités avec succès aux 43 publiés

1. *Amer. journ. of obs.*, février 1890.

antérieurement. Il expose en outre le résultat des recherches qu'il a entreprises pour connaître le sort ultérieur des malades. Il est arrivé à établir l'état actuel de 25 d'entre elles. Sur ces 25 femmes, dont 14 ont été traitées depuis plus de trois ans, il en est 8 chez lesquelles l'examen permet de constater la persistance d'une tumeur abdominale ; chez 8 autres, l'examen est resté négatif ; les 9 dernières n'ont pu être examinées, mais toutes sont en parfaite santé. Brothers résume ainsi son opinion au sujet du traitement électrique :

La crainte de rompre le sac et de provoquer une hémorragie fatale est illusoire. Dans le seul cas de mort qui a été observé par Jauvrin, la rupture existait déjà au moment où l'on a eu recours à l'électricité.

Quand le traitement électrique a été appliqué avant le troisième mois, il n'y a jamais eu de suppuration du sac. Passé 3 ou 4 mois, on ne doit plus songer à appliquer l'électricité. L'électro-puncture est un procédé à rejeter complètement. Lorsque le diagnostic est erroné, le traitement par l'électricité est sans danger. Une grossesse extra-utérine à son début peut être arrêtée dans son développement et même disparaître sous l'action du galvanisme ou de la faradisation.

II. Accouchement et dystocie. — 7. L'optimisme de Zweifel à l'égard du pronostic des présentations du siège n'est pas partagé par Van der Meij¹. Selon cet auteur, la vie de l'enfant est en danger, même en dehors de toute complication. Voici comment il expose la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège. Quand le bassin est normal, il se garde d'intervenir pendant la descente du siège, et, jusqu'à la sortie complète du tronc, il se borne à surveiller les battements du cœur et les pulsations du cordon.

1. *Centr. für Gyn.*, 6 décembre 1890.

Il n'admet pas l'abaissement prophylactique d'un pied, à moins de procidence du cordon ou de rupture précoce des membranes. Quand l'abaissement du pied est impossible, il ne faut pas craindre d'introduire deux doigts dans les aînes de préférence à l'emploi du crochet mousse. Si les bras sont relevés, on les dégagera en commençant par le postérieur.

Pour l'extraction de la tête, l'auteur conseille la manœuvre de Mauriceau. Seulement il n'admet pas le précepte classique de ramener le menton en arrière et de faire artificiellement la rotation. Il conseille de se borner à soutenir le fœtus, et d'attendre que la rotation se fasse spontanément ; c'est seulement lorsqu'elle ne s'effectue pas qu'on devra la pratiquer.

8. Herzfeld, de Vienne, a publié une série de 141 extractions par le siège pour montrer la supériorité de la manœuvre de Mauriceau, appelée en Allemagne des noms de Veit-Smellie. Sur ces 141 extractions, il y a eu 89, 36 p. 100 d'enfants vivants. Dans 25 cas, le bassin était rétréci et 6 enfants ont succombé, dont trois par perforation du crâne. Dans 7 cas, il y avait placenta prævia ; 4 enfants vécut et 3 succombèrent. Aucune femme ne mourut ; sept seulement eurent quelques légers accidents.

Les présentations furent les suivantes : 76 sièges, 38 épaules, 27 sommets ; la version fut pratiquée dans les deux dernières variétés. Dans tous ces cas, la manœuvre de Mauriceau fut employée et les excellents résultats obtenus font conclure Herzfeld à son emploi exclusif et à l'inutilité du forceps.

9. Dans les hémorragies extrêmement graves par inertie utérine après l'accouchement, Sænger a proposé comme moyen ultime de pratiquer artificiellement l'in-

version de l'utérus et de faire l'ablation de cet organe par le vagin. Revenant sur cette pratique, Kocks¹ conseille aussi l'inversion artificielle de l'utérus dans les hémorragies post partum, mais sans la faire suivre de l'ablation. Lorsque l'utérus est inversé, ce qui est assez facile à obtenir quand il est inerte en opérant sur son fond des tractions avec une pince de Museux, on a sous les yeux la surface saignante, et on peut alors exercer une compression énergique, avec une bande d'Esmarck par exemple, et arrêter ainsi complètement l'hémorragie. La réduction de l'organe est ensuite facile. Kocks se base sur une observation personnelle ; dans un cas d'inversion spontanée de l'utérus avec hémorragie violente, il a pu, par une compression exercée directement sur la matrice inversée, arrêter tout écoulement de sang et réduire le déplacement sans difficulté après la cessation de la perte.

10. La coxo-tuberculose de l'enfance amène du côté du bassin des déformations confondues généralement par les auteurs avec celles qui résultent de toutes les autres lésions du membre inférieur. Elles doivent en être différenciées comme vient de le démontrer Démelin², en s'appuyant sur l'anatomie pathologique et la clinique. Après avoir rapporté trois observations, il termine son travail par les considérations suivantes : Le bassin coxo-tuberculeux a le type oblique ovalaire. Sauf exceptions, la moitié aplatie de l'excavation pelvienne répond à la hanche saine, lorsque le membre inférieur malade est ankylosé dans l'abduction et la rotation en dehors. Au contraire, la moitié aplatie répond à la hanche coxalgique lorsque le membre inférieur malade est fixé dans l'adduction et la rotation en dedans. La luxation du fémur ne joue, par

1. *Centr. für Gyn.*, 17 mai 1890.

2. *Gaz. des hôpitaux*, 27 septembre 1890.

elle seule, qu'un rôle accessoire dans la pathogénie de la viciation pelvienne. Le diamètre promonoto-pubien est presque toujours plus petit qu'à l'état normal. Le pronostic de cette viciation est en général plus grave que celui du bassin vicié par luxation congénitale. Le bassin coxotuberculeux doit être nettement séparé du bassin ilio-fémoral; il a une anatomie pathologique et un pronostic qui lui sont propres.

41. Le D^r Ribemont-Dessaignes, a rapporté un intéressant cas de dystocie causée par un fibrome du segment inférieur. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, primipare, arrivée près du terme, et chez laquelle, à la suite d'une rupture prématurée des membranes, on constata une pro-cidence du cordon, en dehors de toute contraction douloureuse. Le diagnostic resta hésitant; on crut à une présentation du sommet et comme le col était à peine dilaté, on eut recours successivement et sans succès, dans le but de provoquer l'accouchement, au seigle ergoté, au tamponnement vaginal, à l'introduction d'une sonde. Au bout de 3 jours, la femme était épuisée, avait 39°, et un liquide d'odeur infecte s'écoulait par le vagin.

Le D^r Varnier, appelé d'abord, constata l'existence d'une tumeur fibreuse remplissant l'excavation; le col avait une dilatation de deux francs et le doigt arrivait sur une présentation du siège mode des fesses, très élevée. Après antisepsie et application d'un ballon de Champetier de Ribes qui amena rapidement la dilatation complète, il y eut plusieurs tentatives infructueuses d'extraction.

Le D^r Ribemont-Dessaignes, mandé alors dans l'hypothèse d'une opération de Porro probable, reconnut également l'existence d'un fibrome qui occupait la partie postérieure du segment inférieur et d'une présentation du siège. Il réussit à fixer sur le siège les deux branches

du basiotribe de Tarnier, sans le perforateur, et exerça des tractions énergiques. Pendant ces tractions, la tumeur subit un mouvement d'ascension, et le tronc du fœtus s'engagea et put être amené au dehors. La tête, bien que volumineuse et hydrocéphale, sortit avec facilité. Malheureusement, la femme succomba trois semaines plus tard à la septicémie.

Le grand intérêt de ce fait réside dans l'heureuse application du basiotribe sur le siège, et dans l'ascension subie par la tumeur au moment des tractions, ce qui confirme l'opinion de Tarnier, qui préfère la présentation du siège à celle du sommet dans les cas de fibrome inséré sur le segment inférieur.

12. Les cas de dystocie fœtale d'origine rénale sont rares; aussi l'observation rapportée à l'Académie par M. Guéniot¹ est-elle digne d'intérêt. Il s'agit d'une femme de 23 ans, secondipare, qui arrivée à huit mois de grossesse fut prise des douleurs de l'accouchement et entra à la Maternité. L'enfant se présentait par le sommet en OIDP. Après la sortie de la tête et des membres supérieurs, très œdématiés, le tronc resta immobile et ne put être dégagé par les tractions les plus énergiques. Une ponction faite dans l'hypocondre droit du fœtus avec un gros trocart ramena environ 60 grammes d'un liquide citrin, d'origine ascitique. Mais l'extraction demeura impossible. M. Guéniot fit alors la décollation et dut procéder à l'éviscération. Il arriva avec la main dans la cavité abdominale de l'enfant sur une masse énorme, dont il put arracher plusieurs morceaux, ce qui permit enfin d'effectuer la complète sortie du tronc.

L'examen anatomique montra que les parties enlevées appartenaient aux reins. Ces organes étaient énormes; ils pesaient, le droit 360 grammes et le gauche 280 gr.

1. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 22 avril 1890.

Lisses et réguliers à leur surface, ils étaient d'un tissu friable, fluctuant par places. Sur la coupe, ils apparaissaient parsemés d'une multitude de kystes dont les plus gros avaient le volume d'une lentille. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une dégénérescence kystique des reins développée en partie aux dépens des tubes droits, en partie aux dépens des glomérules.

III. Suite de couches pathologiques. — 13. L'endométrite puerpérale est pour E. Braun-Fernwald¹ justiciable du curetage de l'utérus. Il importe de bien établir que les accidents fébriles ont uniquement pour point de départ l'inflammation de la muqueuse. On se basera, pour faire ce diagnostic, sur le début de la fièvre peu après l'accouchement, sur le défaut d'involution de l'utérus, sur la fétidité et la coloration des lochies. Si l'infection se généralise, l'opération est contre-indiquée. Dans 101 cas, où les accidents étaient bien limités à l'utérus, le curetage a été pratiqué de un à huit jours après leur apparition : 96 femmes ont guéri, 5 ont succombé.

14. Pour résoudre la question de l'auto-infection, Steffek² a fait l'examen des sécrétions vaginales de femmes enceintes n'ayant autant que possible subi aucun examen. Après s'être rendu microscopiquement compte de la présence de micro-organismes dans ces sécrétions, il a pratiqué des injections à des lapins et fait des cultures sur l'agar. Prenant ensuite du pus des abcès ou du sang des organes malades des premiers lapins, il l'a inoculé à une seconde série d'animaux et a refait de nouvelles cultures. Il y eut en tout 29 expériences : 12 donnèrent un résultat positif, c'est-à-dire que dans 7 cas il y eut formation d'abcès, et dans 5 infection généralisée et mort de l'animal. Les microbes constatés étaient les sta-

1. *Arch. für Gyn.*, Bd XXXVII, h. 3.

2. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, Bd XX, h. 2.

phylocoques pyogènes *albus* et *aureus* et aussi le streptocoque. Comme moyen de contrôle, les mêmes recherches furent faites avec les sécrétions stérilisées de dix femmes enceintes et les résultats de l'inoculation demeurèrent négatifs.

L'auteur se croit, d'après ces faits, autorisé à admettre que les staphylocoques et les streptocoques des voies génitales peuvent produire la septicémie par le mécanisme de l'auto-infection : toutefois une irritation inflammatoire est nécessaire pour permettre la pénétration profonde des microbes.

La conclusion qui s'impose est la nécessité de la désinfection prophylactique. Les mesures de prophylaxie employées à Dorpat et à Wurzburg ont donné des résultats excellents. A Dorpat, sur 200 accouchements, la morbidité a été de 7.2 p. 100. A Wurzburg, 139 accouchements avaient eu lieu de janvier à fin avril 1889 sans prophylaxie aucune : la morbidité fut de 19.4 p. 100 ; mais de mai à décembre, 239 accouchements avec prophylaxie ne donnèrent que 5.9 p. 100 de morbidité ; et en 1890, sur 200 accouchées, il y eut seulement 7,5 p. 100 de morbidité.

IV. **Nouveau-nés.** — 15. G. Runge¹ a pratiqué des mensurations sur les crânes de dix nouveau-nés dans le but de déterminer la courbure des os frontaux et pariétaux. Il s'est servi de lames de plomb appliquées symétriquement de chaque côté de la tête, et a établi des graphiques très exacts. Il est arrivé ainsi à conclure que la prétendue asymétrie congénitale de la tête est très douteuse : que lorsqu'il y a asymétrie du crâne à la naissance, elle est due au travail de l'accouchement, que la voussure plus accentuée du pariétal antérieur dans les pré-

1. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, Bd XIX, h. 1.

sentations du sommet disparaît peu après l'accouchement, si bien qu'il n'y a plus entre les deux os qu'une différence d'un millimètre. Les courbures des frontaux ne semblent pas différer sensiblement l'une de l'autre. Le chevauchement des pariétaux s'accompagne d'un léger mouvement de rotation.

16. Glœckner¹ a pu observer les manifestations de la vie chez trois produits de conception, immédiatement après l'avortement. Les deux premiers fœtus avaient 15 semaines ; ils pesaient 85 grammes et mesuraient 16 à 17 centimètres de longueur. Le troisième, âgé de 19 semaines, avait un poids de 220 grammes et une longueur de 23 centimètres. Ces trois fœtus firent des mouvements respiratoires énergiques pendant une heure à une heure et demie. Les battements cardiaques s'accéléraient à chaque inspiration. A l'autopsie, on trouva les poumons vides d'air ; l'estomac ouvert sous l'eau, contenait quelques bulles de gaz. Ces faits ont une certaine importance médico-légale. Glœckner pense que l'accélération des mouvements du cœur à chaque inspiration était due à ce que le sang qui circulait dans les vaisseaux des parois de l'estomac s'oxygénait au contact de l'air dégluti.

17. Cette explication n'est pas admise par Schultze², qui pense que les mouvements inspiratoires agissent mécaniquement sur le cœur pour activer la circulation. Les grosses veines situées à l'entrée du thorax se distendent pendant l'inspiration, et le cœur recevant plus de sang devient plus actif. L'action mécanique exercée par les mouvements respiratoires sur la circulation est importante à constater pour le choix de la méthode à employer pour ranimer les enfants asphyxiés.

Quand l'esphyxie est légère, et si l'enfant est à terme,

1. *Centr. für Gyn.*, 4 janvier 1890.

2. *Centr. für Gyn.*, 8 février 1890.

un seul mouvement inspiratoire suffit parfois pour ramener la vie. Mais, si l'asphyxie est profonde, si l'accouchement a eu lieu avant terme, les mouvements respiratoires spontanés, rares et espacés, ne suffisent plus pour ranimer l'enfant. On doit recourir à la respiration artificielle. Schultze admet que l'insufflation peut rendre des services, mais seulement dans les cas légers. Quand l'asphyxie est profonde, il considère que l'insufflation est insuffisante. Aussi conseille-t-il d'avoir recours à sa méthode de balancement du corps de l'enfant; cette méthode, bien connue, permet seule, selon lui, de produire des mouvements d'inspiration et d'expiration assez énergiques pour activer la circulation du cœur et des gros vaisseaux, et par conséquent pour rappeler le fœtus à la vie.

18. M. Guéniot¹ a montré à l'Académie de médecine un fœtus anencéphale, de huit mois, mort vers la fin du travail et présentant, comme particularité intéressante, des brides membraneuses multiples adhérentes à la face et se reliant directement avec l'amnios. Deux de ces brides se fixaient symétriquement sur la peau des joues. Ce fœtus était en outre porteur de deux pieds-bots varus. Le placenta était volumineux et friable; le cordon court (22 centimètres). L'enfant, du sexe féminin, s'était présenté par le siège; l'accouchement avait eu lieu spontanément. Les difformités présentées par ce fœtus dans son extrémité céphalique confirment l'opinion de M. Dareste sur le rôle de l'amnios dans les déviations tératologiques.

Dans la discussion, le professeur Lannelongue a fait remarquer que le fœtus présentait une double fissure commissurale, c'est-à-dire correspondant à une fente normale de la face, entre les deux bourgeons maxillaires. Il pense qu'il en est toujours ainsi; il n'y a donc pas section, mais arrêt dans la soudure d'une fente embryon-

1. *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 22 avril 1890.

naire de la face, produit par l'action mécanique des brides. Ceci confirme d'une part l'exactitude de la théorie de Dareste sur les adhérences amniotiques, et prouve d'autre part que ces adhérences sont précoces, antérieures à l'époque où les bourgeons de la face sont soudés.

V. Thérapeutique et opérations. — 19. Les premières recherches sur l'emploi de la cocaïne comme analgésique dans les accouchements ont été faites par Doléris et Dubois en 1885. Elles ont donné des résultats assez satisfaisants, confirmés depuis par plusieurs expérimentateurs. M. Bousquet¹, de Marseille, rapporte à son tour 32 observations dans lesquelles il a employé la cocaïne pour calmer les douleurs du travail, pendant la période d'expulsion. Sur ces 32 cas, il y a eu 10 accouchements laborieux avec intervention. La solution de cocaïne était au vingtième. On injectait une demi-seringue de Pravaz dans chaque grande lèvre, près de la fourchette, 15 à 20 minutes avant l'expulsion spontanée du fœtus ou avant l'intervention. Dans quelques cas, on s'est servi de tampons vaginaux.

Dans les 32 cas, l'auteur a noté sinon la suppression, du moins une atténuation notable des souffrances. Il pense que la cocaïne « peut rendre de sérieux services en obstétrique ; qu'elle est fidèle, efficace et inoffensive, et qu'elle trouve son emploi dans la majorité des cas ».

20. Un progrès sérieux a été réalisé dans la pratique de l'antisepsie obstétricale par le fait de l'autorisation accordée aux sages femmes de se servir désormais des préparations de sublimé dans les accouchements. A la suite d'épidémies puerpérales survenues dans la clientèle de plusieurs sages-femmes, le ministre de l'Intérieur a soumis à l'Académie de médecine la question de savoir

1. *Arch. de tocologie*, décembre 1890.

si on pouvait autoriser les accoucheuses à prescrire des substances antiseptiques.

Dans un rapport remarquable, le D^r Budin a montré que la pratique de l'antisepsie était imposée presque partout à l'étranger aux sages-femmes, et qu'on les rendait responsables des accidents infectieux survenus dans leur clientèle, lorsqu'il était prouvé qu'elles n'avaient pas pris les précautions hygiéniques et antiseptiques nécessaires. Après avoir passé en revue les différentes substances antiseptiques, il a conclu que, pour plus de sécurité dans la pratique, il y avait lieu de n'autoriser les sages-femmes qu'à prescrire un seul antiseptique, le plus puissant actuellement connu, le sublimé, et sous une formule déterminée pour éviter tout accident toxique. Sur la proposition de M. Budin, l'Académie a voté qu'il fallait autoriser les pharmaciens à délivrer aux sages-femmes des paquets ainsi composés :

Sublimé corrosif.....	25 centigrammes
Acide tartrique.....	1 gramme
Solution alcoolisée de carmin d'indigo sec à 5 p. 100.....	1 goutte

Sur chaque paquet qui, conformément à la loi, portera une étiquette rouge, seront écrits ou imprimés ces mots :

Sublimé 25 centigrammes
Pour un litre
POISON

Les pharmaciens pourront également leur donner des doses de 30 gr. de vaseline au sublimé à 1 p. 100. La décision de l'Académie de médecine a été adoptée par le gouvernement, et a été promulguée dans un décret paru à l'*Officiel*.

21. Dührssen¹ se basant sur une pratique assez étendue, se déclare partisan des incisions profondes du col de l'utérus et du plancher périnéo-vaginal pendant le travail dans un certain nombre de cas. Elles lui semblent indiquées dans les conditions suivantes : 1° quand on veut accélérer la marche de l'accouchement ; 2° pour mettre le col à l'abri d'une déchirure inévitable ; 3° pour permettre de terminer artificiellement l'accouchement. Ces conditions se trouvent surtout réalisées dans l'oblitération, l'agglutination du col, dans la rigidité de l'orifice. Elles le sont encore dans le cas de rupture prématurée des membranes, chez les primipares âgées, chez les femmes éclamptiques et dans les cas de placenta præviâ, de procidence du cordon, de viciation pelvienne.

Ces incisions ne doivent être faites que lorsque le col est effacé et déjà plus ou moins dilaté. Elles seront au nombre de deux ou trois, deux latérales et une postérieure. Pratiquées avec le bistouri, elles doivent avoir une longueur de 4 centim. sur 2 ou 3 de profondeur. Elles sont sans danger et ne provoquent pas d'hémorragie. Lorsque la résistance des parties molles est considérable, on associera aux incisions cervicales des débridements sur le périnée. Après l'accouchement, on aura soin de suturer ces incisions, et en l'absence de réunion par première intention, on fera ultérieurement la périnéorrhaphie ou la trachelorrhaphie.

22. Malgré les excellents résultats fournis par la pratique moderne de l'opération césarienne, et la grande extension qu'elle a prise en Allemagne, les accoucheurs allemands ne répudient pas tous l'accouchement prématuré artificiel. C'est ainsi qu'Abfeld² a pu recueillir de 1871 à 1890, 118 cas où il a provoqué l'accouchement.

1. *Arch. für Gyn.*, Bd XXXVII. h. 1.

2. *Centr. für Gyn.*, 26 juillet 1890.

Dans 111, il s'agissait de bassins viciés diversement et dans 7 de maladies de la mère. Il y eut 102 enfants vivants, mais 25 succombèrent peu après leur naissance ; 75 survécurent. Lorsque le bassin mesurait moins de 7 cent., aucun enfant ne naquit vivant. Entre 7 et 8,5, 38 enfants vécurent sur 57. Entre 8,5 et 9,75, il y eut 21 enfants vivants sur 25. Parmi les mères, il y eut 5 morts, dont 4 par des complications telles que l'éclampsie, et 1 seule par le fait de l'accouchement provoqué.

De cet ensemble, Ahlfeld conclut que l'accouchement prématuré artificiel doit conserver son rang parmi les moyens de sauvegarder les enfants. Les chances de succès de cette opération sont plus grandes dans les maternités qu'en ville. Toutefois, on ne devra pas provoquer l'accouchement au dessous de 7^{es}3, étant donné qu'aucun enfant ne survit dans ces conditions.

23. Fritsch ¹ revient de nouveau sur la simplification de l'opération césarienne (*voy. Année médicale, 1889, p. 294*). Il considère décidément la suture séro-séreuse de Sænger comme inutile et pense qu'elle ne met pas à l'abri de l'hémorrhagie. Léopold emploie une méthode un peu différente de celle de Sænger. Il place des sutures profondes et superficielles ; ces dernières doivent comprendre une partie de la couche musculaire en même temps que la séreuse. Mais ce procédé d'occlusion est imparfait, et Léopold a rapporté un cas de mort par hémorrhagie. Aussi Fritsch a-t-il recours à des sutures qui intéressent la paroi utérine dans toute son épaisseur. Au lieu de faire 5 à 6 sutures profondes et 6 à 8 superficielles, comme Léopold, il en fait 15, toutes profondes, et obtient ainsi une réunion parfaite, sans crainte d'hémorrhagie. En outre, il donne à l'incision une longueur de 15 centimètres, et non de 8, comme le fait Léopold,

1. *Centr. für Gyn* 29 mars 1890.

car cette étendue est nécessaire pour le passage d'une tête fœtale, dont la circonférence mesure environ 33 centimètres.

24. Le traitement du moignon dans l'opération de Porro a été l'objet d'une communication de Fritz Franck¹ de Cologne au Congrès de Berlin. Cet auteur conseille l'inversion du moignon dans le vagin. Il a pratiqué six opérations de cette manière, et propose de procéder de la façon suivante : Après avoir fait la castration, on incise l'utérus à sa partie supérieure, puis on fixe sur les lèvres de l'incision de fortes ligatures de soie qu'on fait passer par le vagin. On inverse alors l'utérus, puis on applique un lien élastique autour du col, et on ampute l'organe. Cette inversion du moignon n'offrirait que des avantages, elle donne toute la sécurité du traitement extra-péritonéal en même temps que les chances de guérison du traitement intra-péritonéal. Sur les six opérées, une seule a succombé, et tous les enfants ont survécu.

Le moignon inversé se retourne peu à peu, et au bout de 12 ou 14 jours, on retrouve la portion vaginale au toucher. Dans aucun cas, on n'a observé d'hémorrhagie consécutive. Le danger d'infecter le péritoine par le vagin est minime, si l'on a soin de réunir les fils par un nœud, de les amener par le vagin et de les confier à un aide. L'inversion est facile à obtenir, même quand le col est incomplètement dilaté ; on la produira non seulement en tirant sur les fils, mais en combinant à cette traction des pressions sur le fond de l'utérus.

CH. MAYGRIER.

1. Congrès de Berlin, in *Supplément du Centr. für Gyn.*, 1890.

GYNÉCOLOGIE

I. *Organes génitaux externes* : 1. Cystocèle et rectocèle ; 2. Colpocystorrhaphie ; 3. Cancer primitif du vagin. — II. *Utérus* : 4. Hydrastis canadensis dans les affections utérines ; 5,6,7,8,9. Traitement des rétrodéviations de l'utérus par la fixation utéro-vaginale, le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, l'opération de Nicoletis, l'hystéropexie ; 10. Traitement chirurgical des myomes ; 11. Traitement du pédicule dans la myomotomie ; 12. Cancer de l'utérus ; 13. Hystérectomie vaginale. — III. *Ovaires et annexes* : 14. Ovariectomie ; 15. Traitement des salpingites suppurées par l'incision vaginale ; 16. Traitement des suppurations du petit bassin ; 17,18. Castration dans l'ostéomalacie.

I. Organes génitaux externes. — 1. D'après Munde ¹, la meilleure opération pour guérir la cystocèle vaginale est celle de Stoltz. Elle consiste en ceci : dénuder toute la surface vaginale dans la partie correspondant à la cystocèle ; armer un fil de soie de deux aiguilles courbes à ses extrémités, puis passer la première aiguille en dehors de la dénudation, depuis le point le plus proche du col jusqu'au méat urinaire, en traversant tous les tissus ; faire de même avec la deuxième aiguille de l'autre côté de la dénudation ; tirer sur les deux extrémités du fil qui va fermer l'avivement comme une bourse, et nouer solidement ces deux extrémités. On pratiquera soigneusement le cathétérisme pour éviter la distension de la vessie, et on n'enlèvera les fils que le 10^e jour ; les résultats ont toujours été excellents.

Pour la rectocèle, le même auteur conseille d'avoir recours au procédé d'Hégar modifié. A partir du point le

1. *Amer. Journ of obst.*, mars 1890.

plus élevé de la rectocèle, fixé avec un ténaculum, on pratique avec les ciseaux un large avivement triangulaire : la base du triangle est en bas, et les deux angles inférieurs correspondent en deux points symétriquement opposés des grandes lèvres. Une suture en surjet est faite avec un long et solide catgut depuis l'angle supérieur de l'avivement jusqu'à la base. En ce dernier point, on fait avec de la soie de 5 à 8 sutures sur le périnée. L'opération est ainsi pratiquée sur le rectum et sur le périnée ; c'est là la raison des bons résultats qu'elle produit. Les fils de soie seront enlevés vers le 10^e jour ; le catgut doit se résorber.

Dans toutes ces interventions, l'antisepsie doit être rigoureusement observée.

2. Byford ¹ a proposé pour le traitement de la cystocèle une opération à laquelle il a donné le nom de *colpocystorrhaphie*. Elle repose sur les deux principes suivants : soutenir la vessie et les organes périphériques ; relever ces organes au moyen d'un plancher pelvien.

Pour obtenir ce double but, l'auteur suture à la paroi postérieure du canal inguinal, à droite et à gauche de l'uretère, la tunique fibreuse du vagin, et complète cette opération par le raccourcissement des ligaments ronds. Puis, il fait, dans la même séance, la colporrhaphie postérieure, suivant le procédé de Martin, et y ajoute la périnéorrhaphie. Cette opération complexe a donné un excellent résultat chez une femme âgée de 57 ans, atteinte d'un prolapsus utérin et d'une énorme cystocèle.

3. Stumpf ² a rapporté une observation de cancer primitif du vagin, intéressante surtout à cause de l'âge relativement jeune de la femme, qui n'avait que 32 ans.

Il s'agissait d'un carcinome exulcéré à marche rapidement envahissante. Une intervention fut faite pour

1. *Amer. Journ. of Obst.*, février 1890.

2. *Münchener med. Woch.*, n° 40, 1890.

essayer d'enrayer l'extension du mal. La tumeur fut enlevée, et ses limites excisées avec soin. Le fond fut cautérisé au fer rouge, puis lavé avec une solution de chlorure de zinc à 1 p. 50, la malade était guérie au bout de 16 jours. Mais deux mois plus tard, une récidive apparaissait dans le rectum, et la mort survint trois mois après. L'examen microscopique montra que la tumeur était constituée par un épithélioma pavimenteux.

II. Utérus. — 4. Se basant sur un assez grand nombre d'observations, M. Pigache ¹ a étudié l'action de l'*hydrastis canadensis* dans les affections utérines. L'*hydrastis canadensis* agit en resserrant le calibre des vaisseaux et en diminuant la stase active ou passive. Il permet ainsi au processus de résorption de l'emporter sur le processus d'exsudation. Dans les maladies du cœur, à la suite d'hémorragies abondantes, chez les personnes très nerveuses, il ne faut pas donner de trop hautes doses, et on doit proscrire la voie hypodermique.

L'extrait fluide et l'hydrastine paraissent être les meilleures préparations. L'extrait peut se donner à la dose de 20 gouttes, quatre fois par jour : pour masquer son goût amer et répugnant, on l'associera à de l'élixir de Garus par exemple. L'hydrastine se prescrira en pilules de 0,05 centigrm. chaque, à prendre au nombre de 4 à 10 par jour.

L'*hydrastis* n'est qu'un palliatif, et par conséquent, il ne peut suffire à lui seul à remplir toutes les indications, mais il agit très favorablement dans les cas de dysménorrhée congestive ; ses effets sont bons également sur l'endométrite simple. Quand l'endométrite est fongueuse et ancienne, il échoue, à moins de continuer son administration longtemps ; mais il rend le curetage de l'utérus

1. *Th.* Paris, 1890.

plus efficace et prévient les récidives. L'hydrastis échoue dans les métrites parenchymateuses chroniques, les polypes muqueux et fibreux. Schatz, Pellner, etc., ont montré que son action sur les corps fibreux est dans beaucoup de cas véritablement remarquable. Le résultat est absolument nul dans les cas de cancer de l'utérus.

5, 6. Depuis que l'hystéropexie a fait son entrée dans la pratique gynécologique, de nombreuses modifications opératoires ont été proposées, nous avons déjà signalé le procédé de fixation utéro-vaginale imaginé par Schücking pour le traitement de la rétroflexion et du prolapsus (voy. *Année médicale* 1889, p. 335). Il a été maintenant employé 62 fois, d'après Schücking lui-même ¹. La méthode encore imparfaite dans les 20 premiers cas (fils retirés trop tôt, abstention du port d'un pessaire...) n'a donné que 12 guérisons définitives.

Mais une série nouvelle de 43 observations permet de juger absolument ce mode de traitement. Sur ces 43 faits, il n'y a pas eu un seul insuccès. On a employé pour la ligature des crins de Florence, et on ne les a enlevés qu'au bout de 8 à 10 semaines; de plus, on a fait porter aux opérées un pessaire de Thomas ou de Hodge.

Aussi Schücking, dont nous nous bornons à enregistrer l'opinion, considère-t-il que son procédé opératoire est bien supérieur à la ventro-fixation. Cette dernière place selon lui, l'utérus dans une situation trop élevée : cet organe appartient à l'excavation pelvienne et non à l'abdomen. Quant au raccourcissement des ligaments ronds, il expose à de nombreux mécomptes et ne saurait entrer en ligne de comparaison avec la fixation vaginale.

Ajoutons que Tampkr ². a rapporté deux observations dans lesquelles il a employé la méthode de Schücking.

1. *Centr. für Gyn.*, 22 février 1890.

2. *Ibidem.*

Dans un cas, il s'agissait d'une rétroflexion accompagnée de prolapsus de la paroi antérieure du vagin. Le fil fut retiré au bout de six semaines : la femme guérit complètement de son infirmité. Dans le second cas, la fixation vaginale fut pratiquée pour une rétroflexion ancienne ; la guérison fut durable. Signalons toutefois deux accidents survenus au cours de ces deux opérations : dans la première, la présence du fil détermina une cystite assez intense ; dans la seconde, on dut recommencer l'opération, une hémorrhagie utérine survenue au bout de 24 heures, ayant obligé l'opérateur à retirer le fil.

7. Frommel¹ repousse également la ventro-fixation qu'il considère comme substituant un déplacement à un autre. Il préconise un traitement chirurgical qui consiste dans le raccourcissement intra-abdominal des ligaments utéro-sacrés, dont le relâchement est la principale cause des rétro-déviations de l'utérus.

Voici comme il opère : la femme étant placée sur le bord de la table d'opérations, le siège très élevé, il libère l'utérus de ses adhérences et le redresse. Il suture alors les replis de Douglas dans un point voisin de leur extrémité antérieure au péritoine des parois latérales de l'excavation. La direction des ligaments utéro-sacrés devient ainsi coudée presque à angle droit au lieu de rectiligne qu'elle était d'avant en arrière : il y a donc un raccourcissement de ces ligaments et en même temps une tension plus considérable qui maintient l'utérus dans sa situation normale. Une femme opérée par ce procédé avait, au bout d'un an, l'utérus toujours redressé. Frommel conseille de ne pas employer pour la suture le catgut qui se résorbe trop vite, mais la soie ou le crin de Florence.

8. Sous le nom d'hystéropexie originale, le D^r Nicolétis avait imaginé en 1889 une opération, qu'a préconisée

1. *Cent. für Gyn.*, 8 février 1890.

particulièrement Richelot, et dont M. Debayle¹ a fait cette année l'objet de sa thèse inaugurale. Cette opération consiste essentiellement à pratiquer l'amputation sus-vaginale du col, puis à suturer les parties latérales de l'incision vaginale à la surface de section de la lèvre antérieure, et la partie médiane postérieure de cette même incision à la surface de section de la lèvre postérieure. Les parois postéro-latérales du vagin sont amenées ainsi à prendre leur insertion sur la partie antérieure du col : il en résulte que le col est attiré en bas et en arrière, comme par un mouvement de sonnette, et que le corps rétrofléchi se trouve entraîné en sens inverse, c'est-à-dire en haut et en avant. L'utérus est ainsi redressé dans sa situation normale.

Cette opération a été exécutée quinze fois avec de bons résultats. Ses indications résident dans les rétrodéviations, rétroversion avec ou sans rétroflexion, lorsque ces déplacements sont mobiles, ou quand il n'existe que des adhérences peu prononcées et mobilisables. S'il y a des complications utérines, endométrite ou autres, elles devront être préalablement l'objet d'un traitement approprié.

9. L'histoire complète de l'hystéropexie, avec tous ses procédés si nombreux et si variés, a été de la part du Dr M. Baudouin, l'objet d'un excellent travail qu'il sera toujours précieux de consulter pour tout ce qui concerne ce mode de traitement des rétrodéviations utérines. Nous ne pouvons que donner ici une analyse très succincte de cet important mémoire, très riche en documents, dans lequel sont résumées près de 250 observations sous forme de tableaux synoptiques fort intéressants. Parmi les diverses méthodes d'hystéropexie suspubienne, ou utéro-fixation, la seule utilisée aujourd'hui et applicable à la

1. Th. Paris, 1890.

cure des déplacements de l'utérus en arrière est l'hystéropexie abdominale antérieure : elle peut être extra ou intra-péritonéale, mais la variété extra-péritonéale, basée sur la crainte de l'ouverture du péritoine, n'a plus qu'un intérêt historique.

L'hystéropexie intra-péritonéale peut être exécutée de plusieurs façons. Le procédé que l'auteur accepte comme le plus sûr et le plus simple est celui de G. Thomas et Czerny, perfectionné par M. Terrier : c'est le procédé de la fixation directe avec sutures perdues horizontales. Cette opération est indiquée dans les rétrodéviations plus ou moins adhérentes et graves, s'accompagnant de douleurs vives, et rendant le travail impossible et la vie insupportable. Elle l'est encore dans les rétrodéviations mobiles, mais anciennes et douloureuses, surtout, s'il y a en même temps du prolapsus. M. Baudouin pense que même dans les cas graves de rétroversion de l'utérus gravide, on pourrait, comme dernière ressource, tenter l'hystéropexie.

L'utéro-fixation n'a aucune contre-indication, puisque des grossesses ultérieures sont possibles. Grâce à la méthode antiseptique, elle est absolument bénigne, réserve faite des cas où il y a des adhérences péri-utérines très résistantes. Dans certains cas bien déterminés, l'hystéropexie devra être combinée à des opérations plastiques accessoires sur le vagin ou le périnée.

10. G. Léopold¹ a consacré un très important mémoire au traitement chirurgical des myomes. Ce traitement doit être variable suivant les indications fournies par chaque cas en particulier, et l'auteur s'est attaché à poser des règles aussi précises que possible. Les matériaux sur lesquels il a édifié son travail sont considérables. Ils portent sur un ensemble d'environ 400 malades, dont beau-

1. *Arch. für Gyn.*, Bd XXXVIII, h. 1., 1890.

coup n'ont été soumises qu'à un traitement médicamenteux ou palliatif. 140 ont été traitées chirurgicalement, et les opérations se subdivisent ainsi : 28 énucléations par la voie vaginale, 35 castrations, 56 myomotomies, et 21 ablations totales.

1° *Traitement palliatif.* — Léopold estime que les *injections d'ergotine* rendent des services contre les hémorrhagies, et sont surtout indiquées dans le cas de tumeurs interstitielles ; mais elles ne font jamais disparaître les tumeurs. Il en est de même du *traitement électrique* tant vanté actuellement. Les moyens palliatifs qui donnent les résultats les plus sérieux sont le *curetage de la muqueuse utérine, l'incision de la capsule, la dilatation du col.*

2° *Traitement chirurgical.* — *L'énucléation par le vagin* est indiquée dans le cas d'hémorrhagies abondantes et quand les tumeurs sont ou peuvent devenir accessibles. Sur 28 opérations, il n'y a eu qu'une mort, soit 3,50|0.

La *castration* s'applique aux fibromes interstitiels et sous-péritonéaux de moyen volume. Léopold l'a pratiquée 35 fois avec 4 morts (11 0|0). De ces castrations, 27 seulement furent doubles, et donnèrent des résultats durables : suppression des règles, diminution des tumeurs. Les 7 autres furent incomplètes et demeurèrent inutiles.

La *myomotomie* ou ablation par l'abdomen de la tumeur avec ou sans amputation de l'utérus, est indiquée lorsque la tumeur est plus volumineuse qu'une tête d'enfant, et que les symptômes de compression, les hémorrhagies, les douleurs résistent à tout autre traitement et mettent les jours de la femme en danger. 57 myomotomies ont été exécutées et se subdivisent ainsi : dans 22 cas, traitement intra-péritonéal du pédicule, 5 morts : 22,7 0|0 ; dans 34 cas, traitement extra-péritonéal du pédicule, 7 morts : 20 0|0.

L'ablation totale de l'utérus myomateux par le vagin reconnaît les indications suivantes :

La tumeur ne doit pas dépasser le volume d'une tête fœtale ; la castration est rendue impossible par les adhérences ou le déplacement des ovaires : l'état général de la malade rend la laparotomie dangereuse. Dans ces conditions, Léopold a pratiqué 24 ablations totales ; il y eut 3 morts : 13 O/0. A la fin de son travail, l'auteur a résumé dans des tableaux instructifs 128 observations. Des planches explicatives rendent compte de la variété des tumeurs et de la technique opératoire.

11. Si l'hystérectomie abdominale pour fibromes est plus grave que l'ovariotomie, il faut en rechercher la cause dans le pédicule, dont le traitement a toujours été très controversé. M. Richelot ¹, est partisan convaincu du traitement intra-péritonéal du pédicule, à la condition d'employer la *ligature élastique perdue*, comme l'a conseillé le premier Kleeberg. Cette ligature se fait avec un cordon plein ou de préférence un tube, tel qu'une sonde en caoutchouc rouge. L'utérus, avec les fibromes, est attiré hors du ventre ; on jette le lien élastique autour du segment inférieur, au-dessous des ovaires, en prenant le bord supérieur du ligament large ; on le fixe solidement en entourant ses extrémités avec un fil de soie ; puis on excise toute la masse située au-dessus de la ligature. La surface de section est touchée avec la pointe du thermo-cautère. Abandonné, le pédicule retombe dans la cavité pelvienne, on referme alors avec soin l'abdomen.

La ligature élastique perdue s'enkyste ordinairement ; quelquefois elle s'élimine par le museau de tanche ; dans un cas, cette élimination a eu lieu au bout d'un an, dans un autre, au bout de cinq mois. M. Richelot a opéré ainsi 13 femmes, avec 3 insuccès ; mais il est impossible

1. *Ann. de Gynéc.*, octobre 1890.

d'attribuer les 3 décès à l'opération elle-même, la mort étant survenue par cachexie, par occlusion intestinale, et par congestion pulmonaire. Dans tous les autres cas, les malades ont guéri rapidement ; leur situation s'est dénouée plus vite qu'après l'application de la méthode extra-péritonéale. Aussi l'auteur conclut-il ainsi : « Enkystée ou éliminée après quelques mois, la ligature élastique ne crée pas de nouveaux périls ; elle tient solidement, elle est d'une efficacité absolue contre l'hémorragie ; elle est à la fois le plus simple et le plus sûr des traitements intra-péritonéaux. »

12. Dans un mémoire consacré à la statistique, au pronostic et au traitement du cancer de l'utérus, Tanner¹, fait connaître les résultats de l'extirpation totale de l'utérus cancéreux par le vagin à la clinique de Breslau. De 1883 à 1889, il y a eu 103 opérations de ce genre, avec 10 décès : mortalité 9,7 pour cent. Et dans ces dernières années, cette mortalité s'est abaissée à 6,9 pour cent. L'hystérectomie vaginale donne donc un grand nombre de succès. Les guérisons ne sont, il est vrai, que temporaires ; cependant Tanner pense qu'on doit rejeter toutes les opérations incomplètes dans le traitement du cancer utérin, sauf en cas de grossesse. L'ablation totale n'est contre-indiquée que lorsque le *paramétrium* et les ligaments larges sont envahis.

13. Krug² a rapporté sept observations d'hystérectomie vaginale pratiquée par lui dans l'espace de vingt et un mois. Selon lui, c'est à tort que plusieurs chirurgiens américains considèrent cette opération comme dangereuse et inutile. Il suffit de constater les succès obtenus dans d'autres pays. La statistique de Léopold entre autres est des plus probantes : sur 110 cas, cet auteur n'a

1. *Arch. für Gyn.*, Bd XXXVII, h. 3.

2. *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1890.

relevé que 6 morts, et cependant 80 fois l'opération fut faite pour une tumeur maligne. Les femmes ont survécu dans la proportion de 77,5 pour 100, et chez la plupart d'entre elles, la date de l'intervention remontait à deux ans au moins ; chez 17, cette date variait entre 3 ans et cinq ans et demi. Les dangers de l'hystérectomie vaginale viennent de ce qu'on en méconnaît les indications. Ainsi Krug rapporte qu'il a refusé d'opérer dans 25 cas où les lésions s'étendaient aux ligaments larges et aux organes voisins. On ne doit pratiquer l'hystérectomie que lorsque le cancer est limité à l'utérus, col ou corps, et il faut opérer de bonne heure : c'est dans ces cas le seul mode de traitement à employer.

III. **Ovaires et annexes.** — 14. De l'année 1882 à 1889, M. Terrillon ¹ a pratiqué 200 ovariectomies, sur lesquelles il donne des renseignements très intéressants. Ces opérations doivent se grouper en deux séries : les 100 premières ont donné une mortalité de 12 femmes ; les 100 autres ne comprennent que 4 morts. Ce dernier résultat est dû à l'application plus minutieuse de l'antisepsie. Les tumeurs appartenaient aux variétés suivantes : 160 kystes multiloculaires, 25 kystes paraovariens, 8 kystes dermoïdes, 1 kyste hydatique, 44 fois l'opération fut double ; 14 fois, elle dut être incomplète.

Dans la première centaine d'ovariectomies, on compte sur les 12 décès, 4 morts par péritonite aiguë. Dans les 4 décès de la seconde centaine, la péritonite n'est plus en cause.

Quant aux résultats éloignés, ils ont porté sur 175 femmes, 9 ont succombé plus ou moins tardivement à des affections variées ; 3 d'entre elles à des récidives de tumeur sarcomateuse, ce qui était prévu. 164 opérées sur-

¹. *Ann. de Gynéc.*, juillet 1890.

vivaient et étaient dans un excellent état de santé en juin 1890.

M. Terrillon attribue les remarquables résultats de ses 100 dernières ovariectomies à l'amélioration de sa technique. Il recommande particulièrement l'emploi des mesures suivantes :

- 1° Stérilisation exacte et absolue des instruments par la chaleur, et surtout par l'eau bouillante.
- 2° Lavage de la cavité péritonéale avec une grande quantité d'eau filtrée et bouillie.
- 3° Nettoyage plus exact des doigts et des ongles avec des brosses spéciales : se servir d'alcool, de permanganate de potasse.
- 4° Faire bouillir les soies destinées aux ligatures ; opérer presque seul, prendre soi-même ses instruments, être seul à s'en servir.

15. Bien que la laparotomie soit l'opération le choix pour ouvrir les collections purulentes qui ont pour siège la trompe et l'ovaire, il est cependant des cas où l'intervention par la voie vaginale est indiquée. M. Bouilly¹, a eu occasion d'opérer ainsi six jeunes femmes qui avaient présenté les phénomènes ordinaires des salpingo-ovarites, et toutes ont guéri. Ces malades se trouvaient dans des conditions spéciales qui nécessitaient l'intervention vaginale. M. Bouilly s'est attaché à bien montrer les indications de ce mode de traitement. Pour qu'on soit en droit d'ouvrir une collection purulente salpingée ou ovarienne par le vagin, il est indispensable qu'on puisse l'apprécier facilement par le toucher et le palper combinés et qu'on sente manifestement la fluctuation. Il faut que la poche soit unique, non cloisonnée, régulière, également fluctuante partout ; de façon à ce que son contenu puisse être évacué par une seule incision. Enfin il est nécessaire que la lésion soit unilatérale. A toutes ces con-

1. *Arch. de Tocologie*, sept. 1890.

ditions se joignant un état général fébrile, un épuisement qui ne laissent à la laparotomie que peu de chances de succès.

Cette opération est donc exceptionnelle, et toute de nécessité. Elle se pratique ainsi : après anesthésie, on abaisse le col, et au niveau du point fluctuant, autant que possible à l'union des cul-de-sac latéral et postérieur pour éviter la vessie et le rectum, on enfonce un trocart ; un bistouri conduit sur lui agrandit l'ouverture d'un cent. 1/2 environ à droite et à gauche. Puis après évacuation complète de la poche, on l'irrigue largement à l'aide d'une grande canule en verre ; on place un drain et on applique au fond du vagin un tampon de gaze iodoformée. Le drain peut être retiré du 12^e au 20^e jour.

16. Dans une intéressante communication à l'Académie de médecine, M. Péan a exposé ses idées sur le traitement des suppurations de l'utérus et de ses annexes. Les suppurations d'origine utérine réclament une intervention variable suivant le siège et l'étendue des lésions.

Lorsque la suppuration est limitée à l'utérus, on peut se borner à employer les astringents et les caustiques, ou avoir recours à la dilatation du col et au curage. Quand l'utérus, les trompes et les ovaires sont envahis, on retirera de bons résultats de la castration si la collection tubo-ovarienne est petite et sans adhérences. Dans le cas où la suppuration serait tout à fait limitée à la trompe, on pourrait inciser le cul-de-sac du vagin correspondant, décoller le péritoine et aller ouvrir largement le foyer sans intéresser la séreuse. Si l'abcès siège dans les culs-de-sac du péritoine ou dans les ligaments larges, l'incision, le drainage et les injections antiseptiques seront indiqués. Mais le grand intérêt du mémoire de M. Péan réside dans le traitement qu'il conseille d'ap-

pliquer aux cas où la suppuration a envahi l'utérus, les annexes, les ligaments larges, et les culs-de-sac péritonéaux, où les viscères pelviens sont en réalité une vaste éponge à pus. En pareil cas, c'est à l'hystérectomie vaginale qu'il faut recourir. Après ouverture des culs-de-sac du vagin et du péritoine, après pincement et section des ligaments larges, on pratiquera par morcellement l'ablation de l'utérus, des trompes et des ovaires. On donnera ainsi un large écoulement au pus, en même temps qu'on enlèvera des organes malades et absolument perdus pour la reproduction. On fera ensuite le tamponnement antiseptique du vagin. M. Péan estime que l'hystérectomie est l'opération de l'avenir pour toutes les suppurations graves de l'utérus et des annexes avec envahissement du petit bassin.

17, 18. A la suite d'opérations de Porro pratiquées pour étroitesse du bassin chez des femmes enceintes atteintes d'ostéomalacie, on a observé souvent la guérison de l'ostéomalacie elle-même. Fehling en avait conclu à l'influence favorable de la suppression des ovaires, et il avait proposé la castration comme traitement de l'ostéomalacie.

Zweifel¹, à propos d'une amputation ovarique exécutée dans les mêmes conditions à la fin de la grossesse, émet une autre opinion que Fehling. Il pense que l'ablation des ovaires n'est pas nécessaire, et que la stérilisation, obtenue par exemple par la ligature des trompes, suffit. Sans priver la femme de son sexe, on lui enlèverait ainsi toute aptitude à concevoir, les grossesses amenant constamment une aggravation de la maladie.

Répondant à Zweifel, Fehling² a déclaré qu'il n'a pas seulement conseillé de faire la castration, mais qu'il a

1. *Centr. für Gyn.*, 11 janvier 1890.

2. *Centr. für Gyn.*, 1^{er} février 1890.

exécuté cette opération huit fois ; il a été suivi dans cette voie avec succès par P. Müller et Winckel. Fehling a opéré ses malades en dehors de toute puerpéralité, deux fois six mois après l'accouchement et dans les autres cas de deux à neuf ans après les suites de couches. Toutes ces femmes ont guéri, et comme chez elles l'ostéomalacie s'aggravait en dehors de toute gestation, il est impossible d'admettre avec Zweifel que c'est la privation de l'appétit à concevoir qui les a guéries. Ce n'est donc pas la stérilisation pure et simple qu'il faut rechercher pour obtenir la guérison de l'ostéomalacie, mais bien l'ablation des ovaires : en enlevant ces organes, on supprime leur influence sur l'organisme tout entier en général et sur la maladie osseuse en particulier.

Ch. MAYGRIER.

THÉRAPEUTIQUE

I. Acétate d'ammoniaque contre la scarlatine. — II. Alcalins. — III. Anémone. — IV. Antipyrine. — V. Antisepsie interne. — VI. Antiseptiques. — VII. Antiseptol. — VIII. Aristol. — IX. Bleu de Méthylène. — X. Bromoforme dans la coqueluche. — XI. Bromures. — XII. Brulûres. — XIII. Caféine. XIX. Calomel. — XV Camphorique (acide). — XVI. Cannabis indica. — XVII. Capsium annuum. — XVIII. Catha edulis. — XIX. Chlorose. — XX. Chrysarobine. — XX. Cocaïne. — XXII. Condurango blanco. — XXIII. Coqueluche. — XXIV. Créoline. — XXV. Crésalol. — XXVI. Cyanhydrique (acide). — XXVII. Diabète sucré. — XXVIII. Dilatation de l'estomac. — XXIX. Diphthérie. — XXX. Diurétine. — XXXI. Dysentérie. — XXXII. Epistaxis. — XXXIII. Erysipèle. — XXXIV. Exalgine. — XXXV. Fer. — XXXVI. Fièvre intermittente. — XXXVII. Gaiacol carboxylique. — XXXVIII. Glycérine savonneuse. — XXXIX. Heliantus annus. — XL. Hémostatiques. — XLI. Hydrastinine. — XLII. Hypnot. — XLIII. Injections trachéales. — XLIV. Insuffisance urinaire. — XLV. Iodol. — XLVI. Jambul. — XLVII. Kola. — XLVIII. Lobéline. — XLIX. Lysol. — L. Menthol. — LI. Methacétine. — LII. Naphtaline. — LIII. Naphtol. — LIV. Naphtol camphré. — LV. Ouabaïne. — LVI. Pambotano. — LVII. Peptones. — LVIII. Picrique (acide). — LIX. Phénédine. — LX. — Pyoktanin. — LXI. Quinine. — LXII. Résorcine. — LXIII. Salicylate de soude. — LXIV. Salicylique. — LXV. Salipyrine. — LXVI. Salol. — LXVII. Sélénieux(acide). — LXVIII. Spartéine. — LXIX. Strophantus, Strophantine. — LXX. Sulfaminol. — LXXI. Sulfurique (acide). — LXXII. Tellurate de potasse. — LXXIII. Théobromine. — LXXIV Thymol. — LXXV. Touraillon. — LXXVI. — Trichloracétique (acide). — LXXVII. Tuberculose pulmonaire. — LXXVIII. Ulcères douloureux. — LXXIX. Ural. — LXXX. Variole. — LXXXI. Winter-green.

I. Acétate d'ammoniaque contre la scarlatine.
— Vidal a éprouvé de bons résultats de ce traitement ; il donne l'acétate d'ammoniaque à la dose de 1 gramme

par année d'âge chez les enfants et les adultes : on ne dépasse jamais 35 grammes. — L'efficacité est d'autant plus grande que le médicament est administré le plus près du début de la maladie.

II. Alcalins. — D'après Dufour¹, les alcalins augmentent le pouvoir glycogénique du foie. Pour Stodelmann², ils diminuent les principes azotés de l'urine, en proportion de la dose utilisée, sans les supprimer jamais complètement. Les matières fécales sont moins consistantes ; la combustion des graisses augmente. La chaux et la magnésie ne sont pas plus ou moins excrétées ; les phosphates et les sulfates tendent à diminuer

III. Anémone. — Bovet³ a employé cette substance comme sédatif des douleurs d'origine utérine et ovarienne. M. Bazy a obtenu de bons résultats en utilisant ce médicament contre les douleurs de l'orchite. Il est probable qu'il agit comme décongestionnant des organes génitaux. On la prescrit à la dose de 2 à 4 ctgr. par jour, en paquets contenant chacun 1 ctgr. d'anémone et 9 ctgr. de sucre, ou en pilules de 1 ctgr. d'anémone avec 2 ctgr. de réglisse et q, s, de sirop. Il ne faut pas dépasser 10 ctgr.

IV. Antipyrine. — Bloschko⁴ l'emploie dans les éruptions prurigineuses et *douloureuses*. Il prescrit chez l'enfant :

Antipyrine.....	5 grammes.
Sirop de sucre.....	25 —

1 cuillerée à café le soir.

1. *Soc. de la biologie.*
2. *Mercredi médical.*
3. *Soc. de med. pratique.*
4. *Soc. de Dermat. de Berlin.*

Il a obtenu de très bons résultats, par son usage, dans l'urticaire, le prurit nerveux, le prurigo, le pemphigus. D'après Miraschi¹ ce médicament calme très bien les douleurs consécutives à l'accouchement : par rétention des membranes, distension de l'utérus, etc. Il est un très bon sédatif pendant la période de dilatation du col ; il arrête l'avortement, et calme la dysménorrhée spasmodique. L'auteur l'ordonne à la dose de 2 gr., 50. Dessaie², ainsi que Moncorvo, ont employé avec d'excellents résultats l'antipyrine chez les enfants, dans la chorée, la coqueluche, l'urticaire, Dessaie l'ordonne à la dose de 0,50 ctgr. répétés 4 fois par jour. Larabe fait observer qu'elle peut produire une anémie dangereuse et empêcher l'oxygénation du sang.

Antisepsie interne. — Jacovieff traite la *diarrhée hémorrhagique* par l'eau sulfo-carbonée ; il a eu dans 8 cas d'excellents résultats. Il donne aux malades 5 à 10 ctgr. de calomel, puis leur fait prendre 6 à 10 cuillerées à bouche de la solution suivante dans du lait.

Sulfure de carbone.....	23 grammes.
Eau.....	50 —
Essence de menthe.....	1 gouttes.

On leur administre de plus 2 fois par jour un lavement avec un mélange de 45 gr. d'eau sulfo-carbonée dans 45 gr. d'eau. Cantoni ordonne pour les diarrhées des lavements d'huile et d'acide tannique. White³ prescrit dans l'*urétrite* des capsules composées de :

Salol.....	0,20
Oléo-résine de cubèbe.....	0,30
Baume de copahu.....	6
Pepsine.....	0,05

Pour une capsule gélatinée.

1. *Arch. de Tocologie.*

2. *Assoc. méd. américaine.*

3. *Med. News.*

VI. Antiseptiques. — Foote a fait avec les différents antiseptiques des essais de stérilisation de cultures de fièvre typhoïde, de pneumocoque, de streptocoque et de staphylocoque. On peut ranger les antiseptiques comme suit : 1° le *sublimé* à 1/2.000 ; 2° l'*acide phénique* à 1 % ; 3° le *thymol* à 1/240 ; 4° la *créoline* à 1 % ; 5° l'*hydronaphtol* à 1/2.300 ; 6° le *fluosilicate de soude* à 1/240 ; 7° la *résorcine* à 1 %. D'après Luderitz, le *café* en poudre ou en infusion serait un bon antiseptique. Cette action serait due au tannin qu'il contient et aux substances empyreumatiques qui se développent par la torréfaction. — Lister a modifié le pansement antiseptique comme il suit : La gaze est trempée dans une solution contenant pour 450 gr. d'eau, 1 gr. de cyanure double de mercure et de zinc et 0,12 cgr. de sublimé. On la colore ensuite avec du violet de gentiane. Si la gaze est peu colorée, c'est qu'elle contient peu de sel, car le violet de gentiane à une grande affinité pour le sel de mercure, il est précipité par la moindre quantité de ce sel. Langlebert recommande la formule suivante pour les solutions de sublimé.

Sublimé.....	1 gramme.
Acide salicylique.....	10 à 20 grammes.
Alcool.....	100 —
Eau distillée.....	900 —

L'acide salicylique empêche la formation d'albuminates insolubles et la décomposition du sublimé par les sels calcaires. Le *gâïacol-carboxilique* est vanté comme un antiseptique puissant. On l'obtient en saturant le gâïacol iodé avec le bioxyde de carbone sous pression à froid, puis chauffant le mélange en vase clos à 100°. Le produit est dissous dans l'eau, et décomposé par un acide, minéral, le composé cristallisé combiné à 2 molécules d'eau.

VII. **Antiseptol.** — On doit à Yvon la découverte de ce nouveau corps antiseptique. On sait qu'en versant dans une solution aqueuse d'un sulfate d'un alcaloïde une solution d'iodure de potassium ioduré, il se forme un précipité, combinaison de l'iode avec l'alcaloïde. On désigne ces corps sous le nom d'iodo-sulfates. Yvon a choisi comme alcaloïde la cinchonine, à cause de son prix peu élevé. Jorgensen a étudié ces corps au point de vue chimique. L'iodo-sulfate de cinchonine contient 50 0/0 d'iode; c'est une substance amorphe, légère, brune, inodore, insoluble dans l'eau, l'alcool et le chloroforme. On l'emploie comme succédané de l'iodoforme, dont il a tous les avantages.

VIII. **Aristol.** — Bayer et Eichoff ont proposé cette substance comme succédané de l'iodoforme. On l'obtient en mélangeant une solution d'iode dans l'iodure de potassium et une solution de thymol alcaline. Il se produit un précipité rouge-brun amorphe qui est le dithymolbiodé ($2 C^{10} H^{18} H^o + 3 I^2 = 2 C^{10} H^{12} I^o + 4 HI$) renfermant 45 0/0 d'iode. Cette substance est insoluble dans l'eau et la glycérine, peu soluble dans l'alcool, mais elle se dissout bien dans l'éther. Elle est inodore et pas irritante. Eichoff l'a surtout employée en pommade à 10 0/0 dans les maladies de la peau (ulcères variqueux, eczéma, lupus, psoriasis).

IX. **Bleu de Méthylène.** — Ehrlich, Steppmann¹ Combemale et François² emploient cette substance contre les névralgies, les douleurs de l'ataxie des névrites, le rhumatisme articulaire aigu, les douleurs ostéocopes et l'hydarthrose traumatique. On le donne à l'intérieur

1. *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 23.

2. *Soc. de biologie.*

à la dose de 1 gramme en capsules gélatineuses, ou en injections hypodermiques (1 à 4 ctmc. par jour d'une solution à 2 0/0.

X. Bromoforme dans la coqueluche. — Steps¹ a employé avec succès ce médicament contre la *coqueluche* à la dose de 5 à 20 gouttes; il donne :

Bromoforme.....	X gouttes.	
Alcool.....	3 à 5 grammes.	
Eau.....	100	—
Sirop.....	10	—

Une à 2 cuillères par heure.

XI. Bromures. — Doyon a retrouvé à l'autopsie d'un épileptique mort brusquement et qui prenait du bromure de potassium à hautes doses, 0,73 ctgr. de ce sel dans le foie, et 1 gr. 934 dans le cerveau. — Laufenauer² prescrit le *bromure double d'ammonium et de rubidium* à la dose de 4 à 8 grammes dans l'épilepsie. Ce sel composé de 36 parties de bromure de rubidium et de 64 de bromure d'ammonium 0/0 serait plus efficace que le bromure de potassium.

XII. Brûlures (traitement). — Ostermeyer³ les traite comme suit : il ouvre les ampoules, fait évacuer le serum, puis recouvre la brûlure d'un mélange de *sozoïodol de potasse* avec 10 parties d'amidon ou de talc, et dispose par dessus une couche d'ouate et une bande. Il aurait eu d'excellents résultats par ce traitement. Szuman⁴ recouvre la lésion de la pommade suivante :

Vaseline jaune.....	30	grammes.
Acide salicylique en poudre..	1 à 2	—
Chlorhydre de cocaïne.....	0,20 à 0,30	ctgr

1. *Deutsche med. Woch.*
2. *Thér. Monats.*
3. *Deutsche med. Woch.*
4. *Norwing Lekarski.*

XIII. Caféine. — D'après Lapicque et Parisot¹, la caféine exagère la tonicité musculaire ; à doses considérables seulement, elle agit comme poison musculaire. M. Germain Sée² a fait à l'Académie de médecine une communication sur ce sujet, dont voici le résumé : 1° La caféine à petites doses répétées (0,60 ctgr. par jour) facilite le travail musculaire, en augmentant l'activité du système nerveux moteur cérébral et médullaire, et non celle du muscle ; d'où diminution de la sensation d'effort et de fatigue. 2° Elle empêche le gonflement et les palpitations qui suivent l'effort. 3° Elle communique à l'homme qui travaille un entraînement. 4° Elle augmente, dans ces cas, les pertes en carbone de l'organisme, surtout des muscles ; elle ne diminue pas les pertes azotées ; elle n'est donc pas un moyen d'épargne. Elle ne peut donc remplacer les aliments ; elle n'épargne pas les réserves, bien au contraire elle en augmente la combustion au moment du travail. Elle remplace seulement l'excitation que donne l'ingestion des aliments. Son action sur le cœur et le rein serait différente de ce que l'on admet généralement. D'après Reichert³ elle augmente la vitesse du pouls et diminue la pression sanguine. Mais au début et à la fin de l'intoxication par la caféine, il existe du ralentissement du pouls ; au début, ce phénomène serait dû à une action inhibitrice du bulbe et du cœur, et à la fin à une paralysie directe du cœur. L'accélération observée dans le cours de l'intoxication est due à une dépression ou une paralysie des centres inhibiteurs du cœur. La diminution de la pression sanguine est due à une paralysie du cœur et à une paralysie secondaire des parois vasculaires. La caféine diminue la force de travail du cœur, c'est un dépressur cardiaque.

1. *Soc. de Biologie.*

2. *Acad. de méd.*

3. *Therap. Gazette.*

XIV. Calomel. — Adam¹ a montré que le calomel ne se transforme pas en sublimé sous l'influence du sel marin, à l'abri de l'air et en présence des matières organiques. Donc, il importe peu de donner le calomel en même temps que des aliments salés.

XV. Camphorique (acide). — Leu² administre ce médicament contre les sueurs nocturnes des phthisiques, à la dose de 2 gr. le soir, ou quelquefois 4 à 5 gr. Il ne produit aucun trouble digestif et est bien supporté; l'auteur a obtenu 60 succès sur 100 cas.

XVI. Cannabis Indica. — M. le Prof. G. Sée³ emploie cette substance dans les affections stomacales avec altérations chimiques du suc gastrique, et dans les névroses gastro-intestinales sans modification chimique de ce dernier. Le cannabis indica fait cesser les douleurs, rétablit l'appétit. Lorsqu'il y a hyperchlorhydrie, on l'associe au bicarbonate de soude à dose élevée à la fin de la digestion. Il n'agit pas sur les spasmes de la dilatation de l'estomac, mais sur les spasmes et les vomissements d'ordre nerveux-moteur, et calme le pyrosis. Il ne modifie pas les troubles nerveux généraux. On le donne à la dose de 5 ctgr. d'extrait gras par jour en 5 doses sous forme de potion.

XVII. Capsicum annum. — Natehaëf⁴ a obtenu de bons résultats dans la pneumonie en donnant aux malades de la teinture de capsicum annum à la dose de 20 gouttes plusieurs fois par jour. Ce traitement diminuerait les accès de délire chronique, et aurait une action heureuse sur le cœur, en l'empêchant de faiblir.

1. *Soc. de Thérapeutique.*

2. *Centralb., f. Klin med.*

3. *Acad. de médecine.*

4. *Med. Observ.*

XVIII. Catha edulis. — Les effets de cette substance ont été étudiés par MM. Dujardin-Beaumetz, Egasse et Leloup¹. Le catha edulis est un arbuste de la famille des célestrinées qui croît dans l'Afrique orientale. Fluckiger en a retiré un alcaloïde : la *katine* qu'il a combiné à l'acide acétique. C'est un succédané du café, de la coca et du maté. On peut l'employer comme excitant neuro-musculaire, et pour empêcher les fatigues provenant des veilles, de la marche. On peut la prescrire sous forme d'infusion de 5 à 15 grammes de feuilles sèches, d'alcoolature (15 grammes) ou d'extrait hydroalcoolique (3 grammes).

XIX. Chlorose (traitement). — Hyem² prescrit le traitement suivant : Repos, régime alimentaire réconfortant en rapport avec l'état du tube digestif, protoxalate de fer (25 à 50 ctgr. par jour). Parfois, pour aider la digestion, il est nécessaire de donner de l'acide chlorhydrique. Dans les formes intenses avec fièvre, on prescrit le maillot froid humide 1 ou 2 fois par jour. Lors de la convalescence, il faut ordonner l'hydrothérapie, la gymnastique, l'exercice en plein air, tout en évitant la fatigue. Le séjour au bord de la mer et les bains de mer sont contre-indiqués.

XX. Chrysarobine. — Urma l'emploie en suppositoires contre les hémorroïdes pour calmer la douleur et le flux hémorrhagique. Il formule :

Chrysarobine.....	0,40
Iodoforme.....	0,10
Extrait de belladone.....	0,05
Beurre de cacao.....	20

Pour cinq suppositoires.

1. *Bulletin général de thérap.*, 15 septembre 1890.

2. *Bulletin méd.*

Pour les hémorroïdes internes, on pratique des lotions sur les tumeurs avec une solution boriquée à 5 0/0 ou créolinée à 1 0/0 et on fait des onctions avec :

Chrysarobine.....	2 grammes.
Iodoforme.....	0,50
Ext. de belladone.....	0,70
Vaseline.....	30 grammes.

XXI. Cocaïne. — Lavaux¹ a préconisé le nitrate de cocaïne pour le mélanger aux solutions de nitrate d'argent utilisées en instillations dans la blennorrhagie. Il se sert d'une solution préparée au moment de :

Eau distillée.....	50 grammes.
Nitrate de cocaïne.....	1 —
Nitrate d'argent.....	1 —

qu'il instille après avoir lavé l'urèthre antérieur avec une solution boriquée ; puis il fait une injection boriquée. La douleur disparaît. Richardson² a observé l'*action aphrodisiaque* de la cocaïne. Reclus³ emploie très fréquemment les injections sous-cutanées de cocaïne pour les petites opérations. Il se sert de solutions à 2 ou 5 0/0 et fait une injection profonde sur tout le trajet que doit suivre l'incision. Au besoin, il circonscrit l'endroit par une couronne de piqûres de cocaïne (dilatation de l'anus pour le traitement des fissures). Avant de ponctionner les séreuses vaginales ou synoviales, il anesthésie leur surface auparavant, avec une injection de cocaïne à 5 0/0. Il a pu opérer ainsi une hernie étranglée. Après, les injections caustiques ne provoquent pas de douleur. Il ne faut pas dépasser la dose de 10 ctgr. L'anesthésie est complète au

1. *Société de médecine pratique.*

2. *Union méd. du Canada.*

3. *Gazette hebdomadaire.*

bout de 4 à 5 minutes après l'injection. Duménil se sert de la cocaïne pour anesthésier la peau où il veut prendre des lambeaux pour faire des greffes cutanées.

XXII. Condurango blanco. — Cette substance a été conseillée en 1889, par le Dr Casarès de la république de l'Equateur, comme guérissant le cancer de l'estomac. Cette étude a été depuis reprise par M. Dujardin-Beaumetz et un de ses élèves P. L. Guyenot-Outhier². Le condurango est un sédatif des douleurs stomacales; il constitue un des meilleurs modes de traitement de *la gastrite chronique* avec ou sans ulcération (Faux cancers). M. Dujardin-Beaumetz recommande l'emploi de la poudre de racine de condurango à la dose de 2 grammes après chaque repas ou l'extrait fluide dont on prescrit 20 gouttes après le repas. La *condurangine* a été étudiée par les mêmes auteurs. Injectée à un animal, elle produit des phénomènes ataxiques, terminés par la mort, si la dose est élevée. Ces phénomènes ressemblant à ceux de l'ataxie locomotrice, n'apparaissent que 2 à 3 jours après l'injection de l'alcaloïde.

XXIII. Coqueluche (traitement). — Scheling soumet le malade à des pulvérisations contenant pour une cuillerée d'eau chaude qu'on met dans le réservoir, autant de gouttes de chloroforme que l'enfant compte d'années. On fait 4 séances par jour. Les accès deviennent plus faibles au bout de huit jours.

XXIV. Créoline. — Janowski³ a trouvé que des injections de créoline pouvaient provoquer des suppurations sans microorganismes. Behring Weyl et d'autres expérimenta-

1. *Normandie médicale.*

2. *Thèse de Paris.*

3. *Ann. Soc. med. de Liège.*

teurs ont montré que la créoline n'était pas dépourvue de toxicité (10 grammes administrés par injection hypodermique en une fois tuent un chien). Zielewicz¹ se sert d'une solution de créoline à 1 ou 2 0/0 pour l'opération des cancers rectaux, pour le lavage de la vessie de la plèvre, dans les opérations sur le vagin, le périnée et l'utérus. Il n'a pas observé d'intoxications.

XXV. Crésalol. — Les crésalols peuvent former avec l'acide salicylique des éthers homologues du salol ou éthers crésylsalicyliques. Le crésalol est un éther salicylique du paracrésylol. C'est un corps cristallin, insoluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, insipide, d'une odeur rappelant celle du salol. Dans l'organisme, il se dédouble d'après Mencki en crésylol et acide salicylique. Ses propriétés antiseptiques sont analogues à celles du salol. On peut le donner à l'intérieur.

XXVI. Cyanhydrique (acide)². — L'injection de cet acide chez les animaux produit de l'agitation considérable, puis extension des pattes, abolition des réflexes, puis la mort par arrêt de la respiration. Le cœur bat encore assez longtemps après l'arrêt des mouvements respiratoires.

XXVII. Diabète sucré. — M. Dujardin-Beaumetz³ recommande le régime suivant : 1° Remplacer le pain ordinaire par le pain de gluten, le pain de soja, le pain à la légumine, la croûte de pain. 2° Proscrire les fruits. 3° Défendre les boissons alcooliques, ne permettre que du vin coupé, proscrire les bières à base de malt, ordonner le thé, le café, le maté, les préparations de kola.

2. *Uur. Monatssh.*

3. *Grehant, Acad. des Sciences.*

1. *Congrès de Berlin.*

4° prescrire la gymnastique, les exercices sans se fatiguer, l'hydrothérapie. 5° Donner des eaux alcalines, la lithine, l'arsenic. 6° Faire prendre des antithermiques antipyrine, phénacéline, acétanilide, exalgine. Casarelli¹ préconise le *sulfonal* dans le diabète sucré; il le donne à la dose de 3 grammes en 24 heures. Il ne faut pas prolonger son emploi pendant un long temps; il est nécessaire de réduire la dose. C'est un adjuvant du régime carné.

XXVIII. **Dilatation de l'estomac** (traitement). — M. Dujardin-Beaumetz² recommande le traitement suivant : 1° Antisepsie (a) *dans les cas moyens*,

Salicylate de bismuth.....	} àà	10 grammes.
Magnésie anglaise.....		
Bicarbonate de soude.....		

En trente cachets, un cachet à chaque repas.

(b) *cas plus avancés*.

Salicylate de bismuth.....	} àà	10 grammes.
Magnésie anglaise.....		
Naphtol		
Bicarbonate de soude.....		

En 40 cachets, un à chaque repas.

2° Laxatifs. — Prendre le soir, dans un 1/2 verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Follicules de séné passés à l'alcool en poudre.....	} àà	6 grammes.
Soufre sublimé.....		
Fenouil pulvérisé.....	} àà	3 grammes.
Anis étoilé.....		
Crème de tartre pulvérisée...		
Poudre de réglisse.....		2 grammes.
Sucre en poudre.....		8 —
		25 —

1. *Bulletin médical*.

2. *Société de médecine pratique*.

3° Lavages stomacal et intestinal avec l'eau boriquée à 10/1000 ou le naphthol α à 1/1000. 4° Régime: réduire les liquides (500 gr. à chaque repas, préférer le vin blanc); proscrire les toniques, les eaux gazeuses, les soupes liquides, espacer les repas de 7 heures. — OEUfs, féculents en purée, légumes verts très cuits, fruits en compote, viandes très cuites (braisées), bœuf à la mode, poule au riz, volailles en daube; proscrire: gibier, poissons, mollusques, crustacés, fromages avancés. Donner du pain grillé. 5° Sangle de Glénard, massage abdominal, électricité, gymnastique, hydrothérapie.

XXIX. **Diphthérie** (traitement). — Berlioz a obtenu par l'action de l'acide sulfurique sur l'huile de ricin, l'*acide sulforicinique* qu'il combine à un sel de soude pour former un sulforicinate de soude, corps dissolvant facilement le phénol. On peut par ce moyen faire une solution dite *phénol sulforiciné* à 15 ou 30 0/0 dont on se sert pour faire des badigeonnages de la gorge chez les diphthéritiques. L'emploi de cette substance a donné des succès très grands. Ruault l'a encore employée dans les affections du nez et de la bouche avec de bons résultats.

XXX. **Diurétine**¹. — C'est un *salicylate double de soude et de théobromine*. Il a été préconisé par Gram et Von Schröder comme diurétique. L'étude de cette substance a été reprise par Bardet et Mlle Konindjy-Pomerantz. Maretté a reconnu que la diurétine allemande n'était que de la théobromine dissoute dans la soude et mélangée à du salicylate de soude. Elle n'agit que par la théobromine qu'elle contient. On la donne à la dose de 3 à 5 gr. par jour toutes les 2 ou 3 heures; son action est plus forte que celle de la caféine. Elle agit directement sur

1. Bull. général de thérap.

l'épithélium rénal (ne pas l'employer dans les affections rénales). Elle n'a pas d'action sur les battements du cœur. La diurèse, sous son influence, se prolonge 2 ou 3 fois plus longtemps qu'avec la caféine. Elle n'a pas d'influence sur le système nerveux central.

XXXI. Dysentérie. — Schrøder¹ de Valparaiso donne l'ipéca en capsules contenant chacune 5 ctgr. d'ipéca (40 capsules par jour), et il ajoute le soir 2 à 5 ctgr. d'opium ; le malade est soumis à une diète liquide modérée. Le second jour, on peut avoir une amélioration. Si, les jours suivants, réapparaissent des évacuations muqueuses, on prescrit l'ipéca en lavages à la dose de 4 à 6 grammes pour 500 grammes d'eau.

XXXII. Epistaxis (traitement). — Ruault indique contre les epistaxis répétées de remplir la narine qui donne de la vaseline, et si ce moyen ne suffit pas d'y introduire une mèche de coton imbibée d'une solution de cocaïne à 10 ou 20 0/0.

XXXIII. Erysipèle (traitement). Mracek² cité par Koch oppose à l'érysipèle le traitement suivant : On enduit la région affectée et son pourtour de la pommade suivante (couper les cheveux, si c'est un érysipèle de la tête):

Laloline.....	30 grammes.
Iodoforme.....	12 —
Créoline.....	3 —

On couvre la peau d'un taffetas gommé. Au moyen de cette méthode, la fièvre disparaît le 2 ou 3^e jour. Il n'existe ni fissure, ni nécrose de la peau.

1. *Congrès de Berlin.*

2. *Wiener Klin. Wochens.*

XXXIV. Exalgine. — M. Desnos¹ a obtenu d'excellents résultats pour l'emploi de l'exalgine. Il ordonne une solution composée d'eau, de rhum, de sirop et de teinture de badiane, contenant par cuillerée à soupe à 0,25 cgr de substance active (3 ou 4 cuillerées à bouche par jour). L'exalgine est indiquée dans les névralgies surtout les névralgies faciales, les névralgies de l'anémie, de la syphilis, l'ovaralgie, les coliques néphrétiques. Le tremblement de la paralysie agitante a pu dans un cas être atténué par ce médicament. Le rhumatisme articulaire est justiciable de son usage. L'exalgine produit quelquefois des vertiges, de la lourdeur de tête, de la céphalalgie, de la torpeur, très rarement de la cyanose. Ferreira² a eu d'excellents résultats avec l'exalgine, dans le rhumatisme articulaire aigu, et les douleurs du tabes.

XXXV. Fer (assimilation dans l'organisme). — Des recherches de Lambling³ il résulte : 1° que l'absorption des sels de fer par le tube digestif semble peu vraisemblable; 2° que la plupart des aliments contiennent du fer, qui passe dans l'intestin à l'état de sulfure de fer surtout chez les chlorotiques (les préparations de fer, protégeraient le fer organique de nos aliments contre ces actions décomposantes et lui permettraient ainsi d'être absorbé); 3° que le nouveau-né possède, au moment de la naissance une provision de fer qu'il utilise au fur et à mesure qu'il se développe. Une question que l'auteur se pose, est de savoir comment se prépare chez la mère cette quantité de fer qu'elle donnera à son enfant. Il est probable qu'il s'accumule au moment de la puberté une réserve de fer dans un organe quelconque, d'où l'apparition fréquente de la chlorose à cette époque de la vie.

1. *Académie de médecine.*

2. *Bull. général thérap.*, 15 septembre 1890.

3. *Bulletin des Facultés de Lille.*

XXXVI. **Fièvre intermittente** (traitement)¹. — M Jaccoud recommande de donner la quinine 8 heures après le frisson pour la fièvre quotidienne ; 12 à 14 heures pour la fièvre tierce ; 18 à 36 heures pour la fièvre quarte. Il faut la donner à dose massive (1 gramme en une seule fois).

XXXVII. **Gaiacol carboxylique** (acide). — Ce corps est obtenu en saturant le gaiacol sodé avec le bioxyde de carbone, sous pression à froid, puis en chauffant en vase clos à 100°. On dissout le produit dans l'eau, puis on le décompose par un acide minéral. Il reste un composé cristallin. C'est un antiseptique et un antypyrétique².

XXXVIII. **Glycérine savonneuse**. — Hebra³ recommande son emploi comme excipient pour les pommades à l'acide salicylique et la créosote dans le traitement du lupus.

XXXIX. **Helianthus annuus**. Maminoff⁴ a préconisé cette plante comme fébrifuge chez les enfants. On emploie la teinture à 1/5 de fleurs fraîches et d'écorce. La dose est de 10 à 25 gouttes 3 ou 4 fois par jour.

XL. **Hémostatique**. — Moncorvo⁵ a constaté, de même que Hénocque les bons résultats obtenus avec l'*antipyrine* comme hémostatique soit en saupoudrant la surface saignante, soit en la badigeonnant avec une solution à 5 ou 10 0/0. La *thalline* aurait une action semblable : l'auteur se sert d'une solution de sulfate à 20 0/0.

1. Voir *quinine*.

2. *Pharmaceutical Journal*.

3. *Med. Presse*.

4. *Meditz. Obozreine*.

5. *Société de médecine pratique*.

XLI. Hydrastinine. — C'est un des produits d'oxydation de l'hydrastine, principe actif de l'hydrastis canadensis, plante de la famille des renonculacées. Elle forme des cristaux blancs, solubles dans l'alcool et l'éther, donnant avec les acides des sels très solubles dans l'eau. Elle a été étudiée par Falle¹; chez les animaux à sang chaud, elle produit de la paralysie motrice avec phénomène vaso-constrictif. L'auteur l'a employée contre les hémorragies utérines en injections hypodermiques. (Solution aqueuse à 5 0/0, 2 seringues de Pravaz en 24 heures.) Les résultats ont été très satisfaisants dans les métrorrhagies dues à des métrites, à des salpingites, à des myomes utérins. La médication n'a échoué que 4 fois sur 26 cas.

XLII. Hypnal. — Ce corps a été découvert par Blainville, Reuter, Bonnet et étudié par Dujardin-Beaumetz, Bardet et M^{me} Frankel². On l'obtient en mélangeant des solutions concentrées de chloral et d'antipyrine; il porte encore le nom de *monochloralantipyrine*. C'est un composé formé d'une molécule d'hydrate de chloral et d'une molécule de phényldiméthylpyrazolone. Il est moins soluble que ses composés; il n'a presque pas de goût, et pas d'odeur. Il est à la fois hypnotique et analgésique; il est utilisé dans les insomnies provoquées par la douleur, chez les malades qui toussent. On le donne à la dose d'un gramme. On peut prescrire :

Chartreuse	4 grammes.
Eau	15 —
Hypnal	1 —

Ou :

Hypnal	10 —
--------------	------

1. *Thérap. Monats.*

2. *Bull. général de thérap.*, 30 septembre 1890.

Eau distillée.....	65	—
Eau de fleurs d'oranger.....	5	—
Alcool à 95°4.....	40	—
Alcoolat d'écorces d'oranges amères.	20	
Sirop de sucre.....	60	—
Teinture de safran.....	1	—

Chaque cuillerée à bouche contient 1 gramme d'hypnal.

XLIII. Injections trachéales. — Botey¹ a fait sur des animaux et des malades et sur lui-même des expériences d'introduction des médicaments par la voie trachéale. Il a pu injecter par ce moyen chez l'homme jusqu'à 12 grammes de liquide sans provoquer de toux, ni de dyspnée. Les injections doivent être faites goutte à goutte. L'auteur a injecté ainsi des solutions iodo-iodurées, de la liqueur de Van Swieten. C'est là un mode d'absorption très rapide et qui peut être souvent utilisable.

XLIV. Insuffisance urinaire (régime). — M. Dujardin-Beaumetz indique le régime suivant : 1° Empêcher les toxines de se produire dans le tube digestif et pour cela faire l'antisepsie intestinale par la voie stomacale ou rectale ; 2° Réduire les toxines qui peuvent exister dans les aliments. (Défendre les viandes avancées, le gibier faisandé, les poissons suspects (raie, moules, etc.,) les fromages avancés. Prescrire le régime végétarien, les viandes très-cuites (bœuf à la mode, poule au riz, porc rôti) : permettre le jambon, les œufs, les féculents en purée, les bouillies, les légumes frais cuits, le lait en grande quantité, le vin blanc étendu. Pas d'alcool. Prescrire quelques laxatifs.

XLV. Iodol² — L'iodol ou tetraïo dopyrrol a été dé-

1. Acad. des sciences.

2. Egasse. Bull. gén. de ther., 30 nov. 1890.

couvert par Silber et Ciamician. On le prépare avec l'huile animale de Dippel d'où on retire le pyrrol, sur lequel on fait agir l'iodure de potassium. C'est une poudre brun-clair, amorphe, presque insipide, dont l'odeur rappelle celle du thymol. L'iodol se décompose en iode; il est soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'acide phénique et l'huile d'olive, et contient 90 0/0 d'iode. On l'emploie au lieu et place de l'iodoforme sur les plaies chirurgicales. Trousseau s'en sert pour le traitement des blépharites, des conjonctivites et des kératites phlycténulaires. Szadeck a proposé de l'administrer à l'intérieur; on peut le donner en solution alcoolique au 1/4 dont on fait prendre 4 à 6 grammes par jour en 2 à 3 fois (4 gr. ou 1 gr. 50 d'iodol par jour).

XLVI. Jambul. — Cette substance a été préconisée par les médecins anglais de l'Inde contre le diabète. Des expériences instituées par MM. Dujardin-Beaumetz et Egasse¹; il résulte que le jambul est simplement un adjuvant du régime carné, et qu'il ne peut avoir d'action sur le diabète, si ce régime n'est pas rigoureusement suivi. On prescrit la poudre d'écorce ou de graines, à la dose de 20 à 50 ctgr., 3 ou 4 fois par jour; on peut la porter à 1 ou 2 gr. ou même 3 à 6 gr. en 24 heures.

XLVII. Kola (noix de). — Heckel a recommandé l'usage de la noix de Kola comme excitant neuro-musculaire, pour empêcher la fatigue chez les marcheurs. Des expériences faites avec cette substance chez des soldats en marche, partis sans nourriture, ont montré l'efficacité de cette substance. D'après M. G. Sée, l'action de la noix de Kola serait due à la caféine qu'elle contient, par conséquent, elle augmenterait les pertes azotées tout en étant

1. *Bull. gén. de thérap.*, 15 juillet 90.

un excitant neuro-musculaire ¹. M. Heckel répond à cela qu'une certaine quantité de noix de Kola a une action bien plus marquée qu'une quantité de caféine égale à celle qu'elle contient. Pour lui, il existe dans la Kola un produit qu'il a nommé *Rouge de Kola* qui aurait surtout l'action excitante sur le système neuro-musculaire. De fait, il a obtenu des résultats très marqués, en se servant de poudre de noix privée presque entièrement de caféine. Son emploi est encore utile chez les individus fatigués, adynamiques. On peut la donner sous forme de poudre (1 à 3 gr. par jour), ou sous forme de biscuits, de chocolat.

XLVIII. Lobéline. — Cette substance extraite du *Lobelia inflata* a été étudiée par Dreser ² sous forme de chlorure double cristallisé de platine et de lobéline. C'est un poison de la respiration. Son action se rapproche de celle du curare par rapport aux muscles volontaires ; son action paralysante sur le nerf vague cardiaque la rend analogue à la nicotine. Chez les animaux à sang chaud, elle produit une exagération des mouvements respiratoires, et une ampleur très grande de ceux-ci. L'auteur recommande son emploi comme anti-asthmatique.

XLIX. Lysol. — Gerlach ³ obtient ce nouvel antiseptique en faisant bouillir en vase clos des quantités égales de graisse, d'un acide gras, d'une résine et d'huile de goudron. Il se forme une masse soluble dans l'eau. Cette substance a un pouvoir antiseptique considérable ; elle empêche la pullulation dans les cultures des bacilles du charbon, du staphylococcus pyogènes aureus. Le lysol est peu toxique ; il a été employé avec succès dans le

1. V. plus haut, *Caféine*.

2. *Archiv. für exp. Path. u. Pharm.*

3. *Société impériale de Vienne*.

traitement des plaies opératoires, les lavages du vagin et de l'utérus, dans les affections de la peau.

L. Menthol. — C'est le camphre de l'essence de menthe. Il est soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme. Il sert à préparer les crayons anti-migraine. On l'emploie comme antiseptique contre les dents cariées, pour la bouche, pour les fosses nasales. Il possède encore la propriété d'anesthésier les muqueuses, et d'empêcher les vomissements de la grossesse. Dans ce dernier cas, on prescrit : prendre toutes les heures : 1 cuillerée à café d'une potion contenant 1 gramme de menthol, 20 grammes d'alcool et 30 grammes de sirop. Dans le coryza, il empêche le chatouillement désagréable de la muqueuse pituitaire et de plus, produit l'antiseptie des fosses nasales. On peut formuler :

Poudre de sucre de lait.....	} àà.		
Acide borique finement pulvérisé.		} 4 grammes.	
Menthol.....			0,50 ctgr.
Chlorhydrate de cocaïne....			0,15 à 0,20 ctgr.

Prendre 5 ou 6 prises dans la journée.

LI. Methacétine. — Scidler ¹ l'emploie à la dose de 24 à 35 ctgr. pour les températures de 38° à 38° 8 ; au dessus, il faut donner 40 à 55 ctgr. Ce médicament a l'inconvénient de provoquer des sueurs ; il ne faut pas l'ordonner dans la phthisie. Il agit bien dans le rhumatisme articulaire aigu ; dans les névralgies comme analgésique, les céphalalgies. Dans ce dernier cas, l'antipyrine et l'antifébrine ont une action plus rapide.

LII. Naphthaline. — D'après Schwald ², cette substance à la température ordinaire arrête un peu le déve-

1. *Berlin, med. Woch.*

2. *Berlin, Klin. Woch.*

loppement du bacille typhique. Son pouvoir désinfectant augmente quand elle est en poudre fine ou sous forme de spray, ou quand on agite le mélange. Si on la chauffe à 90°, son action augmente; elle est plus active dans l'intestin que dans une culture in vitro (mouvements et température). Il convient de la donner au début de la fièvre typhoïde; l'auteur recommande de lui adjoindre le calomel, qui agit sur certains bacilles des matières fécales.

LIII. Naphtol. — Budin recommande les solutions de naphtol α au 0,20 pour 1.000 contre l'ophtalmie purulente. Dans la pneumonie, Picgnol ¹ fait des injections trachéales avec une solution de naphtol à 0,20 pour 1.000, qu'il laisse tomber goutte à goutte pendant une 1/2 heure (soit 200 à 300 ctmc. de de la solution).

LIV Naphtol camphré. — Reboul ² a utilisé le naphtol camphré découvert par Dcsesquelle, dans un grand nombre de cas chirurgicaux: 1° injection dans les cavités articulaires, osseuses, abcès chauds, trajets fistuleux, plèvre, utérus; injections dans les furoncles, les néoplasmes diffus, les ganglions tuberculeux, les synoviales tendineuses, le testicule; 3° instillations vésicales; 4° pansements des plaies en imbibant de la gaze aseptique avec le naphtol camphré; 5° pour faire baigner les instruments et objets servant aux opérations qu'il faut maintenir aseptiques.

LV. Ouabaïne. — D'après Gley, l'ouabaïne de même que la *strophantine* produit de l'anesthésie de la cornée; on l'emploie en solution à 1/1.000. L'anesthésie dure plus de 3 heures avec myosie. Gemmel ³ l'emploie contre la

1. *Soc. de biologie.*

2. *Congrès de Limoges.*

3. *Brit. med. journ.*

coqueluche à la dose de 6 centièmes de milligramme toutes les 3 heures pour un enfant de 5 ans. Elle diminue la durée des accès, rend l'affection moins grave et abrège la convalescence. L'auteur se sert d'une solution dont une goutte représente la dose mentionnée plus haut.

LVI. Pambotano. — Cette plante appartient à la famille des mimosées ; elle est originaire du Mexique. M. Valude¹, de Vierzou, a recherché les propriétés de ce médicament et son action sur l'impaludisme. M. Viljean en a retiré des matières grasses, une résine, et un tannin spécial. On le donne contre la fièvre intermittente sous forme de décoction avec 70 gr. d'écorce pour un adulte, et avec 35 gr. pour les enfants. Il faut le donner à jeun.

LVII. Peptone. — Les injections intra-veineuses de peptone (0, 30 ctgr. par kilogr. d'animal) font perdre en une minute au sang la propriété de se coaguler. L'expérience fait défaut chez le lapin, mais réussit chez le chien. Ces injections abaissent la tension artérielle et arrêtent la sécrétion urinaire. Les intestins sont très congestionnés ; il se produit des convulsions, de l'agitation, la respiration est rare et profonde, après avoir parfois été précédée d'un arrêt total des mouvements respiratoires. L'animal est pris de torpeur, ne peut se tenir sur ses pattes et reste en résolution. Il y aurait danger à faire des injections de peptone dans les veines, comme l'avait conseillé Wertheimer dans les cas d'hémorrhagie.

LVIII. Picrique (acide). — Calvelli² l'emploie dans les dermatoses avec inflammation cutanée : (erysipèle, lymphangite, eczéma, erythème). Il fait sur la partie malade des badigeonnages avec la solution suivante :

1. *Acad. de médecine.*
2. *Gazetta degli ospitali.*

Acide picrique.....	1,50
Eau distillée.....	250

Ces badigeonnages sont répétés 5 à 6 fois par jour. La tension des téguments fait place à de l'œdème et à de l'empâtement de la région.

LIX. Phénédine. — Ce corps est un antithermique analgésique. On l'administre en cachets, vu sa faible solubilité. Il est inodore et insipide. Chez l'adulte, on l'emploie comme apyrétique à la dose de 1 gramme par jour en 1 fois, et comme analgésique à la dose de 0,60 ctgr. Chez l'enfant, on peut le donner à celle de 0,20 à 0,30 ctgr. comme antithermique.

LX. Pyoktanin. — Ce nom a été donné à différentes couleurs d'aniline possédant un pouvoir antiseptique. C'est Stilling et Vortmann, qui ont constaté cette action bactéricide surtout sur les microbes de la suppuration. Il y a 2 pyoktanins : le bleu ou violet de méthyle, et le jaune ou auramine. On les emploie en poudre à 1 ou 2% en pommade, en pansements. Le pyoktanin jaune est employé dans la thérapeutique oculaire, en solutions ou en crayons à 1 0/0 ou 1 pour 1.000.G. Sée et Morau¹ ont étudié les vertus antiseptiques de plusieurs couleurs d'aniline ; le violet de méthyle, la safranine, le vert malachite, la cyanine. Toutes ces substances ont un pouvoir bactéricide très problématique ; elles ont l'inconvénient de produire des taches.

LXI. Quinine. ² — D'après Merz, la quinine peut provoquer l'avortement pendant les 3 premiers mois de la grossesse, elle ne hâte pas l'accouchement, si elle est

1. *Médecine moderne*, mars 90.

2. Voir *Impaludisme*.

donnée pendant les derniers mois. — Bacelli dans les fièvres pernicieuses emploie des injections intra-veineuses de quinine. Il en injecte 40 à 60 centigrammes, en se servant de la solution suivante :

Chlorhydrate de quinine.....	1 gramme
Chlorure de sodium.....	0,75 —
Eau distillée.....	10 —

Pour cela, il rend turgides les veines du pli du coude, puis, introduit l'aiguille de la seringue de Pravaz dans l'une d'elles. Il a plusieurs fois injecté jusqu'à 1 gramme de sel. Après 24 heures, tous les parasites du sang disparaîtraient. Köbner obtient d'excellents résultats des injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine. Il se sert de la solution suivante :

Chlorhydrate de quinine.....	0 gr. 50 à 1 gr.
Glycérine pure.....	} à à 2 gr.
Eau distillée.....	

La solution ne doit jamais être acide. Dans les névralgies, il injecte 10 à 15 ctgr. de sel; dans la fièvre intermittente : 0,25 ctgr. Kohn a utilisé ces injections dans les affections mentales chroniques contre les exacerbations aiguës; il donne 0,80 ctgr. de quinine en 4 fois. — Duloie recommande de combiner le *sulfate de quinine* à l'*antipyrine* dans la proportion de 0,25 ctgr. du premier, et de 0,25 ctgr. de la seconde. Ce mélange aurait une action égale à celle produite par 0,75 ctgr. de quinine. — La poudre de réglisse (Créquy) et la glycirrhizine ammoniacale (Catillon) masquent fort bien le goût du sulfate de quinine, et permettent de le faire prendre aux enfants. — Treille, d'Alger¹, donne le sulfate de qui-

1. Acad. des Sciences.

nine à haute dose dans la fièvre intermittente, 2 à 3 grammes tous les 6 jours. D'après lui, la médication agit sur les accès des six jours qui suivent l'administration de la quinine. Au bout d'un mois ou 1 mois et demi, on diminue les doses progressivement jusqu'à 1 gramme.

De Beurmann et Villejean¹ recommandent pour les injections sous-cutanées de quinine l'emploi du *bichlorhydrate*. Ils formulent :

Bichlorhydrate de quinine.....	5 grammes
Eau distillée quantité suffisante pour faire.....	10 ctmc.
1 ctmc. représente 50 cgtr. de bichlorhydrate.	

LXII. **Résorcine.** — Leblond et Bauder² emploient la résorcine contre la *diphthérie* pharyngée, en badigeonnages avec la solution :

Résorcine.....	3 grammes
Glycérine.....	30 —

Ces badigeonnages sont répétés toutes les heures nuit et jour. Les auteurs font pulvériser dans la chambre la solution suivante :

Résorcine.....	50 grammes
Eau distillée.....	1 litre

Ils traitent la coqueluche et la tuberculose à marche subaiguë par des fumigations de résorcine pulvérulente chauffée dans une capsule métallique, répétées toutes les 2 heures, pour la 1^{re} ; 4 à 5 fois par jour pour la seconde. Ils donnent de plus 2 à 3 cuillerées à bouche du sirop suivant dans les 24 heures :

1. *Bull. gén. de thérap.*, 30 juillet 90.

2. *Journ. de méd. de Paris*.

Résorcine.....	10 grammes
Sirof de thérébentine.....	500 —

Andœr¹ et Concetti² ont employé la même substance contre la coqueluche. Le premier la prescrit à l'état de solution à 2 0/0 à l'intérieur ; le second donne 0,20 ctgr. à 1 gr. 50 dans 40 à 100 gram. d'eau sucrée en 2 fois, d'heure en heure. Tous ces auteurs publient d'excellents résultats obtenus au moyen de cette médication. Tymowski³ emploie la résorcine en solution à 80 0/0 contre la phthisie laryngée ; sur les ulcérations sales, cratéri-formes, il emploie une solution à 12 0/0. Quand il ne peut faire le curettage, il ordonne des inhalations avec une solution à 2 ou 5 0/0.

LXIII. Salicylate de soude. — Stelles l'a employé avec succès contre *les coliques hépatiques* en le donnant en lavements. Dresch le préconise contre la *chorée* et Wertheimer contre le prurit généralisé. Ce dernier le donne à l'intérieur, 2 cuillerées à bouche d'une solution à 3 0/0, 3 fois par jour.

LXIV. Salicylique (acide). — Cimbali combine cet acide à l'opium dans le traitement de la *dysentérie* (45 centigr. d'acide salicylique, 1 ctgr. ou 1,5 ctgr. d'extrait d'opium toutes les 4 heures). Le ténésme, les douleurs disparaissent en 4 à 5 jours. L'auteur a guéri ainsi 15 cas de dysentérie. Ce traitement conviendrait bien aussi au catarrhe intestinal chronique.

LXV. Salipyrine⁴ — C'est une combinaison d'acide salicylique et d'antipyrine trouvée par Lütke. Spica la

1. *Centralb. of. d. med. Woch*

2. *Arch. ital. pediat.*

3. *Ann. des malad. de l'oreille.*

4. *Journ. de Pharmacie et de Chimie, Berl. Klin. Voch.*

prépare en ajoutant à la solution aqueuse bouillante d'antipyrine une quantité égale de salicylate dissous dans l'eau. La salipyrine se présente sous forme de cristaux, elle est presque insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool. On peut l'obtenir en faisant agir l'acide salicylique sur l'antipyrine. Elle a les mêmes propriétés que ses 2 composants. La dose est de 4 à 6 grammes en plusieurs fois. Elle abaisse la température de 1° à 2°,5.

LXVI. Salol. — Dreyfous ¹ a recommandé l'emploi du salol à l'intérieur pour obtenir *l'antisepsie des voies urinaires* (blennorrhagie, plaies de la vessie et de l'urèthre). Il la prescrit à la dose de 5 à 8 grammes seul ou associé aux balsamiques. Le salol est un salicylate de phénol, qui se dédouble dans l'intestin en acide phénique et acide salicylique, qui s'élimine par les urines. Ce dernier en passant dans l'appareil urinaire produit l'antisepsie de ce liquide. Bazy ², avant toute *opération sur les voies urinaires*, prescrit le salol à la dose de 4 grammes à l'intérieur. Si les reins sont affectés, il faut diminuer la dose du salol. L'auteur emploie cette médication chez les prostatiques, les rétrécis. D'après Albarran ³, le salol est inefficace dans la blennorrhagie aiguë, son action est peu marquée dans la cystite sans lésions rénales. Il n'aurait pas donné de meilleurs résultats dans la pyélo-néphrite. Ce serait un médicament infidèle.

Ferreira le conseille contre la fièvre jaune par cachets de 0,30 cgr. toutes les 2 heures, en même temps que l'ipéca, le calomel, le sulfate de quinine. Il a obtenu de très bons résultats par cette méthode.

LXVII. Sélénieux (acide). — Chabrié et Lapique ⁴

1. *Soc. méd. des hop.*

2. *Sem. médicale.*

3. *Mercredi médical.*

4. *Acad. des Sciences.*

ont montré que cet acide à une dose supérieure à 2/1000 empêche les fermentations des microbes vulgaires de l'air. Les injections de cet acide tuent les animaux à la dose de 3 milligr. par kilogr. d'animal, en produisant une congestion de tous les viscères, diminution de la pression sanguine. Le cœur s'arrête en systole ; il existe une sécrétion bronchique très abondante.

LXVIII. Spartéine. — Stenhouse a découvert cette base dans le *Spartium Scoparium*, genêt à balais. C'est un liquide incolore, possédant une odeur pénétrante, soluble dans l'alcool, l'éther, insoluble dans l'eau. Elle forme des sels avec les acides ; on emploie d'ordinaire le sulfate. D'après Laborde, ce médicament régularise les battements du cœur, et relève le pouls, son action est plus rapide et plus durable que celle de la digitale ; il ne trouble pas la digestion ni les centres nerveux, augmente les forces et facilite la respiration. On l'ordonne dans la dyspnée cardiaque, et contre les palpitations. On prescrit le sulfate de spartéine à la dose de 10 à 15 centigr., (il ne faut pas dépasser 0,25 ctgr.) soit en pilules, soit en potion. L'emploi de la spartéine est surtout indiqué, d'après Kurloff, dans les premiers troubles de compensation du cœur. Ce médicament produit une augmentation de pression, et de la diurèse. Ses effets se prolongent plusieurs jours. On peut le prescrire, d'après les auteurs, à la dose de 0,05 à 0,30 centigrammes par jour.

LXIX. Strophantus, Strophantine. — Moncorvo a l'emploi à titre de diurétique et de cardiaque chez les enfants, sans aucun danger. Il produit les mêmes bons effets que chez l'adulte. L'auteur le donne en teinture alcoolique au 1/20, à la dose de 5 à 18 gouttes en 24

heures, suivant l'âge. Bothziegel s'est servi¹ de la strophantine qu'il donne à la dose quotidienne de 4, 5 à 5 milligrammes :

Strophantine.....	3 à 5 milligr.
Eau distillée.....	10 grammes.

40 à 20 gouttes toutes les 2 heures. L'auteur préfère l'alcaloïde à l'extrait ou à la teinture de strophantus dans les affections cardiaques.

LXX. Sulfaminol² — Ce corps est la thiooxydiphénylamine obtenue par l'action du soufre sur les sels de l'oxydiphénylamine dissous dans l'eau. C'est une poudre jaune, inodore, insipide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool. On peut la donner à l'intérieur sans danger, et sur les plaies à la place de l'iodoforme; Au contact des liquides de l'économie, elle se décompose en soufre et phénol.

LXXI. Sulfureux (acide). — Mohn et Bovry ont employé l'acide sulfureux en inhalations avec succès contre la coqueluche. On fait brûler dans la chambre du malade, autant de fois 25 grammes de soufre qu'il y a de mètres cubes d'air. On étale le linge, la literie; après 5 à 6 heures, on ouvre, on aère, puis on fait entrer le malade dans la chambre, et on l'y laisse pendant la nuit. Par ce traitement, la coqueluche disparaît en 20 jours au plus.

LXXII. Tellurate de potasse. — Ce corps diminue d'après Neusser³ les sueurs nocturnes, et même les supprime. On donne au début 2 ctgr. en pilules, et on peut, s'il est nécessaire doubler la dose. Une dose trop consi-

1. *Med. Hnzeiger.*

2. *Pharm. Centralb. Pharm. Journal.*

3. *Klin. med. Woch.*

dérable peut produire de la dyspepsie, des éructations, de la perte de l'appétit.

LXXIII. Théobromine. — Contre les hydropisies cardiaques on emploie surtout le salicylate de soude et de théobromine, comme diurétique. Son action porte sur l'épithélium rénal; aussi échoue-t-elle si ce dernier est atteint, elle ne produit aucun effet sur le cœur. La dose du sel double est de 6 grammes en 6 paquets par jour¹.

LXXIV. Thymol. — Braun² emploie le thymol en solution pour obtenir l'antisepsie obstétricale :

Thymol.....	1	gramme
Alcool.....	}	à à 10 gr.
Glycérine.....		

pour un litre d'eau chaude.

LXXV. Touraillon. — Le touraillon est le résidu de l'orge germé. M. Roux³ a observé qu'une infusion de touraillon empêche la pullulation des bacilles du *choléra*. On peut supposer qu'un bouillon fait avec cette substance à 5 ou 10 0/0 serait un bon médicament contre le choléra.

LXXVI. Trichloracétique (acide). — Ehrmann⁴ l'emploie avec succès comme caustique dans les affections de la gorge et du nez, en applications directes contre l'hypertrophie polypoïde circonscrite, la tonsillite hypertrophique, la pharyngite folliculaire, l'hypertrophie des glandes linguales. Il le préfère à l'acide chromi-

1. Gram. — *Therap. Monatshefte.*

2. *Allg. Wien. Meditz. Zeit.*

3. *Soc. des Sc. méd. de Lyon.*

4. *Therap. Monats.*

que. Il s'en sert encore comme astringent sous la forme suivante :

Iode.....	0 gr. 10
Iodure de potassium.....	0 15
Acide trichloracétique.....	0 33
Glycérine.....	30 gr.

LXXVII. Tuberculose pulmonaire (traitement de la).

— M. Nicaise a préconisé *l'usage de la fenêtre ouverte* nuit et jour contre la phthisie, tout en réchauffant la température de la chambre par un feu approprié à la température extérieure. M. Bowditch recommande les voyages en plein air. M. le professeur Picot préconise contre la tuberculose pulmonaire l'emploi du *gaiacol iodoformé*. Il le donne en capsules renfermant chacune 5 ctgr. de gaiacol et 3 ctgr. d'iodoforme (2 à 4 ou 6 par jour) après le repas. Ce médicament arrête l'évolution de la tuberculose au 1^{er} degré, en ralentit la marche au 2^e degré, et quoique n'ayant pas d'action sur les lésions de la 3^e période, produit de bons effets sur les symptômes généraux. De Renzi recommande l'emploi du *tannin* ainsi que Raymond, Arthaud, Ceccherelli, Bertrand. De Renzi donne par jour 4 à 7 des cachets suivants :

Tannin.....	10 grammes
F. S. A. et divisez en 50 cachets semblables.	

On peut encore associer le tannin à la naphthaline et à l'iodoforme :

Naphtaline.....	} à à 16 gr.
Tannin.....	
Iodoforme.....	4 gr.
Bicarbonate de soude.....	25 gr.
pour 60 cachets ; 2 à 8 de ces cachets en 24 heures.	

Opitz² recommande les injections d'une émulsion de Baume du Pérou.

Gomme arabique.....	1	gramme
Eau.....	4	—
Baume du Pérou.....	2	—
Solution saline à 1 0/0.....	2	—

Compléter à 10 grammes avec une solution neutre, stériliser avant de l'employer. — Les injections sont faites sur le dos de la main. Au Congrès de Berlin, Koch annonçait la découverte, d'après ses expériences, d'une substance capable d'enrayer le développement du bacille de la tuberculose dans le corps des animaux. Des expériences furent faites sur l'homme, et forcé par une intervention supérieure, le professeur de Berlin fit, au mois d'octobre, une communication à la Société de médecine de Berlin dans laquelle il annonçait une série de résultats qui semblaient devoir être merveilleux. La substance, à laquelle depuis on a donné les noms de kochine, tuberculine, était injectée à la dose de 1 à 3 milligrammes en solution dans l'eau stérilisée dans la peau des malades. On avait vu à Berlin les tubercules des lupiques disparaître à la suite de ces injections. Chaque injection provoque, chez les individus possédant en un point quelconque de leur organisme une lésion tuberculeuse, une réaction générale (fièvre, frissons), et une réaction locale, variable suivant le siège de la lésion (lymphangite, rougeur érysipélateuse, toux, congestion pulmonaire, gonflement des articulations, etc.). Tout en énumérant ces résultats, l'auteur ne donnait pas la composition de la substance en question. Les essais qui furent faits consécutivement en pays étranger semblèrent au premier abord assez satisfaisants ; puis on s'aperçut que les lupus réci-

divaient, que les tubercules pulmonaires prenaient une marche en avant plus rapide que sans les injections. Virchow n'a cessé depuis lors de rechercher tous les cas de mort par la tuberculine et d'en retracer dans les sociétés savantes allemandes tous les détails anatomo-pathologiques. Lorsque, dans un second mémoire, au mois de janvier 1891, Koch enseigna la composition de la substance vaccinnante de la tuberculose, l'édifice était déjà ruiné, la tuberculine avait vécu. Cette substance est un extrait alcoolique d'une culture filtrée de tuberculose. — Au Congrès de Berlin, Grancher et Martin avaient, en même temps que Koch, annoncé que dès le 19 novembre 1889, ils avaient découvert une substance vaccinnante de la tuberculose. Ils ont, au mois d'octobre 1890, annoncé à l'Académie des Sciences les résultats de leurs recherches. Ils ont préparé un vaccin avec des cultures atténuées dont la virulence décroissante part du n° 1 qui tue le lapin en 13 jours ou 1 mois, pour arriver successivement au n° 10. En inoculant ces cultures à des lapins en commençant par la moins virulente pour arriver à la plus dangereuse, les auteurs sont arrivés à obtenir chez plusieurs lapins une résistance de 4 mois et de 7 mois contre l'infection tuberculeuse. MM. Ch. Richet et Héricourt seraient arrivés à retarder la marche de la tuberculose chez des lapins en injectant à ceux-ci dans le péritoine du sang de chien, animal réfractaire à la tuberculose. Des essais d'injection sous-cutanée de sang de chien, ou de sérum de chien chez l'homme n'ont pas encore donné de résultats bien satisfaisants. Lapique de Bordeaux aurait pu retarder enfin l'évolution de la tuberculose chez les animaux, en leur injectant du sang de chèvre. Il reste à confirmer ces essais chez l'homme.

M. Daremberg¹ préconise contre la tuberculose le re-

1. *Acad. des Sciences.*

pos et le grand air. Il faut éviter la marche, les fatigues, et arriver progressivement à faire supporter la cure d'air nocturne.

LXXVIII. Ulcères douloureux. — Richardson ¹ recommande la pommade suivante :

Vaseline pure.....	30 grammes
Chloroforme	30 —
Morphine.....	0, 50

LXXIX. Ural. L'ural ou uralium, ou chloral-uréthane a été expérimentée par Schmiedeberg, Jacksh, Poppi, Huchard, Schmidt et Parisot ². Il se présente sous forme de cristaux blancs inodores, solubles dans l'eau, l'alcool, et l'éther. On l'emploie contre l'insomnie, chez les phthiques, les alcooliques et les maniaques; il est légèrement analgésique. On le prescrit à la dose de 2 gr. pour les adultes, et de 0,50 ctgr. à 2 gr. pour les enfants dans une potion.

LXXX. Variole (traitement). — Bianchi ³ recommande le traitement antiseptique suivant : 1° Rendre la surface cutanée aseptique; 2° maintenir aseptique le lit du malade; 3° par la ventilation produire l'asepsie de la chambre. Il faut pratiquer des lotions à l'eau boriquée et plus tard au sublimé. Après chaque lotion, on fait une onction avec une pommade iodoformée à 1,5 0/0.

LXXXI. Winter-Green (Essence de). — On la retire par distillation des fleurs du *Gaultheria procumbens* ou de l'écorce du *Betula lenta*. Elle est constituée pour les

1. *Pharm. Journ. and Transact.*

2. *Soc. de thérapeutique*, 12 novembre 90.

3. *Lo Sperimentale*.

9 0/0 de salicylate de méthyle et d'un carbure isomère de l'essence de thérébentine. C'est d'après Cadeac et Albert Meunier, un convulsivant et un tétanisant.

Aimar RAOULT.

HYDROLOGIE MÉDICALE

La plupart des états morbides locaux justiciables des eaux minérales présentent des relations plus ou moins étroites, plus ou moins éloignées, suivant le cas, avec des états généraux. Dans certains cas, l'état local doit à l'état général son apparition et sa persistance : le premier est vis-à-vis du second dans des conditions d'étroite dépendance. D'autres fois, l'état général n'a fait que favoriser l'éclosion et l'évolution de l'affection locale.

Entre tous les organes, le pharynx et le larynx sont sujets à des affections secondaires et la pathologie de la gorge ne peut aller sans une connaissance solide et sans un rappel continu de la pathologie générale.

M. Sénac-Lagrange choisit volontiers pour objet de ses études les questions de cet ordre : il n'y est pas seulement porté par les tendances de son esprit médical, sa pratique l'a mis en posture de les bien observer. Ce sont des « *considérations sur les angines* » qu'il publie cette année. L'auteur s'attache à déterminer l'action des diathèses sur les manifestations morbides diverses chroniques ou subaiguës, dont la gorge peut être le siège, et il établit que la considération de l'état constitutionnel doit influencer beaucoup sur le choix du traitement hydro-minéral.

Aux causes générales, dit-il, s'adressent les médications générales représentées par les divers genres d'eaux minérales.

thermales.... Si la nature n'avait à nous offrir que des types extrêmes et opposés, l'indication de l'une ou de l'autre médication (altérante ou stimulante), se poserait d'elle-même et d'emblée. Mais l'hybridité morbide créant le métissage et s'exprimant en phénomènes de nature différente, peut avoir à se réclamer tour à tour d'une médication opposée.

Le côté le plus personnel peut-être de son travail, et qui ne sera pas admis, croyons-nous, sans conteste, c'est l'opinion qu'il exprime sur la nature de certains états morbides : hypérémiés, hypertrophies glandulaires, qui, d'après lui ne sortiraient pas de l'état physiologique.

Comme les maladies de la gorge, les maladies de l'*arbre respiratoire* ont été de tout temps revendiquées par la médication hydro-minérale, et les considérations d'état local et d'état général ont provoqué de nombreuses discussions sur le choix de l'eau minérale à leur administrer. C'est particulièrement l'emploi des eaux sulfureuses chez les enfants que le *D^r Marcellin Cazaux* a eu en vue dans sa « *Note sur le traitement hydro-minéral des maladies des voies respiratoires.* » Quelques praticiens n'envoyaient aux eaux que les enfants ayant dépassé quatre ans. L'auteur montre les résultats satisfaisants qu'il a obtenus aux Eaux-Bonnes sur des enfants de 3 ans et 2 ans 1/2. Il prouve aussi qu'on a tort de ne pas les envoyer plus fréquemment aux eaux sulfureuses des Pyrénées, au lieu de s'en tenir sans motif bien déterminé aux eaux de l'Auvergne et du Dauphiné.

Il touche enfin à la question des hémoptysies et combat à son tour très judicieusement le préjugé qui règne là-dessus. Il établit notamment trois points principaux : les hémoptysies ne sont pas fréquentes aux Eaux-Bonnes ; n'y sont hémoptoïques que les individus ayant déjà craché du sang chez eux ; l'hémoptysie survenue pendant la cure thermale est moins grave et de durée plus courte que l'hémoptysie ordinaire.

L'hydrothérapie est aujourd'hui dans toutes les stations thermales un adjuvant très employé, trop employé même au gré de bien des médecins. L'excès ne prouve rien contre la méthode qui, appliquée à propos et sagement, ajoute un secours précieux à l'action hydro-minérale proprement dite. Dans ses « *considérations sur l'hydrothérapie* », M. Béni-Barde étudie l'action physiologique et l'action thérapeutique de cet agent. Il constate dans les effets thérapeutiques, comme dans les manifestations des actions physiologiques, des variantes et des discordances. Mais il démontre en même temps qu'il ne faut pas s'en alarmer : « tels qu'ils vont, dit-il, ils constituent un ensemble de préceptes essentiellement utiles, formant une sorte de pacte traditionnel, dans lequel chacun peut marquer la part qui lui revient. »

Pour lui, il faut distinguer dans le traitement hydrothérapique deux sortes d'actions : 1° une action primitive ou directe qui dépend du médecin ; 2° une action consécutive ou indirecte qui dépend du malade. Le traitement le plus efficace est celui dans lequel ces deux actions sont les mieux combinées.

Chez les malades atteints de dilatation de l'estomac soumis à un traitement hydro-minéral, on a pu constater souvent que l'eau séjourne plus ou moins de temps dans l'estomac, en sorte que l'action peut être plus nuisible par ses effets mécaniques qu'utile par ses effets chimiques. Certains dilatés cependant ont un besoin plus ou moins impérieux d'une cure thermale, au point de vue par exemple d'une affection hépatique dont ils sont en même temps porteurs.

C'est pour faire bénéficier ces malades des bienfaits de l'eau de Vichy sans les soumettre aux inconvénients qu'elle aurait au point de vue de la dilatation stomacale, que le Dr Frémont a eu l'idée d'administrer l'eau minérale en lavements. Il prescrivait généralement d'injecter,

le matin, un demi-litre d'eau de Vichy, profondément dans l'S iliaque. L'auteur paraît avoir obtenu de bons résultats de ce procédé, surtout dans les affections du foie.

Signalons encore divers travaux, ayant trait spécialement à des sources thermales : du D^r Philbert *Sur les eaux de Brides les-Bains*, du D^r Paul Rodet *Sur l'action de l'eau de Vittel*, du D^r Deligny *Sur l'eau de Saint-Gervais*, du D^r de Laharpe *Sur les bains de Louèche*, du D^r Franken *Sur les bains de mer de Schéveningue*.

G. DELFAU.

HYGIÈNE

I. Bureaux d'hygiène. — II. Hygiène de la première enfance. — III. Hygiène scolaire. — IV. Hôpitaux. — V. Épidémies et eaux potables.

I. Bureaux d'hygiène. — Pendant la dernière année, il a été créé plusieurs nouveaux bureaux d'hygiène. Besançon, Grenoble, Castres ont actuellement chacun le leur comme Reims, Le Havre, Amiens, Pau, Saint-Étienne, Nancy. D'autre part, le fonctionnement de ces bureaux se perfectionne, et c'est ainsi que Nancy, grâce aux persévérants efforts de M. Delcominète, hygiéniste bien connu et adjoint au maire de cette ville, a annexé à son bureau d'hygiène un service de désinfection et un service de nettoyage des branchements d'égout particuliers qui rend actuellement les plus grands services.

Lyon a aussi maintenant son bureau d'hygiène et a donné cet exemple d'instituer le concours pour la place de directeur. C'est peut-être aller un peu vite que d'instituer le concours pour une création nouvelle et d'éliminer ainsi des travailleurs utiles, ouvriers de la première heure, très capables de conduire la direction d'un service important, mais ayant passé l'âge des concours.

Quoi qu'il en soit, le principe est bon, mais il eut pu être appliqué seulement dans quelques années pour le recrutement du personnel en sous-ordre, pépinière des directeurs de l'avenir.

A quand un bureau municipal d'hygiène à Paris?

Hélas ! il ne semble guère que le temps de cette création soit proche ; l'éparpillement des services d'hygiène dans les différentes divisions de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de police rend la chose trop difficile et, bien qu'il ne s'agisse que de déplacer un certain nombre de cartons verts, j'ai déjà dit il y a longtemps qu'il était plus facile de changer un préfet, de renverser un ministère, que de déplacer un carton !

Il est possible aussi que si on parvenait à créer à Paris un bureau municipal d'hygiène il ne parviendrait pas à résoudre les difficultés que crée le *Comité consultatif des Arts et Manufactures*, dès qu'il s'agit d'hygiène industrielle.

Nous disions l'année dernière combien il est regrettable que les questions d'hygiène industrielle n'aient pas été détachées du Ministère du commerce en même temps que les autres étaient rattachées à l'intérieur. Ces regrets sont restés les mêmes et il semble que les faits se sont accumulés tout exprès pour les justifier.

Aujourd'hui, dès qu'il s'agit de classer une industrie, de prendre des mesures quelconques pour éviter une insalubrité manifeste résultant d'une industrie, on se heurte absolument à l'avis du Comité des Arts et Manufactures qui ne songe qu'à protéger l'industrie contre les mesures d'hygiène. Or, le décret-loi du 15 octobre 1810, décret-loi d'hygiène industrielle, fait au Comité des Arts et Manufactures l'obligation stricte de s'intéresser aux questions d'hygiène. Il est vrai qu'en 1810, il n'y avait pas de Comité consultatif d'hygiène et que c'est à ce Comité que les questions de classement des établissements *dangereux, insalubres et incommodes* devraient être actuellement soumises. Mais le Comité des Arts et Manufactures a pour lui la loi, c'est lui seul qui doit être légalement consulté et, qu'il s'agisse de dépôts de chiffons, d'ateliers de forge motrice, de tueries particulières, etc.,

il repousse tout ce qu'il trouve *dangereux* pour les intérêts des industriels, *incommode* pour leur exploitation du travail d'autrui. Quant à l'*insalubrité*, quant à la santé publique il n'en a cure, et il ne prend les intérêts du commerce qu'en manifestant son admiration pour les industries lucratives et pour les industriels qui donnent l'exemple de la fortune. Ce que ça coûte de morts; ce que ces industries font de victimes; cela ne le regarde plus.

Il y a donc urgence à ce que quelque jour la Chambre s'intéresse à cette question et demande énergiquement que les autorisations prévues par le décret-loi du 15 octobre 1810 ne soient données qu'après avis des conseils compétents. Il convient de dire que, d'ailleurs, dans les cas où ils sont consultés, ces conseils ne sont guère suivis! Combien de temps a-t-il fallu pour que le Ministère de la justice consente à poursuivre les marchands de vin qui plâtraient leur marchandise au-dessus de la tolérance admise (admise bien à tort!)?

Le respect de la propriété fausse à ce point les balances de Thémis que la vie du consommateur semble devenue une propriété précaire dont l'industriel falsificateur ait le droit de disposer dans l'intérêt de son commerce.

II. Hygiène de la première enfance. — La diarrhée infantile, que les anglais appellent de son vrai nom : *Maladie du biberon* (bottle's disease) et qui est en réalité la véritable et souvent la seule cause de l'athrepsie, nous est mieux connue depuis que Hayem a montré le rôle important que jouent les algues parasitaires dans la diarrhée verte. La question de la pureté biologique du lait qu'on donne aux enfants quand on est obligé de recourir à l'allaitement artificiel, se pose d'une façon plus pressante dans notre pays surtout où la natalité est si faible et où l'on dépense tant d'encre et tant d'éloquence pour

démontrer la nécessité de mesures protectrices que, d'ailleurs, on ne prend pas. Les démographes établissent leurs chiffres, les hygiénistes proposent leurs solutions, les économistes offrent les leurs aussi, et quand il s'agit de prendre un parti, de faire quelque chose, il n'y a plus personne; tout le monde se récusé et la sacro-sainte liberté individuelle continue de présider à la dépopulation de notre pays. Quoi qu'il en soit, les hygiénistes ne se lassent pas de s'ingénier pour procurer aux petits enfants un lait qui ne soit pas un poison.

Le problème est difficile. On sait avec quelle facilité le lait s'ensemence de tous les germes et comme il fermente aisément; on sait aussi avec quels soins incomplets, ou plutôt avec quelle négligence de tous soins et de toutes précautions il est généralement recueilli. Mais, alors même que la traite serait faite d'une façon aseptique, pour peu que le lait reste un instant au contact de l'air, surtout dans les villes, il peut être ensemencé de germes variés, et il ne faut pas trop s'étonner de voir les anglais admettre la fréquence de la transmission par le lait des fièvres éruptives, de la typhoïde, de la diphtérie.

Conservé le lait par des procédés chimiques n'est pas une pratique admissible; la stérilisation du lait est donc une chose désirable et, quelque théorie qu'on émette contre cette pratique en alléguant que le lait ainsi stérilisé n'est plus un aliment parfait, rien ne prévaut contre l'expérience qui prouve que c'est un bon aliment et, en tous cas, un aliment sans danger.

Il y a déjà quelques années que le D^r Uhlig, de Leipzig, a montré qu'on peut utilement traiter le choléra infantile et l'athrepsie par le lait stérilisé; M. le D^r Comby a repris ces expériences et a montré, après Uhlig, après Duclaux, que ce lait était parfaitement supporté et qu'il était dans la diarrhée un excellent médicament. M. le D^r Debove a également obtenu d'excellents résultats du

lait stérilisé, que le Dr Landouzy préconise aussi dans sa pratique journalière.

Il va de soi qu'il ne s'agit point ici de lait chauffé à l'air libre qui, à 75°, commence à monter, prend un goût de cuit particulier très désagréable, mais de lait stérilisé à l'autoclave qui conserve le goût du lait frais et se conserve pendant plusieurs mois.

Dans certains pays, on stérilise le lait en le chauffant à 80° en vase clos, à deux ou trois intervalles de 12 heures (méthode de Tyndall), afin de détruire successivement les germes que l'opération antérieure a laissés passer de l'état de spores à l'état adulte. Le lait dont s'est servi M. Comby est de fabrication indigène et il importe que nous ne soyons pas à ce point de vue tributaires des produits étrangers. Par une réserve qui se comprend, notre confrère n'a pas indiqué le nom de la compagnie qui le fabrique dans une usine à vapeur de Normandie; il nous apprend seulement que ce lait chauffé d'abord à +80° est versé dans des bouteilles stérilisées à l'autoclave, bien bouchées, puis rapidement soumises à une température de +115° à 120°. Après chaque stérilisation, des échantillons sont maintenus dans une étuve à incubation, pour s'assurer que le lait est réellement stérilisé et ne se cultive pas. Ce lait est vendu chez les marchands de Paris au prix de 50 centimes le litre; il est laissé à 25 centimes pour les crèches et hôpitaux: beaucoup de laits crus, destinés aux jeunes enfants, sont vendus à Paris 1 franc le litre, et ce prix très élevé n'est pas toujours la garantie d'une qualité supérieure. Le lait stérilisé est livré en flacons de demi-litre, et même de 150 grammes pour les très jeunes enfants. Il suffit de plonger le flacon dans de l'eau un peu chaude pour tiédir le lait; en remplaçant le bouchon par une tétérèlle en caoutchouc qu'on a maintenue dans l'eau en ébullition, on a le meilleur et le plus sûr des bibero us.

Il y avait à l'Exposition universelle de 1889, dans la section Suisse, un système ingénieux de biberons contenant du lait stérilisé, exposé par M. Egli-Sainclair. Le lait de provenance française ne le cède en rien à celui qu'exposait alors la section suisse.

III. Hygiène scolaire. — La reconstruction des écoles primaires se poursuit en France, et il ne s'en faut guère que d'un millier de communes pour que des écoles nouvelles, conformes aux modèles adoptés, existent partout dans notre pays. Il y aurait beaucoup à dire sur les conditions d'hygiène de ces écoles; mais si cela est aujourd'hui insuffisant, c'est aussi très perfectible, si MM. les architectes veulent aider les hygiénistes.

En attendant, ce qui est urgent, c'est de fixer les principes qui doivent régir la prophylaxie des maladies infectieuses transmissibles dans les écoles. C'est ce qu'a tenté M. le professeur Layet, de Bordeaux, dans un travail publié dans la *Revue sanitaire de la Province*, de notre confrère le D^r Drouineau.

M. Layet, dont la compétence est bien connue en hygiène scolaire, a fait dans ce travail un excellent résumé des opinions actuelles sur la durée des périodes d'incubation, d'invasion, de suspicion des diverses maladies éruptives.

Il a collectionné avec soin l'opinion des auteurs classiques français, anglais et allemands; il y a joint des observations personnelles et il a ensuite établi des moyennes et dressé le tableau suivant qui indique le temps pendant lequel les élèves sains qui ont séjourné dans la classe à côté des malades, doivent être mis en suspicion, soit après le dernier cas observé, soit après le licenciement.

Maladies	Durée de la suspicion
Scarlatine.....	12 jours.
Rougeole.....	16 —

Maladies	Durée de la suspicion
Coqueluche.....	24 —
Rubéole.....	20 —
Diphthérie	10 —
Oreillons.....	24 —
Varicelle.....	20 —

Il va de soi, d'ailleurs, qu'à la fin de cette période suspecte, l'enfant n'est rendu à la *libre pratique* que s'il n'a ni angine, ni phénomènes catarrheux quelconques.

Dans un autre tableau, M. Layet a indiqué la durée de l'isolement des écoliers malades et l'époque où leur réadmission peut être autorisée : en Angleterre, d'après les prescriptions du *Medical office of schools Association 1886*; en France, d'après l'avis de l'Académie de médecine et la circulaire du ministre de l'instruction publique (1889-90) :

	En Angleterre	En France
Scarlatine ..	Pas moins de 6 semaines (42 jours) à partir de l'éruption, si toutefois il n'y a plus ni mal de gorge ni desquamation épidermique.	40 jours à partir du premier jour de l'invasion.
Rougeole ...	Pas moins de 3 semaines (21 jours) à partir de l'éruption, si toutefois toux et desquamation ont cessé.	24 jours — <i>Id.</i>
Coqueluche.	6 semaines (42 jours) à partir de la première quinte caractéristique (whooping), si toutefois il n'y a plus de toux spasmodique; — plus tôt, si la toux a complètement cessé.	20 jours après la disparition absolue des quintes caractéristiques.
Rubéole	2 semaines à partir de l'éruption.	
Diphthérie...	4 semaines au moins (28 jours) à partir du moment où il n'y a plus ni mal de gorge, ni sécrétions dépendant de la maladie.	40 jours à partir du premier jour de l'invasion.

	En Angleterre	En France
Oreillons...	$\left. \begin{array}{l} 4 \text{ semaines (28 jours) à partir} \\ \text{du début, si toutefois il n'y a} \\ \text{plus de gonflement périmaxil-} \\ \text{laire.} \end{array} \right\}$	25 jours — <i>Id.</i>
Varicelle....	$\left. \begin{array}{l} \text{Lorsque toute desquamation a} \\ \text{disparu, le médecin scolaire dé-} \\ \text{cide lui-même} \end{array} \right\}$	25 jours — <i>Id.</i>

La signification de ce second tableau, dit le D^r Vallin, dans la *Revue d'Hygiène*, a beaucoup moins de valeur que celle du premier ; elle dépend de la durée et aussi, quoi qu'on en dise, de l'importance et de l'étendue de l'éruption, des mesures de désinfection prises au cours de la maladie. Il est évident qu'une scarlatine bénigne, avec éruption faible, dont la desquamation appréciable était terminée le vingt-cinquième jour, chez un enfant dont la peau a été enduite de vaseline boriquée ou autre, qui a pris dès le vingtième jour des bains antiseptiques, il est évident que cette scarlatine ne laissera plus aucune trace et ne causera plus aucun danger, bien avant qu'on ait atteint le quarantième jour.

IV. Hôpitaux. — Quand on visite les hôpitaux de la plupart des villes de notre pays, on ne peut s'empêcher de trouver que, sous le rapport de l'hospitalisation, nous sommes encore à un degré très voisin de la barbarie. Pourtant, il serait injuste d'oublier que le Havre et Montpellier ont des hôpitaux neufs qui réalisent d'importants progrès et peuvent être cités comme des exemples utiles à imiter. Saint-Etienne va avoir aussi un nouvel hôpital, bien conçu et sagement disposé.

Ce qui manque d'une façon absolue, presque partout, ce sont des services et des pavillons d'isolement.

La ville de Paris étudie cette question avec un zèle tout à fait louable, et nos lecteurs savent que, poussant

les choses aussi loin que possible, le Conseil municipal se proposait d'établir, dans la banlieue des hôpitaux d'enfants isolés pour certaines affections contagieuses et, notamment, pour la diphtérie.

Le Comité consultatif d'hygiène, consulté par M. le Ministre de l'intérieur, sur l'utilité qu'il y aurait à créer, hors Paris, un hôpital de diphtériques, où seraient admis tous les enfants malades, actuellement soignés dans les hôpitaux, a adopté les conclusions d'un rapport du D^r Grancher, ainsi conçues :

1^o Il n'y a pas lieu de créer hors de Paris un hôpital de diphtériques ;

2^o Il y a des réformes importantes à apporter dans les services hospitaliers où sont recueillis ces malades ;

3^o Des mesures doivent être prises pour éviter le transport des diphtériques dans les voitures publiques ou, au cas où ce transport n'aurait pu être empêché, pour rendre ces voitures inoffensives ;

4^o Il y a lieu de recommander la création, en dehors de Paris, d'un service d'enfants diphtériques convalescents.

Pour les réformes à apporter dans les services hospitaliers, le D^r Grancher a prêché d'exemple, et les essais d'isolement local et d'antisepsie qu'il a tentés dans son service méritent d'être encouragés et poursuivis avec un grand soin. En appliquant à la médecine les précautions qui ont déjà rendu de si grands services à la chirurgie et à l'obstétrique, le D^r Grancher aura fait faire un grand pas à l'hygiène hospitalière.

V. Épidémies et eaux potables. — Les faits continuent de s'accumuler pour démontrer l'influence des eaux d'alimentation dans la transmission des maladies zymotiques. L'épidémie de Trouville en a été un exemple nouveau et les excellents résultats obtenus dans les casernes, où M. de Freycinet, se souvenant qu'il a com-

mencé sa réputation comme hygiéniste, a fait prendre d'excellentes mesures pour assurer l'alimentation de nos soldats en eau pure, sont des faits qui viennent à l'appui de la théorie que défend si brillamment M. Brouardel. Mais les eaux peuvent être souillées par des parasites autres que les microbes, et c'est sur ces parasites spéciaux que le D^r R. Blanchard a fait, il y a quelques mois, un important rapport à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, rapport dont nous reproduisons ici les conclusions :

1° Une eau de rivière ne peut servir à l'alimentation ou aux usages domestiques, sans examen microscopique préalable, que si elle est recueillie à la source même, loin de toute habitation, de toute étable ou de tout dépôt de déjections humaines ou animales.

2° Si elle doit être charrié au loin, cette même eau doit circuler dans un système de canaux métalliques ou en terre vernissée, dont la parfaite imperméabilité doit être l'objet d'une incessante surveillance.

3° Pour toute eau de fleuve, de rivière, de lac, de puits, de citerne, l'hygiène commande impérieusement de déterminer, par l'examen microscopique des sédiments et du résidu de la filtration, la nature exacte et précise des organismes (œufs, embryons ou larves libres, animaux adultes) qui y vivent.

4° Suivant les résultats de cet examen, l'usage de cette eau devra être prohibé ou pourra être permis.

5° Même dans ce dernier cas, et à plus forte raison dans les circonstances où l'analyse microscopique n'aurait pu être faite, on devra s'astreindre à ne faire usage que d'eau filtrée.

6° Si cette opération ne peut être exécutée, il est indispensable de faire bouillir l'eau dont on veut faire usage.

7° En la soumettant successivement à l'ébullition et à la

filtration, une eau sera rendue plus sûrement inoffensive. Toutefois l'ébullition la prive de son oxygène et la rend plus lourde.

D^r Robert PIQUET.

REVUE DE L'ANNÉE

Nécrologie

Janvier. — PAQUET, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Lille, ancien interne des hôpitaux de Paris. — WILLEMEN, ancien inspecteur adjoint des eaux de Vichy, membre correspondant de l'Académie de Médecine, 71 ans. — MELEUX, 53 ans, directeur de l'École de médecine d'Angers. — OSCAR HAINAUT, 30 ans, médecin de la prison de la Roquette. — RIBELLE, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Toulouse. — GENDRIN, 94 ans, ancien médecin des hôpitaux de Paris, nommé en 1831. Parmi ses ouvrages il faut citer : *Recherches pathologiques et pratiques sur les maladies de l'encéphale et de la moelle épinière*; *Traité philosophique de médecine pratique*; *Leçons sur les maladies du cœur et des grosses artères*. — COSSON, botaniste, membre de l'Académie des sciences, 71 ans. — PERREYMOND, de Toulouse. — BORNIER, professeur de physiologie à l'École de médecine de Besançon. — DUBOIS de la faculté de Strasbourg. — MOLARD, médecin principal de l'armée en retraite, 67 ans. — DREYFOUS, 39 ans, médecin des hôpitaux de Paris. A citer de lui : *Essai sur les symptômes protubérantiels de la méningite tuberculeuse* (Th. Doct.); *Accidents nerveux du diabète* (Th. Agrég.); *Mémoire sur la pseudo-paralysie syphilitique*. — DANIEL MOLLIERE, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Parmi ses nombreux travaux, il faut citer : *Traité des maladies du rectum et de l'anus*; et de nombreux mémoires sur les thromboses et embolies des os, la pathologie du grand sympathique, le nerf dentaire inférieur, les fractures indirectes de la colonne vertébrale, le taxis forcé, la périnéorrhaphie, la régénération osseuse etc., etc. — BLACHEZ, 62 ans, médecin des hôpitaux de Paris, agrégé à la faculté de médecine. Outre sa thèse du doctorat sur la *Dothiéntérie* et sa thèse d'agrégation sur la *Stéatose*, il fit paraître de nombreux articles dans le dictionnaire Dechambre et dans la Gazette hebdomadaire sur les *maladies des voies respiratoires, du cœur*, et sur l'*hygiène*. — CAUVET, professeur d'histoire naturelle médicale à la faculté de Médecine de Lyon. Docteur ès sciences, puis agrégé de l'École de pharmacie de Paris, docteur en médecine de Montpellier, il fut auparavant professeur d'histoire naturelle à la faculté de Nancy. On lui doit :

Eléments d'histoire naturelle médicale; Cours élémentaire de botanique; Dictionnaire élémentaire d'histoire naturelle; des études sur les solanées, le protoplasma, etc., etc. — VILLENEUVE, de Paris, ancien député de la Seine, 50 ans. — PUEL, 77 ans, membre fondateur de la société botanique et de la société philomatique. Directeur de la Revue de Psychologie expérimentale.

Février. — OZANAM, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien de l'hôpital Saint-Jacques, médecin homœopathe, ancien bibliothécaire de l'Académie de médecine, 65 ans. — ANDRÉ, ancien médecin en chef du Val de Grâce, 65 ans. — CAILLET, interne des hôpitaux de Lyon, mort de diphtérie contractée dans son service. — ESBACH, chef de laboratoire à la faculté de médecine de Paris. A citer ses mémoires sur : la physiologie des muscles intercostaux, le dosage de l'albumine, de l'urée et de l'acide urique, l'analyse du lait, le dosage de la lactose l'hémochromomètre à éclairage monochromatique, les albumines normales et anormales de l'urine, les calculs urinaires et biliaires, le diabète sucré, etc. — DELAUNAY, chroniqueur scientifique du temps. — HERBET, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine d'Amiens.

Mars. — TALANDIER, un des anciens collaborateurs du *Progrès Médical*, 68 ans. BRULFERT, conseiller général de la Haute-Marne. — GARNIER MOUTON, 35 ans, médecin major, mort victime de son dévouement. — Ulysse TRÉLAT, 62 ans, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, ancien président de l'Académie de médecine. Interne lauréat des hôpitaux il passa sa thèse en 1854 sur les *fractures de l'extrémité inférieure du fémur*; prosecteur en 1856, agrégé en 1857 avec sa remarquable thèse sur la *nécrose phosphorée*. Chirurgien des hôpitaux en 1860, membre de la Société de chirurgie en 1863, professeur de pathologie chirurgicale en 1872. S'occupa aussi des questions d'hygiène et d'assistance, et fut président de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, membre du conseil supérieur de l'assistance publique, et du conseil d'hygiène de la Seine. Il fit de nombreuses publications à la Société de Chirurgie sur les *hernies, les tumeurs lymphatiques, les vices de conformation du voile du palais, les oblitérations congénitales de l'anus et du rectum, la résection du coude, la staphyloorrhaphie les fistules vésico-vaginales*, etc etc. — WERTHEIM, 68 ans, médecin inspecteur des armées. — HÉBERT, 77 ans, membre de l'Institut, doyen honoraire de la faculté des sciences de Paris, ancien professeur de géologie à la Sorbonne. — CUIGNET, ancien professeur d'ophtalmologie à la faculté de médecine de Lille.

Avril. — PÉLIGOT, 79 ans, membre de l'Institut, administrateur de la monnaie de Paris, professeur de chimie à l'École Centrale, puis au conservatoire des Arts et Métiers, et essayeur à l'hôtel des monnaies, — a découvert l'*Uranium*; LETOURNEUX, botaniste et chéologue distingué. — PERRIER, conseiller général du Grad,

70 ans. — CLAUDEL, médecin principal des armées, médecin du Sénat. — GENEVOIX, ancien directeur de la pharmacie centrale de France, 63 ans.

Mai. — VERNHES, député de Béziers. — BUFLUREAUX, médecin militaire en retraite. — SIREDEY, 59 ans, médecin des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, ancien président de la Société médicale des hôpitaux à citer de lui : *Les maladies puerpérales*, et de nombreux travaux sur les *affections utérines*. — NOULET, professeur honoraire à l'École de médecine de Toulouse, directeur du Musée d'histoire naturelle, 89 ans. — LIBERMANN, 36 ans, médecin principal en retraite.

Juin. — MEYHOEFER, médecin de Nice, représentant de l'homéopathie. — BERTHERAND, directeur du Journal de Médecine et pharmacie d'Algérie. — GUILLON, ancien président de la Société de Médecine pratique. — GUILLIERMOND, pharmacien de Lyon, connu par ses travaux sur la *cinchine*, la *médication iodo-tannique*, le *dosage de la quinine*. — NAUDIN, 70 ans, président honoraire de la société Française de secours aux blessés. — GOUBAUX, ancien directeur de l'École vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie de Médecine, de la Société anatomique, de la Société de Biologie, auteur de nombreux mémoires sur la *tératologie vétérinaire*, etc.

Juillet. — MILHET FONTARABIE, 60 ans député de la Réunion. — BOURHÈS, conseiller général du Finistère. — AMAGAT, député, ancien professeur agrégé de Montpellier, 43 ans. Auteur d'études sur *les différentes voies d'absorption des médicaments, et les caractères communs et différentiels des animaux et des végétaux inférieurs*. — PAUL LOYE, 29 ans. Préparateur de Paul Bert et de Dastre, docteur en médecine, licencié et sciences naturelles, maître de conférences à l'École des hautes Etudes, professeur de physiologie aux Ecoles municipales d'infirmières de la ville de Paris, collaborateur du *Progrès Médical*. Outre ses *recherches sur les suppliciés* et son remarquable travail sur *la mort par la décapitation*, il est encore connu par ses travaux sur *l'influence du sommeil anesthésique sur l'activité des combustions respiratoires, et le naëud vital, l'injection d'eau dans les veines, la sécrétion urinaire chez les oiseaux, et son rapport sur l'enseignement de la médecine légale en Allemagne et en Autriche*. — DEQUEVAUVILLER, ancien interne des hôpitaux de Paris. — DEMANGE, professeur honoraire à la faculté de médecine de Nancy, 76 ans, médecin de l'hospice de Saint-Julien, président honoraire de la Société de médecine. — PÉNARD, de Versailles, membre de l'Académie de Médecine, auteur de travaux de médecine légale estimés. — CENSIER, directeur honoraire de la maison de santé des Allées de Garonne. — POTIER DUPLESSY ancien médecin principal de l'armée, ancien médecin chef de l'hôpital militaire de Bordeaux. — COULIER, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé en retraite, ancien professeur de l'École du Val de Grâce. — ROLLIN, ancien interne des hôpitaux. — RAOULT DESLONCHAMPS, médecin principal en retraite, an-

ancien médecin en chef de l'Etat major de Paris, ancien médecin en chef du 12^e corps. — CHANCEREL, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine de Caen.

Avril. — TOUSSAINT, 43 ans, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, ancien professeur à l'Ecole vétérinaire de la même ville. A démontré *les effets atténuants de la chaleur sur le charbon bactérien et la virulence des corpuscules trouvés dans le sang des poules cholériques.* — Nombreux travaux sur les *affections vétérinaires.* — DUMOULIN, de Salins, ancien interne des hôpitaux de Paris. — DUCLAUX, de Paris. — GAVARRET, professeur de physique à la Faculté de médecine de Paris, 81 ans. Ancien élève de l'Ecole polytechnique, docteur en médecine en 1834, professeur en 1843, membre de l'Académie de médecine en 1858, inspecteur général en 1879. On a de lui. *Lois générales d'électricité dynamique, température du corps humain dans la fièvre intermittente, chaleur produite par les êtres vivants, images par réflexion et par réfraction, traité d'électricité acoustique biologique, et un certain nombre de mémoires sur des questions d'hygiène.*

Septembre. — CAISSO, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. — CHANCEL, recteur de l'Académie de Montpellier. — GARIMOND, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, 67 ans. — DELIGNY, médecin aux eaux de Saint-Gervais. — DUMÉNIL (de Rouen), professeur de clinique externe à l'Ecole de Médecine. — DELACROIX, médecin de l'Hôtel-Dieu de Châlons. — Ernest HARDY, chef des travaux chimiques à l'Académie de Médecine, chef adjoint de laboratoire de l'Hôtel Dieu, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, collaborateur à un grand nombre de journaux scientifiques français et étrangers : *Principes de chimie biologique, de la température dans quelques états pathologiques et de ses rapports avec la respiration et la circulation,* nombreux mémoires sur *l'action des médicaments.* — CORIVE, médecin principal en retraite. — ASTAIX professeur honoraire de l'Ecole de médecine de Limoges.

Octobre. — OLIVE, de Marseille. — Michel ROTH, médecin à Wolheim, près Strasbourg. — G. MONOD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ancien chirurgien des hôpitaux, 87 ans. — DURANTY, médecin des hôpitaux et professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, 54 ans. — LASSÈGUE, médecin directeur de l'hospice maritime de Cap Breton. — CALMETTES, 39 ans, médecin de la chancellerie de la légion d'honneur, otologiste distingué. — MAUGUIN, de Douai, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Novembre. — ISAMBERT, professeur à la Faculté des sciences de Poitiers. — LEROY, médecin de la maison d'Ecouen. — MAREC, ancien médecin principal de la Marine. — TALON, médecin principal à Alger. — GOGUILLOT, professeur de l'Institut national des sourds muets, et directeur fondateur de la Revue Internationale de l'Enseignement des sourds-muets, 31 ans.

Décembre. — VAN GAVER, de Marseille, rédacteur du Marseille

médical, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant des hôpitaux de Marseille. — GARRIGAT, sénateur de la Dordogne.

ALLEMAGNE. — Janvier. — HIRN, du Logelbach, 76 ans, physicien distingué, membre correspondant de l'Académie des sciences. — VON TROTLTSCH, 61 ans, professeur à l'Université de Wurzburg. Travaux remarquables sur les *maladies et l'anatomie des oreilles*. — DUSCH, de Heidelberg, professeur de médecine interne à la Faculté de médecine, 66 ans. Travaux sur la *pathogénie de l'ictère, la thrombose des sinus, les névroses, le diabète, les maladies du cœur*, etc. — BECKER, professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Heidelberg.

Février. — WESTPHAL, de Berlin, 67 ans. Médecin assistant des maladies mentales en 1858. Privat docent de psychiatrie, à Berlin, en 1861, professeur extraordinaire en 1869, et professeur ordinaire de psychiatrie et des maladies nerveuses. A le premier décrit l'*agoraphobie*, découvrit le *signe dit de Westphal*; auteur de nombreux mémoires sur les *maladies de la moelle, la paralysie générale*, etc., etc.

Mars. — LITZMANN, professeur d'obstétrique à la Faculté de Kiel. — ARENDT, consul général d'Allemagne à Anvers. — LOEWIG, 87 ans, professeur de chimie à l'Université de Breslau.

Avril. — KUCHENMEISTER, 69 ans, un des fondateurs de l'helminthologie moderne. Auteur de nombreux travaux sur les *vers intestinaux*, et d'un *traité sur les parasites de l'homme*.

Juin. — SCHNEIDER, professeur de zoologie à Breslau. — GRABER, privat-docent de médecine interne à la Faculté de médecine de Munich.

Juillet. — Charles GRAD, député alsacien au Reichstag, ancien élève de l'École des mines. — ARNOLD, professeur d'anatomie à Heidelberg.

Août. — PINCUS, professeur extraordinaire d'hygiène et de médecine légale à Königsberg.

Octobre. — VOGEL, de Munich, 61 ans. Professeur de clinique des maladies des enfants. Auteur d'une étude sur le *typhus*, et d'un traité classique sur les *maladies des enfants* qui a été traduit dans toutes les langues. — STOHR, privat-docent de médecine interne à Wurzburg. — VON NUSSBAUM, de Munich, 61 ans. Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Munich, conseiller intime et médecin en chef d'armée, ardent propagateur de l'antisepsie en Allemagne. Il laisse plus de 80 monographies sur la chirurgie opératoire. — COCCIUS, ophtalmologiste des plus connus d'Allemagne, 65 ans. Professeur d'ophtalmologie à Leipzig. Inventeur de la méthode d'examen du fond de l'œil à la lumière polarisée.

Novembre. — SCHWARTZ, professeur émérite d'obstétrique et de gynécologie à la faculté de médecine de Cöttinge.

Décembre. — JACOBSON, professeur extraordinaire de médecine

interne à la faculté de médecine de Berlin. — **MAYER**, privat docent de gynécologie à la faculté de médecine de Berlin. — **WIEGER**, professeur émérite de dermatologie et de syphiligraphie à la faculté de médecine de Strasbourg.

ANGLETERRE. — *Janvier.* — **OSWELL LIVINGSTONE**, fils du célèbre explorateur. — **GREEN BALFOUR**, de Madras. — **W. GULL**, de Londres, 73 ans.

Février. — **ADAMS**, chirurgien de Londres. — **MARTON**, professeur à l'Anderson's collège de Glasgow. — **COLAHAN**, ancien professeur de matière médicale au Queen's collège de Galway.

Mars. — **ROBERT KANE**, chimiste, 80 ans. — **BORED**, chirurgien consultant de Beverenhead-Borough-Hospital.

Avril. — **SMITH**, de l'université de Dublin. — **BREYRE**, physicien de Londres.

Mai. — **SULLIVAN**, président du Queen's collège de Cork, chimiste. — **POLLOCK**, de l'école de médecine de Charing Cross, 56 ans. — **SULLIVAN**, professeur de chimie à l'Université catholique de Cork. — **JORDAN**, ancien lecteur des maladies des enfants à Queen's collège de Birmingham. — **FINCHAM**, ancien lecteur de médecine légale à l'École de Westminster à Londres. — **WALTER PARCE**, lecteur de médecine à l'École de Saint Mary's hospital de Londres.

Juillet. — **PARKER**, ancien professeur d'anatomie comparée au collège royal des chirurgiens de Londres.

Août. — **BROWNE**, chirurgien de l'hôpital des enfants de Belfast. — **CORNELLY**, professeur de chimie à l'Université d'Aberdeen.

Septembre. — **ADAMS ALLEN** doyen du Rush medical collège, 65 ans. Professeur de pathologie. — **HOFFMEISTER**, chirurgien de la reine. — **MATTHEWS DUNCAN**, célèbre accoucheur. — **JENNIGS**, du Carmichael collège de Dublin,

Octobre. — **BOGGS**, doyen des médecins anglais de Paris, 67 ans. — **HANDFIELD**, médecin consultant de Saint Mary's hospital, auteur de travaux cliniques estimés.

Novembre. — **MAC GILL**, professeur de chirurgie à l'École de médecine de Leeds,

Décembre. — **CORLEY**, de Dublin. — **THAYER**, ancien professeur de chirurgie au Western collège de Alveland. — **GULLIVER**, lecteur d'anatomie comparée à l'École de médecine de St-Thomas, de Londres. — **BYRNE**, professeur d'obstétrique à l'École de médecine de l'Université catholique de Dublin.

AUTRICHE. — *Janvier.* — **ROSENTHAL**, professeur extraordinaire des maladies nerveuses à l'Université de Vienne, directeur du service électrothérapique à l'Allgemeiner Krankenhaus, 67 ans. On lui doit de nombreux mémoires sur les tumeurs cérébrales, *Phystérie, les maladies de la moelle, un traité d'Electrothérapie* etc., etc. — **PANETH**, privat docent de physiologie à l'Université de

Vienne. — **THALER**, professeur d'accouchements à Linz. — **MACCARI**, professeur d'obstétrique à la faculté de médecine de Vienne. — **BENEDIKT SCHULZ** de Vienne.

Février. — **NAUNYN**, professeur de paléontologie à l'Université de Vienne. — **HOCK**, célèbre ophthalmologiste de Vienne, 59 ans. — **A. VOGT**, ancien professeur d'anatomie descriptive à la faculté de médecine de Vienne.

Mars. — **HANDLIRSCH**, préparateur du professeur Hoffmann, de Vienne.

Juillet. — **HERZ**, privat docent de pédiatrie à la Faculté de médecine de Vienne.

Août. — **VON BARTH DE BARTHENAU**, professeur de chimie à l'Université de Vienne, 52 ans.

Décembre. — **SALZER** professeur à la faculté de médecine de Vienne.

BELGIQUE. — *Janvier.* — **BELLEFROID**, membre de l'Académie de médecine de Belgique. — **COLLARD**, de l'Université de Liège. — **WEHENKEL**, professeur d'anatomie pathologique à la faculté de médecine de Bruxelles.

Mars. — **VAN HERSWINGELS**, adjoint aux hopitaux de Bruxelles. — **NOUILLE**, de Gand.

Avril. — **MICHAUX**, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Louvain.

Juillet. — **DE ST-MOULIN**, agrégé d'obstétrique à la faculté de médecine de Bruxelles.

Août. — **GRANIUX**, professeur émérite de l'Université de Louvain, ancien président de l'académic royale de médecine de Belgique.

Septembre. — **LEBEAU**, chirurgien de l'hôpital des Anglais à Blankenberghe.

Octobre. — **MICHEL**, pharmacien de garnison de 1^{re} classe, directeur de la pharmacie à Bruxelles.

Novembre. — **SERNEY**, de Gand. — **RASQUINET DE JUPILLE**, de Liège. — **MATHIEU**, vice-président du cercle de médecine publique de la Flandre occidentale. — **DE PAEPE**, de Bruxelles.

BRÉSIL. — *Mai.* — **RAWSON**, professeur à la faculté de médecine de Buenos-Ayres.

EGYPTE. — *Février.* — **ICONOMOPOULOS**, du Caire.

Juillet. — **FANZI BEY**, professeur de chirurgie opératoire à l'École de médecine du Caire.

ÉTATS-UNIS. — *Mars.* — **MICHEL**, ancien directeur de l'asile de Bloomingdale, aliéniste américain distingué.

Mai. — **SMITH**, professeur de chirurgie à l'Université de Pensylvanie.

Juin. — **BYFORD**, de Chicago, professeur de Gynécologie, gyné-

cologiste de St-Luke's hospital et chirurgien de l'hôpital des femmes. Auteur d'ouvrages estimés : *Physiologie, pathologie et thérapeutique des exercices musculaires; Traité des inflammations chroniques et des déplacements de l'utérus non gravide; Traité théorique et pratique d'obstétrique*. — DE LA LUZ HERNANDEZ, hygiéniste des plus connus d'Amérique.

Septembre. — DOUGLAS, professeur à l'Université de Michigan.

Novembre. — BIGELOW, de Boston, chirurgien; auteur de nombreux mémoires sur divers points de la chirurgie, inventeur de l'aspiration vésicale. On a de lui la *Litholapaxie* et un *Manuel de chirurgie orthopédique*. — PALLEN, professeur de gynécologie à l'Université de New-York. — LÉVIS de Philadelphie, ancien lecteur de chirurgie à la Philadelphia Polyclinic.

CANADA. — *Février*. — ROLLAND de Montréal, spécialité pour le nez et les oreilles.

Mars. — BOUCUER DE BOUCHERVILLE.

COLOMBIE. — *Octobre*. — JÉRONIMO TRIANA, consul général de la République de Colombie à Paris,

LA HAVANE. — *Août*. — CLAUDIO ANDRÉ, professeur de chimie à l'Institut Provincial.

Septembre. — PULIDO PAGÉS, professeur de chirurgie à la faculté de médecine.

ESPAGNE. — *Février*. — GOMEZ PAMO.

Juin. — MAESTRE DE SAN JUAN, professeur à la Faculté de médecine de Madrid.

Septembre. — OGANA, professeur de clinique externe à la Faculté de médecine de Madrid.

Novembre. — MONTERO RIOS, professeur à la faculté de médecine de Madrid. — CARRO, professeur à l'Université de Barcelone.

PORTUGAL. — *Octobre*. — ANTONIO DE SENNA.

ITALIE. — *Janvier*. — MACCARI, professeur d'obstétrique à la faculté de médecine de Gènes.

Février. — GIBELLO, chargé du cours de dermatologie et de syphiligraphie à la faculté de médecine de Turin.

Mars. — MARINO TURCHI, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Naples.

Avril. — TAFANI, professeur d'anatomie à Florence.

Mai. — CLOETTA, de Lugano. — SCALZI, professeur à la Faculté de médecine de Rome.

Juillet. — BUONOMO, chargé du cours de psychiatrie à la faculté de médecine de Naples.

Décembre. — COPPOLA, professeur extraordinaire de matière

médicale et de pharmacie à l'Ecole de médecine de Florence. — LÉOPARDI, professeur extraordinaire de pathologie spéciale à l'Ecole supérieure de médecine de Florence.

HOLLANDE. — *Janvier*. — BUYSE BALLOT de la Haye, professeur à l'Université d'Utrecht.

Mai. — VAN CAPPELLE, ex-inspecteur général des aliénés.

Juin. — VAN DEN BURG, professeur de pharmacie à l'Université de Leyde.

RUSSIE. — *Janvier*. — VON WAHL, professeur de chirurgie à la faculté de médecine de Dorpat.

Avril. — WEREWKIN, privat docent de médecine légale à l'académie de médecine de Saint-Petersbourg.

Mai. — BESSER, ancien professeur à l'académie de médecine de Saint-Petersbourg.

Août. — SELENSKI, ancien privat docent de pédiatrie à l'Académie de médecine militaire de Saint-Petersbourg.

Octobre. — GRUBER, de Saint-Petersbourg, 76 ans. Ancien professeur émérite d'anatomie à l'Ecole de médecine militaire de Saint-Petersbourg, organisateur de l'Institut de physiologie et d'anatomie et créateur d'un important musée. Il laisse plus de 500 mémoires sur l'anatomie humaine, comparée et pathologique, sur les anomalies, les monstres etc.

POLOGNE. — *Janvier*. — LAPTSCHINSKI, professeur de pathologie spéciale et de thérapeutique à la Faculté de médecine de Varsovie.

Février. — TACNOWSKI, naturaliste distingué, de Varsovie, laisse d'importants travaux d'ornithologie.

Août. — NEUGEBAUER, conseiller d'Etat, professeur à l'université de Varsovie, 70 ans.

SUISSE. — *Janvier*. — FREY, professeur à la faculté de médecine de Zurich, 68 ans. On a de lui : *Traité d'histologie et d'histochimie*; *Le microscope et la technique microscopique*, et de nombreux travaux sur l'histologie.

Avril. — CLARET, médecin assistant à l'asile de Cléry, 29 ans, ancien élève à l'Université de Genève.

Mai. — SORER, physicien, de Genève. Correspondant de l'Académie des Sciences.

Juillet. — FANE, de Genève, membre correspondant de l'Académie des Sciences.

Août. — VON ROTTECK, professeur extraordinaire de médecine interne à la faculté de médecine de Strasbourg.

Février. — SCHAEFER, professeur extraordinaire de psychiatrie à la faculté de médecine de Berne. — ROSSIAUD, assistant à la clinique chirurgicale de la faculté de médecine de Berne.

SUÈDE. — *Mai*. — MAGNUS HUSS, ancien professeur de clinique interne à la Faculté de Stockolm, connu par ses travaux sur l'*alcoolisme* qu'il a le premier décrit. — FAYE, ancien professeur à l'université de Christiania, 84 ans. Fondateur de l'Académie des Sciences en 1868.

Novembre. — DAHL, directeur du service sanitaire de Norvège.

DANEMARK. — *Juin*. — HORNEMANN, professeur à l'Université de Copenhague.

Octobre. — LEHMANN, professeur d'ophtalmologie à la faculté de médecine de Copenhague.

Décembre. WARNEKE, professeur de pharmacologie à la faculté de médecine de Copenhague.

ROUMANIE. — *Septembre*. — VON JEBUFFY, de Bucharest.

Octobre. — TURNESCU, ancien professeur à la faculté de Bucharest.

TURQUIE. — *Février*. KYRIACOU; médecin en chef de l'hôpital des femmes de Constantinople; gynécologiste distingué.

Réformes

Un vent de réforme paraît avoir soufflé sur l'année 1890, mais la semence qu'il entraîne n'a pas encore porté ses fruits. Aussi, sous le rapport des nouvelles réformes, créations ou améliorations introduites soit dans l'enseignement médical, soit dans l'assistance, sommes-nous encore réduits cette année à un compte rendu assez pauvre.

L'hygiène dont on comprend de plus en plus l'importance a été introduite dans l'enseignement des lycées. On fera aux élèves de philosophie une leçon d'une heure par semaine pendant l'été. On y traitera de l'eau, de l'air, des aliments, des principales maladies contagieuses, de la vaccination, de quelques questions de police sanitaire des animaux. C'est, si nous ne nous trompons, la seconde fois que cette mesure est prise. — Il y a une douzaine d'années semblable innovation avait été faite, et après une existence éphémère le cours avait disparu. Il était du reste facultatif à la différence de celui-ci.

Après avoir admis les femmes médecins aux fonctions d'externes et d'internes des hôpitaux, l'Assistance publique les a admises à concourir pour les bureaux de bienfaisance. Nous ne pouvons que souscrire à cette mesure libérale.

Après la suppression des séances publiques d'hypnotisme, qui menaçaient de déconsidérer complètement une chose qui doit rester du domaine de la science et de la philosophie, est venue la défense des pratiques hypnotiques aux médecins des armées

de terre et de mer. On ne voit pas trop en effet l'utilité qu'il y aurait pour ces médecins à développer l'hypnotisme dans l'armée. Ils ont mieux à faire que cela, et étant donné le nombre assez grand d'hystériques mâles dans l'armée, à s'exercer à dépister la névrose et à ne pas voir, comme cela arrive fréquemment, dans ses manifestations, de la simulation.

Le Conseil municipal a repoussé un projet de création de quatre médecins inspecteurs (deux hommes et deux femmes) aux appointements de 3.000 fr. dont les fonctions auraient consisté à s'occuper de l'état sanitaire des instituteurs et des institutrices. L'utilité de cette création ne paraît pas en effet bien évidente, les médecins des écoles pouvant, à ce qu'il semble, s'occuper en même temps de la santé des élèves et de celle de leurs instituteurs.

Il a d'autre part adopté la création d'un laboratoire pour la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Pour remédier à l'encombrement des hôpitaux d'aigus par des malades chroniques dont le placement dans les hospices ou à l'hôpital Laënnec ne pouvait avoir lieu dans un délai assez court, l'administration de l'Assistance publique s'est entendue avec la Préfecture de police pour que ces malades soient admis, dans des conditions spéciales d'hospitalisation à la maison départementale de Nanterre. Cette mesure, très discutable, n'est qu'un moyen terme à notre avis, et montre l'insuffisance des hospices de chroniques actuels. Il n'est pas rare en effet de voir, dans les services de médecine surtout, des lits immobilisés pendant un an et plus par des malades pour lesquels une demande de placement a été faite. Cette immobilisation qui n'a que de faibles inconvénients pendant l'été où les malades aigus sont moins nombreux, devient au contraire très préjudiciable aux intérêts de ces malades aigus pendant l'hiver et entraîne l'emploi de brancards, qui doit être toujours rejeté lorsqu'on n'est pas en temps d'épidémie.

Cet encombrement des hôpitaux et hospices de la ville de Paris par ses propres indigents, en restreignant peu à peu les facilités accordées aux communes de la banlieue, a appelé l'attention sur les mesures à prendre pour assister les indigents des communes suburbaines. C'est pour répondre à ce besoin que la création d'hospices intercommunaux a été proposée. Les communes de Fontenay-sous-Bois, de Montreuil et de Vincennes ont donné à ce projet le concours le plus empressé et au mois d'avril, la première pierre de leur hospice intercommunal a été posée. Nous ne pouvons que souhaiter que les autres communes importantes des environs de Paris suivent cet exemple.

Il a été créé une Ecole du service de santé de la marine à laquelle ont été rattachées à titre de succursales les trois Ecoles existantes de Brest, Rochefort et Toulon. Dans ces écoles les étudiants en médecine suivent les cours de première année et les élèves en pharmacie font leur stage. Dans l'école principale dont le siège est à Bordeaux, les élèves accompliront les trois dernières

années de leurs études médicales et l'intégralité des études pharmaceutiques moins le stage. — Cette école fonctionne depuis le 1^{er} novembre 1890.

Une grande lutte s'est engagée entre Marseille et Montpellier au sujet de la création d'une Faculté de médecine dans la première de ces villes. Montpellier ne voyait pas sans crainte s'installer près d'elle, dans une ville aussi importante et appelée à un développement toujours croissant une faculté de médecine qui lui aurait retiré beaucoup de ses élèves. Marseille, de son côté, essentiellement commerciale et industrielle, et très riche, était disposée à faire tous les sacrifices nécessaires pour devenir à son tour un centre scientifique du Midi. Ni Pune ni l'autre n'ont eu gain de cause, et c'est Toulouse qui a bénéficié d'un ancien décret, datant de 1879, transformant son école de plein exercice en faculté de médecine. C'est un fait accompli aujourd'hui et dès que la Chambre aura voté les crédits nécessaires la jeune faculté entrera en fonction. — A l'heure où nous écrivons les professeurs ne sont pas encore nommés, mais ne tarderont pas à l'être, car le projet de loi portant ouverture des crédits est déposé de façon à ce que les cours puissent s'ouvrir avec le semestre d'été, c'est-à-dire le 16 mars. — Nous ne pouvons que souhaiter que la nouvelle faculté prenne en considération en s'organisant, les desiderata légitimes des élèves au point de vue de l'enseignement qu'ils s'attendent à trouver dans l'École. Espérons donc que les jeunes professeurs auront à cœur d'être professeurs pour les élèves et non pour leur propre satisfaction et les avantages qu'ils peuvent retirer de leur haute situation. C'est à cette condition qu'ils pourront attirer à Toulouse les étudiants. Ils ont la partie belle mais des débuts dépend le succès. Ils doivent faire plus et mieux qu'ailleurs pour justifier pleinement la création de leur Faculté.

C'est dans le but de montrer sa vitalité que l'Université de Montpellier a organisé les fêtes de son six centième anniversaire. Les fêtes ont été des plus réussies et tout le monde en est revenu charmé. La bonne harmonie qui régnait entre les diverses facultés, l'intérêt qu'elles ont à se grouper pour défendre leurs intérêts communs, à former un corps uni, un centre scientifique dans les pays où elles se trouvent ont ressuscité l'idée de la formation d'universités sur le modèle des anciennes, et de tous côtés, à Nancy, à Lille, à Lyon, à Bordeaux on a fondé des sociétés dans le but de favoriser le développement des Universités régionales. Le mouvement, qui se continue, a trouvé un grand appui auprès du ministre de l'Instruction publique et de M. Liard, le directeur de l'Enseignement supérieur, qui se sont manifestement déclarés favorables à ces projets qui sont du reste soumis au Parlement.

Nous ne pouvons qu'applaudir à ce mouvement décentralisateur. On a un peu trop le dédain de la province à Paris. — Pour ceux qui veulent y travailler, ils y trouvent comme partout ail-

leurs des matériaux d'étude. Si beaucoup de ceux qui s'entêtent à concourir pour Paris, et s'épuisent dans la préparation de concours auxquels ils n'arrivent jamais pour des motifs souvent d'ordre extra-scientifique, partaient en province alors qu'ils sont encore pleins d'ardeur au travail, et dans toute leur force intellectuelle, il est certain qu'ils trouveraient un champ d'activité très suffisamment large et pourraient relever le niveau des Ecoles et Facultés de province.

L'insuffisance de l'enseignement pratique des Facultés de médecine devient tellement évident que de toutes parts on cherche à y remédier. — C'est dans cette intention que s'est fondée la *Policlinique de Paris*. Son but est de faire des cours théoriques et pratiques pour les étudiants, de faire des consultations pour les malades de la ville, et si c'est possible d'en traiter un certain nombre dans des services annexés. Le conseil municipal a encouragé cette création par le vote d'une subvention. L'idée a fait son chemin et aujourd'hui il existe deux nouvelles Policliniques, l'une la *Clinique générale de Paris*, l'autre la *Clinique de la rue d'Assas*. Le but de cette dernière est surtout de créer un hôpital international destiné à recevoir les étrangers, qui à cause de cette qualité ne peuvent être admis dans les hôpitaux de la ville. Nous souhaitons bon succès à nos confrères qui ont le courage de montrer qu'on peut faire quelque chose sans être revêtu de fonctions et de titres officiels. C'est un préjugé si répandu encore qu'on ne peut qu'applaudir à toutes les tentatives faites pour le déraciner.

Une société nouvelle s'est fondée : la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*. Elle se réunit deux fois par an à l'hôpital Saint-Louis et tient une session de trois jours de durée, la première dans la semaine qui suit Pâques, la seconde la dernière semaine d'octobre. Elle s'est réunie pour la première fois au mois d'avril. — Il était en effet utile de créer une société semblable et l'on ne peut être surpris que d'une chose c'est qu'on ait mis aussi longtemps à en sentir le besoin. Il y a tout intérêt pour les spécialistes à s'entretenir entre eux des cas intéressants de leur spécialité, et cela leur est très difficile lorsqu'ils sont éparpillés dans des sociétés scientifiques sans caractère particulier où les questions spéciales sont en général écoutées avec peu d'attention, et où personne ne se trouve parfois pour appuyer ou combattre les communications de cet ordre. Déjà du reste, les chefs de service avaient éprouvé le besoin de se grouper et avaient inauguré à l'hôpital Saint-Louis, et aux hôpitaux de Lourcine et du Midi, des conférences où ils discutaient entre eux et publiquement les cas curieux et embarrassants qui étaient tombés sous leur observation en présentant les malades à l'appui.

De même que les dermatologistes, les aliénistes français ont éprouvé le besoin d'avoir leur Congrès. — Le premier Congrès annuel d'aliénation mentale a eu lieu le 4 août à Rouen, dont Morcel

et Foville ont illustré les asiles. Il a eu un plein succès et dès maintenant l'on peut affirmer que les congrès qui suivront seront viables. Pour leur donner plus d'importance il a été décidé qu'ils porteraient désormais le nom de Congrès des aliénistes de langue française. La porte est donc ouverte aux confrères de la Belgique et de la Suisse romande. Le prochain Congrès aura lieu à Lyon. — Nous avons demandé d'y admettre les neurologistes et d'en faire un Congrès de psychiatrie et de neurologie, mais notre vœu n'a pas été exaucé.

Parlerons-nous du projet de révision de la loi sur l'exercice de la médecine ? Il est depuis si longtemps sur le chantier et le moment est encore si éloigné probablement où il viendra en discussion devant la Chambre, que nous préférons attendre cette époque pour en causer.

Une autre réforme qui a suscité plusieurs conflits entre les médecins et l'administration est celle du tarif des expertises médico-légales. La commission de l'Association générale des médecins de France a proposé un tableau des modifications à introduire dans ce tarif. Elles ne sont pas tellement excessives et sont trop en rapport avec les honoraires actuels des médecins et chirurgiens pour qu'elles ne soient pas adoptées, au moins pour le plus grand nombre.

Pour équilibrer le budget de 1890, le ministre des finances a eu l'intention d'imposer de 12 millions les spécialités pharmaceutiques hygiéniques et de toilette en rendant obligatoire pour ces produits le timbre de garantie, qui jusqu'ici était facultatif. Grand émoi parmi les pharmaciens. — Notre Rédacteur en chef a dans plusieurs articles du *Progrès médical*, montré l'inutilité et l'impossibilité d'établir un pareil impôt. — Le projet est du reste tombé dans l'eau à l'heure actuelle.

La grosse question en l'air pour le moment c'est l'organisation de l'enseignement médical dans les hôpitaux. Cette question pour laquelle le *Progrès médical* n'a cessé de lutter depuis sa fondation, revient aujourd'hui à l'ordre du jour. L'idée d'une Ecole municipale de médecine gagne de plus en plus de terrain. Parmi les craintes que ce projet fait naître chez certains, l'une des plus graves est le conflit qui pourrait survenir entre la Faculté de médecine et cette Ecole municipale. Il y a cependant un moyen bien simple d'y parer, c'est de réaliser cette vieille réforme qui consiste à séparer le corps examinant du corps enseignant.

C'est M. Huchard qui s'est fait à la Société médicale des hôpitaux le champion de cette vieille cause. Il a proposé tout un plan de réorganisation du personnel médical et des concours. Il serait trop long d'énumérer ces projets. Qu'il nous suffise de signaler ce qui a été obtenu déjà. 1° La création dans chaque hôpital de chefs de laboratoire d'anatomie pathologique (auxquels on a donné le nom de directeurs, des travaux anatomiques et chimiques); 2° l'amélioration du concours de la médaille d'or, auquel

a été ajoutée une épreuve clinique ; 3^o la création d'assistants pour les services de dermatologie ; 4^o la création de deux services spéciaux de dermatologie (à Lourcine et au Midi) ; 5^o la réorganisation des consultations hospitalières ; 6^o l'organisation de l'enseignement médical dans les hôpitaux. — Les modifications dans le concours du Bureau central restent à étudier. On avait proposé la suppression des externes, mais cette proposition a été, et avec raison repoussée, car les fonctions qu'ils remplissent ne sont pas purement platoniques et il faudrait les faire remplir par d'autres qui occasionneraient sans doute la même dépense.

Le conseil municipal de son côté, sur le rapport de M. Strauss, a invité l'administration de l'Assistance publique à soumettre à l'avis du Conseil de surveillance d'une part, et des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, d'autre part, le projet de la réorganisation de l'enseignement pratique et hospitalier.

En somme, le premier pas et le plus difficile est fait. Les esprits sont mûrs pour accepter des réformes que des hommes libéraux, à la tête desquels il faut placer le Dr Bourneville, réclament depuis vingt ans. On commence à sortir de l'ornière de la routine et à se douter qu'il peut y avoir quelque chose de mieux à faire que ce qui existe actuellement et que si l'on n'y met promptement bon ordre on risque de voir singulièrement baisser le niveau des études médicales. Espérons qu'on ne s'arrêtera pas en si bon chemin et que l'année 1891, si elle ne résout pas toute la question de l'Ecole municipale de médecine, la fera du moins considérablement avancer.

Paul SOLLIÉ.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Anatomie, par M. Isch-Wall.....	1
Physiologie, par A. Pilliet.....	17
Pathologie générale, par Aimar Raoult.....	46
Maladies des voies respiratoires : 1° Nez et larynx, par J. Baratoux.....	80
Plèvre et poumons, par Brissaud et Œtenger.....	98
Maladies du cœur, par J. Comby.....	104
Maladies de l'estomac et du foie, par D. Aigre.....	113
Maladies des reins, par J. Comby.....	125
Maladies de la peau et syphiligraphie, par Paul Raymond..	129
Système nerveux, par Georges Guinon et J. B. Charcot.....	151
Psychiatrie, par P. Keraval.....	170
Maladies des enfants, par Jules Comby.....	190
Médecine légale, par A. Josias.....	206
Chirurgie, par Mareel Baudouin.....	211
Maladies chirurgicales de l'enfance, par A. F. Plicque.....	243
Ophthalmologie, par E. Kœnig.....	249
Maladies des oreilles, par J. Baratoux.....	267
Maladies des voies urinaires, par A. Malherbe.....	280
Odontologie, par Cruet.....	300
Obstétrique, par Ch. Maygrier.....	308
Gynécologie, par Ch. Maygrier.....	321
Thérapeutique, par Aimar Raoult.....	342
Hydrologie médicale, par G. Delfau.....	378
Hygiène, par Robert Piquet.....	382
Revue de l'année.....	393

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

ABDOMEN — contusions, 228.
 ABCÈS multiples — chez les nourrissons, 248.
 ABSORPTION, 43.
 ACCOUCHEMENTS, 308.
 ACÉTATE d'ammoniaque, 342.
 ACOUSTIQUE (nerf) névrites, 279.
 ADMINISTRATION — des asiles d'aliénés, 176.
 ALBUMINOÏDES (digestion des), 115.
 ALCALINS, 343.
 ALCOOLS — influence sur les albuminoïdes, 116.
 ALIMENTATION des jeunes enfants, 196.
 AMYGDALOTOMIE et hémorrhagie, 88.
 ANATOMIE, 1.
 ANÉMIE pernicieuse, 203.
 ANÉMONE, 343.
 ANÉVRYSME — aorte, 111.
 ANNEXES de l'utérus — pathologie, 337.
 ANTHROPOLOGIE criminelle, 185.
 ANTIPYRINE, 343.
 ANTISEPSIE interne, 344.
 ANTISEPTIQUES, 115-315.
 ANTISEPTOL, 346.
 ANNOÏAQUE, 236.
 APONÉVROSES, 4.
 APPENDICITE, 230.

APSITHYRIE, 96.
 ARGYLL-ROBERTSON (signe de), 263.
 ARISTOL, 346.
 ARTHRITE alvéolaire infectieuse, 301.
 ARTICULATIONS — anatomie, 1.
 ASEPSIE, 211-283.
 ASSISTANCE des aliénés, 176.
 ASTRAGALE — ablation, 242.
 ATROPHIES musculaires, 155.
 AUDITIF — nerf (excitation), 267.
 AUDITION, 44.

B

BLEU de méthylène, 346.
 BOURSE de Luschka, 84.
 BRACHYCHARDIE, 105.
 BRIDES congénitales, 245.
 BROMOFORME, 347.
 BROMURES, 347.
 BRONCHO - PNEUMONIE érysipélateuse, 99.
 BRULURES (traitement), 347.
 BULBE — pathologie, 151.
 BUREAUX d'hygiène, 382.

C

CAFÉINE, 348.
 CALOMEL, 319.
 CAMPHORIQUE (acide), 349.
 CANCER, 46; — de la vésicule

- biliaire, 121 ; — névrites péri-
 phériques dans le c., 157 ; —
 c. primitif du vagin, 328 ; —
 de l'utérus, 336.
 CANNABIS indica, 113-349.
 CAPSICUM annuum, 349.
 CARDIOPATHIES congénitales, 194.
 CASTRATION — dans l'ostéoma-
 lacie, 349.
 CATHA edulis, 350.
 CERVEAU — pathologie, 151.
 CÉSARIENNE — opération, 325.
 CHANCRES extra-génitaux, 143.
 CHARBON, 47.
 CHIRURGIE, 241 ; — infantile, 243.
 CHLORALAMIDE, 178.
 CHLOROPORME, 223.
 CHLOROSE, 65-350.
 CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE, 225.
 CHOLÉRA, 49.
 CHOLESTÉATOMES, 270.
 CHORÉE, 161-201.
 CHROMATIQUE (sens), 267.
 CHRYSAROBINE, 350.
 CIRCULATION — physiologique, 33.
 CIRRHOSE du foie, 120.
 CLASMATOCYTES, 5.
 CLAVICULE, 1.
 CLOISON des fosses nasales —
 déviation, 82.
 COCAÏNE, 351.
 CŒUR — Maladies, 50-104.
 COLPOCYSTORRHAPHIE, 328.
 CONDURANGO blanco, 352.
 COQUELUCHE, 201-352.
 COUCHES (suites de), 318.
 CRANES d'aliénés, 175.
 CRÉOLINE, 352.
 CRÉSALOL, 353.
 CROISSANCE, 199.
 CYANOSE, 108.
 CYANHYDRIQUE (acide), 353.
 CYSTOCÈLE, 327.
 CYSTOSCOPIE, 290.
- D
- DÉLIRE hystérique, 165.
 DENTITION, 300.
 DENTS — maladies, 300.
 DÉSARTICULATION de l'épaule, 239.
 DIABÈTE, 50-353 ; — paraplégie,
 157.
 DIGESTION — physiologie, 36 ; —
 des albuminoïdes, 115.
 DILATATION de l'estomac — trai-
 tement, 354.
 DIPHTÉRIE, 52-197 ; — myocar-
 dite infectieuse, 197 ; — trai-
 tement, 355.
 DIURÉTIQUE, 355.
 DURE-MÈRE, 5.
 DYSTOCIE, 313.
 DYSENTÉRIE, 356.
 DYSPEPSIE nerveuse, 119.
- E
- EAUX — minérales, 378 ; — po-
 tables, 390 ; — oxygénée, 305.
 ECOLES — hygiène, 387.
 ECZÉMA, 143.
 EMPOISONNEMENT — par le su-
 blimé, 127.
 ENCÉPHALOCÈLES, 218.
 ENCLUME — excision, 277.
 ENDOCARDITE infectieuse, tuber-
 culeuse, 106.
 ENDOSCOPIE urétrale, 296.
 ENFANTS — maladies, 190 ; — m.
 chirurgicales, 243 ; — hygiène,
 384.
 ÉPAULE — luxations, 238 ; — dé-
 sarticulation, 239.
 ÉPIDÉMIES, 390.
 ÉPILEPSIE, 160.
 ÉPISTAXIS, 356.
 ERYSIPELE, 55-99-356.
 ERYTHÈME — nouveau, 193.
 ESPACE sus-sternal, 4 ; — in-
 terstitiels, 4.
 ESTOMAC — maladies, 113 ; —
 dilatation, 354.
 ÉTRIER — avulsion, 278.
 EXALGINE, 357.
 EXOPHTHALMOS pulsatile, 220.

EXOSTOSES, 200.

F

FACE — ablation totale des os de la., 221.

FER, 357.

FIÈVRE, 55 ; — intermittente, 358.

FOIE — physiologie, 39 ; — pathologie, 120 ; — chirurgie, 225.

FOLIE cardiaque, 109 ; — brightique, 129 ; — -anatomie pathologique 175 ; — f. toxiques, 184.

G

GAÏACOL carboxylique, 358.

GANGLIONS du grand sympathique, 11.

GANGRÈNE de la peau, 194.

GASTRIQUE (suc), analyse, 116 ; — catarrhe, 119.

GASTRO-INTESTINALES — hémorrhagies, 204.

GÉNITAUX — organes g. externes de la femme, (pathologie), 327.

GINGIVITES, 301.

GLANDES — physiologie, 39.

GLOBULES sanguins, 42.

GLYCÉRINE savonneuse, 358.

GOÏTRE exophtalmique, 162.

GRAND SYMPATHIQUE — ganglions, 11.

GRIPPE, 55-131-152-190.

GROSSESSE pathologique, 308.

GUÉRISON des affections hépatiques, 122.

GYNÉCOLOGIE, 182-321.

H

HANCHE, 3.

HÉLIANTHUS annuus, 358.

HÉMORRHAGIES — gastro-intestinales, 204 ; — méningées, 205-209 ; — de l'oreille, 269.

HÉMOSTATIQUES, 358.

HÉPATITE, 121.

HERNIES internes, 236.

HÔPITAUX — hygiène, 389.

HYDRASTININE, 359.

HYDRASTIS canadensis, 329.

HYDRATE d'amylène, 178.

HYDROCÈLE — des nouveaux-nés, 246.

HYDROLOGIE médicale, 178.

HYGIÈNE — 382 ; — des aliénés, 181.

HYGROMA tuberculeux à forme myxomateuse, 217.

HYPEREXTENSION congénitale du genou, 247.

HYPNAL, 359.

HYSTÉRECTOMIE abdominale, 335 ; — vaginale, 336.

HYSTÉRIE, 164-269.

HYSTÉROPEXIE, 330.

I

ILÉO-CŒCALE — valvule (rétrécissements), 232.

IMPALUDISME, 58-192-253.

IMPERMÉABILITÉ rénale, 128.

IMPÉTIGO contagieux, avec néphrite, 247.

INFECTION du nourrisson par le lait, 193.

INFLUENZA, 55-131-190-252.

INJECTIONS trachéales, 360.

INSUFFISANCE rénale chez les cardiaques, 125 ; — urinaire, 360.

INTOXICATIONS et hystérie, 165.

IODOL, 360.

J

JAMBUL, 361.

K

KOLA (noix de), 361.

KYSTES poplités 240.

- L
- LAIT — infection par le 195.
 LARYNX — maladies, 88 ; — extirpation, 223 ; — tubage, 245.
 LÉGISLATION (aliénés), 176.
 LÈPRE, 133.
 LOBÉLINE, 362.
 LOCALISATION, cérébrales — vue 261.
 LUXATIONS — épaule, 238.
 LYSOL, 362.
- M
- MALADIES — des voies respiratoires, 80 ; — du cœur, 104 ; — de l'estomac et du foie, 113 ; — des reins 125 ; — de la peau, 129 ; — de Paget, 136 ; — du poumon et de la plèvre, 88 ; — du système nerveux, 151 ; — des enfants, 190.
 MALFORMATIONS congénitales du cœur, 109.
 MARTEAU — excision, 277.
 MASSAGE, 181.
 MÉDECINE légale 185-206.
 MÉDECINS — réquisition, 207.
 MÉDICAMENTS — action sur la sécrétion du foie, 124.
 MÉNINGES — hémorragies, 205.
 MÉNINGITE, 278.
 MENTALE — pathologie, 172.
 MENTHOL, 363.
 METHACÉTINE, 364.
 MÉTHYLAL, 178.
 MICROBES 59 ; — de l'oreille, 273.
 MICROBIOLOGIE, 59.
 MIGRAINE ophthalmoplégique, 152.
 MOELLE — pathologie, 154.
 MORVE, 62.
 MOTEUR oculaire commun — noyaux, 249.
 MUSCLES de la cuisse — ostéomes, 240.
 MUSCULAIRE — système, 29.
- MUQUEUSE buccale. — tumeurs, 222.
 MYOCARDITE infectieuse, 197.
 MYOMES utérins — traitement, 333.
 MYOPATHIE pseudo-hypertrophique, 168.
- N
- NAPHTALINE, 363.
 NAPHTOL, 364.
 NAPHTOL camphré, 364.
 NASALES (fosses) 12 — maladies, 80.
 NÉCROLOGIE, 592.
 NÉPHRECTOMIE, 288.
 NEPHRITE chronique, 15 ; — dans l'impetigo contagieux, 247.
 NERFS — du dos de la main, 10 ; — pathologie, 157.
 NERVEUX — système 3-16 ; pathologie, 151-206.
 NÉVRITES, 155.
 NÉVROSE, 160.
 NEZ, maladies, 80.
 NOUVEAU — nés, 319.
- O
- OBSTÉTRIQUE, 308.
 ODONTOLOGIE, 300.
 OEIL — nerfs, 249.
 ŒSOPHAGE — varices, 120.
 ONGLES — affections, 138.
 OPÉRATIONS nasales — phénomènes réactionnels consécutifs, 83 ; — césarienne, 325 ; — de Porro, 326 ; — d'obstétrique, 324.
 OPHTHALMIE purulente — (mesures préventives), 255 ; — symptomatique, 257.
 OPHTHALMOLOGIE, 249.
 OPHTHALMOPLÉGIE externe, 152.
 OPTIQUE — réglages de l'œil, 250. — nerf optique (atrophie) 265.
 OREILLES — maladies, 267.
 OREXINE (chorhydrate) 180.

- Os. anatomie, 1.
 OSTÉO-ARTHROPATHIE hypertrophiante pneumique, 167.
 OSTÉOMES, 240.
 OSTÉO-PÉRIOSTITE alvéolaire, 301.
 OROLOGIE, 267.
 OUBAÏNE, 364.
 OVAIRE — pathologie, 337.
 OVAIOTOMIE, 337.
 OXYGÉNÉE (eau), 305.
 OZÈNE, 81.
- P
- PACHYDERMIE laryngée, 96.
 -PAGET (maladie de) 133.
 PAMBOTANO, 365.
 PANCRÉAS — physiologie, 40.
 PARALYSIE générale, 182.
 PARAPLÉGIE diabétique, 157.
 PATHOLOGIE générale, 46 ; — mentale, 172.
 PEAU — maladies, 129.
 PÉDIATRIE, 190.
 PEPTONES, 365.
 PÉRICARDITE, 111.
 PÉRIODONTITE expulsive, 304.
 PÉRITOINE — sérosité, 14.
 PÉRITONITE, 203.
 PHARYNX — maladies, 88.
 PHÉNÉDINE, 366.
 PILEGMON aigu infectieux du pharynx et du larynx, 89.
 PHYSIOLOGIE, 17.
 PICHIQUE (acide) 365.
 PIED — tuberculeuses du 242.
 PLEURÉSIE, 100-193.
 PLÈVRE — pathologie, 98.
 PNEUMOCOQUES, 99-203.
 PNEUMONIE, 99.
 POIDS, 41.
 POLIOENCÉPHALOMYÉLITE, 151.
 PORRO — opération, 327.
 POULS veineux ascendant, 125.
 POUMONS — maladies, 98.
 PROCÈS ciliaires, 44.
 PROSTATE — chirurgie, 95.
- PROTHÈSE — des apophyses génit., 271 ; — dentaire, 306.
 PSEUDO - paralysie - syphilitique, 202.
 PSOROSPERMOSES, 62-137.
 PSYCHIATRIE, 170.
 PSYCHIQUES — troubles, 162.
 PSYCHOLOGIE expérimentale, 170
 PSYCHOPHYSIQUE, 170.
 PUTRÉFACTION, 209.
 PYOCYANIQUE (maladie), 132.
 PYOKTANIN, 366-265.
- Q
- QUININE, 366.
- R
- RAGE, 62.
 RECTOCÈLE, 327.
 RECTOPEXIE postérieure, 237.
 RECTUM — obstruction, 237.
 RÉFORMES, 351
 RÉGLAGES optiques de l'œil, 250.
 RÉINFECTION de la syphilis, 148.
 REINS — physiologie, 41 ; pathologie, 125 ; — mobile, 286.
 RÉSECTION tibio-tarsienne, 242.
 RÉSORCINE, 368.
 RESPIRATION physiologie, 31.
 RESPIRATOIRES — voies, 80.
 RÉTINE — décollement, 260.
 REVUE de l'année, 392.
 RHUMATISME noueux, 191.
 ROUGEOLE, 63.
 RUBÉOLE, 63.
- S
- SALICYLATE de soude, 369.
 SALICYLIQUE (acide), 369.
 SALIPYRINE, 367.
 SALOL, 370.
 SANG, 42 63.
 SCARLATINE, 67.
 SCLÉRODERMIE, 168,

- SÉCRÉTION biliaire, 39 ; — lactée chez le nouveau-né, 196.
 SÉLÉNIEUX (acide), 310.
 SENS chromatique central, 262.
 SÉROSITÉ péritonéale, 14.
 SINUS de la face, 86 ; — abcès, 260.
 SODOMIE, stigmates, 209.
 SPARTÉINE, 371.
 SPINA-VENTOSA — traitement, 243.
 STATISTIQUE — (aliénés) 176.
 STÉRILISATION des instruments, 241-283.
 STOMATITE, 126.
 STROPHANTUS — strophanthine, 371.
 SUBLIMÉ (empoisonnement par le) 127.
 SUBMERSION, 208.
 SUC gastrique — analyse, 118.
 SULFAMINOL, 374.
 SULFONAL, 180.
 SULFUREUX (acide) 374.
 SUPPURATION 67-247 ; — de l'utérus de la trompe et de l'ovaire — traitement, 338.
 SURMENAGE, 45.
 SYPHILIGRAPHIE, 143.
 SYPHILIS, 202 ; — du cœur, 106 ; — des os, 145 ; — viscérale, 145 ; — héréditaire, 146 ; — traitement, 149.
 SYRINGOMYÉLIE, 154-164.
 SYSTÈME nerveux — anatomie, 5 ; — physiologie, 17 ; — pathologie, 151 ; — musculaire, 29.
- T
- TACHYCARDIE essentielle, 104.
 TAILLE vaginale, 248.
 TEIGNE tondante, 140.
 TELLURATE de potasse, 372.
 TÉNOTOMIE, 324.
 TÉTANOS 69-616, hydrophobique, 159.
- THÉOBROMINE, 373.
 THÉRAPEUTIQUE, 312 ; — en psychiatrie, 278 ; — en obstétrique, 324.
 THYMOL, 378.
 THYRUS — suppuration du, 247.
 TIC essentiel, 153.
 TISSU conjonctif, 4 ; — érectile des fosses nasales, 12.
 TOPOGRAPHIE cranio-cérébrale, 7.
 TRACHOME, 254.
 TOURAILLON, 373.
 TOXINES, 70.
 TRACHÉOTOMIE, 223.
 TRAUMATISME — affections nerveuses, 206.
 TRÉPANATION de l'alvéole dentaire 305.
 TRICHLORACÉTIQUE (acide), 373.
 TUBAGE du larynx, 245.
 TUBERCULES quadrijumeaux, 262.
 TUBERCULOSE 70 ; — du pharynx et du larynx, 91 ; — pseudo ; — tuberculeuses, 75-107 ; — myxomateuse, 217 ; — du pied, 242 ; — traitement, 374 ; — t. de l'œil, 256.
 TUMEURS de la peau, 142 ; — du cuir chevelu, 219 ; — des glandules de la bouche, 212.
 TYPHOÏDE (fièvre), 76.
- U
- ULCÈRE — perforant des fosses nasales, 80 ; simple de l'estomac, 118 ; — douloureux (traitement), 377.
 URAL, 180-377.
 URÉMIE, 77.
 URÈTÈRE — pathologie, 289.
 URINAIRES (voies) maladies, 280.
 URINES, 78.
 UTÉRUS — pathologie, 329.
- V
- VAGIN — cancer primitif, 328.

VARICES œsophagiennes, 120.	VUE — localisations du sens de la, 261.
VARIOLE, 79 — traitement, 377.	
VENTRO-FIXATION, 331.	
VESICAUX — calculs, 248.	W
VESICULE biliaire — cancer, 121.	WINTER-GEEN 377.
VESSIE — épithélium, 13.	
VOIES — respiratoires — (maladies), 80 ; — urinaires (maladies), 280.	Z
	ZONA, 158.

TABLE DES AUTEURS

A	Barthélémy, 131. Basel, 152. Bassi, 127. Baudier, 368. Baudouin (M) 212-215 et suiv. 332. Beaven Bake, 135. Becker, 184-257. Behring, 55. Berger, 218. Bergomié, 83. Bernardino, 181. Bernhardt, 152. Besnier, 145. Beurmann (de), 368. Bianchi, 377. Bloch (A), 199. Bloq, 165. Blosschko, 343. Boniet, 136. Bollinger, 72. Bombici, 63. Borrel, 136. Boisseau du Rocher 291. Bossano, 70. Botey, 278-360. Bothziegel, 372. Bouchard, 71. Bouilly, 338. Bouisson, 48. Bovet, 343.	Bourgeois, 76. Bourges, 67-199. Bousquet, 322. Bouveret, 104. Braun Fernwald. 318. Braunschweig, 266. Bresgen, 85. Broca, 230-238-288. Brothers, 312. Broussolle, 245. Brown-Séguard, 17. Bruet, 123. Brüger, 70. Brühl, 154. Brun (de), 57. Brunon, 56-117. Büchner, 47-62-71. Bucquoy, 102. Budin, 323. Butte, 32-41. Byford, 328.
		C
B		Cabadé, 59. Cadot, 153. Calot, 22-228. Calvelli, 365. Carmona y Valle, 121. Casarelli, 354. Cazal (du) 55. Cazaux (M.) 379.
Abadie, 259. Achard, 69. Adam, 349. Adamkiewicz, 48. Ahlfeld, 324. Alapy, 284. Albarran, 283-370. Alzais, 42. Amantini, 3. Amat, 74. Audœr, 369. Arloing, 26-48. Arnaud, 42. Arnaudet, 47. Arning, 134. Arustamoff, 76. Arthaud, 32-41. Arthus, 36. Ashmead, 134. Auché, 157. Audry, 146-242-311.		
Babes, 53-62. Ball, 109. Baratoux, 94-269. Barié, 77-126. Barral, 41. Bartels, 184.		

- Chabrié, 370.
 Chabry, 300.
 Chantemesse, 7-100.
 Charcot, 153-157.
 Charmoy, 194.
 Charpentier, 41-45.
 Charrin, 43.
 Chauffard, 122.
 Chauveau, 29.
 Chiari, 97.
 Christ, 152.
 Colin, 166.
 Combemale, 346.
 Comby, 190-193-196
 199-202.
 Concetti, 369.
 Copper, 266.
 Corradi, 268.
 Couder, 248.
 Cousin, 192.
 Critzman, 217.
 Cruet, 304.
- D
- Dagonet, 183.
 Danilewski, 64.
 Darnberg, 376.
 Darkschewitseh, 154.
 Dastre, 37-39-43.
 Dearter, 291.
 Débuyle, 332.
 Dehio, 177.
 Déjerine, 154.
 Delagenière, 225-233.
 Demelin, 315.
 Demeny, 30.
 Demons, 293.
 Dentu, (le) 289.
 Désiré, 88.
 Desnos, 337.
 Destrée, 72.
 Diamantberger, 192.
 Diesse, 4.
 Dietrich, 80.
 Dieulafoy, 5.
 Digoy, 161.
 Dittel, 295.
- Dogiel, 13.
 Donaldson, 20.
 Dor, 70.
 Doukin, 118.
 Doyon, 27.
 Dreser, 362.
 Dreyfous, 370.
 Dubreuilh, 158.
 Duflocq, 99-114.
 Dufour, 343.
 Dührssen, 32-41.
 Dujardin-Beaumetz,
 350. et suiv.
 Dumotil, 224.
 Dunkan Bulkly, 111.
 Dusser, 204.
- E
- Ebstein, 75.
 Edgren, 51.
 Egasse, 350 et suiv.
 Ehrmann, 373.
 Esherich, 53.
 Espine (P) 52.
 Eulenburg, 164.
- F
- Falle, 338.
 Fehleisen, 53.
 Fehling, 340.
 Feilhenfeld, 53.
 Félizet, 239.
 Fenwich, 291.
 Féré, 148-160.
 Fernet, 103.
 Ferrand, 111.
 Ferréna, 357.
 Finkelstein (Anna) 191.
 Fokker, 61.
 Foote, 345.
 Forné, 133.
 Forster, 262.
 Fort, 297.
 Foureur, 59.
 Fournier, 143-146.
 Fraenkel, 70.
 Franek, (F.) 32-33-34.
- Franek, (Fritz) 326.
 François, 316.
 Frankel (M^m), 359.
 Fritseh, 325.
 Frommel, 331.
- G
- Gabritchewski, 64.
 Gabuzzi, 49.
 Galezowski, 251-260.
 Galippe, 302.
 Gallemaert, 72.
 Gampert, 244.
 Gauthier, 163.
 Gayet, 258.
 Geoffrier, 223.
 Gehardt, 72.
 Gemmel, 364.
 Gerbert, 85.
 Gerlach, 362.
 Gessard, 60.
 Gilbert, 153.
 Gley, 36.
 Glœkner, 320.
 Golgi, 58.
 Gradenizo, 273 et suiv.
 Graneher.
 Grasset, 56.
 Groh, 105.
 Gucci, 185.
 Guéniot, 317-320.
 Guermontprez, 221.
 Guichardi, 182.
 Guinon (G.) 152-154.
 Guitteras, 112.
 Guyenot-Outhier, 352.
 Guyon, 282.
 Guyot, 302.
- II
- Hafkine, 61.
 Haig, 78.
 Hajeh, 80.
 Hankin, 71.
 Hartmann, 82-238.
 Haushalter, 112.
 Hayem, 63-78 127-350.

Hebra, 358.
 Heckel, 361.
 Helweg, 184.
 Hennequin, 238.
 Herieourt, 72.
 Herramini, 115.
 Hertel, 92.

Herzfeld, 12-314.
 Hoehsinger, 108
 Høberlin, 308.
 Holz, 125.
 Hoper, 21.
 Huchard, 78-79-126.
 Huguenin, 197.
 Hunter, 64.
 Hutehinson, 134.
 Hutinel, 76.

I

Itterzog, 119.

J

Jaccoud, 358.
 Jacobsen, 77.
 Jacovieff, 344.
 Jalaguier, 224.
 Janowski, 353.
 Joffroy, 162.
 Jones, 176.
 Jonnesco, 235.
 Juhel Rénoy, 63.

K

Kantaek, 275.
 Karlinski, 76-195.
 Kauffmann, 127.
 Keraval, 183.
 Kirn, 185.
 Kitasato, 55.
 Koeks, 315.
 Kouindjy-Pomerantz,
 355.
 Kraft-Ebing, 178-181.
 Kramer, 183.
 Kraus, 55.

Krause, 92-185
 Krœpelin, 185.
 Kronthal, 183.
 Krug, 336.
 Kuhn, 270.
 Kundrat, 203.
 Kuttner, 97.

L

Ladame, 184.
 Lambling, 357.
 Laneercaux, 50.
 Landgraf, 97.
 Laufenaer, 347.
 Lannelongue, 69.
 Lannois, 159.
 Lapièque, 348-370.
 Laporte, 145.
 Larabrie (de), 222
 Laruelle, 69.
 Latis, 48.
 Lavaux, 298-351.
 Layet, 387.
 Leblond, 368.
 Ledoux-Lebard, 75.
 Lefort, 220.
 Legroux, 200.
 Leloir, 180.
 Leloup, 350.
 Lemoine, 59.
 Lenbusher, 61.
 Leopold, 333.
 Lépine, 41.
 Leppmann, 188.
 Leroux, 200.
 Lesage, 202.
 Lespinasse, 140.
 Letulle, 102-120.
 Leu, 349.
 Lévrier, 140.
 Lion, 50.
 Livoir, 21.
 Lombroso, 185.
 Loriga, 76.
 Lowy, 76.
 Lubariski, 63.
 Lucatello, 100.

Lunan, 210.

M

Maeaigne, 109.
 Mac-Bride, 84.
 Malschin, 178.
 Mainmoff, 358.
 Marandon de Montyel,
 179.
 Marano, 81.
 Marehand, 237.
 Marie (P.), 167.
 Marignac, 52.
 Martin (Claude), 305.
 Martin (Raymond), 162
 Martin de Grinard, 76.
 Massei, 90.
 Maurel, 43.
 Mauriac, 106.
 Maurin, 230.
 Mayer, 257.
 Mehring, 50.
 Meltzer, 33.
 Ménard, (S.Y.) 198.
 Mendel, 174-182.
 Ménétrier, 99.
 Mercklen, 91.
 Mercklin, (A) 182.
 Merz, 366.
 Metchnikoff, 48.
 Metz, 185.
 Meyer, 33-40-97-182-
 259.
 Meynert, 173.
 Michon, 76.
 Miraschi, 344.
 Mispelbaun, 185.
 Monat, 298.
 Moncovo, 358, 371.
 Morat, 22-28.
 Moran, 366.
 Morselli, 175.
 Mosny, 99.
 Mott, 17-106.
 Moty, 228.
 Moure, 83-88.
 Mracek, 356.

Richer, 304.
Muensterberg, 170.
Munde, 327.
Müsser, 121.
Mya, 50.

N

Natchëff, 349.
Nathau, 67.
Navarro, 134.
Netter, 56-101 203.
Neusser, 372.
Neveu-Dérotrie, 165.
Nicaise, 31.
Nicati, 43.
Nicolaïer, 75.
Nils Sjobring, 46.
Nitze, 291.
Nocard, 69.
Nœcke, 175.

O

Ûttinger, 132.
Olliver, 184.
Olshausen, 311.
Opitz, 375.
Ostermeyer, 347.

P

Pagès, (Calixte), 36.
Panas, 260.
Parisot, 348-3 7.
Paulonski, 68.
Péan, 221-234-339.
Peltesohn, 95.
Pensuti, 76.
Penzo, 276.
Perdrix, 62.
Perier, 192-224.
Perlia, 249.
Peter, 110.
Petersen, 134.
Pfeffer, 64.
Pick, 184.
Picot, 203-374.
Pigache, 329.

Pignol, 364.
Pilliet, 168.
Podwyszowski, 62.
Poirier, 1-7-220.
Poirier, (L.M.), 164-240.
Polchen, 84.
Politzer, 271.
Poncet, 219.
Posner, 110.
Pospelow, 148.
Pouchet, 300.
Prince Morrow, 135.
Pringle, 14^o.
Proal, 188.
Proby, 65.
Proley, 65.
Prost, 123.
Pluech, 144.

Q

Quénu, 214.
Quinquaud, 136-141.

R

Raïchline, 154.
Ranvier, 5-14.
Raoult, 56.
Ratinieff, 261.
Rauzier, 168.
Raymond, 128-155.
Reboul, 364.
Reclus, 236-351,
Redard, 224.
Regnault, 305.
Reichert, 348.
Rémond, 51.
Renault, 128.
René, 35.
Retzius, 13.
Reynier, 216.
Ribemont-Dessaignes,
316.
Ricardeau, 88.
Richardière, 205-210.
Richardson, 351-377.
Richelot, 335.

Richet (Ch.), 72-115.
Rindfleisch, 65.
Rœhring, 184.
Roger, 45-153.
Romanes, 170.
Roque, 59.
Rossolino, 152.
Roth, 154.
Roubinowitch, 167.
Routier, 310
Rouvier, 57.
Roux, 48-53-63-64-373.
Ruault, 84.
Ruel, 262.
Ruffer, 67.
Runge, 349.
Russell, 47.

S

Saint-Aubin, 166.
Saint-Germain (de),
148-225.
Saint Martin, 192.
Santi-Sirena, 49.
Schadeck, 148.
Schafer, 17.
Schech, 84.
Scheinmann, 95.
Schmitt, 240.
Schmitz, 51.
Schnitzler, 93.
Schrœder, 356.
Schwald, 363.
Schueking, 330.
Schultze, 320.
Schutter, 93.
Sée (G.) 104-113-348-
349-366.
Seglas, 172.
Segond, 294.
Seidler, 363.
Séjournet, 200-246.
Sénac-Lagrange, 378.
Seppili, 174.
Sevestre, 198-203.
Shattuck, 107.
Solbrig, 184.

Sollier, 104.	Tissier, 145.	Villard, 56.
Sommer, 186.	Toison, 89.	Villejean, 368.
Sommerbrodt, 97.	Tommasoli, 137.	Volssen, 86.
Sormani, 69.	Torok, 137.	Voisin, 165-166.
Souchow, 74.	Treille, 367.	Von Hoesslin, 65.
Spillmann, 112.	Treitel, 83.	Vorster, 180.
Spronck, 54.	Tripier (Raymond),	
Stack, 217.	107.	W
Stadelman, 51.	Trolard, 5.	Waterhouse, 69.
Stesfain, 181.	Tuffier, 286.	Wecker (de), 257.
Steffeck, 309.	Tuilant, 154.	Wefers, 178.
Stenhel, 70.	Tymowski, 369.	Werner, 172.
Stepmann, 316.		Wert, 52.
Steps, 347.	U	Wertheimer, 18-23-31-
Stern, 61.	Umpfenbach, 178-180.	33-40.
Stiling, 265.	Unger, 244.	Wheaton, 206.
Stodelman, 343.	Unna, 142.	White, 138-344.
Strauss, 61.	Uthoff, 259.	Wiekham, 137.
Stumpf, 329.		Widal, 75.
Sulzer, 251.	V	Wintermintz, 72.
Syalitta, 40.	Vallas, 242.	Wollenberg, 174.
Szuman, 347.	Valude, 365.	Wright, 89.
	Van der Mëij, 313.	Wurtz, 61-67-198.
T	Van Deventë, 185.	Y
Taguchi, 4	Van Duyse, 256.	Yersin, 53.
Talamon, 64.	Vaquez, 66.	Z
Tampke, 330.	Variot, 196.	Zander, 10.
Tanner, 336.	Vassale, 176.	Zanfai, 273.
Targoula, 183.	Veillard, 216.	Zichen, 170.
Teissier, 58.	Verga, 175.	Zielewicz, 353.
Terrier, 210 et suiv.	Verneuil, 217.	Zweifel, 340.
Terrillon, 289-337.	Viault, 42.	
Thibierge, 108.	Vidal, 141.	
Thomas, 295.	Vignard, 295.	
Tillaux, 225.		

