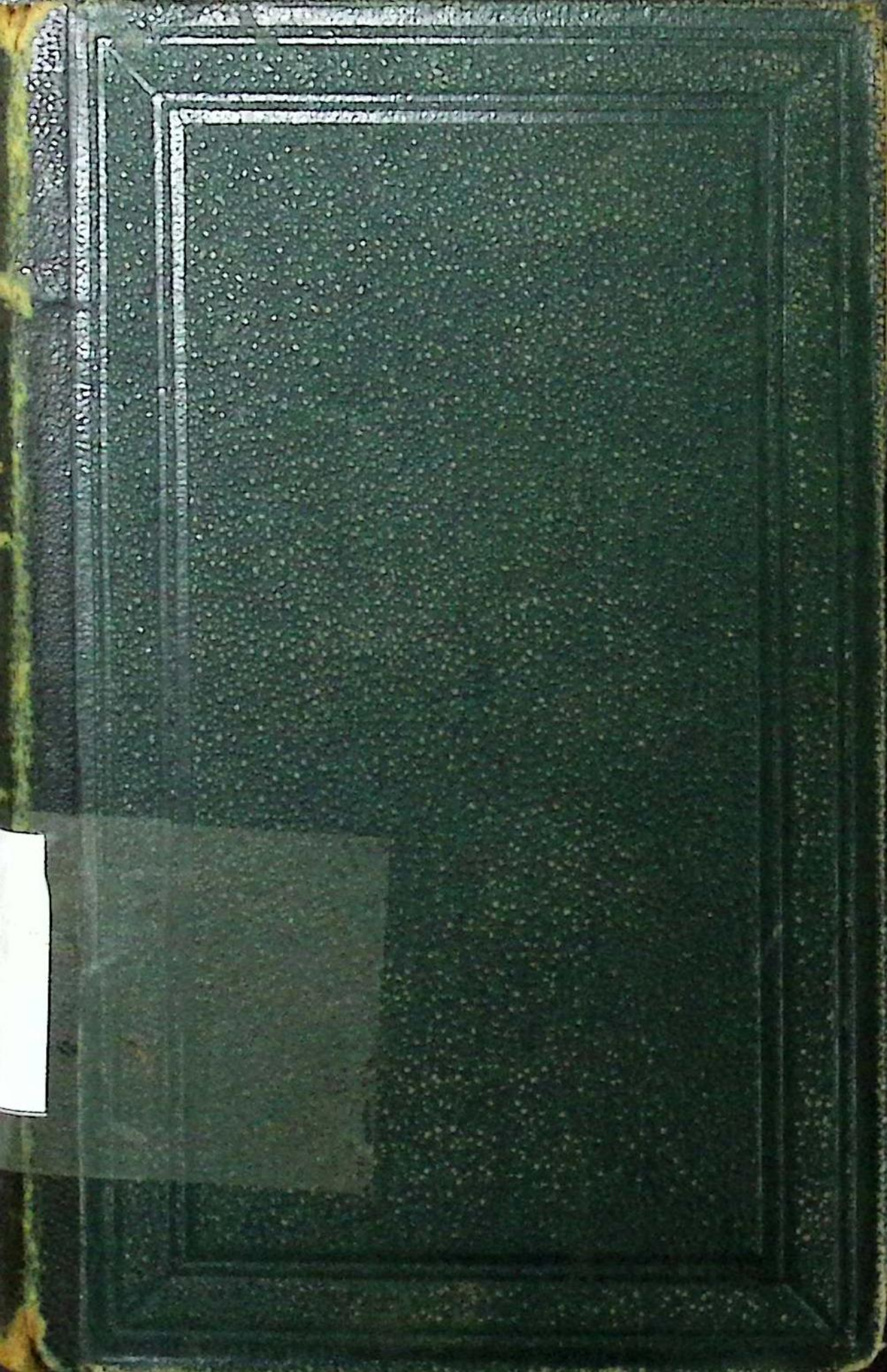

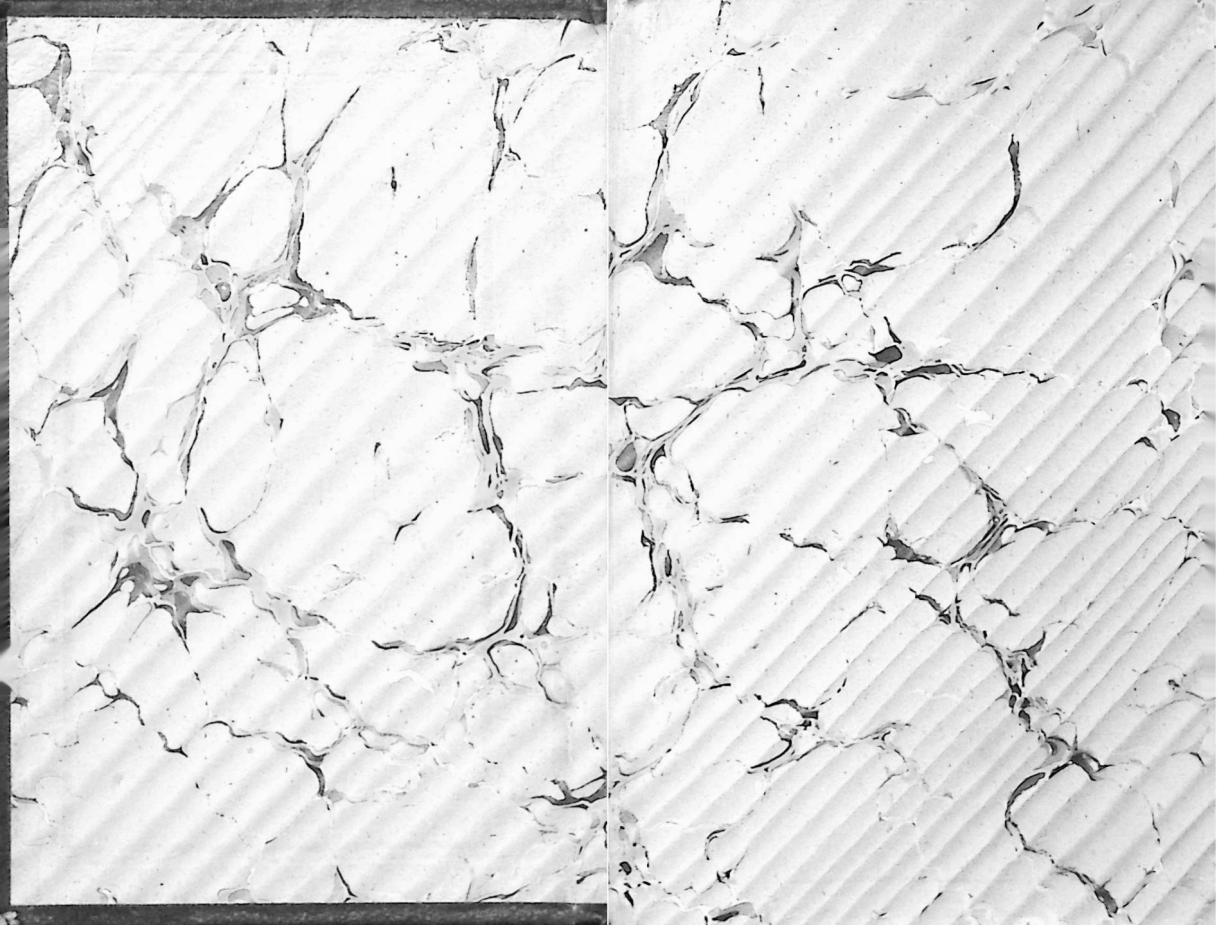

# DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

# DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

# MÉDICALES

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour. 1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.

— 2e année. 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.

— 3e année. 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.

— 4e année. 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.

— 5e année. 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.

**Voyage médical en Californie.** Paris, 1854. 1 fr.

**Le climat de Madère** et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages, traduit du portugais, Paris, 1858. 6 fr.

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

Donné avec l'ouvrage précédent.

— Séparément. 50 cent.

**Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune** qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 4 fr. 50

*N. B.* Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, ou aux bureaux de l'*Union médicale*, rue Grange-Batelière, 11, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

Donación del Profesor Dr. Carlos Pattillo B.
R
G236
1870

# DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

# DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

# MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
rédacteur de l'*Union médicale*

PRÉCÉDÉ D'UNE INTRODUCTION

**Par M. le Docteur AMÉDÉE LATOUR**

**Sixième année, 1869**

PARIS

GERMER BAILLIÈRE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Rue de l'École-de-Médecine, 17.

**Londres**
Bigg. Baillière, 219, Regent street.

**New-York**
Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, PLAZA DE TOPETE, 16.

1870

Tous droits réservés.

Reg 03106

# INTRODUCTION

Nous ne savons ce qu'avaient prédit les prophètes sur l'année 1869, mais ils auraient été bien mal inspirés s'ils n'avaient pas prévu les agitations diverses que nous venons de traverser et dont l'année qui commence doit nécessairement éprouver les retentissements. Dans tous les départements de l'intelligence humaine s'est produit comme un tressaillement soudain. *Mens agitat molem*, se disait-on de toutes parts; on sentait comme une fièvre de renaissance; anxieux de désir et d'espérance, volontiers on se fût écrié : courage! courage! *Novus nascitur ordo.*

Il ne nous appartient de rappeler ici que les événements de notre monde médical. Le drame s'y est offert, comme partout, et les régions prétendues sereines de la science ont été agitées et troublées par des orages. On s'y est disputé sur le progrès lui-même, sur son caractère, sur sa réalité. Pour les uns, l'esprit humain semble sortir d'un long et profond sommeil; et qui ne le croirait, en vérité, sous les premières impressions du réveil en voyant, ici l'inquiétude et le tourment de la curiosité, là l'affirmation imprudente, ailleurs la négation hardie, partout un désir turbulent de novation, une tendance vers l'inconnu, vaillante jusqu'à la témérité.

Pour d'autres, cette agitation inquiète et curieuse ne cache que piéges et déceptions; on marche à la conquête de résultats imaginaires et l'on néglige les résultats acquis par l'observation des siècles; on court vers une science décevante et fictive, alors que nous sommes en possession d'une science réelle et confirmée: nous lâchons la proie pour l'ombre.

Pour d'autres enfin, ce qui s'agite aujourd'hui s'est agité jadis, sous d'autres formes, et nous n'assistons qu'au retour des choses du passé. Dans le cycle éternel que parcourt la pensée, on la voit alternativement s'éloigner ou se rapprocher d'un certain point, et sa révolution est fatale comme celle des planètes.

Renaissance! s'écrie-t-on ici avec enthousiasme.

Confusion! dit-on là avec tristesse.

Rétrogradation! écrit-on ailleurs avec malice.

Où est la vérité dans ces appréciations diverses? Nulle part peut-être.

Il ne peut y avoir renaissance là où il n'y a pas mort. Or, l'esprit humain n'est jamais mort. Dans son mouvement toujours ascensionnel, il a pu rencontrer quelques impédiments, quelques accidents ont pu se produire, des interpositions de corps opaques ont pu cacher ici ou là son rayonnement; mais, ainsi que les éclipses de soleil ne sont pas visibles de tous les points du globe, jamais aussi les éclipses de l'esprit humain n'ont été universelles. Toujours il s'est trouvé un coin de terre où s'est conservé le feu sacré de la science et du progrès.

Vaine est la crainte de la confusion; l'esprit humain peut suffire à tout, à l'invention aussi bien qu'à la catégorisation, à l'expérience comme à la classification, à l'observation comme à la critique. Il arrive des époques dans la science où l'on est forcé de jeter à la mer les faits encombrants et inutiles. Le temps fait justice des notions erronées, tout prend sa place et se classe où il convient, jusqu'à ce que les



matériaux assez abondants et de qualité certaine permettent de s'élever jusqu'aux principes généraux, jusqu'aux lois, c'est-à-dire jusqu'à la philosophie.

La doctrine de la rétrogradation n'est pas soutenable. La perfectibilité est l'apanage de l'homme; c'est là son caractère, et c'est là qu'il faut chercher la distinction souveraine qui le sépare et l'a toujours séparé de tous les autres êtres de la création. Pour affirmer ce caractère, la simple hache de l'homme primitif est aussi probante que le Parthénon, et les incorrects linéaments gravés sur une corne de cerf par les contemporains de l'*Elephas primigenius*, en disent autant que les sculptures de Phidias ou les peintures de Raphaël dans tout l'épanouissement du génie des arts. Tous les êtres organisés ont reçu la vie et avec elle les facultés nécessaires à son entretien et à sa transmission; l'homme a reçu de plus l'Esprit; l'esprit c'est la lumière, et la lumière ne rétrograde jamais, seulement elle se réfléchit.

Que l'esprit médical évite donc d'aller s'échouer sur l'écueil de l'enthousiasme ou sur celui de la peur. L'enthousiasme se traduit par une sorte d'infatuation que suscitent les découvertes incessamment progressives de la science; par la précipitation à en conclure des affirmations ou des négations également illégitimes. C'est l'enivrement des découvertes et l'empressement à en tirer des conséquences philosophiques dont rien ne prouve la justesse. Nous le disons tous les ans et nous le répétons encore, sur les grands et éternels problèmes de la vie, de l'intelligence, des relations du physique et du moral de l'homme, sur ses destinées, sur tout ce qui l'inquiète et le tourmente, les investigations les plus heureuses et les mieux réussies de la science, ou n'apprennent rien, ou ne font que déplacer les difficultés en les reculant jusqu'aux limites des infiniment petits. On comprend aussi peu la vie et son impulsion première dans la doctrine des blastèmes que dans celle de la prolifération. Le mystère de la pensée ne

s'éclaircit pas plus dans la contemplation de la cellule cérébrale que dans celle du cerveau en masse. Enfin la science, et il faut lui en être profondément reconnaissant, nous fait connaître les milieux où se passent les phénomènes, nous montre les rouages, le mécanisme et l'organisme de ce vaste et complexe instrument; elle nous le fait voir fonctionnant et agissant, et nous fait assister au merveilleux spectacle des agitations, des transformations, des pérégrinations de ce monde moléculaire; mais le moteur, l'impulsion première, le chauffeur, comme a dit M. Lasègue... nous les chercherons vainement sur le porte-objet du microscope.

Pour l'esprit médical, la peur de la science serait plus déraisonnable encore. Il est vrai que quelques savants ont fait tout ce qu'ils pouvaient faire pour inspirer l'appréhension contre des méthodes et des résultats scientifiques dont ils concluaient la négation des principes sur lesquels repose l'ordre social, jusqu'à la négation de la liberté et de la responsabilité humaines. Mais la fausseté des inductions n'implique pas la fausseté des découvertes. Ces découvertes sont réelles, et par cela seul, elles doivent être bonnes, elles doivent être utiles, car l'esprit humain ne serait qu'une énigme cruelle si la science qu'il a le droit et le devoir d'acquérir ne le conduisait qu'à cette connaissance lamentable de son assimilation matérielle avec la brute, de la conformité de ses penchants et de la similitude de ses destinées. Abdication insensée, selon nous! Et quand nous parlons de la science, c'est la science libre que nous voulons dire et dégagée de toute attache aux croyances religieuses qu'il faut laisser dans le domaine de la conscience et de la foi. C'est parce que nous croyons à la perfectibilité humaine que nous croyons à l'abîme qui sépare l'homme de la brute, et comme cette perfectibilité nous la voyons continue, incessante, infinie, insatiable; comme c'est son sentiment inné qui nous pousse et nous excite vers des progrès nouveaux; le progrès, loin de



ce que c'est que la physiologie des maladies? Qu'entend-on par maladies? Les maladies sont donc des fonctions anormales, puisqu'on les oppose aux fonctions normales? Dès le début, quel sujet de discussions interminables! M. Cl. Bernard n'a donc pas vu que toute la pathologie générale est dans ce mot, dans l'acception que l'on donne à ce mot, maladie; comme toute la thérapeutique générale est dans l'acception que l'on donne au mot médicament?

Continuons:

« Elle recherche les effets des médicaments sur l'être vivant, comme on étudie le mode d'action des agents nutritifs ou excitateurs, organiques, normaux. »

Ce complément de définition n'est pas plus satisfaisant. Que de choses il suppose connues! D'abord la notion du médicament, et l'on sait où nous en sommes sur ce point; puis, la ressemblance ou la dissemblance entre l'action physiologique et l'action thérapeutique d'un agent médicamenteux; encore, les règles à suivre pour conclure sûrement de l'action physiologique à l'action thérapeutique; enfin, et par dessus tout, la nature de l'être vivant sur lequel l'expérimentation sera faite, et de quelle façon on pourra conclure de cette expérimentation à l'homme suivant l'âge, le sexe, le tempérament, les saisons, les climats, etc.

Poursuivons:

« Elle aboutit donc à la thérapeutique. »

Par où? Comment? Par quelles voies? Le professeur ne le dit pas. Est-ce en créant par l'expérimentation des maladies de toutes pièces? Quelles sont les maladies qu'on peut ainsi produire, à part les virulentes et par inoculation? Et de ces maladies artificiellement produites, pourra-t-on conclure de la médication employée à la médication nécessaire aux maladies spontanément nées dans l'organisme?

En vérité, cette définition de la médecine expérimentale ne peut contenter les esprits sévères.

Et quoi d'étonnant? M. Cl. Bernard le dit lui-même avec une candeur scientifique des plus honorables; il reconnaît que : « Cette science n'a pas encore trouvé ses principes, mais que son avancement se prépare par les découvertes rapides et brillantes que fait chaque jour la physiologie expérimentale. »

Et c'est cette science qui n'a pas encore de principes, cette science qui se prépare, que l'on veut violemment faire entrer dans l'enseignement professionnel de la médecine! Voilà la grave erreur dans laquelle tombent aujourd'hui quelques esprits affolés de l'expérimentation. Avec un admirable bon sens et la saine intelligence des véritables besoins de l'enseignement, M. Cl. Bernard ne commet pas cette faute déplorable. Son enseignement à lui, dit-il, l'enseignement du Collége de France, diffère et doit différer de l'enseignement de la Faculté. Les deux enseignements ont des destinations tout à fait distinctes, ils poursuivent un but opposé. Le premier voit la science dans son présent, il ne donne que ce qui est acquis et établi, évitant ainsi de troubler ou d'égarer l'esprit des débutants, en les conduisant dans des routes encore inexplorées ou incertaines. Le second, au contraire, voit la science dans l'avenir, se préoccupe beaucoup des tendances dans lesquelles cette science marche, et dirige de ce côté l'esprit des jeunes médecins.

Voilà nettement tracée, et par une main compétente, cette ligne de démarcation que nous avons toujours demandée entre le haut enseignement scientifique et l'enseignement professionnel. Au Collége de France, au Muséum, doivent aller puiser l'instruction supérieure les jeunes médecins qui ont quitté la Faculté et qui veulent compléter leur éducation scientifique. A la Faculté, il n'y a que des élèves qui veulent devenir des médecins, et il ne doit y avoir que des professeurs chargés de faire des médecins.

Hors de ce programme, il ne peut y avoir que confusion



dans l'enseignement et désordre dans l'esprit des élèves. Oui, certes, l'étude pure de la science est attrayante et entraînante. On se plaint déjà de voir des élèves de notre Faculté habiles à distinguer au microscope les éléments histologiques normaux et pathologiques, ingénieux à produire des mouvements réflexes sur un pauvre cabiais, d'une dextérité sans pareille à manier la pipette et le réactif, et qui, aux examens, laissent beaucoup à désirer sur le diagnostic de la pneumonie ou de la fracture du col du fémur.

Est-ce donc qu'il puisse détourner les esprits des recherches expérimentales et s'opposer au programme de M. Cl. Bernard? Est-ce qu'il est possible de désintéresser les médecins des études scientifiques et des tentatives de leurs applications à la médecine pratique? Qui oserait tenir ce langage insensé? Ce qu'il faut demander, c'est que toute chose soit prise à son lieu et à sa place; c'est que la recherche scientifique et expérimentale soit réservée à cette institution si libéralement créée par M. Duruy, qui, par l'appellation même de *hautes études* qu'il lui a donnée, a nettement indiqué sa nature et son but, et, intelligemment l'a séparée des institutions où doit se donner l'enseignement pratique et professionnel.

En ces quelques pages qui précèdent se trouvent résumées les questions de méthodologie dont l'opinion se soit préoccupée dans la dernière année. Depuis plusieurs années que le soin nous incombe d'exposer ici ce mouvement de l'opinion et des idées sur les principes mêmes de notre science et de son enseignement, nous avons eu à constater tous les ans les mêmes prétentions d'un côté, les mêmes oppositions de l'autre, et dans la masse générale des esprits la même incertitude. C'est avec chagrin, sans doute, mais avec sincérité qu'il faut indiquer qu'aucune tendance bien marquée ne se montre vers la conciliation des idées et des principes. Est-ce parce que fait défaut l'idée sérieusement synthétique? Le principe existant, est-ce la mise en œuvre qui manque? Nous

ne voulons pas aborder ce problème, et plus humblement nous continuons à signaler les faits d'ordre général qui n'ayant pu trouver place à leur ordre alphabétique, doivent néanmoins être indiqués dans cette revue rapide.

On sait que depuis le 1er janvier 1869 et grâce aux actives démarches de l'Académie de médecine, la constatation des naissances à domicile est devenue facultative à Paris. On pourrait espérer plus de généralisation dans l'extension de cette mesure, surtout pour les communes non agglomérées, composées de hameaux et d'écarts. Mais c'est précisément dans les communes où cette mesure serait le plus utile qu'elle rencontre des difficultés d'application par l'exiguïté de leur budget municipal. Il est encore des communes si pauvres, qu'elles n'ont ni école primaire, ni bureau de bienfaisance. Elles n'ont conséquemment pas davantage de médecin de l'état civil qui, comme à Paris, fait à la fois la constatation des naissances et des décès. Ainsi, chaque pas qui se fait dans ce qu'on appelle la médecine administrative, montre de plus en plus la nécessité de coordonner un plan général de cette médecine publique qui touche aux intérêts les plus chers des populations ; conseils d'hygiène, médecins des épidémies, médecins vaccinateurs, assistance médicale, déclaration des naissances, vérification et statistique des causes des décès, médecins auxiliaires de la justice, médecins des sociétés de secours mutuels, tout ce vaste ensemble de la médecine publique, ressortissant aujourd'hui à trois ou quatre ministères, fonctionnant dans l'incohérence et quelquefois dans la contradiction, et toujours sans préoccupation sérieuse des intérêts respectables de la profession ; tout cela attend une coordination, une systématisation qui conduisent à une direction unique et à un fonctionnement homogène.

D'ailleurs, n'est-il pas regrettable qu'après une année d'expérience, dans une grande capitale comme Paris, on



ignore à cette heure, nous ne dirons pas l'influence qu'a produite cette innovation, la durée de son existence n'est pas encore suffisante pour en apprécier les conséquences sanitaires, mais comment elle a été accueillie par la population, dans quelle mesure elle en a profité et de quelle façon elle a été mise en pratique ? Aucune communication n'a été faite au public à cet égard, du moins nous n'en connaissons aucune.

Quant aux autres questions si importantes d'hygiène publique qui ont si vivement occupé l'attention médicale, la question de la vaccine et de la mortalité des nourrissons, outre que les discussions auxquelles elles ont donné lieu, ont été analysées par M. Garnier et reproduites dans leur substance, ces questions, malgré de savantes et d'éloquentes disquisitions, n'ont pas encore reçu de solution.

Il est permis de faire remarquer, à cette occasion, le rôle de plus en plus élevé et important que la médecine est appelée à remplir dans la recherche des améliorations sociales. Seulement, tandis que dans d'autres sphères plus agitées, ces questions de progrès social inquiètent et troublent les consciences par des exagérations déplorables, notre science austère et paisible cherche le progrès dans les voies de l'étude et dans la science de l'observation.

A-t-on bien réfléchi à cette condition singulière de la médecine? De toutes les professions, la profession médicale est la seule qui conspire sans cesse contre ses intérêts. Chaque progrès réalisé par l'hygiène, c'est-à-dire par la science suprême, se traduit par un détriment pour elle. Elle s'ingénie avec une admirable insistance à se rendre de plus en plus inutile, ou à ce que son intervention devienne de moins en moins nécessaire. Ses conseils, à quoi aboutissent-ils, si ce n'est à l'amoindrissement et à la destruction des causes des maladies et à l'amélioration de la race ?

Pénétrée de cette sainte mission, notre belle profession peut subir sans amertume les injustices et les criailleries d'un

public ignorant dont l'idéal serait un médecin voué au plus dur esclavage, à la plus indigne des servitudes, alors que son indépendance seule fait sa dignité, car c'est la liberté qui fait le mérite de ses actes, car c'est le sacrifice qui fait le dévouement.

Ne négligeons pas pour cela nos intérêts professionnels légitimes, car ils sont moraux et retentissent d'ailleurs sur les intérêts généraux de la société. Parmi ces intérêts professionnels, le plus évident, le plus réalisable, celui-là même qui est appelé à changer les destinées de la profession, il faut le chercher aujourd'hui dans l'*association générale des médecins de France* dont la situation devient de plus en plus prospère.

Sur un des éléments de cette institution protectrice, nous voulons appeler un instant aujourd'hui la sérieuse et bienveillante attention de nos lecteurs. Cet élément, précieux au-dessus de tous les autres, et dont les esprits irréfléchis seuls peuvent ne pas comprendre l'importance et la fécondité, c'est la *Caisse des pensions viagères d'assistance.*

Huit ans nous séparent encore, d'après les statuts, du jour (1er janvier 1878) où cette Caisse commencera son fonctionnement. Cependant, l'enrichissement rapide de cette Caisse, les dons et les legs dont elle est journellement l'objet, et la contribution annuelle, de plus en plus élevée, que lui paye la Caisse générale, toutes ces conditions peuvent faire croire et espérer que le jour réglementaire du fonctionnement de la Caisse des pensions pourra être devancé.

Ce serait fort désirable; le jour où la première pension sera donnée, l'Association générale pourra défier toutes les hostilités, toutes les indifférences et toutes les imprévoyances.

De qui dépend donc la venue de cet heureux jour? Du corps médical seul.

Et d'abord, Association et Caisse des pensions sont choses connexes et corrélatives.



Seule l'Association donne droit à la pension.

De sorte que si la Caisse des pensions, avec un personnel de moins de 7000 associés, est néanmoins arrivée, en très-peu d'années, à recueillir un capital relativement considérable (200 000 francs au moins à cette heure), on voit quels résultats elle pourrait déjà donner si les 20 000 médecins de la France s'étaient fait recevoir dans l'Association.

Le corps médical peut encore donner rapidement ce magnifique exemple à la société française, d'une profession libre, livrée à elle-même, sans dotation, sans subsides, avec ses seules et propres ressources, pouvant secourir ses sociétaires, leurs veuves, leurs enfants, leurs ascendants, et pouvant garantir à ses associés, dans des conditions déterminées d'âge, d'infirmités, d'incapacité et de durée de vie sociale, une pension viagère de 600 à 1200 francs.

C'est donc vers le fonctionnement rapide de cette Caisse des pensions que doivent tendre tous nos efforts. Je ne dirai pas que l'avenir de l'Association est là; non, cet avenir est désormais assuré; telle qu'elle est, et même sans progrès nouveaux, ce qui est improbable, elle vivra, limitant ses bienfaits à ses ressources, plaignant les indifférents et les imprévoyants.

Mais, s'élevant plus haut qu'à la considération des intérêts présents et actuels, les esprits judicieux voient dans la fondation et dans le fonctionnement de la Caisse des pensions viagères, l'avenir même de la profession. Le jour viendra et il dépend du corps médical qu'il soit proche, où la pension viagère sera un droit, où tout médecin, après trente ans d'exercice et de vie sociétaire, jouira, comme tout serviteur de l'État, d'une honorable retraite. La semence de cette institution a été jetée dans l'Association même; elle y germe, elle y pousse; elle fructifiera, c'est inévitable.

Et alors se développeront toutes les conséquences de cette belle institution. Les jeunes gens inquiets sur leur avenir ne

déserteront plus une carrière aujourd'hui incertaine, remplie d'embarras et d'obstacles pour n'arriver qu'à une vieillesse pauvre et abandonnée. Les familles alarmées ne pousseront plus leurs enfants vers les emplois administratifs par cela seul qu'au bout est la retraite. La profession médicale aussi aura sa retraite, et celle-ci sera indépendante des événements et du pouvoir.

Hâtons donc ce moment! Que l'Association reçoive d'abord tous ceux qu'elle peut recevoir! que nos riches confrères pensent à la Caisse des pensions! que les plus humbles de la confrérie s'imposent tous le plus léger sacrifice, et notre génération pourra voir s'accomplir les destinées d'une œuvre bienfaisante, protectrice et moralisatrice!

Amédée LATOUR.

Paris, 15 janvier 1870.

# DICTIONNAIRE ANNUEL

## DES PROGRÈS

# DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

## MÉDICALES

## 1869

## A

ABCÈS. **Abcès phlegmoneux du foie.** *Innocuité de la ponction.* A l'appui de cette thèse soutenue par nous d'après les faits (Voy. *année* 1868), M. le docteur Desponts rapporte une observation d'abcès aigu du foie chez une jeune femme de vingt ans, maladive, épuisée et traitée pour une fluxion de poitrine. Après s'être assuré du contraire, il applique la pâte de Vienne sur la partie saillante et fluctuante, et trois jours après, l'état désespéré de la malade le commandant, il plonge un trocart de 5 millimètres de diamètre à une profondeur de 4 centimètres, et obtient ainsi avec une incision subséquente et l'usage de mèches, l'issue d'une grande quantité de pus et l'évacuation du foyer. Une parfaite guérison s'ensuivit. (*Union méd.*, n° 152, 1868.)

Outre la démonstration d'innocuité des ponctions du foie en pareil cas, cette observation peut servir d'exemple aux praticiens pour la confusion possible de l'hépatite avec la pneumonie malgré la diversité des signes physiques; elle montre ensuite, que l'hépatite peut exister sans ictère, contrairement à l'assertion de Boerrhaave et Stoll. Enfin, elle rappelle que les chirurgiens du siècle passé redoutaient bien moins que les médecins de notre époque les dangers de la ponction du foie, et qu'ils avaient souvent recours à cette opération pour évacuer les col-

lections purulentes de cet organe, comme les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* en font foi.

En effet, le fils de Jean-Louis Petit, mort à vingt-huit ans, déjà célèbre, a réuni, dans un mémoire publié après sa mort, un certain nombre de faits qu'il a divisés en deux catégories bien distinctes : les premiers servent à prouver les bons effets de la ponction du foie ; les seconds, qui semblent former une contre-épreuve, témoignent du danger qu'il y a à abandonner ces abcès aux seules ressources de la nature.

Dans le même volume, Morand vient confirmer les idées de Petit ; il est même plus explicite, et il déclare qu'il faut renoncer aux caustiques et recourir au bistouri pour l'ouverture des abcès du foie.

**Abcès métastatiques.** Pathogénie. Repoussant la théorie de la résorption purulente et celle de la phlébite comme entachées d'un mécanisme qui ne saurait expliquer rigoureusement leur production, M. le professeur Bonnet, de Bordeaux, y substitue une autre théorie toute vitaliste. Il les croit dus à la réaction sympathique que les tissus enflammés exercent sur les organes dans lesquels ces abcès se développent. Et c'est sur cette loi des sympathies entre un moignon ou une plaie quelconque et les viscères qu'il étaye cette théorie. Il en trouve la justification en ce qu'à la suite d'une amputation après laquelle les abcès métastatiques des poumons se forment le plus souvent, on trouve, lorsque les amputés succombent deux ou trois jours après l'opération, de la sérosité épanchée dans les plèvres et dans le péricarde indiquant un surcroît d'activité secrétoire, c'est-à-dire une irritation légère de ces cavités membraneuses. Si la mort n'avait pas eu lieu sitôt, si la maladie, en se prolongeant, avait eu aussi une issue fâcheuse, il se serait formé des abcès situés à la surface des poumons. Et si l'on ajoute à cette congestion active, la prédisposition ou l'existence de tubercules miliaires, une bronchite, une pleurésie commençantes, on aura le secret de la formation des abcès pulmonaires si fréquents.

Quant aux abcès du foie qui surviennent surtout après les plaies de tête, les fractures du crâne, loin d'en attribuer la formation à la secousse ou aux sympathies du foie et du cerveau, M. Bonnet y voit plutôt un effet de contiguité de la gastro-entérite qui coïncide ordinairement avec l'érysipèle des plaies de tête. De là, des collections purulentes. (*Union méd.* n° 44.)



Assurément, cette théorie est aussi soutenable et plausible que celle qu'elle tend à supplanter ; mais sans présenter plus de certitude. On peut expliquer cette formation de pus loin du foyer malade de plusieurs manières, sans que ce profond mystère pathologique soit mieux éclairci. Le passage des globules de pus à travers les parois des artères explique peut-être mieux leur arrêt et leur prolifération dans les organes parenchymateux que tout autre raisonnement.

**Abcès du cerveau.** *Aspiration du pus.* Contre un abcès traumatique du cerveau, le docteur Reny s'est convaincu que, pourvu qu'il communique au dehors par une étroite ouverture, l'aspiration du pus avec la seringue de Pravaz modifiée, peut amener la guérison, comme dans le cas qu'il relate. Lors même qu'on ne l'obtiendrait pas, on arrive ainsi à une certitude absolue, ce qui est d'une grande importance, surtout en médecine légale. (*Centralblatt.*)

*Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques* ou de l'angine phlegmoneuse, par le docteur V. Gautier, médecin de l'infirmerie de Plainpalais, un vol. grand in-8°. Genève et Bâle. Étude spéciale basée sur un total de 97 observations dont 54 guérisons, et montrant toute l'importance du diagnostic, puisque sur 35 cas où il a été nul ou faux, tous les malades sont morts, tandis que sur 66 où il a été rectifié ou juste d'emblée, il y a eu 50 guérisons. C'est donc là une monographie des plus intéressantes et complètes sur ce sujet.

**ABSORPTION. Absorption cutanée.** En contradiction de ce fait rapporté par le docteur Dupuy à la *Société de médecine de Paris*, qu'une jeune dame de vingt-six ans éprouva des symptômes d'empoisonnement après avoir pris un bain contenant 12 grammes d'arséniate de soude, comme une nouvelle preuve irréfragable de l'absorption cutanée, M. Scoutetten établit de nouveau, trop pompeusement puisque M. Roussin l'avait fait expérimentalement avant lui (voy. *année* 1867), que saine et intacte, la peau ne pouvait absorber l'eau en raison de la couche graisseuse qui l'enduit et la protége à l'état normal. Il cite à l'appui de cette preuve physique l'arrêt du mouvement giratoire du camphre dans l'eau dès qu'un globule gras l'y fixe, et cette preuve physiologique de la non-absorption de la peau du fœtus plongé

dans l'eau de l'amnios, en raison de l'enduit sébacé qui le recouvre; autrement, dit-il, les reins sécréteraient, la vessie s'emplirait, et à défaut d'issue, l'urine causerait des accidents. Il ne peut donc y avoir absorption de l'eau que par la disparition préalable de l'enduit huileux, ou à l'aide d'un corps solide ou gazeux dissolvant cet enduit, comme l'éther, le chloroforme, l'alcool, les huiles essentielles, la benzine, la térébenthine, le musc, le camphre, le castoréum, etc. (*Gaz. des hôp.*, n° 16.)

Il pose donc comme règle absolue que tout liquide immiscible à la graisse ne peut être absorbé par la peau, tandis que tout corps solide ou liquide miscible peut l'être, de même que tous les gaz volatils, l'eau exceptée. Et comme preuve de son assurance et de sa conviction, il offre à l'Académie de médecine de payer le prix qu'il lui plaira d'instituer, quelle qu'en soit la valeur, et les frais des expériences nécessaires tendant à prouver le contraire (*séance du 9 février*). Ce serait donc une bonne occasion pour un corps savant jaloux des progrès de la science, d'accepter ce défi pour savoir si, en vertu d'une disposition spéciale du système sudoripare, certaines régions de la peau, comme la paume des mains, la plante des pieds, les aines, les aisselles, etc., ne sont pas susceptibles d'absorber l'eau simple, ainsi que certains faits tendent à le prouver, ou si, dans le frisson et certains autres phénomènes généraux affectant le système glandulaire cutané, cette absorption ne peut avoir lieu momentanément; mais il est à craindre que dans son indifférence, l'Académie ne laisse échapper cette bonne occasion.

Comme preuve décisive de la réalité de l'absorption par la peau des substances solides, dans l'enquête qui se poursuit à cet égard, il convient de citer les résultats obtenus avec l'appareil Encause dans les hôpitaux Necker, de Vincennes et ailleurs. C'est une chaudière de faible dimension, d'où la vapeur d'eau, soumise à une pression moyenne d'une atmosphère et demie, se rend dans un récipient à deux tubulures. Dans ce récipient se trouve une plaque où se dépose l'iodure de potassium ou tout autre médicament qui, rencontré par la vapeur d'eau, est emporté par parcelles dans une cage de bois où le malade est renfermé, la tête exceptée. La vapeur arrive par la partie inférieure et enveloppe ainsi tout le corps du malade.

Après une demi-heure de séjour dans ce bain de vapeur, l'urine, examinée par M. Rabuteau, renfermait de notables quantités d'iodure appréciables sans évaporation préalable. Il suffit même de mêler de l'essence de térébenthine à l'eau pour que l'urine exhale pendant quatre jours l'odeur de violette (*Gaz. hebd.*, n° 33). Que veut-on de plus concluant? Voy. Coballine.



**Absorption de la vessie.** Voy. Cystite.

**ACCOUCHEMENT.** *Propulsion digitale médiate.* Ce petit moyen d'accélérer le passage de la tête à l'anneau vulvaire, lorsqu'il est résistant comme chez les primipares, est décrit ainsi par le docteur Marie.

« J'introduis l'indicateur dans l'anus. Tournant à travers la cloison, la bosse frontale et plus tard l'arcade orbitaire, je les pousse et les traîne successivement à la vulve tout en faisant glisser le périnée en sens contraire. » Inutile de dire que ce coup d'index doit être employé sans en avertir personne, ni même en parler après qu'il a réussi. (*Union méd.*, n° 64.)

Un fait intéressant au point de vue médico-légal a été observé par le docteur Perry, de Providence, le 13 décembre dernier. Appelé près d'une primipare, il trouva l'enfant expulsé à son arrivée. Il avait été reçu par une matrone exercée, entourée de six autres femmes, et notamment de la mère de l'accouchée. M. Perry coupa le cordon et constata une division du cuir chevelu s'étendant de la région pariétale droite, près de l'oreille à la même région opposée, mesurant 4 pouces de longueur, avec fracture transversale du pariétal droit de 1 pouce de long. Cet os était dénudé de son périoste dans l'étendue d'une pièce de 1 franc, et il en résultait une plaie effrayante. Le périnée de la femme était aussi déchiré jusqu'à l'anus, que la division contournait en forme de demi S, en laissant le sphincter indemne. Quatre sutures et la ligature des genoux en triomphèrent bientôt. Après l'exfoliation de parcelles osseuses laissant le cerveau à découvert dans l'étendue d'une pièce de 2 francs, la plaie de tête de l'enfant était en voie de cicatrisation le 1er mars. (*Boston med. and surg. Journ.*, mars.)

Impossible au docteur Perry de découvrir la cause de cette lésion rare sinon unique, car on ne pouvait soupçonner aucune des assistantes, ni découvrir aucune saillie des os du bassin. Que l'accouchée eût été seule avec sa mère, et que l'enfant fût mort-né, quel aurait pu être le témoignage de l'expert? N'aurait-on pas soupçonné qu'il y avait eu infanticide devant la

difficulté d'expliquer de semblables lésions par le travail naturel de l'accouchement? Il faudra donc tenir compte de cette leçon à l'avenir.

*Arrachement de l'utérus et de l'ovaire.* Venant d'accoucher mistress Clifford d'un enfant vivant, à l'aide du forceps, et une hémorrhagie s'étant déclarée, avec syncope, M. W. Popplewell procéda immédiatemment à la délivrance et amena une masse qui comprenait outre le placenta, l'utérus, une portion du ligament large, l'ovaire correspondant et trois pouces du vagin. L'accouchée mourut aussitôt. M. Philips, tout en constatant une hypertrophie utérine avec dégénérescence graisseuse, et une altération analogue du cœur, du foie et d'autres organes, conclut néanmoins qu'une force énorme avait dû être employée par l'accoucheur. De là, un procès pour meurtre involontaire, devant la cour criminelle de Londres. M. Barnes, nommé expert, est parvenu à convaincre le jury qu'il avait suffi de la dégénérescence graisseuse et d'une traction ordinaire sur le cordon pour amener ces effroyables dégâts, et M. W. Popplewell a été acquitté. (*Union méd.*)

L'état graisseux de l'utérus, à ce qu'il semble, ne pourrait expliquer que la déchirure et l'arrachement d'une partie de cet organe lui-même, mais ne peut rendre compte de la déchirure et de l'arrachement du ligament large, de l'ovaire et d'une partie du vagin. Au contraire, il faut que l'utérus ait résisté fortement, pour que les autres parties aient pu être arrachées.

*Rétention d'urine chez les nouvelles accouchées.* Voy. RÉTENTION D'URINE.

*Influence des luxations.* Voy. *ce mot.*

*Pronostic des tumeurs fibreuses.* Utilisant le côté pratique de cette question presque insoluble, à savoir si les corps fibreux de l'utérus augmentent et se ramollissent pendant la grossesse, soulevée à la Société de chirurgie (Voyez FIBROMES, 1868). M. Tarnier en a montré l'influence sur l'accouchement et ses suites par la statistique suivante.

Sur 42 cas colligés dans un mémoire du docteur Breslau, traduit de l'allemand par M. le docteur Gannal, ou empruntés



à la pratique de MM. Danyau, Depaul, Blot, Guéniot, et à la sienne propre :

8 fois l'accouchement a eu lieu spontanément avec des tumeurs volumineuses remplissant l'excavation pelvienne ;

6 fois la dilatation s'étant faite et la tumeur n'ayant été qu'incomplétement rejetée au-dessus du détroit supérieur, il a fallu pratiquer l'application du forceps ;

6 fois on a eu recours à la version ;

1 fois il a provoqué l'accouchement prématuré à 7 mois 1/2 ;

1 fois l'embryotomie a été faite ;

1 fois M. Danyau a pu opérer l'énucléation de la tumeur ;

14 fois il a fallu pratiquer l'opération césarienne ;

5 fois, enfin, les femmes sont mortes pendant le travail de l'enfantement.

Quant aux femmes et aux enfants :

Dans les 8 cas où l'accouchement s'est terminé spontanément, 6 femmes ont guéri, 1 est morte ; on ne sait pas ce que la dernière est devenue. — Pour les enfants, 3 sont nés vivants, 3 sont nés morts ; on ne connaît pas le sort des 2 autres.

On peut donc conclure que, dans les complications de tumeurs fibreuses, lorsque l'accouchement se termine spontanément, le résultat est très-favorable pour la mère, un peu moins pour l'enfant.

Dans les 6 cas d'application du forceps, 2 femmes ont guéri, 4 sont mortes ; — 2 enfants sont nés vivants, 4 sont nés morts ; les 2 cas heureux appartiennent l'un à M. Blot, l'autre à M. Guéniot.

Dans les 6 cas où l'on a eu recours à la version, 2 femmes ont guéri, 3 sont mortes ; le sort de la sixième est inconnu. — 3 enfants sont nés vivants, 3 sont nés morts. Donc la version, plus avantageuse pour les enfants, n'est ni plus ni moins avantageuse pour les femmes que l'application du forceps.

Dans le fait d'accouchement prématuré provoqué, l'enfant qui se présentait par le siége est mort par suite de tractions imprudentes faites par la sage-femme : la mère a guéri.

La mutilation du fœtus n'a pas sauvé la mère dans le cas d'embryotomie.

Dans le cas d'énucléation, la mère et l'enfant ont succombé.

Dans les 14 opérations césariennes, 12 femmes sont mortes, 2 seulement ont guéri. — 9 enfants sont nés vivants, 2 sont morts ; le sort des 3 derniers est inconnu. — Ainsi, l'opération

césarienne, favorable pour les enfants, est excessivement meurtrière pour les femmes.

Enfin, 5 femmes sont mortes pendant le travail de l'enfantement.

Dans les 42 cas, toutes les femmes, excepté deux ou trois, étaient arrivées au terme de la grossesse.

Le pronostic, dans les cas de tumeur fibreuse compliquant la grossesse ou l'accouchement, est donc singulièrement grave, puisque, sur 42 cas, on compte, du côté des femmes : 27 morts, 13 guérisons, soit 2 morts sur 3 ; — du côté des enfants : 15 nés vivants et 20 morts.

Il est d'autant plus grave que la tumeur utérine est plus volumineuse et plus profondément enclavée dans l'excavation pelvienne. Quand elle siége au niveau de la partie supérieure de l'excavation, le pronostic est moins défavorable, parce que la tumeur se déplace plus facilement. On a vu, toutefois, des tumeurs situées profondément se déplacer pendant la grossesse et pendant le travail de l'accouchement et dégager l'excavation. Cela arrive lorsqu'elles sont placées en avant ou sur les parties latérales de l'utérus ; mais lorsqu'elles occupent la partie postérieure de l'excavation, la concavité du sacrum, qu'elles sont surplombées par le promontoire sacro-vertébral, elles sont très-difficiles à mettre en mouvement et à rétro-pulser ; le déplacement est impossible dans les cas de corps fibreux sous-péritonéaux ayant contracté des adhérences dans le fond du cul-de-sac recto-vaginal.

Si les tumeurs non adhérentes dans le cul-de-sac postérieur ne descendent pas au-dessous des limites du col de l'utérus, elles peuvent encore se déplacer et s'élever graduellement au-dessus du détroit supérieur; mais elles ne peuvent remonter quand elles sont retenues par des adhérences.

Enfin, il y a une distinction essentielle à établir entre les tumeurs fibreuses suivant qu'elles sont sessiles ou pédiculées : les premières se déplacent forcément à mesure que le corps se dilate par la pression et les progrès de l'engagement de la partie fœtale poussée par les contractions utérines ; le travail a peu de prise, au contraire, sur les tumeurs pédiculées.

Le mécanisme à l'aide duquel les tumeurs se déplacent et dégagent l'excavation pelvienne a été très-bien décrit par M. Guéniot. Les fibres verticales de l'utérus, en se contractant, tiraillent les fibres horizontales et agissent ainsi sur la tumeur qui fait corps avec le tissu utérin, si bien que, à mesure que le col se dilate, la tumeur se déplace avec lui. A cette cause principale du déplacement de la tumeur, M. Depaul ajoute l'influence de la rupture de la poche des eaux; mais M. Tarnier n'admet pas l'influence de cette cause en tant qu'agissant en vertu du simple déplacement du liquide amniotique ; elle ne peut avoir de l'effet, suivant lui, qu'en permettant à la partie fœtale qui se présente de s'engager plus avant et de repousser en haut la tumeur en augmentant la dilatation du col utérin. C'est le mécanisme du coin qui écarte les fibres du tronc dans lequel on l'enfonce.



Quelle doit être la conduite du chirurgien dans les cas de grossesse compliquée de tumeur utérine? La statistique précédente démontre que, 8 fois sur 42 cas, l'accouchement a pu se faire spontanément et être suivi de résultats très-favorables pour la mère, favorables aussi, quoique à un degré moindre, pour l'enfant. Il en résulte que l'on peut et que l'on doit rationnellement attendre, dans les cas de tumeur occupant la moitié ou les trois quarts de l'excavation, les modifications que les progrès naturels de la grossesse et du développement de l'utérus peuvent apporter dans la situation de la tumeur. Si celle-ci ne se déplace pas, on devra en tenter la réduction et chercher à la repousser avec la main au-dessus du détroit supérieur. Plusieurs observations démontrent que la réduction est possible, sinon facile, dans les cas où il n'existe pas d'adhérences.

L'application du forceps n'a pas donné un brillant résultat ; les accidents graves dont elle est suivie sont dus aux phénomènes inflammatoires qui résultent de la contusion et de l'attrition de la tumeur par la pression de l'instrument. Cependant elle constitue une manœuvre rationnelle avec la modification d'adapter des moufles à l'instrument pour opérer une traction continue, et en mesurant la force de traction à l'aide d'un dynamomètre.

Mais M. Tarnier préfère la version contrairement à M. Depaul. La statistique démontre que, sur 9 enfants qui se sont présentés par le siége, 5 sont nés vivants, 1 moribond et 3 morts. Toutes les femmes ont survécu. M. Tarnier défie les adversaires de la version de montrer d'aussi beaux résultats avec les autres moyens. Suivant lui, l'introduction de la main dans l'utérus est déjà une manœuvre utile qui prépare et commence la réduction de la tumeur utérine ; cette réduction se

continue grâce à la dilatation progressive du col par le passage successif de parties fœtales de plus en plus volumineuses qui écartent de plus en plus la tumeur du centre de l'excavation et la rejettent en haut, le dégagement s'achève enfin avec le passage de la tête. Dans la version, les parties fœtales font véritablement l'office d'un coin qui dilate progressivement le col utérin par le passage de parties de plus en plus volumineuses. C'est une excellente manœuvre dont l'emploi est justifié à la fois théoriquement et cliniquement. Lorsqu'elle n'est pas possible, on est toujours à même de la remplacer par l'application du forceps.

L'embryotomie est encore une opération rationnellement indiquée dans certains cas; M. Tarnier s'étonne qu'elle n'ait pas été plus souvent pratiquée.

Quant à l'opération césarienne, elle a donné 12 morts sur 14 cas ; c'est donc une mauvaise opération à laquelle il ne faut se résigner que lorsqu'on ne peut pas faire autrement.

L'accouchement prématuré est parfaitement justifié en principe ; cependant, il est évident qu'il prive des bénéfices que l'on aurait pu retirer des modifications heureuses amenées par l'évolution naturelle de la grossesse et qui souvent ne s'accomplissent que dans le courant du neuvième mois. C'est là une question encore à l'étude.

Considérées après l'accouchement, les tumeurs fibreuses exercent généralement une fâcheuse influence sur les suites de couches; elles peuvent être et sont le point de départ d'accidents variés, plus ou moins graves; elles exposent aux hémorrhagies en s'opposant à la rétraction complète de l'utérus; elles prédisposent aux inflammations, à la métrite, à la métropéritonite, à l'infection purulente et putride, etc. Elles constituent donc toujours une complication fâcheuse.

*Traité pratique de l'art des accouchements*, par H. F. Nægele, professeur à l'Université de Heidelberg, et W. L. Grenser, directeur de la Maternité de Dresde. Traduit sur la sixième et dernière édition allemande, annoté et mis au courant des derniers progrès de la science, par G.-A. Aubenas, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Ouvrage précédé d'une introduction par J.-S. Stoltz, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 volume in 8° de 800 p., avec 1 planche sur acier et 207 figures.



**ACIDES. Acide hippurique.** Le Dr Silva Amado, après des considérations intéressantes sur cet acide et les relations qui existent entre sa présence et les vomissements dans les lésions organiques de l'estomac, arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans l'état normal, l'homme sécrète par l'urine environ 2 grammes d'acide hippurique en vingt-quatre heures.

2° Cette quantité augmente : α. sous l'influence d'un régime purement végétal; β. par l'ingestion d'acide benzoïque, d'essence d'amandes amères, de baume du Pérou et d'autres substances contenant des produits de la série benzoïque ; γ. par l'exercice exagéré ; δ. dans les pyrexies; ε. dans le diabète.

3° La proportion d'acide hippurique excrété avec l'urine diminue plus ou moins : α. sous l'influence d'un régime exclusivement animal, β. du repos prolongé, γ. del'abstinence, δ. de l'ictère.

4° La production exagérée de l'acide hippurique à la suite de l'ingestion de l'acide benzoïque ou de ses dérivés paraît résulter de la réaction de ces substances sur la glycose du foie.

5° Dans les autres cas, elle est due à l'oxydation de la tisorine.

6° Il n'est pas prouvé qu'il existe une maladie spéciale caractérisée par la sécrétion exagérée et continue de l'acide hippurique.

7° Dans les affections organiques de l'estomac, il paraît exister une relation entre le vomissement et la sécrétion exagérée de l'acide hippurique.

**Acide chromique.** Regardé comme le caustique par excellence de la bouche, à cause du peu de douleur qu'il provoque. Voy. BOUCHE.

**Acide phénique.** Dilué au 100e, il a été donné avec succès à l'homme et aux animaux dans la pustule maligne, et en pilules contre les dermatoses. Voy. *ces mots.*

Le meilleur antidote, suivant Calvert, après l'usage de la pompe stomacale, est l'huile d'olives ou d'amandes douces mêlée à de l'huile de ricin.

**ADÉNITE.** Dans l'*adénite inguinale suppurée*, le pronostic doit tenir compte de l'érysipèle que l'ouverture peut provoquer

et de la péritonite par contiguïté, qui en résulte dans quelques cas assez gravement pour déterminer la mort, comme M. Labbé en rapporte un nouvel exemple. Voy. PÉRITONITE PAR PROPAGATION.

**ADÉNOME. Adénome du foie.** Excessivement rare selon le professeur Eberth qui en cite trois observations, cette affection est constituée par de petites tumeurs, variant du volume d'un grain de mil à celui d'une petite noix. Les plus petites résultent d'une hyperplasie partielle des conduits sécréteurs. Les cellules du foie conservent, pour la plupart, au début, leur aspect normal. Mais l'organe est légèrement hypertrophié ou plutôt parsemé d'indurations multiples. Plus tard, les cellules se déforment par places et tendent à devenir cylindriques. Cependant, le foie ne semble pas sensiblement altéré à la simple inspection. Le calibre des conduits sécréteurs et des vaisseaux est devenu plus étroit. A l'aide d'un faible grossissement, on peut, d'ailleurs, constater une certaine opacité du parenchyme ; celle-ci établit une ligne de démarcation entre les portions saines et les portions malades.

A mesure que l'hypergenèse augmente, les éléments normaux, qui entrent dans la structure des conduits sécréteurs, sont de plus en plus difficiles à distinguer. Sur une coupe très-mince, la glande paraît sillonnée d'un grand nombre de canaux, et parsemée de cellules, entourées de noyaux à leur périphérie, et tapissées à leur intérieur d'une membrane très-mince.

Plus tard, les cellules hypertrophiées envoient des prolongements en diverses directions, et, de cette façon, la tumeur s'accroît peu à peu.

Tant que celle-ci ne dépasse pas le volume d'un grain de mil ou d'une lentille, elle n'est point séparée des tissus ambiants par une paroi propre. Plus volumineuse, elle a une membrane d'enveloppe, distincte, renfermant une grande quantité de cellules, et qui sépare complétement la tumeur des éléments voisins.

Les vaisseaux ne participent point d'abord à l'altération du parenchyme ; mais, sous l'influence de la compression exercée par le produit morbide, ils s'atrophient peu à peu. Le réseau capillaire normal est remplacé par d'autres vaisseaux plus étroits et plus rares, dont le sang s'écoule par la veine centrale du lobule. Dans un grand nombre des productions nouvelles, les vaisseaux ordinaires ont complétement disparu. Il en résulte que le parenchyme du foie, remarquable par sa vascularité, devient très-pauvre en vaisseaux, quand il est parsemé de ces adénomes dont un des caractères est d'être presque invasculaire.



La structure acineuse prédomine à la fois dans les productions isolées les plus petites et dans les agrégats volumineux.

Un chien a présenté des tumeurs complétement semblables. La rate était parsemée aussi de petites tumeurs analogues, consistant également en une hypergenèse des éléments du tissu. Cette coïncidence prouve qu'il s'agit là d'une altération de même nature.

On n'a émis jusqu'ici que des hypothèses sur la cause de cette affection et sur son mode de début. D'après Klob, elle remonterait à la vie fœtale. Il met sur le compte de simples difformités ces formations nouvelles, et a de la tendance à les considérer comme des productions surnuméraires superficielles ou profondes. Il est bien difficile d'admettre pour les tumeurs profondes cette explication, qui pourrait à peine convenir aux tumeurs superficielles. Si l'on acceptait cette théorie, on aurait alors le droit de regarder comme congénitales toutes les hyperplasies glandulaires qui se développent d'une manière latente.

Jusqu'ici, aucune donnée positive n'autorise à admettre une semblable origine. L'hypothèse suivante paraît au savant anatomo-pathologiste la plus probable, d'après les rares observations recueillies. Ces tumeurs semblent dépendre à la fois d'une hypergenèse et d'une hypertrophie des cellules sécrétantes. L'hypertrophie envahit d'abord certains points des acini ; de là elle gagne les parties voisines ; il est possible aussi qu'elle atteigne plusieurs groupes de lobules. Dans les tumeurs les plus petites, les cellules épithéliales tendent à devenir cylindriques ; elles se multiplient et augmentent ainsi le volume des productions morbides. La série des transformations ultérieures est restée jusqu'ici inconnue. (*Arch. de Virchow*, 43e cahier, 1868.)

M. Lancereaux distingue ces faits, et plusieurs autres analogues rapportés par des auteurs allemands du véritable adénome hépatique. Ces masses noueuses multiples sont presque entièrement formées de culs-de-sac glanduleux remplis d'élé-

ments épithéliaux. Il les regarde comme congénitales, quand elles se trouvent dans le ligament suspenseur, et qu'elles sont séparées du foie auquel se rattache une toile fibreuse. D'après sept faits observés par lui, et un autre par M. Vulpian, qu'il rapporte *in extenso*, le véritable adénome du foie, qu'il assimile à celui de la mammelle et qu'il range par conséquent dans la famille des cancers, consiste dans une infiltration du parenchyme hépatique par des nodosités lenticulaires, susceptibles d'atteindre, par leur groupement, le volume d'une noisette ou d'une noix. Diversement colorées, de teinte jaune verdâtre, brunâtre ou même gris blanchâtre, ces petites tumeurs, de consistance variable, généralement un peu molles, sont formées en grande partie par des cellules ayant le caractère des cellules propres du foie et renfermant souvent comme elles du pigment et des granulations graisseuses. Elles sont polyédriques, irrégulières, troubles, granuleuses, souvent hypertrophiées et munies de plusieurs noyaux ayant chacun un nucléole. Des cellules troubles et hypertrophiées se rencontrent en outre dans des parties saines en apparence pour l'œil nu. Au pourtour des nodosités, dans une grande étendue de l'organe affecté, existe en général un épaississement notable de la trame de tissu conjonctif où se rencontrent parfois des cellules fusiformes ou étoilées. En même temps, les vaisseaux-portes et les veines sus-hépatiques sont plus ou moins complétement obstrués par une matière d'un jaune verdâtre, assez ferme ou bien plus molle et d'apparence caséeuse, sinon analogue à de la matière sébacée. Quoique ayant l'apparence de la fibrine altérée, cette substance est semblable histologiquement aux nodosités hépatiques. On y rencontre des cellules semblables à celles du foie, seulement elles sont ratatinées et comme flétries par suite d'un certain degré de pression et d'altération ; une matière fibroïde et même des corpuscules conjonctifs, plus rarement de la fibrine et des globules sanguins altérés. Au contraire, les parois des vaisseaux contenant cette substance n'étaient altérées que dans un cas, ce qui tend à démontrer son développement simultané dans ces vaisseaux et dans le foie. En tout cas, il est remarquable que, malgré l'obstruction de ces vaisseaux, la sécrétion biliaire n'a cessé d'avoir lieu dans aucun cas.

Les symptômes correspondant à ces lésions sont toujours à peu près les mêmes et présentent un certain ordre dans leur



évolution qui peut servir au diagnostic. Au début, les malades n'accusent guère qu'un léger malaise ou des douleurs un peu violentes à la région hépatique ; en même temps, ils commencent à maigrir, leur foie augmente de volume, et peu à peu, il se produit de l'ascite. L'émaciation et l'affaiblissement progressent, survient un ictère généralement très-prononcé avec toutes ses conséquences ; plus tard, la cachexie, le marasme, une sorte d'état adynamique conduisent à la mort.

Quant aux affections qui peuvent se confondre avec l'adénome hépatique, la cirrhose a été plusieurs fois l'occasion d'une erreur de diagnostic. La fréquence de l'ictère, l'augmentation du foie dans l'adénome peuvent cependant servir à le distinguer de la cirrhose qui offre le contraire. L'absence d'ascite ou son apparition tardive dans le cancer encéphaloïde ou squirrheux du foie, comme aussi la rapide augmentation de l'organe et la cachexie qui ne tarde pas à se manifester, le différencient de l'adénome, qui, sans être aussi immédiatement dangereuse, est des plus graves, d'après les faits rapportés par M. Lancereaux, les seuls à peu près qui existent dans la science. (*Gaz. méd.* de Paris, nos 45, 50 et 52, 1868.)

**ALBUMINURIE.** Suivant M. Sée, elle ne provient jamais d'une dyscrasie sanguine, comme le prétendaient MM. Gubler et Jaccoud, mais se rattache toujours à une lésion aiguë ou chronique, passagère ou permanente du tissu rénal. Sans procéder constamment d'une néphrite, comme le veut Frerichs, elle peut revêtir quatre formes distinctes et indépendantes : catarrhale, granuleuse, amyloïde ou cirrheuse et atrophique. (*Leçon d'ouverture*, décembre 1868.)

*Iodure de potassium à haute dose.* Femme de trente-six ans, tempérament lymphatique, pâle, délicate, jouissant d'une bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde et dysenterie dans son enfance. La menstruation s'établit sans difficulté, elle est bien réglée et voit en petite quantité pendant trois jours. Conditions d'aisance médiocres. Logis peu aéré, obscur, un peu humide.

Depuis un an environ, elle éprouve des dérangements dans sa santé. De temps en temps, il y a de la diarrhée, les forces diminuent, l'appétit se perd, des douleurs vagues parcourent les membres. Dans le courant du mois de mai 1868, à la suite d'une insolation, une faiblesse considérable, des douleurs épi-

gastriques, des pesanteurs dans les lombes se manifestent à un tel degré qu'elle se décide à demander mes soins, le 20 mai 1868. Pâleur excessive accompagnée d'affaissement profond. Infiltration des paupières et des membres abdominaux. Pouls à peine perceptible, inappétence, langue décolorée, très-saburrale, soif vive. Les urines claires précipitent par l'acide azotique une albumine abondante.

Après un vomitif, à cause d'un embarras gastrique évident, elle fut soumise au traitement suivant le lendemain :

2 grammes par jour d'iodure de potassium, en augmentant d'un gramme de deux en deux jours ;

Vin de quinquina, 100 grammes;

Deux dragées d'iodure de fer ;

Vin et régime animalisé ;

Abstention de tout travail. Séjour au grand air le plus possible.

Au bout d'une semaine, cette femme voulut quitter ces prescriptions et rien ne put la décider à persévérer. Mais alors l'anasarque devint tellement considérable, qu'elle ne pouvait remuer. Elle restait dans son lit comme une masse.

Des frictions générales avec eau tiède et glycérine furent pratiquées, le traitement repris avec 4 dragées d'iodure de fer par jour. Peu à peu la quantité, la dose d'iodure de potassium fut portée à 18 grammes avec 6 dragées d'iodure de fer. Mais un iodisme intense survint, qui obligea de cesser, et c'est ainsi qu'après trois mois de traitement, les urines étaient normales et sans albumine.

Comment attribuer le succès, dans ce cas, à l'iodure de potassium exclusivement, quand plusieurs moyens ont été employés concurremment pour arriver à la guérison ? Aussi, malgré un autre cas semblable, ne rapportons-nous que celui-ci pour montrer toute l'incertitude de l'action de l'iodure de potassium contre une albuminurie qui n'a même pas été constatée rigoureusement. M. le professeur Crocq n'accepterait certainement pas de pareilles observations à l'appui de la médication qu'il a le premier préconisée.

**Albuminurie chronique bénigne.** De ce que la présence de l'albumine dans l'urine n'est qu'un symptôme, comme la toux dans les affections des voies respiratoires, M. Dumontpallier veut que l'on y attache une importance relative, suivant la maladie qui l'a déterminée. C'est ainsi que, chez un jeune homme goutteux, les urines, notablement albumineuses, coïncidaient avec un état général très-satisfaisant. D'où la justification de ce titre d'albuminurie chronique bénigne, confirmée par le docteur Renard. A la suite d'oreillons, l'anasarque s'était manifestée, et un pronostic des plus graves avait conduit le malade à l'hôpital ; mais l'appétit se manifesta bientôt, et, dix jours après, ce militaire sortait guéri, tout en conservant encore quelques traces d'albumine dans ses urines (*Union méd.*, nos 11-33). Sans discuter ici si c'est là une influence métastatique des oreillons, portée sur la glande rénale, comme elle se porte sur la glande séminale, il n'en est pas moins évident que c'est là une albuminurie bénigne comme il n'est plus rare de la rencontrer aujourd'hui dans la pratique.



*Dosage de l'albumine par l'acide phénique.* Après avoir rapporté les différents procédés de dosage, M. Méhu, pharmacien de l'hôpital Necker, propose la solution suivante comme réactif :

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique cristallisé. . . . . | 1 | partie en poids. |
| Acide acétique du commerce. . . . . | 1 | id. |
| Alcool à 90° . . . . . | 2 | id. |

Après avoir acidulé l'urine ou le liquide à examiner avec 2 centimètres cubes d'acide azotique du commerce par 100 grammes de liquide à examiner, on verse 10 centimètres cubes de la solution précédente et aussitôt l'albumine se précipite en flocons blancs que l'on recueille sur un filtre pesé d'avance. On lave et l'on dessèche, on pèse ensuite filtre et matière et l'on a la quantité exacte de l'albumine obtenue.

Ce procédé est plus sensible que celui de l'acide nitrique et de la chaleur, sans que l'addition au liquide albumineux de sucre de diabète, de sulfate de magnésie, d'iodure de potassium ou d'autres sels, ni la décomposition de l'urine altèrent en rien les résultats. (*Arch. de méd.*, mars.)

*Pathology and treatment of albuminuria*, par le docteur Dickinson, 265 pages in-8, 1868. Londres. Travail où il est beaucoup plus question de la maladie de Bright dans ses différentes formes, que de l'albuminurie en général.

**ALCOOLISME. Alcoolisme subaigu.** *Délire mouvementé.* Dans cette forme *apyrétique*, sans coma, ni fureur maniaque, ni aucun des troubles de circulation locale ou générale qui accompagnent la fièvre alcoolique aiguë, dont la durée excède rarement quatre à cinq jours, M. le professeur Lasègue estime que l'état délirant qui la caractérise est assez particulier pour qu'à lui seul, il puisse être distingué de toutes les autres formes et permette au médecin d'affirmer la nature de la maladie, surtout aidé du tremblement, de l'insomnie et des malaises digestifs qui accompagnent cet état. Ce délire type est calme, sans impulsions tumultueuses et a pour caractère essentiel le mouvement des objets imaginaires qui forment ce délire. Les hallucinations reproduisent des points lumineux mouvants, des choses qui s'agitent et que le délirant suit de l'œil ou même de la main. Les idées se rapportent à des actes fugaces, rapides, qui se succèdent incessamment. La fixité est incompatible avec ses tendances délirantes. Les êtres vivants, doués de mouvement, en sont ainsi l'objet prédominant. Jamais le malade n'est absorbé dans la contemplation d'un objet. Lui-même s'associe à cette instabilité. Il multiplie ses impressions sans arrêt, les quitte, les reprend, et, bien que le cercle de ses opérations soit restreint, il y dépense une grande activité. Contrairement à la turbulence d'esprit des maniaques, les alcooliques énoncent des propositions, concluent et agissent même en conséquence dans certains cas.

Il repoussera ainsi du pied le fil qui lui barre le chemin, poursuivra des insectes voltigeant devant ses yeux, se lèvera pour intimider les voleurs, dénoncera à la police des malfaiteurs imaginaires et tentera d'accomplir tous les actes en son pouvoir concordant avec son délire. Il n'hésitera même pas à commettre des faits répréhensibles, graves, crimes ou délits, pour faire disparaître objets et gens, tout ce qui le tourmente et se soustraire lui-même au danger qu'il suppose par la mort volontaire, aboutissant habituel de ses préoccupations. Cette tendance est subite, inattendue, le moindre incident la détermine; elle éclate au hasard et l'action suit immédiatement la résolution qui semble même instantanée. Toute nouvelle dose de boisson la ramène d'autant plus dangereuse. Le moyen le plus prompt, le plus facile à exécuter est ordinairement choisi : l'alcoolique se noie, se pend, s'étrangle, se précipite d'un lieu



élevé ou se frappe avec un instrument tranchant sans aucun testament, ni marque de préméditation.

Dans aucun délire, on ne constate aussi manifestement la genèse involontaire des idées que dans ce travail intellectuel, où chaque conception nettement formulée va, vient, revient, disparaît et semble s'exprimer sans la participation du malade. De là, le danger de ce délire.

Autant est laborieux, chez les aliénés, le passage de la conception à l'acte, autant il est rapide chez l'alcoolique. Ses hallucinations ne le laissent pas contemplatif : s'il est le jouet d'une vision, il cherche, dans la mesure de son état, à la détourner ou à s'en préserver. Si le persécuté écoute passivement les injures ou les menaces, l'alcoolique discute avec les voix qui l'inquiètent, pose des questions, s'obstine à des répliques, interroge du regard et demande à être renseigné; ce qui le distingue des vieillards délirants.

Comme corollaire de cet état intellectuel, l'alcoolique tend à se préparer à l'action, rêve de voyages, de déplacements, de départs pour lesquels il est attendu. Et, dans cet entraînement, il répond néanmoins à de courtes questions sur la demande de son interlocuteur.

Ce délire a d'ailleurs une uniformité contrastant avec sa bizarrerie. Impossible de formuler d'avance le caractère des idées délirantes, comme 23 extraits d'observations cités par l'auteur en sont la preuve.

Il faut dire pourtant que des complications altèrent souvent le caractère de ce délire spécial. C'est ainsi que l'alcoolisme, venant au début de la paralysie générale, ne produit jamais d'appréhensions terrifiantes ni d'hallucinations visuelles. Quand l'activité intellectuelle s'exagère, elle dissipe instantanément la mélancolie. A l'état chronique, le champ de bataille de l'activité délirante est encore plus restreint, comme l'auteur en fournit deux exemples remarquables. Une ligne de démarcation entre l'ivresse et l'alcoolisme chez les aliénés en résulte : la première exagérant, exacerbant un délire qu'elle n'a pas créé; le second, imposant des idées et des actes en rapport avec l'agent toxique, de telle sorte que l'effet est adéquat à la cause.

Le délire de persécution se confond le plus facilement avec celui de l'alcoolisme, pourtant il est exempt de terreur; les

inquiétudes sont rétrospectives, l'aliéné n'attend pas, il se rappelle où il éprouve le mal dont il se plaint. Et pour rendre la caractéristique du délire plus saisissante, sans insister davantage sur le diagnostic différentiel, c'est un condamné et non pas un prévenu.

L'intoxication alcoolique peut pourtant rendre ces caractères différentiels moins saisissants, comme trois observations le montrent.

L'épileptique, sous le coup de l'alcoolisme, offre des difficultés non moins grandes de diagnostic, surtout lorsque l'intoxication est la cause déterminante de l'attaque. Enfin, toute maladie fébrile déterminant une crise d'alcoolisme, modifie aussi le caractère du délire, en en affaiblissant les traits distinctifs.

L'insomnie, prodrome de ce délire spécial, cesse aussi avec lui, et le sommeil en marque la fin. Le tremblement est aussi constant, il suffit de faire étendre les mains d'un alcoolique pour le constater. Ajoutés aux troubles gastriques, ces symptômes suffisent pour faire diagnostiquer cette forme spéciale du délire de l'alcoolisme subaigu, qu'il est important, surtout au point de vue médico-légal, de ne pas confondre avec d'autres et dont le mémoire si savant de M. Lasègue mettra sûrement à l'abri. (*Arch. de méd.*, mai, juin et août.)

**Alcoolisme chronique.** *Forme hyperesthésique.* Appuyé sur trois faits qu'il relate, M. Leudet ne considère plus seulement ce phénomène comme l'expression d'une névralgie, mais d'une maladie de la moelle. Les douleurs d'intensité variable, le plus souvent profondes, quelquefois superficielles, se manifestent parfois sous la forme d'une exaltation remarquable de la sensibilité de tout le tronc et des membres. Une rachialgie coïncidente existe souvent, de l'analgésie ou de l'anesthésie dans certains points de la peau, des troubles de la motilité, affaiblissement de la force musculaire, surtout aux membres inférieurs, des crampes et une exaltation marquée des actions réflexes. Ces accidents, suivis parfois de paraplégie, tout en dépendant d'une maladie de la moelle, sont susceptibles d'oscillation remarquable, de disparaître même, mais en laissant, le plus souvent, un état d'infirmité consistant en une altération plus ou moins marquée de la motilité des membres inférieurs. (*Ann.-méd. psychol.*) — Voy. Épilepsie alcoolique.



**ALIÉNATION MENTALE.** *Glycose.* D'accord avec les précédents expérimentateurs sur ce sujet, M. Lailler, pharmacien en chef de l'asile de Quatremares, n'ayant trouvé que très-exceptionnellement et passagèrement du sucre en minime quantité dans les urines des aliénés, conclut de ses recherches dans les différentes formes de l'aliénation, que la glycose, rare même dans l'épilepsie, ne saurait servir de signe caractéristique pour ces maladies et que, selon toute vraisemblance, elle tient, quand elle se manifeste, à des causes étrangères ou accidentelles. (*Journ. de méd. mentale*, septembre 1868.)

*Digitale et opium.* Si l'opium est le premier des agents propres à calmer l'excitation si fréquente chez les aliénés, les dangers de son emploi doivent rendre le médecin très-circonspect. MM. Dumesnil et Laillier donnent la préférence à l'extrait gommeux comme ayant une action plus déterminée que les différents alcaloïdes à la dose de 5 à 6 centigrammes. Mais l'usage devant en être prolongé et croissant pour que son effet se manifeste, il y a les effets congestifs à en redouter, surtout chez les paralytiques. C'est pourquoi ils conseillent d'y associer la digitale en teinture conformément aux formules suivantes :

| | |
|---|---|
| ℞ Extrait gommeux d'opium | 25 milligr. |
| Teinture de digitale | 50 — |
| Sirop simple | 30 grammes. |
| Eau distillée | 100 — |
| ℞ Extrait gommeux d'opium | 5 centigr. |
| Teinture de digitale | 1 gramme. |
| Sirop simple | 30 — |
| Eau distillée | 150 — |

A prendre en deux fois; la moitié le matin, à jeun; l'autre moitié en se couchant. La première contre l'excitation récente et de moyenne intensité; la seconde contre l'excitation plus intense et ancienne. Sans posséder plus que les autres médicaments un caractère d'infaillibilité, ceux-ci ont répondu à l'indication désirée dans un grand nombre de cas. Les malades en éprouvent un calme non accompagné de langueur, l'abattement, ni la constipation que produit toujours l'opium donné isolément et à une certaine dose : parfois il survient un léger état saburral, qui se dissipe quand on suspend l'usage de la potion pendant quelques jours.

Cette association produit des résultats avantageux, presque toujours certains et rarement obtenus avec la digitale, l'opium, le bromure de potassium employés isolément. Elle permet, en outre, d'après leurs observations, de continuer impunément l'usage des deux agents pendant un temps assez long, lorsque le calme et la docilité ont succédé à l'excitation.

On commence ordinairement par la première formule, et on la continue pendant quatre ou cinq jours ; ensuite, s'il est nécessaire on passe à la seconde, afin d'obtenir un résultat plus durable ; mais sans y insister trop longtemps si le mal se montre réfractaire et marche rapidement vers son cours fatal : la paralysie et la démence. Voy. ALIMENTATION PAR LE NEZ.

*Augmentation en France.* De l'examen superficiel du nombre des aliénés recrutés à domicile et dans les établissements spéciaux, il résulte, dit M. Lunier, que, de 1835 à 1869, le nombre des aliénés aurait presque quadruplé ; mais l'augmentation n'est vraie que pour les aliénés séquestrés. Le chiffre des aliénés à domicile diminue plutôt qu'il n'augmente. On compte en France 1 aliéné par 412 habitants. Pour les aliénés séquestrés le chiffre s'est élevé, depuis 1835, de 10 539 à 38 564. La proportion de ces aliénés par rapport à la population s'est élevée de 3 à 10 pour 1000. L'augmentation a été continue, de 500 à 600 par année tout d'abord, puis de 800 à 1300 de 1841 à 1861. A partir de 1869, elle a suivi une progression sensiblement décroissante. Selon M. Lunier, les causes de l'accroissement de la population des asiles sont les suivantes : les admissions vont en augmentant ; il sort moins d'aliénés qu'il n'en est admis.

Cet excédant des entrées sur les sorties a progressivement augmenté de 1835 à 1851 ; il diminue notablement depuis cette époque. De 578 qu'il était en 1835, il est tombé à 426 en 1868, après avoir atteint son maximum (1142) en 1851. Devenu presque nul aujourd'hui pour les hommes, il est encore de 1 pour 100 pour les femmes.

Quant à l'augmentation des cas d'aliénation mentale, elle porte spécialement sur la paralysie générale et les folies de cause alcoolique, tandis que les cas d'idiotie et surtout de crétinisme vont en diminuant, bien que l'annexion de la Savoie ait eu pour effet d'augmenter de 10 pour 100 le nombre des crétins et idiots. (*Acad. de méd.*, mars.)



*Accroissement en Angleterre.* Suivant le rapport annuel et officiel qui vient d'être publié, il existait en Angleterre, et dans le pays de Galles seulement, 53 177 aliénés, dont 46 896 pauvres, au 1er janvier 1869, soit un accroissement de 2177 sur l'année précédente, dont 2020 sont des pauvres. Sur 100 de ces aliénés pauvres, 61 sont dans des asiles, des hôpitaux ou des maisons spéciales, 24 dans des workhouses et 15 dans des maisons privées.

L'augmentation, dans les dix dernières années, est de 16 415, soit 15 pour 100, tandis que celle de la population n'est que de 11 pour 100, et de 1 aliéné sur 53,6 personnes en 1859, la proportion est maintenant de 1 pour 411. Une preuve incontestable de cette augmentation est encore dans le nombre des aliénés reconnus, — *certified*, — qui, de 9310 en 1859, s'élève à 11 213.

Les commissaires expliquent cet accroissement par les meilleures conditions où se trouvent les aliénés aujourd'hui dans les asiles publics, par la prolongation de leur existence, les meilleurs soins qu'ils y reçoivent, et aussi parce que l'aliénation est découverte aujourd'hui où nos ancêtres ne la voyaient pas. De là l'accumulation de ces malades dans les établissements publics. (*Lancet*, août.)

*Dell aumento della popolazione ne' manicomii, delle cure et dei remedi* (de l'accroissement de la population des asiles d'aliénés et des moyens d'y mettre fin), par le docteur Zani, Bologne. L'amélioration des asiles, les facilités d'admission et les difficultés de licenciement, le défaut de refuges pour les pauvres et de salles d'observation dans les hôpitaux sont les causes générales attribuées à cet accroissement. Quant aux causes individuelles, elles résultent de l'éducation et des mœurs actuelles. Si rien n'est plus vraisemblable, il reste à démontrer que c'est vrai par la comparaison des temps passés avec les temps actuels. Empêcher le mariage entre consanguins, entre épileptiques et autres affections héréditaires ; fonder des asiles d'observation et une société de protection pour donner du travail et des secours aux aliénés pauvres et guéris, tels sont les mesures recommandées, plus faciles à édicter qu'à réaliser.

L'aliénation est un cas de force majeure qui, en rendant le malade irresponsable, emporte l'exécution d'un contrat soumis

à cette clause, comme dans un contrat d'assurance d'une maison, stipulant qu'elle a pour but de garantir l'assuré contre l'incendie provenant de tous les cas fortuits ou de force majeure. Ainsi jugé par la 2e chambre du tribunal de Rouen, en faveur d'un propriétaire d'une petite ferme qui, dans un accès d'aliénation dont il venait d'être frappé, mit le feu à son immeuble. L'administrateur réclama le montant de l'assurance de 1500 fr. et, sur le refus de la compagnie, parce que l'assuré s'était incendié lui-même, le tribunal, se fondant sur les termes généraux du contrat d'assurance, a décidé qu'à défaut de stipulations spéciales, ils devaient comprendre l'aliénation comme un cas de force majeure. Si un assuré, dit les considérants, atteint d'une défaillance physique, laissait tomber de sa main un flambeau et causait ainsi involontairement un incendie, on n'hésiterait pas à rendre la compagnie d'assurances responsable du sinistre; pourquoi la raison de décider serait-elle autre en présence d'une défaillance de la pensée? (*Ann. méd. psychol.*, mai.)

*Études sur l'aliénation mentale dans l'antiquité*, par le docteur Semelaigne. 1 vol. in-8 de 288 pages, Paris. — Histoire commençant à Hippocrate et finissant à Galien, avec la législation romaine touchant les aliénés.

*Traité pratique de la folie névropathique* (vulgò *hystérique*), par le docteur Moreau (de Tours), 1 vol. in-18 de XXIV-208 pages. *Librairie Germer Baillière.* Basé sur les caractères spéciaux du délire conscient, pour ainsi dire, des hystériques, hystéro-épileptiques et des névrosiques en général, ainsi que des actes inconscients qui en sont la conséquence, l'auteur tend à en ériger une espèce particulière et nouvelle de folie, confondue jusqu'ici avec d'autres espèces de délire. Appuyé sur 51 observations qu'il relate sommairement avec de courtes réflexions à la suite et divisées en 3 catégories, pour mieux en montrer les caractères spéciaux, il trace la description des caractères propres et différentiels de la folie névropathique, et après en avoir exposé le tableau analytique par les observations avec ses formes diverses et variées, il résume magistralement le diagnostic, la marche et le traitement de cette vésanie passagère et curable. C'en est, en effet, un des meilleurs caractères, car sur 51 cas rapportés, 25 ont guéri et les autres se sont améliorés tellement que 6 seulement sont restés incurables. Un chapitre final est consacré à la médecine légale de ces aliénées, car il ne s'agit ici que de femmes, bien que certains hommes puissent aussi être atteints de cette folie névropathique sans être plus responsables de leurs actes délirants qu'ils commettent involontairement.



Ce petit traité original d'une espèce de folie non encore admise ni distinguée aussi catégoriquement des autres formes de délire, sera donc lu avec intérêt et consulté avec fruit.

**ALIMENTATION. Alimentation par le nez.** Bien que cette voie soit connue et employée dans les services d'aliénés, le docteur Moxey, n'ayant trouvé aucune publication sur ce sujet, a cru devoir signaler les bons résultats qu'il en a obtenus à l'asile du comté de Hant. Au moyen d'un entonnoir de bois introduit dans une des narines, le malade étant couché sur le dos et maintenu par des aides, il a administré ainsi toutes sortes d'aliments liquides et semi-liquides, tels que thé, café, lait, bouillon, potages, œufs, bouillie, vin et d'autres spiritueux dilués sans qu'il en soit résulté d'éternument ni quintes de toux, comme on pouvait le craindre. Jamais il n'a trouvé non plus la muqueuse nasale irritée, enflammée ou ulcérée par ce fait. Dès que les aliénés, maniaques, mélancoliques, déments, paralytiques et idiots refusaient de boire ou de manger, il employait cette méthode s'ils ne se rendaient pas à la menace qu'il leur en faisait ni aux apprêts qui s'ensuivaient. Il a trouvé ce moyen bien plus sûr que l'ingurgitation forcée par la bouche qui permet toujours aux récalcitrants d'en renvoyer une partie, tandis que, en versant peu à peu les aliments dans l'entonnoir et en bouchant l'autre narine, il leur est impossible d'en rejeter si l'on a soin de ne laisser libre que l'intervalle intermittent nécessaire à la respiration. Enfin, il offre de plus cet avantage de pouvoir être employé par le médecin lui-même, et de ne pas donner lieu aux marques de ressentiment que les aliénés témoignent souvent par l'usage des autres méthodes. Au contraire, en se voyant vaincus, ils font de nécessité vertu et acceptent ordinairement ensuite les aliments qu'on leur présente. Si ce moyen est bien préférable au point de vue physiologique aux lavements et aux bains nutritifs, il est aussi plus facile dans son emploi, et l'on ne doit recourir aux autres méthodes que dans les cas rares de lésions des fosses nasales, d'obstacles du pharynx ou de répulsion incoercible de l'estomac.

M. Moxey a ainsi employé, depuis, cette méthode avec succès chez les enfants à la mamelle que leur faiblesse empêche de téter, et dans tous les cas de déglutition impossible chez les enfants et chez les adultes. Il a même administré les médicaments par cette voie, notamment l'émétique chez les morts ivres, comme il en a souvent eu l'occasion, de 1859 à 1862, sur les navires de l'Etat. Dans le cas même d'apoplexie, il s'est convaincu que les aliments parvenaient dans l'estomac sans déglutition et par leur seule pesanteur. D'où il conclut que l'on peut recourir à ce mode d'alimentation artificielle, jusqu'ici très-négligé, dans les affections de la bouche rendant la mastication douloureuse ou impossible, dans celles du voile du palais et des amygdales, de la langue; dans la paralysie complète ou partielle de la déglutition, les empoisonnements avec les narcotiques, l'intoxication alcoolique, les convulsions, le trismus infantile, de même que dans le cas d'extrême faiblesse. (*Lancet*, mars.)

*Traité de l'alimentation dans ses rapports avec la physiologie, la pathologie et la thérapeutique*, par le docteur Jules Cyr. In-8 de 574 pages. Paris.

**AMBLYOPIE. Amblyopie alcoolique.** *Des amauroses en général et de quelques amblyopies toxiques en particulier*, thèse inaugurale par le docteur G. Réau, ancien interne des hôpitaux. Paris, 1868, in-8° de 73 pages.

Aux diverses amblyopies toxiques s'ajoutent ici l'amblyopie alcoolique, que causent en particulier le vin blanc, l'absinthe, la chartreuse, le rhum, le kirsch, le marasquin. Aussi la rencontre-t-on surtout chez les marchands de vin, les liquoristes et les ouvriers boulangers. Un homme de vingt-sept ans qui en était atteint depuis deux ans, voyait un brouillard blanc grisâtre très-épais à l'ophthalmoscope; la pupille était pâle, mais sans atrophie. M. Galezowski exclut l'usage des alcooliques et prescrivit des ventouses sèches sur le dos deux fois par semaine, durant deux mois, avec une cuillerée à bouche, matin et soir, de la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Bromure de potassium. . . . . | 15 à 20 grammes. | |
| Eau. . . . . | 200 | — |

Mêlez.



Après deux mois de ce traitement, le malade lisait avec le n° 18 biconvexe le n° 18, et distinguait les couleurs.

**AMPUTATIONS.** *Mortalité en Angleterre.* C'est d'Édimbourg que souffle aujourd'hui la réforme, du sein même de cette ancienne Université célèbre où la tradition était si puissante et sacrée autrefois, que personne n'eût osé y contredire. Les temps sont bien changés, car c'est par le professeur J. Simpson dont les travaux, les découvertes, les titres, en font la plus glorieuse personnification, que cette réforme est réclamée. Esprit ferme, actif, progressif et indépendant, bravant toutes les entraves que l'âge, les titres, la position et les attaches officielles qui en retiennent tant d'autres, même en vue d'un progrès, d'une amélioration à réaliser, *sir James* n'a pas hésité à donner son avis sur une des questions les plus importantes du jour et qui s'impose de plus en plus à l'attention publique : l'insalubrité et les dangers des hôpitaux actuels, et la nécessité d'une réforme générale à cet égard. Reproduisant et accumulant dans un style vif et convaincu toutes les preuves invoquées contre l'ancien système des grands et vastes hôpitaux monumentaux, encore trop imité de nos jours, il a produit un effet d'autant plus redoutable dans tout le Royaume-Uni, que la construction de ces monuments séculaires et leur entretien y sont dus entièrement à la charité privée. Ce document peut donc suffire à porter une atteinte considérable à cette source de revenus, sinon la tarir complétement et contribuer là bien plus efficacement qu'ailleurs à forcer la réalisation de cette réforme. C'est ainsi qu'il nous emprunte l'exemple de la mortalité considérable de l'hôpital Lariboisière, le Versailles de la misère, comme l'appelait Malgaigne, et reproduit cette ancienne statistique de 1000 amputations faites dans les hôpitaux de Londres, Édimbourg et Glasgow, donnant 300 morts, tandis que, sur le même nombre faites à demeure, dans les petites villes de province ou à la campagne, il n'y en a que 110. Différence saisissante de nature à impressionner vivement, surtout le public qui n'examine pas, en montrant comme une véritable immolation, un sacrifice inutile et coupable par conséquent, de 200 existences sur 1000 opérés dans les villes, malgré toute la supériorité de savoir, d'habileté et d'adresse des opérateurs.

Voici les détails de cette statistique d'amputations des membres :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Campagne : | 2,098 | amputations, | 226 morts |
| Hôpitaux : | 2,089 | — | 825 — |

La différence est saisissante.

*Amputation de l'avant-bras.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Campagne : | 377 | amputations, | 1 mort pour 188 |
| Hôpitaux : | 244 | id. | 1 mort pour 6 |

La mortalité est ici trente fois plus considérable dans les hôpitaux que dans la pratique privée.

*Amputation de la cuisse.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Campagne : | 313 cas | 80 morts ou | 1 : 4 |
| Hôpitaux : | 304 cas | 196 — | 1 : 1,5 |

(*British med. Journ.* Juin.)

Et, charge accablante pour tous ces grands et coûteux monuments hospitaliers, c'est qu'ils deviennent de plus en plus malsains en vieillissant, comme si les murs, les planchers se chargeaient, s'imbibaient des virus et des miasmes qui sont continuellement exhalés à leur surface. Exemples : la mortalité de l'hôpital d'*University College* qui, lors de son ouverture, n'était, au dire de Liston, que de 1 sur 6 à 7 amputés, s'élevait à 1 sur 3 en 1857. Sur 100 amputés à l'infirmerie royale d'Édimbourg en 1752, il n'en était mort que 8, suivant Monro, tandis que les tableaux récents ramènent à la sinistre proportion de 1 : 3 malgré les progrès de la chirurgie. A quoi donc peut tenir cette différence, sinon à l'infection, l'insalubrité de ces établissements par des germes morbides que l'agglomération des malades et le défaut de ventilation rendent encore plus nocifs ? Témoins accusateurs ces vieilles Maternités où la fièvre puerpérale fait tant de ravages, et l'avantage aujourd'hui bien constaté des salles ou des chambres de réserve pour donner le temps d'aérer, de ventiler et purifier les autres.

Et mettant en regard les résultats obtenus lors des dernières



guerres en Amérique et en Europe dans ces hôpitaux temporaires construits en bois, en fer, sous forme de tentes et avec une extrême légèreté, M. Simpson se prononce hardiment pour ce système de constructions légères, faciles à aérer, d'un seul étage et pour ainsi dire complétement perméables. Au lieu de ces gigantesques et coûteuses constructions, de petits villages composés de maisonnettes peu élevées pour les malades lui semblent bien préférables. Ce serait une réduction considérable sur le prix de revient que l'on pourrait consacrer, du moins en partie, à l'amélioration du régime des malades.

Par son sujet autant que par le nom et l'autorité de l'auteur, le retentissement de ce manifeste a été immense sur l'opinion publique. La majorité en a loué et applaudi la décision et la franchise, mais d'autres l'ont critiqué, réfuté et taxé de témérité. C'est ainsi que M. Hester, chirurgien de l'infirmerie Radcliffe à Oxford, de 1849 à 1864, cherche à contredire les proportions ci-dessus en invoquant les résultats exceptionnels qu'il y a obtenus de 6 morts seulement sur 52 amputations de membres, savoir :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cuisse . . . | 21 | cas | 4 morts |
| Jambe . . . | 18 | — | 1 — |
| Bras . . . . | 6 | — | 0 — |
| Avant-bras. | 7 | — | 1 — |

(*Idem.* Avril.)

La *Lancet* reproche à *sir James* de n'avoir pas assez étudié son thème et le trouve indigne d'un homme dans sa haute position. Elle nie et discute la valeur des arguments et voudrait un devis détaillé du nouveau plan. Elle lui objecte aussi la question de l'enseignement et du transport des malades et des blessés ; vieux arguments de conservateurs quand même, qui cachent le principal sous l'accessoire. Sans doute, il serait préférable que le savant baronnet eût apporté de nouvelles preuves, de nouvelles statistiques décisives à l'appui de son opinion ; mais, devant l'insistance, l'opiniâtreté des Administrations à suivre les errements condamnés et alors que la question semble résolue contre eux en principe, nous estimons de bonne guerre, dans un pays libre comme l'Angleterre où l'opinion publique est juge du procès, de la mettre en demeure de se prononcer. Ce procédé serait inutile ailleurs, où le budget dépend de

l'Administration. La contagion de l'exemple peut seule la faire revenir de ses erreurs à cet égard.

Voy. MOIGNON.

**Amputation du sein.** *Hémostase.* C'est par la compression que le Dr Hamilton a réprimé l'écoulement du sang. L'éthérisation obtenue, il entoura le sein de deux longues bandelettes de diachylum, larges de deux pouces, l'une passant dessus et l'autre dessous, à un pouce en dehors de la ligne fixée pour l'incision, de manière à former une ellipse complète. Après s'être entre-croisées sous l'aisselle et sur l'épaule, les extrémités se rejoignaient sur le dos. L'incision ne donna qu'un écoulement modéré de sang, et il fut évident que ce bandage le diminuait considérablement (*New-York med. Gazette*). Il peut donc être d'un utile secours quand le défaut d'aide ne permet pas au chirurgien de pratiquer les ligatures au fur et à mesure de la division des artères, et que la perte de sang est à craindre. On peut ainsi ne procéder à la ligature qu'après l'ablation de la mamelle.

**Amputation de la cuisse.** Il est plus aisé et souvent plus sûr de modifier, d'améliorer que d'innover, et ce sont à des progrès de ce genre que vise le professeur Buchanan, de Glascow. Il pense que lorsqu'il s'agit d'amputer à la partie inférieure de la cuisse chez les enfants, il est préférable de tailler un lambeau antérieur et de n'enlever que l'épiphyse plutôt que de scier le fémur au siége d'élection. En ne mettant pas à découvert la cavité médullaire ni les canalicules osseux, toute crainte de résorption purulente serait ainsi prévenue (*Lancet*, octobre). C'est la même raison invoquée par M. Lee pour les résections du genou. *A priori*, on conçoit que cette méthode soit préférable, mais seulement dans les cas où elle est possible.

**Amputation de la jambe.** *Exclusion de l'instrument tranchant.* M. le professeur Bardinet a employé exclusivement l'écraseur en faisant : 1° une section circulaire de la peau en trois temps; 2° une manchette par simple décollement; 3° la section des muscles du mollet; 4° la section du péroné; 5° la section des muscles antérieurs et externes de la jambe; 6° la



section du tibia. Il n'y eut pas un jet artériel à réprimer ni une ligature à faire. Sous l'influence des vomissements consécutifs à la chloroformisation, un écoulement sanguin s'est manifesté, qu'une compression légère a suffi pour arrêter. Le tibia a été mal recouvert et s'est nécrosé en partie. Un érysipèle nosocomial s'est déclaré et l'opéré a guéri. C'est donc un encouragement à renouveler ce procédé au moins dans les cas où la moindre perte de sang peut être préjudiciable. (*Acad. de méd.*, avril.)

**Amputation sus-malléolaire.** *Procédé elliptique.* Reconnaissant la valeur de ne faire qu'un seul lambeau postérieur, M. Guyon a modifié le procédé de Laborie (voy. *année* 1866) de la façon suivante :

Une incision à concavité inférieure est commencée sur la face antérieure de la jambe, à trois travers de doigt de l'extrémité de la malléole interne, descendant sur le côté interne pour gagner l'axe de la malléole, puis continuée en obliquant légèrement jusqu'à la limite la plus inférieure du talon, où elle devient transversale, en passant sur la limite de la peau du talon et de la plante du pied au côté externe; elle remonte alors obliquement jusqu'au sommet de la malléole et de là à son origine. Cette vaste ellipse circonscrit un lambeau comprenant une partie des téguments des parties latérales de la jambe et toutes celles de la partie postérieure, y compris celles du talon, où l'on commence à le disséquer, en détachant, décortiquant le tendon d'Achille et ses insertions calcanéennes, on le relève jusqu'à la limite supérieure de l'ellipse en coupant les tendons et en le détachant des os avec une rugine. L'amputation terminée, ce lambeau contient ainsi tout le tendon d'Achille, les tendons postérieurs et la tibiale, dont les gaînes sont intactes. Il s'adapte facilement et exactement en avant moyennant quelques points de suture et, un malade, opéré par ce procédé, a parfaitement guéri avec un simple raccourcissement de 15 centimètres, dont 4 seulement à partir des malléoles. (*Gaz. des hôp.*, n° 130, 1868.)

Appuyé sur 5 opérations exécutées par lui, M. le docteur de Léséleuc a formé une réclamation de priorité de ce procédé elliptique, en faveur de M. Marcellin Duval, à qui paraît revenir, d'après des dates précises, l'honneur de ce perfectionnement (*Tribune méd.*, janvier). On peut d'ailleurs consulter à ce sujet

l'observation de M. le docteur Caradec, où ce procédé a été employé avec le plus grand succès et pour la trentième fois environ, selon les préceptes du maître, sur une petite fille de dix ans à l'hôpital civil de Brest. Elle était guérie au vingtième jour et marchait et sautait quelque temps ensuite avec un appareil basé sur les mêmes principes que celui de Martin, mais d'un prix plus modique (15 fr.) (*Gaz. des hôp.*, n° 110). Toutefois, il est bien difficile de juger parmi les innombrables modifications chirurgicales qui se produisent si souvent, s'il y a similitude complète entre ces deux modes opératoires.

**Amputation dans la nécrose invaginée.** Contre le précepte classique et général d'amputer au dessus du mal, le célèbre chirurgien Ciniselli a communiqué au Comité médical de Crémone, le 30 janvier dernier, un fait qui en est une infraction heureuse. Il s'agit d'une fille de quatorze ans, malade depuis trois mois, amaigrie, entrée dans son service d'hôpital le 20 janvier 1862, pour un phlegmon de la cuisse droite. Outre cet abcès diffus au côté externe de la moitié inférieure de la cuisse, très-fluctuant, un ulcère fistuleux existait sur le côté externe du genou. Une large incision ayant permis d'explorer avec le doigt la cavité de l'abcès ouvert, il rencontra toute la moitié inférieure du fémur dénudée, sinon à la partie interne, où le périoste adhérait encore. Un gonflement circulaire du fémur de la moitié au tiers supérieur, indiquait assez l'invagination de la nécrose. Un autre abcès vaste se montra au côté droit interne de la jambe, un peu au-dessous du genou et s'ouvrit le 5 février, mais l'exploration ne décela aucune altération du tibia ni de l'articulation.

Après quelque temps d'attente et une consultation des médecins de l'hôpital le 10 mars, la partie supérieure et invaginée du séquestre paraissant mobile et assez solide au-dessus de la moitié, il fut résolu de tenter l'extraction du séquestre ou de pratiquer l'amputation si l'articulation était lésée. A cet effet, les deux incisions latérales de la cuisse furent prolongées de 6 centimètres, comprenant le périoste non encore ossifié inférieurement. Une scie à chaîne fut passée, et le fémur divisé dans son tiers inférieur; mais l'extraction de la portion nécrosée fut impossible, en raison de sa longueur et de l'ostéophyte qui l'enveloppait, l'étreignait étroitement. D'ailleurs, les lésions s'étendant aux têtes articulaires et l'articulation même, les deux incisions furent prolongées en haut et réunies antérieurement par une incision transversale de manière à tailler un grand lambeau pour recouvrir le moignon. La portion nécrosée ou plutôt le séquestre fut extrait de sa gaîne périostique. Les lambeaux furent réunis par des points de suture, et dès lors tout marcha régulièrement vers la guérison, tellement que après deux mois, l'opérée sortait de l'hôpital.



La pièce pathologique comprenait la moitié inférieure du fémur nécrosé et enveloppé de son périoste tuméfié et détaché dans tout son contour. Il se terminait en haut par un anneau osseux formant la partie inférieure de la gaîne du séquestre avec une extrémité unique de 5 centimètres environ formant le séquestre proprement dit. On avait ainsi mis à profit le travail de réparation naturellement accompli et évité l'amputation qui, selon le précepte classique, aurait tombé dans la région trochantérienne. On avait ainsi l'avantage d'un moignon assez long dont la forme s'adaptait si bien à un membre artificiel qu'il eût été possible d'attendre le détachement de tout le périoste et son ossification dans toute la longueur du séquestre, et l'amputation aurait pu être pratiquée à peine au-dessus des condyles du fémur. (*Gazz. med. Lombarda*, 15 février.)

**ANATOMIE.** *Nouveaux éléments d'anatomie chirurgicale*, par Anger, chirurgien des hôpitaux, ex-prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut (Académie des sciences). Ouvrage illustré de 1079 figures intercalées dans le texte et accompagné d'un atlas de 42 planches dessinées d'après nature, gravures sur acier imprimées en couleur et représentant les régions de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen, de la fosse iliaque interne, du périnée et du bassin; un vol. in-8 de 1055 pages, Paris. — Élémentaire et classique, ce livre est dépourvu de toute originalité. On y trouve seulement une indication brève, sommaire, insuffisante des éléments anatomiques, des tissus et des systèmes de plus que chez ses aînés. Il est donc incomplet en la seule innovation qu'il contient.

**ANÉMIE. Anémie fébrile des accouchées.** A propos d'un cas de ce genre qui s'est présenté à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu à la fin de février, M. Peter appelle l'attention sur cette espèce nosologique peu connue et sur sa gravité. Des quatre exem-

ples qu'il a observés dans les hôpitaux de Paris, trois se sont terminés par la mort. Elle survient durant une grossesse pénible, beaucoup de misère, de chagrins, et malgré un accouchement facile, sans hémorrhagie, la mort survient sans autre cause; car, arrivée à cette période extrême d'affaiblissement, la femme est placée dans un cercle vicieux; anémique parce qu'elle ne peut refaire du sang, et ne pouvant refaire du sang parce qu'elle est anémique, ses organes, arrosés par un sang pauvre et mal innervés ne peuvent plus suffire aux fonctions digestives, qui seules pourraient remonter l'organisme. Le sang manque par sa quantité et par sa qualité, ainsi que les troubles vasculaires le démontrent. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

Il faut reconnaître pourtant que des complications graves et qui seules peuvent bien expliquer la mort, se sont rencontrées à l'autopsie : maladie de Bright dans un cas, oblitération de la branche droite de l'artère pulmonaire, caillot dans la veine iliaque gauche et embolie dans un point de l'artère pulmonaire. Assurément ce sont là des altérations qui peuvent se lier à l'anémie, mais qui peuvent aussi en être indépendantes et suffisantes pour déterminer la mort. Il n'est donc pas logique de l'attribuer essentiellement à l'anémie et cela d'autant plus qu'elle a parfaitement guéri par les inhalations d'oxygène chez une fille-mère que la cessation de l'allaitement, l'alimentation et les toniques n'avaient pu rétablir. L'état ne faisait que s'aggraver; le 14, le pouls oscillait entre 120 et 130, l'état de faiblesse extrême ne laissait guère d'espoir. Aux premières inhalations, la malade se trouva mal, puis s'habitua peu à peu; dès le lendemain, elle avait quelque appétit. Elle arriva rapidement à inspirer de cinq à dix litres de gaz par jour. Cinq jours après, elle avait déjà un appétit vorace, et ses forces revenaient. Le 19, son pouls était tombé à 104. Le 21, elle put se lever une heure. Le 24, c'est-à-dire au bout de dix jours, elle avait 80 pulsations. Le 30, le pouls était de 70 à 80; la malade descendait au jardin et mangeait de grand appétit. L'amélioration se continua et la guérison se fit.

Renouvelée une autre fois, l'expérience a échoué complétement. Cependant c'est une dernière ressource à tenter. La malade s'y prêtera volontiers : le plus désagréable de ces inhalations, c'est l'odeur de caoutchouc des ballons contenant le gaz. Au bout de deux ou trois inspirations, le pouls devient



moins fréquent et presque filiforme; la malade accuse un sentiment marqué de fraîcheur dans les voies respiratoires.

*Anémie des grandes villes et des gens du monde* (cachexie urbaine), par le docteur Raoul Le Roy, 1 vol. in-8, Paris.

**ANESTHÉSIE.** L'habitude invétérée de boire, l'alcoolisme en un mot, chez les sujets de plus de cinquante ans est, selon M. le professeur Gosselin, une contre-indication formelle de l'anesthésie; on ne doit y recourir, en pareil cas, que très-exceptionnellement et avec mesure et de grandes précautions.

La stupeur dans les grands traumatismes en est une autre contre-indication formelle. Il n'y a d'ailleurs pas besoin d'y recourir en pareil cas. Les luxations récentes et notamment celles de l'épaule la contre-indiquent aussi. (*Gaz. des hôp.*, n° 128, 1868).

*Différence d'action de l'éther et du chloroforme sur le système nerveux.* — Par de nouvelles expériences, M. Cl. Bernard, ayant mis en évidence que dans l'anesthésie chloroformique, c'est surtout par l'arrêt du cœur que la mort arrive, tandis que la respiration persiste et ne se suspend que consécutivement, ce qui est en opposition avec la doctrine de l'école de Strasbourg. (Voy. CHLOROFORME.) M. le docteur Gayet rappelle que c'est le contraire dans l'éthérisation. Chez un homme ayant subi un écrasement de la jambe et affaibli par des hémorrhagies répétées, éthérisé et amputé, on s'aperçut bientôt que le pouls faiblissait et que la respiration était suspendue. On pratiqua la respiration artificielle et le pouls persista encore 30 à 40 minutes, quoique la mort fût réelle. D'où il conclut que, des trois périodes d'action des anesthésiques de Flourens, la dernière, caractérisée par l'arrêt de la respiration et le collapsus, correspondant à l'action sur le bulbe, n'est vraie que pour l'éther; tandis que le chloroforme, en frappant plus profondément le système nerveux, atteint jusqu'au grand sympathique et arrête ainsi le cœur. Elle serait donc mieux appelée, dans ce cas, *période d'arrêt brusque du cœur* (*Gaz. hebd.*, n° 13). Malgré toute la vraisemblance de cette doctrine, on peut se demander si

les conditions spéciales du blessé de M. Gayet, dont l'observation est l'unique base, n'ont pas changé les résultats qui se produiraient dans l'état normal.

*Action directe sur le cerveau.* Pour la démontrer, MM. Ferran, Lemoine et Moreau, ont ouvert la trachée d'un lapin en y introduisant une canule métallique munie d'un long tube en caoutchouc, de manière à faire respirer l'animal exclusivement par cette voie. Puis plaçant son museau dans un verre contenant une éponge imbibée de chloroforme, de manière que les vapeurs anesthésiques pénétrassent par les nerfs olfactifs, il vit l'animal agiter ses narines comme dans la respiration par cette voie, puis sept minutes après, ce mouvement cessa ainsi que les contractions musculaires. L'animal, piqué profondément partout, ne manifestait pas le moindre signe de sensibilité.

La sensibilité reparut en retirant le museau du verre et cessa de nouveau en l'y replongeant. L'animal resta ainsi étendu sans mouvement durant deux heures et demie dans une insensibilité complète, bien que la respiration continuât à se faire suivant son rhythme le plus régulier.

L'expérience terminée, la canule fut enlevée et après trois à quatre minutes, l'animal reprit ses sens et un quart d'heure après il paraissait tout à fait remis.

D'où il conclut: 1° que les vapeurs du chloroforme, à l'instar de celles de l'alcool, n'exercent leur influence sur le système cérébral qu'en se substituant momentanément à l'influx nerveux au point d'en annihiler et d'en masquer complétement l'action.

2° Que la sensibilité et la motilité nerveuses pourraient *sans inconvénient* être suspendues par les vapeurs anesthésiques pendant un temps très-long, si l'on pouvait les faire arriver au cerveau par les nerfs olfactifs, au lieu de les faire passer par la voie pulmonaire. (*Gaz. des hôp.*, n° 38.)

S'il était exact, ce fait aurait une importance considérable; mais MM. Dieulafoy et Krishaber, ayant répété cette expérience avec plus de rigueur, en ont infirmé le résultat. Ils ont fixé le bout inférieur de la trachée sur le tube, ils en ont lié l'extrémité supérieure pour être sûrs que les vapeurs chloroformiques présentées sous le nez de l'animal ne pénétreraient pas dans les voies pulmonaires. Aussi, aucun phénomène d'anesthésie ne se manifesta et une aiguille piquée dans le cœur n'indiqua pas de



changement ni dans son rhythme, ni dans sa fréquence, le diaphragme conserva son amplitude et la sensibilité resta intacte. Au contraire, l'éponge placée devant le tube respiratoire suffit à déterminer l'asphyxie immédiate, et tous les phénomènes négatifs précédemment devenaient positifs. (*Gaz. des hôp.*, n°s 38, 41 et 55.)

Cette différence de résultat ne peut donc être attribuée qu'au passage des vapeurs anesthésiques par la trachée, dans la première expérience. Celles-ci prouvent que les anesthésiques n'agissent qu'en pénétrant directement dans le sang artériel.

Toutefois M. Ferran ayant répété ses expériences sur deux lapins, en liant soigneusement la partie inférieure de la trachée-artère sur le tuyau de plume auquel était adapté le long tube en caoutchouc allant prendre l'air respiratoire au dehors, l'anesthésie s'est produite et a persisté une heure et demie qu'a duré l'olfaction; mais le museau était renfermé dans un verre à ventouse muni d'une éponge imbibée de chloroforme, de manière que l'air atmosphérique ne put se mêler aux vapeurs, contrairement aux expériences précédentes. (*Idem*, n° 61.)

*Éternuments.* M. Heurteloup a observé ce nouvel accident de l'anesthésie chez une femme qui avait été chloroformée. Elle fut prise en s'éveillant d'un accès d'éternument qui serait très-nuisible après une opération d'autoplastie, par exemple (*Soc. de chir.*, 1868). Ce fait, bien que très-rare, mérite d'être pris en considération. — Voy. CHLORAL, CHLOROFORMISATION.

**Anesthésie prolongée.** Renversant l'application faite des injections hypodermiques de morphine consécutivement à l'anesthésie chloroformique pour en prolonger l'effet sans danger (voy. *année* 1864), M. Cl. Bernard a d'abord injecté la morphine qui, par son action narcotique, endort rapidement, mais en exaltant la sensibilité, ce qui permet à peine de toucher les animaux sans qu'ils le manifestent vivement et ne permettrait pas, par conséquent, aucune opération chirurgicale. Ce n'est que par exception, c'est-à-dire la diversité, la variabilité d'action chez les individus, que quelques-uns en ont éprouvé une diminution de la sensibilité, et ont pu supporter ainsi des opérations. Il a fait ensuite inhaler du chloroforme à dose beaucoup plus faible que celle nécessaire à l'anesthésie, et immédiatement la sensibilité, l'excitabilité exagérée disparaît et il suffit d'entretenir l'inhala-

tion chloroformique à très-faible dose pour que l'animal reste sous cette double influence de la manière la plus complète et pendant très-longtemps.

Cette action du chloroforme ajoutée à celle de la morphine est donc un moyen d'immobiliser complétement les animaux, de les rendre inertes sans que les phénomènes de la vie cessent. La résolution est complète, les membres deviennent flasques; ce sont des cadavres chauds que l'on peut maintenir ainsi une demi-journée, ce qui suffit aux plus longues opérations.

Quant aux vivisections, il suffit de cesser l'inhalation du chloroforme pour voir reparaître aussitôt la sensibilité, ce qui peut être d'un grand secours.

Cette combinaison des effets du chloroforme, surajoutés à ceux de la morphine injectée hypodermiquement ou en lavement, pourrait rendre des services en chirurgie. L'anesthésie serait obtenue sans avoir une période d'agitation aussi intense, et surtout sans courir autant les risques d'accidents que peuvent produire les doses élevées du chloroforme. C'est un essai facile à faire et sans danger.

L'excitabilité exercée par la morphine n'est pas une contre-indication, car il en est ainsi toutes les fois qu'un médicament ou un poison porte son action sur un élément histologique pour l'annihiler. Avant de diminuer, de détruire son irritabilité, il l'augmente. Le chloroforme provoque ainsi une période d'exaltation de la sensibilité avant son affaissement. C'est la une loi générale en physiologie, ce qui explique pourquoi la sensibilité exagérée par la morphine ne l'est plus autant par le chloroforme: celui-ci ne fait que compléter l'action commencée par celle-là. (*Revue des cours scientif.*) Il serait bon toutefois d'expérimenter préalablement l'action des opiacés sur l'individu, chez les femmes nerveuses en particulier.

**ANÉVRYSMES.** Deux nouveaux compresseurs mécaniques ont été imaginés spécialement pour la cure des anévrysmes. L'un est du professeur Porter de Dublin. Il consiste en une tige en argent de la longueur d'un stylet ordinaire. A un quart environ de sa longueur, elle se divise en deux branches qui vont en s'écartant pour se rejoindre sous forme triangulaire. Une ouverture est pratiquée au sommet pour passer un anneau. Celui-ci étant passé sur une aiguille à anévrysme est placé sur l'artère mise à nu, puis passé dans l'ouverture du compresseur



et fixé ainsi. Le sang a pu être arrêté durant 52 heures par ce moyen sans que les parois de l'artère aient été lésées. On peut donc employer cet instrument pour la solidification des anévrysmes. (*Dublin med. Press*, février.)

C'est dans le but spécial d'être appliqué sur les anévrysmes des membres inférieurs que M. Hilles a imaginé le second, afin d'obvier aux dangers d'une compression circulaire et suppléer à la compression digitale. A un bandage ou ceinture métallique s'appliquant sur le bassin, est adaptée une bande en fer de 1 pouce 1/4 de large sur 12 à 16 de long à la partie antérieure qui descend jusqu'au genou. Sur cette tige plate sont fixées par des écrous plusieurs pelotes mobiles placées à différentes distances, de manière à pouvoir être appliquées où la compression est nécessaire. Qu'il s'agisse, par exemple, d'un anévrysme poplité, la tige verticale suit le trajet de la fémorale avec le nombre de pelotes voulues, depuis une jusqu'à dix, de manière à établir une pression continue et graduelle sur ce vaisseau depuis le ligament de Poupart jusqu'au canal de Hunter et remplacer exactement les doigts. (*Med. Times*, mars.)

On ne saurait rien dire de l'utilité de ces compresseurs spéciaux qui se sont multipliés partout depuis la découverte de la compression digitale pour la remplacer sans les avoir expérimentés. Il ne s'agit ici que de les signaler et d'en faire connaître le mécanisme.

**Anévrysmes thoraciques.** *Fréquence chez les militaires.* Déterminée par la compression de la tunique, c'est-à-dire de la ceinture d'une part, du collet et de la cravate de l'autre, cette fréquence a été observée dans l'armée anglaise et préoccupe beaucoup les médecins (voy. *année* 1868). Il suffit de l'énoncer pour en faire comprendre l'importance. Par ses recherches statistiques à ce sujet, l'inspecteur général Lawson avait déjà montré, dans son rapport de 1866, que la proportion en est de 31 : 1000 dans la cavalerie, et seulement de 14 dans l'infanterie ; qu'ils sont beaucoup plus fréquents dans l'armée que dans la marine, et, en comparant la proportion dans les forces sédentaires et la population civile de 1859 à 1865 inclusivement, il la trouva sept fois plus grande parmi les militaires, alors même qu'un bon nombre de ceux-ci, réformés pour ce fait, rentrent dans la vie civile et augmentent encore cette proportion.

Incité sans doute par ces données, un chirurgien militaire, M. Myers, a ranimé cette question d'un grand intérêt pathologique et d'une extrême importance nationale, en soumettant à la *Pathological Society*, le 2 février, les pièces pathologiques d'un anévrysme de l'aorte provenant d'un soldat mort à l'hôpital. Il en montre la fréquence par les statistiques officielles donnant une proportion de 28 pour 1000 en 1862, 47 en 1863, 37 en 1864, et 35 en 1865 : tandis qu'elle n'était que de 11, 5, 18, 9 pour la marine dans les années correspondantes. Aitken qui, dans sa *Practice of medicine* rapporte 17 des 24 cas de ce genre observés par lui, frappé de la cicatrice avec perte de substance de la paroi interne de l'aorte, au delà du sac, attribuait cette fréquence à la syphilis ; mais la comparaison précédente et la discussion qui s'en est suivie montrent que cette interprétation n'est pas admissible, les marins étant encore plus souvent victimes de la syphilis que les soldats. La rareté de cet anévrysme chez les prostituées est une autre preuve que son étiologie n'est pas dans la syphilis.

Pour M. Myers, l'obstruction mécanique de la circulation par l'uniforme est la principale cause de cette maladie. « Quand le paysan, dit-il, quitte la charrue pour devenir soldat, deux grands changements au moins s'effectuent graduellement chez lui. Ses membres de roides deviennent souples, et sa poitrine, dont rien n'arrêtait l'expansion, est fixée partiellement comme dans un sac. Quelques expériences spirométriques m'ont montré que des hommes, en se tenant au commandement d'*attention* avec leurs tuniques boutonnées jusqu'en haut, sans leurs armes ni leur sac, perdent environ 20 pouces cubes dans l'expiration forcée, la partie supérieure du thorax ne pouvant se dilater non plus que la partie correspondante des poumons, tandis que le diaphragme et les lobes inférieurs sont en réquisition forcée, supplémentaire. La circulation du tronc principal dans les branches thoraciques est ainsi empêchée, de même que le défaut du renouvellement de l'air dans le sommet des poumons, en affaiblissant l'élasticité des vésicules, prédispose à la tuberculose, selon le docteur Quain. »

« La manière dont la tunique est fixée, attachée autour du cou est la principale cause de cette obstruction mécanique. Si la bonne tenue est le grand point étudié, elle est compatible avec le confort, l'aisance qui s'obtiendraient facilement si le collet actuel, au lieu de s'attacher par de grosses agrafes, s'ajustait simplement de manière que l'habit puisse remonter dans les mouvements inspiratoires et permettre une certaine liberté, même quand le soldat est au port d'armes. »

« On explique très-bien la fréquence des syncopes dans les rangs après un excès d'exercice. J'ai mesuré le cou et le collet de la tunique fermée d'un soldat peu d'heures après s'être évanoui dans les rangs, et j'ai trouvé un quart de pouce de différence seulement du collet, sans compter l'obliquité qu'il prend toujours en avant. Cette constriction, si elle n'est pas sensible dans l'état de repos, est un grand obstacle à la respiration durant l'exercice, et à la dilatation de l'aorte par l'augmentation de l'action du cœur. » (*Lancet*, 20 février.)

Sans trouver la démonstration complète ni rigoureuse, et sans nous étendre davantage pour démontrer avec l'auteur que l'ancien collet montant à trois agrafes était moins gênant et moins compressif que le modèle actuel, il peut être utile de donner de l'écho à ce mémoire. L'opinion mérite d'être contrôlée surtout en Europe, où un si grand nombre d'hommes, l'élite de la population, ont à supporter cet uniforme.



*Électro-puncture*. Employée par M. Ciniselli à l'hôpital de Crémone, sur un homme de quarante-six ans, qui, à la suite d'une endocardite en 1863, avait changé son métier de postillon pour celui de voiturier comme moins fatigant. Douleurs et pulsations dans le côté droit de la poitrine en 1866, lassitude et gêne dans son travail. Au commencement de 1868, dyspnée et lipothymies, battements thoraciques sensibles au toucher, insomnie, etc., qui le font entrer à l'hôpital le 24 juillet.

Debout, le malade présente à droite du sternum une tumeur arrondie, saillante de 10 à 15 millimètres, plus large que haute, à battements sensibles, assez forts, entre le troisième espace intercostal presque doublé d'étendue. Tous ces signes physiques diminuaient par la position horizontale. Bruit de soufflet des battements remontant alors dans le second espace intercostal. Pas d'autre trouble circulatoire ni respiratoire que des pulsations obscures dans le dos.

Tout le personnel de l'hôpital diagnostique un anévrysme de la partie latérale de l'aorte ascendante qui fut traité ainsi :

Le 30 juillet, M. Ciniselli enfonça dans le troisième espace intercostal trois aiguilles d'acier, d'un millimètre d'épaisseur :

l'une à 15 millimètres du sternum et les deux autres à 20 millimètres l'une de l'autre que les pulsations agitaient violemment. Le courant électrique provenait d'une pile à colonnes de tren couples carrés, ayant 10 centimètres de côté, animée p une solution de sel marin, comme étant l'appareil le plus favorable, surtout pour éviter l'inflammation phlegmoneuse.

Quant à prévenir les eschares qui sont l'accident le plus redoutable, on y réussit en appliquant le rhéophore positif sur une aiguille et le négatif sur la peau près de la tumeur, en transportant alternativement le premier sur une autre aiguille, et en le remplaçant aussitôt par le rhéophore négatif, de manière que chacune communiquât successivement avec les deux pôles. Et comme l'expérience a démontré que la durée du courant qui ne doit pas dépasser cinq minutes sur chaque aiguille pour profiter de leur isolement que procure le petit caillot déterminé par l'oxydation, elle a été prolongée jusqu'au double sur les deux premières, afin de procurer une adhérence plus solide entre ces caillots électriques et les parois du sac afin d'en prévenir le détachement, la chute, et une embolie consécutive. L'opération a duré jusqu'à 40 minutes et la peau recouvrant la tumeur était rouge et tuméfiée.

L'extraction des aiguilles a été laborieuse et pénible par leur adhérence avec les tissus traversés. Il a fallu les arracher, et malgré toutes les précautions, du sang vermeil s'est échappé des piqûres, mais sans gaz. Des compresses froides et de l'eau glacée réprimèrent aussitôt cet écoulement sanguin et firent cesser la sensation de brûlure des piqûres.

Par l'oxydation, il a été reconnu que les aiguilles avaient pénétré de 15 à 35 millimètres dans la cavité de l'anévrysme en traversant une épaisseur différente de tissus.

Aucune réaction générale ne suivit cette redoutable opération. Six jours après, tout effet local étant dissipé, la tumeur était notablement diminuée et presque de niveau avec les parois du thorax. La pulsation était faible et obscure en haut et à peine perceptible en bas de son siége primitif. Le malade n'accusait plus d'oppression et pouvait rester couché sur le dos et les côtés sans souffrir. Le sommeil et le bien-être étaient revenus. Il fut néanmoins tenu au lit trois semaines durant, soumis à la digitale et à un régime nourrissant.

Après ce temps, l'état physique local était à peu près le même, le malade étant debout, qu'avant l'opération; mais



l'amélioration générale continuant, il quitta l'hôpital le 11 septembre, quarante-trois jours après. Il s'y représenta le 26, et la tumeur ni la courbure de la côte correspondante n'existaient plus; il n'y avait qu'une tuméfaction sans pulsations à l'œil, mais perceptibles encore au toucher; le bruit de souffle se confondait avec le bruit vésiculaire.

A une nouvelle visite, le 4 octobre, le sujet a gagné de la force et de l'embonpoint. Après une marche de 3 kilomètres, tous les signes physiques sont moins sensibles, ce qui permet de croire que la poche s'est remplie de caillots. Huit jours après, c'est-à-dire soixante-quatorze après l'opération, il reprend son métier de voiturier. (*Gaz. med. Lombarda*, octobre et *Gaz. des hôp.*, n° 134, 1868.)

Si l'on ne peut dire que ce soit là une guérison, c'est du moins un succès relatif que les tentatives précédentes ne faisaient que prévoir et qui semble devoir être plutôt l'exception que la règle.

*Della elettro-puntura nella cura degli aneurismi dell' aorta toracica* (De l'électro-puncture dans le traitement des anévrysmes de l'aorte thoracique), par le Dr Ciniselli. Milan, 1868. Relation *in extenso* du fait précédent et considérations sur ce mode de traitement.

*Ergot de seigle.* Fondé sur la propriété hémostatique de l'ergot de seigle par son action contractile sur la fibre musculaire, M. le professeur Langenbeck a appliqué cet agent avec succès à la cure des anévrysmes internes, ainsi qu'il résulte d'un mémoire lu à la Société médicale de Berlin. Il s'agissait d'un anévrysme de la sous-clavière droite dont le malade, âgé de quarante-cinq ans, était atteint depuis 1864. Une opération n'étant pas indiquée à cette époque, le célèbre chirurgien se borna à l'application de quatre moxas sur la tumeur, afin d'y déterminer une suppuration prolongée. Une grande amélioration s'ensuivit, et les douleurs intenses du membre correspondant disparurent. Jusqu'au milieu de 1868, le malade put ainsi reprendre ses occupations, la tumeur étant diminuée de volume, indolente, mais toujours pulsatile. Elle augmenta ensuite rapidement durant les chaleurs de l'été, les battements devinrent plus intenses et douloureux, et, au mois de janvier, le malade se représenta à l'hôpital. L'anévrysme avait repris son

volume primitif au-dessus de la clavicule, et les pulsations en étaient si fortes qu'il semblait prêt à se rompre sous la main. La douleur du bras droit était telle qu'elle empêchait le sommeil depuis plusieurs mois. Le malade était obligé de se tenir sur son séant, incliné à droite, et la faiblesse de la main, tout atrophiée, l'empêchait d'écrire.

Le 6 janvier, M. Langenbeck fit une injection de 3 centigrammes d'extrait aqueux d'ergot de seigle sous la peau recouvrant la tumeur avec le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Ergotine de Bonjean. . . . . | 2,5 |
| Esprit-de-vin et glycérine, de chaque. . . . | 7,5 |

La diminution de la douleur fut telle que, un ou deux jours après, l'opéré dormait tranquillement. Tous les trois jours, ces injections furent renouvelées en augmentant graduellement la dose du médicament jusqu'à 18 centigrammes, de manière que, au 17 février, 2 grammes avaient été employés. L'amélioration aussi était croissante, et le malade pouvait maintenant écrire une longue lettre. Quoique très-distincts encore, les battements étaient beaucoup plus faibles et moins étendus. Aucun effet général du médicament ne fut observé.

Entre autres considérations venant corroborer l'efficacité de ce nouvel emploi de l'ergotine, M. Langenbeck cite en post-scriptum le cas d'un charpentier de quarante-deux ans, admis le 16 février dans sa clinique pour une blessure de l'épaule gauche reçue deux jours avant. L'examen décéla un anévrysme de la radiale droite à environ 3 centimètres au-dessus du poignet, que le blessé déclara avoir depuis vingt ans environ. La tumeur avait acquis graduellement le volume d'une noisette, et était le siége de battements. Le lendemain, 15 centigrammes de la solution précédente furent injectés sous la peau de la tumeur, et, dès le lendemain, elle était disparue complétement. A sa sortie, vingt-neuf jours après l'injection, la radiale était dans son état normal, sans que la flexion des doigts causât la projection, la saillie de la tumeur, comme cela avait lieu avant l'injection. (*Wochenschr.*, n° 12.)

Emanant d'un clinicien aussi consommé, ces observations ont une valeur qui exclut le doute et qui commande au contraire de les répéter. (*Union méd.*)

En confirmation de ces faits, le docteur Schneider a soumis



à la Société de médecine de Kœnigsberg, le 25 mai, un cas d'anévrysme de l'artère fémorale guéri radicalement par la même injection. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 36.)

**Anévrysmes miliaires du cerveau.** Par suite des recherches intéressantes de M. Bouchard *sur la pathogénie des hémorrhagies cérébrales* (voy. *année* 1867), ce terme d'anévrysmes cérébraux, exprimant une altération spéciale des petites artères intra-cérébrales, l'état scléreux avec atrophie de la tunique moyenne et production secondaire d'anévrysmes, tend à s'introduire dans la science par la jeune école micropositiviste. Une thèse a été soutenue, en 1868, sous ce titre nouveau, par M. C. Durand, et de nombreuses communications à la Société anatomique et à la Société de biologie tendent à le consacrer définitivement. C'est ainsi que M. Liouville, sur 92 autopsies de vieilles femmes de la Salpêtrière, faites dans l'espace de sept mois, a rencontré 10 cas de ces anévrysmes miliaires cérébraux sur les vaisseaux du cerveau ou des méninges, coïncidant avec des altérations spéciales des centres encéphaliques.

Une coïncidence très-intéressante a été observée et signalée par lui à cet égard : celles d'anévrysmes plus considérables existant sur des artères de différent calibre, et des diverses régions du corps faciles à apprécier et rendant probable l'existence des précédents, toujours plus difficiles à constater. Ce qui est, pour ce jeune investigateur, le résultat d'une diathèse généralisée. C'est ainsi qu'en autopsiant le corps d'une femme de soixante-quatorze ans, morte à la Salpêtrière, ayant des anévrysmes dans différentes régions, il constata de nombreuses lésions scléro-athéromateuses plus ou moins prononcées de presque tout le système artériel, notamment à la base de l'encéphale et quelques branches de l'aorte abdominale. Il a trouvé ainsi un anévrysme comme un grain de mil, arrondi, noirâtre, dans la partie antérieure du lobe frontal gauche entre les deux substances d'une circonvolution. Des deux côtés existaient des traces d'une ancienne hémorrhagie cérébrale.

Sur les deux branches de bifurcation de l'artère splénique, se trouvaient deux anévrysmes gros comme un pois, arrondis, à parois très-épaisses, dures, mais encore perméables. Le cœur à parois molles et friables, d'une teinte jaunâtre, présentait des plaques scléreuses irrégulières, assez épaisses et saillantes sur

la face ventriculaire de la valvule mitrale et allant gagner le bord libre des valvules sygmoïdes de l'aorte. L'artère coronaire était aussi scléreuse dans presque toute son étendue, ainsi que l'aorte.

Postérieurement, deux autres exemples se sont offerts au même observateur, dont l'un sur une femme de quatre-vingt-un ans ayant présenté des étourdissements, des congestions cérébrales et des troubles divers rapportés à des altérations encéphaliques. L'autopsie montra les vaisseaux de la base du cerveau rigides et exsangues. La substance grise, au niveau des lobes moyens, était presque complétement ramollie sous la méninge injectée, vasculaire. Les vaisseaux de la pie-mère, volumineux et apparents, injectés, avaient des dilatations miliaires arrondies, très-nombreuses, véritables anévrysmes au microscope, comme appendus à des touffes vasculaires correspondant aux points ramollis et aux lacunes hémorrhagiques osseuses. Il en existait de même latéralement, surtout à gauche sur et dans les circonvolutions. Une préparation micrographique montrait en outre des corps granuleux contenant parfois, dans des vaisseaux athéromateux, des tubes altérés et des cellules nerveuses presque transformées en amas granulo-graisseux.

Vaste et ancien foyer hémorrhagique dans la partie postérieure et moyenne du lobe occipital droit, formant une poche jaunâtre, ocreuse, ayant détruit la substance blanche, et les bords de quelques circonvolutions se trouvant comme rongés. Des vaisseaux s'y rendant étaient pâles, blanchâtres, un peu durs quoique libres; d'autres, oblitérés, étaient durs et comme scléreux, en subissant la dégénérescence scléro-athéromateuse.

Dégénérescence scléreuse de la moelle. Anévrysmes miliaires, superficiels sur la surface externe du cœur: plaques scléreuses sur la face ventriculaire et la valvule mitrale. Deux autres anévrysmes semblables, solides, résistants, brunâtres existaient sur l'épithélium de l'œsophage. Il y avait des hémorrhoïdes. En un mot, le système vasculaire avait subi la dilatation anévrysmatique dans une grande étendue. (*Soc. de biologie.*)

Ce ne serait donc plus par transsudation sanguine ni rupture simple des vaisseaux que se produirait l'hémorrhagie cérébrale, mais par dilatation anévrysmatique, du moins chez les vieillards, en raison de l'état scléreux, athéromateux du sys-



tème artériel avec des dépressions jaunâtres, multiples de cette substance.

**Anévrysme cirsoïde du cuir chevelu.** Chez une femme de vingt-six ans, atteinte depuis l'âge de dix-sept ans, d'une tumeur pulsatile à la partie postérieure du crâne par suite d'un coup de pierre reçu à huit ans et pour laquelle les chirurgiens de divers pays n'avaient rien voulu faire, M. Broca la soumit à un mode de traitement nouveau. A cette tumeur centrale, d'un volume considérable, située au sommet de l'occipital, aboutissent quatre branches artérielles volumineuses dont la communication directe est rendue évidente par la compression sur chacune avec une lame de plomb. Les battements étaient très-forts sur les artères, moindres et plus mollasses, moins saccadés sur la tumeur; réductibilité de celle-ci et bruit de souffle intermittent accompagné de trils; douleurs modérées; battements troublant le sommeil.

La présence d'un lacs central ne permettant pas d'attaquer directement la tumeur par des injections coagulantes, même partielles, sans s'exposer à voir les caillots mobiles de la poche être entraînés par le courant sanguin et produire les plus graves dangers de l'embolie, M. Broca a cherché à obtenir la coagulation en diminuant progressivement l'arrivée du sang dans la tumeur. L'altération des parois des artères afférentes ne permettant pas la ligature, il a employé l'acupressure. Après avoir endormi la malade, il a pratiqué successivement trois incisions sur le trajet des artères principales dilatées, l'occipitale, l'auriculaire postérieure et la temporale mises à découvert sans les dénuder et passant dessous l'aiguille de Simpson, le cours du sang a été interrompu après une compression de vingt-quatre heures. Puis la réunion des plaies de la temporale et de l'auriculaire s'est effectuée par première intention; l'occipitale seule a suppuré. La tumeur s'est affaissée, les battements ont disparu dans une zone de 6 centimètres autour de l'oreille.

Les battements et le courant sanguin ainsi diminués, M. Broca tenta des injections coagulantes avec 3, puis 5 gouttes de perchlorure de fer dans les artères temporale et occipitale après avoir emprisonné, dans chaque vaisseau, une colonne de sang d'une certaine étendue à l'aide de petits anneaux de plomb qui, une fois l'injection faite, restèrent en place pendant six heures pour favoriser la production de caillots fibrineux dans

la tumeur. Dans le même but, il a divisé, par un gros tube à drainage, en trois zones successives, les diverses parties de la tumeur.

Grâce à ces obstacles successifs, des caillots se sont formés dans la poche centrale qui a été oblitérée dans les deux tiers de son étendue. La coagulation ayant cessé de faire des progrès, les battements étant revenus en partie, entretenus par ce qui restait de circulation dans la tumeur, deux nouvelles injections de perchlorure de fer ont été faites dans les vaisseaux antérieur et postérieur. Celle du vaisseau postérieur a parfaitement réussi, l'autre surtout avec la précaution d'emprisonner entre deux anneaux de plomb la colonne sanguine coagulée par l'injection et de la maintenir ainsi pendant dix heures, pour la consolidation des caillots, en même temps que ces mêmes anneaux exerçaient une compression favorable à la suspension du cours du sang dans les parties voisines.

Sous l'influence de cette manœuvre, la coagulation a fait de rapides progrès; la poche centrale est remplie par des caillots; il n'existe plus de bruit de souffle, et l'artère antérieure est complétement oblitérée. La coagulation continuant à faire spontanément des progrès, la guérison complète sera donc prochaine. (*Soc. de chir.*, août.)

**Anévrysme de la carotide primitive.** *Compression digitale indirecte et intermittente.* Malade de soixante-huit ans, chez lequel apparut, en 1865, au côté droit du cou, une tumeur du volume d'une noisette. En 1867, elle s'accrut rapidement et devint le siége de vives douleurs. M. le docteur Rouge diagnostiqua un anévrysme de la carotide primitive. A son entrée à l'hôpital de Lausanne, le 6 mars 1868, la tumeur avait acquis 12 centimètres de long sur 11 de large; située sur le sterno-mastoïdien, elle s'étendait depuis le bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'au sommet de l'apophyse mastoïde présentant des pulsations, un mouvement expansif et un bruit de souffle rude qui disparaissaient par la compression de la carotide à sa partie inférieure. Peau sans adhérences ni altération, voix normale, ainsi que la respiration et la déglutition.

La compression digitale fut exercée à partir du 12 mars, chaque jour, pendant une durée moyenne de sept à huit heures. Elle s'exerçait latéralement, le pouce placé sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, les trois doigts suivants sous le bord postérieur du même muscle, l'artère étant suivie et comprimée ainsi comme par une pince, afin d'éviter autant que possible la compression douloureuse et insupportable du pneumogastrique. L'interruption du cours du sang n'a été suivie d'aucun accident sérieux.



Dès le deuxième jour, on constate une diminution évidente des battements; à partir du septième, la tumeur revient notablement sur elle-même; bientôt les battements, le mouvement expansif et le bruit de souffle disparaissent. Enfin, le 29 mars, c'est-à-dire après dix-sept jours de compression digitale, le malade pouvait être considéré comme guéri; cependant, par précaution, la compression fut continuée, mais d'une manière très-intermittente et seulement pendant une heure et demie par jour, jusqu'au 25 avril.

La guérison a été constatée, le 8 mai, par tous les membres de la Société vaudoise de médecine, et depuis cette époque le mal n'a pas reparu.

Cette observation porte à six le nombre des cas d'anévrysme de la carotide primitive traités par la compression digitale; quatre malades ont guéri (*Soc. de chir.*, décembre 1868). Il n'est donc plus guère possible de révoquer l'efficacité de la compression digitale même dans ces cas, et de supposer une méprise entre la carotide et l'artère vertébrale, comme Velpeau le fit pour expliquer le succès. (Voy. *année* 1867.)

**Anévrysmes de la sous-clavière.** Sur 133 cas collectés par M. Koch, voici le résultat au point de vue du traitement :

Sur 32 où il n'y eut aucune tentative chirurgicale, 3 guérisons spontanées, 20 morts, résultat inconnu pour les 9 autres.

23 malades traités par la méthode de Valsalva, la compression, la manipulation, la galvano-puncture, les injections coagulantes et autres manœuvres non sanglantes, on compte 11 guérisons, 6 morts et 6 insuccès de l'opération.

Les autres furent traités par la ligature. Elle n'a pas donné une guérison sur 19 cas où elle a été pratiquée du côté périphérique de l'anévrysme, savoir :

| | | |
|---|---|---|
| 6 | de la carotide primitive. . . . . | 3 morts 3 améliorations. |
| 1 | de l'axillaire. . . . . | Résultat inconnu. |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | de la sous-clavière . . . . . | 4 morts. |
| 7 | *idem* en dehors des scalènes. . . . . | 4 morts 3 améliorations. |
| 1 | *idem* en-dedans. . . . . | 1 mort. |

38 ligatures faites vers la partie centrale du sac ont donné :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 23 | en dehors des scalènes . . . . . | 16 morts | 7 guérisons. |
| 5 | entre. . . . . | 2 — | 3 — |
| 10 | en-dedans. . . . . | 10 — | |

20 ligatures du tronc innominé ont donné 2 guérisons seulement;

4 ligatures faites après l'incision du sac, ont donné 2 guérisons et 2 morts. (*Arch. für klin. Chir.* et *Arch. de méd.*, août.)

**Anévrysme poplité diabétique.** *Flexion forcée.* Chez un négociant de quarante-quatre ans, bien constitué, sobre, actif, atteint de la gravelle, une petite saillie s'observa au jarret gauche qui, en grossissant, fut reconnue pour un anévrysme poplité. La compression avec l'appareil Broca ayant été appliquée, des douleurs violentes obligèrent de le remplacer par la compression digitale, mais des eschares cutanées profondes se manifestèrent bientôt sur les points où les pelotes avaient agi, et M. le professeur Verneuil, appelé dans ces entrefaites, eut à se demander comment un appareil parfaitement construit, soigneusement appliqué, scrupuleusement surveillé, avait déterminé la mortification du tégument. Il en rechercha la cause dans un état général et une soif vive; une diurèse exagérée l'avait porté à faire analyser les urines, il constata 45 grammes de glycose pour 1000.

C'était là un fait nouveau, car dans aucun cas d'anévrysme, le diabète n'est signalé d'une manière concomitante. Il pouvait donc être la cause de ces eschares cutanées, comme il l'est de la gangrène dans d'autres cas. De là pour M. Verneuil l'indication de guérir d'abord la glycosurie avant de recourir de nouveau à la compression. Après trois mois d'un traitement rigoureux, la glycose étant disparue, il n'était pas possible encore de l'exercer sur le vaisseau, car l'eschare n'était pas tombée. Il entreprit alors la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, très-employée par les anciens et en habituant graduellement son malade à cette position gênante et douloureuse, il put obtenir après un traitement d'un an et bien des alternatives de crainte, d'insuccès et d'espérances, dont il relate toutes les phases, un succès complet; nouvelle preuve que la connaissance des états constitutionnels est d'une haute utilité dans la pratique de la chirurgie.



Il conclut, en conséquence de ce fait remarquable, que la coïncidence de la glycosurie avec les anévrysmes spontanés, mérite la plus sérieuse attention, car elle influe sur le choix de la méthode curative. Elle contre-indique la ligature et rend la compression mécanique dangereuse par la formation d'eschares qui peuvent en résulter. Le sang des glycosuriques, malgré le régime anti-diabétique, paraît conserver des propriétés plastiques propres à la solidification de l'anévrysme, et permet d'employer avec succès la flexion forcée, en l'employant par intervalles, d'une manière graduelle et avec persistance, sans se laisser décourager par la douleur des premiers essais. (*Gaz. hebdom.*, n° 1.)

Inutile d'ajouter que tout cet échafaudage ne repose que sur un seul fait qui, pour être très-concluant, peut être tout exceptionnel.

*Traitement de l'anévrysme poplité par la flexion de la jambe sur la cuisse*, thèse inaugurale par M. Stopin. L'historique rappelle qu'à Lenoir appartient le mérite d'en avoir fait, le premier, l'application. Lenoir n'employa que la demi-flexion et échoua après une tentative d'un mois seulement. Maunoir (de Genève) obtint le premier succès. En 1863, Hart, chirurgien anglais, communiqua à la Société de chirurgie une série de 12 succès, et cette communication ne fut pas sans influence sur la propagation de la méthode en France.

49 observations empruntées à la chirurgie anglaise, sauf 8 appartenant à Lenoir, Maunoir, Pichaud (de Genève), Sistach, Denucé, Verneuil, Estevenet, forment cette statistique, dont 26 succès et 23 insuccès, savoir :

*Cas où la flexion seule a été employée.* 7 malades de trente à quarante ans, 1 de soixante et un ans; le *volume* de la tumeur était celui d'une noix à une orange, 1 avait le volume du poing; — le siége était les divers points du losange poplité; en haut, en bas, au milieu; — tous, à l'exception de deux, ne présentaient plus de

battements quand la flexion était faite, et pour les deux cas exceptionnels, les battements étaient très-faibles.

Ces 7 malades ont guéri sans récidives après une flexion continue de 3 à 18 jours.

*Cas où la flexion a été employée après l'échec de certaines autres méthodes de traitement.* Il y en a quatre, dont deux méritent une attention particulière : un de Spence, dans lequel avaient été pratiquées sans succès, la ligature de l'artère fémorale, la compression directe de l'anévrysme, puis la compression indirecte pendant six mois ; guéri en 5 jours par la flexion. L'autre de Johnson, guéri en 6 jours, après trois mois de compression inutile. Les anévrysmes avaient la dimension moyenne d'une orange à un œuf de poule.

*Cas où la flexion a été employée concurremment avec d'autres procédés.* Il est difficile de faire la part de la flexion dans les résultats obtenus, sauf peut-être le cas précité de M. Verneuil, dans lequel le sujet, diabétique, traité par la compression digitale et la compression indirecte, suivie d'eschare, a été guéri par la flexion forcée. Dans les autres cas, le volume était celui d'un œuf de dinde ou d'oie.

Quant aux insuccès, 3 fois la flexion tolérée a été inefficace ; dans les autres, la douleur n'a pas permis de continuer la flexion ; celle-ci, du reste, a été généralement forcée et non pas graduelle et intermittente. Consécutivement, il y a eu 7 fois rupture et 1 fois inflammation du sac.

S'il résulte des détails de ces observations quelques doutes sur l'influence fâcheuse exercée par la flexion sur ces accidents, il en est bon nombre d'autres où cette influence a été incontestable. La méthode de la flexion n'est donc pas aussi innocente que le pensent un certain nombre de chirurgiens.

L'âge des sujets n'a point paru devoir être tenu en compte dans l'explication de ces accidents. — Le volume de la tumeur semble avoir eu une plus grande importance, car sur 18 observations où le volume est relaté, on trouve 10 anévrysmes supérieurs aux dimensions du poing. — L'influence de l'état liquide ou solide de la tumeur est difficile à apprécier; dans 4 cas, la tumeur était molle, compressible, réductible ; dans 3 cas, elle parut contenir des dépôts de fibrine.

Un élément dont on doit tenir grand compte dans ces insuccès est l'état granulo-calcaire des artères. Cette lésion a été signalée 7 fois. Il est toutefois difficile de dire le rôle qu'elle a pu jouer dans ces cas.



Chez les malades qui n'ont pas guéri par la flexion, les battements de l'anévrysme disparaissaient sous l'influence de cette position donnée au membre.

Les contre-indications les plus probables de la méthode sont donc la douleur vive produite par la flexion, le volume considérable de l'anévrysme, la dégénérescence granulo-calcaire du système artériel.

La méthode de la flexion est donc loin d'être aussi efficace que le promettaient les premiers succès annoncés par Hart, puisque les observations précédentes ne donnent qu'une proportion de succès de 55 p. 100, au lieu de 92 p. 100, indiquée dans le travail du chirurgien anglais.

La compression digitale est-elle inférieure à la flexion, comme le prétend l'auteur? Pour en juger, M. Liégeois a réuni un chiffre de 37 anévrysmes poplités, traités par la compression digitale, dont 31 empruntés au tableau de M. Richet (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*) et les autres à MM. Demarquay, Legouest, Desormeaux, Houel, Vanzetti. Sur ce nombre, on ne compte que 26 succès, soit 70 pour 100, au lieu de 55 pour 100, obtenus par la flexion.

De plus, on ne trouve dans ces 37 cas d'anévrysmes traités par la compression digitale que 8 accidents : eschares 2 fois, 1 fois gangrène de la jambe survenue un mois après la solidification de la tumeur.

Pour savoir si la flexion ne nuirait pas, après avoir échoué, à l'emploi des autres méthodes, M. Liégeois consulte les observations précitées et trouve que sur 23 insuccès, 15 fois on a été obligé de pratiquer la ligature de l'artère fémorale, la compression ayant échoué 8 fois. A la suite de la ligature, il y a eu 12 guérisons, 3 morts, 3 amputations suivies de guérison.

Après l'insuccès de la flexion, la compression n'a réussi que 5 fois sur 13 sujets. Enfin, dans un cas, il y a eu un abcès du mollet suivi de mort survenue après la flexion et la compression à l'aide de fils métalliques ; dans un autre cas, une injection de perchlorure de fer a été faite dans l'anévrysme et suivie de mort, après l'échec de la compression indirecte et de la flexion. (*Société de chir.*, août.)

**ANGINE.** *Traité des angines*, par M. le professeur Ch. Lasègue, 1 volume in-8, 1868. Distinction des diverses espèces d'angine avec le croup ou angine couenneuse, sinon pseudo-membraneuse qui tend ainsi à la rendre beaucoup plus rare, et aussi plus grave que beaucoup de praticiens ne semblent l'admettre, d'après ces nombreux groupes guéris et les nombreux spécifiques qui lui seraient applicables. L'angine diphthéroïde de l'auteur tend surtout à expliquer ces méprises sans compter les angines éruptives, à caractères différents, suivant l'exanthème dont elles ne sont qu'un symptôme. M. Lasègue admet aussi une angine rhumatismale; une autre catarrhale, une syphilitique, etc., etc. On voit par là que l'on ne saurait comprendre la doctrine de l'auteur sur ce sujet, sans lire ce livre intéressant autant au point de vue nosologique que clinique et thérapeutique. — Voy. ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS.

**Angine de poitrine.** ÉTIOLOGIE. Voici un nouveau fait à l'appui du rôle étiologique que MM. Lancereaux et Dickinson, de Londres, ont attribué au rétrécissement des artères coronaires du cœur dans cette maladie. Un homme de soixante-quatre ans fut apporté mort à *St-Georges hospital*. Il était dans le parc avec une jeune femme quand il fut soudainement pris de dyspnée et de serrement à la gorge avec une telle intensité qu'il vacilla et tomba mort. Il était sujet à de semblables attaques rapportées à une maladie du cœur.

A l'autopsie, le corps, bien nourri, était sans roideur cadavérique, sans lésion extérieure. Le gland était recouvert de spermatozoaires, d'où l'on conclut que l'accès avait été provoqué par l'excitation du coït. L'encéphale était congestionné et très-pointillé à la coupe. Les sinus et les plexus choroïdes sont gorgés de sang avec excès de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Poumons légèrement congestionnés. Cœur volumineux, pesant quinze onces et couvert d'une épaisse couche de graisse. Ventricules dans un état de semi-contraction et contenant du sang liquide. La structure en est surtout molle et graisseuse, la couleur pâle. Au microscope, globules graisseux très-abondants, quoique les stries musculaires soient encore apparentes. Les valvules étaient teintes de sang. La crosse de l'aorte était recouverte de larges plaques athéromateuses molles sous la membrane séreuse. L'une de ces plaques se trouvait immédiatement sur l'artère coronaire gauche dont l'orifice en était recouvert et tellement rétréci qu'il était impossible d'y introduire un stylet. L'orifice de la droite était aussi considérablement rétréci, quoique à l'état normal, si ce n'est deux petites plaques athéromateuses s'y trouvant. Tous les autres organes étaient à l'état normal, excepté les reins, frappés de dégénérescence graisseuse au début. (*Lancet*, n° 27.)



*Électricité*. Aux deux cas de guérison obtenus par M. Duchenne de Boulogne et Aran, M. Boullet en rapporte un troisième. Il s'est servi du petit appareil électro-magnétique de Gaiffe; à peine avait-il appliqué les deux rhéophores de chaque côté du mamelon du sein droit, que toute trace de souffrance avait disparu, alors que le malade n'avait eu aucun repos depuis trente-huit jours. Le lendemain, le malade ayant éprouvé un très-léger ressentiment de gêne derrière le sternum, M. Boullet fit une seconde application de l'électricité sur le mamelon gauche ; depuis ce moment, le malade n'a jamais rien ressenti, si ce n'est quelques atteintes de dyspepsie sans gravité. (*Acad. des sc.*, février.)

**ANILINE.** *Empoisonnement par la peau.* Après avoir décoloré une chemise qui en était teinte et dont il prit le produit pour de la coralline (voy. *ce mot*), M. le docteur Viaud-Grand Marais fut conduit, par suite de ses opérations chimiques, à faire plonger également son malade dans un bain d'eau de Vichy, malgré la desquamation cutanée qui commençait à se faire sur les points où la chemise avait le plus porté. Une grande amélioration en résulta et par le renouvellement de ces bains, cet empoisonnement n'eut pas d'autres suites (*Gaz. des hôp.*, n° 21). C'est donc là une indication thérapeutique à utiliser pour débarrasser la peau du produit toxique.

**ANGIOLEUCITE.** *Compression.* Abandonnée depuis que Velpeau l'avait employée avec succès, elle vient d'être reprise par l'un de ses élèves, M. Guyon, dans son service de l'hôpital Necker. Sur 4 hommes chez lesquels des lésions aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs avaient déterminé un gonflement douloureux de tout le membre avec traînées rougeâtres, tuméfaction des ganglions, fièvre, etc., il suffit d'appliquer un bandage roulé compressif sur toute la longueur du membre pour

voir tous les accidents diminuer immédiatement et disparaître aussitôt sans autre médication. (*Bull. de thérap.*, avril.)

Ces quatre observations doivent au moins conduire les praticiens à employer tout d'abord ce traitement simple et innocent.

**ANKYLOSE.** *A new operation for artificial hip-joint in Bony anchylosis* (Nouvelle opération pour l'articulation artificielle de la hanche dans le cas d'ankylose, avec deux observations). Brochure in-8° de 39 pages, par le docteur Sayre, professeur de chirurgie orthopédique à *Bellevue hospital*, New-York. Il s'agit ici de la résection d'un fragment limité entre la partie supérieure du fémur au-dessus du petit trochanter en conservant l'insertion du grand psoas et de l'iliaque interne, et au-dessous de la ligne de l'insertion interne du ligament capsulaire interne. Exécutée le 11 juin 1862 à l'hôpital de Bellevue sur un homme, et le 6 novembre suivant sur une jeune fille, cette opération semble avoir parfaitement atteint son but de créer une articulation artificielle. L'homme, en effet, peut marcher à l'aide d'un simple bâton, monter et descendre les escaliers; la jeune fille a été emportée par une tuberculisation aiguë six mois après l'opération, alors qu'elle faisait déjà le tour de sa chambre, et l'autopsie a montré, en effet, qu'une nouvelle articulation s'était formée avec un ligament inter-articulaire.

**ANTAGONISME.** *Opium et belladone.* De ce que, d'après des expériences faites sur lui-même avec l'atropine et les principaux alcaloïdes de l'opium en injections hypodermiques, ceux-ci n'ont modifié en rien la température, la respiration, le pouls ni la dilatation de la pupille déterminés par l'atropine, ainsi qu'il résulte de tableaux précis obtenus avec les instruments *ad hoc*, M. Denis conclut que la réalité de l'antagonisme n'est pas démontrée (*Gaz. hebd.*, n° 7). C'est mettre l'expérimentation au-dessus de l'observation clinique. Et quand un grand nombre de celles-ci où des doses massives de l'un et l'autre poison se sont évidemment neutralisées, c'est attacher plus de vertus à quelques milligrammes et ajouter plus d'importance aux signes physiques qu'aux troubles pathologiques et à leur disparition. Une telle conclusion est donc le fait d'un expérimentateur exclusif et non d'un praticien éclairé.



*Strychnine et fève de Calabar.* Voy. STRYCHNINE.

**ANTHRAX.** M. le docteur French a constaté que sur 200 cas traités à l'infirmerie de *St-James*, de Westminster, depuis trente-huit ans, il n'y a eu que 2 décès et ces 2 cas étaient des anthrax de la partie antérieure du corps. D'où cette conclusion qu'ils sont plus graves que ceux de la partie postérieure du corps.

Il les traite, d'ailleurs, par l'incision sous-cutanée vantée par M. A. Guérin, et un régime nourrissant. (*Lancet*, janvier.)

On s'étonne de cette doctrine et de la faible mortalité de cette statistique, d'autant plus que l'auteur confond ici le charbon avec l'anthrax.

**Anthrax des lèvres.** Sur 7 cas observés par M. Verneuil, un seul a guéri malgré l'emploi des divers moyens préconisés, qu'il ait été appelé au début ou après le développement des accidents généraux. La guérison, survenue chez le dernier malade, a eu lieu à la suite d'une cautérisation énergique au fer rouge. Il pense ainsi que ce moyen mérite d'être répété (*Gaz. hebd.*, novembre 1868). La pratique des chirurgiens lyonnais confirme l'efficacité de cette pratique. (*Lyon méd.*)

**ANTISEPTIQUES.** *Acide phénique.* Depuis que l'acide phénique ou *carbolic* des Anglais est devenu à la mode, on en use et l'on en abuse en lui attribuant des propriétés impossibles, car elles s'excluent réciproquement. Il acquiert surtout ces propriétés merveilleuses entre les mains des Anglais qui en sont engoués. Ils l'ont ainsi vanté tout récemment comme antipériodique contre les fièvres épidémiques mal caractérisées qui, depuis trois ans, déciment l'île Maurice et qui paraissent tenir bien plus du typhus, de la fièvre pernicieuse et du *relapsing fever*, que de l'intermittence simple. D'autres en ont fait un antisyphilitique, ce qui va être un nouvel argument pour les très-rares négateurs de l'action spécifique du mercure. Comment concilier deux propriétés si distinctes? Mais il est à présumer qu'une analyse très-sévère des faits les réduirait tout simplement à son action antiseptique, la seule jusqu'ici qui soit à peu près incontestable.

C'est à ce titre que le professeur Lister, de Glascow, l'a introduit en chirurgie et en a fait le préventif par excellence

de la suppuration des plaies et de toutes les suites graves et dangereuses qui peuvent en être la conséquence. En le plaçant entre la plaie et l'air extérieur qui, selon lui, provoque la suppuration par les germes organiques nombreux qu'il contient, il prétend éviter cette complication en les détruisant. De là son huile phéniquée dont il imbibe les linges qu'il place sur l'endroit à ouvrir des abcès, des tumeurs, et qu'il traverse avec l'instrument aussi préalablement trempé dans ce mélange. Il en recouvre également les plaies qu'il lave avec de l'eau phéniquée au 20e et il en imbibe les fils à ligature. Enfin, une espèce de diachylum phéniqué lui sert à recouvrir les plaies et à intercepter l'air extérieur. Voici le détail de ces préparations :

*Huile phénique ou autre huile fixe :*

| | |
|---|---|
| Huile de lin bouillie. . . . . | 5 parties |
| Acide phénique solide. . . . . | 1 — |

*Emplâtre phénique :*

Huile phénique et blanc d'Espagne (sous-carbonate de chaux), en proportions suffisantes pour faire une pâte de la consistance d'un mastic mou de vitrier.

*Lotion phénique :*

| | |
|---|---|
| Acide phénique solide. . . . . | 1 partie |
| Eau. . . . . | 30 — |

Tout ce qui doit être en contact avec la plaie doit être lavé avec la lotion phénique : doigts, couteaux, pinces, ténaculum, etc.

Les ligatures en soie doivent tremper dans l'acide phénique très concentré pendant une ou deux heures avant l'opération, et au moment de s'en servir, on les lave dans la lotion phénique pour enlever l'excès d'acide phénique caustique.

L'amputation terminée, les artères liées ou tordues, on lave soigneusement la plaie dans tous ses interstices avec la lotion phénique.

On entoure la base du moignon avec une bande de caoutchouc vulcanisé pour maintenir les parties dans une compression convenable, et on unit les lambeaux avec une suture métallique.



Quand on veut mettre entre les lambeaux un drain pour l'écoulement facile des liquides, on prend une petite bande de *lint* (tissu de coton) trempée dans l'huile phénique, que l'on étend du fond vers l'intérieur.

On peut se dispenser de ce drain quand on fait un pansement différé.

Le moignon est placé et maintenu sur un léger coussin couvert d'une toile de caoutchouc vulcanisé ou de gutta-percha. Il reste immobile pendant le traitement.

On fait le pansement immédiat et permanent avec deux ou trois morceaux de lint trempés dans l'huile phénique. On leur donne une étendue suffisante pour couvrir la plaie en la débordant d'un pouce de chaque côté. Ils doivent être superposés de manière à laisser sortir facilement les liquides venant de la plaie.

Pour le pansement médiat ou externe, on se sert de l'emplâtre phénique.

On étend le mastic entre deux linges fins, faisant une espèce de cataplasme d'un quart de pouce d'épaisseur; il devra être assez étendu pour couvrir le pansement permanent en le débordant de 1 pouce à 3 de chaque côté, afin que les liquides putrescibles qui ont à sortir soient forcés de passer sous cet emplâtre. Il doit déborder d'autant plus qu'on a une plus grande quantité de liquides sortant de la plaie.

La surface externe de cet emplâtre doit être couverte d'une feuille de plomb ou d'un tissu de gutta-percha, pour s'opposer à l'évaporation de l'acide phénique.

Cet emplâtre se renouvelle tous les jours ou tous les deux jours, suivant la quantité de liquide.

Si l'on a mis un drain, on l'enlève après vingt-quatre heures. On doit l'attirer à l'extérieur lentement, soulevant aussi peu que possible les pièces du pansement immédiat.

Le tout doit être recouvert d'une toile cirée, — tout l'appareil de pansement.

Si l'on ne mettait pas le mastic entre deux linges, il adhérerait à la peau et au pansement permanent.

Le sang et la sérosité qui pénètrent le pansement immédiat, forment avec l'acide carbonique une substance ferme, une croûte assez dure, qui empêche l'acide carbolique de l'emplâtre

externe de venir toucher les lèvres de la plaie, sans s'opposer à l'issue des liquides qui doivent sortir.

Cet emplâtre ne peut pas excorier la peau, de sorte qu'on peut lui donner une étendue considérable.

Quand il ne sort plus rien des lèvres de la plaie, on cesse l'usage de l'emplâtre externe, et on laisse encore pendant quelque temps le pansement immédiat.

A chaque ligature d'artère, on coupe les deux bouts de fil auprès du nœud, et l'on ne s'en occupe plus.

Une ligature organique, qui par un contact suffisant avec l'acide phénique a été neutralisée, pourra rester en permanence dans les tissus vivants, comme une balle de plomb, etc., etc.

Cette méthode fait beaucoup de bruit en Angleterre, autant pour elle que contre elle. On cite à l'appui quelques succès étonnants de la résection du poignet, d'extraction d'un corps étranger volumineux du genou et une fracture avec plaie et ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. Mais ce sont là des exceptions que toutes les méthodes chirurgicales peuvent revendiquer. D'une manière plus générale, on dit qu'elle change les fractures compliquées en fractures simples par l'absence de suppuration, que les pansements n'exhalent pas d'odeur et ne contiennent pas de pus, que la réunion par première intention est la règle, et que depuis dix-huit mois on ne voit ainsi, dans les salles de M. Lister, ni érysipèle, ni infection purulente, ni pourriture d'hôpital. (*Journal de méd. et chir. prat.*, janvier.)

A entendre les fauteurs de cette méthode, elle serait antiseptique par excellence. Mais voici la réponse catégorique et péremptoire qui vient de leur être faite. Des rapports annuels de l'infirmerie même où M. Lister obtient de si brillants succès, il résulte que de 1860 à 1862 inclusivement, c'est-à-dire avant l'emploi de la méthode, sur 126 amputations de cuisse, de jambe, du bras et de l'avant-bras, il y eut 41 décès, soit 1 : 3, tandis que sur 73 pratiquées en 1867 et 1868, c'est-à-dire depuis qu'elle est employée à profusion, la mortalité a été de 30, soit 1 : 2 1/2.

Les fractures compliquées donnent des résultats encore plus défavorables. Sur 114 cas traités dans la première période, il y a eu 26 décès ou 1 : 4 1/2 ; sur 59 survenues en 1868 et traitées par ce moyen, il y a eu 20 décès, c'est-à-dire plus de 1 : 3. (*Med. Times*, mars.)

On ne peut mieux contredire la souveraine efficacité d'une méthode que d'opposer ainsi une statistique en règle à quelques exemples exceptionnels, des allégations vagues. Toutefois, l'expérimentation personnelle vaudrait encore mieux. *Tota est in observationibus.*



Quelques jeunes chirurgiens des hôpitaux de Paris l'ont aussi mise à l'épreuve. M. L. Labbé l'a employée dans le pansement d'une amputation de cuisse pour une tumeur à myéloplaxe, et M. Cruveilhier dans une plaie compliquant une fracture du fémur (*Gaz. des hôpit.*, n° 118). Sa valeur ne tardera donc pas à être connue parmi nous.

**APHASIE.** M. le docteur Peter a émis, dans ses leçons de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, quelques vues nouvelles sur cette singulière maladie dont on a tant parlé autrefois pour n'en être plus guère question aujourd'hui. Il la caractérise d'un mot sans tenir compte de ses variétés infinies, mais secondaires, en disant que c'est la perte de la faculté d'*extériorisation ;* car c'est surtout par la perte des gestes, la mimique encore plus que celle de parler et d'écrire, que le malade ne peut exprimer son désir, sa volonté. Son intelligence est aussi diminuée plus ou moins. Tout individu qui continue à faire des gestes ou chez lequel on peut en provoquer, doit donc être tenu en suspicion.

Le pronostic est grave, puisque la plupart des aphasiques succombent à une attaque d'apoplexie foudroyante. C'est pourquoi les émissions sanguines amènent parfois au début une amélioration surprenante. L'interdiction pour certains aphasiques semble devoir être de droit. (*Union méd.*, n° 34.)

**APOPLEXIE.** *Apoplexie spinale.* Le 2 mai dernier, dit le docteur Jackson, une jeune et belle fille de quatorze ans, se leva comme d'habitude en trouvant seulement de la faiblesse dans ses doigts pour s'habiller ; elle alla cependant à l'église le matin et le soir, et paraissait en parfaite santé. En se levant le lendemain, elle se plaignit encore du même sentiment de faiblesse dans les mains, mais sans aucun autre malaise ; elle se livra à ses études ordinaires, prit un bain dans la soirée, et en sortit avec le complet usage de tous ses membres. Même état le surlendemain ; elle déjeuna parfaitement, se servant elle-même, mais le sentiment de faiblesse augmenta considérablement dans l'après-midi, et le docteur Jackson, appelé, la trouva assise

sur son lit, gaie, riante, sans aucune souffrance, et s'amusant plutôt de son état qu'autrement ; elle fut cependant incapable de lui serrer la main, de remuer les doigts, ni de saisir une épingle placée sur un livre devant elle. Le 5 mai, sans aucune altération matérielle sensible, M. Jackson observa de l'irrégularité dans les muscles intercostaux, elle semblait vouloir s'élever dans son lit, et ne pouvait s'y retourner ; râle crépitant humide dans toute la poitrine, avec un peu de toux, sécrétions parfaites, pouls régulier, dîner comme d'habitude.

Sir W. Jenner, appelé le lendemain, sans constater une grande altération dans l'état général, ni anesthésie, mais au contraire une sensation parfaite, une perception et une intelligence toutes normales, n'hésita pas cependant, en observant un affaiblissement très-notable de tous les muscles volontaires de la respiration, des bras, du dos et de la poitrine, où se distribuent les branches des nerfs cervicaux, l'immobilité du diaphragme, un peu de lividité des pommettes, et l'abaissement de la température, à diagnostiquer une lésion spinale très-sérieuse, déterminée par un caillot ; et pronostiqua, malgré l'œil brillant et la gaieté de la malade, une prompte et fatale issue. La mort survint, en effet, trente heures après sans douleur, ni perte de connaissance ou de sensation, mais par asphyxie. L'autopsie des centres nerveux montrait un cerveau congestionné et mou, avec ramollissement bien défini dans le cervelet ; toute la portion cervicale de la moelle, surtout antérieurement du côté gauche, était imbibée d'un caillot de sang veineux noir, en dehors des membranes. Toute la longueur de la portion cervicale du canal et de la dure-mère étaient profondément teintes de la couleur du caillot ; les nerfs cervicaux passaient tous à travers cette effusion de sang, dont les canaux intervertébraux étaient remplis des deux côtés. Dès la septième vertèbre cervicale, tout reprenait son aspect normal, mais il y avait une certaine quantité de sang demi-caillé autour du pont de Varole et les nerfs environnants. (*Lancet*, 3 juillet.)

De si graves lésions survenues en pleine santé, sans coups ni blessures, sont certainement très-remarquables, et méritent d'être connues.

*Coloquinte* 10 à 20 gouttes de teinture dans un demi-verre d'eau sucrée avant le repas et uni au bromure de potassium et



à la jusquiame, combattraient bien l'hypérémie des centres nerveux d'après la pratique populaire en Allemagne.

**ARMÉE.** *Fréquence des anévrysmes.* Voy. ce mot.

*A treatise on the transport of sick and wounded troops.* (Traité des moyens de transport des militaires malades et blessés), par Longmore, inspecteur général, professeur de chirurgie militaire à l'École spéciale, etc., 1 vol. in-8, 514 p., avec 200 planches. Londres.

**ARSENIC.** *Mode d'action.* Ce n'était pas assez pour les modernes thérapeutistes de savoir que ce redoutable poison, transformé en un puissant médicament par la main prudente du pharmacologiste, était altérant, reconstituant et même stimulant suivant les doses ; ils ont voulu en connaître le pourquoi et le comment, c'est-à-dire le mode d'action intime, physiologique, et ont institué à cet effet, suivant l'habitude, des expériences sur les chiens, les lapins et les grenouilles. Ainsi a procédé M. le docteur Lolliot. Pour se rendre compte de la modification de la nutrition qui s'observe sous l'influence de son usage thérapeutique, il a expérimenté la température et en a constaté l'abaissement constant de quelques 10$^{es}$ à 1 degré, et de même une diminution de 5 à 15 grammes d'urée pour 1000 grammes d'urine. En prouvant que les combustions sont diminuées et amoindries dans tous les tissus, ces deux faits expliquent le mouvement de dénutrition. L'action favorable de l'arsenic sur la nutrition, au lieu d'être due à l'augmentation des globules sanguins, comme on le croyait, serait donc tout simplement le résultat de la diminution des oxydations.

Suivant M. le professeur Sée, qui explique si ingénieusement jusqu'aux mouvements moléculaires les plus intimes, l'arsenic se combinerait directement avec les globules du sang aux dépens de l'oxygène dont il prendrait la place. Privés ainsi de leur agent d'oxydation, ces globules seraient incapables d'oxyder les tissus ; d'où le mouvement de dénutrition. La conservation des globules chez les cadavres de sujets empoisonnés par l'arsenic est le seul fait à l'appui, mais on explique ainsi la métamorphose graisseuse qui y succède si souvent.

Il résulte aussi d'expériences faites en Allemagne, la diminution notable de l'exhalation de l'acide carbonique pendant

l'usage de l'arsenic. Le mouvement de dénutrition serait donc accusé pour les matières hydro-carburées comme pour les principes azotés.

Mais que les doses augmentent, que l'usage se prolonge ou que l'intolérance se manifeste, et à l'ensemble symptomatologique connu sous le nom d'arsénicisme, succède la dégénérescence des organes, notamment du foie et surtout des reins qui sont les principales voies d'élimination de ce poison. Suivant la même théorie, les tissus privés de leur oxygène qui fait de plus défaut aux globules se transforment ainsi et les globules eux-mêmes se détruisent en partie. De là les hémorrhagies diffuses et la diminution des globules des individus empoisonnés.

Toutes les modifications fonctionnelles sont rapportées à la même théorie. Telle la facilité de la respiration rapportée à la tonicité du système musculaire exclusivement et non à l'innervation qui a été constatée parfaite, sauf de rares exceptions, chez les sujets empoisonnés ; la coloration de la face rapportée à une contractilité augmentée des vaisseaux ; l'accélération incontestable du cœur dans certains cas, serait due au contraire, par une contradiction choquante, à la stéatose de ses parois plutôt qu'à leur tonicité. (*Bull. de thérap.*, décembre 1868.)

Évidemment les difficultés ne sont pas changées par ces explications expérimentales. L'asthénie d'autrefois est remplacée par un ralentissement de la combustion et de l'oxydation, l'asthénie par la destruction des globules, la dégénérescence graisseuse et ainsi de la suractivité circulatoire dans certains cas et de son affaiblissement dans d'autres, de même que pour le système nerveux, on constate parfois une hyperesthésie et de l'anesthésie chez d'autres sujets ; exemples : l'aphrodisie et l'anaphrodisie. L'observation clinique est donc toujours la même, l'explication seule diffère ; mais elle importe peu dès qu'il est à peu près démontré qu'à la même dose, les effets de l'arsenic sont tout différents sur deux organismes en apparence semblables. L'expérimentation seule chez l'homme peut servir de base à son emploi thérapeutique.

*Étude physiologique de l'arsenic.* Applications thérapeutiques par le docteur Jules Lolliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. gr. in-8.



*Différence d'action.* Des faits qu'il rapporte, M. Devergie conclut que l'acide arsénieux solide est d'autant plus actif, qu'il est plus divisé, ce qui se comprend du reste pour un corps aussi peu soluble. De là l'incertitude de l'emploi des pilules ou toute autre forme solide. Il a aussi de même une activité toute différente, suivant qu'il est en solution plus ou moins étendue et suivant qu'il est à l'état d'acide ou de sel.

Ne pas le donner pendant la grossesse, de crainte d'avortement. — Voy. GROSSESSE.

**ARTHRITE. Arthrite dysentérique.** Imitant ceux qui ont fait une entité spéciale du rhumatisme apparaissant pendant la blennorrhagie ou tout autre état général (voy. RHUMATISME, 1866 et 1867), M. le docteur Huette érige en une espèce morbide distincte l'arthrite, sinon le rhumatisme qui se manifeste dans le cours de la dysentérie.

Entrevue et signalée par Zimmermann, Lepecq de la Cloture et Stoll dans des épidémies de dysentérie de 1765 à 1777, cette complication, rapportée par eux à la métastase, n'avait pas été érigée en maladie spéciale, et il faut arriver au XIXe siècle pour la voir subir cette transformation. C'est ainsi que M. Thomas (de Tours), observant, en 1835, un dysentérique qui succomba après avoir eu toutes les articulations prises et quelques-unes, celles du genou droit et du poignet gauche notamment, envahies par des affections purulentes, vit une relation de cause à effet entre ces deux états morbides. La dysentérie, d'après lui, appellerait le rhumatisme chez les sujets prédisposés ou antérieurement atteints. C'est la doctrine de M. Peter pour l'arthrite blennorrhagique. Mais M. Huette ayant observé, durant une épidémie de dysentérie qui régna dans le canton de Montargis, en 1854, 10 malades pris consécutivement d'arthrite, outre ceux qui éprouvèrent des douleurs erratiques légères et fugaces, et dont un seul avait des antécédents rhumatismaux, est conduit à en faire une variété distincte et séparée. De là, la description qu'il en trace pour mieux la différencier des autres formes.

Elle n'apparaît ainsi jamais avant le deuxième septénaire de la dysentérie, subitement, quand les déjections cessent tout à coup sinon lentement, au déclin ou dans la convalescence de la maladie principale, de même que pour l'arthrite blennorrhagique. Elle débute ordinairement par les petites articulations,

plusieurs à la fois; le genou est rarement pris d'emblée. Une douleur pongitive ou lancinante, sans fièvre, avec tuméfaction ordinairement légère et sans changement de couleur à la peau en sont les caractères. La gravité est le plus souvent en opposition avec celle de la dysentérie sans acception appréciable de sexe, ni d'âge, ni de tempérament.

L'absence de fièvre, de chaleur à la peau, de sueurs et surtout de complications cardiaques de cette forme spéciale d'arthrite, sont pour M. Huette des caractères différentiels suffisants du rhumatisme articulaire simple pour en faire une espèce morbide distincte. Sauf sa tendance à affecter plusieurs articulations, à être polyarticulaire, elle se rapproche donc de l'arthrite blennorrhagique jusqu'à sa prédilection à affecter le côté droit.

D'où la conclusion qu'il existe une variété d'arthrite reconnaissant comme cause unique et nécessaire la phlegmasie épidémique des membranes muqueuses du rectum et du côlon, dont le développement est subordonné à une constiuttion médicale particulière, un état diathésique individuel. (*Arch. de méd.*, août.)

Avec ce *quid* final qui forme tout le secret pathogénique de cette complication morbide que les anciens expliquaient par la métastase, c'est s'en tenir rigoureusement à l'observation que de lui imposer un nom distinct d'après ses caractères particuliers.

**ASCITE.** *Copahu.* Employé à faible dose par M. Garrod chez des hydropiques, ce baume a déterminé une abondante diurèse. C'est ainsi que le docteur Duffin l'employa chez un ancien marin de cinquante et un ans, admis à l'hôpital de *King's College*, pour une ascite considérable avec cirrhose, et dont la quantité d'urine, non albumineuse, était à peine de 10 *ounces* par jour. 15 gouttes de ce baume incorporées dans 30 grammes d'eau de cannelle furent prescrites et administrées 3 fois par jour, et de 10 onces, l'urine s'éleva de jour en jour à 14, 24, 30, 44, 40, 48, pour descendre et augmenter alternativement jusqu'à 50 et 60 onces. De 45 gouttes, la dose du copahu fut élevée à 60, et bientôt l'ascite diminua, l'œdème hypostatique des poumons disparut et, après quinze jours d'usage, l'appétit était revenu et il n'y avait plus de fluctuation abdominale. L'éruption symptomatique se manifestant, on diminua la dose



du copahu à 30 gouttes, et après six semaines environ de traitement, le malade sortit de l'hôpital complétement débarrassé de son épanchement péritonéal. (*Lancet*, février.)

Le copahu diurétique! voilà un de ces effets paradoxaux semblable à celui obtenu du tannin dans l'anasarque albumineuse, car, à dose ordinaire, cette résine est surtout astringente des muqueuses bronchique et uréthrale, sur lesquelles elle porte spécialement son action. Si un seul fait ne suffit pas à faire loi, celui-ci est assez topique pour être répété et contrôlé. Les diurétiques, en pareil cas, sont trop infidèles pour que l'on ne cherche pas à s'assurer de cette nouvelle et précieuse action du copahu, et rechercher si elle s'exerce sur le foie ou sur les reins.

**Ascite par compression de la veine porte.** *Sirop de quinquina iodé.* Chez un enfant de sept ans, le ventre commença à augmenter de volume lentement, puis les membres inférieurs s'œdématièrent et le ventre continua à augmenter ensuite tellement que sa ponction fut nécessaire, mais l'épanchement ne tarda pas à reparaître, et si abondant que cinq ponctions semblables durent être répétées de mois en mois.

Appelé à voir ce malade, M. le docteur H. Folet ne constatant aucune lésion du cœur ni des poumons, non plus que du foie et une proportion très-faible d'albumine dans les urines, dut éliminer toute cause provenant de ces organes et même des reins, de même que l'altération des liquides.

Il se rattacha ainsi à une action locale et pensa qu'un obstacle à la circulation de la veine porte était la vraie cause, d'autant plus que l'œdème des membres inférieurs disparaissait après chaque ponction et ne reparaissait que consécutivement à l'épanchement abdominal, comprimant les veines rénales et la veine cave. Ce développement de la circulation collatérale sous-cutanée, comme voie supplémentaire pour faire arriver le sang au cœur, étant un nouveau signe de cet obstacle, conformément à l'exposé qu'en a fait M. Jaccoud dans ses *Leçons de clinique médicale*, M. Folet jugea donc, en raison de la constitution strumeuse du malade, qu'un paquet de ganglions abdominaux hypertrophiés, comprimait un point quelconque de la veine porte et administra le vin de quinquina, additionné de 8 pour 1000 de teinture d'iode. Quoique l'épanchement se renouvelât, l'enfant allait mieux et après quatre nouvelles

ponctions, il disparut en se résorbant graduellement (*Bull. méd. du Nord*, avril.)

C'est évidemment là un beau succès, mais la cause supposée en est-elle rendue plus probable ? Nullement, et si l'iode a une action démontrée sur l'adénite, on ne peut pas en conclure qu'elle a seule agi sur une masse ganglionnaire supposée, puisque le quinquina a été administré conjointement, et ce tonique astringent peut aussi vraisemblablement avoir modifié le sang. Ce fait n'a donc de valeur que comme guérison.

**Ascite rhumatismale.** A l'appui d'un premier fait (voy. *année* 1865), M. Desclaux en a publié un second tendant à prouver que le péritoine comme le péricarde est susceptible de se prendre métastatiquement sous l'influence de la diathèse rhumatismale et à la suite d'une de ses manifestations multiples cessant tout à coup. C'est ainsi que depuis Stoll, on a souvent signalé des cas de péritonite survenue dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu et qu'on lui a attribué la production de l'ascite consécutive, comme M. Ball l'a remarqué dans sa thèse sur le *rhumatisme viscéral*. Mais le fait en question nous semble moins concluant que le premier. Il s'agit d'une femme de soixante ans, sujette à des douleurs musculaires rhumatismales et à une migraine intense de même nature. Ces douleurs disparues, puis la migraine, le ventre grossit, et un épanchement ascitique très-manifeste se décèle à l'examen. Face pâle, amaigrie, altérée, décoloration des muqueuses, peau sèche, aride, amaigrissement considérable ; langue et gosier rouges et desséchés, soif ardente, urines rares, épaisses et briquetées, sans albumine. Douleurs abdominales intermittentes chaque soir avec réaction fébrile. La quinine d'abord, puis les diurétiques *intus et extra*, des purgatifs énergiques obtinrent raison de cette métastase, et une dizaine de bains de vapeur sulfureux et une saison à Ussat prévinrent le retour de la maladie principale. (*Rev. méd. de Toulouse*, n° 2.)

Est-ce là une ascite métastatique rhumatismale ? Pour cela il faut admettre la nature rhumatismale de la migraine, ce qui est loin d'être classique. M. Charcot, le premier, a noté la coïncidence de la migraine avec le rhumatisme chronique dans des cas d'une grande intensité et ne laissant aucun doute. Sur trente femmes interrogées à cet égard, douze ont répondu affirmativement et dans plusieurs cas, des accès périodiques et



bien caractérisés de migraine se sont produits sous ses yeux. Dans quelques cas, la disparition de la migraine a coïncidé avec le réveil des douleurs articulaires. C'est le seul témoignage à l'appui de cette opinion.

Appelé à se prononcer à ce sujet dans son rapport à l'Académie de médecine, M. Marotte trouve qu'en y joignant l'observation analogue consignée par Chomel, dans sa thèse inaugurale, ces trois faits sont probants, mais que les détails indispensables font défaut, ceux de l'auscultation, de la percussion et même de la palpation, le caractère précis des douleurs, la composition du liquide ascitique, et enfin les preuves que l'ascite ne pouvait être due à aucune autre cause comme une maladie du cœur, du foie ou des reins (*Acad. de méd.*, juin). Avis aux futurs observateurs.

**ASPHYXIE.** *Respiration artificielle.* S'inspirant de la méthode du professeur Pacini, de Florence, qui a été pour ainsi dire importée récemment en France par M. Mattei en l'appliquant spécialement aux nouveau-nés sous le nom de *succussion* (voy. *année* 1868), laquelle n'est qu'un perfectionnement des procédés de Marshall Hall et de Sylvester, consistant à dilater la cavité thoracique par le soulèvement et l'abaissement alternatifs des bras, M. Bain s'est convaincu expérimentalement que le soulèvement des épaules suffit à cet effet. Il le démontre ainsi : Un tube élastique étant placé et fixé dans la trachée d'un cadavre et l'autre extrémité correspondant à un spiromètre donnant la mesure de l'air inspiré, il a vu que la quantité correspond mathématiquement au degré d'élévation des épaules. Le procédé qu'il recommande est donc celui de Pacini modifié, perfectionné. Relevant le malade sur son séant, il se place derrière lui en soutenant le tronc et la tête, et plaçant ses deux mains sous les aisselles, avec les pouces sur l'articulation externe de la clavicule, il attire en haut les épaules avec un certain degré de force et les laisse retomber ensuite. Le procédé est ainsi plus simple et plus facile qu'en se plaçant au devant du malade, en écartant et en soulevant ses bras suivant le conseil du docteur Sylvester. C'est un seul mouvement au lieu de trois, et qui peut s'exécuter beaucoup plus rapidement, outre que la quantité d'air inspiré est d'un tiers en plus, 30 au lieu de 20. Malgré quelques objections de détail faites à ce perfec-

tionnement, on ne saurait se priver de le mettre à l'essai dans l'occasion. (*Med. chir. Society.*, décembre 1868.)

**Asphyxie des nouveau-nés.** Un enfant au huitième mois, extrait par version, était asphyxié. La respiration et les battements du cœur avaient cessé pendant 15 minutes. Cinq quarts d'once de sang défibriné et chaud furent injectés, au moyen d'une seringue de verre, par la veine ombilicale. La respiration et les pulsations réapparurent ; mais l'enfant, mal développé, mourut neuf heures plus tard. Nulle part on ne trouva de thrombus. Le cerveau était anémique. Cette observation soulève une question fort intéressante, malheureusement il ne s'agit que d'un fait isolé et dont le résultat n'est pas par lui-même fort éloquent (*Berlin. klin. Woch.*)

**Asphyxie par régurgitation.** Revenant sur ce genre de mort subite, foudroyante (voy. *année* 1868), à l'occasion d'un fait observé par lui chez un épileptique qui succomba au début d'un accès, alors qu'il venait de dîner, M. A. Foville montre par ses recherches biographiques, qu'il est passé inaperçu des physiologistes, bien qu'il relate trois autres cas analogues, recueillis dans les annales de la science. Mérat seul s'en est occupé à l'occasion du fait observé par Corvisart et signalé par Laennec dans son *Auscultation médiate*, et croit qu'elle se produit lorsque les individus, couchés sur le dos, gris ou endormis, n'ayant pas conscience d'une contraction énergique, instantanée de l'estomac qui produit le vomissement, n'ouvrent pas la bouche, les matières tombent dans la gorge et dans les voies aériennes, et asphyxient l'individu. Mais outre que la contraction, l'effort nécessaire au vomissement et l'instinct de conservation d'un homme qui s'étrangle ne permet guère d'admettre ce mécanisme que très-exceptionnellement, l'observation des faits contredit formellement cette explication. Trois des asphyxiés étaient debout ; le vomissement n'a pas été observé et la bouche était libre de toute la substance alimentaire qui obstruait les voies respiratoires. Il a donc fallu que l'appareil musculaire de l'isthme du gosier s'immobilisât convulsivement contre la base de la langue, ramenée en arrière, et appliquée étroitement contre la voûte palatine, comme dans l'acte de la déglutition pour que ces substances ne parviennent pas dans la bouche. C'est la théorie admise par l'auteur, au moins pour ces trois cas. Quant aux autres, comprenant un jeune enfant, la mort a bien pu se produire comme l'indique Mérat ; mais sa rareté permet même d'en douter. C'en est assez pour montrer cependant, qu'elle se produit de différentes manières. (*Archiv. de médecine*, juillet.)



**Asphyxie chloroformique.** *Courants électriques.* MM. Legros et Onimus ont placé des rats albinos sous une cloche contenant une certaine quantité de chloroforme. Retirés alors que la respiration avait complétement cessé, toute trace de sensibilité et de mouvement volontaire ayant disparu, ces animaux ont été rappelés à la vie par l'introduction du pôle négatif dans le rectum, et du positif dans la bouche. Or, on sait qu'abandonnés à eux-mêmes, ces animaux succombent infailliblement. Un courant d'induction, aussi faible que possible, amena le même résultat favorable que les courants continus. Toutefois, M. Liégeois a constaté, par de nouvelles expériences, que la persistance des mouvements cardiaques était indispensable avec l'un et l'autre courants pour obtenir ce résultat. Il les a employés aussi avec succès dans l'asphyxie par strangulation ou par submersion, et même par la compression des voies aériennes ; mais en constatant cette différence : que les battements cardiaques pouvaient être moindres que dans l'asphyxie chloroformique, ce qui prouve l'action sidérante du chloroforme sur les centres nerveux, sinon sur le cœur lui-même. Il convient donc de distinguer l'influence de l'électricité sur les phénomènes toxiques, des phénomènes asphyxiques du chloroforme ; toute-puissante sur ceux-ci, elle est nulle sur ceux-là.

Les courants continus n'ont donc pas de supériorité sur les courants d'induction ; au contraire, moins faciles à employer, ils ne réussissent qu'en traversant l'axe cérébro-spinal ; tandis que les courants induits ont réussi en étant appliqués sur des organes séparés. Ils sont, néanmoins, capables de rappeler à la vie quand il s'agit d'une syncope causée par une hémorrhagie abondante, et que les battements du cœur ne sont pas suspendus depuis longtemps. Mais il n'en est pas de même dans la syncope chloroformique. (*Société de chir.*, mars.)

**Asphyxie par le charbon.** *Inspirations d'oxygène.* Chez une domestique qui, pour se préserver du froid, avait calfeutré hermétiquement sa mansarde en y déposant la nuit une chauf-

feuse bien garnie, et qui, du 10 au 20 décembre 1868, présenta graduellement tous les symptômes de l'asphyxie : malaises, vertiges, vomissements, teinte violacée, cyanosée de la peau, refroidissement notable, sensibilité émoussée, bourdonnements et sifflements d'oreilles, lassitude, assoupissement, M. le docteur Linas, n'obtenant pas tout le succès désirable du séjour et de l'exercice forcé au grand air, des frictions cutanées, révulsifs, etc., eut l'idée de combattre cette intoxication carbonique par l'oxygène inhalé directement. C'était logique. La malade fut adressée à M. Limousin, et dès la première séance, une amélioration notable se manifesta. Ces inhalations furent continuées, et les signes de l'asphyxie se dissipèrent peu à peu; le 30 décembre, toute trace en était disparue. (*Soc. de thérap.* et *Bull. de thérap.*, juin.)

Chez un palefrenier de cinquante-cinq ans et un cocher de trente-trois, couchés ensemble dans une écurie et asphyxiés tous deux par une fuite de gaz de manière à ne pouvoir se mouvoir ; le docteur Sieveking, en les recevant le 7 janvier à *St Mary's hospital*, dans une insensibilité complète, eut également recours aux inhalations d'oxygène pur, après avoir employé vainement les révulsifs. Ils reprirent connaissance et se sentirent immédiatement soulagés. (*Lancet*, 30 janvier, et *Bull. de thérap.*, juin.)

**ASTHME.** *Diagnostic différentiel.*— Voy. Dyspnée.

*Air comprimé.* Avec le secours de la vapeur pour le produire, ce moyen semble reprendre faveur. M. Gueneau de Mussy en a ainsi obtenu une amélioration rapide chez un asthmatique. Après dix séances de deux heures chacune, l'oppression et les accès avaient disparu, le malade pouvait monter rapidement un escalier sans gêne de la respiration.

M. Moutard-Martin en a obtenu de même un bon effet chez un asthmatique depuis dix-huit ans, souffrant six mois de l'année, malgré toutes les médications. Soumis à l'air comprimé, l'amélioration se manifesta, et après trente séances, il semblait guéri. Une récidive passagère fit de nouveau recourir au même moyen.

Après trois séances chez un concierge, celui-ci pouvait se rendre à l'établissement et se trouva bientôt guéri.

Chez un médecin très-asthmatique et emphysémateux avec voussure de la cage thoracique, six séances d'air comprimé avaient aussi amené une notable amélioration. (*Soc. de thérap.*, nov. 1868.)

Ce sont donc là des faits qui autorisent à espérer beaucoup de ce moyen dans l'asthme essentiel sans altérations organiques, mais il y a toujours la récidive à craindre.



**ATAXIE LOCOMOTRICE.** *Symptômes laryngo-bronchiques.* Rappelant une observation de M. Cruveilhier qui remonte à 1825, et exhumée, interprétée et éclairée par M. Bourdon, comme une preuve que les désordres de la motilité de l'ataxie s'étendent parfois aux muscles du larynx et l'appareil respiratoire, M. Féréol signale une observation où six ans avant l'apparition des symptômes franchement ataxiques, et alors que le malade, jeune, gai, mais original, n'accusait que des douleurs vagues, généralisées, parfois aiguës, fulgurantes et une dysurie intermittente, passagère, capricieuse, une toux spasmodique et quinteuse extrêmement grave se manifestait à propos du plus léger courant d'air, du contact d'un corps froid comme le marbre d'une cheminée, d'un bouton de porte, d'une odeur forte, d'un aliment trop chaud ou trop froid et même sans cause appréciable. C'était une grosse toux férine, suffocante, de quintes à secousses terribles, et se succédant avec la plus grande rapidité, suivies d'inspirations rauques analogues à la *reprise* de la coqueluche ; le visage s'injecte et devient violet; les yeux semblent sortir des orbites; quelquefois, dans la violence de ces crises, l'urine s'échappe involontairement, ainsi que des gaz par l'anus, ou même des matières fécales ; le malade est pris de vertiges, d'éblouissements, et semble près d'étouffer ; il éprouve alors des douleurs atroces le long de la colonne vertébrale et dans les épaules. Dans le cours de ces crises, le plus souvent l'expectoration est nulle ou insignifiante; quelquefois il rejette un peu de liquide incolore, filant, salivaire; d'autres fois, mais plus rarement, les crachats sont muqueux, gris ou jaunâtres, ou il s'y mêle quelques très-légers filets de sang. Ces quintes de toux se répètent parfois pendant plusieurs heures de suite, à d'assez courts intervalles ; elles sont alors suivies d'un sentiment d'oppression, d'étouffement, avec fatigue extrême; mais il n'y a jamais, à proprement parler, de dyspnée asthmatique. Souvent la quinte est isolée, passagère; afin de la faire cesser, le malade arrête et suspend sa respiration pour la reprendre avec

précaution et lenteur, puis il reprend sa causerie ou son repas interrompu et tout est terminé. Ces symptômes bizarres qui n'étaient qu'une exagération considérable de l'action réflexe, mais inexplicables alors, et qui faisaient considérer le malade comme un hypochondriaque, sinon comme un malade imaginaire et contre lesquels il épuisa vainement toutes les stations thermales de France et de l'étranger, furent suivis de troubles musculaires qui le faisaient trébucher et l'empêchaient de marcher les yeux fermés, de soubresauts involontaires, puis de perte de la sensibilité qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital où M. Bourdon diagnostiqua l'ataxie, à laquelle il ne tarda pas à succomber.

Dans un second fait, au contraire, la toux spasmodique en tout semblable au précédent tableau, n'apparut que seize ans après le début des accidents ataxiques, et alors que des symptômes musculaires très-nettement accentués, avaient envahi les membres supérieurs. Comme complication de ces quintes de toux, une douleur atroce se manifestait dans le côté droit du thorax qui lui répondait dans la tête et qui lui faisait comprimer fortement ces parties pour en diminuer la douleur.

Enfin chez une vieille ataxique de M. Charcot citée pour son arthropathie remarquable, M. Féréol a observé accidentellement cette toux quinteuse de la coqueluche avec absence de phénomène stéthoscopique. (*Union méd.*, nos 4 et 5.)

Ces trois faits accompagnés de quelques autres, où le larynx semble tout spécialement influencé, permettent donc de rattacher cette complication à l'ataxie. Il n'est pas étonnant qu'elle en soit la suite; mais dans le premier cas où elle a précédé de six ans les accidents musculaires, il semble que la lésion se soit établie dans un point de la moelle allongée voisin des origines des nerfs respiratoires, ce qui est contraire à la marche ordinaire de l'ataxie, ou le mal débute ordinairement par la partie lombo-sacrée de la moelle pour remonter progressivement vers le bulbe. C'est donc là une exception.

*Arthropathies consécutives.* M. Ball a réuni seize observations de cette lésion signalée et décrite pour la première fois par M. Charcot (*Archives de physiologie*, 1868). En voici les principaux caractères : ne se rattachant à nulle autre cause qu'à la maladie médullaire, siégeant surtout aux genoux ; début subit, quand les accès de douleur fulgurante existent à peu près seuls, et où l'incoordination est récente, à peine accusée, apyrétique;



gonflement prononcé, mais non limité de l'articulation (hydarthrose) sans rougeur ni douleur, offrant les caractères de l'œdème dur, au niveau des parties voisines qu'il occupe quelquefois dans une grande étendue; ces arthropathies s'amendent progressivement, quoique laissant après elles des lésions articulaires persistantes.

Ces lésions, comparées par M. Charcot aux arthrites se montrant dans l'hémiplégie de cause cérébrale, et qui sont des lésions franchement inflammatoires, avec synovite et douleurs articulaires plus ou moins accusées, ne sont guère modifiées par ces observations. Une autopsie faite à la Salpêtrière, la seule qui existe encore, d'une arthropathie de l'épaule gauche chez un ataxique (*Archiv. de phys.*), montre comme l'association d'un processus hypertrophique et d'un processus atrophique. Tandis que le volume des os et le diamètre transversal de la rotule augmentent rapidement, qu'il se forme sur le tibia et sur la rotule des hyperostoses volumineuses, les extrémités articulaires éprouvent au contraire une atrophie rapide qui se traduit par des luxations partielles et par une mobilité anormale. Dans l'épaule, ce serait le processus atrophique qui dominerait.

La marche du processus est très-rapide; en quelques jours, et le plus ordinairement sans réaction fébrile, se produisent des désordres irréparables. Il ne faut pas oublier que l'accélération du pouls est fréquente chez les ataxiques ; aussi chez ces derniers l'exploration thermométrique est-elle nécessaire pour affirmer la fièvre.

Le diagnostic de l'arthropathie spinale n'est pas toujours une pure satisfaction de curiosité scientifique; dans un cas, il a évité à une malade l'amputation du genou. Lorsque la maladie siége aux genoux, le plus ordinairement la lésion est double, mais il y a presque toujours un genou plus malade que l'autre ; et, si l'on rencontre un genou avec d'énormes lésions articulaires qui puissent faire songer à l'amputation, le fait d'une simple hydarthrose de l'autre genou doit faire penser à l'arthropathie spinale.

Le traitement se résume en repos, révulsifs (vésicatoires, cautérisations linéaires), compression. (*Gaz. des hôp.*)

Ce mémoire, assez considérable et enrichi de 18 observations, a été tiré à part, et forme une brochure in-8°. Paris.

Traitement. Les pilules de phosphure de zinc de M. Vigier (voy. *année* 1868), données dans deux cas par M. Moutard-Martin ont provoqué à plusieurs reprises des douleurs d'estomac et des coliques qui ont obligé absolument d'en cesser l'usage. Sous leur influence, M. Pidoux a vu reparaître le sens génital aboli depuis plus de neuf mois avec une meilleure coordination des mouvements sans aucune intolérance intestinale. MM. Féréol et Gubler en ont aussi obtenu de bons effets chez trois malades; mais, suivant les expériences de ce dernier, le phosphure de zinc empêche la dissolution de la viande par la pepsine et produit ainsi des phénomènes dyspeptiques et la diarrhée. Les grands mangeurs sécrétant une grande quantité de suc gastrique pourront seuls le supporter sans inconvénient, surtout pris au moment des repas, tandis que les petits mangeurs en éprouveront des accidents. (*Soc. de thérap.*)

*Étude sur quelques points de l'ataxie locomotrice progressive*, thèse inaugurale, par M. Dubois. Paris, 1868.

Faite sous l'inspiration de M. Charcot, cette monographie renferme trois chapitres consacrés à la description de trois ordres de symptômes peu connus chez les ataxiques : ce sont les arthropathies, les crises gastriques et l'épilepsie spinale, qu'ils présentent avec des caractères assez spéciaux pour les rattacher à cette nouvelle maladie.

**Ataxie progressive d'emblée.** *Phosphore.* A la suite d'un épanchement pleurétique chronique compliqué de gastralgie, M. Widal observe, trente-trois jours après l'entrée à l'hôpital de Maubeuge d'un dragon de vingt-quatre ans, des douleurs vagues ou fourmillements de la peau de l'abdomen comparés à une ceinture métallique et dans toute l'étendue des jambes. Ils augmentèrent malgré divers moyens employés, et bientôt la jambe droite n'est soulevée qu'avec peine ; anesthésie cutanée. Les fourmillements plus intenses dans le membre congénère sont également suivis de paralysie et d'anesthésie incomplète, incoordination des mouvements. Miction et défécation normales. Pas d'érection depuis un mois. L'usage de la strychnine n'améliore guère cet état, tandis que celui des capsules phosphorées, commencé un mois après le début des accidents, ramène presque immédiatement les forces musculaires et les érections, et la guérison était complète un mois après (*Bull. de méd. et ph. milit.*, mai). Bien que ce succès ne soit pas nouveau après ceux de MM. Delpech et Dujardin-Beaumetz (voy. *année* 1868), il était important de le signaler comme confirmation de l'action du phosphore.



**Ataxie de la paupière supérieure.** Fondé sur l'observation de Velpeau, faite sur une paysanne de soixante-quatorze ans qui, après avoir fermé les yeux volontairement, ne pouvait les ouvrir sans porter la main à sa paupière supérieure pour la relever, M. le docteur A. Dubois ayant observé un fait analogue à la clinique ophthalmologique de la Faculté, en 1868, considère cette affection comme une ataxie. Cette femme pouvait rester un certain temps les yeux ouverts, et l'on n'eût pu alors y trouver rien d'anormal ; mais l'occlusion des paupières venait-elle à se produire, il lui était impossible de relever la paupière supérieure sans le secours de la main ; cependant il ne semblait exister aucune contracture, aucun obstacle mécanique à cet acte, et les yeux fermés présentaient l'aspect qu'ils ont chez une personne qui dort d'un sommeil paisible. Venait-on avec la main à relever la paupière, celle-ci laissait l'œil à découvert pendant quelques instants, puis s'abaissait de nouveau sans qu'elle pût être relevée ; ce phénomène se produisait des deux côtés à la fois. Mais, chose curieuse, il suffisait d'élever la paupière avec le doigt, d'un seul côté, pour qu'en même temps la paupière du côté opposé accomplît le même acte, sans qu'il fût nécessaire d'y toucher. Cette femme ne se souvenait pas avoir eu jamais mal aux yeux ; elle n'était atteinte de son infirmité que depuis peu de temps, et venait à Paris dans le but d'en être délivrée, car à chaque instant, elle était dans l'obligation d'interrompre son travail pour rétablir l'intégrité de sa vue (*Gaz. hebd.*, n° 20). Le succès de la résection des téguments comme dans l'ectropion faite par Velpeau et l'emploi de serres-fines dans le second cas semblent exclure l'idée d'ataxie.

**ATROPHIE MUSCULAIRE.** *Courants continus.* Ils ont été très-efficaces, employés exclusivement chez un garçon de dix-neuf ans qui, à la suite d'une rougeole, ressentit subitement un affaiblissement considérable des membres supérieurs et dont la paralysie était complète trois semaines après ; paralysie qui s'étendit ensuite aux membres inférieurs. Et comme preuves qu'il s'agissait bien d'une atrophie musculaire, le docteur Ne-

semann dit qu'à l'arrivée à l'hôpital, les éminences thénar étaient effacées, les deltoïdes sans consistance ni épaisseur, les mouvements des bras presque impossibles et les membres inférieurs comme paralysés. L'examen d'une parcelle du deltoïde confirma ce diagnostic, et après deux mois de séjour, la paralysie et l'atrophie étaient complètes, la contractilité musculaire avait diminué dans la même proportion.

C'est alors que l'on galvanisa tous les jours, pendant dix minutes, deux points de la portion cervicale du grand sympathique, et le succès fut tel que graduellement le malade reprenait des forces et pouvait marcher six mois après. Les mouvements des bras se rétablirent ensuite conjointement avec le volume normal des muscles, et ce traitement continué pendant seize mois permit au malade de sortir presque guéri après vingt et un mois de séjour à l'hôpital. Les fibrilles musculaires du deltoïde présentaient de nouveau une striation très-nette et renfermaient encore en certains points quelques gouttelettes graisseuses. Les fibres nerveuses que l'on pouvait apercevoir dans certaines préparations offraient une structure tout à fait normale. Ne pourrait-on pas considérer ce fait comme une paralysie générale consécutive à une pyrexie?

**Atrophie musculaire progressive.** *Arsenic.* Un célibataire de trente-trois ans, dit le docteur Da Silva Lima, employé dans un bureau, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris de violentes coliques en 1865, et s'aperçut ensuite que son pouce droit était paralysé. Dès ce moment, la région thénar correspondante n'avait plus son volume normal. Les muscles des avant-bras s'affaiblirent graduellement des deux côtés, de manière à le priver de l'usage des mains. Malgré l'emploi du fer, de la noix vomique et une saison thermale, l'état du malade empirait sans cesse. Les coliques persistaient, les avant-bras diminuaient, les muscles de la paume des mains étaient tellement atrophiés, qu'il ne pouvait les étendre dans la pronation de l'avant-bras; il ne pouvait plus écrire lisiblement.

Le bureau du malade ayant été repeint, on crut un instant à une intoxication saturnine, mais il n'y avait ni le liseré gengival caractéristique, ni anesthésie cutanée. Au contraire, des douleurs, des picotements, des tremblements, existaient dans les muscles atrophiés, et quelques crampes dans les jambes.



Découragé, le malade consulta divers médecins qui firent prendre la strychnine, l'iodure de potassium, des bains salés. On le soumit aussi aux courants électriques; mais revenu en mars 1868, je trouvai une disparition complète des muscles deltoïdes; la peau seule recouvrait les épaules, et les acromions, saillants, formaient comme une voûte d'où pendaient les bras maigres et inertes comme des appendices inutiles se balançant sur les côtés du tronc pendant la marche. Le biceps et les brachiaux étaient atrophiés partiellement, ainsi que les muscles des régions thénar et hypothénar, même les lombricaux.

Les mouvements des doigts étaient seuls conservés, quoique imparfaits et sans usage, les pouces et les indicateurs ne pouvaient s'étendre; le malade ne pouvait même donner la main à qui la lui offrait, à moins d'avancer tout le bras en mouvement de pendule. A part les mouvements d'adduction et de rotation, tous les autres étaient impossibles.

Les grands pectoraux étaient aussi diminués de volume; la voix était faible et rendait la respiration anxieuse au moindre exercice. De fortes douleurs névralgiques, surtout nocturnes, privaient souvent le malade de sommeil.

Ces progrès rapides avaient été précédés de redoublement des coliques et de douleurs lancinantes dans les muscles atrophiés; absence d'appétit et de sommeil. C'est alors que l'arsenic fut administré sous la forme d'iodure d'arsenic et de fer, associé aux courants électriques et finalement sous la forme suivante:

| | |
|---|---|
| Liqueur arsenicale de Fowler. . . . . | 30 grammes. |
| Chlorhydrate d'ammoniaque. . . . . | 8 — |
| Bichlorure de mercure. . . . . | 5 centigrammes. |
| Eau. . . . . | 375 grammes. |

Mêlez.

Trois cuillerées à soupe par jour.

Cinq à six semaines après l'usage de ces préparations arsenicales combiné avec l'usage de la noix vomique, ou son alcaloïde et l'huile de foie de morue, le malade accusait une amélioration des douleurs névralgiques. Il partit aux bains de mer les premiers jours de mai, et dix-neuf jours après, outre l'état général très-sensiblement meilleur, les muscles avaient repris du volume, surtout à l'épaule droite, l'abduction était possible.

Moins d'un mois après, il écrivait lisiblement; les muscles atrophiés avaient repris du volume; il pouvait élever les bras et donner la main à ses amis; engraissement; plus de douleurs névralgiques. Enfin, l'amélioration fut tellement croissante, que, un an après ce traitement, M. F... avait repris sa place d'employé et pouvait écrire couramment. (*Gazetta med. da Bahia*, n° 68.)

Sans chercher à justifier par des détails plus circonstanciés le diagnostic et le traitement de ce cas, la guérison obtenue sous l'influence de l'arsenic contre une maladie ordinairement mortelle mérite de fixer l'attention. Sauf le docteur Meryon, qui, se fondant sur le pouvoir qu'a l'arsenic de modifier le processus morbide d'assimilation, l'a conseillé théoriquement contre l'atrophie musculaire progressive (*Pract. and pathol. researches on the various forms of paralysis;* Londres, 1864, p. 213), c'est le premier cas peut-être où il ait été employé, et le succès en est si évident qu'il peut et doit même inciter à une expérimentation ultérieure.

**ATROPINE.** *Action toxique.* Chez un octogénaire opéré de la cataracte dans la clinique du professeur Richet, et chez lequel on instillait matin et soir une solution d'atropine, soit 2 milligrammes par jour au 100e, pour relâcher l'iris contre des fausses membranes formées dans le champ pupillaire, il survint dès la seconde semaine un long frisson, puis du délire ou plutôt du subdélirium. L'opéré ayant eu un anthrax, on craignait déjà le début d'une infection purulente et l'on donna le sulfate de quinine d'autant plus indiqué que le délire présentait des redoublements marqués et réguliers, c'est-à-dire après l'instillation du collyre auquel le chirurgien ne pensait plus. Mais la quinine n'ayant pas d'effet et la divagation devenant de plus en plus marquée au point de recourir à la camisole de force et l'appétit se maintenant, il fallut bien chercher une autre cause. C'est ainsi qu'elle fut trouvée et expliquée par la cessation des accidents avec la cessation de l'atropine.

On voit par là que les doses thérapeutiques n'ont rien d'absolu et qu'il ne faut pas oublier cette vérité lorsqu'on soigne des vieillards surtout, dont l'équilibre nerveux instable et la réaction décroissante laissent le champ libre à la perturbation produite par le médicament.



**AUTOPLASTIE.** *Plastics : A new classification and a brief exposition of plastic surgery* (autoplastie, nouvelle classification et exposition sommaire de la chirurgie autoplastique), par le docteur D. Prince; Philadelphie, 1868. Nouvelle classification des procédés autoplastiques ramenés aux six types suivants, avec quelques subdivisions. La méthode par glissement — *sliding* — en forme 2, selon que la ligne est directe ou courbe; puis c'est la méthode indienne par un pédicule tordu sur lui-même — *jumping*. Celle par inversion ou éversion. La méthode italienne, par transport d'un lambeau d'un lieu à un autre plus ou moins éloigné appelée *taliacotian* et la méthode par greffe ou *grafting*. Des exemples de ces types et de leurs modifications sont cités à l'appui.

**AVORTEMENT.** Suivant M. Leconiat, la navigation pourrait le provoquer par son influence congestive sur l'utérus. Voy. MENSTRUATION.

## B

**BACTÉRIDIES.** *Inoculation à l'homme.* Ce fait, réalisé expérimentalement par M. Davaine, s'est confirmé accidentellement le 18 janvier.

Un régisseur agricole dépeçait un mouton mort de sang de rate, lorsqu'il se fit une petite plaie d'un demi-centimètre de profondeur entre le pouce et l'index. Malgré un pansement très-intelligent, ce n'est que six jours après que, sentant sans doute quelque malaise, il alla se faire cautériser. Il n'y avait alors qu'une trace légère de la plaie avec un peu de gonflement périphérique, mais, dès le surlendemain, toute la main était gonflée et douloureuse, et, à son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 25, elle revêtait l'aspect d'un vaste phlegmon. Malgré des incisions, des cautérisations de pointes de feu sur le trajet des veines, la mort arrivait subitement le 29.

Le microscope révéla des bactéridies en nombre considérable dans les préparations de la rate et dans le sang. Malheureusement, on ne put l'inoculer au mouton pour en montrer la virulence. (*Lyon méd.*, n° 7.)

**BAINS.** *Étude clinique sur l'emploi et les effets du bain d'air comprimé* dans le traitement des maladies de poitrine, notamment dans le catarrhe chronique, l'asthme et la phthisie, par M. le docteur E. Bertin, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, un vol. in-8 de 741 pages, 1868. Paris et Montpellier.

**BEC-DE-LIÈVRE.** *Excision sous-périostée.* Chez un enfant de sept mois atteint de bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire à l'extrémité du nez qui le rendait un objet d'horreur, M. A. Guérin, ne pouvant réséquer simplement l'os intermaxillaire à cause de la corne saillante que la cloison aurait laissée sous le nez et, dans l'impossibilité de réséquer ce fragment à cause de l'hémorrhagie mortelle qui était à craindre, imagina d'inciser la muqueuse sur la ligne médiane jusqu'à la cloison et la décolla ensuite de chaque côté avec le manche du scalpel ; puis la cloison à nu, il en enleva un large segment. Détachant ensuite la peau qui recouvrait le tubercule muqueux, il ramena celui-ci entre les deux maxillaires qu'il réunit au moyen de la suture, comme l'avait fait M. Broca. (Voy. *année* 1868.)

Par ces différents temps d'une opération très-laborieuse, la difformité fut considérablement amoindrie et la soudure ultérieure des os ne laissait voir que la cicatrice cutanée. (*Soc. de chir.*, avril.)

C'est donc là un nouveau perfectionnement à un procédé qui va chaque jour s'améliorant, et qui ne laissera bientôt plus rien à désirer pour les lésions les plus compliquées.

**BLENNORRHAGIE.** *Incubation.* Sur 2070 cas observés par M. Le Fort, l'écoulement a débuté 50 fois après vingt-quatre heures, 149 fois après deux jours et 327 fois après le troisième jour. En divisant le tout par périodes de quatre jours, il y a 778 cas ou 37,5 pour 100 du chiffre total les quatre premiers jours, 869 ou 44 : 100 du cinquième au huitième jour et seulement 276 ou 13 : 100 du neuvième au douzième, 112 ou 5 : 100 du treizième au seizième et 17 du dix-septième au vingtième jour. C'est donc du quatrième au huitième jour que débute ordinairement la blennorrhagie, puisqu'elle a paru dans 1647 cas ou 70,5 pour 100 dans les huit premiers jours.

Aucun malade n'a fourni de ces incubations de six semaines dont parle Hunter et, sur 2070 sujets, 35 seulement ont présenté une incubation de plus de trente-cinq jours.



Nouveaux antiblennorrhagiques. Aux applications multiples que l'on fait à l'envi de l'acide phénique, M. Fiorani, chirurgien de l'hôpital de Lodi, l'a employé en injections, 3 à 4 gr. pour 100 d'eau contre la blennorrhagie de la femme et dans 8 observations qu'il rapporte, l'écoulement a été tari dès le troisième jour (*Ann. univ. di med.*, avril). On ne peut rien employer de plus rapide ni de moins offensif.

La période aiguë apaisée, le professeur Scarenzio vante l'injection suivante qu'il emploie de même contre la blennorrhée :

| | |
|---|---|
| ℞ Baume de copahu. . . . . | 6 grammes. |
| Glycérine pure. . . . . | 60 — |
| Extrait gommeux d'opium. . . . . | 20 centigr. |

3 injections par jour.

Obligé de recourir aux sels minéraux, il les enrobe aussi de préférence avec la glycérine comme véhicule et additionnés d'opium. (*Ann. univ. di med.*)

*Injections isolantes.* Au lieu d'amidon, de bismuth, de craie ou d'autres substances pulvérulentes employées semi-liquides en injections, le docteur Paillasson emploie un glycérolé d'amidon solide et mou, qu'il fait pénétrer dans l'urèthre à l'aide d'un injecteur spécial en étain qui, par un tour de vis, pousse le glycérolé dans le bec de l'instrument. Par ce moyen, les parois de l'urèthre malade se trouvent écartées, séparées, et c'est ainsi que dans les écoulements chroniques, les blennorrhées très-anciennes, la guérison est rapidement obtenue, comme des observations très-authentiques en font foi (*Montpellier méd.*, mai). La dépense d'un instrument spécial et le doute de réussir avec ce nouveau procédé sont des obstacles à sa vulgarisation.

*Injection modificatrice* (van den Corput).

| | |
|---|---|
| ℞ Permanganat. potass. crist. . . . . | 50 centigr. |
| Aquæ distillatæ. . . . . | 200 grammes. |

Mêlez.

S'il y a douleur ou sensibilité trop vive, ajoutez 4 à 8 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Deux à quatre injections par jour.

Sous l'influence de ces injections à la fois détersives et modificatrices, des uréthrites qui faisaient le désespoir des malades se sont modifiées promptement, et des écoulements qui avaient résisté à l'emploi de la plupart des autres agents se sont taris.

On emploie également avec avantage, dans plusieurs cas, les injections suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Hypochlorite calc. liq. . . . . | 2-4 | grammes. |
| Aquæ distillatæ. . . . . | 200 | — |

Mêlez.

Pour combattre les *érections*, M. Boulomié a injecté par la méthode hypodermique une solution morphinée au niveau de la quatrième vertèbre lombaire. Dès la première nuit, elles sont diminuées et suspendues la seconde. (*Gaz. des hôp.*)

La thérapeutique est-elle désarmée à ce point contre cette complication fâcheuse, qu'il faille recourir à un pareil moyen ? Je ne le pense pas. Le camphre, l'opium, le bromure de potassium et jusqu'à l'extrait de nénuphar en obtiennent très-facilement raison sans aucun danger pour y recourir sinon très-exceptionnellement.

**BOUCHE.** *Éther.* Dans plusieurs affections parasitaires de la muqueuse buccale comme les aphthes, le muguet, la stomatite ulcéreuse et même la pharyngite aiguë et chronique, la laryngite chronique, l'angine diphthéritique, le docteur Black a constaté ses bons effets lorsqu'il est appliqué en topique comme modificateur des ulcérations et favorisant la régénération de l'épithélium.

Sans pouvoir se prononcer avant d'avoir expérimenté, il paraît du moins étonnant que le même moyen réussisse contre des affections si diverses par leur nature.

*Acide chromique.* Vanté déjà contre l'ostéo-périostite des alvéoles par M. Magitot (voy. *année* 1867), cet acide, par son action modificatrice et destructive énergique, est regardé par ce dentiste distingué en raison du peu de douleur qu'il provoque,



comme l'un des agents les plus convenables à la cautérisation des muqueuses gingivale et buccale, et préférable à tous les autres. (*Bull. thérap.*, mars et avril.)

**BRAS ARTIFICIEL.** Il convient de signaler ici comme l'objet d'un progrès réel et très-utile le bras artificiel de M. Gripouilleau permettant aux agriculteurs, travailleurs des campagnes, terrassiers, etc., devenus manchots, de continuer leur profession et de gagner leur vie. Objet d'un rapport très-élogieux à l'Académie de médecine, par M. Broca, à la Société de chirurgie, par M. L. Le Fort, ce bras artificiel se compose d'une manche en toile solide entourant le moignon et fixée sur l'épaule et autour du corps par des courroies de même nature. A l'autre extrémité, cette manche s'attache autour d'une sorte de calotte hémisphérique en bois, percée à son centre d'outre en outre. Dans ce trou s'engage un pieu de fer, se terminant du côté du bras par une tête aplatie, et du côté libre et saillant au dehors par une mortaise. Dans cette mortaise est reçue la tête aplatie, à forme de lame, d'une tige de fer représentant l'avant-bras; et celle-ci, bifurquée également en bas, s'articule avec une troisième pièce représentant la main.

Cette main est tantôt constituée par un anneau s'il s'agit de faucher, par une douille s'il faut manier la pelle ou la pioche, par un crochet s'il faut traîner la brouette; et la pièce antibrachiale se met ou se supprime selon la nature du travail. Le principe du bras de M. Gripouilleau est une extrême mobilité dans tous les sens et son prix est au-dessous de tous les appareils analogues et à la portée de toutes les bourses ; il ne coûte que trente à quarante francs.

**BRONCHITES.** *On chronic bronchitis especially as connected with gout, emphysema and diseases of the heart* (De la bronchite chronique liée à la goutte, l'emphysème et les maladies du cœur). Leçons cliniques faites à l'hôpital Middlesex de Londres, par le docteur H. Greenhow. Londres. Le point essentiel de ce travail, c'est que l'emphysème pulmonaire est considéré par l'auteur comme étant dû certainement, au moins dans la majorité des cas, à une dégénérescence du tissu pulmonaire.

*Des bronchites.* Pathologie générale et classification, thèse

d'agrégation par le docteur G. Hayem, lauréat de la Faculté et des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8.

**BROMURES.** Étudiés et spécialement expérimentés par M. le docteur Rabuteau, dont les travaux à ce sujet ont été récompensés par l'Académie des sciences. (*Gaz. hebdom.*)

Voy. COLIQUES DE PLOMB.

**Bromure de potassium.** *Action physiologique.* Des observations et des expériences faites à l'Université de Cambridge par des élèves de la Faculté de médecine de Massachusetts, sous la direction du professeur Clarke, il résulte de l'apparition rapide du bromure de potassium dans l'urine, qu'il est rapidement absorbé, mais qu'il en est tout autrement de son élimination. Les reins, la peau et peut-être les intestins le rejettent non décomposé; l'expiration, au contraire, n'élimine que du potassium libre de brome. En traversant l'organisme, il irrite localement les surfaces où il passe, et agit comme un sédatif du système vasculaire et nerveux. Son effet immédiat est de diminuer toutes les secrétions, excepté l'urine ; mais une hypersécrétion peut s'ensuivre. (*Boston med. and surg. Journ.*, octobre 1868.)

Employé avec succès contre une pneumonie ataxique, le rhumatisme, mais surtout contre l'épilepsie, dont quelques guérisons en ont fait étendre l'usage aux autres névroses convulsives : la chorée, l'éclampsie, le tétanos et l'insomnie des enfants. Voy. *ces mots.*

*Du bromure de potassium* et de son antagonisme avec la strychnine, par le docteur F. A. Saison, pharmacien de 1re classe. Paris, 1868, in-8°, 59 pages.

**BRULURE.** *Sulfate de fer.* Chez un enfant de quatre ans dont presque toute la surface cutanée avait été brûlée accidentellement au 3e et au 4e degré, la suppuration était si abondante et fétide dès le quatrième jour, que la salle de l'hospice de l'Enfance de Lausanne, où il était placé, était devenue inhabitable. Fièvre ardente, douleurs atroces, intoxication putride imminente, lorsque M. Joël le plaça dans un bain tiède contenant deux poignées de sulfate de fer. La sédation fut immédiate, et en renouvelant ce bain deux fois par jour durant 15 ou 20 minutes, la suppuration se modéra et toute odeur disparut (*Bull. de la Soc. vaudoise*, mars). Malgré les nombreux remèdes vantés, l'effet de celui-ci est trop remarquable pour ne pas être signalé.



Suivant le docteur Marin, c'est par un phénomène d'endosmose que l'extrait de saturne, les gelées et les sirops de fruits, l'albumine, les glycérolés, agissent dans la brûlure du second degré. La densité plus grande de ces liquides que celle du sérum renfermé sous l'épiderme, produit naturellement ce phénomène, et en combattant ainsi la formation de la sérosité, on prévient le décollement de l'épiderme comme il en fournit un exemple. De là, l'indication de n'employer que des corps susceptibles de se mêler au sérum et de déterminer le courant osmotique de dedans au dehors. (*Idem*, août.)

**BUBON.** *Perchlorure de fer.* Il prévient la suppuration selon M. Lamprey, et la tarit quand elle existe. Après avoir ouvert largement le bubon à ciel ouvert, il injecte dans tous les tissus et anfractuosités une solution au dixième et en recouvre la plaie. Il suffit de la renouveler ensuite pour voir le bubon se guérir en quelques jours. (*Med. Press.*, n° 4.)

**Bubon suppuré.** Sans ouverture, ni piqûre, ni écorchure, sans solution de continuité d'aucune sorte, M. Auzias-Turenne dit obtenir la résorption du contenu en étalant simplement dessus, d'un trait de pinceau, quelques gouttes d'un remède qu'il fera connaître plus tard, mais nullement nouveau, puisqu'il a été vanté par Pline et Dioscoride. Le malade en souffre à peine et se rétablit doucement et sans que personne puisse s'apercevoir de rien. (*Acad. de méd.*, août.)

Ces dires sont si merveilleux, qu'en ne démontrant pas la chose par A+B, M. Auzias-Turenne s'expose à ce qu'on doute jusqu'à plus ample informé.

M. Callender a soumis à la Société pathologique, le 19 janvier, les pièces pathologiques d'un bubon ayant fusé dans la gaîne des vaisseaux fémoraux et déterminé une hémorrhagie mortelle. Cette issue, qui ne s'était pas offerte depuis plus de trente ans à l'hôpital Saint-Barthélemy, était autrefois très-commune selon M. Paget ; effet de l'abus du mercure, dit M. Callender, mais il semble bien plus rationnel d'attribuer la disparition de cette

complication redoutable à une meilleure direction du traitement.

**BUXINE.** Alcaloïde extrait par M. Pavia, chimiste italien, des feuilles et des racines du buis et expérimenté avec succès contre les fièvres intermittentes. — (Voy. *ce mot.*)

## C

**CALCANÉUM.** *Excision.* Pour juger de la valeur de cette opération, M. Polaillon en a recueilli et analysé tous les cas publiés au nombre de 64. Dans 9, le résultat étant douteux, il en reste 53 dont 39 succès et 16 revers, ce qui prouve déjà qu'elle ne mérite pas la réprobation dont quelques chirurgiens l'ont frappée. Les 16 revers comprennent 6 cas où les opérés n'ont pu se servir de leur pied sans appareils ou béquilles, 7 amputations rendues nécessaires par ce fait ou d'autres accidents et 3 morts.

Suivant l'âge, on compte :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dans les 10 premières années. . . . . | 12 | succès | 0 | revers |
| De 10 à 20 ans. . . . . | 14 | — | 3 | — |
| De 20 à 30 ans. . . . . | 7 | — | 9 | — |
| Après 30 ans. . . . . | 6 | — | 3 | — |

La conclusion pratique en découle naturellement, d'autant plus que la reproduction osseuse, manifeste dans 12 cas, a eu lieu chez des sujets n'ayant pas dépassé vingt ans ; un seul avait trente-six ans.

Examinant les objections faites à cette opération et le manuel opératoire, M. Polaillon conclut qu'elle doit être acceptée en pratique, surtout chez les enfants et les adolescents, où elle réussit 8 fois sur 9 avec des résultats excellents pour l'usage du membre. Elle doit donc être préférée chez eux à l'amputation. Chez les adultes, au contraire, où elle échoue dans la moitié des cas avec des succès moins favorables, l'amputation vaut mieux que l'excision, qui expose davantage à la mort. (*Arch. de médec.*, septembre et octobre.)

Mémoire d'une grande valeur en fixant sur les indications et



les contre-indications de cette opération, et surtout en montrant bien les difficultés du diagnostic qui l'exclut pour l'évidement de l'os ou l'amputation du pied.

**CALCULS. Calculs urinaires**, ayant une dent pour noyau. Voy. KYSTES PAR INCLUSION.

**Calculs rénaux.** — Voy. NÉPHROTOMIE.

**CANCER.** *Suc gastrique.* Une femme de cinquante-deux ans entra à l'hôpital de Lodi le 13 janvier 1868, dans le service de chirurgie du docteur Tansini, pour une tumeur de la région temporale gauche dont l'origine remonte à 1864. Dure et indolore au début, elle s'accrut, devint sensible et s'ulcéra en saignant au moindre choc ou attouchement, au point de donner lieu à d'abondantes hémorrhagies.

A l'examen, cette femme est amaigrie et d'un aspect vieillot. Sa peau est ridée, terreuse, rugueuse. Réglée à vingt ans, elle cessa de l'être à quarante et fut sans cesse maladive et ménorrhéique. Sa tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, occupe toute la région temporale, ulcérée à sa face interne avec écoulement d'un ichor exhalant l'*odeur spécifique du cancer*. Son immobilité fait soupçonner la dégénérescence de l'os sous-jacent. De faciles et abondantes hémorrhagies obligent de recourir aux astringents de toute sorte pour les arrêter. Deux ganglions dégénérés, durs et gros comme une fève, s'observent au-devant de l'oreille correspondante et à l'angle maxillaire.

Après deux consultations des médecins et chirurgiens de l'hôpital sur l'opportunité de l'amputation, la crainte de rencontrer des adhérences avec le temporal et la dégénérescence des ganglions voisins, autant que l'éloignement de la malade pour cette opération, la firent repousser, et cette femme allait être congédiée lorsque le célèbre physiologiste Lussana, étant venu dans le service le 4 février, suggéra l'application du suc gastrique sur la plaie comme propre à digérer et absorber cette tumeur. Le conseil fut accepté, et M. Lussana fournit lui-même le suc gastrique provenant de la fistule stomacale d'un chien.

Une première application eut lieu le 12 février sur toute la surface ulcérée au moyen d'un pinceau doux. Une légère ardeur s'ensuivit, ainsi qu'une hémorrhagie qui nécessita l'application de charpie. Enlevé le lendemain, ce pansement n'avait

opéré aucun changement sensible. Il fut renouvelé le 14 et le 16 ; mais le suc gastrique ayant fusé en abondance, il s'ensuivit aussitôt un vaste érysipèle fébrile qui suivit son cours ordinaire.

Le 21, la tumeur était réduite de moitié ; le ganglion de l'oreille était disparu et celui de l'angle maxillaire abcédé. Néanmoins, une quatrième application fut faite, et des phénomènes de gastricisme survinrent. L'abcès s'ouvrit le 24, et la tumeur continua à diminuer de jour en jour, tellement que le 1er mars, à la surprise de tous les témoins de cette expérience, elle était réduite à une plaie recouverte de granulations rosées, sans trace des deux glandes existant au-dessous. Des cautérisations régularisèrent la plaie, et le 19 mars la malade quitta l'hôpital parfaitement débarrassée de sa tumeur et dans un état général très-satisfaisant. (*Gazz. med. Lombard.*, 20 février.)

Est-ce là un cancer, un squirrhe ou un simple épithélioma ulcéré? Aucune discussion, aucun diagnostic différentiel n'étant fait à cet égard par l'auteur, il faut rester dans le doute. Dans ce dernier cas, cette guérison n'aurait rien de bien étonnant, car il a été démontré en France dans ces dernières années que l'acide acétique venu d'Angleterre comme anticancéreux ne guérit que l'épithélioma (voy. *années* 1866 et 67). En serait-il de même du suc gastrique? Préconisé par le professeur Lussana comme *digérant* les tumeurs de mauvaise nature, il semble s'appliquer aussi bien au cancer qu'aux autres. Voici les règles tracées par le savant physiologiste pour son emploi.

« Le cancer doit être ouvert, ulcéré, afin que ni l'épiderme ni l'épithélium n'empêchent l'action de ce liquide qui doit être recueilli dans sa plus grande force, c'est-à-dire d'une fistule gastrique d'un chien robuste, alors qu'il est complétement rétabli de l'opération, en pleine santé et digérant activement. Il convient donc d'attendre quelques semaines après l'ouverture de cette fistule et de se défier de l'activité énergique du suc gastrique obtenu pendant la digestion artificielle. L'irritation de l'estomac l'altère et le rend aussi moins actif. De là pourquoi les cancers de l'estomac n'en sont prévenus ni guéris. On comprend en effet, d'après ces conditions, que le cancer de l'estomac, à son début, ne peut être attaqué par le suc gastrique, et que, lorsqu'il s'ulcère, le suc gastrique qui le baigne, altéré dans sa nature et sa composition par l'effet même du mal, n'a plus les qualités, la force requises pour le digérer. Au lieu d'une



quantité vingt à quarante fois supérieure à la quantité à fluidifier de substance albuminoïde, il n'en faut que dix fois plus quand il est recueilli dans de bonnes conditions. En tout cas, il faut renouveler la digestion d'un cancer pour arriver à sa fluidification. C'est ainsi que les injections sous-cutanées de suc gastrique sont restées infructueuses par la trop faible quantité employée. » (*Gazz. med. Lombarda*, mars.)

Il ne s'agit donc que de tenter cette application sur des cancers ulcérés, des squirrhes de la mamelle bien avérés pour résoudre le problème de leur digestibilité par le suc gastrique.

Un second cas tout aussi problématique est rapporté par le docteur Pagello. Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, admise à l'hôpital de Bellune, en mars 1869, pour une tumeur grosse comme un œuf, occupant la région occipitale droite. Un séton la traversant en avait provoqué le développement et la douleur. La base en est mobile ainsi que la peau qui la recouvre. Deux incisions l'ayant divisée, montrèrent un noyau de substance polypiforme, formant une sorte de masse fongueuse et frangée qui adhérait au péricrâne. L'excision en fut faite aussi complétement que possible, mais deux jours après, des fongosités se reproduisirent avec le caractère *cancro fungoso*, résistant aux cautérisations argentiques.

C'est alors que le professeur Lussana employa du sucre gastrique de chien, dont une application fut faite sur la plaie le 24 mars. Dès le lendemain ces fongosités étaient fluidifiées, granulations au fond de la plaie, franges disparues.

On continua à traiter la moitié de la plaie avec le suc gastrique, et comme épreuve comparative, l'autre fut pansée avec le perchlorure de fer ; mais tandis que sur celle-ci les fongosités étaient élevées et sanguinolentes, elles étaient affaissées sur l'autre. Le suc gastrique fut dès lors employé exclusivement, et le 4 avril, toutes les végétations avaient disparu et la plaie était très-réduite. L'adhésion et la cicatrisation étaient complètes le 13 avril que la malade sortait guérie. (*Idem.*)

Sans que ce fait soit plus concluant au point de vue du cancer, l'action dissolvante du suc gastrique semble confirmée par ce nouveau cas, elle paraît plus efficace que celle des caustiques.

Au lieu d'employer un *suc gastrique artificiel* préparé avec une *solution acidulée de pepsine*, dit M. Lussana, je trouve bien plus raisonnable et juste la proposition de mon excellent ami et

collègue, le professeur Lemoigne, d'improviser au besoin un suc gastrique dans ses conditions naturelles, physiologiques. Pour cela, il faut avoir le cadavre d'un animal tué à l'instant, et encore tiède pour ainsi dire. On racle la muqueuse de l'estomac de cet animal (chien, chat, cheval), ou bien du quatrième ventricule (caillette), d'un ruminant quelconque. A la raclure (pepsine fraîche), on mêle une suffisante quantité d'eau tiède légèrement acidulée avec de l'acide chlorhydrique. Ce procédé fournit un suc qui semble s'approcher beaucoup du naturel, que l'on peut se procurer avec facilité, et qui d'ailleurs, a l'avantage de fournir sans retard une abondante quantité de bon suc gastrique, tandis que par les fistules artificielles, il faut attendre des journées, et rencontrer parfois bien des difficultés pour obtenir ce que l'on désire. (*Sur le traitement du cancer avec le suc gastrique*, etc. Padoue.)

Beaucoup d'objections ont été faites de part et d'autre à ce succès étonnant. On s'est demandé comment le cancer de l'estomac pouvait exister, se développer et déterminer la mort, baigné qu'il est sans cesse par le suc gastrique, si celui-ci a la propriété de le dissoudre, de le digérer (*Union méd.*). Mais les conditions précitées répondent suffisamment à ces objections. Ce n'est pas d'aujourd'hui, d'ailleurs, que ce remède est proposé. Sennebier, le traducteur de Spallanzani, avait imaginé, dès le siècle dernier, de profiter de son action dissolvante sur les ulcères cancéreux. Tout récemment, le professeur Nusbaum a injecté la pepsine dans leur intérieur, ce qui est la même chose. C'est ainsi que dans un cancer de la parotide, 7 grammes de pepsine furent injectés et la plaie guérit au dehors, mais le mal récidiva bientôt dans la bouche (voy. *année* 1867). Ce mode de traitement mérite donc au moins d'être pris en considération.

*Injections de pepsine.* Le docteur de Castro les a employées dans le même but chez une femme arabe de cinquante ans, ayant subi l'amputation de sein droit cancéreux, en mars 1868. La récidive de deux tumeurs limitées, dures, bilobées dans le creux axillaire, ayant le volume d'une petite orange, l'engagea à y pratiquer l'injection de 50 centigrammes de pepsine amylacée, acide, dans 1$^{gr}$,30 d'eau. Cinq jours après, la tumeur inférieure avait diminué de moitié, et un petit abcès s'était développé ; ces injections renouvelées à des intervalles de vingt à quarante jours, amenèrent une telle amélioration que les tumeurs étaient presque nulles ; la malade avait bon teint, ses forces étaient revenues et elle avait pu reprendre son métier très-fatigant. (*Imparziale*, février.)



Faites selon la méthode de Thiersch dans 11 cas par le professeur Albanese à la clinique chirurgicale de Palerme, ces injections n'ont donné aucun résultat nouveau. Contre 7 cancroïdes de la peau, 4 ont été guéris, 2 seulement modifiés et le 7$^{e}$ est resté complétement réfractaire. Or, on sait que les applications de chlorate de potasse, les injections d'acide acétique, moins dangereuses dans leur action et plus faciles dans leur application, ont également donné des succès dans ces dernières années. Une étude comparative de ces divers moyens pourrait donc seule en révéler la valeur relative. Contre 4 squirrhes de la mamelle, les injections de pepsine sont restées sans effet, sinon que dans un cas, la tumeur s'est réduite considérablement et a acquis une dureté pierreuse. (*Gazz. clinica di Palermo*, septembre.)

*Suc pancréatique.* S'il y a quelque utilité à espérer de l'application d'un suc digestif pour dissoudre le néoplasme, celui-ci, selon M. le professeur Schiff, jouissant au plus haut degré de la propriété digestive et dissolvante, qu'il soit à l'état acide, neutre ou alcalin, est bien préférable au suc gastrique qui n'agit que dans l'état d'acidité et des conditions spéciales qui en rendent l'emploi d'autant moins facile. Déjà il a commencé cette expérience comparative en injectant du suc pancréatique dans une tumeur volumineuse de l'aisselle, chez une femme déjà opérée d'un cancer de la mamelle. Cette méthode est donc en voie d'expérimentation et l'on pourra bientôt en connaître les effets. (*Congrès de Florence* et *Union méd.*, n° 121.)

**Cancer du sein.** Pour prévenir l'hémorrhagie, M. Hamilton établit une compression qui paraît avoir réussi dans l'amputation de cet organe. Voy. Amputation.

*Electrolytie.* Comme spécimen de l'ouvrage qu'il doit faire paraître prochainement sur la valeur de l'électrolytie, le docteur Neftel, de New-York, rapporte le fait suivant : Un personnage très-distingué, âgé de cinquante-huit ans, consulta l'année dernière

les plus célèbres chirurgiens de Londres et de Paris, Nélaton entre autres, pour une tumeur du sein gauche. Tous lui donnèrent le conseil, considérant la tumeur comme maligne, de ne consentir à aucune opération; mais le malade, au contraire, en demanda l'extirpation, qui fut faite par M. Marion Sims, à Paris. Peu après la cicatrisation de la plaie, les glandes axillaires se prirent et formèrent bientôt une tumeur grosse comme un œuf. M. Sims extirpa cette seconde tumeur, dont le microscope révéla la nature cancéreuse confirmée par la Société pathologique de New-York, à laquelle elle fut soumise. La plaie, cette fois, guérit très-lentement; un érysipèle étendu avec fièvre, frissons et délire étant venu la compliquer. A peine était-elle cicatrisée qu'une nouvelle tumeur squirrheuse fut perçue dans le sein droit et atteignit bientôt le volume d'une orange; mais il était évident qu'une autre opération serait inutile et pourrait amener une récidive immédiate, peut-être dans une région plus dangereuse. Le malade, dont la constitution était très-affaiblie, conscient de son état, accepta le traitement électrolytique que je lui proposai. Trois séances eurent lieu : les 27 avril, 4 et 7 mai, en présence de plusieurs chirurgiens. Le courant fut augmenté graduellement: la première séance dura deux minutes avec 10 éléments; la seconde cinq minutes avec 20 éléments, et la dernière dix minutes avec 30 éléments. Pas une goutte de sang ne coula.

Après chaque séance, la tumeur augmentait de volume, mais devenait plus douce et plus élastique, sans fièvre ni aucun autre symptôme; au contraire, le malade, qui était faible, anémique et cachectique, prenait des forces et de l'embonpoint. Tout en diminuant lentement, la tumeur était beaucoup plus petite un mois après, et réduite presque à rien le mois suivant. La constitution continua de s'améliorer, et il écrivait : Je ne puis découvrir aucune nouvelle tumeur, et aucun observateur ne pourrait retrouver la moindre trace de la tumeur du sein droit. J'espère que le diable (*old devil*), qui avait élu domicile là, et qui en a été évincé, a pris tous ses bagages avec lui. (*The med. Record.*, p. 85.)

L'action locale, autant que générale de l'électrolytie, est d'autant plus remarquable dans ce cas, qu'elle s'adresse à une tumeur de mauvaise nature.

**Cancer encéphaloïde du péritoine.** DIAGNOSTIC. Bien



que sa marche soit ordinairement aiguë, elle est rarement aussi rapide que dans le cas d'un militaire de quarante-trois ans, entré le 12 juin 1868 au Val-de-Grâce et observé par M. Colin. Une période de plusieurs mois caractérisée par de la dyspepsie, des douleurs vagues aux hypochondres, avait précédé, mais le maintien des forces et de la santé générale, l'absence de vomissement et de toute tumeur appréciable avaient empêché d'établir le diagnostic. Il en fut de même encore à son entrée, mais trois à quatre jours après, une dyspnée se manifeste sans que l'état normal du cœur et des poumons puissent en rendre compte. Le malade reste assis sur son lit, ses réponses sont brèves, saccadées, il est plus impressionnable et dyspeptique, et dès le 25 juin, il ne supporte plus que des bouillons à la glace.

Le 27, en se promenant, il éprouve subitement de la suffocation, des vertiges, et dès le lendemain, il présentait l'aspect cachectique pâle jaunâtre, traits grippés, yeux ternes, respiration anxieuse, pouls petit, irrégulier, saccadé, sans toux, ni expectoration, mais un bruit de souffle à la base et en arrière du poumon gauche. La palpation découvre en même temps une tumeur dure, irrégulièrement quadrilatère dans la région gastro-splénique, et dès lors, le diagnostic est établi, tous les symptômes augmentent rapidement et la mort survient le 3 juillet.

L'autopsie révèle une masse de tissu encéphaloïde du volume et de l'apparence d'un cerveau entier entre l'écartement des deux feuillets antérieurs du grand épiploon, englobant la grande courbure de l'estomac et le petit lobe du foie, refoulant le diaphragme, le cœur et le lobe inférieur du poumon gauche, ce qui rend parfaitement compte des symptômes observés. (*Gaz. hebdom.*, n° 45, 1868.)

Il est remarquable toutefois qu'après être resté plusieurs mois à l'état latent, cet encéphaloïde ait parcouru si subitement sa deuxième période. Il est pourtant difficile d'admettre qu'un examen local, minutieux, complet, n'ait pu en déceler l'existence avant l'accident qui en a été l'occasion.

**Cancer médullaire du poumon.** *Simulation d'un épanchement pleurétique.* Une fille de onze ans fut amenée au docteur Sutton, à l'hôpital Victoria, à la fin de janvier, présentant de la lividité et une dyspnée extrême. Après examen, on dia-

gnostique un épanchement pleurétique à gauche et elle est admise, en conséquence, à l'hôpital de Londres le 8 février, où l'on constate une matité complète de tout le côté gauche en avant et en arrière, excepté sous la clavicule. Respiration bronchique le long de la colonne vertébrale, avec un frémissement vocal absent ailleurs. Le cœur bat à droite, près du mamelon. Dilatation *apparente* du côté gauche ; l'épigastre se creuse durant l'inspiration. Température normale, pouls variable, à 116 environ ; de 32 à 36 inspirations par minute. On diagnostique encore *un vaste épanchement* pleurétique, et M. S. Mackensie pratique, à deux reprises, la thoracenthèse entre la huitième et la neuvième côte, en avant et latéralement. Un peu de sang noir s'ensuivit, et comme purulent la seconde fois. La dyspnée augmenta, et l'enfant succomba le 25 mars.

Avant de pratiquer l'autopsie, le docteur Sutton s'assura, en mesurant, qu'au-dessous du mamelon le côté gauche avait 1 pouce de plus qu'à droite. Un trocart, enfoncé entre la cinquième et la sixième côte, donna issue par la canule à de la matière comme cérébrale. L'ouverture montra, en effet, un vaste dépôt de cancer médullaire, occupant tout le poumon gauche, et celui-ci repoussant ainsi le cœur à droite. Il n'a pas été permis de vérifier si des masses cancéreuses existaient ailleurs. (*Lancet*, avril.)

A ce premier cas, le docteur Russell ajoute le suivant observé à l'hôpital général de Birmingham sur un homme de trente-huit ans admis dans un état de dyspnée extrême ; pâle ; émacié, sans chaleur à la peau ; respiration très-bruyante ; ce malade pouvant à peine parler, très-sourd et seul, donna cet unique renseignement qu'il était malade depuis quinze jours par suite d'un refroidissement. Décubitus latéral gauche. Matité complète de tout ce côté du thorax, avec mouvements des côtes, absence de respiration. La voix était trop faible pour former un moyen de diagnostic. Les battements cardiaques étaient imperceptibles, mais les bruits étaient distincts à droite du sternum. Malgré la circonférence normale du thorax, la résonnance sous le sternum et l'élévation des côtes, un épanchement pleurétique fut diagnostiqué, et une ponction exploratrice fut faite, qui donna seulement issue à un jet de sang clair.

Avant la mort, survenue trois jours après l'entrée, la résonnance avait reparu dans la moitié inférieure du côté gauche en arrière, avec bruits stridents dans l'inspiration. L'autopsie montra la racine du poumon gauche entourée de cancer médullaire enveloppant les bronches et les gros vaisseaux. Le lobe supérieur en était infiltré partout ; le lobe inférieur en était exempt, mais très-diminué de volume. Adhérences intimes de tout le poumon aux côtes. Le cœur occupait sa situation normale, mais le péricarde était entièrement exposé par suite de la rétraction du poumon. A part quelques ganglions bronchiques, tous les autres organes étaient exempts de cancer. (*Lancet*, juin.)

Bien que rare, cette cause d'erreur est des plus frappantes, et, si les renseignements obtenus postérieurement apprenaient que cet homme était malade depuis deux ans, avec toux et dyspnée, ils n'étaient pas de nature à lever tous les doutes.



**CARIE. Carie du pied.** *Action de la chaussure.* Cette influence seule a été mise hors de doute chez un soldat de vingt-trois ans, offrant toutes les apparences d'une bonne constitution, et dont rien ne décelait la diathèse scrofuleuse, sauf trois petites cicatrices irrégulières, déprimées, à la région sous-hyoïdienne gauche. Pendant trois ans, il n'avait pas été malade lorsqu'il commença à souffrir du pied gauche, comprimé par une chaussure trop étroite. La douleur s'étendait à la partie antérieure et dorsale ainsi qu'aux bords interne et externe. Sa plainte au sergent n'ayant pas été écoutée, il fut obligé de continuer son service avec la même chaussure. Malgré une échancrure pratiquée à l'empeigne, la compression ne fut point diminuée ni la douleur non plus, et après quinze jours d'une véritable torture, le pied s'étant considérablement tuméfié, Plantier entra à l'infirmerie, où, malgré des cataplasmes et des incisions répétées, l'état était le même après trente-sept jours.

Dirigé sur l'hôpital Saint-Martin le 21 mai, il présentait des ouvertures fistuleuses au niveau des deuxième et troisième métacarpiens par lesquelles le stylet arrive sur l'os et en indique la carie. Malgré des injections chlorurées et iodées et un traitement interne, la carie ne cessa ses progrès, et après trois mois de séjour et des abcès répétés, on ne pouvait même plus songer à la désarticulation sous-astragalienne, car l'apophyse externe du calcanéum occasionne une douleur assez vive. Le bon état de la santé détermina M. Leroy à pratiquer

l'amputation de la jambe, au lieu d'élection, le 16 février 1869, et le 16 mars la cicatrisation était complète.

L'examen du membre amputé montra une carie profonde de tous les métatarsiens, des trois cunéiformes, du cuboïde et la tête de l'astragale, l'apophyse interne du calcanéum étaient ramollis, le tissu osseux raréfié, friable, se laissant facilement écraser entre les doigts ou pénétrer par le scalpel. (*Recueil de méd. et chir. mil.*, août.)

Ce n'est pas chose commune qu'une cause locale aussi légère détermine des lésions aussi graves et nécessite l'amputation. Sa persistance seule doit être accusée, et M. Chenu signale plusieurs exemples semblables pendant la campagne d'Italie. C'est un avertissement pour y porter toute l'attention nécessaire.

**CATARACTE.** *Phosphore.* M. Tavignot, qui préconisait depuis longtemps le phosphore à l'intérieur sous forme pilulaire et en embrocations sur le front, ayant remarqué que l'action en était d'autant plus prononcée que la filtration du liquide vers les paupières l'introduisait dans l'œil même, a employé ce moyen et a constaté par là, sur plusieurs malades, que la cataracte était liée à un travail spécial de la capsule cristalline, qui produit de toutes pièces un corps lenticulaire nouveau, à mesure que l'ancien disparaît; ce qui serait une prolifération *sui generis*, plus ou moins analogue à celle du périoste, reproduisant le tissu osseux, et ne pouvant guère s'expliquer qu'en admettant une sorte de fécondation ou tout au moins de *vitalisation exagérée* de la capsule par le phosphore.

Sur 12 cataractes traitées par l'huile phosphorée en collyre, 10 sont ou guéries ou en bonne voie de guérison, et il en rapporte les observations. Pour lui, les deux insuccès s'expliquent d'eux-mêmes, parce que dans l'*un* il s'agissait d'une cataracte capsulaire consécutive à un accident de chasse, et dans l'*autre* d'une cataracte glaucomateuse. Or, deux conditions sont indispensables au succès de la médication phosphorée. C'est que la capsule cristalline, — *sorte de cellule à noyau*, — soit intacte comme texture et que l'œil lui-même soit en possession de toute sa vitalité organique ou vaso-nutritive : ce qui n'a pas lieu dans le glaucome.

Employé au 100e, l'huile phosphorée est trop forte ; au 200e, elle est beaucoup mieux tolérée. Mais voici la formule dont il se sert habituellement, surtout au début du traitement.

| | |
|---|---|
| ℞ Huile d'amandes douces. . . . . | 150 grammes. |
| Phosphore . . . . . | 50 centigrammes. |

Faites dissoudre au bain-marie, à 80 degrés, en vase clos et plein.

Le nombre des instillations d'huile phosphorée dans un œil cataracté est de trois à cinq par jour. Aucune réaction n'a lieu, si le remède a été bien préparé, et l'on pourrait évidemment aller encore plus loin.

Les effets du phosphore se manifestent d'une manière incontestable, et pour le malade et pour le médecin, du douzième au quinzième jour du traitement, et vont ensuite en se dessinant de mieux en mieux jusqu'à la guérison complète, laquelle exige un laps de temps de deux à trois mois. Chose remarquable ! si l'on interrompt le traitement avant la guérison, ce qui a été acquis persiste, mais ne progresse pas. Il faut reprendre le remède si l'on veut voir la maladie rétrograder de nouveau. (*Acad. de méd.*)

Expérimentée dans six cas, par le professeur Gioppi, dans sa clinique de Padoue, cette méthode, quoique suivie rigoureusement, n'a donné aucun résultat appréciable, ni objectif, ni subjectif. (*Giorn. d'oftalmologia ital.*, premier fascicule de 1869.)

*Extraction linéaire.* La supériorité de cette nouvelle méthode de M. de Græfe sur toutes les précédentes, sinon dans quelques cas spéciaux, se confirme de toutes parts, ainsi qu'en justifient les nouvelles statistiques apportées à la session annuelle de 1868, de la *Société ophthalmologique de Heidelberg*. M. Haymann, sur 34 cas n'a eu que 4 insuccès consécutifs, indépendants de l'opération. Aussi M. Horing la considère comme offrant plus que toute autre des garanties contre la perte totale de l'œil. Sur 117, il n'a eu que trois fois perte de la vue par suppuration de la cornée et panophthalmitis ; encore était-ce au début de ses tentatives. Il enlève le bandage compressif au bout de quatre jours, pendant lesquels il provoque le repos et le sommeil par l'opium. Au lieu de la pression sur le bord inférieur de la cornée, conseillée par M. de Græfe pour

opérer le dégagement du cristallin, il trouve plus pratique d'appliquer la curette sur la lèvre supérieure de la plaie sclérale et d'exercer la pression en ce point. Si une faible pression ne suffit pas à cet effet, il vaut mieux recourir à la curette de Critchett pour amener le cristallin.

Les indications lui en semblent plus générales qu'on ne l'a dit. A l'exception des cataractes liquides ou chez les très-jeunes enfants, il n'a pas eu recours à d'autres procédés, et il cite trois cas très-compliqués où elle ne semblait pas applicable et où elle a parfaitement réussi.

M. Mooren, que ses excursions en Belgique ont rendu célèbre, a pratiqué 364 extractions par la méthode linéaire, du mois de février 1866 au mois d'août 1868. La première centaine n'a donné que 3 insuccès, pas un seul dans la seconde, mais il y en a eu jusqu'à 7 dans le surplus ; confirmation éclatante des séries heureuses et malheureuses dont il faut tenir compte en statistique. En tout 10 insuccès, soit moins de 3 pour 100.

En Angleterre, M. Sœlberg-Wells dit qu'elle a donné de très-beaux résultats, et qu'à l'hôpital Moorfield, elle a complétement détrôné l'extraction par la curette qui y était en grande faveur. Mais il ne croit pas, comme M. Wecker, que l'observation rigoureuse des règles prescrites par M. de Græfe soit indispensable au succès. Il s'en est éloigné plusieurs fois avec avantage, et il préfère une incision un peu moins périphérique, plus ou moins voisine de la cornée selon le volume de la lentille ; modification qui lui a permis, dans plusieurs cas, d'extraire la capsule avec le cristallin.

En comparant le résultat des 582 extractions pratiquées par lui depuis quatorze ans, M. Rothmund trouve que sur 396 faites par la méthode à lambeaux durant les douze premières années, il y a eu 12 pour 100 d'yeux perdus, tandis que cette proportion n'a été que de 3, 8 pour les 186 opérés par la méthode linéaire modifiée dans les deux dernières années. Elle lui a été surtout d'un grand secours dans la cataracte congéniale avec épaississement capsulaire antérieur. Il a opéré avec le plus grand succès 7 enfants dont 2 avaient de six à huit mois.

Les 70 à 80 extractions pratiquées par M. Nagel confirment pleinement, dit-il, les résultats précités. Il n'a eu qu'un seul cas de suppuration chez un vieillard diabétique, opéré des deux yeux.

Quant à savoir si ces avantages doivent être attribués au tissu de la sclérotique, comme le veut M. Jacobson ou à la forme, la situation de l'incision et la moindre tendance qu'elle présente à l'entrebâillement de la plaie, M. de Græfe n'ose se prononcer, car si la forme linéaire et la situation périphérique de l'incision sont des conditions favorables aussi bien que les plaies scléro-cornéales, il est difficile de juger la part que chacune d'elles a dans la solution. (*Ann. d'oculistique*, décembre 1868.)



*On and improved method of extraction in cases of cataract* (Méthode perfectionnée d'extraction avec des observations ultérieures et une série de faits à l'appui), par M. Bell Taylor, chirurgien de l'infirmerie oculaire de Nottingham. Histoire et description en trois brochures successives d'une modification de l'extraction linéaire de M. de Græfe, que l'auteur aurait imaginée au commencement de 1865 sans connaître celle-ci. Au lieu d'une incision faite suivant un des grands plans de la sphère oculaire et tout à fait périphériquement, M. Taylor taille un lambeau à la périphérie de la cornée dont il comprend le tiers supérieur suivant un plan parallèle à l'iris. Les deux points de ponction et contreponction situées également à la jonction cornéo-scléroticale sont ici à 5 ou 6 millimètres plus bas que ceux du professeur de Berlin. Au lieu de l'appeler : *Extraction à lambeau linéaire*, il serait donc plus exact de dire : *à petit lambeau périphérique avec ou sans iridectomie*.

L'ouverture résultant d'un petit lambeau périphérique peut valoir celle que donne une incision linéaire, fût-elle située un peu plus en arrière. Il semble même qu'elle doit faciliter la sortie du cristallin et rendre moins dangereuse la procidence du corps vitré. Mais les lèvres plus étendues ont moins de tendance à s'accoler, et si le cristallin doit sortir très-difficilement sans l'iridectomie préalable, l'iris aussi doit être propulsé, contusionné, violenté entre les lèvres de la plaie.

Il est vrai que 102 succès sur 105 cas opérés sans choix, dont 28 vieillards de soixante-dix à quatre-vingts ans et plus, et dont plusieurs ne présentaient que peu ou point de chance de réussite, sont des arguments de nature au moins à faire essayer cette modification.

**CHANCRE. Chancre primitif.** *Camphre.* Employé topiquement en poudre, que le chancre soit mou ou induré, phagédénique ou non, dit M. Champouillon, son premier effet est de produire une teinte rose claire des bords et des tissus environnants. Le fond en paraît moins gris ; les bords s'affaissent,

s'inclinent en dedans, l'ulcère se déterge, et ordinairement après cinq ou six jours, le fond est d'un rouge vif et la cicatrisation arrive en dix à douze jours, à moins de complications de phagédénisme ou constitution mauvaise.

Les chancres du sillon, de la partie supérieure du gland et de la face interne du prépuce, en permettant à la poudre de camphre de rester en place, de s'humidifier et d'être absorbée, sont le plus favorablement modifiés de cette application que l'on renouvelle deux fois par jour sans enlever le surplus que pour s'assurer de l'état de la plaie. Dans d'autres parties déclives ou non, il s'agit d'employer le vin aromatique ou un linge glycériné pour humidifier la poudre de camphre et favoriser l'absorption. (*Recueil des mém. de méd. et chir. mil.*, février.)

**CHARBON.** Étiologie. Sous le nom vulgaire de *mal des montagnes*, les habitants du Cantal et du Puy-de-Dôme désignent une endémie spéciale du gros bétail qui, d'après une enquête scientifique, ne serait rien moins que le charbon. On a réussi, en effet, à la transmettre, par inoculation, au bœuf, au mouton, au lapin. Mais l'expérimentation a montré que la virulence ne provenait pas des bactéries contenues dans le sang : car, pris sur un animal charbonneux et exempt de bactéries au foyer du microscope, il a transmis le charbon, tandis que du sang charbonneux contenant des bactéries en très-grande quantité a perdu sa propriété virulente par la dessiccation sans la récupérer par son délayement dans l'eau, quoique les bactéries y restassent parfaitement visibles.

Ce résultat est en opposition complète avec celui que M. Raimbert a obtenu d'inoculations pratiquées avec des fragments de pustule maligne desséchée et le sang desséché d'un animal charbonneux prouvant qu'un fragment de pustule maligne desséchée, au moins à la surface, inoculé à un lapin, et que le sang d'un animal charbonneux, contenant des bactéridies, inoculé à un lapin ou à un cobaye, desséché ou délayé dans l'eau après dessiccation, déterminent la mort de ces animaux. M. Davaine explique cette contradiction. La putréfaction, d'après lui, enlève assez promptement au sang charbonneux la propriété de transmettre la maladie ; mais elle lui donne en même temps celle de tuer par *septicémie*. Or, la septicémie étant contagieuse comme le charbon, elle peut être facilement confondue avec lui, si l'on se contente d'un examen superficiel.



Fondé sur plusieurs expériences, M. Luton arrive de même à cette conclusion que du sang charbonneux, desséché avant qu'il ait pu éprouver aucune décomposition putride, conserve son pouvoir virulent au moins pendant cinq mois, tandis que desséché trop lentement et ayant subi un commencement de fermentation putride, il n'est plus apte à transmettre la maladie charbonneuse. (*Acad. des sc.*, février.)

De même M. Colin, répétant les expériences de Renault, a fait ingérer à des animaux des viandes charbonneuses et arrosé leurs aliments de sang charbonneux sans communiquer le charbon, contrairement aux assertions hasardées de M. Chauveau (de Lyon) et aux inductions qu'il en tirait pour appuyer la virulence des viandes d'animaux tuberculeux servant à la consommation. Pour montrer que ces substances susceptibles de communiquer le charbon par l'inoculation, perdent cette faculté dans les voies digestives, au contact du suc gastrique, il en a introduit des fragments parfaitement virulents dans l'estomac d'un chien par une fistule gastrique, et en en retirant des portions fluidifiées quelques heures après, elles avaient perdu cette faculté par l'expérimentation et de même du suc gastrique retiré ensuite et mis en contact avec le sang. Il n'y a donc pas lieu de craindre cette voie de contamination. (*Acad. des sc.*, janvier.)

*Eau phénique.* En raison des succès obtenus avec ce remède contre le mal des montagnes, sur quatre brebis et un taurillon inoculés, M. Missonnier, vétérinaire à Murat, a traité avec l'eau phénique au 100e deux vaches atteintes de charbon contracté naturellement, et en a obtenu la guérison. Enfin, administrée à cinq chevaux par M. Lemaitre d'Étampes, où le charbon est endémique, ces cinq bêtes ont survécu. (*Acad. des sc.*, février, et *Recueil de méd. vétérinaire*, mars.)

On pourrait donc tenter ce moyen sur l'homme, d'autant plus que, administré *intus* et *extra* à un homme et son enfant atteints de pustule maligne, et dans un état très-grave, cette eau phéniquée les a sauvés l'un et l'autre. Un succès semblable avait déjà été obtenu et signalé antérieurement par M. Déclat.

**CHIRURGIE.** *Statistique médico-chirurgicale de la campagne d'Italie*, par M. le docteur Chenu, médecin principal

d'armée en retraite. 2 vol. in-4° avec un atlas de 118 cartes. Paris.

Deux faits ressortent de ce travail : l'application de l'hygiène, surtout quant à la prophylaxie de l'encombrement et des épidémies par la dissémination des malades et des blessés et le principe de la chirurgie conservatrice mis en pratique et remplaçant le sacrifice des membres. Aussi leur supériorité est mise en évidence par la statistique. Les effets désastreux, l'encombrement, les maladies y sont infiniment moindres que dans la campagne de Crimée. Le détail de tous les faits d'armes de la campagne, le service et la situation des hôpitaux, la description des blessures et le résumé statistique des opérations par région, font de cet ouvrage l'un des documents les plus utiles à consulter.

*Eléments de pathologie chirurgicale*, par M. A. Nélaton, *deuxième édition*, très-augmentée, publiée sous sa direction, par M. le docteur Péan, chirurgien des hôpitaux. Paris, etc. Tome II (*seconde partie*), avec 84 figures intercalées dans le texte. Un volume in-8° de 414 pages. *Librairie Germer Baillière.*

*Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales*, par M. le docteur A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. *Deuxième édition*, revue et augmentée. Tome II (*deuxième partie*). Un volume in-12 de 360 pages. *Librairie Germer Baillière.*

*Appendice au traité du diagnostic des maladies chirurgicales*, du docteur Foucher, par le docteur Després, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. Un vol. in-8° avec figures.

*De l'emploi de la liqueur de Villate dans le traitement des affections chirurgicales*, et en particulier de la carie, du mal perforant du pied et des fistules consécutives aux abcès froids tuberculeux du testicule, aux abcès primitivement chauds devenus incurables, aux plaies d'armes à feu, à l'inflammation des tumeurs synoviales de la main, aux kystes, aux abcès des sinus frontaux, des fistules lacrymales, etc., par le docteur A. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, lauréat de l'Académie impériale de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris. Ouvrage récompensé par l'Académie impériale de médecine (prix Barbier, 1866). In-8° de 170 pages.



**CHLORAL.** Ce nom, qui nous est venu tout récemment de Berlin, comme étant l'objet d'une grande découverte, n'est pas nouveau comme beaucoup de médecins pourraient le croire. Le chloral a été découvert par Liebig en 1832, étudié ensuite par M. Dumas. Il résulte de l'action du gaz chloreux anhydre sur l'alcool éthylique, et se présente sous forme d'un liquide huileux, épais, incolore, volatil, dont la gravité spécifique est de 1,502, et bouillant à 202 degrés Fahr. Sa formule chimique est $C^2Cl^3OH + H^2O$. Ses vapeurs ont une odeur piquante. Mis en contact avec l'eau, il développe de la chaleur, et forme une substance cristalline blanche qui est l'hydrate de chloral, dont il est question aujourd'hui comme d'un nouvel anesthésique. Voici comment cette propriété a été découverte par M. Liebreich :

Si l'on ajoute à une solution aqueuse d'*hydrate de chloral* de la soude ou de la potasse caustique, l'hydrate est décomposé, le chloroforme est mis en liberté, et un formate de soude ou de potasse en résulte suivant l'alcali employé. C'est sur la connaissance de cette décomposition que M. Liebreich fut conduit à expérimenter l'action physiologique de cette substance chez les animaux, prévoyant que le sang, par ses propriétés alcalines, lui ferait subir le même changement que les alcalis, et que le chloroforme ainsi mis en liberté lentement aurait une action anesthésique prolongée. L'expérience justifia ses prévisions. Divers animaux, notamment des lapins, soumis à l'action du chloral, ont été rapidement endormis, sans présenter la période d'excitation des inhalations chloroformiques ; 5 décigrammes de chloral, équivalant à 29 centigrammes de chloroforme, amenèrent un sommeil de huit à dix heures, sans aucun des accidents qui suivent l'effet prolongé du chloroforme et de l'opium. En s'éveillant, ces animaux se sont mis à manger comme auparavant.

La dose voulue à administrer, chez l'homme, est encore incertaine ; mais le professeur Langenbeck a démontré les propriétés sédatives de ce nouvel agent chez une femme ayant une fracture de l'humérus; 7 grains d'opium ayant été donnés à l'intérieur, et 4 centigrammes de morphine injectés hypoder-

miquement pour réprimer les mouvements continus d'une attaque de *delirium tremens* dont elle était atteinte à son entrée à l'hôpital sans aucun succès, 4 grains de chloral furent graduellement administrés à l'intérieur, et 2 grains en injection sous-cutanée. La malade tomba graduellement dans un profond sommeil qui persista quatorze heures, sans se plaindre de nausées ni de céphalalgie à son réveil; elle se mit à manger aussitôt. 3 gr. 50 donnés à un mélancolique en amenèrent un de seize heures sans nul accident. Ce serait donc une découverte précieuse si ces premiers essais se confirment.

Tel était l'état des choses, quand le docteur B. Richardson répéta ces expériences à la dernière session de l'Association britannique pour l'avancement de la science. Il se servit à cet effet d'une solution concentrée de 30 grains (1 gr. 95) de chloral dans 40 grains (2 gr. 60) d'eau. Mise en contact avec du sang frais, cette solution laissa dégager du chloroforme reconnaissable à son odeur très-différente de celle du chloral et qui se retrouva même dans le sang par la distillation de celui-ci. Le fait principal est donc confirmé.

Administré par la bouche ou en injections sous-cutanées à des pigeons, des lapins et des grenouilles, cette solution amena en quelques minutes le sommeil et l'insensibilité, mais contrairement aux résultats de Liebreich, ce ne fut pas sans produire des accidents. Despigeons pesant de 250 à 350 grammes ont été endormis avec 1 à 2 grains 1/2 d'hydrate (1 gr. à 1 gr. 60). Le maximum amenait l'assoupissement en quelques minutes, et un profond sommeil avec insensibilité complète en vingt. Mais, avant de s'endormir, chaque pigeon vomissait, que la dose fût faible ou forte. Il y avait en même temps abaissement de température jusqu'à 5 degrés dans quelques cas; la respiration diminua en proportion, en tombant de 39 à 19 par minute durant l'insensibilité. Six heures au moins étaient nécessaires pour le complet rétablissement. L'exhalation du chloroforme fut très-marquée chez ces animaux pendant le narcotisme.

Chez des lapins de 2 à 3 kilos, 30 grains (1 gr. 95) d'hydrate furent nécessaires pour produire le sommeil et l'insensibilité; une plus petite dose n'amena que de l'assoupissement. L'insensibilité commence après quelques minutes par l'impuissance des membres inférieurs, et en un quart d'heure l'insensibilité est complète, pupilles dilatées et irrégulières, respiration lente (de 60 à 39 dans un cas), température affaiblie. La



sensibilité revient avec les mouvements respiratoires, mais l'assoupissement persiste encore cinq à six heures après. L'anesthésie est ainsi très-courte et ne dure pas plus d'une demi-heure, après quoi la peau semble plus sensible au toucher qu'à l'état normal; des tremblements des muscles, comme des frissons, se manifestent, dus probablement au grand abaissement de la température.

Chez les grenouilles, 65 milligrammes d'hydrate causent presque instantanément l'insensibilité, le coma et la mort.

Des expériences comparatives faites par la méthode hypodermique ont montré que 7 grains (455 milligrammes) de chloroforme ou de chlorure d'amyle et 5 grains (325 milligrammes) de tétrachlorure de carbone produisaient le même effet physiologique que 2 grains (130 milligrammes) d'hydrate de chloral; 7 grains de bichlorure de méthylène n'amenèrent qu'une courte insensibilité; 30 grains (1 gr. 95) de chloroforme injectés à un lapin produisirent un sommeil de quatre heures vingt-cinq minutes; et avec 7 grains, un pigeon dormit trois heures vingt-cinq minutes. Tous ces agents déterminèrent le vomissement chez les pigeons, de même que l'hydrate avant la production de l'insensibilité; mais chez aucun animal, il ne se manifesta l'excitation produite par ces agents lorsqu'ils sont inhalés. Ce fait très-important indique donc une différence d'action suivant le mode dont ils sont administrés, et pourra servir, si elle se confirme, à éviter les accidents et peut-être à découvrir comment la mort arrive. La température animale est aussi moins influencée qu'avec le chloral.

Deux pigeons anesthésiés, l'un avec l'hydrate, l'autre avec le chloroforme, furent placés ensemble et comparés. Le sommeil avec le chloroforme fut plus calme, sans tremblements convulsifs; tandis qu'ils se présentèrent avec l'hydrate, et le réveil fut plus marqué. Aucune irritation de la peau ne résulta de l'injection de ces divers agents.

Expérimenté avec la strychnine, l'hydrate de chloral en arrête les symptômes tétaniques et maintient la vie un peu plus longtemps, mais sans empêcher la mort.

Donné à haute dose, l'hydrate tue; c'est-à-dire que le sommeil persiste avec convulsions et un abaissement de température qui peut aller jusqu'à 8 degrés Fahr. avant la mort. Immédiatement après, les battements du cœur cessent, et l'autopsi montre du sang naturel des deux côtés, mais plus à droite qu'

gauche, donnant un caillot modérément ferme. Les vaisseaux du cerveau sont remplis d'un sang fluide, se coagulant lentement. La substance cérébrale est d'une couleur sombre. Les muscles sont imbibés de sang qui coule abondamment par l'incision, et formant un caillot mou. Les autres organes sont sains.

Sous l'influence de l'hydrate de chloral mis en contact avec le sang, les globules se rétrécissent et se fendillent, et, ajouté en excès, il décompose le sang comme l'acide formique.

Il est donc établi par ces expériences que l'hydrate de chloral, administré par la voie gastrique ou la méthode hypodermique, produit un profond sommeil, par le chloroforme mis en liberté, comme M. Liebreich l'a découvert et annoncé, sans être précédé de la période d'excitation que produit l'inhalation du chloroforme; mais aussi qu'il amène des vomissements chez les pigeons de même que le chloroforme. Le sommeil est prolongé, mais l'anesthésie est relativement courte.

S'il n'est pas prouvé par là que l'hydrate de chloral puisse remplacer l'opium et les autres narcotiques ni les anesthésiques en chirurgie, il en ressort du moins que le chloroforme peut être injecté hypodermiquement sans danger et avec succès comme anesthésique. C'est là un fait nouveau et des plus importants.

Aidé de M. Follet, pharmacien, qui a obtenu cette substance à l'état de pureté, donnant une odeur assez agréable et assez pénétrante, M. Demarquay l'a expérimentée sur un grand nombre de lapins. Des solutions bien titrées ont été injectées hypodermiquement, 20 centigrammes jusqu'à 2 grammes sans causer la mort d'aucun. Tous, après 15 à 20 minutes, sont tombés dans une résolution complète, comme profondément endormis. Ce sommeil a duré deux à trois heures dans une résolution musculaire et un affaissement extrêmes. Tous, cependant, se sont réveillés, et, deux heures après, il n'y paraissait plus; le même lapin a pu servir à plusieurs expériences.

A l'examen, on trouve les muqueuses oculaires et palpébrales injectées; les oreilles vascularisées d'une façon tout à fait remarquable; il semble que ces animaux ont subi la section du grand sympathique, comme dans la belle expérience de M. Cl. Bernard.



Pourtant cette vascularisation n'est point accompagnée d'une élévation de température; au contraire, il y a abaissement d'un degré à un degré et demi. Pendant tout le temps que les lapins sont sous l'influence du chloral, leur sensibilité est fortement exaltée.

Le plus petit pincement de la queue, des oreilles ou des lèvres provoque des mouvements désordonnés et des cris plaintifs assez prolongés. Les mêmes pincements, faits chez les animaux sains, ne produisent rien de semblable; ils ont à peine l'air de s'en apercevoir.

Les battements du cœur deviennent extrêmement fréquents, si bien qu'à la fin on ne peut les compter.

La respiration ne varie pas, le lapin, endormi, respire comme si son sommeil était naturel.

L'haleine exhale l'odeur propre au chloral, ce qui permet de supposer que cette substance ne se décompose pas complétement, si toutefois elle se décompose, dans le sang.

Si l'on ouvre tout vivants les animaux mis en expérience, on constate une congestion des vaisseaux abdominaux. Ceux du mésentère sont turgescents, les muqueuses injectées, surtout la muqueuse trachéale : un lapin sain, pris comme terme de comparaison, fait bien voir cette extrême vascularisation. Le système nerveux central, le cerveau, le cervelet et leurs membranes sont fortement injectés; il en est de même de la moelle épinière.

La différence dans la coloration du grand sympathique n'a pu être appréciée à cause de sa petitesse.

Le microscope pourra seul apprendre les modifications subies par les cellules nerveuses. Les muscles sont très-vascularisés, ils sont même devenus rutilants; le sang artériel semble avoir pris une légère teinte violette.

M. Demarquay ne croit pas que le chloral se décompose dans le sang, et pense qu'il est éliminé sans modification importante par les voies respiratoires. Mais l'expérience affirmative de M. Richardson détruit cette supposition et, dès lors, il n'y a pas lieu de reproduire celles qui en étaient le corollaire.

De 1 à 5 grammes chez l'homme, il a été bien supporté sans déterminer d'accident. Mais dans 6 cas, l'action hypnotique a été négative surtout chez des hommes. 5 gr. chez un homme de trente-cinq ans n'ont même produit qu'un léger sommeil de trois quarts

d'heure, tandis qu'à deux reprises, 1 gramme a amené un sommeil paisible, prolongé tout l'après-midi, chez une femme affaiblie par une maladie organique de l'utérus. Des 12 femmes et 2 hommes où l'expérience a réussi, le sommeil est survenu 15 à 30 minutes après l'injection ; sommeil léger, s'interrompant au moindre bruit. Comme les animaux, les malades semblent plus sensibles au moindre attouchement; ce qui exclut l'usage du chloral comme anesthésique, mais il réussit parfaitement comme hypnotique après les opérations douloureuses, en amenant un sommeil calme et tranquille. Il fut cependant agité, troublé de rêves et d'hallucinations chez les femmes atteintes de maladies douloureuses de l'utérus et habituées à l'opium. Elles se plaignaient au réveil et réclamaient l'injection de morphine.

Le sommeil se prolongeant plusieurs heures, il est nécessaire de faire prendre des aliments à l'avance.

Chez une femme affaiblie par des pertes utérines, 2 gr. de chloral, au lieu de faire cesser une céphalalgie intense, déterminèrent une très-vive excitation, une sorte d'ébriété prolongée.

A ces faibles doses, le pouls, la respiration, la température ont à peine été influencés. L'urine seule a paru augmentée et quelques malades ont uriné involontairement. (*Acad. des sc.*, septembre.)

On ne saurait considérer ces résultats comme les effets physiologiques du chloral en s'exerçant sur des sujets malades et plus ou moins saturés de médications. Le sommeil agité pourrait bien n'être ainsi que l'effet de l'opium pris antérieurement.

Suivant le professeur Bardeleben, qui l'a expérimenté dans beaucoup de cas, la dose pour l'usage interne serait de 2 à 5 gr., selon la disposition individuelle. Le sommeil en résultant ressemble parfaitement au sommeil physiologique et, en se réveillant, les individus n'éprouvent ni mal, ni pesanteur de tête, ni aucun autre malaise. Son prix élevé est jusqu'ici le seul obstacle à son emploi.

De 20 observations faites sur l'homme par M. Liebreich, toutes ont réussi, une seule exceptée, et c'était dans un cas d'ulcère de l'estomac. De l'irritation et des vomissements sanguinolents en résultèrent. Ce serait donc là une contre-indication.

Voici la formule d'administration :

℞ Chloral hydraté. . . . . 2 grammes.
Eau simple . . . . . } ad 15 —
Sirop id. . . . . }
A prendre en une fois.



Vingt fois M. Demarquay l'a administré dans du sirop de Tolu, 1 gramme par cuillerée, sans que le goût en soit désagréable aux malades, quoique laissant un goût d'âcreté à l'arrière-gorge.

Un gramme injecté hypodermiquement par le docteur Rouge à deux jeunes filles de quatorze à seize ans, n'a amené aucun effet. 1 gr. 50 et même 2 grammes ont été injectés à deux chiens également sans résultat (*Bull. de la Soc. vaudoise*, septembre). Ces faits s'accordent donc avec les données précédentes.

Des contradictions flagrantes se remarquent néanmoins dans ces expériences et leur interprétation. MM. Demarquay et Follet se séparent des autres expérimentateurs en mettant en doute la décomposition du chloral dans le sang, et en le considérant plutôt comme un hyperesthésique que comme un anesthésique. Mais de nouvelles expériences de MM. Dieulafoy et Krishaber, expliqueraient ces contradictions par la différence des doses permettant de provoquer à volonté la sensibilité exagérée ou l'insensibilité complète. A doses modérées, soit 1 gr. 50 en injections sous-cutanées, le chloral a provoqué chez les lapins une excitabilité très-marquée. Au-dessus de 2 grammes, il a produit l'insensibilité à des degrés divers, et jusqu'à l'anesthésie complète. Ils ont observé, en outre, un état antérieur d'excitabilité, une modification profonde du nombre et du rhythme des mouvements du cœur, le ralentissement des mouvements du diaphragme, et l'abaissement notable de la chaleur.

Le sommeil existe avec l'hyperesthésie comme avec l'anesthésie qui, généralement absolue, peut durer plusieurs heures avec une résolution complète après laquelle ces animaux succombent presque invariablement (*Acad. des sc.*, octobre). M. Liebreich avait déjà constaté qu'à doses élevées, il pouvait déterminer la mort après avoir produit l'hypnotisme d'abord, l'anesthésie ensuite.

L'application de ces données physiologiques à la pathologie chirurgicale a été faite à la Charité de Berlin sur un individu entre autres atteint d'arthrite excessivement douloureuse. 2 grammes d'hydrate de chloral dans une potion ont suffi pour déterminer le sommeil et calmer les douleurs.

En Angleterre, Spencer Wells a employé l'hydrate de chloral avec succès contre les névralgies et contre la surexcitation nerveuse qui suit les grandes opérations.

A Paris, dans son service de l'hôpital des Enfants, M. Giraldès a pu administrer cette substance à deux enfants âgés de

trois ans environ, à l'un desquels il voulait pratiquer l'opération de l'ectropion, et dont l'autre présentait, à la suite de l'amputation du médius, une excitation très-vive. Il leur a donné 2 grammes de chloral dans 10 grammes d'eau distillée additionnée d'une certaine quantité de sirop simple. Le premier a été complétement et profondément endormi, de manière à ne pouvoir être réveillé par aucun bruit. Cependant comme les mouvements réflexes persistaient et étaient provoqués par le pincement de la peau, M. Giraldès n'a pas voulu l'opérer. L'enfant a dormi tranquillement depuis le matin jusqu'à trois heures, puis s'est réveillé sans présenter rien de particulier.

Chez le second, le sommeil a été encore plus profond et a duré toute la journée, sans pouvoir être troublé par le bruit, les tiraillements et les secousses. Au réveil, il y a eu quelques vomissements, observation déjà faite par Richardson.

La question importante à résoudre est de savoir si le chloral agit comme hypnotique ou comme anesthésique. Jusqu'à présent, et jusqu'à plus ample informé, il semble que cette substance ne puisse rivaliser avec le chloroforme, puisqu'elle laisse subsister les actions réflexes que ce dernier détruit et annihile. Du moins, n'a-t-on pas encore déterminé avec certitude la dose à laquelle le chloral produirait des effets anesthésiques analogues à ceux du chloroforme. Quoi qu'il en soit, le chloral paraît devoir être un auxiliaire très-important pour le chirurgien quand il s'agit de remédier à des accidents nerveux d'origine traumatique, contre lesquels il serait à désirer que la thérapeutique possédât un remède qui agit sans produire les effets stupéfiants de l'opium. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Il a été administré sans inconvénient sur 19 malades, 10 hommes et 9 femmes, par le docteur Worms, jusqu'à 4 grammes dissous dans 10 parties d'eau. A 2 et 3 grammes, il a produit un sommeil calme, souvent profond, sans nulle modification physiologique appréciable, ni trouble de la digestion. A ces doses, ce serait un hypnotique actif, bien plus sûr que l'opium et ses dérivés, mais surtout plus inoffensif. (*Gaz. des hôp.* n° 123.)

Répétées par MM. Labbé et Goujon sur divers animaux, chiens, lapins, rats, oiseaux et grenouilles, et par différentes voies, ces expériences ont montré que le chloral, introduit en quantité suffisante dans le sang d'un animal, produit l'anesthésie sans donner lieu à la période d'excitation qui se produit toujours par le chloroforme.

Introduite dans le tube digestif ou sous la peau, cette substance produit d'abord le sommeil, puis l'anesthésie, mais à un degré moindre qu'introduite dans le sang. — Il y a, dans ce cas, un peu d'excitation avant le sommeil, mais non de l'hyperesthésie.

Par différentes raisons, ces expérimentateurs ne pensent pas que le chloral agisse en se transformant en chloroforme. (*Acad. de méd.*, octobre.)



**CHLOROFORME.** *Influence du froid.* Selon le docteur Cayley, la température influe sur son action anesthésique; il agit très-imparfaitement quand il est inhalé au-dessous de 65 degrés Fahr. Il l'a expérimenté comparativement dans plusieurs cas, et a obtenu des résultats différents qui ne pouvaient être attribués qu'à cette cause. (*Indian med. Gaz.*)

Chez une cuisinière de vingt-deux ans, parfaitement bien portante, anesthésiée pour l'extraction d'une dent, il y avait aphonie et aphasie complète au réveil, avec spasmes de la glotte durant l'inspiration. La voix et la parole ne revinrent que trois semaines après, et sous l'influence d'un courant continu d'électricité. (*Société des médecins praticiens de Vienne*, février.)

*Abaissement de la température.* Etabli sur des faits expérimentaux, ce phénomène restait à expliquer. L'abaissement notable de la perte par la perspiration cutanée et pulmonaire n'en pouvait rendre compte, il fallait admettre que c'est par la diminution dans la production essentielle de la chaleur qu'il se produit. La diminution dans la force de propulsion du cœur résultant de l'action paralysante du chloroforme sur les vaisseaux, et le ralentissement du courant sanguin qui en est la conséquence, expliquant la diminution des combustions organiques, en serait la cause, suivant M. Scheinesson; outre l'action directe du chloroforme sur le sang qui le rend impropre aux phénomènes de nutrition (*Archiv für Heilk.*). Si probable que soit cette interprétation, il faut remarquer que ce n'est qu'une induction et non une démonstration toujours impossible à faire quand il s'agit de pénétrer ce mystère de la physiologie pathologique. Quant à l'action paralysante de cet anesthésique sur le cœur,

elle est mise en doute aujourd'hui par beaucoup de chirurgiens, comme on le verra plus loin.

*Période d'excitation.* Selon M. Cl. Bernard, elle résulterait de l'irritation du chloroforme sur les muqueuses supérieures, s'appuyant à cet effet sur l'apparition du collapsus d'emblée, quand, comme M. P. Bert, le chloroforme est administré par une canule placée dans la trachée. Une autre preuve en faveur de cette interprétation, c'est que les injections hypodermiques de chloral ne déterminent pas non plus d'excitation. Mais cette période fait également défaut chez les enfants par la méthode ordinaire, de même que chez quelques autres sujets. Son absence pourrait donc bien tenir dans l'expérience précédente, dit M. Ferrand, à l'absorption plus rapide et plus abondante de l'anesthésique, comme quand on l'administre à doses massives par la bouche.

Les convulsions et l'asphyxie tiendraient de même, suivant l'illustre physiologiste, à l'action irritante de l'éther ou du chloroforme. D'où le précepte de cesser l'inhalation quand un certain degré de cyanose se manifeste au début. Mais la contraction musculaire résultant de la convulsion, ne peut-elle pas causer aussi la mort? C'est pourquoi l'excitation beaucoup plus violente chez les alcooliques, rend la chloroformisation plus dangereuse chez eux. Voy. Anesthésie.

Ce n'est donc pas par asphyxie que la chloroformisation cause la mort, mais par anémie cérébrale, c'est-à-dire par syncope, conclut M. Bernard, d'après l'anémie qu'il a constatée constamment dans ses expériences. On sait encore qu'une interprétation différente peut être donnée à ce phénomène, et qu'au lieu d'en faire l'effet de la chloroformisation, d'autres en font un résultat naturel du sommeil. (*Union méd.*, nos 86 et 89, et *Revue des cours scientif.*)

Une interprétation analogue est donnée par le professeur Michel, d'après ses observations cliniques. L'action du chloroforme est telle sur le cœur qu'elle en ferait cesser les battements. Sur un jeune homme qui devait subir l'ablation d'un testicule cancéreux, 2 grammes environ de chloroforme furent versés sur une compresse. Après deux ou trois inspirations, cessation subite du pouls; la chloroformisation est aussitôt suspendue, le pouls reparaît. Après trois minutes d'attente, la chloroformisation est recommencée ; nouvelle suppression du pouls. Une troisième tentative est suivie du même effet. Ce ne fut qu'à une quatrième chloroformisation que le pouls continua à battre et que l'opération put être exécutée sans accident.



Outre tout ce qu'il y a de singulier et d'exceptionnel dans ce fait aussi bien que de téméraire à tant insister sur l'anesthésie, M. Sédillot fait remarquer que ce n'est pas là de la syncope, car elle dure plus longtemps et ne se répète pas ainsi sans phénomènes cérébraux.

Sans nier la syncope dans ces cas, M. Herrgott l'explique par une impressionnabilité spéciale qui y donnerait lieu tout aussi bien dans d'autres circonstances, comme on en a observé des exemples, que pendant la chloroformisation ; quelques gouttes de chloroforme ne sauraient produire cet effet. Il n'y a que coïncidence. Et la preuve que le chloroforme n'est pas un agent cardiaque comme la digitale et le veratrum, c'est que 1 kilogramme a pu être inhalé dix-huit heures consécutives, en laissant à la circulation sa parfaite régularité. Et de même dans des milliers de cas où il est inhalé deux et trois heures durant. Il ne provoque donc pas la syncope par lui-même. (*Soc. de méd. de Strasbourg*, avril.)

On ne saurait être si absolu avec un médicament aussi actif. Comment l'opium ou la morphine narcotisent-ils, empoisonnent-ils certains individus aux doses les plus minimes, innocentes chez tout autre? S'élever en pareil cas contre l'influence des idiosyncrasies particulières, c'est nier l'évidence et la réalité.

**CHLOROFORMISATION.** L'assurance avec laquelle les chirurgiens les plus autorisés de l'école de Strasbourg la défendent, M. Sédillot surtout, et l'absence d'accidents en donnant un certain poids à son assertion, « que le chloroforme, bien administré, ne tue jamais », donnent aux débats qui ont eu lieu sur ce sujet à la Société de médecine locale un grand intérêt. C'est toujours M. Elser, le fabricant d'instruments de chirurgie, qui est chargé du soin important de la chloroformisation, de même que dans les hôpitaux de Londres, un aide spécial, chirurgien ordinairement, est chargé de ce soin. C'est ce qui donne un certain poids au reproche de M. le professeur Michel de le confier *à un profane;* mais 15 000 chloroformisa-

tions pratiquées par M. Elser avec succès justifient et légitiment le choix que les chirurgiens strabourgeois en ont fait.

La première règle observée est la pureté du chloroforme. Son action est ainsi plus régulière et moins souvent compliquée de vomissements, ce qui est très-important, dans l'ovariotomie surtout.

Une compresse longue, roulée en cylindre, sert à cet effet. On y verse une quantité suffisante de chloroforme pour mouiller les feuillets internes, puis, tenant le cylindre par l'autre extrémité, on la rapproche progressivement de la face du patient pour l'habituer petit à petit à l'odeur, tandis que les yeux sont maintenus fermés avec deux doigts de l'autre main et que l'attention est détournée par une conversation quelconque. Après une minute environ, M. Elser applique la compresse sous le nez et la bouche, puis avec l'indicateur, il interroge la sensibilité de la cornée et avec l'oreille rapprochée de la face du sujet, il écoute la respiration.

La chloroformisation est regardée comme suffisante dès que la titillation de la cornée, ne provoque plus la contraction énergique de l'orbiculaire des paupières. Dès lors, la compresse est enlevée pour la réappliquer sitôt que la sensibilité semble se réveiller, de même que l'on renouvelle le chloroforme dès que la compresse n'en renferme plus assez.

La seule surveillance nécessaire est la respiration, car les accidents débutent toujours par là. Tant qu'elle se fait d'une façon normale, il n'y a rien à craindre; l'examen du pouls est inutile. Quand la circulation s'embarrasse, la situation est déjà compromise. Suivant M. Herrgott surtout, les accidents débutent toujours par la respiration, car la syncope n'est jamais un effet primitif de la chloroformisation.

*Courants électriques dans l'asphyxie chloroformique* (voy. ce mot).

**CHOLÉRA.** Étiologie. Frappé de la légèreté des poumons des cadavres de cholériques, le docteur Francis a pesé les poumons des Européens en particulier, qui succombaient au choléra dans l'Inde, et il a trouvé qu'au lieu de 42 à 45 onces, qui est le poids approximatif de ces organes, suivant Clendinning, ils ne dépassaient pas 30 onces environ; ce qui vient à l'appui de la théorie du spasme des artères pulmonaires émise par le docteur Johnson. Pour lui, la diminution de fonction des poumons dans les pays chauds en serait la cause. (*Indian med. Gaz.*, 1868). C'est là une étiologie passée inaperçue en Europe, bien que le choléra épidémique y fasse ses plus grands ravages pendant les grandes chaleurs. Ce fait mérite donc d'y être vérifié, contrôlé et interprété.



**CHORÉE.** *Bromure de potassium.* Son efficacité contre l'épilepsie et les névroses convulsives a suggéré l'idée à M. J. Worms, médecin de l'hôpital Rothschild, de l'expérimenter contre la chorée chez un jeune homme de quinze ans, pâle, maigre, d'une faible constitution qui, sous l'influence d'une vive émotion, fut pris d'accidents choréiques aigus qu'il avait déjà éprouvés un an auparavant. Des douleurs articulaires ne tardèrent pas à paraître, mais le bromure de potassium, donné graduellement de 1 gramme à 4 grammes par jour, du 19 au 25 décembre, fit cesser rapidement les accidents. (*Gaz. des hôp.*, n° 44.)

On se demande si, en raison de l'origine accidentelle de cette chorée, le bromure a eu autant d'action curative qu'on lui en attribue. Il est étonnant d'ailleurs que, sous l'influence du rhumatisme, celui-ci en ait été modifié aussi rapidement.

Le fait suivant observé par M. Gallard semble lever ces doutes. Un garçon de quatorze ans et demi, traité trois semaines auparavant à l'Hôtel-Dieu pour des rhumatismes, fut pris pendant sa convalescence à Vincennes, de mouvements choréiques qui obligèrent bientôt de le renvoyer à l'hôpital de la Pitié. Ces mouvements étaient si désordonnés, qu'il ne pouvait rester dans le bain, et tomba cinq fois de son lit dans la même nuit. Insomnie complète; 1 gramme de bromure de potassium ramena le sommeil dans la nuit même; il put manger, et la dose, étant doublée le lendemain, permit immédiatement la station debout.

Dès le sixième jour, le bromure étant à 3 grammes, le malade pouvait descendre et remonter l'escalier de trois étages, et dès lors, tous les symptômes s'améliorèrent au point que, après treize jours de traitement, le malade pouvait être considéré comme guéri. (*Union méd.*, n° 104.)

Ici donc, malgré la nature rhumatismale très-évidente de la chorée, l'action du bromure est incontestable, par la rapidité et la persistance de ses effets. Ce n'est pas à dire qu'il réus-

sisse dans toutes les chorées, comme la discussion l'a prouvé. Mais ces observations démontrent que la nature rhumatismale n'en est pas une contre-indication, comme l'on aurait pu le croire *à priori*.

Il y a à peine quelques semaines, dit le docteur Cersoy, j'ai donné à un enfant de treize ans, atteint de chorée, jusqu'à 8 grammes de bromure de potassium pur et exempt d'iodure par jour, sans effets physiologiques appréciables et sans résultat thérapeutique (*Gaz. des hôp.*). Ce n'est donc que par la sélection des cas que l'on en trouvera l'indication précise.

*Muriate de chaux.* Après l'emploi infructueux des nombreux médicaments usités sur un très-grand nombre de choréiques en traitement à l'hôpital de Brescia, le docteur Rodolfi dit que le muriate de chaux, précédé d'un purgatif avec huile de ricin, calomel et santonine, lui a donné les meilleurs résultats quand il n'y a pas hypérémie cérébrale. Il le donne à la dose de 7 à 15 grains dans les vingt-quatre heures pour commencer, et une amélioration s'observe dès le lendemain. La guérison s'obtient en huit à quinze jours. L'addition de 7 centigrammes par jour d'extrait de belladone augmente l'efficacité de ce remède. (*Gazz. med. Lombarda*, janvier.)

Ce n'est là qu'une indication vague sans observations ni détails concluants, et pourtant le sujet en valait la peine. C'est ainsi que la thérapeutique se trouve encombrée de remèdes dont l'action est souvent contraire et incompréhensible, et que le praticien est sans données positives pour les employer utilement dans les différents cas qui se présentent à son observation.

**Chorée nerveuse.** *Éther sur le rachis.* Imitant l'essai de MM. Lubelski et Zimberlin (voy. *année* 1867). M. Perronet a employé jusqu'à 80 et 100 grammes d'éther en douches tout le long de la colonne vertébrale, chez une fille de treize ans, sans antécédents rhumatismaux et atteinte par suite d'une vive frayeur. Une amélioration immédiate s'ensuivit et cette malade, après 11 douches, put sortir guérie de l'Hôtel-Dieu (*Lyon méd.*, n° 12). C'est donc une médication à ne pas négliger, dans les cas où le cœur est indemne.

*Pathologie générale et classification des chorées*, thèse d'agrégation, par le docteur Leven, lauréat de l'Institut. Un vol. in-8. Paris.



**CHOROIDE.** Voy. TUBERCULOSE.

**CHROMHIDROSE.** Voy. MASQUE.

**CICATRICES.** La lymphe plastique, considérée comme devant former le tissu cellulaire, n'est pas aussi indispensable qu'on le croyait à la cicatrisation, dit M. Masse, car des plaies dont on enlève constamment l'exsudation de la lymphe plastique comme le font les animaux en se léchant et les lotions d'eau tiède continues, pratiquées en Allemagne, se cicatrisent néanmoins très-bien. C'est donc là une bonne preuve contre la théorie de l'exsudation.

Le tissu inodulaire de Delpech, considéré comme nouveau, sans filiation directe et comme une génération spontanée, n'existe donc pas. La cicatrice n'est autre que du tissu connectif régénéré, la cicatrisation est une régénération complète, rapide pour le tissu connectif que l'on rencontre partout; régénération plus lente pour les autres tissus. Il n'y a pas de génération spontanée dans l'organisme. Seulement le tissu régénéré n'a pas toutes les qualités de celui qui lui a donné naissance. Ses conditions spéciales de développement l'ont modifié dans sa vitalité et ses propriétés. De là, les différences de structure et de fonctions avec le tissu connectif normal. Vitalité moins active des éléments nucléaires, assimilation nutritive au dépens de la désassimilation amènent la diminution incessante du volume de ce tissu connectif cicatriciel. Mais l'exercice, le massage, en en modifiant la circulation, peuvent favoriser la nutrition de ce tissu et rétablir son équilibre d'assimilation dite désassimilation, de manière que la cicatrice ne s'atrophie pas. (*Montp. méd.*, janvier.)

**Cicatrices difformes.** M. le docteur Bourguet en a entrepris le traitement au moyen de la cautérisation combinée à la compression avec le collodion et la gymnastique suédoise. Le nitrate d'argent, l'acide chromique et une solution iodurée (30 grammes de teinture d'iode pour 6 grammes d'iodure de potassium) lui ont permis une cicatrisation superficielle sans ulcération ni suppuration consécutives qui, au lieu de guérir

ou améliorer le tissu cicatriciel, n'en pourraient qu'accroître la difformité. Il lui a suffi de promener ces caustiques très-légèrement sur la surface de la cicatrice, bride, crête ou inégalité de la peau, du godet variolique, etc., et d'appliquer quelques instants après une couche de collodion qui, en se desséchant, comprime la cicatrice. Bien entendu qu'il faut soutenir cet enduit par de nouvelles couches successives et appliquer au besoin une bandelette de peau de baudruche ou de linge chargé de ce liquide emplastique.

La gymnastique suédoise consiste à mobiliser, assouplir les tissus cicatriciels par des pressions, des frictions, des déplacements, des malaxations avec les doigts.

Ces alternatives de cautérisation, de compression et de massage sont continuées jusqu'à ce que le but poursuivi soit atteint, c'est-à-dire que la cicatrisation ait disparu ou soit sensiblement améliorée. Et c'est ainsi qu'employée chez une trentaine de malades, cette méthode a réussi comme 7 cas de cicatrices difformes par suite de brûlures à la face, de chutes et de varioles, rapportés sommairement, en sont des preuves convaincantes. (*Montp.-Mier méd.*, février.)

**COEUR.** Un fait pathologique rare, sinon unique, a été communiqué à l'Institut des sciences et lettres de Milan, le 19 août, par le docteur Biffi, avec les pièces à l'appui : c'est le cœur du comte Philippe Manci, aliéné, qui, dans un accès de délire, tua son père et tenta plusieurs fois de se suicider en succombant à la suite d'une de ces tentatives. L'autopsie montra une aiguille longue de 6 centimètres implantée dans le cœur de manière que 4 centimètres 1/2 se trouvaient dans le ventricule gauche, tandis que la pointe, perforant la valvule mitrale, sortait de 1 centimètre 1/2 dans l'oreillette correspondante. Les renseignements apprirent que cet infortuné avait annoncé s'être introduit cette aiguille dans le cœur vingt-deux mois avant sa mort; mais n'ayant présenté aucun symptôme morbide ni trouble fonctionnel quelconque de la poitrine ni du cœur, pas même du pouls, cet aveu fut pris pour une de ses nombreuses histoires fantastiques, et cependant le fait était vrai, l'événement l'a bien prouvé.

*Atrophie.* De l'examen de 100 cœurs, le docteur Finn conclut :



1° Que l'atrophie simple de cet organe n'est jamais isolée, mais toujours accompagnée d'un état morbide des vaisseaux cardiaques ;

2° Que le poids du cœur, l'épaisseur de ses parois ni la diminution de sa circonférence absolue ou relative ne sont une indication certaine de son atrophie ;

3° Que l'atrophie brune, c'est-à-dire avec la coloration brune du tissu musculaire du cœur, se rencontre fréquemment à la suite des maladies avec grande émaciation ;

4° Que la dégénérescence ou infiltration graisseuse se rencontre principalement chez les personnes dont le tissu adipeux est très-abondant et se montre souvent, comme une maladie aiguë ou chronique, plus fréquente à droite qu'à gauche. La substance des parois ventriculaires est atteinte entièrement ou en partie, mais toujours avec des athéromes des vaisseaux adjacents dans la forme chronique, sans que l'arcus sénilis se soit jamais rencontré. (*Institut anat. patholog. de Saint-Pétersbourg.*)

*Influence des adhérences péricardiques.* Rappelant les travaux et les observations qui montrent l'action des adhérences péricardiques sur la dilatation hypertrophique du cœur, M. Marvaud tend à prouver par les faits qu'elle entraîne à sa suite l'insuffisance valvulaire. Et remarquant que le bruit de souffle, signe de cette insuffisance, a été constaté dans plusieurs cas d'adhérences pariétales, alors même que l'on en rapportait l'origine à d'autres causes, il précise la valeur de ce signe dans l'insuffisance par adhérence péricardique et en explique le mécanisme d'après Andral, Beau, Aran, Jaccoud. Un souffle simple ou double, accompagné des autres signes de l'insuffisance constaté pendant la vie dans les observations de Jaccoud (*dilatation et insuffisance de l'orifice mitral*), Schutzemberger (*insuffisance aortique*), Marvaud (*insuffisance mitrale*), n'a pu être ainsi attribué qu'à des adhérences péricardiques. Il ne faut donc pas trop se hâter d'après ce souffle, à supposer une altération organique valvulaire, et l'on peut au moins peser la question d'insuffisance relative, si le sujet est jeune et a présenté avant les signes d'une péricardite. On peut même le rattacher hardiment à cette insuffisance par adhérences péricardiques, si le malade en a présenté les signes préalablement. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, mai.)

*Examen sous l'eau.* Afin de constater plus sûrement à la nécropsie l'état des valvules, M. Durosiez recommande le procédé suivant :

On détache le cœur ; on fait une incision sur le côté externe de la veine cave supérieure et de la veine cave inférieure ; l'oreillette droite est ainsi largement ouverte, et l'on a respecté le trou ovale et la valvule d'Eustache. — On réunit les ouvertures des veines pulmonaires, de manière à ouvrir largement l'oreillette gauche.

On donne un coup de ciseau à la pointe de chacun des ventricules, et introduisant un doigt de chaque main dans l'ouverture du ventricule droit, on déchire la paroi de celui-ci ; de même pour le ventricule gauche.

Il y a dans cette manière d'ouvrir les ventricules, l'avantage de ne pas intéresser les muscles des tendons, ni les tendons eux-mêmes, la déchirure passant toujours en dehors de ceux-ci.

On débarrasse avec soin les cavités des caillots, de manière que les valvules puissent jouer librement.

On plonge alors le cœur dans un seau d'eau, et, par des mouvements alternatifs d'ascension et de descente, on fait jouer les valvules comme elles jouent sous l'influence du sang.

On examine les valvules auriculo-ventriculaires du côté des oreillettes, et l'on voit, si elles sont saines, les valves venir s'accoler et boucher hermétiquement les orifices. Si les valves laissent entre elles des trous, on aperçoit ceux-ci avec la plus grande facilité.

Les artères étant remplies d'eau, on voit si elles la gardent absolument. Presque toujours saine, l'artère pulmonaire garde l'eau indéfiniment. Les sigmoïdes aortiques laissent fuir l'eau pourvu qu'il y ait le moindre petit trou.

Puis on observe ces orifices pulmonaire et aortique du côté des ventricules, les artères étant plongées dans l'eau et les ventricules étant maintenus hors de l'eau ; on presse sur l'eau.

Lorsqu'il y a le moindre intervalle entre les sigmoïdes, on voit à chaque pression un jet d'eau s'élancer, et on a le spectacle de la rentrée du sang, pour ainsi dire, dans le ventricule, lorsqu'il y a insuffisance aortique.

Sans doute, ce procédé laisse encore beaucoup de *desiderata*. Un cœur ainsi mutilé et mort ne ressemble guère au cœur vivant et intact ; c'est à l'oreille à faire le reste, à remplir la lacune. (*Soc. de méd. de Paris*, mai.)



*Considérations et observations sur l'époque de l'occlusion du trou ovale et du canal artériel*, par le docteur P.-F. da Costa Alvarenga. Lisbonne. Tableaux des résultats d'examens nécroscopiques obtenus par l'auteur. C'est ainsi que sur 213 cœurs d'enfants de la naissance à douze ans, le trou ovale était ouvert dans 205, dont 176 avant l'âge de deux mois, tandis que l'occlusion n'existait que dans 8 cas, tous au-dessus de deux mois. D'où cette conclusion qu'il ne faut guère la chercher avant cet âge et qu'elle n'existe que très-rarement avant douze ans.

Les mêmes observations concernant le canal artériel faites dans 130 cas, dont 121 sur des enfants ne dépassant pas quatre mois, l'ont montré perforé 114 fois et 16 fois seulement oblitéré, pas une fois avant le trentième jour de la naissance. Celui-ci s'oblitère donc avant le trou ovale, et se trouve toujours fermé à l'âge de deux à cinq mois.

*Essai sur les maladies du cœur chez les enfants*, par le docteur René Blache, ancien interne des hôpitaux de Paris, et lauréat (médaille d'or) de la Faculté de médecine. (Prix Montyon.) 1 vol. grand in-8.

*Cercle morbide* d'une maladie du cœur consécutive à une lésion artérielle, par le docteur Michel Peter, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris. Deux tableaux in-folio.

**COLIQUES DE PLOMB.** *Bromures.* Introduits par M. Rabuteau, ces médicaments ont été essayés expérimentalement avec succès sur un chien empoisonné avec l'acétate de plomb, et d'après des observations cliniques comparatives, il serait plus efficace que le soufre et le traitement de la Charité.

C'est ainsi qu'un broyeur de couleurs depuis trois mois, entrait à l'Hôtel-Dieu le 13 octobre avec des douleurs de ventre telles, qu'il poussait des gémissements et des cris. Constipation opiniâtre et liséré bleuâtre des gencives. Le 15, M. Bucquoy donne 4 grammes de bromure de potassium, pris à doses

fractionnées de dix heures à midi. Immédiatement un bien-être s'ensuit, puis les douleurs reparaissent au point qu'à la visite du lendemain, le malade se tord sur son lit. On double la dose et les douleurs disparaissent totalement. On revient à 4 grammes et de légères douleurs reparaissent pour cesser en remontant à 6 grammes. L'action est donc péremptoirement prouvée. Le bromure agit ici comme anesthésique et éliminateur du poison qu'il entraîne avec lui, surtout en provoquant la diarrhée.

Un peintre en bâtiments, entré trois jours après à l'Hôtel-Dieu avec des coliques bien moins vives, avait pris vainement le soufre qu'il portait avec lui, et fut soumis au traitement de la Charité. Mais pendant quatre jours, du 17 au 21, les douleurs persistent, et ce n'est qu'à ce moment qu'elles diminuent, pour cesser le 23, c'est-à-dire six jours après le début de la médication. (*Répert. de pharm.*, mai.)

La supériorité du bromure à haute dose résulte donc péremptoirement de ces deux observations.

*Injections hypodermiques morphinées.* Dans le but de ne pas contrarier l'action simultanée du purgatif, comme on le fait en administrant l'opium pour calmer la douleur, M. Bourdon, jugeant par la contracture des parois abdominales, que celle-ci a là son siége principal, comme M. Briquet l'avait déja indiqué, M. Bourdon, dis-je, pratique localement une injection de 3 à 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine qui calme la douleur en 8 ou 10 minutes; 20 grammes d'huile de ricin, additionnée de 2 gouttes d'huile de croton, sont donnés immédiatement ou un éméto-cathartique s'il est indiqué. Les injections sont répétées le soir et le lendemain; et le mellite soufré est ensuite donné pour entretenir la liberté du ventre.

Ce traitement agit plus rapidement que les autres et lui paraît préférable par son innocuité. Mais M. Fonssagrives croit que l'atropine serait préférable à cause de l'action, en quelque sorte élective de la belladone sur la douleur des diverses coliques, comme il l'a constaté après M. Malherbe, de Nantes. (*Gaz. hebd.*, n° 38.)

C'est par l'anesthésie localisée avec l'éther, que M. Moutard-Martin obtient aussi rapidement la cessation de la douleur, de même que Aran, autrefois, l'obtenait avec 20 gouttes de chloroforme en potion. (*Soc. de thérap.* in *Gaz. méd.*)



**COLLODION. Collodion styptique.** Le docteur Richardson donne ce nom au mélange de xyloïdine et de tannin dissous dans l'éther désigné auparavant sous celui d'*éther hémostatique*. (Voy. Anesthésie, 1865.) C'est comme hémostatique, en effet, et antiseptique qu'il l'emploie sur les plaies et les ulcères placés ainsi à l'abri du contact de l'air. Il s'est montré supérieur à l'eau de Pagliari contre les hémorrhagies. L'extrême abaissement de la température résultant de la volatilisation de l'éther réagit directement sur la partie aqueuse du sang qui, solidifié par le tannin et le fulmi-coton, fait l'office de tampon. Employé ainsi contre une hémorrhagie survenue pendant la résection d'une partie osseuse frappée de nécrose, par M. Sydney Chater, il l'arrêta en moins de 20 secondes, ce que n'avait pu faire la ligature. (*Lancet.*)

Appliqué sur les plaies par M. W. Adams, les deux tiers ont guéri par première intention sans la moindre apparence de fétidité.

Au surplus, on y associe la créosote, l'iode ou tout autre agent indiqué par les phénomènes prédominants ou les complications qui surgissent.

Pur, ce collodion est étendu avec le pinceau; mélangé à son poids d'éther, il est employé avec le pulvérisateur : c'est l'éther hémostatique. (*Med. Times.*)

**Collodion hémostatique.** Le docteur Pavesi donne ce nom à la modification suivante :

| | |
|---|---|
| Collodion officinal. . . . . | 100 parties. |
| Acide phénique. . . . . | 10 — |
| Tannin pur. . . . . | 5 — |
| Acide benzoïque. . . . . | 3 — |

Agitez jusqu'à mélange parfait.

Appliqué avec un pinceau ou de petites compresses qui en sont enduites, ce collodion coagule instantanément le sang.

**COLOTOMIE.** Cette opération se propage beaucoup dans la chirurgie anglaise. M. Maunder, à l'exemple de Curling et d'autres chirurgiens, l'a pratiquée chez deux malades de cinquante à soixante ans, en proie à une rétention complète des matières, causée par un rétrécissement cancéreux du rectum avec

fistule vésico-intestinale dans un cas et ulcération non-maligne dans l'autre. L'affaiblissement était tel qu'il enlevait tout espoir de guérison; ce n'était qu'un palliatif à des douleurs intolérables, et les deux opérés sucombèrent dans le marasme quelques semaines après.

Pratiquée chez une femme de soixante-huit ans, contre une obstruction complète depuis dix à douze jours par une tumeur située très-haut, cette opération a réussi au point que, après plus d'un an, l'opérée jouissait d'une santé très-satisfaisante, sans qu'aucune matière passât par le rectum.

Dans un autre cas d'obstruction dont la nature n'a pas été déterminée, cette opération a également réussi en permettant l'évacuation de scybales arrêtées dans l'S iliaque et l'alimentation ultérieurement.

D'où il conclut qu'en raison de sa facilité et de son innocuité, on peut étendre les indications de cette opération à l'obstruction intestinale confirmée et menaçant d'une mort prompte, aux rétrécissements benins ou malins, qu'ils soient situés en haut ou en bas, aux tumeurs du rectum, et en particulier au cancer douloureux avec hémorrhagies dangereuses, écoulements; elle calme ainsi les douleurs, retarde la marche du mal et permet aux malades de vivre d'une manière supportable. La difficulté du diagnostic différentiel de ces diverses altérations n'est donc plus un obstacle à cette opération.

M. Maunder emploie l'incision transversale pratiquée aussi près que possible de la crête iliaque dans une étendue de deux à trois pouces sur la peau et moitié moins plus profondément. Il signale cette particularité qu'après l'incision du fascia lombaire, une hernie du tissu adipeux se produit par la pression donnant l'apparence du péritoine. Mais il suffit d'en retrancher, d'en exciser une portion pour voir ou sentir le côlon dessous et reconnaître sa méprise. (*Med. Times*, février.)

**COMPRESSEURS**. Voy. Anévrysme.

**CONCOURS.** Par suite des conflits survenus l'année dernière dans un concours de l'administration de l'Assistance publique et l'examen du règlement par une commission (voy. *année* 1868), voici les nouvelles dispositions adoptées le 14 avril à ce sujet :

1° Les médecins et chirurgiens qui se présentent au concours pour les places du bureau central doivent justifier de cinq années de doctorat, réduites à une pour ceux qui justifient de quatre années d'internat.

2° Il ne peut y avoir dans un même jury plus de deux membres appartenant à un même établissement.

3° Tout membre d'un jury ne peut faire partie d'un nouveau jury avant deux années d'intervalle.

4° Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury donne lieu à récusation.

5° Le nombre des places mises au concours ne peut en aucun cas excéder deux.

6° Le jury des concours pour les places de médecins se compose de six médecins et d'un chirurgien pris parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices en exercice ou honoraires. Le jury des concours pour les places de chirurgien se compose de six chirurgiens et d'un médecin.

7° Les épreuves de ces concours sont réglées de la manière suivante :

*Epreuves d'admissibilité.* 1° Une épreuve orale théorique, sur un sujet de pathologie; il sera accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir, et un temps égal pour faire sa leçon;

2° Une épreuve clinique sur un malade; il sera accordé au candidat dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour développer oralement, devant le jury, son opinion sur ce malade, après cinq minutes de réflexion.

3° Une consultation écrite sur un malade, pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après dix minutes d'examen; cette consultation sera lue immédiatement.

*Epreuves définitives.* 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie, dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairement partie, et pour laquelle il sera accordé trois heures;

2° Une épreuve clinique sur deux malades.

Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

| | |
|---|---|
| Pour chaque épreuve d'admissibilité. . . . . | 20 points. |
| Pour chaque épreuve définitive. . . . . | 30 points. |

8° Pour déterminer quels sont les candidats admis à prendre part aux épreuves de la deuxième série, le jury, deux jours après que les concurrents ont subi les épreuves de la première série, dresse, d'après le nombre des points obtenus, une liste de candidats composée de cinq ou huit noms, suivant que le concours a pour objet la nomination à une ou deux places.

**CONJONCTIVITE.** *Contagion.* De même qu'il est généralement reconnu que la conjonctivite ou ophthalmie purulente est contagieuse par contact immédiat, M. le professeur Gosselin a été conduit à admettre, par les faits observés et dont il rapporte les principaux, que les conjonctivites simple, catarrhale, granuleuse, muco ou semi-purulente, sont également contagieuses par contact, sinon par transport à distance des poussières ou l'absorption des miasmes. C'est ainsi que des enfants bien portants, mis au dépôt des Enfants assistés, contractent ces conjonctivites et les répandent dans leurs familles dès qu'ils y sont rentrés avec un reste de ces affections, comme de simples granulations palpébrales.

D'où il conclut aux précautions suivantes :

1° Séparer, si on le peut, les sujets malades de ceux qui ne le sont pas;

2° Quand l'isolement est impossible, recommander au moins l'usage exclusif de mouchoirs et de linges de toilette aux malades ;

3° Eviter le contact du visage des malades ;

4° Surveiller attentivement les yeux des personnes vivant avec les malades et soigner les moindres apparences de contagion dès le début, afin de ne pas laisser passer le mal à l'état chronique, pouvant se compliquer ultérieurement de kératite et par suite de lésions irrémédiables de la cornée;

5° Insister sur ces recommandations, surtout dans les chambres logeant une nombreuse famille, les écoles, les pensions, les salles d'asiles, les hôpitaux d'enfants, où l'accumulation des sujets dans une même atmosphère prédispose encore plus à la contagion. (*Arch. de méd.*, avril.)

Les faits rapportés et observés par un clinicien aussi attentif peuvent bien inspirer toute confiance, mais nous croyons que des faits contraires en bien plus grand nombre, et nous en avons observé, autorisent à douter de cette contagion, sinon comme exception, et dans des cas particuliers. Les mesures



préventives sont toujours bonnes à prendre, mais il y a lieu de mettre des réserves sur cette nouvelle doctrine de la contagion d'affections toutes simples et non virulentes. C'est aux observateurs à l'éclairer par des faits ultérieurs.

M. Wecker, en montrant qu'il avait préalablement établi que toutes ces affections sont inoculables, excepté la sécrétion d'un catarrhe chronique, semble confirmer la possibilité de la contagion (*Gaz. hebdom.*, n° 15). Mais il y a une grande différence entre le succès d'une inoculation et la transmissibilité à distance, et c'est ce dernier fait dont il s'agit ici.

**CONSTIPATION.** Dans les cas rebelles entraînant des accidents comme la congestion des vaisseaux hémorrhoïdaux, l'écoulement du sperme, la congestion cérébrale, le docteur Pietro conseille la podophylline sous la forme suivante:

℞ Podophylline. . . . . 2 centigr.
Extrait de belladone. . . . . } ää 1 —
Poudre de racine id.. . . . . }
Mêlez pour une pilule.

**CORALLINE.** *Nouveau poison?* Découverte par M. Persoz en 1860, cette nouvelle substance organique dérivée de l'acide rosolique, dérivé lui-même de l'acide phénique, a été utilisée en teinture, en raison de la belle couleur rouge qu'elle donne. Employée spécialement à la teinture des bas et chaussettes, surtout en Angleterre, elle a produit localement, à l'aide de ces vêtements, des accidents graves à la peau qui peuvent devenir généraux par absorption.

En mai 1868, c'est-à-dire avant que rien eût été remarqué ni signalé à ce sujet, M. Tardieu fut consulté par un jeune homme de vingt-trois ans, admirablement constitué et exempt de tout vice herpétique, atteint aux deux pieds d'une éruption vésiculeuse, très-aiguë et très-douloureuse, qui, au premier abord, aurait pu être prise pour un eczéma. Mais cette éruption offrait ceci de particulier qu'elle était exactement bornée à la partie du pied que recouvre la chaussure, et qu'elle dessinait sur la peau la forme parfaitement régulière du soulier-escarpin que portait le jeune homme, comprenant ainsi la face et le bord plantaires, et ne dépassant pas sur le dos du pied la racine des orteils.

Sur toutes ces parties, la peau était violemment enflammée, tuméfiée, d'une rougeur uniforme, sur laquelle se détachaient d'innombrables petites vésicules, qui, dans certains points, notamment à la plante des pieds, se réunissaient pour former de larges cloches ou bulles remplies d'un liquide séro-purulent. L'éruption s'accompagnait de malaise général, de fièvre, de mal de tête, et de mal de cœur.

Les moyens employés pour combattre cette petite maladie se bornèrent à des applications émollientes et au repos; au bout de deux jours, les troubles généraux avaient disparu; mais les pieds ne furent complétement guéris qu'après trois semaines environ.

Le siége et la forme si particulière de l'éruption donnant à penser que la cause en était toute locale, M. Tardieu n'hésita pas à en rechercher l'origine dans la chaussure que portait le jeune homme. Il venait précisément de faire usage depuis quelques jours de chaussettes de soie rouge, d'une nuance très-élégante, que la mode s'apprêtait à répandre. Un premier et sommaire examen montra qu'il n'existait dans la teinture des chaussettes aucun poison de nature minérale, mais il n'en resta pas moins convaincu que l'inflammation de la peau constatée était le résultat d'un principe irritant contenu dans le tissu, et maintenu étroitement appliqué sur une partie du pied par la forme du soulier.

A quelque temps de là, un fait en tout semblable se produisit dans les mêmes circonstances sur un jeune ami du précédent, qui, lui-même, en essayant de nouveau ses chaussettes après plusieurs mois d'intervalle, fut repris de la même façon.

Plus tard, dans le courant du mois de septembre, les feuilles publiques reproduisaient une note dans laquelle M. Bidard, professeur de chimie à Rouen, rapportait une observation pareille faite par lui sur une paire de chaussettes qui lui avait été adressée par un Anglais, et qui présentaient sur un fond teint en lilas des lignes circulaires en soie d'un rouge vif.

L'inflammation de la peau des pieds était restée limitée aux parties en contact avec les lignes rouges. La couleur lilas était du violet d'aniline ; le rouge était teint avec la coralline.

Enfin, il y a quelques jours à peine, les journaux de Paris racontaient qu'une dame américaine, ayant porté des bas de soie rouge, avait vu ses jambes se couvrir de boutons, dont



quelques-uns s'ulcérèrent, et avait éprouvé des étourdissements et de vives souffrances.

Sans attendre ce dernier fait pour entreprendre des recherches propres à éclairer la véritable nature de ces accidents qui, en se multipliant, pouvaient constituer un danger pour la santé publique, dont personne encore ne pouvait mesurer la gravité, M. Tardieu, aidé de M. Z. Roussin, procéda comme pour la recherche de certains poisons organiques que la chimie ne peut caractériser d'une manière suffisante, c'est-à-dire par l'expérimentation physiologique. Reprenant les chaussettes du premier cas observé, après s'être assurés qu'elles ne cédaient aucune matière soluble à l'eau froide ni bouillante, à l'eau faiblement acidulée, ni à l'eau alcaline, ils les ont traitées par l'alcool à 85 degrés bouillant, dans lequel s'est dissoute rapidement la matière colorante rouge. Cette solution alcoolique évaporée à siccité a donné un extrait dont les propriétés vénéneuses ont été révélées par les expériences suivantes :

La matière colorante desséchée, redissoute dans une petite quantité d'alcool, a été injectée à l'aide de la seringue Pravaz sous la peau de la cuisse d'un chien, d'un lapin et d'une grenouille.

Les trois animaux sont morts : la grenouille le même jour au bout de quatre heures; le chien le lendemain, après avoir survécu trente-six heures environ ; le lapin le surlendemain seulement. Ces deux derniers avaient eu des évacuations excessives et presque incessantes.

Il ne pouvait rester de doutes sur les propriétés vénéneuses de la matière rouge dont le tissu de soie était teint. Mais ces recherches fussent restées incomplètes si la nature n'avait pu en être reconnue en répétant ces expériences avec la coralline.

Jusqu'à ce jour, cette substance n'a été que fort peu exploitée en France ; les chaussettes incriminées sont de fabrication et de teinture anglaise. Aussi dut-on recourir à l'inventeur, M. Persoz, pour s'en procurer, et avec le plus obligeant empressement; il en remit trois échantillons : l'un de coralline pure, l'autre de coralline rouge du commerce, l'autre de coralline jaune.

C'est avec une solution titrée de la coralline pure dissoute dans l'alcool et permettant de calculer les doses injectées, que les expériences suivantes ont été faites :

Un chien de taille moyenne a reçu, dans une première injection, une quantité de solution alcoolique correspondant à

15 centigrammes de coralline solide; le lendemain et le surlendemain il a été triste, abattu, en proie à un dérangement intestinal très-marqué, et dépourvu d'appétit. Il a paru se remettre le troisième jour, en ce qui touche du moins la santé générale, car la cuisse est devenue douloureuse du côté où avait eu lieu l'injection. L'animal se plaignait et boitait en marchant.

Après avoir attendu un jour en plus, on a injecté sous la peau une nouvelle dose de 20 centigrammes de coralline. Les accidents reparaissent presque aussitôt; les évacuations alvines se répètent, l'abattement va croissant; la fièvre est de plus en plus intense; la douleur de la cuisse augmente; l'animal, tremblant sur ses pattes, ne peut plus se soutenir; son œil est terne; il succombe le troisième jour après la seconde injection.

Un lapin, après une seule injection contenant 10 centigrammes de coralline pure, mourait au bout de quatre jours, ayant présenté les mêmes symptômes. Moins de 5 centigrammes de la matière colorante avaient suffi pour faire périr plus promptement encore une grenouille.

L'examen des organes des animaux empoisonnés par la coralline était d'un grand intérêt. Nous résumons les données fournies par l'autopsie des chiens et des lapins.

En premier lieu, au point où la coralline avait pénétré sous la peau, une violente inflammation du tissu cellulaire avec infiltration purulente s'était déclarée, et expliquait la douleur et la claudication observée chez les animaux. L'estomac était sain, ce qui doit vraisemblement tenir à la voie d'introduction choisie pour le poison, mais les intestins distendus par une énorme quantité de matière diarrhéique présentaient les traces manifestes d'une inflammation aiguë de la muqueuse Le foie a offert dans tous les cas une dégénérescence graisseuse rendue évidente par l'examen microscopique. Enfin, et c'est là le caractère en quelque sorte essentiel de cet empoisonnement, les poumons, chez le chien et surtout chez le lapin, étaient comme teints eux-mêmes par la matière colorante, et présentaient dans toute leur étendue une très-belle nuance écarlate qui se répandait uniformément à leur surface, de manière à effacer les divisions lobulaires et les vaisseaux qui la sillonnent.

Il a paru curieux de pousser plus loin les investigations et de revivifier en quelque sorte la coralline, tout comme on a coutume de le faire dans la recherche médico-légale des poisons, c'est-à-dire de l'extraire, avec ses caractères distinctifs, des organes où elle avait pu être portée par absorption.



M. Roussin, par un procédé très-ingénieux qui sera décrit avec détail, a pleinement réussi. Et nous avons pu teindre en rouge un écheveau de soie avec la matière colorante retirée des poumons et du foie des animaux empoisonnés. La coralline, qui avait donné lieu à l'empoisonnement, a été décelée par sa propriété caractéristique de matière tinctoriale, tout comme le sont l'atropine ou la digitaline par le pouvoir qu'elles possèdent de dilater la pupille ou d'arrêter les battements du cœur. C'est là, on en conviendra, une nouvelle application aussi heureuse qu'inattendue de la méthode physiologique et expérimentale que M. Tardieu s'est efforcé de généraliser et de poursuivre dans la recherche des poisons organiques.

Ces expériences et les résultats si précis qu'elles ont fournis sont de nature à donner l'explication la plus complète et la plus claire des faits. Elles ajoutent en outre quelque chose à nos connaissances en ce qui touche l'origine et la nature de certains empoisonnements.

La coralline, en effet, est, à n'en pas douter, un poison d'une grande énergie. Introduite même à petite dose dans l'économie vivante, elle peut causer la mort.

Elle agit à la façon des poisons irritants, notamment de substances dites drastiques, de l'huile de *croton tiglium* par exemple, dont elle reproduit à la fois l'action locale sous la forme d'une éruption vésiculeuse très-aiguë, et les effets généraux tels que l'inflammation du tube digestif. Absorbée et portée dans la profondeur des organes, elle y provoque d'une part la stéatose, cette dégénérescence graisseuse que produisent diverses espèces de poison, le phosphore, l'ammoniaque, l'arsenic; et d'une autre part, elle s'y concentre et peut en être extraite en conservant sa couleur spéciale et ses propriétés tinctoriales.

Les accidents déterminés par la coralline chez l'homme se sont bornés jusqu'ici à une affection locale fort douloureuse et à quelques troubles de la santé générale, heureusement sans gravité.

Mais il n'est nullement certain, à en juger par les effets rapidement mortels qu'elle a produits sur les animaux, qu'elle ne puisse, dans certaines circonstances, exposer l'homme lui-même à de plus sérieux dangers.

Il est permis de se demander en effet si les symptômes ob-

servés à la suite de l'emploi des chaussettes de soie teintes à la coralline, la fièvre, la céphalalgie, les étourdissements, les nausées, ont été simplement provoqués par la violence de l'inflammation locale, ou si plutôt ils n'étaient pas déjà la conséquence et l'indice de l'empoisonnement produit par la coralline absorbée.

Les tissus imprégnés de cette substance réalisent d'une façon véritablement singulière les conditions les plus favorables à l'absorption par la peau, telles que les a fixées M. Roussin dans un travail expérimental excellent (voy. Absorption, 1867), et telles qu'on les rencontre dans quelques autres empoisonnements analogues qui se produisent par la même voie d'absorption, et que déterminent certaines substances colorantes, arsenicales, mercurielles ou plombiques.

On retrouve ici un poison non dissous dans l'eau, l'absence de tout autre dissolvant que la matière sécrétée par la peau et l'abondance de cette sécrétion à l'endroit même où se trouve plus hermétiquement appliqué le tissu empoisonné, c'est-à-dire à la partie du pied qui se trouve comprimée par la chaussure; enfin, l'état solide de la substance vénéneuse qui doit être absorbée. Et ne semble-t-il pas que le savant susnommé eût prévu les faits d'empoisonnement par les chaussettes de soie rouge, quand il pensait avoir éclairé par ses expériences le mystère de ces empoisonnements fameux opérés à l'aide de gants, de bas ou de chemises préparés?

Si donc, la coralline employée à la teinture de certains vêtements n'agit pas seulement d'une manière locale, elle offre un double danger, et peut déterminer même chez l'homme, et par la simple application à la surface de la peau, un véritable empoisonnement. Elle doit être proscrite de tout emploi industriel analogue.

La science possédait déjà plus d'un exemple d'accidents produits par des matières colorantes. Le vert de Schweinfurt appliqué à la coloration de certains vêtements ou de papiers de tentures, le blanc de plomb étendu sur des dentelles; d'autres substances encore avaient fait déjà de trop nombreuses victimes.

Mais jusqu'ici ces matières colorantes vénéneuses étaient toutes d'origine minérale, aucune matière colorante organique n'avait été signalée comme poison avant la coralline,

Ces recherches permettraient à la fois d'en surveiller l'emploi, d'en reconnaître les effets et même d'en déceler la présence.



La coralline appartient à une classe de corps dont le progrès incessant des arts chimiques accroît chaque jour le nombre. C'est là une preuve nouvelle de l'intérêt considérable qu'il y a pour la science de l'hygiène et pour la médecine légale elle-même à suivre la marche et les progrès de l'industrie, et à étudier l'influence que ses plus récentes conquêtes peuvent exercer sur la santé des hommes.

M. Cerise a été consulté par un de ses amis éprouvant depuis deux mois des douleurs dans les pieds et les mollets, douleurs attribuées également à l'usage des chaussettes violettes et rouges. La peau à cet endroit était d'une couleur jaunâtre, sans aucune éruption. Il y a eu du vertige, ce qui semblerait démontrer qu'il y a eu absorption de la substance tinctoriale sans lésion locale. (*Acad. de méd.*, février.)

Dans un cas observé par M. Viaud-Grand-Marais, un marin, après avoir porté une chemise en laine rouge solferino, achetée en Angleterre, fut pris de broncho-pneumonie, à laquelle vinrent s'ajouter des phénomènes toxiques étranges, comme nausées, vomissements, fièvre très-intense, pharyngite, et une couleur rouge de la peau avec éruption spéciale, névralgie phlegmoneuse ne s'expliquant pas. La publication coïncidente des observations de M. Tardieu mit sur la voie de ces symptômes, et en décolorant cette chemise de laine avec les alcalis et leurs carbonates, il obtint, avec l'aide d'un chimiste, une substance colorante analogue à la coralline, et que l'expertise chimique de M. Roussin a montré être de l'aniline.

Mais voici des expériences contradictoires. 195 grammes de la même coralline employée en poudre ou en solution en plus de 40 expériences sur 7 chiens, 2 chevaux, 1 lapin et des grenouilles par M. Landrin, vétérinaire, en collaboration du docteur Landrin et d'autres personnes, contredisent cette interprétation. Aucun des animaux n'a été empoisonné. Les quatre expérimentateurs ont étendu sur leurs bras une solution alcoolique de coralline et l'ont laissée plus de 10 jours sans en éprouver aucun accident local ni général. D'où ils concluent que la coralline n'est pas un agent toxique, même à doses élevées, et que l'on peut en faire hardiment usage dans la teinture (*Acad. de méd.*, juin). Ce serait donc à un autre corps que les objets teints, et qui ont produit les acci-

dents réels et bien observés en plusieurs circonstances par différents observateurs, devraient leurs propriétés toxiques. Pourquoi les nouveaux expérimentateurs n'en ont-ils pas, du moins, vérifié la réalité sur eux-mêmes, puisqu'ils n'ont pas craint de s'exposer au danger d'employer la coralline même? L'expérience comparative eût été ainsi jugée du coup.

C'est ce qu'a fait M. P. Guyot. Après avoir fait ingérer à des chats et des lapins des quantités assez considérables de coralline avec leurs aliments, pour que, retrouvée dans les poumons après le sacrifice de ces animaux, cette substance ait pu servir à teindre de la soie, et fait séjourner des grenouilles et des sangsues dans une solution de coralline, de même qu'il l'a introduite dans le tissu cellulaire d'autres animaux sans inconvénient, il s'est lui-même teint les mains pendant plus de quinze jours sans éprouver aucun des symptômes décrits par M. Tardieu. Il en a même teint ses chaussettes dont l'usage n'a amené aucun accident, qu'il ait fatigué ou gardé le repos.

Ces expériences sont donc péremptoires, et permettent de conclure que la coralline n'est pas vénéneuse par l'usage interne ni externe, et peut être employée dans la teinture.

Par l'analogie des symptômes attribués à cette substance avec ceux que produisent les applications locales du vert de Scheele (*arsénite de cuivre*), M. le professeur Bouchardat suppose qu'un composé arsenical intervient dans la teinture avec cette substance, et d'après ses renseignements, on emploierait en effet, dans quelques fabriques, l'*arséniate d'alumine* comme mordant pour la fixer, de même que les dérivés colorés de l'aniline. Les dissidences, les contradictions précédentes s'expliquent ainsi facilement. (*Répert. de pharmacie*, septembre.)

Après les expériences faites pour innocenter la coralline des méfaits cutanés que M. Tardieu lui imputait, voici d'Angleterre plusieurs communications prouvant que des accidents analogues ont été observés et attribués à l'usage des chemises rouges, avant la découverte et l'emploi des couleurs d'aniline et de coralline. Dans ses *portraits des maladies de la peau*, M. E. Vilson représente un lichen simplex du tronc et des bras survenu en 1848 après l'usage pendant dix jours d'une chemise de flanelle rouge neuve qui lui sembla la cause du mal. Le docteur Nuttall écrit aussi de Dresde, à la *Lancet*, qu'en Californie, où nous avons connu ce distingué confrère en 1852 (voy. *Voyage méd. en Californie*, Paris, 1854), les chemises de



flanelle rouge, quand elles étaient portées pour la première fois amenaient souvent une éruption douloureuse, tellement que, quand un mineur le consultait à cet égard, sa première question était de savoir s'il ne portait pas de la flanelle rouge, et la réponse était invariablement affirmative. Le docteur Madden écrit au *med. Times* qu'un ferblantier, le consultant pour une affection de la peau, il trouva un groupe de pustules sur le dos et un grand nombre de petites vésicules sur les épaules qu'il attribua à l'usage de la chemise de flanelle d'un rouge noirâtre qu'il portait. Les accidents disparurent, en effet, dès qu'elle eut été mise de côté, et il suffit d'en reprendre l'usage quelque temps après pour que, même lavée, elle reproduisit les mêmes accidents. (*Journ. of cutaneous med.*, octobre.)

Il y avait autre chose que de la coralline dans tous ces cas, et nous soupçonnons fort, d'après ce que nous avons vu aussi sur les mineurs californiens, que la transpiration jointe à la malpropreté de la peau et des chemises de flanelle, trop rarement changées, n'était pas étrangère à la production de ces accidents cutanés. Pour plus de renseignements, on pourrait d'ailleurs s'adresser aux chemises rouges de Garibaldi, ou plutôt aux médecins faisant partie de son expédition.

**COXALGIE.** *Extension continue.* Le seul obstacle à son emploi, suivant M. Hennequin, est la douleur en résultant, d'autant plus grande que la pression est plus énergique et limitée. D'où l'indication de répartir la pression et de la rendre intermittente. Pour la remplir, il repousse les tissus agglutinatifs, les bandes et montre que toutes les régions du membre inférieur ne sont pas également aptes à l'employer d'une manière intermittente. Le pied y est impropre. Des bandelettes fixées, roulées au-dessus des condyles du fémur et de la saillie formée par les jumeaux, et servant d'attache aux appareils élastiques, ont plus de succès; mais des excoriations peuvent se faire sous ce bandage sans que l'on s'en doute. Deux demi-cylindres réunis par un lacet avec une molletière à rigoles sur la face postérieure, soustrayant les vaisseaux et les nerfs à la pression, est beaucoup préférable, car l'extension prenant ses points d'appui sur deux régions différentes, on peut la transporter momentanément sur l'une ou l'autre exclusivement.

Étudiant de même le mécanisme de la contre-extension et ses applications les plus efficaces, il classe en première ligne

la tubérosité ischiatique, les fosses iliaques et la branche horizontale du pubis en dernière; puis il passe en revue les divers procédés employés et leurs contradictions au point de vue de l'anatomie, de la physiologie ou de la physique, pour arriver à justifier et légitimer la construction d'un nouvel appareil très-compliqué qu'il a fait construire par MM. Robert et Collin, d'après ses études et ses observations. Il s'applique contre les fractures de la cuisse aussi bien que contre la coxalgie. Son avantage est de pouvoir changer la pression où se manifeste la douleur, sans que l'extension cesse d'être mobile et de laisser le membre à découvert. (*Arch. de méd.*, janvier.)

C'est là un travail savant et très-important, mais qui, par sa forme confuse, sa rédaction négligée, échappe à l'analyse. Les appareils sont figurés par des planches. La distinction qu'il a obtenue de la Faculté de médecine, qui l'a récompensé par le prix Barbier, en prouve hautement la valeur, mais surtout l'esprit. (*Quelques considérations sur l'extension continue et les douleurs dans la coxalgie*, par le docteur Hennequin, in-8°. Paris.)

**CRANE.** — Voy. TÊTE.

**CRÈCHES.** Incidemment avec la discussion sur la question si importante de la mortalité des nourrissons, M. Delpech est venu, avec un à-propos intentionnel sans doute, faire un rapport sur l'institution des crèches dont M. Marbeau, nouveau saint Vincent de Paul, est le généreux fondateur à Paris. Destinées à recevoir les enfants au-dessous de deux ans, allaités par leurs mères ouvrières, qui les y déposent le matin et reprennent le soir après être venues les allaiter aux heures des repas dans la journée, ces crèches ont des avantages incontestables, mais le défaut d'argent empêche souvent qu'elles ne soient installées suivant toutes les lois de l'hygiène. Si donc la généralisation en est désirable dans tous les centres de population ouvrière, afin de permettre aux mères de conserver et d'allaiter leurs enfants, ce ne peut être, comme le rapporteur en conclut, que sous les conditions suivantes :

1° Aucune crèche ne pourra être ouverte sans qu'une commission administrative et médicale n'ait constaté la salubrité du local choisi, la convenance de l'organisation réglementaire et les ressources suffisantes dont elle dispose.

2° Les crèches ne doivent recevoir que des mères-nourrices, travaillant hors de chez elles, et donnant la preuve de leur travail.

3° Les enfants n'y sont admis que pendant le jour; ils ne seront admis qu'en présentant un certificat de vaccine et une attestation du médecin spécialement désigné constatant leur bonne santé. Ils seront rendus à leurs parents dès qu'ils présenteront des symptômes de maladie. — Après une absence de huit jours, quelle que soit la cause qui l'explique, ils ne pourront être admis que munis d'un nouveau certificat de santé.

4° Les mères seront tenues de venir, deux fois par jour au moins, allaiter leurs enfants. Le sevrage ne pourra être fait que sur l'approbation du médecin.

5° L'alimentation supplémentaire sera ordonnée et surveillée par lui.

6° Il visitera la crèche au moins une fois par jour.

7° Le nombre des enfants admis sera fixé en raison de l'étendue du local choisi et indiqué dans l'ordonnance d'autorisation.

8° Leur âge ne pourra dépasser trois ans, ni être au-dessous de six semaines. Les enfants allaités seront, autant que possible, séparés de ceux qui auront été sevrés.

9° Une personne ne pourra être chargée de plus de six nourrissons, une gardeuse de plus de douze au-dessous de dix-huit mois.

10° Dans les communes habitées par les populations ouvrières, il est à désirer que les crèches soient aussi rapprochées que possible des grandes agglomérations, afin d'éviter des fatigues à la mère et à l'enfant, et les inconvénients d'un trop long parcours le matin et le soir. (*Acad. de méd.*, septembre.)

D'après les documents fournis par M. Husson, l'expérience serait loin d'être favorable à ces crèches. De 31, elles sont tombées à 21, donnant 730 places où 2335 enfants ont passé en 1868. Si donc chacune de ces places avait été occupée toute l'année, 428 auraient suffi, car le total des journées n'est que de 131 383, soit en moyenne 56 jours 27, ou moins de deux mois pour chaque enfant; preuve que les mères ne persistent pas longtemps à recourir à la crèche. La dépense totale a été de 94,027 fr. 21, soit 222 fr. 48 cent. par place et 72 cent. par jour. Les rétributions maternelles se sont élevées à 19 544 fr. 75 cent.

Malgré ce taux élevé, les conditions hygiéniques sont loin

d'être irréprochables. Une odeur fade de beurre aigri, se combinant avec celle des déjections, remplit l'atmosphère des salles, des épidémies d'ophthalmie et de rougeole y éclatent, et la condition de visite journalière du médecin n'est pas mieux remplie que celle de la mère d'allaiter son enfant au moins deux fois par jour. Ces établissements ne sont donc guère convenables aux enfants allaités. Leur transport tous les jours, matin et soir, est un danger inconciliable avec la santé du nouveau-né. Aussi n'y a-t-il qu'un tiers à peine de nourrissons à la crèche. Elles devraient, suivant M. Husson, renoncer à en recevoir tout à fait et n'accueillir que les enfants de deux à trois ans, encore trop jeunes pour aller à l'asile.

Pour le nouveau-né, le nourrisson, l'institution de la crèche à domicile, c'est-à-dire le secours de femmes dévouées et intelligentes, comme les Sociétés de charité maternelle le font, est indispensable en favorisant l'allaitement maternel, à moins des secours, des facilités comme en accorde l'Association mulhousienne aux femmes ouvrières. C'est ainsi que la mortalité générale à Mulhouse des enfants de la naissance à un an, de 33 à 36 pour 100, n'est que de 27, 84 pour les mères ainsi secourues. Devant la nécessité et le devoir sacré pour la mère d'allaiter son enfant, il faut la secourir et l'aider de toute manière dans cette tâche, qui est le meilleur et le plus sûr moyen de conserver son enfant. (*Acad. de méd.*, octobre.)

**CROUP.** *Injections d'eau de chaux.* Guidé sans doute par les expériences de MM. Bricheteau et Adrian sur la solubilité des fausses membranes dans l'eau de chaux, le docteur Albu, médecin de l'hôpital Saint-Lazare de Berlin, a tenté de les dissoudre sur place en pratiquant des injections d'eau de chaux tiède dans le larynx. Introduisant à cet effet la canule de la seringue de Pravaz entre les anneaux de la trachée, il a d'abord injecté quelques gouttes seulement ; puis, ne voyant aucun accident en résulter, il en a injecté plein la seringue sans déterminer d'accès de suffocation. Une grande excitation, de la toux en résultent seulement, et les enfants expectorent subitement des lambeaux de membranes diphthéritiques. De 6 cas de croup traités de cette manière, il y eut 1 seul succès chez une fille de dix ans qui allait subir la trachéotomie, et qui guérit par l'usage de deux injections d'eau de chaux par jour et l'usage interne de l'eau de chaux et la décoction de quinquina;



les cinq autres étaient des enfants au-dessus de cinq ans, arrivés à la période de suffocation. (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 5.)

On ne peut rien conclure de ces tentatives, sinon que la suffocation ne serait pas aussi redoutable avec ces injections que par la bouche, suivant la méthode recommandée par Gottstein ; mais, avec l'expérience que tout praticien a de la suffocation que détermine la cautérisation, le badigeonnage ou le ramonage de la glotte en pareil cas, il convient d'attendre que des faits plus nombreux se produisent pour répéter ces injections directes dans le larynx, en se bornant aux inhalations et aux gargarismes avec l'eau de chaux.

La physiologie, dit-on, permettait de prévoir cette tolérance, car on sait que la sensibilité de la trachée et des bronches est bien moins vive que celle du larynx et surtout celle de la glotte. Ce n'est donc pas la crainte de la suffocation qui doit arrêter dans ces injections, mais le défaut d'action topique locale sur le larynx où les fausses membranes sont le plus dangereuses, puisque ces injections sont faites au-dessous. Elles ne sont donc indiquées que si l'on a quelque raison de croire à la présence de fausses membranes trachéales ou bronchiques. (*Lyon méd.*, n° 15.)

*Acétate de potasse.* A très-haute dose, c'est-à-dire de 8 à 10 grammes dans 120 grammes d'eau sucrée par jour, il paraît avoir ramené l'expectoration supprimée à la suite de la trachéotomie. Employé ainsi chez quatre enfants opérés, dont la toux était devenue sèche, l'expectoration reparut dès le lendemain. Il y aurait donc là une ressource thérapeutique spéciale si les faits ultérieurs confirment ceux-ci. (*Journal de méd. de Bordeaux.*)

*Étude sur le croup après la trachéotomie.* Thèse inaugurale par le docteur Sanné, ancien interne des hôpitaux, 1 vol. in-8, de 274 pages, avec 31 observations. *Librairie Germer Baillière.* Basé sur 662 observations, dont 102 cas de croup et 83 trachéotomies suivis par l'auteur, sur lesquels il y a eu 44 fois des accidents consécutifs, ce travail offre une analyse exacte de ces divers accidents et l'exposé des moyens à leur opposer. C'est une étude complète et minutieuse de ces complications qui viennent si souvent entraver le bénéfice de la trachéotomie et en annihiler le résultat. Faite au lit du malade et d'après

d'aussi nombreux exemples, elle a un caractère de précision, d'originalité que l'on trouve rarement dans une thèse. Celle-ci est au contraire un vrai traité pratique des accidents consécutifs à la trachéotomie, que tout praticien trouvera profit à consulter. Car, ainsi que le dit judicieusement M. le docteur Lemaistre à propos d'une observation intéressante de croup guérie par la trachéotomie : « Si l'introduction de la canule dans la trachée fait cesser les phénomènes de l'asphyxie, les soins consécutifs, en prévenant une foule d'accidents mortels, assurent le succès de l'opération. (*Revue méd. de Limoges*, février.)

**CURARE.** — Voy. TÉTANOS.

**CYSTICERQUES.** *Paume de la main.* Le 27 avril dernier, le nommé Auguste Jugan, coiffeur, âgé de trente-cinq ans, se présente à la consultation du Bureau central des hôpitaux, demandant à être traité pour une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, située à la région palmaire de la main droite; elle s'étend depuis la ligne demi-circulaire, qui limite en bas et en dedans les muscles de l'éminence thénar, jusqu'à environ 1 centimètre du bord externe du premier métacarpien. Extérieurement, elle occupe presque tout l'espace des muscles de l'éminence thénar. Sans coloration particulière, elle est légèrement fluctuante; la pression ne détermine que peu ou point de douleur. Le petit doigt est contracté, presque dans la demi-flexion, regardant vers le kyste et achève de donner à la main un aspect tout particulier.

Le malade dit s'être aperçu pour la première fois, il y a quatre ans, que sa main avait commencé à gonfler; une ponction fut faite, il y a deux ans, du liquide s'échappa, et la tumeur semblait complétement disparue, lorsque, peu de temps après, un nouveau gonflement se déclara, lequel alla toujours en progressant jusqu'à l'état actuel.

Pour déterminer la nature de ce kyste et le rang qu'il occupait dans le cadre nosologique, une incision oblique est pratiquée de bas en haut de 2 centimètres qui laissa aussitôt échapper un liquide séreux, jaune citron, doux au toucher, limpide. Avec le liquide, une fausse membrane apparut, faisant hernie, et attira l'attention M. B. Anger, après s'être assuré qu'elle ne contractait pas d'adhérence avec les tissus périphériques, en fit l'extraction et constata qu'elle était située entre l'aponévrose palmaire et les muscles du pouce, et qu'elle s'étendait dans la direction de l'avant-bras jusqu'au bord inférieur du ligament annulaire du carpe. L'opération faite, la plaie fut pansée à l'alcool, et vingt-trois jours après, le malade était guéri.



Placée immédiatement sur une compresse et examinée rapidement, cette fausse membrane offrit l'aspect d'une poche qui devait, avant l'ouverture pratiquée avec le bistouri, être close de toutes parts et contenir la sérosité échappée. Blanche, nacrée, humide et d'une texture très-fragile, elle roulait sous le doigt. Retournée sur elle-même comme un doigt de gant, elle présenta un petit cul-de-sac se terminant par une vésicule de la grosseur d'une grosse lentille et se continuant par un pédicule de quelques millimètres avec la paroi de la poche. Cette petite vésicule, assez dure, opaque, paraissait contenir dans son intérieur un petit corps jaune comme replié sur lui-même et pouvant avec raison être comparé au fœtus humain replié dans la membrane amnios. A l'état normal, cette vésicule enkystée, suspendue aux parois internes de la première poche, devait se trouver entourée par le liquide déjà cité, au milieu duquel elle flottait maintenue seulement par son pédicule.

Soumise à l'inspection micrographique dans le laboratoire de M. Vulpian à l'École pratique, il fut constaté que ce corps jaune était un petit animal se terminant du côté opposé, à son insertion vésiculaire, par une tête munie d'une trompe imperforée, entourée de crochets au-dessous desquels se trouvaient quatre granules noirâtres qui n'étaient autres que les ventouses indiquées dans le *cysticerque*. Au-dessous de ces ventouses se trouvait le pédicule, c'est-à-dire le cou de l'animal se continuant avec la petite vésicule contenue dans la grande, remplie du liquide déjà décrit. C'est là un cas unique dans la science. (*Union méd.*, n° 62.)

*Migration.* Au lieu d'admettre, comme Gervais et Van Beneden, que les œufs déposés dans l'intestin traversent les tissus et cheminent ainsi jusqu'au lieu où ils s'enkystent, ne serait-il pas plus logique, dit M. Bleynie, de penser qu'ils passent par pression dans les chylifères et de là dans le sang, avec lequel ils sont lancés dans toutes les directions et déposés dans les différents organes où leur éclosion a lieu et leur vie rudimentaire. Après sa mort, le liquide contenu dans le kyste se résorbe et le corps de l'animal subit une transforma-

tion d'apparence caséeuse, comme tendrait à le prouver l'existence de petits kystes rencontrés dans quelques cas avec des débris de cysticerques. (*Revue méd. de Limoges*, mars.)

**CYSTITE.** *Injections morphinées.* M. Alling paraît avoir résolu par la pratique la question si controversée de l'absorption de la muqueuse vésicale. Chez 4 hommes et 2 femmes placés dans le service de M. le docteur Guyon, à l'hôpital Necker, atteints de cystite avec douleurs intolérables, il a injecté dans la vessie, avec la seringue Pravaz, grand format, 30 gouttes d'une solution contenant 2 milligrammes par goutte de chlorhydrate de morphine, augmentant jusqu'à 50 à 60 gouttes en deux fois matin et soir, et immédiatement les douleurs en ont été calmées; la fréquence de la miction a été diminuée et le sommeil rendu aux malades. Cette sédation rapide ne peut donc résulter que de l'absorption du médicament, mais on voit par les hautes doses employées, de 6 à 10 centigrammes par jour, que cette absorption est bien faible relativement aux autres muqueuses. (*Bull. de thérap.*, décembre 1868.)

D'ailleurs, il reste toujours à vérifier si dans ces cas l'épithélium vésical n'est pas altéré ou détruit par l'inflammation, comme M. Susini l'a suggéré. (Voy. *année* 1868.)

C'est ainsi que pour contredire M. H. Thompson, le savant urologiste anglais, qui, dans ses leçons cliniques, regarde les injections comme sans valeur, le docteur Campbell Black lui oppose le fait d'une femme atteinte de cystite aiguë qui, après une injection d'un quart de grain environ de bichlorure de mercure en solution, en éprouva de grandes douleurs et tous les accidents de la salivation. (*British med. Journ.*, février.)

Evidemment, on ne saurait conclure d'un pareil fait à l'absorption de la vessie saine. Des observations identiques peuvent seules résoudre le problème.

**Cystite chronique.** *Sulfite de soude.* On sait depuis longtemps que les sels formés par l'acide sulfureux, pris à l'intérieur, ont la propriété de préserver l'urine normale de la fermentation putride. Partant de ce point, M. Willcoy a pensé que les sels dont il s'agit produiraient le même effet dans les cas de cystite chronique, où, par suite d'une abondante sécrétion de mucus, l'urine se putréfie avant de pouvoir être évacuée, et où les parois de la vessie restent en contact avec un



liquide irritant, qui les empêche d'être ramenées à leur état normal. En conséquence, il a employé le sulfite de soude dans plusieurs cas de cystite chronique en traitement dans son service d'hôpital. Le succès a couronné cette tentative. L'urine, qui était très-alcaline et extrêmement fétide, chargée de pus, et qui pouvait très-difficilement être retenue pendant un quart d'heure, devint rapidement claire, acide, inodore, et put être conservée dans un réservoir pendant deux ou trois heures. Les acides minéraux avaient été employés avec peu de succès dans les mêmes cas, avant qu'on fît usage du sulfite de soude. (*Arch. méd. belges*, février.)

**CYSTOCÈLE.** Aux divers moyens chirurgicaux mis en usage pour sa guérison radicale, M. Demarquay substitue exclusivement, dans tous les cas, un pessaire à air maintenu par une lame de caoutchouc qui s'applique sur la vulve et le périnée et s'attache sur une ceinture hypogastrique par des tubes de caoutchouc jouant le rôle de sous-cuisse. (*Bull. de thér.*, n° 2.)

Devant les guérisons spontanées que chaque praticien a sans doute eu l'occasion de constater, surtout dans ce que M. Demarquay appelle la *cystocèle aiguë*, c'est-à dire qui apparaît tout à coup et disparaît de même, on ne saurait, en effet, être trop prudent. Le traumatisme dans ces parties est toujours grave et dangereux, et dès que l'on a un moyen de contention complète et facile, il est plus sûr d'y recourir, aussi bien pour la cystocèle que pour le prolapsus utérin, que de courir les chances de méthodes curatives très-problématiques.

## D

**DÉCLARATION.** Un médecin n'ayant pas opéré ni assisté à l'accouchement d'un enfant mort né à terme, mais en ayant eu connaissance pour avoir vu la fille-mère au début du travail et après l'accouchement, est-il responsable de la déclaration de naissance édictée par l'art. 56 du code Napoléon? Un médecin de Foix (Ariége) était poursuivi correctionnellement pour avoir négligé de faire cette déclaration dans une circonstance, et

malgré le secret professionnel dans lequel il se retrancha, il fut condamné à 200 francs d'amende et aux dépens par jugement du tribunal de Foix, conformément à l'art. 346 du code pénal, basé principalement sur ce point de fait : que la nécessité de faire cette déclaration en l'absence du père était un devoir professionnel d'autant plus impérieux dans l'espèce qu'il y avait soupçon de crime, c'est-à-dire doute que l'enfant était bien venu mort-né.

La Société de médecine légale, consultée sur ce fait, a adopté sur le rapport de M. Chaudé les conclusions contraires dans sa séance du 6 janvier, basées sur ce qu'en fait, le médecin n'avait pas assisté à l'accouchement. (*Ann. d'hygiène et de méd. légale*, avril.)

Sur le rapport de M. Demange, la Société a adopté que par ces mots *assister à l'accouchement*, c'est voir sortir l'enfant de l'utérus. Pour les médecins ou sages-femmes, l'adhérence de l'enfant à la mère par le cordon suffit encore pour affirmer son identité; mais il n'en est plus de même quand il y a rupture. En dehors de ces deux cas, la loi ne peut rien exiger d'eux. Pour l'identité même de l'enfant, le médecin est tenu de dire son sexe et le lieu précis de sa naissance, telle rue, tel numéro, sans être tenu, en raison du secret professionnel, de dire le nom de la mère. Cette déclaration concerne tous les fœtus de quatre mois au moins, bien qu'ils ne soient viables que plus tard et qu'il y ait lieu à une modification de la loi à cet égard. (*Idem* et *Gaz. hebd.*, n° 34.)

Observateur rigoureux du secret professionnel, M. le docteur Maillard (de Dijon) a refusé d'indiquer la rue et le numéro de la rue où était né l'enfant qu'il déclarait par cette raison que c'eût été révéler indirectement ce qu'il voulait taire, et le procureur impérial a obligé l'officier de l'état civil à recevoir cette simple déclaration. (*Idem.*, n° 37.)

**DÉLIRIUM TREMENS.** *Cannabis indica.* Confirmant les dires de M. Tyrrell qui, à défaut de pouvoir administrer l'opium chez un ivrogne qui en était sursaturé, en a constaté les bons effets pour faire cesser l'accès (voy. *année* 1867), M. le docteur Douaud relate l'observation suivante : Un homme sujet à des accidents épileptiformes, est pris tout à coup de délire furieux, il ne voit que des monstres, on est obligé de le tenir. Dans la pensée que l'alcoolisme était la cause de cet état, il donne 20 gouttes *de cannabis indica*, et autant quatre heures après ; le délire diminue et la nuit fut assez bonne. Plus de tremblement le lendemain; 2 grammes de bromure de potassium par jour furent ensuite administrés contre les accidents épileptiformes, et cet homme qui avait des attaques très-fréquentes, n'en eut plus pendant huit jours. Quant à l'influence de la teinture du cannabis sur le pouls, elle le fit tomber de 96 à 58, pour remonter à 65 après la cessation du médicament. (*Soc. méd. de Bordeaux*, avril.)



**DÉLIVRANCE.** *Danger du seigle ergoté.* Administré par une sage-femme deux heures après l'expulsion de l'enfant chez une primipare, loin de déterminer des douleurs expultrices, les contractions portèrent sur les fibres musculaires du col qui se referma. Il admettait à peine l'extrémité du doigt à l'arrivée de M. Ameuille, cinq heures après l'accouchement, et un léger écoulement de sang avait eu lieu. Ce praticien fit pratiquer des injections d'eau tiède de huit à dix minutes de durée sur le col, et deux heures après, il pouvait introduire la main, détacher le placenta et terminer la délivrance de même qu'il l'avait fait tant de fois auparavant (*Soc. de méd. prat. et Union méd.*, n° 24). C'est donc là une méthode simple bonne à connaître.

**DELPHINE.** Par de nouvelles expériences sur les grenouilles avec cet alcaloïde du staphysaigre, couronnées par la Société de biologie, le docteur Cayrade compare son action à celle de l'aconitine sur les mouvements réflexes, mais celle-ci agit bien plus directement sur la respiration et sur le cœur, et la delphine, même à très-petite dose, ne détermine jamais de convulsion.

L'une et l'autre peuvent donc s'employer comme sédatif de la douleur. L'usage de la delphine exige de grandes précautions et les doses indiquées de 10 à 20 centigrammes paraissent beaucoup trop fortes, surtout des sels, à cause de leur grande solubilité ; on pourrait les administrer progressivement en granules de 1 milligramme dans les maladies, en général; mais l'aconitine conviendrait peut-être mieux aux névralgies de la face, et la delphine à celles des membres inférieurs, sur lesquels l'expérience a démontré une action plus vive et plus rapide. (*Journ. d'anat. et physiol.*, n° 3.)

**DENTITION.** *Calomel.* Sur 2 enfants de onze à douze mois, M. Champouillon ayant administré le calomel à dose réfractée contre des affections de la cornée, vit à son grand étonnement, en portant son attention sur le gonflement des gencives déterminé par la salivation, cinq incisives apparaître en quatre jours dans les deux cas; d'où il est porté à conclure que cet agent en facilite l'évolution. (*Bull. de méd. et ph. mil.*, mai.)

Cette coïncidence est au moins remarquable et mérite de fixer l'attention.

**DÉONTOLOGIE.** *De l'état actuel de la médecine et des médecins en France*, avec un plan de réforme complète d'une situation qui blesse à la fois les intérêts de l'État, des médecins et des malades; par le docteur Combes. 1 volume in-12 de 464 pages. Paris.

**DERMATOSES.** *Acide chromique.* Employé très-dilué contre diverses affections cutanées. La teigne circinée en a été guérie par Purdon à la dose de 4 grammes sur 30 d'eau. Il peut donc être employé dans les autres espèces.

Il a réussi comme caustique contre les condilômes, les verrues et les productions cornées en en doublant la dose.

On peut aussi l'employer contre l'eczéma chronique, le lupus et les autres affections; il modifie rapidement les surfaces malades.

*Toile de caoutchouc vulcanisée.* Connue sous le nom de *toile d'hôpital*, elle est peu coûteuse, solide, se lave à l'eau fraîche et forme un corps isolant très-utile contre les maladies de la peau. Appliquée en compresses par le docteur Colson, ou assujettie aux vêtements et reposant sur le mal, elle provoque la chute des croûtes et des squames par l'abondance de la transpiration. Elle calme aussi efficacement le prurit, la démangeaison. L'eczéma rubrum, fendillé et impétigineux en est surtout notablement influencé par l'abondant écoulement qu'elle provoque (voy. *ce mot*). L'épiderme dur, épaissi, redevient perméable par son usage persistant sous forme de gant à la main, de chausson aux pieds, etc. (*France méd.*)

Cette toile a aussi été préconisée en ceinture, en caleçons,



pour les femmes atteintes de maladies utérines et de déplacements en particulier.

*Acide phénique.* M. Kohn l'a administré avec succès à l'intérieur sous forme pilulaire. Mélangé avec l'extrait et la poudre de réglisse, chaque pilule en contient 5 centigrammes et de 6 à 9 pilules au début, il augmente de 12 à 20 et va jusqu'à 60 dans certains cas. En solution, il le prescrit de 25 centigrammes à 1 gramme dans les vingt-quatre heures, mais il incommode sous cette forme par son goût et son odeur.

Son action se manifeste par la diminution, puis la disparition de l'hypérémie cutanée, puis la démangeaison disparaît avec ses conséquences, comme les excorations, l'insomnie, etc.

Dans 27 cas de psoriasis, la guérison la plus prompte eut lieu après vingt-six jours. Elle eut lieu aussi contre un pityriasis rubra, 5 de prurigo, 1 de prurit cutané, mais il échoua dans 24 cas de syphilis. (*Archiv für dermat. med. Syph.*)

**DÉSINFECTANTS.** *Quinine et quinquina.* Avec l'acide phénique généralement adopté comme le type par excellence, ces agents sont fréquemment employés comme tels dans les hôpitaux de Vienne. Le professeur Sigmund injecte une solution de quinine par la méthode hypodermique dans les bubons, une décoction d'écorce de quinquina contre les écoulements du vagin.

Il est permis au moins de se demander si l'action de ces médicaments en pareil cas est vraiment désinfectante ou si, au contraire, le quinine n'agit pas simplement comme résolutif, substitutif et le second comme astringent: se payer de mots est bientôt fait, mais sans aucun avantage pour la science ni pour l'art.

**DIABÈTE.** *Opium à haute dose.* Un cas remarquable a été soumis par le docteur Pavy à la *Clinical Society* : la guérison d'un diabète chez une femme de soixante-huit ans sous l'influence de l'opium élevé graduellement à la dose de 10 à 12 grains par jour, avec un régime très-excitant comprenant 3 onces d'eau-de-vie et 2 bouteilles de soda. La quantité de sucre, qui était de 3275 grains par jour en mai, était réduite à zéro en octobre, sous l'influence de ce traitement alterné mais non interrompu. Le dosage des médicaments en change telle-

ment l'action que l'on ne saurait trop étudier ce chapitre nouveau et important de la thérapeutique moderne.

Le docteur Burdon-Sanderson a confirmé cet heureux résultat chez un diabétique de sept mois qui, soumis pendant six semaines au régime seul, n'obtint aucune diminution de l'urine ni du sucre malgré l'amélioration de la santé générale. L'opium ayant été administré à la dose rapidement croissante de 4 à 20 grains par jour, l'urine diminua rapidement à partir de 10 grains. Aucun signe de narcotisme ne s'observa, et il semblerait même que cette médication peut déterminer l'accoutumance. M. Anstie a connu un diabétique qui mangeait jusqu'à 100 grains d'opium par jour. Mais ce sont là des exceptions à la loi ordinaire et qui ne peuvent guère être prises en considération.

*Alcalis.* C'était un devoir pour M. Pavy, dont le nom restera attaché au diabète par ses recherches importantes sur ce sujet, de vérifier, de contrôler les succès annoncés par le docteur Basham avec l'usage des alcalis et des phosphates associés à l'opium (*British med. Journ.*; avril), ainsi qu'avec l'éther ozonisé. Or, il s'est convaincu, par plusieurs observations relatées dans la *Lancet*, que cette dernière médication était sans effet curatif, et que les améliorations obtenues étaient plutôt dues à l'opium qu'aux alcalis. L'usage simultané de médicaments divers autorise cette supposition, surtout en présence des succès obtenus avec l'opium seul. Pourtant le carbonate d'ammoniaque employé concurremment avec le régime, a fait disparaître le sucre dans un cas, de même que l'eau camphrée dans un autre (*Clinical Soc.*, mai). Malheureusement ces diverses médications sont laissées à l'expérimentation sans qu'aucun signe en donne l'indication spéciale qui doit toujours être le but d'une thérapeutique rationnelle.

*Researches on the nature and treatment of diabetes*, par le docteur W. Pavy, médecin-adjoint et professeur de physiologie à l'hôpital Guy de Londres, 2e édition, revue et augmentée, 1 volume in-8° de 297 pages. Londres.

Le danger des opérations chez les diabétiques bien reconnu aujourd'hui, comporte cependant des exceptions. M. Demarquay a pu opérer d'un phimosis, un homme de trente-deux ans qui rendait 280 à 300 grammes de sucre par jour. Pour expliquer



sa guérison, il faut distinguer, à l'exemple de M. Jaccoud, trois périodes du diabète; la première comprenant le temps ou l'aberration nutritive ne porte que sur les matières amylacées; la seconde, quand elle dévie également l'évolution des matières azotées; et la troisième, quand le malade emploie, en outre de ses aliments, sa propre substance à faire du sucre, ce que l'amaigrissement indique de reste. Or, tant que l'équilibre entre les recettes et les dépenses en sucre n'est pas rompu, il y a chance de succès pour certaines opérations ne troublant pas beaucoup l'organisme, tandis qu'elles sont à peu près infailliblement fatales dès que le malade emprunte d'avance à sa propre substance, par la raison qu'il ne pourra suffire aux matériaux nécessaires pour la fièvre traumatique, la cicatrisation, la convalescence. Là serait la contre-indication formelle aux opérations chez les diabétiques. (*Gaz. des hôp.*, n° 40.)

Si spécieuse que soit cette figure, il est probable que les chirurgiens éprouveront encore plus d'un échec en la suivant exclusivement, sans tenir compte des conditions individuelles des diabétiques et de la gravité des opérations.

*Anévrysme compliquant le diabète.* (Voy. ANÉVRYSME.)

*Traité clinique et thérapeutique du diabète*, par M. Durand-Fardel, inspecteur des services d'Hauterive, à Vichy. Grand in-18. Dans une étude philosophique et toute vitalistique, M. Durand-Fardel met le diabète en comparaison avec les diathèses urique et graisseuse comme provenant toutes trois d'une anomalie de l'assimilation. Mais tandis que la matière de la maladie, le sucre, l'acide urique pénètrent tout l'organisme avec certains siéges d'élection, où ils se retrouvent en plus grande quantité, la graisse, au contraire, ne pénètre pas les organes et ne trouble les fonctions que par la gêne qu'elle y apporte. Pourtant l'un et l'autre ne paraissent nuisibles que par leur rétention dans l'organisme. Il y a donc à considérer la production de la matière morbide et les accidents qui dépendent de sa stagnation en excès dans l'organisme, car dans les trois diathèses, tant que le produit morbide est absorbé ou éliminé en certaine proportion, l'organisme n'accuse pas de souffrance, et il est probable que c'est par une véritable intoxication sucrée que le diabète est fatal comme par une intoxication urique que la goutte, la gravelle sont dangereuses.

Les accidents pathologiques ne sont donc pas la conséquence indispensable de l'existence de la matière morbide.

Si celle-ci est complétement éliminée, comme dans la gravelle, point de phénomènes morbides.

Si elle se subordonne à une direction déterminée, comme dans la goutte articulaire, dite régulière, accidents limités dans leur localisation.

Il est probable qu'il en est ainsi dans le diabète, et que l'innocuité relative d'un grand nombre de glycosuries prolongées provient de l'issue complète du sucre en excès.

Enfin, innocuité pareille de l'obésité, tant que le degré, et surtout le siége des dépôts graisseux, ne sont pas de nature à enrayer les fonctions d'organes importants

En rapprochant ces trois diathèses par leurs manifestations rapprochées, successives, alternantes, comme le diabète fréquent chez les obèses, l'obésité s'alliant à la goutte et à la gravelle, et celle-ci se combinant avec le diabète, l'auteur montre que l'étiologie pathogénique en est dominée également par l'activité amoindrie de quelque grande fonction, comme l'activité musculaire ou cérébrale, et qu'elles ont les mêmes indications thérapeutiques : la médication alcaline, la soude en particulier et l'exercice. (*Acad. de méd*, avril.)

Il y a dans ce rapprochement clinique des vues d'une importance incontestable qui méritent de fixer l'attention.

*Etude critique des diverses médications employées contre le diabète sucré.* Thèse d'agrégation par le docteur P. Brouardel.

**Diabète insipide.** *De la polyurie;* thèse d'agrégation soutenue à la Faculté de Paris par le docteur Lancereaux. Envisagée comme une maladie distincte et différente du diabète sucré, surtout au point de vue de son retentissement sur l'organisme. 72 observations sont analysées au point de vue des causes et en en retranchant 21 n'ayant pas de cause connue, cet ouvrage montre statistiquement, que toutes celles indiquées ont agi par l'intermédiaire du système nerveux. C'est donc une affection essentiellement liée à un trouble, un désordre nerveux. Les polyuries momentanées et transitoires se produisent ainsi chez les personnes nerveuses, à la suite d'émotions vives.

Un cas observé par M. Bourdon, à la Charité, contredit



exceptionnellement du moins, cette distinction absolue du diabète sucré, car le sujet présenta anthrax et furoncle, comme dans celui-ci, bien qu'il y eût trace de sucre dans son urine, évaluée de 9 à 12 litres par jour, d'une densité de 1005 seulement, mais contenant 113 grammes de matières solides, ce qui peut expliquer peut-être cet effet exceptionnel sur l'organisme. (*Gaz. des hôp.*, n° 76.)

**Diabète chez les aliénés.** Sur 400 aliénés de l'Asile de Quatremares, M. Lailler, pharmacien en chef a rencontré trois hommes âgés de trente-neuf et quarante-neuf ans, mélancolique, imbécile, délirant, mais jouissant d'une santé parfaite, sans que rien n'indiquât extérieurement ce trouble profond. L'appétit était conservé, la soif normale et leur nourriture n'avait subi aucun changement. Deux appartenaient à la classe des indigents et l'autre était pensionnaire. Il n'y avait pas moins de 50 à 60 grammes de sucre par kilogramme d'urine lors du premier examen, sans maigreur ni sécheresse de la peau, ni soif coïncidente, au contraire, l'un d'eux refusait la boisson rafraîchissante qui est distribuée dans la journée pendant la chaleur de l'été. Les forces musculaires et l'embonpoint n'avaient en rien diminué. Cette quantité de glycose diminua graduellement et disparut même sans aucun traitement (*Ann. méd.-psychol.*, juillet.)

Il en résulte donc que le diabète, loin de ne jamais se montrer chez les aliénés, comme on le disait, est au contraire assez fréquent. En l'absence de toute autre cause, on ne peut que le rapporter aux troubles matériels du cerveau.

**DIARRHÉE.** *Sulfate de quinine.* Dans un cas relaté par M. J. Simon à la *Société médicale des hôpitaux*, la diarrhée datait de vingt ans, chez une Américaine du Sud, âgée de cinquante-cinq ans, arrivée à Paris en 1861, pour s'en débarrasser, après avoir tenté vainement dans son pays toutes les médications à cet effet. La traversée lui avait fait le plus de bien, mais le mal reprit son intensité à Paris. Sans fièvre, la malade était pâle, maigre, ventre ballonné et douloureux dans l'hypocondre droit. Hypertrophie du foie et de la rate, appétit modéré, cinq à six selles par jour, non sanguinolentes, mais muqueuses ou bilieuses.

Tous les astringents ayant échoué comme curatifs, les laxa-

tifs ayant aggravé l'état de la malade, au point qu'elle était considérée comme perdue, le vin de Malaga fut alterné avec une potion de 50 centigrammes de sulfate de quinine et 30 grammes de sirop de morphine à prendre par cuillerée. Six heures après, la malade semblait renaître ; elle alla mieux de jour en jour sous l'influence de ce traitement additionné d'une alimentation appropriée et était guérie un mois après : plusieurs rechutes arrivées depuis cette époque, à divers intervalles, ont toujours été combattues efficacement par le même moyen. (*Union méd.*, n° 56.)

Un fait analogue est rapporté par le docteur Ferrand. C'est ici un ancien soldat de quarante-deux ans qui durant son séjour à Rome, dans l'armée du pape, fut pris d'une diarrhée intense, soit 10 à 12 selles blanchâtres par jour, rarement sanguinolentes ; pas de fièvre. Rebelle à tous les moyens ordinaires employés à Rome, de même qu'à Paris, cette diarrhée durait depuis neuf mois, lorsque M. Ferrand, d'après l'observation précédente, administra le sulfate de quinine en potion et aussitôt la diarrhée cessa, sans s'être remontrée un mois après. (*Bull. de thérap.*, juillet.)

D'où cette conclusion uniforme que dans certains cas l'intoxication marémmatique peut manifester son influence exclusivement sur l'intestin, et que le quinine en serait l'antidote, le spécifique dans ce cas comme dans les autres. Reste à les distinguer.

**DIATHÈSES. Diathèse anévrysmatique.** Extension d'un mot très-restreint jusqu'ici introduit par M. Liouville, pour exprimer la coïncidence de plusieurs dilatations artérielles dans diverses régions du corps, notamment à la base de l'encéphale, et quelques branches de l'aorte abdominale. Voy. Anévrysmes miliaires du cerveau. Ce n'est pas là une découverte, mais une simple conséquence de la généralisation de l'état scléreux, athéromateux du système artériel chez les vieillards, reconnu et constaté depuis un certain temps.

**DIPHTHÉRITE.** *Soufre.* Aux différentes théories invoquées pour expliquer le succès du soufre, le docteur Bonaston ayant constaté son efficacité réelle dans une épidémie de diphthérite, en ajoute une autre. Elle est de nature catarrhale, suivant lui et comme telle toujours accompagnée d'un catarrhe et héréditaire. De là l'efficacité du soufre dont les propriétés anticatarrhales sont incontestables. Il le donne surtout comme prophylactique sous la forme d'opiat, 10 grammes de soufre pour 30 grammes de miel. (*Union méd.*, n° 34.)



**DOCTRINES MÉDICALES.** *Croonian lectures on matter and force.* Leçons sur la matière et la force, faites au collége royal des médecins de Londres, par le docteur Bence Jones. 1 vol. in-12, de 224 pages, Londres, 1868. Exposition et défense de cette doctrine que la force est inséparable de la matière pondérable, dont il s'est constitué le vulgarisateur et qui a fait sa notoriété. La nourriture et l'air introduisent les matériaux destinés et préparés pour le mouvement chimique, destinés à remplacer la quantité de force active ou latente qui sort du corps. Ces changements chimiques produisent les mouvements ou fractions, qu'ils s'effectuent par grandes masses comme dans le travail mécanique ou à l'état moléculaire dans la chaleur, l'électricité, la nutrition, etc. Voilà pour l'état physiologique.

Pathologiquement, l'inflammation des tissus non vasculaires, cornée et cartilages, se borne à un accroissement de chaleur et de nutrition, en rapport direct et ayant pour facteur un mouvement mécanique, chimique, électrique quelconque produisant un effet proportionnel à son intensité.

Thérapeutiquement, outre les propriétés chimiques des remèdes qui les font contribuer aux mouvements d'oxydation et de nutrition, ils peuvent encore entraver ou accélérer la conversion de la force potentielle en force actuelle et transformer les mouvements.

On voit que cette doctrine toute matérielle est très-abstraite et n'échappe pas plus que tant d'autres aux objections.

*Exposé de médecine homœodynamique* basée sur la loi de similitude fonctionnelle et appliquée au traitement des affections aiguës et chroniques, par le docteur Huguet (de Vars). 1 vol. in-18. Paris.

**DRAINAGE.** *Nouveaux tubes* ou *drains.* Trouvant ceux en caoutchouc trop faibles pour être introduits facilement dans les longs et étroits trajets fistuleux, dans le col utérin, surtout lorsqu'ils sont d'un faible calibre, M. Robert Ellis en a fait

fabriquer avec des fils en cuivre, plus ou moins ténus, roulés en spirale comme les élastiques des bretelles et jarretières, ce qui donne aux drains ainsi obtenus, si ténus qu'ils soient, toute la résistance et l'élasticité désirables. Jamais le cuivre ne s'est montré nocif dans ce cas, et d'ailleurs, il est facile de les galvaniser et de les orifier. Employés ainsi par M. Paget, le célèbre chirurgien les a trouvés préférables pour être introduits dans les sinus étroits sans que leur diamètre diminue par la contraction des orifices, ni sans qu'ils s'oxydent par le contact du pus. (*Lancet*, juillet.)

**DYSPNÉE.** DIAGNOSTIC. Peu de maladies laissent cette fonction intacte, dit M. Salter, car outre celles des voies respiratoires et circulatoires qui la déterminent nécessairement, les altérations du sang ou dyscrasies et la grande classe des maladies nerveuses, modifient presque constamment la respiration. Elle est altérée par les affections abdominales et la douleur sous toutes les formes. C'est donc un symptôme important dont les nuances très-variées compliquent le diagnostic.

L'asthme, dont la dyspnée est toute la maladie, n'est pas toujours facile à distinguer de celle des maladies du cœur ou du poumon, lors même que ces maladies sont parfaitement isolées. En voici le tableau différentiel :

| *Asthme.* | *Maladies du cœur.* |
|---|---|
| Accès de plusieurs heures sinon de plusieurs jours. | Accès de quelques minutes. |
| Respiration comme tendue par un obstacle, contractée. | Respiration haletante, convulsive, ressemblant plutôt à une absence de respiration qu'à un obstacle. |
| Respiration souvent lente, mouvement superficiel et expiration prolongée. | Respiration précipitée, mouvement respiratoire profond et rhythme normal. |
| Conscience d'aucun danger. | Sensation de mort imminente souvent. |
| Râles sibilants, musicaux, prolongés dans l'expiration. | Absence de râles bronchiques. |
| Indifférence du mouvement sur la dyspnée. | Paroxysmes au moindre mouvement. |
| Expectoration abondante après l'accès. | Pas d'expectoration après l'accès. |
| Emotions guérissant ou supprimant immédiatement l'accès. | Émotions ramenant l'accès. |
| Périodicité souvent marquée. | Périodicité nulle. |
| Aliments spéciaux ramenant l'accès une ou deux heures après l'ingestion. | Réplétion de l'estomac augmentant la dyspnée immédiatement après le repas. |
| Accès plus ou moins éloignés. | Accès fréquents, rapprochés. |
| Intensité sans danger pour la vie. | Son intensité compromet la vie. |
| Pas d'hydropisie. | Infiltration ou hydropisie. |



L'auscultation montre que dans l'asthme comme dans les maladies du cœur, la dyspnée ne dépend pas seulement de l'obstacle à l'entrée de l'air, mais que l'apport d'une quantité suffisante de sang à oxygéner est également indispensable.

| *Asthme.* | *Bronchite.* |
|---|---|
| Râles secs et ronflants. | Râles humides. |
| Souvent absence de toux. | Toux constante. |
| Redoublement durant les chaleurs de l'été et de l'automne. | L'hiver est surtout redoutable. |
| Émotions, écarts de régime ramenant les accès. | Froid, humidité, changements de température pour cause. |
| Crachats nuls ou muqueux. | Crachats muqueux ou muco-purulents. |
| Accès souvent passagers momentanés. | Dyspnée constante et durable. |
| Jamais d'hydropisie. | Anasarque fréquente. |
| | *Emphysème.* |
| Respiration libre par intervalle. | Embarras, gêne constante de la respiration. |
| Râles durant l'accès seulement. | Râles bruyants et constants. |
| Dépressions intercostales accentuées. | Espacement des dépressions intercostales. |

(*British. med. Journ.* décembre et *Lyon méd.* n° 2.)

Ainsi disposée, cette comparaison des symptômes est bien plus facile pour le diagnostic différentiel ; il ne reste au praticien qu'à tenir compte de l'amoindrissement de ces différences quand ces maladies existent simultanément, comme il n'est pas rare de l'observer.

**DYSTOCIE.** *Tumeurs de l'ovaire.* Dans 57 cas collectés par M. Playfair comme complication de l'accouchement, la tumeur se présentait avant le fœtus et lui obstruait le passage ; l'accouchement s'est terminé naturellement dans 13 cas, soit que la tumeur fût petite ou très-compressible, mais 6 des femmes succombèrent.

Dans 9 cas, la tumeur fut diminuée par la ponction et toutes les femmes survécurent, mais 6 enfants seulement furent sauvés.

Dans 5 cas, la tumeur put être relevée au-dessus du détroit supérieur et permit l'accouchement avec succès pour les mères et les enfants.

La crâniotomie fut employée dans 15 cas, dont 4 fois après la ponction préalable ; 7 des femmes succombèrent, et plusieurs

des 8 autres moururent également peu de temps après par l'accroissement de la tumeur. La mortalité dans ces cas est donc énorme, surtout en raison des contusions matérielles auxquelles donne lieu la délivrance.

4 fois la tumeur s'ouvrit spontanément, et 2 des femmes y survécurent. Il y eut aussi 2 ruptures de l'utérus. La version employée 4 fois fut funeste aux mères. Le forceps, appliqué 2 fois, donna 1 succès et un revers. La tumeur faisant issue par une déchirure du vagin, dans un cas, ayant été liée et excisée, la femme guérit parfaitement. (*Obst. transact.*, vol. IX.)

*Forceps ou version?* D'après une statistique produite par M. Tarnier (voy. Accouchement), la version semblerait préférable dans le cas de fibromes utérins, car, sur 6 cas de l'un et de l'autre, il y aurait eu 2 femmes et trois enfants vivants par la version, tandis qu'il n'y aurait eu que 2 femmes et 2 enfants par le forceps. Mais le défaut de parité et la faible différence de cette statistique la rend à peu près nulle. D'ailleurs, on peut citer contre elle celle de M. Stoltz, où, dans 6 cas de version pratiquée dans des cas de tumeurs fibreuses compliquant l'accouchement, femmes et enfants sont tous morts, à l'exception d'une femme, dont la prétendue tumeur était un kyste.

M. Depaul donne la préférence au forceps, parce que, sans tumeur utérine, la version est plus grave pour la mère et pour l'enfant, de même que dans les rétrécissements du bassin (voy. ce *mot*). Enfin sur 7 cas de vices de conformation compliqués de corps fibreux, l'accouchement fut terminé 2 fois spontanément avec succès pour les mères et mort des enfants; la version pratiquée 2 fois a été fatale pour les mères et les enfants, tandis qu'une application de forceps a été favorable à la mère et à l'enfant. Si donc, la version peut être indiquée dans quelques cas exceptionnels, l'application du forceps doit être la règle.

*Hypertrophie du segment inférieur.* Chez une fille primipare de vingt ans, dont la grossesse avait été normale, le toucher rencontre une sorte de cône tronqué, volumineux, dont le sommet, gros, épais et dur, présente à son centre une dépression admettant l'extrémité du doigt, formant l'orifice d'un canal étroit, imperméable à la première phalange. Le pourtour en est dur et inégal, surtout en arrière. Le travail s'établit sans dilatation après trois jours d'attente. Deux incisions sont vainement pratiquées par M. Depaul, il faut recourir à la crâniotomie. Le fœtus était putréfié et la mère succomba le lendemain à une péritonite généralisée, constatée par l'autopsie.



Elle montre, en outre, le col divisé en plusieurs segments par des crevasses profondes qui en intéressent presque toute la paroi. C'est un tissu dur, mais flexible, dont l'épaisseur varie de 15 à 20 millimètres et dont la limite supérieure, assez régulièrement circulaire, dépasse de 2 à 3 centimètres le niveau de l'orifice interne, sans autre différence entre le tissu sain. Le microscope constate une grande abondance de tissus fibreux et une dégénérescence graisseuse des fibres lisses, qui est la plus fréquente du tissu fibreux. (*Soc. de chir.*, décembre 1868.)

C'est là une cause de dystocie rare et peu connue qui, d'après ce fait, semble assez grave pour nécessiter à terme l'opération césarienne quand le fœtus vit, ou l'accouchement provoqué avant terme.

## E

**EAUX MINÉRALES.** *Guida descrittiva e medica alle acque minerali, ai bagni di mare, agli stabilimenti idropatici, ai soggiorni d'inverno alle cure col siero di latte e coll uva* (Guide aux Eaux minérales d'Italie, les bains de mer, les établissements hydrothérapiques, aux stations hivernales, et aux cures de petit lait et de raisin, par le docteur Plinio Schivardi. Un vol. de 400 pages, avec 16 vignettes et une carte géographique. Milan.)

Imitation de l'ouvrage du docteur James, qui a eu un si grand succès, et qui promet d'en avoir un semblable.

**ÉCHINOCOQUES.** Leur fréquence en Islande est une des particularités pathologiques les plus remarquables de cette île. Elle varie selon le genre d'alimentation, d'après le docteur Finsen, qui, après dix ans d'exercice dans ce pays, les a rencontrées dans la proportion de 1 : 43 avec les autres maladies dans les districts où les habitants vivent surtout de pêche, et de 1 : 33 dans ceux de l'intérieur où ils vivent du produit de leurs troupeaux. 92 fois sur 100 cas, la maladie a commencé dans les organes abdominaux, dont 69 fois dans le foie, 5 à 6 fois dans les organes extérieurs, et 2 à 3 fois dans les poumons qui en sont le lieu d'élection chez les ruminants.

Une douleur locale, rémittente, à exacerbations plus ou moins rapprochées, en est le premier symptôme. Ce n'est que consécutivement que la tumeur se manifeste et donne lieu à des symptômes généraux, selon son siége. Elle peut acquérir un volume monstrueux, simuler l'ascite. Dans un cas, on a pu en extraire 18 litres de liquide. Sur 48 opérés, M. Finsen n'a trouvé des vésicules secondaires que dans 9 cas, c'est-à-dire qu'elles sont ordinairement simples. Les femmes en sont atteintes dans le rapport de 3 pour 1 homme, ce qu'il attribue à leur contact avec les chiens du logis, les vaches et les brebis, et la malpropreté qui règne dans leur intérieur.

Si le développement en est très-lent dans quelques cas rares, elle est le plus souvent extrêmement rapide sans jamais affecter la transformation calcaire comme chez les animaux. La rupture, l'hectisie et le marasme en sont la terminaison ordinaire. (*Arch. de méd.*, janvier.)

Il est donc permis d'espérer que par les progrès d'une hygiène civilisatrice, une alimentation plus variée, de la propreté, ce fléau parasitaire finira par disparaître complétement.

**Echinocoques du cerveau.** Un cas très-remarquable en a été observé au Grand Hôpital de Milan chez un garçon de dix-huit ans, journalier, mort dans des accès convulsifs, le 30 mai 1869. L'autopsie montra un kyste de 9 centimètres de diamètre, siégeant dans le lobe postérieur droit du cerveau. Siége et volume rarement observés, comme le fait remarquer M. le docteur Visconti. (*Ann. univ. di medicina*, octobre.)

**ÉCLAMPSIE.** *Bromure de potassium.* Chez une femme ayant éprouvé de grands chagrins au début de sa grossesse par des attaques d'épilepsie survenues chez son père, et dont il mourut bientôt, l'albuminurie ne tarda pas à se déceler par un œdème considérable, au point d'empêcher la marche. Une attaque d'éclampsie eut lieu avec le début du travail, et aussitôt délivrée à l'aide du forceps, elle tomba dans le coma. 2 grammes de bromure de potassium furent donnés en potion avec des compresses bromurées sur le front. Les attaques se suivaient au nombre de plus de vingt le premier jour, mais elles diminuèrent graduellement au point que le quatrième jour la malade était parfaitement réveillée. (*Gaz. des hôp.* n° 76.)



Il serait évidemment prématuré d'attribuer aucune action au bromure d'après ce simple fait, car, tous les jours des éclampsies aussi graves, sinon davantage, guérissent sans lui. Une série de faits serait indispensable à cet effet, et encore une expérimentation comparative serait-elle nécessaire pour en montrer la supériorité. En attachant ainsi trop d'importance à un fait unique, on obscurcit la thérapeutique au lieu de l'éclairer. Heureusement, d'autres faits plus probants sont venus étayer celui-ci. Le docteur Shoyer en avait aussi rapporté un l'année dernière. Le bromure fut donné à la dose de 75 centigrammes, toutes les heures d'abord, puis, à intervalles plus éloignés, jusqu'à concurrence de 10 grammes en 19 heures et demie. Les attaques cessèrent dès le début de la médication, et l'accouchement eut lieu 22 heures après, sans aucun accident consécutif de cette dose massive. (*Bull. de thér.* janvier 1868.)

La cessation rapide des accès et leur non-reproduction autorisent ces hautes doses et permettent de croire à leur influence thérapeutique bien plus rationnellement que dans le cas précédent.

Dès le mois de décembre 1866, le docteur Rey l'avait associé à d'autres sédatifs : saignée, éther, opium, sans que l'on puisse dire quelle part il avait eue dans la guérison ; mais dans un fait postérieur, le 2 janvier 1869, l'ayant administré après les sangsues, l'éther et les inhalations de chloroforme, restés sans succès, chez une primipare enceinte de six mois seulement sans signe de travail, une amélioration immédiate s'ensuivit. Les accès se suspendent après le premier gramme donné en une seule fois, et un autre une heure après, et en en continuant l'usage, les accès ne reparurent pas. (*Gaz. des hôp.*, n° 102.)

Chez une femme, au cinquième mois de sa grossesse, éprouvant des attaques éclamptiformes que des saignées répétées n'avaient rendues que plus violentes, le docteur Viger, ayant reconnu l'absence d'albumine dans les urines, fit prendre matin et soir trois des pilules suivantes, conjointement avec un bain presque froid de dix minutes :

| | |
|---|---|
| ℞ Bromure de potassium. . . . . | 0,75 |
| Extrait de belladone. . . . . | 0,01 |
| Poudre de racine *dito*. . . . . | 0,01 |

Pour 3 pilules.

Trois jours après, les attaques avaient cessé et ne se reproduisirent pas en continuant le bromure à 25 centigrammes par jour, jusqu'à la fin de la grossesse. Il a de même réussi dans une grossesse subséquente. (*Idem*, n° 96.)

Dans un cinquième cas, les accès éclamptiques éclatent aussitôt après l'accouchement, annoncé par de la céphalalgie, des étourdissements et de la faiblesse de la vue. Des sangsues en abondance aux apophyses mastoïdes, des paquets purgatifs, des lavements antispasmodiques, etc., sont donnés sans succès, par le docteur Collin, qui prescrit alors 5 grammes de bromure dans 125 d'eau à prendre par cuillerée à bouche de quart en quart d'heure. Deux heures après, il n'y avait eu que trois accès, tandis qu'il y en avait eu cinq dans la demi heure précédente. Le calme se produit bientôt, et tout en continuant le bromure porté à la dose extrême de 15 grammes en moins de quarante-huit heures, la malade se rétablit parfaitement. (*Union méd.*, n° 112.)

Sans doute, il y a là, et dans ce dernier fait surtout, de fortes probabilités de l'action du bromure contre l'éclampsie, mais ce n'est pas encore une démonstration, et ce pourrait bien n'être, au lieu d'une action spécifique, qu'une sédation générale du système nerveux.

C'est à l'aide des purgatifs salins administrés coup sur coup que M. E. Chavée combat ces accidents. C'est ainsi que, après avoir procédé à l'accouchement, chez une primipare, en proie à des attaques d'éclampsie, il lui administra, non sans peine, par cuillerées, une première limonade citro-magnésienne à 30 grammes, puis une seconde, une troisième et une quatrième, quoique les accès eussent cessé. Après une débâcle considérable, la malade revint à elle et se rétablit parfaitement. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, septembre.)

Outre la difficulté de cette médication et le temps qu'elle met nécessairement à agir contre un péril si imminent, quelle action peut-elle avoir contre l'éclampsie? Toute indirecte assurément. C'est un dérivatif énergique seulement, sur lequel il n'est guère permis de compter. Aussi peut-on douter qu'elle ait été absolument curative dans le cas précédent.

**ECTROPION. Ectropion cicatriciel.** *Serres-fines.* Aux nombreux moyens employés concurremment avec l'incision de Celse pour s'opposer à la réunion de ses deux lèvres comme



l'interposition de charpie, de lames de plomb, la suture verticale des lèvres de l'incision, la réunion des deux paupières, le docteur Philippe ajoute l'emploi des serres-fines. L'incision faite, quatre serres-fines sont fixées sur le bord inférieur qu'elles attirent en bas en en prévenant la réunion avec le bord supérieur. La paupière peut ainsi reprendre sa place et il n'en résulte que la légère difformité d'une cicatrice plate au-dessous qui s'opère dans un temps très-court, sans danger de récidive de l'ectropion comme quatre succès en déposent (*Union méd.*, n° 132).

Une autre modification au procédé de Dieffenbach a été exécutée par M. Hogg, sur une jeune femme soumise à la *Medical Society* de Londres, le 1er novembre. L'incision semi-lunaire pénétrant jusqu'au cul-de-sac conjonctival, il le saisit avec des pinces, l'attire et le traverse avec deux fils de soie rapprochés dont il porte les extrémités en haut en les fixant sur le front par un bandage approprié. La paupière renversée est ainsi ramenée à sa position normale, et il suffit de laisser la cicatrisation se faire pour que la guérison ait lieu. (*Med. Press*, novembre.)

**ECZÉMA.** *Toile de caoutchouc vulcanisée.* Sur les indications de M. Colson, M. Hardy l'a employée depuis trois ans au lieu des cataplasmes de fécule de pommes de terre dans la période ultime ou sécrétante de l'eczéma. La guérison s'ensuit ordinairement, même dans la forme de l'eczéma rubrum fendillé et impétigineux. Cette toile, d'un bas prix, produit une sédation remarquable coïncidant avec une transpiration abondante qui s'accumule sous la toile comme les gouttelettes du bain de vapeur artificiel. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, avril.)

**ÉLECTRICITÉ.** *Sonde électrique pour la découverte des corps métalliques dans les tissus.* Après le professeur Fabre de Marseille, qui le premier songea à l'emploi de l'électricité dans ces cas, et M. Kovaes, de Perth, qui le réalisa avec un appareil analogue à celui de Gaiffe, M. Trouvé a perfectionné cet appareil électro-médical en une petite trousse portative qui permet facilement au chirurgien de l'avoir avec lui. Une sonde électrique étant introduite dans les tissus ou le plomb, la balle sont soupçonnés, il suffit de la mettre en rapport avec l'appareil électrique, pour être en mesure de porter un diagnostic

précis, bien plus sûr qu'avec le fameux stylet à boule inégale de M. Nélaton, qui lui servit à découvrir la balle du général Garibaldi. C'est donc là un perfectionnement instrumental précieux. (*Gaz. hebdom.*, n° 28.) Voy. LIPÔMES, TUMEURS.

**ÉLECTROLYSE.** *Tumeur fibreuse du cou.* Ce moyen a de nouveau réussi entre les mains de M. le docteur Rouge, contre une énorme tumeur du cou remplissant l'espace compris entre la clavicule sous laquelle elle descendait, et le bord supérieur du cartilage thyroïde, refoulant le sterno-mastoïdien et dont le plus grand diamètre était de 8 centimètres. C'était chez un homme cachectique de soixante-quatorze ans. Pendant cinquante ans, elle avait gardé le volume d'une grosse noix, lorsqu'au printemps dernier elle devint douloureuse et grossit si rapidement qu'en trois jours elle acquit le volume actuel. Dure, lisse, arrondie, un peu mobile à son origine évidente dans le lobe droit de la thyroïde, elle gêne et limite considérablement les mouvements d'élévation et d'abduction du bras droit, qu'une vive douleur arrête. Trois séances d'électrolyse de trente minutes de durée, excepté la dernière qui ne fut que de moitié avec une pile de Bunsen, suffirent à la résorption aux trois quarts de cette tumeur, sans aucun accident. (*Bull. méd. de la Suisse romande.*)

*Tumeur maligne.* Voy. CANCER.

**ÉLÉPHANTIASIS.** *Ligature de l'artère.* Un nouveau et premier succès en a été obtenu en Allemagne par M. Hueter sur une femme de vingt-trois ans, atteinte depuis huit ans. La maladie ayant commencé par les orteils, avait envahi tout le membre inférieur gauche. Le 9 mai 1868, l'iliaque externe a été liée à un pouce au-dessus du ligament de Poupart et la guérison s'en est suivie.

**EMBOLIE.** *Etude critique de l'embolie dans les vaisseaux veineux et artériels*, par le docteur Bertin, un vol. in-8° de 492 pages. Paris. Monographie complète de tout ce qui a été fait sur ce sujet depuis que l'illustre Virchow présenta sa théorie le 2 août 1845. Ce travail transporte ainsi l'histoire de l'embolie de la médecine expérimentale à la médecine clinique.



**EMBRYOTOMIE.** Suivant M. Barnes, elle serait praticable dans les plus petits rétrécissements du bassin avec la méthode suivante, qu'il donne comme nouvelle: Au moyen de l'écraseur de Weiss, muni d'une anse de fil de fer cuit — le crâne ayant été perforé et assujetti avec un crochet — il introduit celle-ci au-dessus de l'occipital et sectionne ainsi toute la partie postérieure du crâne; puis réappliquant l'anse latéralement, une seconde section divise ce qui reste en deux et de même pour le thorax et le bassin s'ils ne peuvent être extraits autrement. Sans avoir jamais été appliquée sur le vivant, cette mutilation, faite sur le cadavre, semble très-praticable à l'auteur. (*Obst. Society;* juin.)

Mais il n'y a rien de nouveau dans ce procédé proposé, sinon appliqué en France, il y a cinq ou six ans, avec un instrument semblable et assez peu apprécié, paraît-il, puisqu'il est tombé dans l'oubli. Il a d'ailleurs ce grave inconvénient que, ne sectionnant pas les os comme le forceps-scie, il est à redouter qu'ils ne viennent, par leurs angles, leurs saillies, labourer, piquer, percer les parties maternelles durant l'opération, surtout dans les manœuvres multipliées proposées par l'auteur anglais. Il semble donc préférable, dans ces rétrécissements extrêmes, de recourir à l'opération césarienne pour la mère et pour l'enfant.

**ÉMÉTIQUE.** *Emploi externe.* En traitant dans sa thèse inaugurale des nouvelles scarifications stibiées, inaugurées par M. Pigeolet (voy. RÉVULSION, 1867), M. Coze signale le fait nouveau et remarquable d'absence de pustules, quoiqu'il ait vérifié l'absorption du tartre stibié par les effets thérapeutiques, et la présence de l'antimoine dans l'urine. Neuf observations de tumeurs blanches et d'autres affections graves améliorées par ce moyen, témoignent entre autres de son efficacité.

Il attribue ce défaut de pustulation à l'état alcalin du sang, en raison de ce que l'addition d'un alcali à la pommade stibiée ordinaire empêche toute pustulation de la peau, tandis que celle d'un acide la rend plus facile et plus complète.

Il a observé aussi que, sous l'influence de l'émétique, le globule sanguin absorbe moins d'oxygène et dégage moins d'acide carbonique. Du sang expérimenté comparativement n'a pas laissé un seul doute à cet égard. Emétisé, il ne donnait que 5 pour 100 d'acide carbonique et 12 pour 100 à l'état ordi-

naire. D'où il conclut que c'est un altérant, un désoxydant diminuant la nutrition. (*Thèses de Strasbourg*, 1868.)

**EMPHYSÈME.** Voy. BRONCHITE.

**EMPOISONNEMENT Empoisonnement par la peau.** Voy. CORALLINE, ANILINE.

**EMPYÈME.** *Injection iodée dans le vide.* Chez une fille de cinq ans, portant depuis trois ans une fistule pleurétique dans le quatrième espace intercostal, M. le docteur Roux (de Meximieux) modifia le procédé opératoire de l'injection curative de la manière suivante: L'enfant couchée en travers, une grosse sonde en caoutchouc, ouverte à ses deux extrémités, fut introduite dans la fistule qui donna issue à 200 grammes environ de pus infect. Puis, des injections réitérées avec de l'eau tiède additionnée d'alcool vulnéraire, lavèrent le sac pleural jusqu'à ce que le liquide injecté fût rendu clair. Puis, faisant le vide avec la seringue nettoyée et séchée, en aspirant avec le piston jusqu'à ce que tout l'air fût retiré, il fit pincer la sonde avant de retirer la canule, et la seringue, chargée ensuite d'une solution iodurée la poussa dans la plèvre ainsi débarrassée d'air. Après de légères secousses imprimées au thorax, le liquide fut retiré avec les mêmes précautions que précédemment, pour n'y laisser ni air, ni liquide; puis, un bandage par occlusion fut appliqué. Le liquide ne se reproduisit pas, la fistule se ferma, et l'enfant ne tarda pas à revenir à la santé. (*Bull. de thérap.*, mai.)

C'est donc là une injection dans le vide par crainte de l'action nocive de l'air, mais avec cette modification importante, pour les praticiens ruraux, qu'au lieu d'appareil compliqué, ce vide fut obtenu avec la seringue usuelle, et avec des précautions à la portée de chacun ; grande amélioration pratique. Mais nous croyons qu'il serait prudent, en outre, quand il s'agit d'une fistule aussi ancienne, d'aviver préalablement ses bords externes afin d'en obtenir plus sûrement la cicatrisation.

Afin que les praticiens ne se fassent pas trop d'illusions d'après ce succès, surtout quand ils opéreront des adultes, M. Potain relate le cas d'une pleurésie suppurée datant d'un an chez une femme de trente ans, et chez laquelle il fit également des injections dans le vide avec un mode instrumental particulier, mais



il existait des adhérences si nombreuses et si fortes que le poumon, ne pouvant prendre toute son expansion, laissait du vide dans le thorax, ce qui causait des douleurs intolérables. Il fallait à chaque fois laisser du liquide pour remplir ce vide, ce qui s'opposa à la guérison. (*Idem*, juillet.)

Cet obstacle a été signalé et discuté au long dans la thèse de M. Damaschino, sur la pleurésie purulente, et indiqué aussi par M. Moutard-Martin. (Voy. PLEURÉSIE.) Il faut donc prévoir cet obstacle.

**ENGORGEMENT DE L'UTÉRUS.** *Déplétions sanguines.* Au lieu des sangsues toujours difficiles à appliquer quand il y a congestion locale, le docteur Meade vante les piqûres, les ponctions, les scarifications répétées, avec trois observations à l'appui, et guérison consécutive (*Lancet*, octobre 1868). Assurément, ce moyen est plus expéditif, d'un emploi plus facile et plus sûr.

*Topiques calmants.* M. Canquoin, de célèbre mémoire, avec sa pâte de zinc contre le cancer, ajoute aux divers topiques proposés et vantés contre l'engorgement du col, la formule suivante.

| | |
|---|---|
| ℞ Glycérolé d'amidon. . . . . | 500 grammes. |
| Extrait de jusquiame. . . . . | de 40 à 50 gr. |
| Bromure de potassium. . . . . | de 20 à 30 — |

Mélangez exactement.

Appliqué en tampon et renouvelé tous les jours huit à dix fois, avant la cautérisation, ce pansement a suffi dans certains cas. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

**ENSEIGNEMENT.** Dans son discours présidentiel du 15 janvier à l'Association des médecins professeurs, correspondant à la Société médicale des hôpitaux de Paris, Sir W. Jenner a surtout frappé l'attention par ses remarques sur les tendances actuelles de l'enseignement médical. « C'est, dit-il, d'instruire trop largement sur les branches collatérales de la science et trop peu sur la pratique, et par suite, ce qui est capital, de ne pas insister assez sur ce point dans les examens. Le diplôme délivré par les corps enseignants doit surtout être, conformément au privilége qui leur est accordé, d'assurer au public des médecins capables de bien traiter ses maladies. »

De cette remarquable *address*, je ne veux retenir que ces paroles trop conformes à celles plusieurs fois exprimées ici par le rédacteur en chef de l'*Union médicale*, pour ne pas lui donner cette petite satisfaction de savoir qu'il se trouve en communication d'idées, d'opinions avec les plus célèbres cliniciens aussi bien au delà du détroit qu'en deçà.

L'intérêt en Espagne est toujours, au contraire, dans les actes du gouvernement provisoire qui, avant de résigner ses pouvoirs, a décrété la liberté de l'enseignement à la date du 14 janvier. Mais décréter n'est pas établir, et si le besoin même de cette liberté n'est pas dans les mœurs espagnoles, que fera ce décret? Bientôt il ne sera plus peut-être qu'une lettre morte, et n'aura plus qu'un intérêt rétrospectif. C'est à ce titre que nous en signalons les principales dispositions.

Il est facultatif aux provinces comme aux communes de fonder, d'établir à leurs frais des établissements d'enseignement, même supérieur, et qui auront tous les priviléges des Universités de l'Etat, c'est-à-dire d'examiner, de conférer titres et grades académiques. La seule condition est que toutes les matières d'enseignement exigées par l'Etat soient également professées dans les enseignements libres, et que les leçons, les examens et les réceptions s'y fassent de même, c'est-à-dire publiquement. Un rapport annuel de ces établissements libres est seul exigé par le gouvernement.

On voit que le gouvernement provisoire se montre fort libéral; mais en présence des nombreuses Universités répandues en Espagne, on se demande qui pourra lutter avec elles pour remplir le même programme. Ce ne pourrait être, comme en Belgique, que par diversité de doctrine, de religion, et ce mobile n'existe pas en Espagne où le vitalisme catholique et orthodoxe règne partout en souverain.

*Rapport sur les institutions médicales aux Etats-Unis.* Un volume in-8°, par le docteur de Valcourt, Paris. Exposé montrant la multiplicité des foyers d'enseignement et l'insuffisance de la durée des études, de la garantie des études préalables, et celle des examens; mais à côté, les avantages d'un grand nombre de professeurs spéciaux, avec des aides et des adjoints, un grand confortable des établissements d'instruction, pourvus de tous les moyens pouvant favoriser l'étude pratique, et l'assimilation des leçons théoriques. C'est donc un travail utile à consulter pour l'examen comparatif des conditions de l'enseignement en France.



**ENTORSE.** *Faradisation.* Fondé sur cette idée que les bons effets du massage méthodique dont M. le docteur Philippeaux vient de retracer minutieusement les règles pour les praticiens (*Abeille méd.*, janvier et février), sont dus à un surcroît d'activité imprimé à la circulation veineuse et à la résorption interstitielle consécutive, M. Tripier, en habile électricien, croit que la faradisation produit les mêmes résultats. Dans cinq cas d'entorses bien caractérisées, compliquées d'ecchymoses, il a fait traverser l'articulation par des courants induits de moyenne tension, et il a obtenu constamment une guérison prompte et complète (*Tribune méd.*, février). Sans répéter les considérations physiologiques à l'appui de cette pratique, on ne peut qu'engager les praticiens à vérifier l'efficacité de ce traitement.

**ENTOZOAIRES.** M. Wucherer, de Bahia, croit en avoir trouvé un de nouvelle espèce, c'est-à-dire non décrit encore par les helminthologistes, dans l'urine des hématuriques des pays chauds. Voy. HÉMATURIE.

**ÉPIDÉMIES.** Voy. FIÈVRE TYPHOÏDE, MALADIES.

**ÉPIDIDYMITE.** *Effets génésiques.* Entre l'opinion de ceux qui admettent la stérilité absolue par suite de cette maladie, quand elle existe des deux côtés, et ceux plus nombreux qui la nient, M. Liégeois a trouvé l'explication de cette dissidence. Ainsi, chez 28 sujets ayant eu une double épididymite plus ou moins rapprochée l'une de l'autre, 21 n'avaient pas de spermatozoïdes et 7 seulement en présentaient. Mais l'analyse de ces observations lui a montré que dans ces derniers cas, ces épididymites étaient accidentelles, c'est-à-dire non blennorrhagiques dans 5 et très-légères dans les 2 autres, sans aucune trace d'induration lors de l'examen. Il y a donc lieu à distinction. Tandis que l'épididymite bilatérale intense, blennorrhagique, entraîne avec elle presque toujours l'aspermatozie, c'est-à-dire la non-virilité, puisque sur les 83 cas de MM. Gosselin, Godard et Liégeois, elle n'a reparu que huit fois. Contractée accidentellement par la marche forcée, un coït

exagéré, l'équitation, les frottements, etc., cette maladie n'a pas ordinairement cette conséquence.

Il en est de même relativement de l'épididymite simple, non bilatérale, de nature blennorrhagique. Chez les sujets examinés à ce point de vue, M. Liégeois a trouvé une diminution considérable des spermatozoaires, ce qui prouve que le testicule affecté retentit sur l'autre dans sa fonction. (*Ann. de dermatologie et de syphil.*, n° 5.)

**ÉPILEPSIE.** C'est sur les caractères distinctifs de l'épilepsie essentielle que M. Hermann Beigel — un Allemand à coup sûr — appelle l'attention. La perte absolue de conscience coïncidant avec des convulsions générales qui, suivant les auteurs, en sont les phénomènes caractéristiques, ne seraient pas constants ; 153 épileptiques observés à ce point de vue à l'hôpital *Free* lui ont offert ces deux symptômes principaux dans les proportions suivantes :

| | |
|---|---|
| Perte de conscience avec convulsions générales. . . . . | 103 |
| *Idem* sans convulsions. . . . . | 30 |
| *Idem* avec convulsions partielles. . . . . | 6 |
| Persistance de la conscience avec convulsions générales. | 4 |
| *Idem* sans convulsions. . . . . | 7 |
| *Idem* avec convulsions partielles. | 2 |
| Perte de conscience avec convulsions générales et partielles. | 1 |

Il résulte de ce tableau qu'il n'y aurait pas de symptôme pathognomonique absolu de cette épouvantable névrose, et que ceux-là mêmes que l'on considère généralement comme tels n'existent simultanément que deux fois sur trois cas. Il n'y a donc pas lieu de leur conserver toute la valeur séméiologique que les auteurs classiques leur attribuent ; telle est la conclusion de M. Beigel.

*Bromure de potassium.* Son action sédative du système nerveux s'affirme de plus en plus par les succès que l'on en obtient contre l'épilepsie. En se multipliant partout, ils ont donné à ce moyen une valeur, une précision qui dépassent déjà de beaucoup tous les prétendus spécifiques infaillibles comme le *galium album et tutti quanti*, vantés avant lui. M. Legrand du Saulle confirmant les observations de M. A. Voisin, en a ainsi confirmé les bons effets à haute dose dans cinq cas de son



service de Bicêtre. Pour lui, la dose peut en être portée jusqu'à 10 grammes, sans avoir à craindre d'accidents quand on l'élève graduellement. La pureté est la condition principale et il rapporte à l'iodure une grande partie des accidents qu'on lui attribue. Pour les éviter, le médecin doit-il essayer le bromure employé par ses malades ? Un papier amidonné trahit la présence de l'iodure par une coloration bleue, et le bichlorure de mercure ou calomel donne un très-beau précipité rouge de biiodure de mercure si le bromure n'est pas pur. Rien n'est donc plus facile de se convaincre de cette cause d'insuccès.

*Pronostic et traitement de l'épilepsie ;* succès remarquables obtenus par l'emploi du bromure de potassium à haute dose ; par M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de Bicêtre. — Brochure in-8 de 32 pages.

Les observations au nombre de cinq, faites par le docteur Bécoulet, sur trois hommes et deux femmes, à l'asile d'Auxerre, sont moins concluantes : il n'a obtenu que des améliorations et une guérison probable après une assez longue médication, et des doses graduellement élevées jusqu'à 6 grammes. L'action sédative générale a seule été bien évidente en calmant les fureurs consécutives aux accès, lors même que ceux-ci persistent. (*Ann. méd.-psycholog.*, mars.)

Mais, si autorisées que soient les observations de ces spécialistes, elles ne sauraient équivaloir à l'expérimentation générale. Faite en ville et à l'hôpital, sur des enfants et des adultes de tout âge et de toute condition, à haute et faible dose, elle seule peut éclairer et fixer définitivement la valeur de ce remède. Aussi ne peut-on passer sous silence l'enquête de ce genre qui s'est faite récemment au sein de la Société de médecine de Bordeaux.

I. Chez un enfant ayant tous les jours deux ou trois crises d'une violence extrême sans *aura* précurseur, remplacé par des palpitations de cœur cinq à six minutes avant la crise et la perte involontaire des urines et des fèces pendant l'attaque, M. Chatard l'ayant soumis au bromure porté graduellement à 7 grammes par jour dans l'espace de six mois, a vu graduellement cesser les accidents au point qu'il n'y a plus qu'une crise légère toutes les trois semaines sans perte des urines ni des fèces. Il ne tombe plus, il n'a qu'un étourdissement de quelques secondes.

L'amélioration est donc très-notable; mais le malade a éprouvé tous les symptômes de l'intoxication légère : coryza, salivation, fétidité de l'haleine, éruption cutanée légère, etc., sans aucun des troubles nerveux qui obligent à suspendre le médicament. Il y a eu, en un mot, tolérance, absorption, et de là les bons effets observés.

II. Une jeune fille de quinze à seize ans, autrefois grande, forte, bien constituée et intelligente, épileptique depuis plusieurs années, et ayant dix à douze attaques par jour, au point qu'elle en est devenue simple, sinon idiote, pâle, maigre, avec arrêt de développement, après l'usage de l'élixir du *Galium album* et de l'iodure de potassium dirigé contre le diagnostic d'une tumeur cérébrale, n'avait plus qu'une attaque par semaine, lorsque M. Marx essaye le bromure à 1 gramme par jour, et le porte graduellement à 8 grammes; sous cette nouvelle influence, cinquante-quatre jours s'écoulent sans crise. Une douche en provoque une immédiatement des plus violentes. L'amélioration continue avec la continuation du bromure.

III. C'est à faible dose que M. Lugeol l'a administré à quatre épileptiques. Chez une femme de quarante ans, atteinte depuis son enfance avec une grande attaque tous les huit jours, durant vingt-quatre heures, elle ne paraît plus, légère et courte, que tous les trois mois après neuf mois d'usage du bromure à la dose de 2 grammes par jour.

IV. Une fille de quatorze ans, non menstruée, ayant de grandes attaques avec les douleurs précordiales et des palpitations comme *aura*, soumise au traitement mixte du fer et du bromure à 1 gramme par jour, n'a plus que des attaques légères, insignifiantes, depuis quatre mois.

V. Chez un tout jeune homme ayant des convulsions épileptiformes très-violentes, avec évacuations de l'urine, 25 centigrammes de bromure ont suffi pour les rendre graduellement moins fréquentes et moins violentes, et, finalement, si légères et si éloignées que la guérison peut être complète.

VI. Succès encore plus remarquable chez un boulanger depuis longtemps épileptique et offrant de l'hébétude, presque de l'idiotie. Sous l'influence de 1 gramme de bromure par jour, pas une seule attaque n'a eu lieu depuis treize mois que ce médicament est pris, sans aucun phénomène de gastricité.

VII. M. Méran partage cette préférence des doses modérées. Chez un épileptique de cinquante cinq ans, ayant vingt-cinq



à trente grandes attaques par an, sans compter un plus grand nombre de petites dans l'intervalle, les grandes ont cessé après trois mois d'usage du bromure porté graduellement de 2 à 4 grammes par jour. Il reste de très-légères attaques tous les sept à huit jours.

VIII. C'est sans amélioration, au contraire, que M. Lebarillier a administré pendant trois mois de 2 à 5 grammes de bromure par jour à une épileptique de vingt ans, aménorrhéique, placée dans son service d'hôpital, qu'elle a quitté dans le même état qu'à son entrée.

IX. Chez un épileptique de vingt et un ans, ayant de grandes attaques, il a vu au contraire, après l'insuccès des douches verticales, le bromure élevé graduellement de 1 à 6 grammes par jour, rendre les attaques moins graves et si éloignées que le malade, se croyant guéri, a quitté l'hôpital. Mais les accès ont reparu depuis.

X. Enfin, chez un autre malade, tout jeune et encore en traitement, 5 grammes de bromure par jour ont déjà amené une amélioration très-grande qui promet la guérison complète.

XI. Chez une jeune fille ayant de grandes attaques, le bromure donné à doses progressives avait si bien réussi que, croyant à la guérison, on cessa le traitement, dit M. Chatard; mais de nouvelles attaques ont reparu ensuite comme précédemment.

XII. En associant la belladone au bromure chez trois malades, M. Boursier a vu les attaques cesser depuis deux ans chez deux épileptiques, et une grande amélioration survenir chez le troisième. M. Delmas considère l'hydrothérapie comme le meilleur adjuvant dans le cas de lésions cérébrales.

Les résultats de cette enquête sont concluants : ce n'est là ni un spécifique, ni un antidote, mais un sédatif puissant du système nerveux cérébro-spinal. Les doses et la durée de son usage doivent donc varier selon son intensité d'action sur ce système chez les divers individus. Les épilepsies symptomatiques de lésions organiques du cerveau n'en sont pas justiciables, et si celles qui sont liées à des troubles génitaux en sont plus spécialement influencées, c'est surtout en y joignant les adjuvants appropriés contre les autres symptômes prédominants, comme l'aménorrhée, l'anémie, etc.

Le dosage forme la dissidence capitale. De 1 à 2 grammes jusqu'à 15 par jour, la différence est considérable. Les faibles doses ne réussissent que par exception, sinon chez les très-jeu-

nes enfants, comme nous l'avons observé dans un cas de convulsions épileptiformes diagnostiqué par M. H. Roger. Les premières expérimentations de M. Moreau (de Tours) à la Salpêtrière en sont la preuve. Mais il est bien plus dangereux de le porter à la limite extrême, surtout avec l'usage prolongé, qui semble indispensable au succès de la plupart des cas. Quand elles sont absorbées, il y a intoxication, bromisme qui oblige d'interrompre, de suspendre avant que tout l'effet curatif soit obtenu, et qui en fait ensuite perdre tout le bénéfice. Autrement le bromure n'est pas absorbé et produit la gastricité connue: nausées, flatulence, vomissements, diarrhée, sans aucun effet sur l'épilepsie. Voilà du moins ce qui résulte de l'ensemble des observations publiées.

Aussi, une contre-indication du bromure, selon le docteur Ramskill, médecin de l'hôpital des épileptiques de Londres, c'est le trouble des voies digestives, tel que nausées, flatulence avant l'accès, vomissements et diarrhée après, et surtout la dyspepsie que provoque son usage prolongé. Dans ces cas de *stomachal epilepsy*, comme il l'appelle, caractérisés par l'état saburral des premières voies, de l'anorexie, de la mélancolie et de l'insomnie, non-seulement il cesse momentanément l'usage du bromure pour traiter l'état gastrique par les moyens ordinaires, mais il n'en reprend ensuite l'usage que conjointement avec la brucine à la dose de 10 gouttes de teinture, 2 fois par jour, à augmenter graduellement pour la cesser et la diminuer alternativement si l'indication symptomatique se présente. Donnée même à haute dose, il n'en a observé aucun accident toxique et il prétend que c'est là une addition indispensable pour la guérison radicale de l'épilepsie, mais sans donner aucune observation à l'appui (*Lancet*, janvier). C'est un contrôle à faire.

Le maximum de 5 à 6 grammes, 8 au plus, et par exception, est le plus généralement adopté et le plus efficace en y arrivant graduellement. La forme sirupeuse, comme le professeur Gubler l'a signalé en l'associant au sirop d'écorces d'oranges amères, en est le meilleur mode d'administration. En pilules, en poudre ou en solution aqueuse concentrée, il détermine des crampes d'estomac. Il est aussi antagoniste du fer et de tous les stimulants. On cite le sirop de M. Mure, pharmacien, contenant 2 grammes de bromure par cuillerée à bouche, comme réalisant le *nec plus ultrà* à cet égard.



Quant à la priorité de cette heureuse application du bromure contre l'épilepsie, elle est difficile à préciser; elle s'est faite insensiblement d'après les effets sédatifs de ce sel dans d'autres cas. M. Bazin, qui réclame à ce sujet dans la *Revue médicale*, a été évidemment devancé à l'étranger, et même en France, par M. Moreau (de Tours). Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter à la collection du *Dictionnaire annuel des progrès*, qui, mieux que les journaux, montre les phases de cette nouvelle médication en France et à l'étranger.

*Chlorure de potassium*. Des expériences physiologiques ayant fait soupçonner que l'action bien confirmée aujourd'hui du bromure de potassium sur le système nerveux, était due au potassium seul, le docteur Sander a vérifié cette probabilité en administrant le chlorure de potassium, seule combinaison qui lui ait paru pouvoir être administrée sans inconvénient aux épileptiques, et il en est résulté les mêmes effets que du bromure; mais dans d'autres cas, son action fut nulle, tandis que le bromure donné ensuite réussit parfaitement. On ne peut donc reconnaître à cette combinaison que l'avantage d'être sans danger ni sans mauvais effet, à la dose de 5 à 75 grammes, de contenir 2 parties sur 3 de potassium, et par conséquent plus que le bromure; enfin, de se vendre à meilleur marché, ce qui n'est pas indifférent pour les futures expériences à tenter. (*Il Movimento*, février.)

M. le docteur Monin signale la formule suivante comme lui ayant donné des guérisons radicales :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Cyanure de potassium. . . . . | 4 | grammes. |
| Poudre de valériane. . . . . | 8 | — |
| Sirop d'armoise. . . . . | 9 | — |

Mêlez.

Et faites des pilules de 15 centigrammes chaque, dont le malade prend 3 par jour pendant sept jours chaque mois. (*Lyon méd.*, n° 5.)

N'est-ce pas seulement contre l'épilepsie accidentelle, symptomatique, que cette formule convient?

**Epilepsie alcoolique.** ÉTIOLOGIE. Une grande différence existerait dans son mode de production, selon M. Magnan. Dans l'alcoolisme simple, ordinaire, aigu ou chronique, elle serait consécutive à l'empoisonnement, l'intoxication, dont l'ac-

tion, après s'être manifestée par des altérations de la muqueuse gastrique, produit ensuite des lésions cérébrales qui seraient la cause directe, la prédisposition organique aux crises épileptiformes. L'absinthisme au contraire les provoque directement, comme Marcé l'avait observé (voy. *année* 1864). C'est ainsi que, administrée sans mélange, l'absinthe détermine, conformément à de nombreuses expériences, des crises d'épilepsie immédiates chez tous les animaux, ce que l'alcool ni les autres liqueurs ne produisent pas. Cette action de l'absinthe serait analogue, selon M. Brown Séquard, à celle de l'urémie sur la production de l'épilepsie qu'il faudrait ainsi distinguer suivant les causes. (*Soc. de biologie*, novembre 1868, et *Acad. des sc.*, avril.)

On ne saurait cependant se rendre à ces distinctions étiologiques basées exclusivement sur l'expérimentation des animaux, sans que la clinique en ait confirmé la réalisation chez l'homme : car l'expérimentation démontre même que ce qui se produit chez une espèce animale ne se produit pas chez l'autre. On doit donc accueillir à titre de renseignements les deux cas suivants, observés par M. Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon.

Deux peintres en bâtiment, travaillant à la fabrique de Clichy depuis peu de temps, n'ayant jamais eu d'attaques d'épilepsie, furent amenés pour des attaques de ce genre, qui, en se répétant à de courts intervalles et suivies de coma, déterminèrent rapidement la mort. Or, il fut constaté que ces deux hommes étaient des buveurs d'absinthe, qui prenaient plusieurs petits verres de cette liqueur pure. Mais il y a à côté de cette étiologie celle du plomb, et il est difficile de savoir si l'une a agi à l'exclusion de l'autre, ou si elles ont agi ensemble. (*Soc. de thérap.*, février.)

**Épilepsie saturnine.** Par son action éliminatrice spéciale du plomb, comme le prouvent les guérisons obtenues dans les coliques saturnines et l'intoxication chronique avec paralysie (voy. *ces mots*), le bromure de potassium semble spécialement indiqué dans cette variété et peut amener des guérisons radicales.

**Épilepsie provoquée.** Conformément à ses expériences d'il y a vingt ans, M. Brown-Séquard montre qu'en divisant, en sectionnant un des côtés de la moelle épinière au niveau de la dixième vertèbre dorsale et même plus haut chez les cochons d'Inde, on détermine des convulsions épileptiformes qui se manifestent même dans les muscles innervés par le segment de la moelle compris entre les deux sections. A une convulsion tonique et spasme tétanique de très-courte durée, succèdent des convulsions cloniques dans les membres antérieurs et dans l'un des membres postérieurs, puis après l'attaque, cette sorte de torpeur intellectuelle ou de stupidité qui s'observe chez les épileptiques. On peut même les pincer, les piquer, les brûler, pendant l'attaque sans qu'ils en manifestent la sensation. Ils sont insensibles comme l'homme. Et comme preuve que c'est bien là de l'épilepsie, c'est que les petits issus d'une mère ainsi soumise à l'épilepsie provoquée ont présenté les mêmes accidents héréditairement. Il en conclut que le siége de cette maladie est moins limité dans la moelle qu'il ne le croyait, et de ce que ces mêmes convulsions se produisaient chez ces animaux privés de cerveau, de cervelet et de protubérance en entretenant la vie par la respiration artificielle, il admet que le siége n'en saurait être dans le cerveau, contrairement à ce que professent la plupart des cliniciens.

Toutefois, il est remarquable que ces résultats se manifestent exclusivement chez le cochon d'Inde à l'exclusion du chien, du chat et du lapin, et qu'il faut pincer, irriter, agacer ces animaux, sur le côté de la face ou du cou, du côté de la section, pour faire naître ces convulsions. C'est donc là au moins une forme spéciale d'épilepsie. (*Acad. de méd.*, janvier.)

A cette étiologie singulière et qui n'a entraîné aucune conviction, un élève des hôpitaux, M. Briand, rattache le fait d'un garçon qui à quatorze ans fut heurté violemment par une voiture et eut la main gauche écrasée par la roue. Traité à l'hôpital des Enfants, il sort guéri, lorsqu'un an après environ, il est pris subitement, au milieu de ses jeux, d'un frisson de tout le corps avec vertige et tombe sans connaissance, écume à la bouche, convulsions et tous les autres symptômes de l'attaque épileptique qui dure un quart d'heure et se renouvelle ainsi plusieurs fois, de dix en dix minutes.

Un traitement par les douches froides le guérit au bout d'un mois et il en passe ensuite trois sans attaque. Mais elles reparaissent subitement en avril 1869, à l'âge de seize ans, avec le même caractère que la première fois. C'est alors qu'il entre à la Charité, service de M. Bourdon, où son observation

est recueillie. Les accès continuent jusqu'au 10 mai, que, soumis à l'usage du bromure de potassium, ils cessent aussitôt. (*Gaz. des hôp.*, n° 111.)

Comment trouver dans ce cas la moindre analogie avec les expériences précédentes? Des faits où l'accès s'est déclaré après une chute, une contusion comme Leuret en a rapporté, seraient bien plus probants. Mais ici l'âge de la puberté n'était-il pas une cause beaucoup plus probable surtout avec des accès si rapprochés? L'étiologie de M. Brown-Séquard ne peut donc trouver aucun appui dans ce fait.

ÉPITHÉLIOMA. Étiologie et traitement. Entre ceux qui font dériver exclusivement le cancer épithélial ou cancroïde du tissu connectif et Thiersch et Billroth qui le placent dans les éléments épithéliaux, voici venir M. Leontowitsch qui, appuyé sur l'examen microscopique de 38 cas recueillis à l'Université de Charkow, en 1865 et 1866, lui a trouvé ces deux sources et rétablit ainsi l'accord, la conciliation des opposants. Il a trouvé la couche de Malpighi ordinairement normale, sinon atrophiée et toujours épaissie au point de transition de la peau et des muqueuses. Follicules sébacés hypertrophiés, contenant des cellules nucléaires bien développées. Follicules sudoripares sains. Atrophie musculaire par la pression des jeunes cellules du tissu connectif et épaississement de certaines fibres qui ont perdu leur striation transverse, tandis que leur pouvoir de réfraction est augmenté. Épaississement et condensation des membranes vasculaires, surtout artérielles. Névrilème épaissi, avec de nombreuses cellules de tissu connectif dont la prolifération était évidente à l'intérieur par la section au point d'atrophier les tubes nerveux.

Dans les muscles et le tissu fibreux, masses profondes et isolées de cellules épithéliales de tout âge et de toutes sortes développées aux dépens des corpuscules musculaires ici et de la prolifération des cellules du stroma dans le tissu adipeux sous-cutané, dont elles amènent l'atrophie par la compression. De même dans un cancroïde ganglionnaire. L'épithélium labial était hypertrophié et les tumeurs se voyaient à l'œil nu. Papilles atrophiées; follicules muqueux hypertrophiés et le cancroïde provenant de leurs cellules épithéliales s'est rencontré dans un seul cas, tandis qu'il provenait deux fois des glandes sudoripares. En résumé, vingt fois il provenait du tissu connectif ou de ses dérivés, douze fois des éléments épithéliaux, et six fois son origine n'a pu être exactement fixée. Toutes les variétés du tissu connectif aussi bien que ceux de l'épithélium servent donc au développement du cancer.



Sans être plus nouveaux, les résultats curatifs obtenus avec le chlorate de potasse sont plus importants que ces détails d'anatomie pathologique. Depuis les succès obtenus en France en 1864, il n'était plus question de cet agent; l'acide acétique venu d'Angleterre semblait l'avoir détrôné; mais voici deux nouvelles guérisons obtenues en Italie par le professeur Magni.

A la suite de la blépharoplastie pour un épithélioma ulcéré de l'angle interne de l'œil gauche, chez un ouvrier de cinquante-deux ans, la récidive s'étant manifestée, on observait une vaste ulcération de la paupière inférieure ayant détruit l'aile correspondante du nez à fond granuleux, de couleur jaune lardacé. La paroi mobile du sac lacrymal était envahie ainsi que le bord correspondant de la paupière supérieure. Pansée trois à quatre fois par jour avec des plumasseaux imbibés d'une solution de 8 grammes de chlorate de potasse dans 120 d'eau, simultanément avec l'usage interne de 50 centigrammes, cette plaie se modifia après un mois de ce traitement; les bords s'abaissèrent, se ramollirent, le fond se détergea et les végétations néoplastiques diminuèrent. Deux mois ensuite, la cicatrisation était parfaite excepté à l'angle de la paupière supérieure.

Ce succès fut confirmé dans un cas semblable où la récidive était plus récente, la plaie moins étendue. Après l'insuccès des cautérisations avec le nitrate argentique et acide mercureux pour réprimer les végétations, l'emploi du chlorate de potasse *intus et extra* avait amené une cicatrisation complète après un mois.

On peut citer encore l'amélioration existant après vingt jours de ce traitement contre un épithélioma du front qui résistait depuis trois ans aux caustiques, mais la guérison n'en était pas encore complète. (*Riv. clin. di Bologna*, mars.)

Ne serait-il pas avantageux devant ces résultats constatés par un professeur distingué de revenir à l'emploi de cet agent et d'y insister plutôt que d'essayer ceux qui se produisent au jour le jour? Un grand obstacle au progrès de la thérapeutique,

c'est de ne pas insister assez longtemps sur l'emploi d'un remède dès qu'il a une action constatée, afin d'en savoir les indications et les contre-indications. On quitte trop facilement l'ancien pour passer au plus nouveau.

*Poudre arsenicale du frère Cosme.* L'action en est différente selon que les cancroïdes sont ulcérés ou non, d'après M. Kuhn. L'effet caustique est nul sur l'épiderme ou les parties dures qui les recouvrent ou les entourent, comme il le démontre par des observations. Il conseille, dans ce dernier cas, d'appliquer préalablement la poudre caustique de Vienne pour détruire ces parties et de ne recourir qu'ensuite à la pâte arsenicale. C'est un moyen d'en obtenir une action certaine sur le cancroïde sans avoir à y revenir plusieurs fois et à en éviter ainsi les effets toxiques. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 44.)

**ÉRYSIPÈLE.** C'est encore une question de savoir dans quels cas il convient de faire avorter l'érysipèle. Il y en a de symptomatiques, de périodiques, de critiques, que, pour ma part, je respecterais tout en en surveillant la marche, l'extension et la durée, en les modérant au besoin. C'est donc sous réserve de l'appréciation clinique que nous reproduisons deux nouveaux modes de le juguler.

Au lieu d'employer le crayon de nitrate d'argent pour le circonscrire, M. Higginbottom en fait une solution concentrée, 4 scrupules dans 15 grammes d'eau distillée, dont il badigeonne bien uniformément les surfaces enflammées et deux ou trois pouces de la peau au delà, en renouvelant ce badigeonnage à deux ou trois reprises. Et, afin d'en rendre l'action plus sûre, il lave préalablement la peau avec de l'eau savonneuse, puis de l'eau simple, et il n'applique le badigeonnage qu'après l'avoir bien essorée; puis, l'application faite, il tend un linge humide sur toute la surface malade, afin qu'elle en soit bien uniformément touchée. (*Practitionner*, janvier.)

Incité par l'emploi des huiles volatiles fait par le professeur Lücke, de Berne, pour en arrêter la marche, M. Schutzemberger a essayé le mélange de parties égales d'huile ordinaire et d'essence de térébenthine en badigeonnages sur toutes les parties envahies, et même en les dépassant. Sur 4 cas, le mal a été rapidement enrayé. (*Gaz. méd. de Strasb.*, janvier.)



Ce serait donc un abortif, mais qu'il serait dangereux d'employer dans les érysipèles symptomatiques de l'embarras des premières voies sans le faire précéder ou suivre immédiatement d'un vomitif.

*Éther camphré.* A l'exemple de Delpech, M. Revillout relate un cas d'érysipèle de la face, observé à l'hôpital Necker, que ce moyen fit avorter en quelques heures. (*Gaz. des hôp.*)

*Scarifications.* Suivant le docteur Luroth, il n'y a pas de meilleur moyen abortif, comme sa pratique depuis 1851 lui en fournit l'expérience. Un érysipèle étant donné quel qu'en soit le siége, à la face, sur le tronc ou sur un membre, il entame la surface malade en y pratiquant des scarifications superficielles et parallèles à la distance de 1 à 1 1/2 centimètre. Deux ou trois autres scarifications sont faites sur le pourtour circonscrivant la surface malade et préservant les régions saines contre l'envahissement qui les menace.

Les quelques gouttes de sang fournies par les scarifications sont ensuite étendues avec le bout du doigt sur toute la surface malade. Trois observations témoignent de l'efficacité et du succès de cette opération. (*Gaz. méd. de Strasb.*, n° 7.)

La nature différente de l'érysipèle, parfois son étendue mal limitée, la douleur et les traces résultant de ces scarifications sont des objections sérieuses à ce procédé trop uniforme.

**Erysipèle salutaire.** M. J. Champouillon donne ce nom à l'érysipèle qui, en se développant sur des tissus malades, les modifie heureusement et en détermine la guérison. Métastase ou substitution, c'est une crise salutaire de la nature, comme l'art en provoque quelquefois. Deux observations rapportées à l'appui montrent qu'il peut ainsi arrêter et guérir des affections graves et rebelles. Un chancre phagédénique, étendu à toute la région inguinale droite et au delà, résistant depuis cinq ans aux traitements variés de plusieurs hôpitaux, guérit ainsi par un érysipèle survenu dans cette partie avec un début très-alarmant. Après quelques jours, l'ulcère phagédénique fut réduit à l'état simple, la surface aplatie, les bords inclinés en dedans, la pâleur remplaçant la teinte rouge, et deux mois après, le malade, réformé depuis longtemps, était parfaitement guéri.

Chez un autre soldat dont l'articulation tibio-fémorale était

englobée par des abcès circonvoisins provenant d'une carie des surfaces articulaires avec épanchement considérable de l'articulation, un érysipèle survenant dans ces parties le 25 juin modifia tellement les tissus malades, qu'après la disparition de l'exanthème, les abcès se tarirent, l'épanchement fut résorbé, les plaies se cicatrisèrent et il ne resta plus que deux petits trajets fistuleux. L'organisme détérioré se reconstitua, et sous l'influence d'un régime analeptique, toute trace de tuberculisation pulmonaire disparut. (*Recueil de méd. et de chir. mil.*, octobre.)

**EXERCICE.** *Liberté internationale.* Il y a peu de jours, que nous signalions dans l'*Union médicale* la convention conclue entre la Belgique et la Hollande autorisant les médecins et sages-femmes fixés sur les frontières des deux pays à pouvoir exercer réciproquement dans un certain rayon au delà. Et, en louant cette convention internationale en ce qu'elle doit mettre fin aux conflits regrettables entre les médecins des deux nations, nous émettions le désir qu'elle fût imitée et suivie par toutes les nations voisines, et surtout entre celles qui ont une langue commune, comme la Belgique, la Suisse et la France.

Ce vœu vient de se réaliser au delà de nos espérances. L'Espagne révolutionnaire, en voie de concessions libérales, n'a pas voulu rester en arrière sur ce terrain ; elle a pris les devants au contraire, et, par l'organe de M. Zorilla son ministre, prenant en considération l'union intime et l'amitié qui l'unit au Portugal, la fraternité d'origine et d'intérêts des deux pays, elle vient de concéder généreusement et sans condition aux médecins portugais la faculté d'exercer dans toute la Péninsule en assimilant les titres et diplômes portugais à ceux des Universités espagnoles et en leur reconnaissant les mêmes droits. Voici le décret qui le consacre :

Art. Ier. — Les certificats d'études faites dans les établissements publics d'enseignement du Portugal seront valables en Espagne.

Art. II. — La vérification de ces titres se fera de la même manière que pour ceux obtenus dans les Universités espagnoles.

Art. III. — Les titres professionnels portugais seront aussi valables en Espagne.

L'Espagne étend aux médecins de tous les pays la faculté d'exercer dans la Péninsule, à la seule condition de faire viser



leur titre et d'en payer une seconde fois les droits fiscaux suivant le tarif espagnol. Voici le décret qui intéresse les médecins français, ceux des Pyrénées en particulier.

Art. Ier. — Les étrangers peuvent s'inscrire dans les Universités et les établissements publics d'enseignement en Espagne pour toutes les Facultés, en se soumettant aux prescriptions en vigueur pour les nationaux.

Art. II. — Les médecins possesseurs d'un titre académique de l'étranger pourront le faire enregistrer en se soumettant aux mêmes examens probatoires que les Espagnols.

Art. III. — Avant ces examens, le secrétaire de la Faculté s'enquerra de la légitimité du titre produit.

Art. IV. — Les droits de grade et d'expédition seront les mêmes que pour les Espagnols.

Art. V. — Après avoir obtenu le diplôme espagnol, le médecin étranger pourra exercer sa profession en se soumettant aux prescriptions de la loi commune.

Art. VI. — Pour exercer la profession de médecin, il suffira de présenter le titre acquis dans un établissement public étranger et de payer 200 écus en recevant l'autorisation qui ne se donnera qu'après enquête de la légitimité du titre.

Art. VII. — Ces médecins ne jouiront d'aucun des droits accordés aux diplômes espagnols, sinon celui d'exercice.

Art. VIII. — Dans les actes faits en vertu de ce droit d'exercice, on devra toujours constater qu'il résulte d'un titre étranger, valable en Espagne.

Art. IX. — Les établissements publics d'enseignement qui accordent ces autorisations en instruiront la direction générale de l'instruction publique, où se trouvera un registre spécial à cet effet.

Art. X. — Cette autorisation devra être demandée au corps universitaire qui délivre les titres analogues suivant le décret du 21 décembre 1868.

Madrid, 6 février 1869. ZORILLA.

Par l'article VI l'Espagne octroie le droit d'exercice, tandis qu'en France et en Angleterre les médecins étrangers sont autorisés exceptionnellement.

**Exercice illégal.** Complicité. *L'exercice illégal de la mé-*

*decine, avec usurpation de titre, est un délit et non une contravention.*

*En conséquence, par application des art.* 59 *et* 60 *du Code pénal, un docteur en médecine peut être déclaré complice du délit d'exercice illégal de la médecine commis par un individu auquel il a prêté assistance.*

*Le débit de drogues médicamenteuses par un individu non muni du diplôme de pharmacien, l'annonce de remèdes secrets et la vente desdits remèdes constituent trois contraventions distinctes, qui, quoique poursuivies simultanément, doivent donner lieu à trois amendes distinctes.*

Ainsi jugé par la Cour de cassation, chambre criminelle, par le rejet du pourvoi des sieurs Benatti et Colandre, contre un arrêt de la Cour impériale de Douai, chambre correctionnelle, en date du 19 décembre 1865. (*V. Année* 1866.) Rapporteur, M. le conseiller de Carnières; avocat général, conclusions conformes, M. Charrins. Plaidant, Me Hippolyte Duboy, avocat.

L'importance de cet arrêt n'échappera à personne. Il corrobore cette pensée : que les lois qui régissent l'exercice des professions médicales sont moins impuissantes qu'on ne le dit généralement, et qu'il ne s'agirait que d'en faire une application opportune et intelligente. D'après le nouvel arrêt de la Cour de cassation, l'exercice illégal de la médecine, quand il s'accompagne d'usurpation de titre, n'est plus une contravention, mais un délit, et ce délit le médecin le commet, qui cherche à couvrir de son diplôme l'exercice illégal de la médecine par une personne dépourvue de titre.

En Amérique, où cette liberté existe aussi complète que possible, il n'est pas sans intérêt de voir, par le *Boston directory* de 1869, ce qu'elle a produit dans le personnel médical. Pour une population de 230 000 habitants, on y compte 574 *doctors*, c'est-à-dire qui possèdent ou prennent ce titre, sur lesquels 275 appartiennent à l'armée ou en ont fait partie; 13 éclectiques faisant partie de la Société médicale de ce nom; 46 globulistes se réclamant d'Hahnemann qu'ils n'ont jamais connu, et 60 doctoresses. Le surplus sont des spécialistes s'intitulant électriciens, botanistes et *cancer doctors* parmi les hommes, magnétiseurs, sympathétiques, mesméristes et clairvoyants parmi les femmes. Il y a aussi deux rebouteurs, un qui pratique la *naturepathy*, et une femme se livrant spécialement au baumchétisme.



Qu'ajouter à ces chiffres et ces titres officiels, sinon de dire que, en fait de charlatanisme et de crédulité stupide, le public de la jeune Amérique est au moins égal, sinon supérieur, à celui de la vieille Europe. Avis aux vrais médecins qui voudraient y émigrer.

## F

**FIBROMES. Fibromes utérins.** *Ramollissement dans la grossesse.* Malgré les faits et les arguments de ses contradicteurs (voy. *année* 1868), M. Guéniot ne regarde pas ce fait comme scientifiquement démontré. Il invoque contradictoirement les faits de ramollissement survenu dans l'état de vacuité de l'utérus et ceux d'hystérômes d'une dureté fibreuse et même cartilagineuse soit pendant, soit immédiatement après la grossesse. Son influence sur leur hypertrophie ne lui paraît pas plus rigoureusement prouvée et il persiste dans ses premières conclusions. (*Soc. de chirurgie*, mars.)

*Ramollissement en dehors de la grossesse.* A l'appui de cette opinion, M. Ancelet dit que sur huit observations personnelles de fibroïdes de l'utérus, il a constaté deux fois l'infiltration séreuse ou séro-sanguinolente et le ramollissement de la tumeur en dehors de la grossesse. D'autre part, sur une collection de 125 cas de polypes compliquant la grossesse, l'infiltration séreuse ou purulente n'est signalée que 9 fois. L'influence de la grossesse sur ces corps fibreux ne paraît donc guère évidente. (*Idem*, avril.)

M. Demarquay l'a de même constaté chez une dame de cinquante-six ans, entrée à la Maison municipale de santé le 14 juillet 1868. Les parties génitales laissaient écouler un liquide sanieux, à odeur gangréneuse; le ventre, développé comme à sept mois de grossesse, faisait percevoir une tumeur globuleuse et inégale. Le col, dilaté de 5 à 6 centimètres, circonscrivait une tumeur insensible peu élastique avec une petite excavation au centre, à parois molles et fongueuses. Au spéculum, elle parut grisâtre et arrondie comme les corps fibreux, mais telle était son influence sur l'organe nu, que cette femme était réduite à une anémie profonde, maigreur extrême avec gêne de la respiration, pesanteurs au périnée, difficulté de la

marche, teint jaunâtre et muqueuses décolorées avec mouvement fébrile le soir comme si elle eût été de mauvaise nature.

Mais, différence caractéristique : des injections désinfectantes, une nourriture analeptique suffirent à modifier cet état général et local. En portant le fer rouge au centre sur les parties gangrenées, la mauvaise odeur disparut, et la tumeur étant descendue quinze jours après, sous l'influence de la marche, on tenta son excision. Son volume ne permettait d'en reconnaître ni la racine ni d'y appliquer l'écraseur. Le 17 août, on tenta donc de l'abaisser avec des pinces de Museux, en tirant dessus par des mouvements de latéralité, mais telle était sa mollesse qu'elle se déchira par fragments, ce qui obligea, après une heure de tentatives et la perte d'un demi-litre de sang, de laisser l'opération inachevée. La mort survint le surlendemain, sans trace de péritonite à l'autopsie. La tumeur sessile s'implantait sur un diamètre de 7 centimètres à la paroi antérieure de l'utérus. Le microscope montra une dégénérescence graisseuse si avancée que l'on trouvait de véritables gouttelettes de graisse. C'est là un ramollissement rare. Dans les observations analogues, le ramollissement a débuté au centre avec des gangrènes partielles et la fièvre hectique par infection putride. (*Union méd.*, n° 144, 1868.)

Avec ces données, il sera prudent de ne plus tenter l'amputation de ces tumeurs à l'avenir, mais d'en essayer plutôt la destruction sur place avec le cautère actuel, au moins jusqu'à la limite de ne pas provoquer de péritonite. N'est-il pas préférable de laisser les malades succomber lentement aux progrès de leur mal que de tenter l'amputation qui ne peut les guérir et qui peut abréger leurs jours comme dans le cas actuel ?

*Atrophie après l'accouchement.* Si l'augmentation et le ramollissement des fibromes utérins ne sont pas scientifiquement démontrés, leur atrophie semble incontestable d'après le fait observé par M. Lorain à l'hôpital Lariboisière, chez une multipare de quarante-quatre ans qui vint y accoucher le 21 mars 1869. Une tumeur volumineuse fut constatée vers le fond de l'utérus après l'expulsion du placenta, tellement que l'interne croyait à un autre enfant que le toucher trouva absent. Cette tumeur fut constatée plusieurs jours de suite avec une autre plus petite, lorsque cette femme, étant passée



dans un service de médecine, succomba d'infection putride le 12 avril. L'autopsie montra à droite, près de l'angle de l'utérus, une petite tumeur fibreuse de la grosseur d'une noix et une autre plus petite encore placée au-dessous, du volume et de la consistance d'une tête de fœtus de huit mois environ. Elle était résorbée à ce point dans l'espace de quelques jours sans que la maladie en fût la cause, car cette femme répéta qu'à ses accouchements antérieurs, cette tumeur disparaissait toute seule. (*Gaz. des hôp.*, n° 92.)

Ce fait est une double démonstration : si ce fibrôme s'atrophiait après l'accouchement, il augmentait donc pendant la grossesse. Cette interprétation est rigoureuse et incontestable.

*Élimination spontanée.* Une femme mariée, sans enfants, mal réglée, eut d'abord, vers l'âge de trente-sept ans, des douleurs dans le flanc gauche coïncidant avec des retards et des pertes. Un an après, une tumeur devint perceptible ; cessation des règles et péritonite partielle.

Croyant à l'existence d'un kyste, le médecin fit une ponction qui ne donna pas une seule goutte de liquide. Un mois après, le docteur Dumesnil trouva toute la moitié inférieure de la cavité abdominale jusqu'à l'ombilic occupée par une tumeur d'un développement égal dans tous les sens, sans bosselures ; le ventre était saillant en pointe ; la tumeur avait une certaine élasticité, mais il n'y avait pas de fluctuation distincte. Elle conservait, par rapport aux parois abdominales, une fixité absolue dans toutes les positions, ne se déplaçait nullement par les pressions, l'ombilic cédait à peine aux tractions exercées dans tous les sens ; il y avait donc des adhérences très-étendues à la paroi abdominale antérieure.

Le toucher constatait l'intégrité du col et du segment inférieur du corps de l'utérus. Le col était à la hauteur normale, sans déviation, sans augmentation de volume, jouissant d'une assez grande mobilité, quoique restreinte. La pression sur la partie la plus saillante du ventre se transmettait au doigt appliqué sur le col, mais la pression sur celui-ci ne se faisait pas sentir à l'autre main. Aucune partie de la tumeur n'était accessible du côté du vagin ni du côté du rectum. Miction et défécation normales. Ventre peu douloureux, marche facile.

Deux mois après, le ventre n'étant pas plus développé, il se forma, sur la partie la plus saillante, des plaques brunâtres

avec peau très-amincie et une crépitation gazeuse des plus manifestes par la pression. Sonorité sur toute la partie antérieure de la tumeur, où précédemment existait la matité la plus complète.

Ces plaques brunâtres s'ulcérèrent, et le 6 février 1868 il y avait à gauche et au-dessous de l'ombilic, une ulcération de 12 à 15 centimètres, à travers laquelle faisait saillie un énorme champignon aplati répandant un liquide ichoreux d'odeur infecte. D'autres ulcérations plus petites existaient sur différents points. Jamais il ne s'était échappé de liquide autre que la sanie produite par le travail d'ulcération et de gangrène. Diminution très-notable du ventre, altération profonde de l'état général, inappétence. *Toniques et pansements chlorurés.*

Vers la fin d'octobre, cette femme était débarrassée de sa tumeur et avait toutes les apparences de la meilleure santé. La masse sanieuse, saillante à travers l'ulcération abdominale, avait grossi progressivement, au point que la malade était obligée de la soutenir avec une serviette qui contenait la tumeur comme un véritable sac. Celle-ci, d'odeur repoussante, noirâtre, comme formée d'une masse filamenteuse, macérée et desséchée, était rattachée à son siége primitif dans l'abdomen par un pédicule paraissant flétri comme le restant de la tumeur. La malade s'opposa à la section de ce pédicule qui eût été très-facile, et la masse tomba spontanément. Les ulcérations se cicatrisèrent très-rapidement, l'appétit se ranima et les forces se rétablirent promptement.

Le ventre était revenu à l'état normal, parfaitement souple, indolent, et présentait à la place des ulcérations, des cicatrices dont la principale, située entre l'ombilic et l'épine iliaque gauche, recouvrait une solution de continuité des plans musculaires et aponévrotiques, de forme arrondie, à bords tranchants, comme un anneau herniaire fortement dilaté, permettant l'introduction de trois ou quatre doigts. Dans les efforts, le contenu de l'abdomen faisait saillie dans cette ouverture.

Dans la région hypogastrique, on sentait encore profondément une tumeur du volume du poing environ, transmettant au col de l'utérus les mouvements qu'on lui imprimait par la pression. (*Soc. de chir.*)

Après l'observation analogue du docteur Loir, communiquée à la même Société en 1847, celle-ci est un nouvel exemple d'élimination spontanée avec disparition des accidents. Evidemment c'est aux adhérences de la tumeur avec la paroi abdominale, qu'elle peut avoir lieu sans accidents. Très-étendues et très-solides, ces adhérences transforment en quelque sorte une tumeur interne en une tumeur extérieure, lorsque, d'ailleurs, elle n'a pas de connexions trop intimes avec les viscères. Mais s'agit-il bien ici d'un fibrome utérin? Il semble à l'auteur qu'il ne peut y avoir aucun doute à cet égard. Les irrégularités de la menstruation et les pertes du début, le mode de développement de bas en haut, les rapports de cette production morbide avec l'utérus, se traduisant par la transmission des mouvements de l'une à l'autre, le résultat négatif d'une ponction, l'absence d'écoulement de liquide kystique pendant le travail d'élimination, attestent suffisamment pour lui qu'il s'agit d'une production fibreuse de l'utérus. Pour nous, au contraire, ces preuves ne sont pas concluantes et nous restons dans le doute.



*Incisions intra-utérines.* Pratiquées avec succès par le docteur Cristoforis, chirurgien de l'hôpital de Milan, pour la guérison d'un fibrome interstitiel de la paroi antérieure de l'utérus, chez une couturière de trente-six ans. L'utérus, pesant et abaissé, présentait une augmentation de volume dans la portion sus-vaginale du col, appréciable par la sonde de Simpson. C'était une tumeur arrondie et sessile de la grosseur d'une noix. La hauteur verticale de la cavité utérine mesurait 8 centimètres avec rétrécissement de l'orifice interne par le fibroïde. D'où dysménorrhée, ménorrhagie et douleurs pelviennes et sacro-lombaires, qui, après l'insuccès de nombreux moyens, fit recourir à l'opération suivante :

Le col, mis à découvert avec le spéculum de Sims, et la malade étant placée dans le décubitus latéral gauche, un bistouri caché fut introduit dans le col, et, arrivé à une certaine hauteur, incisa assez profondément la lèvre antérieure pour dilater l'orifice interne. Une nouvelle exploration avec la sonde de Sims en ayant confirmé la perméabilité, l'hystérotome fut introduit, et son tranchant étant dirigé sur le fibrome, une incision correspondant à la première fut pratiquée au-dessus assez profondément pour intéresser les deux tiers de l'épaisseur du tissu de nouvelle formation; deux autres incisions parallèles, mais moins profondes, furent pratiquées à droite et à gauche par le même mécanisme. Une solution de perchlorure de fer fut ensuite appliquée sur ces incisions pour réprimer l'écoulement de sang sans déterminer aucun accident. Quatre

jours après, les incisions latérales furent renouvelées et suivies du même pansement.

L'apparition des règles fit interrompre tout traitement; mais, huit jours après, un nouvel examen ayant montré une dilatation normale de tout le canal cervical avec diminution de la lèvre antérieure et de la tumeur réduite de moitié et beaucoup plus élastique, une nouvelle incision, longue et profonde, fut faite dans son épaisseur et renouvelée six jours après, de façon à diviser entièrement la lèvre antérieure. Dès lors, la malade cessa de souffrir et l'on put constater ensuite la disparition du fibrome et la perméabilité du col. La menstruation se régularisa et la guérison fut ainsi obtenue. (*Ann. univ. de med.*, janvier.)

Si elle laisse beaucoup à désirer quant au diagnostic, cette observation montre au moins toute l'étendue du traumatisme que l'on peut tenter sur l'utérus.

**Fibromes des vaisseaux.** Un cas de cette espèce de tumeurs, ainsi nommées par Langenbech dans ses *Recherches sur la pathologie chirurgicale des veines*, s'est présenté à M. Demarquay sur un homme de quarante-quatre ans, entré le 13 mars dans son service pour une tumeur de la partie interne et inférieure de la cuisse, dont l'apparition remontait au mois de septembre 1868. Située sous les muscles qu'elle repousse, elle s'étend à 15 centimètres en hauteur et 12 en largeur jusqu'à 4 centimètres du condyle interne du fémur. Peau saine, consistance variable, molle et fluctuante ici, dure et élastique là ; mobilité, pas de battements ni de souffle et malgré le diagnostic : tumeur fibro-plastique ; on opère. Mais l'exploration montre une adhérence aux vaisseaux fémoraux qui la traversent dans une étendue de 5 centimètres. L'opération reste ainsi inachevée, après avoir enlevé la plus grande partie de la masse et l'opéré meurt cinq jours après d'infection putride. L'autopsie montra que le mal avait son origine dans la gaîne de l'artère poplitée.

Langenbeck distingue ce cas de ceux où la tumeur se développe dans le voisinage des vaisseaux et contracte ensuite des adhérences avec eux. Lorsqu'une production morbide se trouve sur le trajet des gros vaisseaux, il faut donc se demander s'ils sont intéressés, si l'*extirpation est praticable* (1). Tantôt les

(1) Les veines étant plus souvent intéressées primitivement, il n'est pas facile de le reconnaître par l'égalité ou l'inégalité de la force des battements sur le trajet des vaisseaux comme c'est possible pour les artères. (*Note de l'auteur.*)



vaisseaux déplacés restent libres, tantôt une adhérence secondaire s'établit, surtout dans les cancers, tantôt l'adhérence est primitive avec les veines jugulaires, axillaire, fémorale, très-rarement avec les artères correspondantes.

Primitive ou secondaire, l'adhérence est fréquente et met dans l'alternative ou de laisser l'opération inachevée ou de réséquer un tronçon des vaisseaux. Des faits assez nombreux autorisent cette pratique pour la veine, mais la résection d'une partie principale de l'artère d'un membre est beaucoup plus grave. La gangrène est à redouter.

Pourtant, ajoute M. Verneuil, l'oblitération de l'artère et de la veine au même niveau a eu lieu plusieurs fois, accidentellement ou par l'art, comme dans la ligature de la fémorale par Gensoul, pour une plaie de la veine correspondante. Langenbeck rapporte deux cas d'extirpation de tumeurs du cou avec résection simultanée de la carotide et de la jugulaire englobées dans la masse morbide et l'on en trouvera un troisième rapporté en 1864. — V. Cancer.

Si l'on pouvait connaître d'avance l'envahissement des vaisseaux et de leur gaîne, il serait préférable de recourir d'emblée à l'amputation et dans les régions où elle est impossible, comme le cou, l'aisselle, le pli inguinal, quand on est mis en demeure de laisser l'opération inachevée ou de réséquer l'artère entre deux ligatures, il serait peut-être plus sage d'opter pour ce dernier parti. (*Soc. de chir.*, avril.)

**FIÈVRES. Fièvres intermittentes.** *Doctrine parasitaire.* Une série d'observations et d'expériences chimiques et microscopiques sur les eaux des marais Pontins, sur l'air et les eaux de ceux d'Ostie, les deux plus grands foyers homicides de la malaria, par le docteur Balestra, l'examen microscopique de ces eaux, l'analyse de l'air et des gaz qui s'en exhalent condensés, lui ont démontré la présence de spores ou de sporules provenant d'une algue semblable à celle qu'a découverte le professeur Salisbury, et comme dès 1864, le docteur Lemaire l'avait déjà constaté (voy. *année* 1866). Ainsi constatés de part et d'autre, il est donc difficile de ne pas admettre l'existence de ces sporules. Mais quelle en est l'origine?

Sont-ils le produit de la décomposition végéto-animale des eaux marécageuses, ou simplement la semence d'une algue spéciale qui, s'introduisant par les diverses voies de l'orga-

nisme, donne lieu à la fièvre intermittente? Un nouvel adhérent de cette doctrine vient de se déclarer parmi les médecins de la Réunion. Voici dans quelle circonstance :

L'épidémie de fièvre intermittente palustre compliquée de typhus à rechutes,— *relapsing fever* des Anglais, — qui décime l'île Maurice depuis quatre ans, et qui y cause encore d'épouvantables ravages, a envahi, depuis quelques mois, l'île voisine de la Réunion : mais ici elle est bien dessinée et exempte de toute complication. La population de Sainte-Suzanne et de Saint-André en a éprouvé cruellement les coups, et, si la quinine, dont l'île est abondamment pourvue, en obtient raison, il est à craindre qu'en s'étendant et se perpétuant cette pyrexie n'altère la constitution des habitants.

Or, il est avéré que, avant cette épidémie, l'archipel des Mascareignes avait joui d'une immunité complète de ces fièvres des marais. Grand fut donc l'étonnement des médecins à son apparition, si grand que l'on douta longtemps de son caractère et de sa nature, malgré l'intermittence. Les conditions topographiques n'ayant pas changé, le docteur Jacob, de Cordemoy, rejette la théorie des miasmes et toutes les autres causes classiques, même celle du déboisement invoquée à Saint-Louis pour l'expliquer. Et, reproduisant les expériences du professeur Salisbury et tous les faits concordants, il adopte son opinion sur la cause parasitaire de la fièvre intermittente, c'est-à-dire par les sporules de certains cryptogames répandus dans l'atmosphère. Et, à l'appui, il fait valoir l'introduction datant à peine de quelques années, à Maurice, puis à Bourbon, de la violette ou pensée d'eau, qui n'est qu'un *pistia* apporté avec l'eau de son marais, et ayant bien pu transporter quelques algues fibrigènes agglutinées à ses racines. (*Le Commerce* de Saint-André.)

Ce n'est là, on le voit, qu'une ingénieuse supposition pour les besoins de la cause. Mais, vraie ou non, les moyens à employer sont les mêmes : curage de tous les cours d'eau, dessèchement ou comblage des marais, plus d'eaux stagnantes et culture en grand du tournesol sur tous les terrains marécageux. La théorie ne nuit donc pas à l'efficacité des moyens curatifs, et il est désirable qu'ils soient employés à la Réunion aussi bien qu'à Rome et partout où sévit la fièvre palustre.

M. le docteur Lediberber adopte aussi cette théorie pathogénique. L'élément ou le principe essentiel contenu dans l'eau ou dans l'atmosphère des marais consiste, selon ce médecin distingué de l'hôpital civil de Lorient, en des animalcules ou leurs ovules, analogues à ceux de la famille des Éphémères, et qui pénètrent dans le sang par les voies digestives et respiratoires, s'y fixent et y subissent leurs transformations. En se multipliant par pontes, ils deviennent assez nombreux pour troubler l'organisme. Le frisson de l'accès correspondrait à leur éclosion, leur incubation marquerait l'intervalle de ceux-ci, et c'est ainsi, qu'avec des suppositions plus ou moins vraisemblables, l'auteur explique tous les éléments du problème, et jusqu'à celui du traitement par la quinine et tous les autres antifébrifuges qui agiraient comme insecticides. (*Union méd.*, n° 130.)



C'est la théorie de Raspail, renouvelée et corrigée; mais, tant que des analyses exactes, rigoureuses et en nombre suffisant n'auront pas démontré la présence et les caractères définis de ces spores ou microzoaires dans les exhalaisons des marais, de même que dans le sang des fébricitants, ce ne sera qu'une supposition plus ou moins ingénieuse et vraisemblable.

*Acide phénique.* Il aurait réussi à l'île Maurice, suivant M. Calvert, chez des malades traités par M. Jessier, à l'hôpital Naynien, sous la direction de M. Barrault, inspecteur général de l'état sanitaire de l'île. Administré à 70 milligrammes trois fois par jour contre les accès fébriles, et employé en injections hypodermiques à la dose de 3 ou 4 gouttes dans 20 gouttes d'eau, il aurait donné les résultats les plus satisfaisants. D'où il conclut que c'est la preuve que les fièvres intermittentes sont dues à la présence dans le sang de ferments microscopiques, végétaux ou animaux. (*Académie des sciences*, janvier.)

Mais avant d'admettre cette étiologie, des observations détaillées et suffisamment nombreuses seraient indispensables pour montrer qu'il s'agit bien là de fièvres intermittentes essentielles et non du typhus à rechutes, de fièvres typhoïdes et pernicieuses. Il convient d'attendre des faits ultérieurs avant de conclure.

Cette prudence est justifiée par la note suivante du docteur Paluel, médecin de l'Asile des orphelins catholiques de New-York. « J'ai, dit-il, essayé l'année dernière l'acide phénique sur 10 cas de fièvre intermittente, sans obtenir un seul succès, quoique la maladie fût très-peu rebelle au muriate de quinine;

sur ces 10 cas, 8 ont été pris au début. 50 centigrammes de phénol dans 90 grammes d'eau étaient administrés en trois fois, pendant la pyrexie, et, autant que possible, pendant la vacuité de l'estomac. La fièvre étant revenue le troisième jour, je recommençai le traitement, mais toujours avec le même insuccès; aucun changement appréciable ne s'était manifesté. Je séparai alors ces huit malades en deux salles différentes; je donnai aux uns le muriate de quinine, la fièvre ne revint pas; je continuai avec les autres le traitement phénique, et la fièvre reparut comme d'habitude. Les deux autres cas qui avaient été rebelles au traitement quinique, je ne saurais trop dire pourquoi, furent traités par l'acide phénique, et je fus obligé d'enregistrer encore deux insuccès. Je les soumis alors au traitement par le perchlorate de potasse, conseillé par M. le docteur Rabuteau, et la fièvre n'a pas reparu depuis. » (*Gaz. hebd.*)

*Buxine.* La liste déjà si longue des antipériodiques continue à s'accroître, et le fait est qu'en présence d'affections aussi communes et fréquentes que les fièvres intermittentes, les occasions ne manquent pas d'en expérimenter de nouveaux. Le prix élevé de la quinine, sa rareté, son défaut même dans certains lieux, ses falsifications, ses insuccès en font trop souvent une nécessité, et jusqu'à ce que le mystère de l'intermittence soit dévoilé et que l'on puisse classer d'après cela les moyens si divers employés pour la combattre avec plus ou moins de succès, il faut bien se contenter de les enregistrer à la suite les uns des autres. Il s'agit aujourd'hui de la buxine, alcaloïde extrait des feuilles et des racines du buis (*Buxus sempervirens*) par M. Pavia, chimiste italien, et expérimenté en grand et avec succès contre les fièvres palustres de tous les types par sept médecins différents dont voici les rapports:

Docteur Tibaldi: 59 cas, 22 hommes et 37 femmes, de quatre à soixante et onze ans, présentant les différents types de fièvres quotidienne, tierce, simple, double et quarte. 46 guérisons dont 4 après récidive; 9 insuccès guéris par le sulfate de quinine.

Docteur Buzzoni: 57 cas, 32 hommes et 25 femmes, de deux mois à soixante-quinze ans. 43 guérisons et 14 insuccès dont 6 chez les femmes.

Docteur Vitali: 64 cas comprenant 6 observations du docteur Tiraboschi, 12 du docteur Anelli et 6 du docteur Sonna; en tout, 52 succès et 12 insuccès, se divisant ainsi suivant le type pyrexique:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21 | Fièvres | quotidiennes. . . . . | 17 succès. | 4 insuccès. |
| 21 | — | tierces simples. . . . . | 18 — | 3 — |
| 13 | — | doubles. . . . . | 11 — | 2 — |
| 4 | — | quartes. . . . . | 2 — | 2 — |
| 5 | — | irrégulières. . . . . | 4 — | 1 — |
| | | | 52 | 12 |

Docteur Albani: 15 cas dont 11 succès et 4 revers.

Docteur Mazzolini: 113 cas, 77 hommes et 36 femmes, ayant donné 79 succès et 34 insuccès divisés ainsi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 69 | Fièvres | quotidiennes. . . . . | 46 succès. | 23 insuccès. |
| 24 | — | tierces. . . . . | 17 — | 7 — |
| 10 | — | doubles. . . . . | 9 — | 1 — |
| 7 | — | quartes. . . . . | 4 — | 3 — |
| 1 | — | double. . . . . | 1 — | 0 — |
| 2 | — | périodiques. . . | 2 — | 0 — |
| | | | 79 | 34 |

C'est donc un total de 302 cas donnant 231 succès contre 73 insuccès, c'est-à-dire une proportion de plus de 75 pour 100 de guérisons, presque celle du spécifique évalué à 80 pour 100. On ne saurait se montrer plus exigeant pour un succédané, d'autant moins que plusieurs cas rebelles à la buxine l'ont été de même ensuite au sulfate de quinine, et que d'autres réfractaires à celui-ci ont cédé à la buxine. Il convient donc de ne pas négliger en France la fabrication ni l'essai de ce nouveau produit chimique, dont la préparation se trouve exposée en détail dans le *Bulletino farmaceutico* de mai et décembre 1868.

Employé à la dose d'un gramme en potion durant l'apyrexie, le sulfate de buxine a suffi le plus souvent à prévenir l'accès suivant, sinon à en diminuer l'intensité et la durée; rarement il s'en manifestait d'autres quand cette préparation devait agir, et ce n'est que très-exceptionnellement qu'une seconde dose divisée en pilules a été donnée consécutivement par M. Mazzolini. M. Albani, après l'avoir vu réussir dans une décoction de racine de columbo, croit qu'il serait plus actif sous cette forme, mais l'amertume extrême du médicament ne permet guère de l'adopter.

Aucun accident sérieux n'est résulté de ces tentatives. Des

troubles intestinaux comme pesanteur d'estomac, pyrosis, soif ardente, quelquefois vomissements et diarrhée, montrent pourtant que l'emploi de ce médicament doit être prudent et réservé. Il se manifeste aussi des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, et en l'expérimentant sur lui-même, le docteur Mazzolini en a éprouvé une excitation analogue à celle du café et du thé sur le sommeil. (*Ann univ. di medicina*, février.)

En commandant l'attention, ces résultats montrent que l'alcaloïde du buis, la buxine, découverte il y a plus de douze ans par M. Faure, et expérimentée déjà en France par M. Cazin (*Traité des plantes médicinales indigènes*, 3e édition), peut devenir un rival sérieux de la quinine, au moins de la fièvre intermittente simple. De là, la place et l'étendue qui lui sont consacrées ici.

*Iode.* Suivant les observations très-nombreuses et convaincantes de M. de Villebrand, professeur de clinique médicale à l'Université de Helsingford, la teinture d'iode, prise intérieurement à la dose de 5, 10 et même 12 gouttes dans un verre d'eau sucrée, couperait les accès de fièvre miasmatique dès les premiers accès, sans danger de récidive. 19 observations recueillies à la clinique, en 1868, et suivies de beaucoup d'autres succès en 1869, en fournissent la preuve. L'auteur a été conduit à reconnaître cette action antipériodique à l'iode, par son emploi dans la fièvre typhoïde, dont les fièvres intermittentes paludéennes, endémiques en Finlande, revêtent souvent l'aspect au début, par leur caractère continu et une température de 40 degrés centigrades. Il semble donc permis de placer ce médicament à côté de la quinine comme spécifique de l'intoxication paludéenne, d'autant plus qu'un seul cas a résisté à son action et que les rechutes sont inconnues. Dans aucun cas, enfants ou vieillards, il n'a eu d'effet nuisible. Il a été parfaitement supporté par tous les malades sans exception. Les nausées et les vomissements qui accompagnent les cas les plus graves ont cessé comme par un véritable spécifique. On a pu même constater la vérité de l'opinion de Trousseau et Pidoux sur son action tonique, et la coïncidence d'une affection pulmonaire n'en est pas une contre-indication comme l'observation XIII en est la preuve. (*Archiv. de méd.*, juillet.)

L'innocuité et la facilité d'emploi de ce remède font donc un devoir à tous les praticiens de vérifier le fait à la première occasion.



**Fièvre typhoïde.** *Epidémie en Belgique.* Apparue le 10 janvier à Bruxelles, cette grave épidémie n'a pas tardé à se répandre et à exercer ses ravages jusqu'au 21 mars, date de son extinction. L'encombrement des hôpitaux avec des lits supplémentaires et des annexes en résulta bientôt. Aucun quartier n'a été épargné ; mais les plus hauts placés ont surtout été atteints. Toutes les classes ont été frappées indistinctement, les jeunes gens surtout. Grave dans la plupart des cas, la maladie s'affirmait, outre son caractère, par sa nature contagieuse et une forme adynamique très-prononcée. Elle s'est manifestée non-seulement sous la forme typhoïde la plus générale, mais dans certains cas, par de véritables accès de fièvre rémittente, et d'autres fois de méningite cérébro-spinale (Gluge).

Des bouleversements de terre et les émanations s'en dégageant à la suite de pluies abondantes et une température excessivement douce au commencement de l'hiver, en sont les causes probables, d'autant plus que la même maladie a sévi en même temps à Berlin, à Bonn et autres villes assises sur les atterrissements du Rhin.

Suivant M. Van den Corput, la cause en serait dans l'abaissement de la nappe d'eau souterraine, par suite de la sécheresse exceptionnelle de l'année et la décomposition consécutive de matières organiques suspendues dans cette couche aquifère. Le tort de cette hypothèse est de ne pouvoir être vérifiée.

La contagiosité de cette épidémie s'est surtout manifestée sur les médecins, dont un certain nombre ont été atteints dans leurs fonctions, et ont succombé ainsi que beaucoup de personnes occupées à soigner les malades dans les hôpitaux. 12 élèves en médecine de l'Université de Bruxelles en sont morts.

La mortalité a été de 14 pour 100, et de 2 décès pour 1000 habitants. Sur 443 soldats atteints dans la garnison, 62 sont morts.

De même en Espagne, où cette épidémie s'est montrée un peu plus tard ; mais surtout avec le caractère du typhus de la faim. Elle persiste à sévir en faisant beaucoup de victimes parmi les médecins des hôpitaux et de la ville.

*Age.* Un cas très-rare de fièvre typhoïde a été observé par M. le docteur Cotting, de Boston, chez un mécanicien fort robuste de soixante-neuf ans. Atteint le 1er décembre 1868, il a succombé

le 18 janvier suivant, après avoir présenté régulièrement tous les symptômes de cette affection.

L'autopsie montra une ulcération irrégulière, large et profonde à deux pouces environ de la valvule iléo-cœcale, et une autre circulaire plus petite, à un pouce au-dessus. Quoiqu'il n'ait pas été possible de déterminer positivement qu'elles avaient pour siége les plaques de Peyer, ces lésions semblent prouver la réalité de la fièvre typhoïde, et contredisent l'assertion de Aitken sur sa non existence après quarante-cinq à cinquante ans, à cause de la disparition des plaques (*Science and practice of Medicine*). D'autres cas observés au delà de cet âge, par MM. Lombard, Gendron, Wilks et Murchison, l'infirment également (*Boston med. Journal*, avril). Pour être une exception, ce fait n'est donc pas moins réel.

*Acide sulfureux.* En conformité de ceux qui font dériver l'affection typhoïde de l'introduction des germes d'un champignon dans l'économie, le docteur Hamilton croit que 4 grammes de cet acide, donné toutes les quatre heures aux enfants, et 12 grammes aux adultes dans de l'eau avec du sirop d'écorces d'oranges, forme sous laquelle il semble le plus promptement assimilé, lui imprimerait un caractère de bénignité relative. Il a paru en influencer la marche et la modifier en moyenne vers le cinquième jour, d'où une convalescence rapide. (*Lancet*, janvier.

Deux conditions essentielles manquent à cette proposition comme à la plupart des autres moyens thérapeutiques : un nombre suffisant de faits à l'appui prouvant l'action du remède et du soufre en particulier. Autrement, ce n'est que proposition sans portée.

*Créosote.* Comme moyen de prévenir l'apparition ou la multiplication des ferments typhoïdes, M. Pécholier a donné la potion suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Eau commune. . . . . | 90 grammes. |
| Id. de fleur d'orangers. . . . . | 30 — |
| Créosote, . . . . . | 3 gouttes. |
| Essence de citron . . . . . | 2 — |

Mêlez, à prendre par cuillerées.

Il faisait administrer simultanément 3 à 5 gouttes de créosote en lavement, afin d'entourer les malades d'une atmosphère de créosote qui en imprégnât leur corps et leur sang. Et tel



fut le succès de cette innovation doctrinale et thérapeutique que, employée au début, cette médication diminua l'intensité de la fièvre typhoïde et sa durée. (*Montp. méd.*)

*Digitale.* Administrée en infusion à la dose de 1 à 2 grammes pour 180 d'eau, par le professeur Wunderlich, elle a été trouvée efficace dans 80 cas de fièvre typhoïde. La fièvre tombe, le pouls se ralentit tout en devenant plus plein ; le délire s'arrête. L'adynamie, les pertes sanguines, l'albuminurie n'en contre-indiquent pas l'usage, et la tendance aux hémorrhagies n'en est même pas beaucoup augmentée (*Archiv der Heilk.*, avril). Après une si grande autorité, on peut essayer sans crainte.

*Sulfate de quinine.* Il ne peut être que nuisible, selon M. Netter, et donner lieu à des accidents comme hémorrhagie, perforation de l'intestin par le progrès des ulcérations et précipiter la mort en augmentant les phénomènes cérébraux. Il en trouve la preuve dans les observations du mémoire de M. Frison à ce sujet. Les cas où il a réussi ne peuvent être que des fièvres paludéennes typhoïdes, où le sel quinique a une autre action que celle admise, purgative ou antiseptique, comme on l'a admis récemment. (*Gaz. méd. de Strasb.*, n° 8.)

Nul doute, au point de vue de la logique, que M. Netter n'ait raison; quant à celui de la pratique, l'observation peut seule en décider.

*Glycérine.* 2 grammes, trois fois par jour, dès que le ventre devient douloureux, serait un excellent remède de la fièvre typhoïde, selon le docteur Shedd. Sur 27 typhoïsés traités ainsi, il n'en a pas perdu un seul. La chaleur diminue, les sécrétions s'améliorent, une sueur abondante s'établit, la diarrhée s'arrête et le malade entre en convalescence. (*British med. Journ.*, janvier.)

Devant les différentes interprétations de ce que l'on appelle la fièvre typhoïde, une observation serait au moins indispensable pour juger de celle-ci dont la guérison avec un remède si simple a lieu d'étonner.

*De la mort subite dans la fièvre typhoïde*, par le docteur G. Dieulafoy, thèse inaugurale, Paris. Outre la mort subite par syncope et par embolie survenant dans la convalescence, il s'agit ici de la mort survenue dans un léger accès épileptiforme et que l'auteur considère comme un effet d'une action réflexe.

16 observations de ce genre de mort sont rapportées à l'appui.

**Fièvre puerpérale.** *Contagion.* Une longue et solennelle discussion semblable à celle qui eut lieu à l'Académie de médecine de Paris et à la Société de chirurgie en 1866, et qui en a reproduit tous les chiffres et les arguments, a eu lieu à la Société obstétricale de Dublin. Provoquée par un mémoire du docteur Kennedy pour montrer la contagiosité de la métrite puerpérale, elle y a rappelé toutes les statistiques invoquées, pour montrer l'insalubrité et le danger des maternités relativement aux accouchements en ville; mais, tandis que l'auteur concluait à leur clôture définitive, comme M. Blot, en France, la plupart des autres orateurs ont combattu énergiquement cette conclusion radicale, et des accoucheurs aussi autorisés que M. Kennedy, comme Churchill, Johnston, Kidd, Beatty, se sont accordés pour restreindre les dangers de ces asiles de la misère et surtout pour montrer, qu'avec des précautions, ils ne sont pas des foyers de contamination permanents pour le dehors par la voie des accoucheurs de l'établissement, suivant la doctrine de M. Depaul, soutenue également par M. Kennedy. (*Dublin, quarter. Journ. of med. science*, août.)

Ce n'est donc là qu'une réédition des discussions françaises, et qui serait sans nouvel intérêt pour nos lecteurs.

**Fièvre jaune.** DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. *Examen de l'urine.* L'identité de symptômes du début de la fièvre rémittente bilieuse avec la fièvre intermittente simple et la fièvre jaune, tandis que le traitement est tout différent pour chacune de ces pyrexies, très-préjudiciable et même dangereux en cas d'erreur, M. le docteur Vidaillet a cru trouver, durant la dernière épidémie de fièvre jaune à la Martinique, un élément de diagnostic de celle-ci, par l'examen de l'urine. Avec la raréfaction de celle-ci, il a vu coïncider la diminution de l'urée et de l'acide urique, tandis que l'albumine augmentait proportionnellement. C'est ainsi que dans un verre contenant 150 grammes d'urine d'un malade atteint de fièvre jaune depuis douze à vingt-quatre heures seulement, si l'on verse quelques gouttes d'acide nitrique sur les parois du verre, il se forme aussitôt une zone blanchâtre, albuminoïde, divisant le liquide en deux : au-dessus est l'urine



normale et au-dessous, la couleur de rougeâtre en haut, prend une teinte curaçao ou jaune oranger en bas.

Cette zone blanchâtre, opaline et qu'on peut appeler *anneau prémonitoire*, ne se présentant jamais dans aucune des deux autres maladies, serait un élément de diagnostic certain. Elle varie d'épaisseur et se dissout dans un excès d'acide, ou plutôt elle prend une teinte verdâtre de bas en haut. A mesure qu'elle disparaît, l'urine devient effervescente, et c'est encore là un caractère très-important, car cette effervescence n'a lieu qu'au début ou à la période de déclin en cas d'issue heureuse. (*Arch. de méd. navale*, juillet.)

Si la présence de l'albumine à la première période, niée par M. Ballot, a été ensuite affirmée par M. Alvarenga (voy. *Symptomatologie de la fièvre jaune de Lisbonne.* Paris 1861), ce n'est pas sous cette forme et avec cette description précise qu'il la signale. C'est donc à vérifier ce fait que devront s'appliquer les observateurs dans l'avenir.

*Entraînement.* A défaut de moyens directs, d'antidotes contre les septicémies, comme la rage, le choléra, la morsure de serpents, on a recours à l'exercice forcé entraînant la sudation et la suractivité de toutes les fonctions. Ne pouvant neutraliser le poison, on en tente l'élimination. Les succès obtenus dans la rage et la morsure du serpent ont incité le docteur Wucherer, de Bahia, à recommencer cet entraînement dans la fièvre jaune. La fin ordinairement fatale des malades qui se laissent aller à la somnolence parfois insurmontable et deux succès sur des malades désespérés qui sont parvenus à la vaincre, sont les raisons qu'il invoque (*Gaz. méd. da Bahia*, n° 58). Evidemment, cet entraînement ne peut s'appliquer qu'à certains malades et non à tous indistinctement. Ceux qui sont frappés d'emblée d'un abattement, d'une prostration insurmontable, dans la fièvre jaune comme dans le choléra, ne sauraient en profiter. Distinguer les cas en thérapeutique comme en pathologie, c'est toujours la plus sûre voie d'arriver au progrès.

**Fièvre uréthrale.** Au lieu de voir dans le cathétérisme, la violence exercée sur l'urèthre et même sa déchirure, la cause des accidents d'infection purulente qui se manifestent à la suite, comme Velpeau et la plupart des auteurs classiques l'enseignent, M. le docteur Bertholle, à propos d'un cas soumis

à la Société médico-chirurgicale de Paris, le 14 mai 1868, soutient le contraire. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, atteint de rétrécissement à la suite d'une blennorrhagie et de la syphilis. L'urine coulait depuis quinze jours, lorsque tout à coup, le frisson se déclare et douze jours ensuite un abcès métastatique du poumon se montre sous la clavicule gauche qui emporte le malade. Or, dit M. Bertholle, ce n'est ni une déchirure de l'urèthre ni une lésion de la prostate qui ont pu déterminer cet accident, quoique ce fait n'ait pas été constaté par l'autopsie, mais bien plutôt une néphrite engendrée par contiguïté. Si l'infection purulente résultait de l'absorption urineuse, comment les malades affectés d'incontinence et de fistule urinaire, ou qui se servent de sondes alors que des ulcérations, des éraillures de la muqueuse, des plaies cutanées arrosées par l'urine se rencontrent si souvent, n'en seraient pas toujours atteints ? Se fondant sur le frisson qui marque le début de la fièvre intermittente, dont le gonflement de la rate est le corollaire de même que celui qui marque le début de certains états du foie et qui les accompagne, M. Bertholle y voit une analogie, une preuve que le frisson de la fièvre uréthrale est de même déterminé par une irritation, congestion ou inflammation du rein. (*Union méd.*, n° 146, 1868.)

On voit que la preuve n'est pas convaincante, car il reste précisément à déterminer si le gonflement de la rate précède l'accès ou n'en est que la conséquence, et de même pour le foie. C'est donc résoudre la question par la question.

**FISTULES. Fistules articulo-rectales.** Deux cas de cette forme extraordinaire de fistules sont relatés ainsi qu'il suit par le docteur Andrews dans le *Chicago medical examiner*. Une fille de douze ans en était à la troisième période d'une affection de la hanche qui avait nécessité la résection de la tête du fémur. Peu de temps après, des gaz intestinaux s'exhalaient par la plaie ; en injectant de l'eau dans le rectum, elle sortait en jet continu de la plaie articulaire. L'examen montra que le trajet fistuleux traversait la tubérosité de l'ischion et, en l'agrandissant, il fut facile de faire communiquer par là un stylet dans le rectum. Une incision curative fut également pratiquée de ce côté. On n'en dit pas le résultat.

Plusieurs années après la guérison d'un anus artificiel ouvert spontanément dans l'aine à la suite d'une vieille hernie fémorale, toute la surface de la hanche enflamma avec sensibilité et douleur, érosion cutanée et faiblesse de l'articulation. A l'examen, l'inflammation ne paraît pas intra-articulaire ; il y a de la fluctuation et un mouvement très-distinct du liquide par la toux. Résonnance à la percussion et bruit de gargouillement à la pression accusant la présence de gaz. Du pus sanguinolent était rendu chaque jour en abondance avec les selles, et l'on distendait manifestement la tumeur en injectant de l'air dans le rectum. Une incision entre le trochanter et le bord du sacrum donna accès à une large cavité contenant des gaz fétides en abondance, du pus mêlé de matières fécales. Un lavement passe librement dans la plaie, et l'on constate que le trajet fistuleux s'étend de l'échancrure sciatique au-dessus du ligament dont l'ouverture est si large que l'index peut y pénétrer. On agrandit les deux extrémités de ce conduit fistuleux, et, après l'expulsion d'une accumulation de matières fécales, la suppuration se montra de bonne qualité, et la fistule ne tarda pas à s'oblitérer.

Des détails plus précis seraient nécessaires pour faire comprendre l'étiologie de ces faits extraordinaires, en particulier sur la constitution des malades et la nature de l'affection coxo-fémorale du premier. Autrement, on ne voit là qu'une exception pouvant admettre toutes les suppositions. Ainsi, ne s'agirait-il pas là d'abcès, de suppurations articulaires qui, rompant, disséquant leurs enveloppes, se sont créé une voie dans le rectum, comme il en existe des exemples ? C'est là, ce nous semble, la supposition la plus probable en présence de cette obscure laconicité.



**Fistules vésico-vaginales.** *Traitement statique.* On a trop négligé ou perdu de vue, selon M. le professeur Giordano, ce grand principe qui doit présider au traitement des fistules et qui commande de faire disparaître l'obstacle qui détourne le cours naturel des humeurs, en faisant reprendre à celles-ci leur vraie voie normale. Après avoir démontré que trop souvent les divers procédés chirurgicaux sont impuissants à guérir cette dégoûtante infirmité, il insinue que la cause en est surtout dans la situation verticale ou en supination de la femme. Cette position, suivant lui, entretient la fistule et fera toujours échouer la plus grande partie des traitements divers, exclusivement opératoires. Au lieu de vouloir fermer la fistule pour mettre obstacle à l'issue de l'urine, on doit tout d'abord em-

pêcher celle-ci pour oblitérer la fistule. A cet effet, il faut intervertir l'orientation de l'appareil génito-urinaire, de telle sorte que l'urine, amenée par les uretères, soit forcée de s'écouler et de s'amasser sur une partie saine, c'est-à-dire que la paroi antérieure de la vessie en devienne le bas-fond. On l'obtient en plaçant la femme sur le ventre, de manière que la paroi antérieure de la vessie soit plus déclive que le fond, et la tenir dans cette position le plus longtemps possible.

Pour prolonger le plus possible cette immobilité, M. Giordano a imaginé un lit avec table, servant de coucher ou d'appui à la patiente, et lui permettant tout à la fois de reposer, de changer de place, de lire et de travailler. Un appareil destiné à des injections vésicales continues y est adapté, afin de conserver à la vessie sa capacité normale. Il agit de même sur le vagin par des coussinets hypogastriques, des injections, des poudres astringentes, etc. (*Bull. delle sc. med. di Bologna.*)

Le principe de ce traitement est si simple et naturel qu'il semble impossible qu'il n'ait pas été appliqué primitivement avant l'emploi des moyens chirurgicaux. Son oubli semble donc en prouver l'inefficacité. Sans l'admettre *à priori*, quelques observations probantes de guérisons étaient au moins nécessaires pour convaincre du contraire, ce que l'auteur a omis de faire.

*Suture transversale.* Elle risque bien moins de se déchirer que la suture verticale, d'après M. Christok. Pratiquée ainsi dans une fistule très-étendue, qui nécessita dix points de suture, elle ne permit pas moins une grossesse et un accouchement postérieur à terme sans en être lésée. (*Soc. obst. de Dublin.*)

*Ouverture de l'artère utéro-ovarienne.* Une femme de trente-six ans, placée à l'hôpital Beaujon, était atteinte depuis son dernier accouchement, terminé par une application de forceps, d'une fistule vésico-vaginale siégeant à 1 centimètre du col utérin, dont la lèvre antérieure était en partie détruite, et sur la partie médiane du vagin. L'ouverture était petite; on ne pouvait la sentir avec le doigt, et elle admettait à peine un stylet gros comme un hystéromètre.

Le 8 avril, M. P. Horteloup, s'étant décidé à l'opération, commença par circonscrire la fistule d'une incision; puis saisissant la muqueuse avec une pince à griffes, il la disséqua dans toute l'étendue de l'incision.



Au moment où il donnait le dernier coup de bistouri pour terminer l'avivement, un jet de sang rutilant lui jaillit au visage et remplit en bouillonnant toute la cavité vaginale. A peine celle-ci était-elle débarrassée des caillots qu'elle se remplissait encore de manière à ne pas permettre de découvrir la source de l'hémorrhagie. La glace, le tamponnement ne réussirent pas à arrêter l'écoulement de sang. Il fallut, pour s'en rendre maître, saisir, avec une pince à verrou et avec une pince à polypes, la lèvre postérieure de la fistule. Le vagin fut rempli de tampons de charpie; on fit des injections d'eau glacée dans la vessie; on appliqua des compresses d'eau froide sur le ventre; on donna du vin et du bouillon avec de la glace; quelques jours après, les pinces s'étant détachées sous l'influence des mouvements de la malade, une nouvelle hémorrhagie se produisit, qui fut arrêtée de nouveau en saisissant la lèvre postérieure de la fistule avec une pince à polypes. Mais les pertes de sang avaient été si abondantes que, malgré tous les moyens employés pour relever les forces, la malade succombait exsangue, le 17 avril, après avoir présenté des douleurs abdominales et des vomissements.

A l'autopsie, on a reconnu l'existence d'une péritonite aiguë généralisée, et, sur l'artère utéro-ovarienne gauche, une perte de substance très-nette intéressant les deux tiers du vaisseau. (*Soc. de chir.*, mai.)

Dans 22 cas résumés en tableaux, M. Heppner, de Saint-Pétersbourg, a obtenu 18 guérisons et 1 mort. Dans 14 cas, il n'y eut qu'une opération, 2 dans 4 cas et 3, 4, 5 et même 6 dans les autres. (*Monatsschr. für Geburtsk.*, février.)

*Vesico-vaginal Fistula from parturition and other causes; with cases of recto-vaginal Fistula*, par le docteur Emmet, chirurgien en chef de l'hôpital des femmes de l'État de New-York. 1 vol. in-8, de 250 pages, avec planches, 1868, New-York. Collection de faits avec quelques particularités, racontés avec simplicité.

*Operation of vesico-vaginal fistula vithout the aide of assistants* (opération de la fistule vésico-vaginale sans aides et des mérites du clamp, des sutures métalliques interrompues et des boutons), par le docteur Bozeman. New-York. Position à

angle droit sur les genoux et la poitrine maintenue par un appareil spécial, spéculum tenant seul et de lui-même, sutures à bouton, sont les trois points de cette nouvelle méthode.

**Fistule anale.** La première indication, suivant le docteur Ordway, n'est pas de diviser, comme on le fait dans la fistule anale, mais de détruire l'induration par des applications directes, soit avec des mèches introduites dans le canal fistuleux, soit avec la seringue. Les antiphlogistiques et les altérants peuvent être employés à cet effet, comme la solution de muriate de fer, de sulfate de zinc, de carbonate de potasse, d'acide nitrique, d'iode, de chlorure de zinc, etc. (*Boston med. and surg. Journ.*, février.) Mais ce n'est là qu'une prévision, une vue de l'esprit dont aucune observation ne montre la justesse ni la réalisation.

*Des fistules uréthrales chez l'homme*, thèse d'agrégation, par le docteur Cocteau, prosecteur des hôpitaux, ancien interne lauréat des hôpitaux et de la Faculté.—Gr. in-8° de 127 pages. Paris.

**FOIE.** *Foie ambulant.* Un second cas semble en avoir été observé par le docteur Piatelli, de Bologne (voy. *année* 1868). L'Italie aurait donc jusqu'ici le privilége de cette étrange maladie. Il s'agit d'une veuve de cinquante-six ans, domestique, portant une grosse tumeur placée au milieu et un peu à droite de l'abdomen, dont elle occupait les deux tiers inférieurs. Surface convexe, lisse, égale, irrégulièrement arrondie et très-dure, surtout à droite et en haut. Elle s'était développée à la suite d'une ascite consécutive à une péritonite subaiguë. Un foie mobile fut diagnostiqué d'après la description du professeur Cantani, mais sans être confirmé par le succès des moyens employés ni autrement. La malade succomba en effet à une ascite, sans que l'autopsie fût pratiquée (*Hippocratico*). Ce n'est donc là qu'une supposition probable. Voy. Adénome.

*Des battements du foie* dans l'insuffisance tricuspide, par le docteur Mahot, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc., etc. 1 vol. in-8, avec figures.

*Clinical Lectures on diseases of the liver jaundice and abdominal dropsy.* (Leçons cliniques sur les maladies du foie, l'ictère et l'hydropisie abdominale), par le docteur Murchison. Londres, 1868.



**FRACTURES. Fractures compliquées.** *Epanchements sanguins.* Appuyé sur deux observations de ce genre, M. Bourguet (d'Aix) conclut que la doctrine actuelle relative à l'abstention de toute intervention chirurgicale dans les vastes épanchements sanguins communiquant avec un foyer de fracture, tant que la fracture elle-même n'est pas consolidée, est une doctrine trop absolue.

Les ponctions capillaires ou les ponctions à très-petite ouverture, en évacuant la collection sans laisser pénétrer l'air à l'intérieur, peuvent rendre d'incontestables services dans ces cas. La ponction devra être répétée aussi souvent que le sang tend à s'accumuler dans la poche hématique et à en distendre les parois en choisissant chaque fois un lieu différent pour la piqûre. Le moment le plus favorable pour la première ponction, est quand on s'aperçoit que la tumeur ne fait plus de progrès, que ses parois s'amincissent, que la fluctuation est plus sensible et que les signes d'inflammation se manifestent. Cette conduite dans les cas précités montre que, loin de favoriser l'inflammation suppurative du foyer, cette pratique la prévient plutôt et permet le recollement des téguments et le retrait graduel des parois du foyer hématique lui-même. Le traitement mérite donc d'être vulgarisé. (*Montp. méd.*, janvier.)

*Etude sur les fractures compliquées et leur traitement par l'occlusion collodionée*, thèse inaugurale contenant 19 faits dont 17 guérisons, par le docteur Ad. Bertrand. Paris.

**Fracture du crâne.** Étiologie. Un signe distinctif de la cause qui l'a produite, selon le docteur Accaria, serait la fracture concomitante des vertèbres cervicales avec ecchymose des muscles et des parties molles environnantes. S'occupant de médecine légale depuis longtemps, il a remarqué qu'un coup violent porté sur la tête avec une pierre, une masse, un coup contondant quelconque, qui brise le crâne en éclats, ne produit point *de fracture, ni d'ecchymose dans les vertèbres cervicales et les muscles qui les environnent;* tandis qu'une chute d'un lieu assez élevé pour briser le crâne *fracture les vertèbres, et ecchymose les parties molles.* On comprend, en effet, que le contre-coup direct se manifeste ainsi, mais peut-on avancer

qu'il en est toujours ainsi ? Le silence des ouvrages classiques à cet égard n'en rend pas moins cette remarque utile. (*Abeille méd.*, n° 2.)

**Fracture de la base du crâne.** *Ecoulement par l'oreille.* Si l'écoulement de sang ne peut plus être considéré comme pathognomonique, puisque la simple déchirure du tympan peut le produire, l'écoulement de la sérosité ne peut l'être, de l'avis de la plupart des chirurgiens, que s'il est abondant et succède après trois ou quatre jours à l'écoulement du sang. Il faut même, pour être pathognomonique, suivant M. Trélat, qu'il possède les caractères chimiques et la réaction spéciale du liquide céphalo-rachidien. Toutefois la fracture établie sur ce signe ne se termine pas absolument par la mort ; la guérison peut s'ensuivre, comme M. Marjolin semble en avoir observé un nouvel exemple. (*Soc. de chir.*, janvier.)

**Fracture du maxillaire supérieur.** DIAGNOSTIC. A la douleur par la pression au niveau de l'aileron interne de l'apophyse ptérygoïde, découverte comme un signe par M. A. Guérin (voy. *année* 1866), le professeur Richet en ajoute deux autres : c'est la formation d'un emphysème très-manifeste survenu au niveau du grand angle de l'œil et sur la face dorsale du nez du côté blessé, s'expliquant par la déchirure de la membrane de Schneider; l'autre est l'abolition de la sensibilité de la lèvre supérieure du même côté, résultant de la lésion de la branche terminale du nerf maxillaire supérieur du sous-orbitaire. Ces symptômes ont été des plus manifestes au début sur un malade observé à la clinique, puis l'emphysème a assez rapidement disparu et, après une vingtaine de jours, la sensibilité revenait, s'annonçant par une démangeaison et une cuisson des plus désagréables. (*Gaz. des hôp.*, n° 83.)

Ces trois signes réunis peuvent éclairer désormais le diagnostic si difficile de cette fracture; mais il est évident, d'après leur cause, que l'existence des deux derniers n'est pas absolue, bien que la fracture soit réelle. Il n'y a donc pas à y compter absolument.

**Fracture du maxillaire inférieur.** *Modification de l'appareil.* Alliant l'appareil de Morel-Lavallée modifié avec la suture osseuse qui tend à reprendre une place importante dans



la déligation chirurgicale depuis quelques années, M. le docteur Rouge, de Lausanne, en a obtenu un succès remarquable chez un blessé de vingt-deux ans entré dans son service le 15 janvier 1869, quinze jours après son accident. La fracture partait de l'incisive latérale gauche dans une direction oblique de bas en haut et d'avant en arrière en biseau, aux dépens de la face interne du fragment antérieur. Déplacement considérable de la branche gauche attirée en dedans et si fortement abaissée que les dents étaient d'un travers de doigt au-dessous des autres ; large plaie contuse sous le menton donnant écoulement au pus et à la salive.

L'appareil en gutta-percha ne parvenant pas à empêcher le double déplacement, malgré l'addition d'un fil de fer caché dans son épaisseur et l'emploi d'une fronde, il moula deux attelles de gutta-percha sur la fracture et sutura les fragments à l'aide du drille d'horloger ; faisant le premier trou entre deux racines de dents à peu près au niveau du sillon gingivo-labial, et l'autre à la même hauteur sur la symphyse. Deux fils d'argent d'un fort calibre furent introduits de dehors en dedans, et leur extrémité interne, recourbée et ramenée au dehors, traversa l'une des plaques de gutta-percha sur laquelle ils sont fixés et tordus. Attirant alors les deux autres extrémités, la gutta-percha, ramollie, est entraînée dans la bouche et s'applique, se moule contre la paroi postérieure du maxillaire en réduisant la fracture. L'autre morceau de gutta-percha est traversé par les fils et pressé contre la face antérieure, puis ces attelles suffisamment durcies, les fils sont serrés et tordus avec la pince. Et aussitôt le malade de dire : « Maintenant, je puis manger. »

Cet appareil fut bien supporté pendant plus de trois semaines et procura un grand soulagement. Le blessé mangeait parfaitement. Le 10 février, il quittait l'hôpital complétement guéri. (*Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, mars.)

**Fractures traumatiques du larynx.** TRACHÉOTOMIE. A l'occasion d'un cas observé à Paris, dans le service de M. Maisonneuve et dans lequel il pense que la trachéotomie aurait sauvé la victime de l'acte de sauvagerie qui l'avait déterminé, M. W. Stokes, de Dublin, en établit ainsi la symptomatologie :

*Symptômes fonctionnels :* Dyspnée, lividité de la face, douleur locale; mais ils ne sont pas constants.

*Signes physiques :* Altération de la forme du cou, augmentation de son volume, mobilité anormale des cartilages, ecchymose, crépitation, emphysème (rare). (*Dublin med. Press.*)

M. Servier émet la même opinion à propos d'un cavalier de vingt-trois ans qui, ayant eu le larynx fracturé par un coup de pied de cheval, fut apporté immédiatement au Val-de-Grâce. Tuméfaction médiocre et déformation de la région, aplatissement très-marqué de l'angle thyroïdien. Douleur, pas de crépitation sensible, aphonie, déglutition très-difficile. Cinq jours après, et alors que tout allait au mieux, le blessé succomba subitement dans la nuit. M. Servier ne doute pas que la trachéotomie eût prévenu cet événement et n'hésiterait pas même à la pratiquer préventivement pour éviter la mort en pareil cas. (*Gaz. hebd.*, n° 7.)

**Fractures du rachis.** *Trépanation.* Cette opération ne cesse de faire des prosélytes. M. Nunneley, dans son *address*, à la dernière séance annuelle de l'Association médicale britannique sur les progrès de la chirurgie, s'est prononcé en sa faveur, d'après les résultats obtenus (voy. *années* 1865, 1867.) Il a lui-même trépané, depuis cette époque, 4 malades ; 3 sont morts peu de temps après l'opération : l'autopsie a montré que les dégâts antérieurs étaient beaucoup trop graves pour permettre la guérison.

Un quatrième malade a survécu deux ans et demi, jouissant d'une très-bonne santé, bien que faible et partiellement paralysé des membres inférieurs.

MM. Gordon, de Dublin, et Potter, de New-York, ont obtenu chacun un succès semblable,

Le malade de M. Potter vit encore et se porte bien. Celui de M. Gordon a pu reprendre son travail qui était très-fatigant, et qui demandait un assez grand déploiement de forces. Sa sœur avec laquelle il vivait, a déclaré qu'il ne paraissait pas avoir l'épine dorsale plus faible qu'auparavant.

Ainsi, on peut compter trois succès complets sur un total de 33 trépanations.

Chez les trois malades qui ont guéri, la plaie était complétement cicatrisée, et la colonne vertébrale semblait avoir repris toute sa solidité.

Suivant M. Nunneley, aucun des trois ne pouvait guérir sans opération. Ces résultats sont donc encourageants, bien que le nombre des succès complets ne soit que le onzième du nombre total. Il faut d'ailleurs tenir un certain compte des huit malades dont l'état a paru d'abord amélioré par l'opération.



On s'est beaucoup exagéré les difficultés et les dangers de cette opération, dit-il, en redoutant une inflammation destructive de la moelle et de ses membranes. Il s'est assuré qu'il n'y avait pas même trace d'inflammation dans la moelle ou dans ses membranes, chez les trois malades qui sont morts après qu'il les eut trépanés. Seulement il reconnaît que l'on ne peut pas toujours savoir d'avance si la trépanation sera utile, ou si, au contraire, les fragments osseux qui compriment la moelle épinière devront être laissés en place, parce qu'ils appartiennent aux corps des vertèbres et non point à leurs apophyses.

**Fracture lombaire.** *Réduction efficace.* La gravité de ces cas et l'incertitude des moyens à employer doivent faire accueillir tous les faits qui peuvent élucider ce problème. C'est ainsi que chez un homme de trente ans, qui, par suite du choc d'un bloc de buis sur la colonne vertébrale, était paralysé du mouvement et du sentiment des extrémités inférieures, avec sueurs, anxiété, pouls faible à 90, contractions musculaires involontaires des bras, M. Maunder, en constatant une forte saillie de la première vertèbre lombaire, avec tension extrême de la peau et douleur insupportable, crut devoir agir pour diminuer au moins ces accidents. Le blessé fut chloroformé, puis des poulies furent attachées aux extrémités inférieures, et les épaules fixées à un pilier au moyen d'une alèze. Tandis que l'extension était faite avec prudence, et la pression exercée par le chirurgien sur la saillie, celle-ci disparut en produisant une crépitation subite. La réduction était obtenue, et, dès lors, plus de douleur lombaire, et, quelques heures après, la sensibilité reparaissait dans la région fémorale et dans les deux tiers de la cuisse le lendemain. Mais des complications inflammatoires de la vessie enlevèrent le blessé quinze jours après.

L'autopsie montra une fracture du corps de la première vertèbre lombaire, dont un fragment avait produit la saillie : les ligaments étaient déchirés, ainsi que la plupart des nerfs. La vessie, épaissie et ramollie, d'une friabilité extrême, renfer-

mait çà et là de petits abcès. Tous les autres viscères étaient sains. (*Lancet*, février.)

Nouvel exemple pour ne pas rester inactif dans ces cas, dont la gravité mortelle ne peut jamais être dépassée par les manœuvres.

**Fractures de la clavicule.** *Amplexation.* Résumant son expérience de vingt-cinq années dans les hôpitaux de Paris et dans la pratique civile sur ce sujet, M. Chassaignac en conclut que si, dans la majorité des cas, les moyens de traitement de la pratique générale peuvent suffire à satisfaire le desideratum du chirurgien, il est des malades chez lesquels ces moyens sont tout à fait impuissants. Mal réduite ou maintenue d'une manière insuffisante, cette fracture peut entraîner des conséquences très-fâcheuses, comme la pseudarthrose, l'impuissance durable et même indéfinie du membre fracturé, des douleurs parfois intolérables, une difformité choquante et très-gênante due à un cal irrégulier et volumineux. Aucun cas, dans les premières heures, et même dans les premiers jours après l'accident, ne serait irréductible par le procédé de l'amplexation, décrit et figuré dans son *Traité d'opérations*.

Le seul obstacle sérieux à la réduction serait dans la résistance des muscles qui maintiennent le chevauchement, que le procédé indiqué suffit toujours à vaincre, si la fracture est toute récente. Dans le cas contraire, le malade, placé dans le décubitus horizontal, est chloroformé, et toute contraction musculaire ayant cessé, on fait céder facilement l'immobilité des fragments dans leur position vicieuse, et le procédé reconnu insuffisant auparavant obtient le succès voulu. On maintient la réduction par l'appareil figuré et décrit dans le *Traité d'opérations* ou en portant la main du membre fracturé sur un coussinet qui recouvre l'épaule saine, et en l'y maintenant par des circulaires et des doloires qui s'enroulent autour du thorax et qui, au lieu de passer sur la clavicule fracturée, comme dans l'appareil inamovible de Velpeau, ne porte que sur l'épaule saine exclusivement, laissant complétement découverte la région claviculaire du côté de la fracture.

Ce traitement est fondé sur ce principe que, quand le moignon de l'épaule fracturée est porté à son plus haut degré d'élévation, et s'y trouve maintenu, aucune difformité de la fracture ne résiste aux efforts du chirurgien. (*Soc. de chirurg.*)



**Fractures de l'omoplate.** *Nouveau bandage.* Pour obvier aux excoriations de l'aisselle et simplifier les bandages usités, le docteur Colman a fait fabriquer un gilet fait de trois épaisseurs de mousseline pour lui donner de la fermeté et de la force, se laçant sur chaque épaule et sous le bras du côté opposé à la fracture. Il est très-facile à supporter et s'est montré également efficace contre les fractures de côtes. Exhibé devant la Société médicale de Saint-Louis, il en a obtenu l'approbation. (*The med. Archiv.*)

**Fracture de l'apophyse coracoïde.** La rareté des fractures de la cavité glénoïde et l'obscurité, le désaccord qui règne sur leurs signes, rendent celle qui a été observée par M. Marmy, médecin en chef à l'hôpital militaire de Lyon, doublement instructive en ce qu'elle diffère des cas précédents, et peut servir à en établir le diagnostic différentiel. Tous les exemples cités ou figurés par Malgaigne sont des fractures des bords interne ou externe de cette cavité compliquant la luxation de l'épaule, tandis qu'elle intéresse ici la partie supérieure sans luxation; exemple non encore observé. C'est donc une variété nouvelle.

Un soldat tombe du haut d'un escalier sur la tête et l'épaule droite. Une vive douleur et un craquement en résultent, et, à l'arrivée du blessé à l'hôpital, la tête et le tronc sont inclinés à droite, le bras pendant, immobile, dans la rotation en dedans, le coude près du tronc, le membre fléchi et supporté par la main gauche. Gonflement considérable de toute l'épaule, sans déformation, mais avec une saillie au-dessus et en dedans du siége de l'apophyse coracoïde et un sillon en descendant jusqu'au côté interne du bras. Cette saillie est rugueuse, irrégulière et produite par l'apophyse coracoïde fracturée, ayant basculé et soulevant la peau au niveau de l'insertion rugueuse des ligaments coraco-claviculaires, tandis que son bec est incliné en bas, attiré par les muscles qui s'y insèrent. Les mouvements qu'on lui imprime déterminent une crépitation manifeste. Acromion intact, sans dépression au-dessous; défaut de résistance de la voûte acromio-coracoïdienne par la rupture du ligament qui la forme. La tête humérale occupe sa position; mais les mouvements très-limités qu'on lui imprime semblent produire de la crépitation. Après la résolution musculaire, complète par la chloroformisation, tous les mouvements de l'article s'exécu-

tent facilement, mais en produisant une crépitation très-sensible. Un plan osseux se rencontre en dedans et au-dessus de la tête humérale dont les mouvements correspondent à ceux de l'apophyse coracoïde et *vice versa*, de même qu'ils répètent ensemble ceux que l'on imprime à l'humérus.

Ces signes et surtout la longueur et la mobilité normale du bras excluaient la fracture et la luxation du col ou de la tête de l'humérus. Se fondant sur la forme et la mobilité de la saillie coracoïdienne, la crépitation résultant des mouvements imprimés à l'humérus, M. Marmy diagnostiqua une fracture de cette apophyse séparant de l'omoplate toute la portion qui concourt à former la partie supérieure de la cavité glénoïde.

Un coussin fut placé sous l'aisselle, et le bras fixé sur le thorax comme pour les fractures de la clavicule. Dix jours après, la douleur et le gonflement étant disparus, on constate de nouveau tous les signes précédents et, de plus, une ecchymose le long de la face antéro-interne du bras. On applique un bandage dextriné, et, après cinquante-cinq jours, cette ecchymose est beaucoup étendue. Le fragment coracoïdien n'est pas réuni avec l'omoplate; sa saillie est des plus évidentes ; il est très-mobile et suit tous les mouvements imprimés à l'humérus comme s'il était soudé sur sa tête. Les muscles deltoïdes, biceps et coraco-brachial sont très-douloureux et comme paralysés, de manière que le blessé ne peut élever le bras, et, quand il le fait, le sillon signalé se dessine davantage. L'humérus exécute tous ses mouvements articulaires sans douleur ; mais on rencontre encore dans le fond de l'aisselle le plan osseux précité qui suit tous les mouvements de l'humérus et de l'apophyse coracoïde. Ce ne peut être que la portion détachée de celle-ci qui, portée en avant et en dedans par les puissances musculaires, s'est unie à l'humérus. (*Recueil des mém. de méd. et chir. milit.*, janvier.)

Il ne peut donc y avoir confusion et doute qu'avec la fracture du col de l'omoplate dont l'auteur rappelle les cinq cas dus à Delamothe, Duverney, A. Cooper et R. Maisonneuve avec ses caractères distincts, selon qu'elle est accompagnée ou non de la rupture des ligaments acromio coracoïdiens et coraco-claviculaires. Celle-ci s'en distingue par le renversement de l'apophyse coracoïde et la saillie qu'elle forme sous la peau ; la concordance des mouvements de ce fragment avec ceux imprimés à l'humérus ; au plan osseux faisant corps avec lui et se



trouvant en haut de l'aisselle, et un peu en dedans. L'adhérence subséquente du fragment coracoïdien et la tubérosité interne de la partie supérieure, comme elle s'est produite dans ce nouveau cas, en est d'ailleurs une confirmation. Du reste, cette pseudarthrose n'a rien ôté à la force du membre ni à la liberté de ses mouvements. Ceux d'élévation seuls sont limités par la paralysie incomplète des muscles deltoïde, biceps et coraco-brachial.

**Fracture de l'olécrâne.** *Absence d'écartement et de déplacement.* Contrairement à l'assertion de Boyer, M. Bardinet rapporte deux cas où ces signes étaient nuls, conformément aux exemples de Monteggia, Earle, A. Cooper, Samson et Roux qui méconnut ainsi la fracture durant plusieurs jours. Le fait en lui-même n'a donc rien de bien nouveau, mais il est important en ce que l'auteur a éclairé par la dissection et des expériences sur le cadavre les causes des contradictions à cet égard.

Les principaux moyens d'union sont l'expansion aponévrotique du triceps qui, en se confondant avec le périoste, couvre la face postérieure de l'apophyse d'une couche de tissu fibro-périostique, la bandelette d'A. Cooper formant une corde tendue entre les deux extrémités de l'arc formé par l'échancrure olécrânienne, le faisceau d'origine du cubital antérieur surtout dont les fibres sont très-bien disposées pour retenir le fragment supérieur en luttant contre les contractions du triceps. Le faisceau supérieur de l'anconé agit sur le mouvement de bascule du côté externe du fragment.

Le véritable obstacle au déplacement du fragment supérieur, c'est le faisceau olécrânien du ligament interne ou supérieur, désigné et connu sous le nom de *ligament de Bardinet*, qui s'insère à la partie inférieure de l'épitrochlée, en dedans et au-dessus du faisceau antérieur qui le recouvre, et de là se porte en rayonnant au côté interne de l'olécrâne. Dans la flexion de l'avant-bras, il est vertical; dans l'extension, il décrit un demi-cercle et devient oblique de bas en haut et d'avant en arrière, conditions très-favorables pour maintenir l'olécrâne en position normale. C'est ainsi que fracturé à sa base sans déchirure des tissus fibreux avoisinants, les fragments sont maintenus en contact, une simple rainure les sépare. La fracture peut être méconnue.

Si l'expansion du triceps a été déchirée en partie, les deux

fragments pourront s'éloigner l'un de l'autre d'un centimètre à un centimètre et demi, mais pendant la flexion, l'écartement ne pourra dépasser une limite étroite, car le fragment supérieur suit l'inférieur à une distance constante, et la bandelette tendue entre les deux fragments ne permettra pas à l'extrémité du doigt de s'introduire entre eux en poussant la peau devant lui.

Qu'elle soit même déchirée complétement et la bandelette de Cooper restant intacte, les fragments s'écartent pendant la flexion à la façon d'une charnière. Un écartement triangulaire de 1 à 2 centimètres en résulte à la base dirigée vers la peau, tandis que le sommet est au centre de l'articulation. Le doigt peut alors facilement s'enfoncer entre les fragments.

Et lors même que la bandelette de Cooper serait aussi détruite complétement, le fragment supérieur n'en sera pas entraîné en haut sans résistance par les contractions du triceps; il sera maintenu dans sa position normale par le faisceau olécrânien du ligament latéral interne; la flexion seule produira un écartement considérable et graduellement croissant aux dépens du fragment inférieur. Les doigts peuvent s'enfoncer profondément sans obstacle fibreux.

Un déplacement considérable en haut du fragment supérieur de l'olécrâne ne suppose donc pas seulement la déchirure de l'expansion fibreuse du triceps et de la bandelette de Cooper, mais encore celle du faisceau olécrânien du ligament latéro-interne. Mais l'a-t-on souvent observée?

La nécessité de l'extension de l'avant-bras est ainsi démontrée. Réfutant le danger de l'ankylose, M. Bardinet dit que, seule, elle permet de mettre les fragments en rapport avec un appareil inamovible, sans gêne ni douleur, et les deux faits montrent qu'elle n'expose pas à l'ankylose du coude. L'appareil fut enlevé le trente-cinquième jour et le trentième dans le second, après que des mouvements avaient été préalablement imprimés à l'articulation. Dans les deux cas, la roideur primitive fut bientôt suivie de la liberté des mouvements. (*Bull. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, 1868.)

**Fracture du col du fémur.** *Extension continue avec les poids.* Un homme de quarante-cinq ans, en tombant d'une meule de foin sur le siége, se fractura le col du fémur avec une légère contusion. Le membre avait sa position presque naturelle, sinon la direction des orteils en avant et un raccourcissement d'un demi-pouce à trois quarts de pouce avec une dépression sensible du grand trochanter. Le moindre mouvement du membre était très-douloureux. Sous l'influence de la chloroformisation, le membre fut ramené à sa longueur naturelle par l'extension et une crépitation fut perçue; puis il reprit sa position. Il y avait donc manifestement fracture intra ou extra-capsulaire du col du fémur.



M. le docteur Phillips, après avoir bandé le membre convenablement, le soumit à une extension continue avec un poids de 25 livres fixé au pied et pendant hors du lit, poids qui fut graduellement diminué de 20 à 15 livres. Une large et forte attelle en bois s'étendait de l'aisselle à la plante du pied, et un autre poids de 19 livres y était suspendu en dehors, au niveau de la fracture du trochanter. Après deux mois d'application de ce bandage et le séjour au lit un mois après, le membre ne présentait plus de raccourcissement, et la distance du trochanter à l'épine iliaque antéro-supérieure était la même des deux côtés. (*Am. journal of med. sciences*, octobre.)

Ce résultat est doublement remarquable quant aux effets de l'extension continue par les poids que l'on ne croyait même pas applicables dans ce cas (Le Fort). On pourra donc tenter désormais l'application de ce procédé particulier.

**Fracture de la cuisse.** *Extension continue.* M. Le Fort en a démontré l'utilité par l'exhibition d'un homme traité par son appareil pour une fracture de la partie moyenne de la cuisse et ne présentant ni claudication ni raideur du genou avec un raccourcissement d'un centimètre seulement. Il attribue l'absence de raideur du genou, si fréquente après ces fractures, à ce que l'extension par son appareil porte sur la cuisse exclusivement et non sur la jambe. Il applique des bandelettes de diachylon verticalement autour de la cuisse et venant se rassembler en deux faisceaux au-dessus des condyles du fémur. Elles forment là deux anses auxquelles s'attachent les courroies extensives; d'autres bandelettes circulaires aident à les maintenir en place. (*Soc. de chir.*, octobre.)

**Fractures comminutives de l'extrémité inférieure de la jambe.** De la discussion soulevée à ce sujet par M. Le Fort, sur la question de savoir s'il convient ou non de recourir à l'amputation immédiate en citant trois faits à l'appui de cette dernière pratique, M. Panas en a cité deux qui lui

sont contraires. D'ailleurs, à quel signe reconnaîtra-t-on d'une manière certaine si la fracture communique ou non avec l'articulation? Pour MM. Demarquay et Trélat, le diagnostic anatomique des lésions inhérentes à ces fractures n'emporte pas nécessairement avec lui le pronostic. M. Trélat a eu l'occasion de traiter cinq individus, dans la force de l'âge et de constitution robuste, atteints de fractures de la jambe au tiers inférieur, fractures compliquées de plaie, d'issue des fragments au dehors, fractures comminutives, fractures spiroïdes réputées graves entre toutes, fractures communiquant très-vraisemblablement avec la cavité articulaire, qui ont tous guéri sans amputation, grâce à l'emploi de moyens variés, pris isolément ou combinés ensemble : occlusion de la plaie par la baudruche et le collodion, appareil contentif particulier, larges incisions mettant à nu le foyer de la fracture, réduction, résection, drainage, lavages, injections détersives et désinfectantes, etc. La chirurgie conservatrice, chez des individus jeunes et robustes, a ainsi parfaitement triomphé des accidents et des complications les plus graves. Il est donc impossible d'établir, d'après des signes certains, les indications et les contre-indications de l'amputation immédiate dans les cas de fractures compliquées de la jambe à son tiers inférieur, parce qu'il n'est pas possible de prévoir l'issue des lésions qui accompagnent ces sortes de fractures, les plus graves pouvant être suivies de guérison sans amputation si les sujets se trouvent placés dans des conditions individuelles et générales favorables. (*Soc. de chir.*, mai.)

*Ueber die Schussfracturen der Belenke und ihre Gehandlung* (Des fractures intra-articulaires et de leur traitement), par von Langenbeck, brochure in-8°. Berlin, 1868. Statistique comparée du mode de traitement de ces lésions durant les dernières guerres européennes et américaines; des succès et de la mortalité en résultant avec réflexions, appréciations critiques et observations cliniques à l'appui.

## G

**GALACTORRHÉE.** *Ergotine.* M. le docteur Le Gendre en a confirmé les bons effets sur l'excès de sécrétion laiteuse découverts par hasard. L'usage de pain contenant une notable proportion d'ergot de seigle en aurait amené la suppression.



L'action de l'ergotine sur les sécrétions et les exsudations de l'utérus, sur la spermatorrhée, pouvaient d'ailleurs conduire par analogie à son emploi. Chez une femme épuisée par une énorme sécrétion de lait, M. Le Gendre fit prendre trois fois par jour une cuillerée à soupe de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| ℞ Véhicule. . . . . | 125 grammes. |
| Ergotine de Bonjean. . . . . | 2 — |
| Sirop simple. . . . . | 30 — |

Le neuvième jour, la guérison était confirmée et de même dans deux autres cas où les moyens classiques avaient échoué. (*Gaz. des hôp.*, n° 105.)

**GANGRÈNE. Gangrène pulmonaire.** *Acide thymique.* Dans deux cas de bronchite gangréneuse ou gangrènes bénignes curables du poumon, chez des femmes ne présentant comme signe caractéristique que l'odeur gangréneuse des crachats, le docteur Paquet, l'initiateur de l'emploi thérapeutique du nouvel acide obtenu par M. Bouillhon (voy. *année* 1868), l'a employé en inhalations, et un prompt succès est venu répondre à ces premiers essais. Par son action irritante, il excite la muqueuse bronchique et en modifie la sécrétion qui devient moins épaisse, moins filante et contient une moindre quantité de mucine. L'expectoration, quoique beaucoup moins abondante après ces inhalations, est beaucoup plus facile et les crachats moins visqueux, de même que cela arrive aussi dans la phthisie pulmonaire.

Par son action antiseptique et antiputride comme l'acide phénique, l'acide thymique lui est substitué avec avantage par son défaut d'odeur. En supprimant l'odeur gangréneuse, il empêche les surfaces bronchiques malades et les crachats qui les recouvrent de subir la fermentation butyrique et prévient ainsi l'intoxication du sang.

On se sert à cet effet d'un petit flacon en verre de 6 à 8 centimètres de hauteur à large ouverture, munie d'un bouchon percé de deux trous, dont un est traversé par un tube en verre descendant presque au fond du flacon, et l'autre par un second tube en sortant, auquel est adapté un bout de verre ou d'ambre que l'on place dans la bouche du malade. Il suffit de verser quelques gouttes d'acide thymique pur, c'est-à-dire épais, sirupeux, d'un blanc ambré, dans le flacon, pour que

l'air que l'on aspire soit assez chargé de vapeur d'acide ; dix gouttes suffisent pour quatre à cinq jours. Les inhalations se font huit à dix fois par jour, durant quatre à cinq minutes chaque fois. Si après trois ou quatre aspirations, une légère sensation de picotement se manifeste à la région postérieure du pharynx, il suffit de suspendre quelques secondes pour qu'elle disparaisse et permette de continuer ensuite. (*Bull. de thér.*, août.)

**GÉMELLARITÉ.** Sur 26 accouchements gémellaires observés par M. le docteur Brunton, 16 étaient des enfants du même sexe avec une poche amniotique séparée, et 9 d'un sexe différent dans une poche unique. Un seul cas faisait exception à cette règle, c'est-à-dire qu'un garçon et une fille nés en même temps avaient un sac séparé. L'auteur prétend expliquer ce fait en disant que, en cas d'enfants du même sexe, un ovule s'est détaché simultanément de chaque ovaire, et que la conception simultanée les a réunis dans la même poche amniotique; tandis que, dans le cas contraire, les ovules sont tombés successivement du même ovaire qui n'en émet jamais deux de suite du même sexe. De là, conception séparée et séparation amniotique. Quant à l'explication du troisième fait objecté par M. Playfair, un fécond théoricien n'est pas embarrassé pour si peu, même en ces impénétrables mystères. Ce serait une simple monstruosité ! (*Obstetrical Society*, 3 mars.)

**GLAUCOME.** D'une étude statistique de 268 cas observés dans l'espace de six ans, à la clinique de M. Liebreich, à Paris, et à celle de M. Schmitz, de Cologne, M. le docteur Laqueur a trouvé 156 femmes et 112 hommes, ce qui s'accorde avec la croyance générale. Dans l'un et l'autre sexe, son maximum de fréquence a été de cinquante à soixante ans, et l'on peut dire que c'est de cinquante à soixante-dix ans que hommes et femmes y sont le plus prédisposés. La forme chronique est de beaucoup la plus fréquente chez les deux sexes; très-rare chez les myopes, au point que la myopie prononcée semble l'exclure. Dans l'hypermétropie, au contraire, ce symptôme, quoique précédant tous les autres, ne peut être considéré comme une prédisposition au glaucome; mais comme une conséquence, et résulte probablement de l'aplatissement de la cornée. C'est donc un symptôme qui en annonce l'invasion. (*Ann. d'oculist.*, janvier.)



**GOITRE.** Prophylaxie. D'après M. le préfet de la Haute-Savoie, le goître ne serait pas endémique aujourd'hui dans 40 communes de ce département sur les 309 dont il se compose. Les prescriptions de l'hygiène, la suppression des arbres nuisant à l'aération, et la ventilation des habitations, le drainage des rues humides, la détermination des eaux potables pour l'usage domestique, la construction de citernes à cet effet, ont suffi pour amener ce résultat. Aux écoliers goîtreux, on a fait prendre des pastilles faiblement iodées avec une décoction de feuilles de noyer, et sur 5000 enfants soumis à ce traitement simple, 2000 ont été guéris, 2000 sensiblement améliorés, 1000 seulement n'en ont pas retiré de bénéfice. Le motif des résistances rencontrées de la part des parents peut être la cause de réforme que le goître est pour leurs enfants, d'après la législation actuelle. Il émet le vœu de supprimer cette exemption qui offrirait ce triple avantage de guérir le goître en déplaçant les jeunes soldats et de ne pas permettre aux goîtreux de se marier aussi facilement qu'en restant dans leurs foyers, ce qui préviendrait, en partie du moins, l'hérédité de cette terrible affection, et de la combattre ainsi dans son origine.

Dans la Meurthe, où le goître est fréquent, la création de simples salles d'asile a suffi en l'absence de toute thérapeutique pour amener les plus heureux résultats. (*Acad. des sc.*, nov. 1868.)

*Tension du cou.* M. Hahn signale ce fait curieux qu'à Luzarches, où il était très-commun chez les femmes surtout, le goître n'existe plus aujourd'hui que dans quelques familles où il est héréditaire. Il attribue cette diminution à ce que les femmes ne font plus de dentelle qui était leur occupation exclusive au dernier siècle, dès l'âge de quatre à cinq ans; ce qui les obligeait à tendre le cou pour suivre le dessin avec des épingles. Aussi l'infirmité du *gros cou* se montrait-elle dès l'enfance.

Elle se montre dès l'âge de huit ans chez les jeunes filles, après une année d'école, dit M. Virchow dans un opuscule sur l'hygiène des écoles. Elle pourrait donc bien être réellement due à la position courbée des élèves pendant les exercices de la classe.

C'est ainsi que le col réglementaire dans l'armée a paru favoriser la production des affections ganglionnaires du cou, et que depuis sa modification elles ont diminué notablement.

Trois jeunes officiers d'artillerie chargés de faire des plans par la lithographie et dessinant sans relâche en uniforme, furent obligés de cesser leur travail par le développement du goître. Après quelque temps de repos, il disparut; mais il revint dès qu'ils eurent repris leurs travaux. La pression de la région cervicale antérieure aurait donc une action marquée sur le développement de la glande thyroïde. (*Acad. des sc.*, octobre.)

**Goître exophthalmique.** 8 cas en ont été observés en dix-huit mois par le docteur Cheadle, dont un chez un homme réunissant la triade symptomatique : palpitations, hypertrophie du corps thyroïde et exophthalmie à un très-haut degré ; dans l'un, le goître était absent; dans l'autre, l'exophthalmie. Chez 4 femmes, ces accidents coïncidaient avec des désordres de la menstruation ; chez une, avec la puberté; chez l'autre, avec la ménopause. Cinq de ces femmes étaient anémiques, mais dans les trois autres cas, les malades étaient sanguins et robustes. Toujours les palpitations furent les premiers symptômes, et le pouls, plein et redoublé, battait de 84 à 144, rarement au-dessous de 100. La température soigneusement prise était toujours élevée et monta jusqu'à 101 degrés Fahr. dans un cas. Dans un autre resté en observation durant plus d'un an, quoique la guérison parût presque complète pendant plusieurs mois, le pouls resta au-dessus de 100, et la température à 99 degrés F. environ. Mais elle était ordinairement de 2 degrés moindre aux pommettes qu'à l'aisselle. Les pupilles, quoique dilatées, restaient sensibles à l'action de l'atropine et de la lumière.

Les autres symptômes prédominants étaient une grande irritabilité, une excitation nerveuse considérable, face vultueuse, palpitation au moindre exercice, épistaxis ou diarrhée, et perspirations profuses. Le goître était à ce point chez l'homme que le cou mesurait 17 pouces et demi, mais l'iode *intus* et *extra* avec la glycérine le firent rapidement diminuer de 4 pouces, de même que dans un autre cas. (*Harveian Society.*)

Mais malgré cette observation répétée, cette étude sévère, l'auteur n'a pu en inférer rien de nouveau sur la nature, ni la cause de cette étrange maladie; car les lésions trouvées dans la portion cervicale du grand sympathique ne lui paraissent pas rendre compte des phénomènes observés.

**GRENOUILLETTE.** Depuis que le docteur Vandomele a



publié en 1854 son nouveau procédé curatif, il n'en a plus été parlé et les injections, le drainage, l'excision paraissent avoir eu partout la préférence sur lui au point qu'il semble à peu près oublié. Le docteur Rodrigues de Moura, qui en a lu la description dans la *Gazette hebdomadaire* de 1854, p. 825, a cependant été tenté par sa simplicité de l'expérimenter le 24 janvier 1868 sur un jeune homme de dix-huit ans. La tumeur, placée à gauche du frein, était grosse comme une noix, oblongue, proéminente et d'une fluctuation évidente. Instantanément, seul et sans aides, le chirurgien, ayant une grosse aiguille courbe, conduisant un fil en quatre, en traversa la tumeur d'arrière en avant et des deux côtés. Il noua les extrémités du fil qu'il abandonna ainsi dans la bouche. Un liquide opalin, transparent, glutineux, s'écoula par les ouvertures sans autre complication. Le neuvième jour, les sutures tombaient sans reproduction de la tumeur, dont la guérison paraît ainsi radicale (*Gaz. medica da Bahia*, n° 59). Ce procédé se recommande par sa simplicité, si ces deux guérisons ne sont pas une exception.

La preuve en est donnée par le docteur Bertin, dans un troisième succès obtenu chez un nouveau-né. Les deux conduits de Wharton étaient imperforés et distendus par le liquide sécrété depuis la naissance. Il suffit de les traverser en avant avec une aiguille courbe conduisant un gros fil de soie et à égale distance du frein pour en voir sortir un liquide clair, limpide et très-peu filant. Les fils liés tombèrent le sixième jour en laissant persister l'ouverture et sans que la tumeur se reformât. Pourtant cette méthode a échoué chez une femme dont la guérison n'a été obtenu que par les injections iodées. (*Union méd.*, n° 59.)

**Grenouillette hydatique.** Le procédé précédent n'est pas applicable à tous les cas, car il échoua et devait échouer dans celui-ci. Appliqué par M. le docteur Homolle chez un homme de soixante-deux ans pour une tumeur du plancher de la bouche à gauche qui gênait la prononciation et la déglutition, les fils s'échappèrent dès le cinquième jour et la tumeur recommença à grossir. M. le professeur Gosselin la trouva grosse comme un œuf de poule, fluctuante, remplissant une grande partie de la cavité buccale. Largement ouverte, elle donna issue à un flux de pus et une grosse enveloppe blanchâtre semblable à celle d'une hydatide mère. Le microscope montra, en effet, un certain nombre d'échinocoques entières et

un bon nombre de crochets provenant de ces animalcules. L'excision faite, la plaie guérit très-rapidement. (*Gaz. des hôpit.*, n° 55.)

**GROSSESSE.** *Contre-indication de l'arsénic.* M. le docteur Du Vivier rapporte deux observations de multipares qui, ayant pris de l'arséniate d'ammoniaque pendant la plus grande durée de leur grossesse contre des affections herpétiques, avortèrent à une période avancée de fœtus morts depuis plusieurs jours sans aucun accident qui pût en rendre compte autrement (*Ann. de dermatologie*, n° 4). C'en est assez pour se tenir sur la réserve en pareil cas.

*Du traitement des accidents nerveux de la grossesse par le bromure de potassium*, par le docteur A. E. Cordes, médecin du diaconat de l'Eglise réformée de Paris.

**Grossesse abdominale.** *Cause nouvelle.* Le mystère étiologique qui enveloppe encore le mécanisme de la plupart des grossesses extra-utérines, rend très-intéressant le fait communiqué à l'Académie de médecine de Belgique par le docteur Lecluyse, éclairant d'un jour nouveau la formation de la grossesse abdominale. Il s'agit d'une femme qui, ayant subi l'opération césarienne le 15 août 1866 pour étroitesse du bassin, redevint enceinte en juillet 1867. Des douleurs abdominales s'étant déclarées dès le huitième mois, deux accoucheurs furent appelés et constatèrent la proéminence de l'angle sacro-vertébral, l'étroitesse du détroit supérieur sans pouvoir atteindre, malgré leurs efforts, aucune partie de l'utérus. A la palpation, l'abdomen s'affaisse, s'aplatit et offre une surface molle, irrégulière, mobile, dénonçant l'absence de l'utérus, et cependant des mouvements actifs sont perçus.

Mais les accidents cessent, et ce n'est que quatre jours après que les accoucheurs sont mis en demeure d'agir. Les mouvements actifs ont cessé; le sang coule et le ventre tombe si bas devant les membres inférieurs arqués et raccourcis, qu'il faut se baisser pour en explorer la tumeur. C'est une poche dont les parois sont si minces que l'on sent et distingue le fœtus maniable en tous sens, de même qu'on le ferait d'un corps suspendu dans un foulard.

La femme placée convenablement, une incision, faite en bas du sac, fit jaillir les eaux, et, en la prolongeant en haut avec un bistouri boutonné dans une étendue de 12 à 14 centimètres, on put extraire un fœtus du sexe masculin, mort tout récemment, développé comme de sept à huit mois, ayant la tête en haut et un peu à gauche. Primitivement fixé au devant des circonvolutions inférieures de l'intestin grêle, l'œuf, en croissant, avait été entraîné au-dessous du grand épiploon. Le placenta n'avait que 8 à 10 centimètres de diamètre, avec un cordon long de 30 à 35 centimètres; au delà, la couleur bleuâtre placentaire disparaissait insensiblement, et ses irradiations vasculaires allaient se perdre dans les intestins. Le fœtus lui-même ne communiquait que dans cette étendue limitée avec sa mère. Tout le reste flottait librement dans la cavité péritonéale, où, suspendu dans l'eau amniotique, il n'était protégé que par le chorion et l'amnios.



Après la réunion supérieure de la plaie et un bandage approprié, tout alla naturellement. Le cinquième jour, le placenta, en pleine décomposition, fut excisé avec le cordon et entraîné ensuite par parcelles; mais une péritonite survint avec vomissements déterminant la rupture des points de suture, et la mort le dixième jour.

L'autopsie révéla le point original de ce fait : la matrice, du volume d'un œuf d'oie, placée dans la fosse iliaque droite, où elle adhérait intimement, présentait à sa face antérieure et un peu à gauche une ouverture oblongue de près de 4 centimètres communiquant avec sa cavité, résultant évidemment de l'opération césarienne antérieure dont la plaie ne s'était réunie que partiellement. C'était là, sans nul doute, la voie par laquelle l'œuf était passé dans le péritoine pour aller se greffer sur les intestins et constituer la grossesse abdominale. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 4.)

Au point de vue pratique, ce fait enseigne que, en pareil cas, il ne faudrait pas hésiter à extraire l'enfant dès qu'il est viable; il eût été probablement conservé à la vie si l'on eût agi ainsi. L'innocuité de la division du péritoine, démontrée de plus en plus par la pratique de l'ovariotomie, permet surtout d'en agir ainsi.

**Grossesse extra-utérine.** La substitution de la pâte de Vienne au bistouri pour la division des parois abdominales a été faite en Amérique par un chirurgien français,

dit le *Philadelphia med. and surg. Reporter*, sur une femme au sixième mois de sa grossesse, dont le fœtus mort fut rencontré dans la trompe droite. Sa santé étant très-compromise, toute perte de sang pouvait être fatale. Un vaste emplâtre de diachylon, ayant une ouverture de 4 pouces de long sur 1 de large au centre, fut fixé sur la partie saillante de la tumeur, et une épaisse couche de pâte de Vienne appliquée dans la fissure pendant trois minutes. Une violente douleur en résulta ; mais deux jours après, les muscles obliques jusqu'au fascia étaient divisés par le caustique, et il suffit d'une nouvelle application pour pénétrer dans le kyste. L'ouverture fut agrandie avec l'index, et un fœtus développé normalement fut extrait. Des adhérences si intimes existaient entre les lèvres de la plaie, que l'on pût injecter la cavité kystique sans qu'il en résultât de péritonite. L'opérée resta calme, sans douleur ni fièvre, et peu de jours après, des bourgeons charnus existaient sur les lèvres de l'ouverture qui se cicatrisa promptement. Douze jours après, la femme pouvait s'asseoir sur son lit, et était considérée comme guérie lorsque le choléra, ayant envahi l'hôpital, l'enleva aussitôt au quinzième jour.

C'est donc là un nouvel encouragement à procéder de même en pareil cas ; car, si ce n'est pas la première fois que le caustique a été employé dans les cas de ce genre, nous n'en avons jamais vu un aussi beau résultat. La ressource de l'anesthésie pourrait encore faciliter cette application.

*Lyon médical* rappelle à cette occasion une observation semblable, publiée en 1856. C'était chez une femme de trente-six ans, qui, arrivée au terme de sa grossesse, fut soumise à des applications réitérées de potasse caustique et de pâte de Canquoin, afin de déterminer des adhérences intimes entre le kyste et la paroi abdominale, en évitant tout épanchement dans le péritoine. Il fallut cinq cautérisations en quinze jours pour parvenir dans le kyste, et en extraire un fœtus mort. Malgré une hémorrhagie dangereuse, la femme se rétablit parfaitement. (*Lyon méd.*, n° 13.)

## H

**HALLUCINATIONS.** *Iridectomie et cataracte.* C'est par le traitement direct bien plus que par l'isolement des malades, le



grand air, que l'on doit traiter les hallucinés, selon M. A. Voisin. On ne voit que le symptôme morbide, et l'on néglige l'état physique. Le traitement doit changer de direction; et il cite à l'appui le fait d'une femme de cinquante-cinq ans, mélancolique par suite d'illusions et d'hallucinations avec des douleurs susorbitaires intenses et une diminution considérable de la vue ; dilatation considérable et absence de contractilité de la pupille gauche, l'œil droit étant presque perdu. L'iridectomie est pratiquée et les hallucinations cessent en même temps que la vision reparaît.

Une autre femme de soixante-dix ans, envoyée comme incurable à la Salpêtrière le 23 mai 1868 pour hallucinations et délire de persécution consécutif, est atteinte d'une cataracte double remontant à dix-huit ans. Les hallucinations et l'aliénation ne sont venues que postérieurement. Le 20 juillet, on enlève la cataracte après l'iridectomie préalable, et, avec le retour de la vue, cessent tous les accidents hallucinatoires (*Bull. de thér.*, décembre 1868.)

Ce sont là deux preuves péremptoires que, en pareil cas, il faut tout d'abord examiner les yeux ; mais il y a loin de là à généraliser le fait et à dire que le traitement doit toujours être local. L'indication était précise ici par l'état local ; dans beaucoup d'autres cas, la vue est intacte et les hallucinations sont sous la dépendance de l'aliénation. Avec cette distinction qu'il ne fait pas, les deux observations de M. Voisin sont des plus précieuses.

**HÉMATOCÈLE.** *Excision modifiée.* Dans 4 cas d'hématocèles consécutives à l'hydrocèle, volumineuses, enflammées, au lieu de procéder à la décortication malgré l'épaisseur de la tunique vaginale, son organisation, sa stratification, tellement que des colonnes charnues existaient dans un cas comme dans les ventricules cardiaques, M. Bertet, de Cercoux, se borna, après l'excision d'une portion antérieure du scrotum en faisant descendre l'incision très-bas pour faciliter l'écoulement des liquides, *à pratiquer des incisions sur le reste de la surface vaginale épaissie* et à faire suppurer l'intérieur du sac. Tous les quatre opérés ont guéri ; le dernier seul a succombé à une sorte de *delirium tremens*, alors que la plaie était fermée. (*Journ. de méd. de Bord.*, n° 2). Par sa simplicité relative avec la castration et la décortication, cette modification

mérite d'être répétée aussi bien dans l'hématocèle que dans certains kystes suppurés.

Dans l'examen comparatif fait par M. Labat, de cette modification récente avec les autres méthodes, voici le jugement qu'il en porte :

*Ponction* mauvaise, donne seulement des résultats palliatifs, souvent dangereuse et utile seulement pour établir le diagnostic.

*Injection d'iode :* Applicable seulement à quelques cas particuliers.

*Incision simple :* Ne convient qu'aux tumeurs peu volumineuses et qui ne sont pas opérées d'ordinaire.

*Double ponction avec séton :* Danger de blesser les testicules et leurs appendices ; cure plus longue.

*Excision de Gosselin, pansement Bertet :* Bonne méthode, applicable au plus grand nombre de cas.

*Excision suivie de la décortication ou énucléation :* Opération longue, douloureuse, souvent difficile, presque toujours incomplète, sans avantages marqués sur la précédente.

*Castration* : Répudiée en principe. (*Journ. de méd. de Bord.*, avril.)

*Drainage.* Introduit en chirurgie par M. Chassaignac, ce moyen a été appliqué aussi le premier par lui à l'hématocèle, et l'on s'étonne qu'après le séton, dont il n'est qu'un perfectionnement, il ne l'ait pas remplacé plutôt. Devant la gravité et surtout les insuccès de la décortication préconisée par M. Gosselin, M Demarquay y a eu recours aussi dans deux cas. C'est donc jusqu'ici un total de 4 cas qui ont parfaitement guéri. 2 étaient la suite d'une injection iodée d'hydrocèle et les deux autres des hématocèles spontanées.

Cette opération est aussi simple que son aînée était grave, difficile et dangereuse. Elle consiste à pratiquer, aux points extrêmes de la tumeur, deux ouvertures par lesquelles on conduit à travers le foyer un tube de caoutchouc perforé qui sert à éliminer les produits de l'inflammation et à porter sur toute la surface malade les injections détersives et médicamenteuses. La seule précaution à prendre est de ne point léser le testicule.



La théorie aussi bien que la pratique plaident donc en faveur de cette nouvelle méthode curative d'une maladie toujours grave, et font concevoir les plus légitimes espérances pour son avenir. (*Gaz. des hôp.*, n° 7.)

**HÉMATOPOIÈSE.** *Fonction de la moelle des os.* D'après MM. les professeurs Bizzozero et Neumann qui se disputent la priorité de cette découverte, la moelle des os serait un organe formateur des éléments du sang, comme la rate et les glandes vasculaires sanguines. Dès 1865, M. Bizzozero inférait cette opinion de ses études sur la moelle rouge des gallinacés et des grenouilles en la trouvant constituée en grande partie de cellules à protoplasma contractile, douées de mouvements amiboïdes comme celles des tissus conjonctif et lymphatique, et surtout de la disposition spéciale des vaisseaux de la moelle et de leur contenu (*Gazz. med. Lombarda*, 14 novembre 1868). Par ses recherches microscopiques, M. Neumann paraît surtout avoir précisé l'état variable et différentiel de ces cellules. (*Archiv der Heilkunde*, 8 décembre). Il est ainsi établi que le suc de la moelle des os extrait par la pression contient, à côté des globules rouges et des gouttelettes graisseuses, ces éléments nommés *médullocelles* par M. Robin, *corpuscules lymphatiques* par M. Neumann, et que l'on peut tout simplement appeler *cellules médullaires incolores* pour les distinguer de celles qui sont colorées. Leur mouvement amiboïde très-réel, sinon constant, est le seul point nouveau en ce qui les concerne.

Mais à côté se distinguent d'autres cellules par leur coloration jaune, rappelant celles de l'hémoglobine et dont l'intensité varie depuis la coloration la plus légère, — tellement qu'on les distingue à peine des cellules incolores, — jusqu'à celle des corpuscules rouges avec lesquels elles se confondent. L'acide acétique les décolore. De consistance variable, elles ont à peu près le même volume que les globules rouges, mais elles ne renferment ordinairement qu'un noyau.

Les intermédiaires de ces deux types distincts représenteraient la série des transformations des globules blancs ou lymphatiques en corpuscules rouges du sang. A l'appui de cette théorie, ces cellules médullaires jaunes sont assimilées aux

globules colorés et à noyau du sang des batraciens, et aux corpuscules colorés et à noyau qui se trouvent dans le sang du foie des embryons. D'où cette conclusion formelle de M. Neumann « qu'il se produit dans les os, pendant la vie, une transformation continue des cellules semblables aux corpuscules de la lymphe en globules rouges du sang ».

Cet auteur trouve, d'ailleurs, dans le développement considérable du réseau capillaire de la moelle, la grosseur remarquable de ses vaisseaux et leur diamètre six fois plus considérable que celui des muscles, le rétrécissement brusque des artérioles qui en émanent, tandis que la transition des veines est insensible, la confirmation de cette nouvelle doctrine, en montrant un ralentissement de la circulation analogue à la circulation de la rate, bien que l'embouchure des artérioles de la moelle se fasse directement dans les capillaires veineux. Il affirme même avoir retrouvé dans les capillaires médullaires de jeunes lapins les diverses formes intermédiaires entre les globules rouges et les corpuscules lymphatiques de la moelle. Chez l'homme, au contraire, le sang veineux des os ne présente pas de différences avec celui d'autres parties du corps; mais celui de la grenouille donne des résultats très-précis. Tandis que, en hiver, la moelle est presque entièrement adipeuse, le sang provenant du fémur offre dès le printemps une coloration brunâtre avec une quantité de cellules intermédiaires entre les globules blancs et rouges. Au commencement de l'été, les capillaires charrient un nombre considérable de corpuscules blancs et de corpuscules intermédiaires entre les blancs et les rouges, et plus tard on trouve la moelle formée de divers éléments médullaires avec leurs types divers, tellement que la proportion des globules blancs de 9 en hiver, n'est plus que de 4 en été, selon Rovida. Ce fait, plusieurs fois signalé, se trouverait ainsi expliqué par la transformation active des globules blancs du sang en globules rouges dont la moelle serait le siége par le ralentissement local du courant sanguin.

Il n'est pas jusqu'au tissu médullaire que l'on ne rapproche du tissu adénoïde ou cytogène des glandes vasculaires. L'acide chromique met en évidence, suivant M. Bizzozero, un fin réticulum de tissu conjonctif très-mince au milieu duquel seraient réunies par groupes les diverses cellules, et la graisse, envahissant ce tissu dans la dégénérescence colloïde ou adipeuse,



en démontrerait irréfutablement l'existence. Enfin, les myéloplaxes découverts dans ce tissu, considérés comme des amas de protoplasma avec des noyaux multiples, seraient identiques avec ceux décrits dans la rate des embryons et des jeunes animaux par Paremeschko, et liés ainsi qu'eux aux fonctions hématopoiétiques.

En résumé, il se passerait dans la moelle, d'après ces données microscopiques, un phénomène inverse de celui que Cohnheim a signalé dans l'inflammation pour la formation du pus. Les cellules médullaires, colorées et incolores, avec tous leurs intermédiaires, entourant les capillaires, les pénétreraient et seraient la source directe des globules blancs et rouges que l'on y rencontre. Les mouvements amiboïdes en seraient la conséquence. M. Bizzozero aurait même obtenu la contre-épreuve de ce fait remarquable. Examinant la moelle de douze individus d'âge différent, il y aurait trouvé constamment un nouvel élément ayant la forme de cellules à noyaux, arrondies ou plus ou moins polygonales, étoilées même, contenant des globules rouges et des granulations pigmentaires en nombre variable, ce qu'il considère comme les détritus des globules rouges, par analogie avec ce que Kölliker a constaté dans la rate. (*Gazz. med. Lomb.*, n° 2.)

L'histoire des transformations du sang dans la moelle serait donc complète d'après l'histologiste italien. Aussi n'hésite-t-il pas à en prévoir de nombreuses applications physiologiques et pathologiques qui viendront confirmer cette découverte. Les altérations des os analogues à celles des ganglions et de la rate dans la leucémie, celles qui se rencontrent dans la scrofule, la tuberculose, le cancer, auraient la même signification que dans les autres organes hématopoiétiques et lymphatiques. Il a même signalé le premier une altération inconnue jusqu'ici de la moelle dans le typhus. La rate étant hypertrophiée, il examina la moelle, où il trouva de même que dans la rate une quantité considérable de cellules incolores avec des globules rouges en voie de destruction. Et telle serait la valeur de cette lésion que recherchée par M. Neumann sur 54 cadavres, il ne l'a trouvée que 9 fois sur des sujets morts du typhus exanthématique ou entérique. (*Centralbl. für Med.*, 17 avril.)

Mais, pour quiconque, étranger à ces recherches spéciales, ne consulte que les difficultés extrêmes de ces investigations histologiques et les incertitudes, les contradictions incessantes

qu'elles soulèvent, les choses ne sont pas, à beaucoup près, aussi avancées que pour les deux prétendants à cette découverte. C'est ainsi que, malgré les expériences de Cohnheim sur la sortie des globules blancs des vaisseaux pour la formation du pus, la question est encore *sub judice*. Et puis, si les médullocèles sont les analogues des corpuscules lymphatiques du tissu adénoïde des glandes vasculaires sanguines, des follicules clos, des ganglions lymphatiques, du corps de Malpighi, de la rate, et se transforment comme eux par une série de variations en globules rouges, que deviennent alors les caractères différentiels assignés à chacun d'eux par M. le professeur Robin? Ce serait à croire que rien n'est fallacieux et trompeur comme le microscope. Il suffirait d'ailleurs de relever les divergences qui séparent les deux contendants dans cette question spéciale pour le prouver. Tandis que M. Neumann n'a trouvé les *cellules globulifères* que sur le sixième des cadavres examinés, M. Bizzozero les rencontre 80 fois sur 100 dans toutes les maladies, et même *in animali perfettamente sani* (*Gazz. med. Lombard.*, n° 24). En vérité, c'est à croire que le microscope montre tout ce que l'on veut.

**HÉMATURIE.** Chez un voltigeur de trente-trois ans, ayant pissé du sang précédemment, et atteint ensuite d'une pleurésie avec épanchement, l'urine entraîne de petits caillots sanguins avec des gouttes de sang à la fin de chaque miction; ventre globuleux, matité dans toute la région sous-ombilicale, fluctuation comme dans l'ascite. Le cathétérisme ne donne que peu d'urine sanguinolente, les injections mêmes ne ressortent pas en entier, et l'on trouve les yeux de la sonde bouchés par des caillots fibrineux. Un verre de sang pur est ensuite rendu par le malade en se plaçant à boucheton. Submatité et craquements humides sous-claviculaires.

On arrête l'hématurie; mais, de sanglantes, les urines deviennent purulentes; la fièvre s'allume, l'ammoniémie apparaît, et le malade succombe 38 jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie montre des indurations tuberculeuses au sommet des deux poumons, mais tous les autres organes sont exempts de tubercules. La vessie, énormément distendue, remplit la plus grande partie de l'abdomen. Elle est remplie de gaz, d'un liquide rouge foncé, avec caillots fibrineux. Parois flasques, amincies; muqueuse grisâtre, enduite d'une couche de mucopus, mais sans ecchymoses ni induration. Volume normal des reins, un peu ramollis; surface marbrée, parenchyme pâle sans ecchymoses ni tubercules (*Gaz. hebd.*, n° 14). C'est donc là un exemple d'hématurie essentielle, paraissant s'être développée sous l'influence de la tuberculose.



**Hématurie intertropicale.** Celle qui s'observe fréquemment au Brésil diffère beaucoup, selon M. Wucherer, de celle que l'on observe en Égypte, au cap de Bonne-Espérance et à l'Ile de France, malgré leur ressemblance. Elle ne s'y rencontre jamais chez les enfants, ni accompagnée d'hémorrhagies, comme dans ce dernier pays. Mais ce qui la distingue surtout à Bahia, c'est l'absence du *Distomum hæmatobium*, ou *Bilharzia hæmatobium* de Bilharz, qui a découvert le premier ce nématoïde dans l'urine chyleuse (Voy. *année* 1864). Après l'avoir cherché en vain avec le microscope dans l'urine de nombreux hématuriques, il l'a découvert dans l'urine laiteuse d'une femme, dont le poids spécifique était de 1005 à 1012 avec une température de 25 degrés et demi centigr., et contenant quelques caillots rouges, des vers filiformes dont une extrémité très-déliée et l'autre obtuse, où se distinguait un point. Le corps était transparent et paraissait contenir une masse granuleuse. Soupçonnant que ce fût un individu de l'espèce *Trichomonos vaginalis*, il a fait uriner les femmes devant lui avec toutes les précautions voulues pour se mettre à l'abri de cette erreur. Il l'a d'ailleurs rencontré dans l'urine d'un homme hématurique, sur la couenne du caillot formé par le sang. Un fragment de cette couenne, mis sous le champ du microscope, en contenait plusieurs, exécutant des mouvements ondulatoires très-énergiques, sans pouvoir en connaître l'organisation, même avec un grossissement de 400 diamètres; ils avaient celui d'un globule blanc du sang de 60 à 70 fois sa longueur.

C'est donc dans les caillots de l'urine des hématuriques que se rencontre ce ver encore innommé, et dont aucun des célèbres helminthologistes, Lenckart, Cobbold, Kuchenmeister, Davaine, ne signale la présence. (*Gazz. med. da Bahia*, n° 57.)

**HÉMÉRALOPIE.** *Cautérisation.* Elle réussit, dit M. Coindet, dans le cas d'héméralopie asthénique, d'anémie rétinienne, de même que tous les excitants dirigés sur les yeux. Il s'agit

donc d'examiner l'œil avec l'ophthalmoscope, et l'anémie rétinienne étant constatée, on pratique la cautérisation péri-cornéale, qui, bien que superficielle, suffit à réveiller la rétine et y rétablir la circulation bien mieux que la fumigation, les collyres, comme il en signale plusieurs exemples. (*Gaz. hebd.*, n° 30.)

**HÉMIPLÉGIE. Hémiplégie spinale.** Expérimentalement et cliniquement, M. Brown-Séquard a constaté qu'une lésion latérale de la moelle dans la région cervicale détermine les symptômes suivants:

1° Paralysie des nerfs moteurs volontaires du côté de la lésion.

2° Paralysie des vaso-moteurs du même côté, et par suite, afflux plus considérable de sang et température plus élevée.

3° Hypéresthésie des parties paralysées, résultant surtout de la paralysie vaso-motrice.

4° C'est ainsi qu'on retrouve au cou, à l'œil et sur la moitié de la face, les effets bien connus de la division du grand sympathique chez les animaux.

5° Anesthésie de toute sensibilité du côté opposé à la lésion médullaire, par suite de la décussation de tous les nerfs conducteurs des impressions sensitives.

6° Anesthésie du côté lésé, mais seulement au-dessus des parties paralysées : ce qui indique la hauteur de la lésion médullaire.

**HÉMOPTYSIE.** Les médecins anglais sont hardis, osés quant à son interprétation pathogénique dans la phthisie pulmonaire. Ce phénomène épouvantable se présente si souvent à eux, qu'il les préoccupe au suprême degré. La distinction très-réelle et clinique de l'hémoptysie anévrysmale en est résultée récemment, comme celle de phthisie hémorrhagique que M. le docteur A. Clark a tenté d'ériger en espèce spéciale (voy. *année* 1868). Aujourd'hui ce symptôme, rattaché à la phthisie, depuis Laennec et M. Louis, en serait au contraire la cause. Trois observations lues à la *Clinical Society* par le docteur Baümler ou l'hémoptysie survenue chez des hommes en bonne santé *apparente*, mais *prédisposés* aux épistaxis sans aucun signe d'affection pulmonaire et pris quelques jours après d'irritation bronchique, de pneumonie lobulaire avec pleurésie et fièvre, forment à peu près toute la base de cette nouvelle doctrine. C'est que la rétention du sang dans les poumons après une hémoptysie peut être la source du processus inflammatoire des parties environnantes. Comme preuve, M. le docteur Powel rapporte un cas observé à l'hôpital de Brompton, où une cavité avec caillots se trouvait au sommet du lobe inférieur avec pneumonie environnante. C'est donc là tout simplement un nouvel exemple évident d'hémoptysie anévrysmale ; car le sommet du lobe supérieur du poumon gauche était imperméable et *œdematous*. Restent les trois cas précités. Deux des malades se rétablirent ; on ne dit pas combien de temps; mais de nouvelles hémoptysies suivies de pneumonie lobulaire conduisirent rapidement le troisième au tombeau. L'autopsie ne découvrit pas de tubercules, dit-on, mais des masses de matière caséeuse à différents degrés de maturation et entourées d'une infiltration inflammatoire. (*Lancet*, n$^{os}$ 18 et 20.)



Qu'y a-t-il de différent là de ce qui s'observe et se constate journellement pour autoriser le renversement de l'étiologie de l'hémoptysie et en faire le point de départ, la cause du dépôt de la matière caséeuse? Rien évidemment. Cette théorie de Niemeyer est si peu soutenable que, malgré les affirmations de ses partisans et compatriotes, MM. Baümler et Weber, M. Powel est obligé de reconnaître que l'hémoptysie, comme cause de phthisie, est une exception beaucoup plus rare qu'ils ne l'affirment, et que, sur 14 cas d'hémoptysie, pas un ne fut suivi de symptômes inflammatoires. Il est donc rationnel de conclure, suivant la doctrine française, que, si ce redoutable signe varie dans ses suites, il a presque toujours pour cause la prédisposition tuberculeuse dont il favorise le développement.

*Arsenic.* Parmi les effets locaux dans la phthisie, le docteur Cersoy lui attribue une action spéciale sur l'hémoptysie qui lui a paru assez constante, comme deux observations à l'appui en font foi. Toute hémorrhagie cessa bientôt et même le sang des crachats. C'est aux hémoptoïques qu'il conviendrait particulièrement. (*Bull. de thér.*, juillet.)

*Baume de copahu.* Son emploi contre l'hémoptysie remonte à plusieurs années, que l'on en a produit des résultats satisfaisants. Son action élective sur la muqueuse pulmonaire et vésicale, et les succès que l'on en a obtenus contre l'hématurie (voy. *année* 1867), justifient d'ailleurs cet emploi. C'est ainsi que le docteur Almès l'employa chez une institutrice de trente à

trente-cinq ans, contre une hémoptysie durant depuis plusieurs jours malgré l'usage de divers médicaments. Les capsules de copahu l'arrêtèrent en vingt-quatre heures. De même chez un jeune tuberculeux, l'hémoptysie s'arrêta avec trois capsules de copahu, alors que depuis plusieurs jours, d'autres moyens avaient été sans résultat. Enfin, chez un autre tuberculeux de cinquante ans, à la dernière période, dont l'expectoration, entre plusieurs hémorrhagies antérieures, était presque toujours sanguinolente, l'hémorrhagie fut arrêtée pendant deux jours par des capsules de copahu. Le médecin ordinaire les ayant supprimées, l'hémorrhagie reparut dans la journée même, et ce n'est qu'en en reprenant l'usage contre l'avis de son médecin, que le malade vit le sang s'arrêter de nouveau, et il maîtrisa toujours ainsi ses hémoptysies, pendant plusieurs mois qu'il vécut encore, avec ce remède. (*Soc. de méd. de Nancy.*)

Si quand plusieurs succédanés sont employés ensemble ou successivement, il est toujours douteux que l'effet obtenu doive être attribué exclusivement au dernier ou à tous ensemble, cette dernière observation tend du moins à résoudre la question au profit du copahu. Du reste, l'analogie de l'essence de térébenthine et ses bons effets dans les mêmes cas depuis que Trousseau, en France, en a répandu l'usage, les succès relatés par le docteur Lange de Kœnisberg, à la dose de 30 gouttes plusieurs fois par jour, ainsi que ceux du docteur Abt contre l'épistaxis rebelle, fortifient encore cette probabilité de l'action antihémorrhagique du copahu. Il convient donc d'y recourir. (*Gaz. méd. de Paris.*)

**Hémoptysie anévrysmale.** Depuis que M. Payne Cotton a appelé l'attention à cet égard (voy. *année* 1865), les faits se multiplient de toutes parts. Il est peu de médecins qui n'aient été témoins de ces hémoptysies foudroyantes, incoercibles, qui tuent instantanément le malade dans la dernière période de la phthisie, tandis qu'elles n'arrivent d'ordinaire qu'au début, mais on n'en avait pas examiné l'étiologie. En voici un où elle est clairement démontrée :

Un des malades de l'hôpital de Dublin qui était à une période avancée de la phthisie, fut soudainement pris d'hémoptysie qui donna une pinte de sang noirâtre; il suffoquait, et en moins d'une heure, il était mort. A l'autopsie, le poumon gauche était tout solidifié avec deux larges cavernes au sommet



communiquant avec les bronches par une terminaison abrupte. Elles contenaient du sang noir et la plus postérieure en était remplie, distendue et en en examinant l'intérieur, on trouva un large vaisseau évasé et pendant par une extrémité dans cette cavité. Un stylet le traversait avec facilité et un petit caillot fut même trouvé dans son intérieur. Les bronches étaient pleines de sang. (*Dublin med. Press.*)

**HÉMORRHAGIES.** *De la pathogénie des hémorrhagies*, par le docteur Ch. Bouchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8° de 156 pages.

**Hémorrhagies traumatiques.** *Flexion forcée.* Sans être nouvelle, la flexion forcée des membres n'était employée qu'exceptionnellement et comme en dernier ressort contre l'anévrysme et quelques hémorrhagies rebelles. M. le docteur Von Alderman, de Dorpat, en fait un système d'hémostase applicable d'emblée à toutes les hémorrhagies traumatiques des membres. Après avoir montré que les divers moyens en usage ne sont pas infaillibles, il rapporte sept observations d'hémorrhagies de l'artère cubitale et une de la radiale où la flexion forcée de la main sur l'avant-bras et de celui-ci sur le bras, maintenue par un bandage permanent, a complétement réussi lorsque la ligature n'avait pu être faite ou avait échoué. C'est donc là une méthode précieuse pour les praticiens ruraux dans les cas assez nombreux où l'on ne peut découvrir l'artère lésée.

Des figures rappellent à cet effet le procédé de M. Klotz, consistant à fixer, à lier au-dessus du coude les deux bras ensemble, en arrière, contre l'hémorrhagie de la brachiale; le bandage fixant la main sur l'avant-bras et celui-ci sur le bras contre l'hémorrhagie des artères de l'avant-bras et des arcades palmaires; de même pour celles des membres inférieurs.

Par la facilité d'application de ces bandages et leur action limitée, l'auteur conclut que la flexion forcée devrait être employée de préférence aux autres moyens, aussi bien qu'après l'échec de la ligature. Il voudrait la voir connue dans le peuple et dans l'armée afin d'être employée avant l'arrivée du chirurgien, et fait des vœux pour qu'un chapitre y soit désormais consacré dans les manuels de chirurgie. (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 10.)

**Hémorrhagie de la paume de la main.** *Éponge préparée.* Des faits concluants attestent l'efficacité réelle, incontestable de ce moyen comme hémostatique, découverte qui paraît due jusqu'ici à M. le professeur Herpin, de Tours; car, si M. Demarquay a appelé l'attention, il y a deux ans, sur ce sujet, il s'agissait exclusivement de l'éponge simple appliquée contre les hémorrhagies en nappe (voy. *année* 1867). C'est contre des hémorrhagies en jet, au contraire, et alors que la plaie profonde et étroite ne permet pas d'apercevoir ni de lier l'artère divisée, que celle-ci est applicable, comme le fait suivant en est une nouvelle preuve.

Un soldat ivre tombe le 1er janvier, la main portant sur un tesson de bouteille; une hémorrhagie s'ensuit, jaillissant à 40 centimètres de hauteur, et qui n'est arrêtée que par un jet d'eau froide et la ligature du poignet; mais l'hémorrhagie ne tarde pas à reparaître et persiste les jours suivants, malgré tous les hémostatiques mis en usage, tellement qu'elle se renouvelait encore quinze jours après l'accident. Le malade s'affaiblissait; des accidents étaient imminents, lorsque le médecin-major de service, M. Lévy, ne voyant plus de secours efficace que dans la ligature de l'humérale ou de l'axillaire, pria M. le professeur Herpin, de Tours, de venir essayer l'emploi de l'éponge préparée dont il avait entendu parler, comme lui ayant réussi dans quatre cas analogues. Celui-ci, en effet, après avoir enlevé le caillot, nettoyé la plaie et cherché en vain l'artère lésée, introduisit aussi profondément que possible un morceau d'éponge préparée à la ficelle et imbibée de perchlorure de fer, en le recouvrant de boulettes de charpie dont les premières sont également imbibées de la solution ferrique.

Dès lors, et sans compression sur les artères, l'hémorrhagie cesse, le blessé est soulagé et dort. Le gonflement et la rougeur diminuent, et, sauf un suintement sanguinolent en enlevant la charpie, l'hémorrhagie ne reparaît pas. La suppuration commence, et, le 5 février, tout le pansement est enlevé, moins l'éponge laissée à demeure, et dont on se borne à retrancher chaque jour les parties saillantes avec des ciseaux, sans exercer de traction. Le 30 mars, le blessé était guéri avec une cicatrice parfaite. (*Gaz. hebd.*, n° 27.)

Ce succès est un fait important au point de vue de la fréquence et de la gravité des blessures de la paume de la main, chez les militaires en particulier. L'éponge préparée n'avait pas encore été employée dans ce cas, et, bien que l'éponge simple appliquée dans le rectum contre l'hémorrhagie consécutive à l'ablation de cancroïdes puisse en être rapprochée par son action, l'accident est bien différent. Ici, c'est par la compression sur les bouts de l'artère divisée que l'éponge préparée, en se gonflant, bouche l'ouverture du vaisseau, et arrête le sang. C'est pourquoi il est essentiel de l'introduire aussi profondément que possible pour qu'elle agisse immédiatement. On remplit ensuite la paume de la main de charpie pour la maintenir en place, en attendant qu'elle se gonfle.



Les progrès de la chirurgie sont bien plus réels en se rapprochant ainsi de la médecine par la recherche des indications spéciales et l'emploi de moyens simples non sanglants et à la portée de tous pour les remplir, qu'en recourant toujours à des opérations délicates, un traumatisme dangereux et un armentarium coûteux et compliqué.

**Hémorrhagie cérébrale dyspnéique.** Un homme robuste, de soixante-dix ans, placé à Bicêtre, est pris subitement sans cause appréciable, pendant son sommeil, d'étouffement, de dyspnée extrême comme dans un violent accès d'asthme, sans que l'auscultation révèle autre chose que des râles secs et humides partout. Face congestionnée, agitation extrême avec conservation de l'intelligence. Malgré les calmants, l'orthopnée se manifeste, vomissements, trismus, perte de connaissance, coma. Face rouge et vultueuse, traits inertes, sans déviation, gonflement des jugulaires. Décubitus dorsal avec immobilité. Résolution des membres, mais non paralysie, des excitations prolongées y déterminant quelques mouvements. Pouls normal, mort vingt-quatre heures après. (*Soc. méd. des hôp.*, et *Union méd.*, n° 20, janvier.)

Il n'est si modeste praticien qui, en présence de ces symptômes, n'eût porté tout simplement le diagnostic *apoplexie*, c'est-à-dire hémorrhagie cérébrale, mais la jeune école en se piquant de plus de précision ne saurait s'en tenir à ces données communes, vulgaires et surannées. M. Desnos, chef de service, ayant trouvé dans les urines obtenues par le cathétérisme une forte proportion d'albumine et ne tenant compte que de la dyspnée avec coma, porta ce diagnostic compliqué et tout moderne d'*albuminurie* et *urémie*.

C'était négliger l'évidence pour l'obscurité, le simple pour

le composé et les distinctions casuistiques de la pathologie moderne pouvaient seules justifier ce diagnostic à la mode; aussi l'autopsie en a-t-elle montré l'erreur que l'auteur, avec une bonne foi qui l'honore, a rendue publique. Les reins étaient indemnes, et l'on ne trouva, pour expliquer l'appareil symptomatique, qu'une dégénérescence athéromateuse des petits vaisseaux de l'encéphale et dans les couches de la moitié postéro-supérieure de la protubérance annulaire, un foyer hémorrhagique comme une noisette, avec du sang liquide et un caillot noirâtre comme un pois qui avait passé, par une fissure, dans le plancher du quatrième ventricule. Le passage d'un faisceau du pneumogastrique à travers la protubérance rend aussi compte de la dyspnée et de la congestion des deux poumons trouvée à l'autopsie, de même que l'albuminurie dépendait de la lésion ventriculaire, conformément aux expériences de M. Claude Bernard. Mais il ressort clairement de ce fait que toutes les finesses, les subtilités différentielles de diagnostic alléguées en faveur de l'urémie sont absolument sans valeur.

**Hémorrhagie utérine intermittente.** *Sulfate de quinine.* Une femme de trente-cinq ans, *nerveuse*, ordinairement bien réglée, d'un appétit un peu dépravé, comme le sont très-souvent les femmes préludant à un état chlorotique, est, le 22 mars, époque ordinaire de ses règles, atteinte d'une métrorrhagie, qui, le 28, avait atteint des proportions si considérables, que tous les moyens durent être employés pour éviter une catastrophe qui paraissait imminente. Injection froide de décoction de feuilles de noyer et d'alun ; lavement et injection d'extrait de ratanhia; tamponnement en queue de cerf-volant avec du coton imbibé de perchlorure de fer ; ergotine, eau de Léchelle prise à l'intérieur : rien n'est efficace. L'utérus, exploré avec l'attention la plus scrupuleuse, n'offre aucune lésion appréciable, ni à la vue ni au toucher. L'hémorrhagie commencée à trois heures de relevée s'arrête à dix. A cette heure, la malade est calme, absence de fièvre, mais ressent à la région splénique une douleur assez aiguë. Application de chaleur sur cette partie, effet nul. Le 29, à une heure après-midi, douleur très-forte à gauche ; à trois heures, cessation de la douleur, métrorrhagie désespérante, et comme la veille cessation de l'hémorrhagie à dix heures du soir ; assez grande agitation pendant l'hémorrhagie, mais pas de fièvre accentuée.



Dans cet état de choses, le docteur Pouilhet de Rieupeyroux donne 1gr,20 de sulfate de quinine. Disparition de la douleur, hémorrhagie presque nulle. Le sulfate de quinine n'est pas continué. Trois jours s'écoulent, réapparition de la douleur et de l'hémorrhagie ; sulfate de quinine, 1 gramme ; cessation de tous les accidents.

Le 22 avril, un mois après les premiers accidents, retour des règles normales, pas de fièvre ; cinq jours s'écoulent, les règles deviennent plus abondantes, réapparition de la douleur à gauche; diminution des règles, et, comme la première fois, l'hémorrhagie commençait à trois heures et se terminait à dix heures du soir. L'administration de nouvelles doses de quinine arrête la périodicité de l'hémorrhagie. (*Abeille méd.*, n° 20.)

**Hémorrhagies post-partum.** *Perchlorure de fer.* A l'exemple de ce qui a été fait dans ces derniers temps pour l'hémoptysie, M. Norris, dans l'hémorrhagie *post partum*, injecte une forte solution de perchlorure de fer dans l'utérus après l'avoir débarrassé des caillots et des débris placentaires. Une sonde sert d'intermédiaire pour injecter une petite quantité de ce liquide. Aussitôt une violente rétraction utérine s'opère, et la perte est définitivement arrêtée, comme 11 cas en sont la preuve avec des résultats variables. Ce liquide agit comme styptique autant qu'hémostatique. Il s'est toujours montré inoffensif, et peut encore être utile aux malades comme antiseptique.

Le docteur Barnes, ayant eu recours à ce moyen, l'a trouvé pareillement très-efficace. (*British med. Journ.*)

Malgré ces autorités, on ne saurait être trop prudent dans l'emploi de ces injections, alors que les sinus sont béants et qu'elles se sont montrées si dangereuses. Une longue baleine, armée d'une éponge imbibée de la solution, et servant à faire un badigeonnage intra-utérin, ne remplirait-elle pas plus sûrement la même indication ?

Contre une métrorrhagie chronique résistant à la curette, au tamponnement et au repos, le docteur Gantillon injecta, ou plutôt *introduisit*, comme il dit, 15 gouttes de perchlorure de fer à 22 degrés avec sa seringue à injection récurrente. L'opération fut assez douloureuse, mais suivie du repos, d'un lavement laudanisé et d'un cataplasme, elle eut un succès complet; l'écoulement sanguin fut arrêté du coup et ce n'est qu'à la

seconde apparition des règles, venant avec profusion, qu'une nouvelle injection fut nécessaire. (*Gaz. des hôp.*, n° 73.) Il est évident que dans ces proportions, ce n'est plus une injection, mais un simple badigeonnage qui serait bien mieux fait avec un tampon caché qu'avec une seringue. Il ne s'agit, pour réaliser ce perfectionnement, que d'imiter certain porte-caustique d'invention toute récente.

Cette précaution est d'autant plus nécessaire que, par sa causticité, la solution de perchlorure de fer, en agissant sur la muqueuse vaginale, peut entraîner de graves désordres. Une gangrène étendue du vagin en a été ainsi la conséquence après un tamponnement fait par le docteur Tissier, avec des gâteaux de charpie imbibés de cette solution pure sans dilution, contre une hémorrhagie foudroyante. La perte fut immédiatement conjurée, mais cinq jours après, un sentiment de brûlure se fit sentir et des lambeaux étendus de muqueuse furent entraînés par les injections émollientes. Peu de temps après, le toucher constatait un anneau fibreux très-résistant permettant à peine l'introduction du petit doigt. Second anneau, 2 centimètres plus haut. Des débridements multiples furent impuissants à prévenir des rétrécissements et il fallut la dilatation avec l'éponge préparée et des mèches pour rétablir la perméabilité du canal.

Deux autres cas analogues montrent que l'on ne doit jamais employer cet hémostatique que dilué et avec de grandes précautions. Quelque pressant que soit le cas, il faut borner l'application du perchlorure au museau de tanche, dit M. Legros, en l'entourant ensuite d'une quantité suffisante de charpie sèche. N'agissant là qu'indirectement, médiatement, une plus grande quantité est superflue et nocive. (*Gaz. des hôp.*, n° 113.)

**HÉMOSTASE.** Si impérieuse est la loi du progrès dans l'art de guérir que, malgré les découvertes fondamentales de la chirurgie française contre les hémorrhagies, savoir : celle de la ligature par le grand Paré, l'application heureuse de la compression par J.-L. Petit, celle non moins ingénieuse de la torsion par Amussat, et celle de la coagulation par M. Broca, ces méthodes d'hémostase vont sans cesse en se modifiant et se perfectionnant à l'étranger. L'acupressure en est ainsi née comme un produit mixte prétendant remplacer la ligature et la torsion avec avantage (voy. LIGATURE) ; mais la voici supplantée à son tour par une nouvelle simplification.



*Presse-artère tubulaire.* L'idée de ce petit instrument imaginé par M. Richardson, chirurgien de l'hôpital Adélaïde de Dublin, est empruntée aux litholabes pour l'extraction des petits calculs de l'urèthre ou de la vessie. Son volume est proportionné au calibre de l'artère. Il se compose d'un tube en argent muni d'un bouton avec un pas de vis interne à son extrémité supérieure. Une tige en acier se terminant à cette même extrémité par un bouton correspondant, s'engage et répond à cette vis en se terminant en deux branches obtuses propres à saisir le vaisseau et à l'étreindre avec une intensité variable, selon qu'on le fait saillir du tube, c'est-à-dire qu'elles se resserrent et s'écartent à volonté.

Le petit volume de cet instrument, sa facilité d'application et d'enlèvement, et la possibilité de mesurer avec lui le degré de compression du vaisseau, sont pour l'auteur des avantages propres à l'employer de préférence à la ligature, la torsion, et même l'acupressure qu'il remplace à volonté. Un mouvement de rotation suffit, en effet, à tordre le bout du vaisseau, et une aiguille remplaçant le perforateur du litholabe peut, en traversant celui-ci, agir comme l'acupressure. C'est ainsi qu'il a parfaitement réussi dans une amputation de l'avant-bras. Mais ces avantages ont besoin d'être mieux consacrés par l'usage (*Med. Times*, avril.) — Voy. AMPUTATION DU SEIN.

*Charpie hémostatique.* Une bande de toile de 2 mètres de long porte à une extrémité un plumasseau de charpie ordinaire tissé ; un linge fenêtré y fait suite, puis un carré de toile pour compresse, tout cela faisant corps avec la bande. Cette extrémité, plongée dans une solution normale de perchlorure de fer, puis séchée, constitue une véritable compresse hémostatique propre à être placée entre les mains des gens, du moins pour réprimer une hémorrhagie accidentelle avant l'arrivée du médecin. Il faut dire pourtant qu'elle ne peut être efficace que pour une hémorrhagie en nappe ; l'ouverture d'une artère d'un gros calibre ne saurait en être influencée.

*Éponge préparée.* Voy. HÉMORRHAGIES.

**HÉPATITE.** *Diagnostic.* Pour l'établir dans le cas d'ascite symptomatique, alors qu'il est si difficile de remonter à la source par le défaut de signes physiques, notamment lorsqu'elle dépend d'une cirrhose au début, le docteur Primavera, après une

série d'observations cliniques, chimiques et anatomiques faites pendant deux années consécutives dans les hôpitaux, est arrivé à cette formule qu'il appelle une loi séméiologique : que dans le cas d'hépatite chronique, interstitielle ou parenchymateuse, l'analyse de l'urine fournit à elle seule un moyen de distinguer le début des périodes avancées de la cirrhose. C'est ainsi qu'au début d'une dégénérescence avec atrophie du parenchyme, l'urine a une couleur d'un gris-jaunâtre, à moins que l'excès de la matière rouge (*uréoritrine*) ne la rende invisible. Mais dans ce cas, en la traitant par le chloroforme, ce pigment biliaire apparaît; au contraire, quand le parenchyme hépatique est détruit par inflammation ou compression hypertrophique, ce pigment est dissous dans l'urine, et la matière rouge, étant au maximum, se mêle aux sels insolubles et donne une couleur briquetée au sédiment. (*Giorn. veneto di Scienze.*)

**HERNIES.** Diagnostic. Une observation d'une grande importance pratique a été soumise à la Société de médecine d'Anvers par les internes de M Kums qui l'avaient recueillie dans son service de l'hôpital Sainte-Elisabeth. Une femme de quarante ans est admise à l'hôpital le 16 mars, comme atteinte d'une hernie inguinale droite depuis plusieurs années et qui, depuis la veille, éprouve une douleur forte, vive, avec élancements dans l'aine, puis nausées, vomissements liquides, jaunâtres, fécaloïdes. Les traits sont décomposés, la bouche est sale et exhale une odeur fétide, le pouls faible, intermittent, tout le corps est froid. L'anneau inguinal est dilaté et libre ; mais on constate dans cette région une tumeur dure bien circonscrite, grosse comme le poing, mobile et suivant les mouvements des intestins. La pression est indolore, ventre ballonné dessinant les anses intestinales, douloureux à la pression.

Malgré un traitement rationnel, onctions mercurielles belladonées, sangsues, cataplasmes *loco dolenti*, calomel, potion huileuse, lavements, la constipation persiste, ainsi que les vomissements fécaloïdes ; la fièvre s'allume, la tumeur ne change pas, et malgré un cautère potentiel appliqué dessus, la malade succombe le 4 avril.

L'autopsie découvre des adhérences celluleuses lâches entre l'épiploon et l'intestin, et des flocons de pus crémeux en beaucoup d'endroits. La tumeur est formée par un corps arrondi, gros comme deux poings, à surface lisse, d'aspect glandulaire,



recouvert d'une enveloppe fibreuse. C'était la rate fixée par des adhérences pseudo-membraneuses à la paroi abdominale, et dans tout son pourtour aux intestins qu'elle comprime et qui sont très-dilatés au-dessus. L'incision montre la boue splénique plus molle qu'à l'état normal, d'un brun noirâtre. Les veines spléniques sont réunies avec l'artère dans un grand cordon se dirigeant obliquement vers l'hypochondre gauche. Nouvel exemple de la transposition isolée de cet organe utile à connaître pour l'éclaircissement du diagnostic.

Si des cas analogues, sinon identiques, ont déjà été observés, ils sont très-rares. M. Mertens, rapporteur, signale une observation de Morgagni où la malade succomba à une hernie étranglée à gauche, tandis que la rate déplacée et hypertrophiée siégeait à droite. Une femme de vingt-sept ans présenta également tous les symptômes d'un étranglement herniaire, et la mort étant survenue trois jours après, on trouva, à l'autopsie, la rate grossie, pesant 6 livres et de couleur noirâtre, placée au-dessus de la région iliaque droite et comprimant l'intestin grêle, l'iléon et le cæcum qu'elle oblitérait même. Dans un autre cas, c'était une rate supplémentaire, grosse comme un œuf, qui donna lieu chez un blessé aux symptômes d'obstruction intestinale, dont il mourait le septième jour. Elle comprimait la face antérieure du côlon. (*Gazette médicale de Paris*, 1846, 1847.)

Ajoutée à celles-là, cette nouvelle observation doit mettre les praticiens en garde sur le diagnostic lorsque les symptômes herniaires sont obscurs, et les décider à pratiquer la gastrotomie au besoin. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, août.)

Traitement. *Nouveau bandage.* Il s'agit ici d'un système nouveau de M. le docteur Dupré qui permet d'agir avec autant d'énergie que de précision sur les hernies inguinales et crurales, et qui offre de précieuses ressources dans les cas assez fréquents où les ressorts ordinaires sont inefficaces.

« L'un de ces bandages, dit M. Broca, qu'on pourrait appeler *circulaire*, maintient fort bien les hernies ordinaires ; mais je ne puis dire que ce bandage constitue vraiment une nouvelle ressource pour la chirurgie. — Je puis être affirmatif pour le bandage transversal proprement dit ; j'y ai eu recours depuis plusieurs années dans ma pratique particulière pour des malades dont les hernies n'avaient pu être contenues ni par les

bandages ordinaires, ni par des bandages spéciaux construits sur mesure.

» Je me crois autorisé à dire, par conséquent, que le bandage transversal rend des services précieux dans le traitement des hernies difficiles à contenir ; qu'il est souvent efficace dans les cas où les bandages ordinaires ont échoué. » (*Acad. de méd.*)

*Éthérisation locale.* Sous le titre de *Méthode peu connue de réduction des hernies étranglées*, le docteur Chavernac, chirurgien chef interne de l'hôpital d'Aix, traite de l'éthérisation localisée sur la tumeur dont il rapporte trois exemples de succès obtenus à l'hôpital ; observations en tout semblables à celles publiées en 1866 et 1867. La réduction impossible par le taxis ordinaire s'effectua quelques secondes après l'emploi de l'éthérisation, qui paraît surtout agir comme réfrigérant (*Marseille méd.*, janvier). Rien de nouveau ne se détache de ce titre prétentieux.

*Glycérolé crotonique.* Sur 11 étranglements, M. Tartarin n'ayant réussi que dans 3 par le taxis, a employé consécutivement ce moyen (voy. *année* 1865) dans les 8 autres, et a réussi 4 fois. La kélotomie a dû être pratiquée dans les 4 autres, deux fois avec succès. Preuve éclatante que le même moyen ne saurait réussir toujours indistinctement, pas même celui-ci. (*Bull. de thérap.*) Il s'agit donc de ne l'employer que comme essai.

Un succès rapporté par M. Philippeaux a servi de motifs à l'énonciateur de cette indication pour la modifier (voy. *année* 1865). Il se sert d'un mélange à parties égales de glycérine et huile de croton, obtenue et préparée par le pharmacien lui-même à cause de ses nombreuses falsifications. Après une première imbibition locale sur la peau rasée et savonnée, il administre l'huile de ricin avec une teinture de rhubarbe pour la faire mieux tolérer par l'estomac et fait administrer ensuite un ou deux lavements au séné et sulfate de soude (*Bull. de thérap.*, mars). Mais ces adjuvants n'ont rien de spécial, et en cas d'insuccès, l'emploi topique de la mixture crotonique dispose mal les parties à subir la kélotomie. C'est au moins là un inconvénient qu'il convient de ne pas taire.

*Opium à haute dose.* Repoussant l'opinion qui localise la constriction des parties herniées dans les anneaux fibro-musculaires pour ne voir que l'action spasmodique de contractions de l'intestin démontrée par les coliques, les borborygmes, les douleurs, les éructations et les vomissements, M. Vignard préconise l'opium à haute dose pour les calmer. Quatre observations rapportées en détail dans lesquelles l'extrait thébaïque administré en pilules de 2 centigrammes toutes les heures avec des cataplasmes sur la hernie, fit cesser tous les accidents, même à deux reprises chez la même malade, semblent justifier cette pratique (*Journ. de méd. de l'Ouest*, avril). Mais il faut remarquer que dans trois de ces cas les accidents étaient tout récents, et qu'après de légères tentatives de taxis, la réduction ne pouvant se faire, l'opium fut donné et coïncida bientôt avec la cessation de tous les accidents. Or, qui ne sait que souvent sans l'opium, la réduction s'opère spontanément au début, alors que le taxis même avait été impuissant ; on ne saurait donc conclure à l'efficacité de l'opium avec un nombre imposant de faits et dans les cas où l'étranglement se prolonge depuis trois à quatre jours, comme dans la quatrième observation.



**Hernie lombaire.** A l'occasion d'un cas de ce genre observé et relaté par M. Hardy, chez une femme paraplégique, par suite d'exostose syphilitique, qui, en se livrant à des efforts successifs de défécation, sentit tout à coup un craquement suivi de l'apparition, immédiatement au-dessous de la crête iliaque, d'une tumeur du volume de deux poings, qui se réduisit par le toucher, ne laissant que l'espace triangulaire qui lui avait livré passage, M. Huguier déclare que ce titre est tout à fait impropre. Il ne peut se faire, d'après lui, une hernie intestinale dans la région des lombes à cause des obstacles insurmontables que présentent les corps et les apophyses transverses des vertèbres lombaires, ainsi que les couches épaisses et aponévrotiques qui la recouvrent. Le terme de *hernie sus-iliaque* conviendrait mieux. Et, comme preuve, il signale les traces d'un ancien abcès, d'une cicatrice de la peau avec une échancrure de 4 à 5 centimètres de l'os iliaque dans l'observation précédente, comme étant la voie par laquelle la hernie s'est faite, plutôt que par le triangle anatomique. Il serait très-possible, en effet, que cette échancrure osseuse résultât de la syphilis constitutionnelle de la malade, suite de ramollissement et de résorption de l'os. Il y aurait donc,

d'après cela, deux variétés de cette hernie : l'une, se faisant à travers le triangle anatomique, l'autre, à travers une solution de continuité congénitale ou acquise de l'os des îles. (*Acad. de méd.*, mars.)

**HISTOLOGIE.** *Cellules du tissu conjonctif.* Des divers moyens d'analyse histologique employés et décrits par M. Ranvier, il résulte des données qui s'écartent notablement de celles généralement acceptées sur ce sujet, suivant cet histologiste distingué.

Le tissu conjonctif lâche est essentiellement formé par des faisceaux connectifs, des fibres élastiques et des cellules. On n'y observe ni lames, ni trous; les mots de *tissu lamineux* et de *tissu cribleux*, employés encore par quelques micrographes, sont donc mauvais.

Les faisceaux de fibres connectifs sont cylindriques, ont un diamètre très variable, et sont entourés, comme Henle l'a indiqué, d'une membrane spéciale, de fibres annulaires et de fibres spirales. Ces fibres paraissent être un simple épaississement de la membrane; comme celle-ci, elles se colorent par le carmin, et sous ce rapport, elles diffèrent des fibres élastiques.

Toutes les cellules du tissu conjonctif sont formées par un amas de protoplasma, sans membrane, et contiennent des noyaux. Elles ne sont pas toutes semblables. Les unes sont plates, présentent un contour irrégulier et même des prolongements; souvent elles se plissent, et leurs bords peuvent se retourner; leurs noyaux ovalaires et très-aplatis renferment un ou deux nucléoles bien marqués. D'autres cellules plus petites sont globuleuses, irrégulières et renferment des noyaux sphériques; certaines de ces dernières sont, en tous points, semblables aux globules blancs du sang ou de la lymphe.

Ces diverses cellules sont placées entre les faisceaux connectifs, mais toutes ne semblent pas affecter avec eux les mêmes rapports. Tandis que les cellules globuleuses paraissent circuler facilement dans les espaces laissés entre les faisceaux, les cellules plates, au contraire, occupent le long des faisceaux une position qu'elles abandonnent plus difficilement. (*Acad. des sc.*, juin.)

*Manuel d'histologie pathologique*, par M. V. Cornil, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. L. Ranvier, préparateur du cours de médecine expérimentale au Collége de France. PREMIÈRE PARTIE : *Anatomie pathologique générale*, avec 168 figures intercalées dans le texte. Un vol. grand in-18 de 340 pages.



Cette première partie d'un livre qui doit en contenir trois, est exécutée sur le même plan que les traités d'anatomie pathologique et en forme comme la suite, le complément. Après des généralités sur l'histologie normale, les cellules et les tissus normaux, il en décrit et en montre les altérations anatomo-microscopiques. Une troisième section traite des inflammations et une quatrième des tumeurs : deux chapitres des plus importants, le dernier surtout. Aussi sont-ils traités avec de grands développements. Celui de l'inflammation comprend ainsi la synthèse de ses différentes formes cliniques et le résumé des plus récentes expériences sur la formation du pus et la cicatrisation des plaies. Quant aux tumeurs, après leur définition et l'exposé des dernières classifications, il rejette celle de Virchow telle qu'elle est formée dans son Traité des tumeurs (voy. *ce mot*) et en forme une nouvelle plus conforme à la clinique et aux doctrines françaises. C'est un véritable traité qui ne contient pas moins de 232 pages, c'est-à-dire plus des deux tiers du volume. On ne saurait donc plus s'appuyer sur ceux de Virchow ni de Broca, les plus récents sur la matière, sans recourir à celui-ci. Avec ce volume, une lacune est comblée dans la littérature médicale française, surtout pour les praticiens qui ont étudié l'anatomie pathologique à l'œil nu avec Andral, Cruveilhier, Barth, et qui ne se sont pas familiarisés depuis, par une étude spéciale, à l'usage du microscope et aux altérations infiniment petites et variées qu'il décèle. Il les fait entrer ainsi dans un monde pathologique nouveau, inconnu, et les initie à un langage dont la plupart des termes et des objets qu'ils représentent leur sont étrangers, la nécrobiose et la régression en particulier. La synonymie leur en explique et fait comprendre la signification précise, et des figures leur en montrent des exemples choisis, de manière à les graver pour toujours dans la mémoire et dans l'esprit de ses lecteurs.

Ce Manuel est donc indispensable non plus seulement aux étudiants que l'enseignement actuel de nos facultés initie à ces matières, mais à tous les médecins d'une génération antérieure qui ne veulent pas rester étrangers au progrès. On ne peut re-

commune de Berck-sur-Mer. Quoique cette petite localité soit presque exclusivement peuplée de pêcheurs exploitant une centaine de bateaux, il n'y existe aucun port, ni conséquemment aucun de ces dépôts vaseux qui, lorsque la mer est basse, rendent déplaisantes, et même peu salubres, plusieurs des plus réputées de nos grandes stations balnéaires du littoral.

C'est là qu'en 1861, encouragée par de premiers essais, et frappée du rare concours d'avantages qu'offrait, pour l'application de l'hydrothérapie marine au traitement de la scrofule, cette plage, l'une des plus rapprochées de la capitale, l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris résolut de faire, sur une grande échelle, et dans des conditions médicales convenables, un essai décisif, et, dans ce but, fit élever un hôpital provisoire destiné à recevoir, l'hiver comme l'été, cent jeunes malades des deux sexes. Avec la dépense relativement modique de 85,679 fr. pour les frais de construction, 100 enfants scrofuleux furent ainsi entretenus pendant huit années consécutives avec le généreux concours de M. le docteur Pérochaud, médecin du service des Enfants assistés. Ces expériences, suivies incessamment par les médecins des hôpitaux de Paris, notamment par MM. les docteurs Bergeron et Marjolin, donnèrent les résultats les plus concluants. —Voy. Scrofule, 1867.

La prévision de voir donner à cet établissement une extension proportionnée aux services qu'il était manifestement appelé à rendre devait promptement se réaliser. Dans la pensée de l'Administration, il ne s'agissait pas seulement de faire profiter des bénéfices du traitement maritime un plus grand nombre d'enfants, mais de transporter exclusivement à la campagne, et surtout sur les bords de la mer, le traitement des maladies scrofuleuses, et de procurer, du même coup, l'amélioration des des deux hôpitaux d'enfants à Paris, en transformant, en salles de rechange et en salles d'isolement pour les affections contagieuses, les localités que le départ d'un certain nombre de petits malades allait laisser libres.

Les études d'un nouveau projet commencèrent bientôt. Un plan en forme de fer à cheval carré, ouvert sur la mer, a été préféré. L'un des côtés est affecté aux garçons, l'autre aux filles ; aux deux extrémités du fer à cheval est placé le personnel administratif. Les dortoirs occupent les étages de l'établissement, qui rappelle plus le pensionnat que l'hôpital. Au rez-de-chaussée sont les classes, ouvroirs, réfectoires, et de chaque côté un dortoir pour les enfants atteints des membres inférieurs.



La cuisine, les bains, la piscine d'eau de mer, qui servent aux deux sexes, viennent se placer naturellement entre ces deux grandes divisions, une cour vitrée, sorte d'atelier de préparation des aliments, est en communication directe avec la cuisine et tous les services secondaires qui en dépendent.

Un pavillon isolé est affecté à une infirmerie de plusieurs salles pour les enfants qui seraient atteints, en cours de traitement, de maladies aiguës ou contagieuses, et aussi pour ceux des maladies chroniques qui exigeraient des soins tout à fait exceptionnels.

L'hôpital provisoire avait été placé à 3 mètres au-dessus du niveau des plus hautes marées (7 mètres 50 au-dessus du niveau moyen) ; l'expérience de huit années a indiqué que cette hauteur était insuffisante. L'établissement définitif est de 2 mètres plus élevé : d'où est résulté la nécessité de construire un quai avec perron en pierre.

Une galerie étendue, faisant face à la mer, a été disposée le long des bâtiments, au pourtour des cours, et forme un cloître fermé, qui assure la non-interruption de tous les services, quelque temps qu'il fasse, et constitue même, au besoin, une promenade de plus de 500 mètres de longueur pour les enfants.

Les dortoirs, au nombre de 14, sont de 26 lits ; chaque lit jouit de 40 mètres cubes d'air ; à chaque dortoir sont affectés, indépendamment d'une cellule pour la religieuse chargée de la surveillance, un lavabo complet, une salle de débarras, une petite lingerie pour les rechanges urgents, et des cabinets d'aisances. Quatre grands escaliers les desservent.

Les salles d'infirmerie ne sont que de 16 lits, soit 80 lits, dont chacun a 40 mètres cubes d'air. Le même bâtiment renferme la pharmacie avec son laboratoire, une office, une salle d'opération, etc.

Il faut encore ajouter deux grands gymnases, spacieux bâtiments, placés au centre des préaux, servant eux-mêmes à la fois de préaux couverts pour les jeux et la gymnastique, et de vestiaire pour les bains pris à la mer en belle saison.

Afin de permettre de continuer, pendant la saison rigoureuse, l'usage des bains d'eau de mer, on a créé, au centre de l'hôpital, une vaste piscine dans un local chaud et lumineux,

susceptible de reproduire, autant que possible, par l'élévation de température de son atmosphère et de son eau, les conditions habituelles des bains de mer. L'eau de l'Océan est amenée directement dans un puits placé dans l'un des préaux de l'hôpital, à 9 mètres en contre-bas du sol, par un tuyau de 400 mètres régnant sous la plage et dont l'orifice est toujours immergé à la haute mer ; une pompe à vapeur aspire, dans ce puits, l'eau de mer et la refoule dans la piscine ; l'eau de mer est chauffée à la température convenable par une circulation de vapeur dont les tuyaux passent dans des caniveaux recouverts de fonte à jour.

Indépendamment de la piscine, pour les bains en commun pendant l'hiver, seize baignoires, placées dans une autre salle, sont disposées pour les bains chauds d'eau douce ou de mer, en toute saison.

Une salle d'hydrothérapie, des bains de vapeur, quatre cabinets de bains pour le personnel, complètent cette installation.

Ces détails suffisent pour montrer que l'Administration de l'Assistance publique, une fois certaine des excellents effets du traitement maritime pour les maladies scrofuleuses, a voulu faire de l'établissement de Berck, le premier élevé en France sur les bords de la mer, dans de telles conditions et pour un tel usage, un modèle que pussent imiter, dans la mesure de leurs moyens, les administrations hospitalières ou les entreprises privées qui voudraient s'engager dans la voie désormais ouverte, et attaquer, par des moyens sérieux, une maladie qui sévit cruellement parmi les populations agglomérées. Mais ce n'est pas sans de grandes dépenses. Avec l'acquisition des terrains adjacents, elles ne s'élèveront pas à moins de 500 000 fr. L'hôpital devant contenir environ 800 lits pour l'usage des malades et du personnel, la dépense par lit ressortira donc à plus de 3000 fr. : ce qui est un chiffre très-élevé.

Une inauguration analogue s'effectuait le 21 août à Ardwslin, sur la côte est de l'Écosse, par le comte de Glascow, en présence d'une grande assemblée. Acquis et appropriés par Miss Clugston, les " homes " maritimes de Dunoon consistent en deux bâtiments, magnifiquement situés, ayant une vue sur Clyde, et isolés cependant, comme il convient, pour le séjour de ceux qui cherchent la force et la santé. Le plus grand bâtiment peut recevoir 100 malades à la fois, 40 hommes, 40 femmes et 40 enfants ; l'autre peut en recevoir 12 à 15, et sera



spécialement consacré aux personnes des deux sexes pouvant payer une pension modérée. D'après le règlement, tout souscripteur de 25 fr. annuellement, et donateur de 200 fr., aura le privilége de recommander une personne, et autant d'autres qu'il voudra pour les mêmes sommes. Cela diffère donc notablement de l'hôpital Napoléon de Berck-sur-Mer.

**HYDATIDES. Hydatides de l'humérus.** Dans un phlegmon avec gonflement considérable, chez un paysan de cinquante ans, entré à la Maison municipale de santé, M. Demarquay trouva après la disparition du phlegmon un gonflement de l'humérus avec deux pertuis fistuleux conduisant la sonde jusque dans le canal médullaire de l'os. Croyant à une nécrose invaginée, il fit une incision profonde tout le long du bras et enleva une tranche triangulaire de la diaphyse avec la gouge et le maillet, qui donna issue à une grande quantité de pus mêlé de corps sphéroïdes roulant sur les alèzes. C'étaient des hydatides dont l'humérus était rempli dans presque toute son étendue. Des injections détersives furent faites et le malade guérit.

Les antécédents montrèrent que cette lésion provenait d'un coup de feu reçu trois ans avant, avec abcès consécutifs et répétés depuis. Ce fait n'est d'ailleurs pas isolé. M. Davaine en rapporte trois semblables dans son ouvrage sur les entozoaires. (*Soc. de chir.*, janvier.)

**HYGIÈNE.** En montrant que l'enseignement en est délaissé, négligé, dans tous les pays, M. le professeur Fonssagrives émet le vœu que ce fâcheux état de choses prenne fin. En France, trois chaires de facultés et une chaire d'école secondaire, sont les seules qui en dispensent l'instruction aux élèves, et encore est-il associé à celui de la physique dans la Faculté de Strasbourg. Il existe, il est vrai, des conseils d'hygiène et de salubrité partout, mais leur défaut d'initiative en annihile à peu près les bons effets. Le *Student's Number* ne signale que le collége de l'Université ayant un cours d'hygiène et de salubrité publiques ; à Édimbourg, l'hygiène est enseignée conjointement avec la pharmacie ; elle n'est pas mieux enseignée aux États-Unis, d'après M. de Valcourt.

Cet enseignement est donc insuffisant. Tout ce qui en re-

lève, suivant M. Fonssagrives, serait bien mieux dans les attributions d'un ministère de la police, que dans celles du commerce et des travaux publics. La police garantirait ainsi la sûreté sur toutes ses formes, et l'hygiène publique prendrait ainsi le rang qui lui appartient. (*Gaz. hebd.*, n° 41.)

*Dell' igiene publica in Italia.* De l'hygiène publique en Italie et des études des Italiens sur ce sujet dans ces derniers temps. Rapport fait sur la demande du ministre de l'instruction publique, par le professeur Alph. Corradi. Milan, 1868.

*De l'industrie des machines à coudre*, par le docteur Espagne, 24 pages in-8, librairie *Germer Baillière*. Enquête sur les effets de ces machines sur la santé des ouvrières à la maison centrale de Montpellier, dont il est le médecin, et dans les autres grands établissements industriels, Tout en démontrant l'utilité des moteurs artificiels, il en ressort que leur usage prolongé au delà d'une certaine limite, expose à des inconvénients sérieux, ainsi que nous l'avons déjà signalé. (Voy. *année* 1866.)

**HYGROMA. Hygroma sous-deltoïdien.** Chez un garçon de dix-sept ans, un peu lymphatique, cultivateur, portant toutes les semaines ses produits à la ville, qu'il charge dans un panier assez lourd sur son épaule gauche, apparaît une tumeur qui, à son entrée à l'hôpital de la Charité, a le volume d'un petit œuf, molle, fluctuante, sans douleur ni changement de couleur à la peau. Le doigt y perçoit à la pression de petits corps arrondis, hordéiformes, donnant une sorte de crépitation. Elle se durcit par l'élévation du bras en laissant les fibres du deltoïde se dessiner sous la peau.

Éliminant d'après la fluctuation, le caractère encéphaloïde, lipomateux, fibro-plastique et les abcès par l'absence de douleur, il reste les épanchements sanguins ou séreux. Aucun coup ni chute ne rendant compte du premier, M. Gosselin diagnostique le second en raison du voisinage de la bourse séreuse et l'épanchement de synovie. En effet, la ponction avec un petit trocart donne issue à un liquide roussâtre contenant des grains hordéiformes, et une injection iodée au tiers, bien malaxée dans toute l'étendue de la poche pendant cinq minutes, amena la guérison. (*Union méd.*, n° 1.)



**HYPNOTIQUES.** Voy. INSOMNIE.

**HYSTÉRIE.** D'après un nombre considérable d'observations recueillies dans le service des convalescentes du Vésinet, M. le docteur Chairou conclut que la compression ou l'inflammation de l'un ou des deux ovaires, chez la jeune fille ou la jeune femme, produit sympathiquement la paralysie du mouvement réflexe de l'épiglotte et de tous les organes constituants du pharynx. D'où la cachexie hystérique. L'attaque d'hystérie est la conséquence de cette paralysie réflexe. L'épiglotte, abaissée sur l'orifice supérieur du larynx, ne pouvant se relever, les suffocations, les mouvements convulsifs des membres et les spasmes en sont la conséquence. L'asphyxie amène la perversion de la vitalité et les troubles de la sensibilité. Le traitement doit donc avant tout s'adresser à la lésion locale, l'ovarite, origine principale de tous les accidents. (*Acad. de méd.*, septembre.)

# I

**ICTÈRE.** *Arsenic.* L'observation tant de fois répétée de l'accumulation de cet agent dans le foie et la stéatose de cet organe dans les empoisonnements, au lieu d'appeler l'attention des thérapeutistes sur l'indication d'une action spéciale de l'arsenic sur cette glande, n'ont servi jusqu'ici au contraire qu'à en faire proscrire l'emploi dans les maladies de cet organe. Par exception, M. le docteur Almes, guidé par l'essai des granules d'antimoine qu'il exploite plutôt que par l'idée d'une action spéciale, les a employés dans quatre cas d'ictère chronique, dont un dû à l'intoxication palustre. L'insuccès de nombreux remèdes précédents, la persistance du mal, sa durée et son aggravation croissante, inspiraient toute crainte. La guérison a été obtenue avec l'arsenic, et ce succès doit non-seulement faire revenir des appréhensions établies contre lui, mais engager tous les praticiens à l'expérimenter de nouveau contre les affections hépatiques et l'ictère en particulier. (*France méd.*)

*Physiologie pathologique de l'ictère*, thèse d'agrégation soutenue à la Faculté de Paris, par le docteur Laborde, ancien interne lauréat de la Faculté, etc., etc. Un vol. in-8°.

**INCOMPATIBILITÉS.** *Sulfate de quinine et digitale.* Il y a un bien gros livre à faire sur les incompatibilités de certaines substances médicamenteuses, dit M. Stanislas Martin; ouvrage que le médecin consulterait avec fruit et qui lui éviterait bien des mécomptes. C'est ainsi qu'un médecin ayant additionné le sirop de digitale du *Codex* de sulfate acide de quinine, il se forma un précipité qui lui fit croire à une erreur. Une réaction chimique s'était opérée : le tannin contenu dans la digitale s'était combiné à la quinine pour former un tannate insoluble.

C'est ainsi que le café, le thé et toutes les infusions contenant du tannin neutralisent la saveur amère du sulfate de quinine, mais en diminuant son action. Tous les sels végétaux sont d'autant plus actifs qu'ils sont administrés seuls ou simplement dissous dans l'eau; le médecin qui prescrit une potion très-composée annihile souvent l'action des diverses substances qui la forment. (*Bull. de thérap.*)

**INCONTINENCE D'URINE.** *Cathétérisme.* Employé avec succès par M. Surmay, de Ham, contre l'incontinence du jour comme de la nuit. Jugeant sans doute que c'était par défaut d'irritabilité du col, il a introduit deux fois la sonde métallique à quarante-huit heures d'intervalle, et l'incontinence cessa (*Bull. de la Soc. méd. de l'Aisne*). C'est en pareil cas que, le cathétérisme étant insuffisant, la cautérisation ou l'électrisation du col guérirait à coup sûr. *Sublata causa, tollitur effectus.*

*Balsamiques.* Ils semblent indiqués spécialement contre l'atonie vésicale avec anémie. MM. Gru et Bourbier ont obtenu ainsi de nombreuses guérisons avec le baume de Tolu. Mais la formule suivante, indiquée par M. Chabrely, de Bordeaux, dès 1843, est bien plus active.

| | |
|---|---|
| ℞ Baume de styrax liquide. . . . . } — du Pérou. . . . . } | *dd* 6 grammes. |
| Miel. . . . . | 90 — |
| Gomme arabique. . . . . | q. s. — |

F. un électuaire à prendre conjointement avec de l'eau de goudron.

**INFECTION PURULENTE.** *Curabilité.* Le 11 septembre 1868, entre dans les salles de M. A. Guérin, à l'hôpital Saint-Louis, un homme pour un écrasement du pouce, qui fut traité par des applications d'eau-de-vie camphrée. Le 4 octobre, ce malade est pris de frissons avec claquement de dents, affaissement, teinte terreuse; les frissons ne durent pas moins d'une demi-heure, il y avait en outre douleur très-intense à la région hépatique; enfin, il ne manquait pas un seul symptôme; puis bientôt survint un abcès métastatique du mollet. Le sulfate de quinine fut donné à la dose de 4 grammes par jour jusqu'à 51 grammes en quelques jours. Le malade sortit guéri. Quelque temps après, il se pendit. L'autopsie montra dans le foie une cicatrice ombiliquée caractéristique; d'où la conclusion que l'infection purulente est curable, et que le meilleur traitement à lui opposer consiste dans l'emploi du sulfate de quinine.



Tout en confirmant la curabilité par 6 observations personnelles, MM. Gosselin et Broca doutent de la valeur curative du sulfate de quinine. Elle s'opère, dit M. Broca, quand la réaction vitale est au-dessous de la dose du pus absorbé. Mais M. Guérin explique l'action curative de la quinine en s'opposant aux frissons périodiques qui se montrent et à la fièvre, en tempérant la circulation. Tout en étant impuissant contre le poison, il peut donc guérir en agissant sur les autres symptômes.

La condition la plus favorable à la guérison, selon M. Verneuil, est la facilité des abcès à s'ouvrir à l'extérieur. S'ils sont sous-cutanés ou dans les poumons, pouvant s'ouvrir par une vomique, le pronostic doit être moins défavorable que s'ils siégent dans le cerveau, le foie, le rein. Le fait est que dans 2 cas d'abcès multiples à la surface cutanée, après des accidents formidables observés par nous dans l'état puerpéral, les deux femmes ont guéri.

Sans se prononcer à ce sujet, M. Parise, de Lille, signale 6 nouveaux cas de guérison, dont plusieurs semblent plutôt des cas de pyohémies que de résorption purulente proprement dite (*Gaz. hebd.*, n° 24). Tous les praticiens ont vu des cas semblables, et nous en avons observé nous-même deux très-remarquables qui ont guéri sans traitement spécial, bien que nous ayons donné le sulfate de quinine dans l'un d'eux contre une rémittence bien marquée.

Étiologie. Pour M. A. Guérin, l'infection purulente est un typhus, le typhus chirurgical engendré par un miasme animal, comme l'infection paludéenne l'est par un miasme végétal, mais ne se démontrant pas plus l'un que l'autre. De là, le même re-

mède. Et comme le typhus chirurgical se produit et se développe par l'encombrement, cette doctrine conduit au moins à une prophylaxie efficace, l'isolement des opérés et surtout des amputés, comme on l'a réclamé et mis à exécution pour les épidémies de fièvre typhoïde et de fièvre jaune.

Cette doctrine de l'infection, dont le meilleur parrain, pour les germanophiles, est M. Roser, est réclamée par M. Bouillaud comme d'origine toute française. Lui-même n'a cessé d'en faire une maladie septicémique ; et, en cela, les modernes Allemands n'ont fait que l'imiter, le rajeunir, comme l'a montré M. Verneuil en se constituant le défenseur brillant et précis de cette doctrine. La plaie seule est ici le danger, en ce que les produits de sécrétion sont absorbés comme un virus et vont infecter l'économie. Toute la différence est donc d'un miasme à un principe septique, un virus.

Mais une objection capitale est élevée par M. Chassaignac contre la puissance du miasme et du virus traumatique. Pourquoi les suppurations chroniques ne les infantent-elles pas comme les plaies récentes ? Ces théories, suffisant pour expliquer l'infection putride, ne sauraient expliquer l'infection purulente qui se produit dans les meilleures conditions d'air et de milieu.

M. Legouest est le seul qui, dans cette trop courte discussion, se soit montré fidèle aux anciennes doctrines de la phlébite et du transport du pus en nature dans les veines. Il doute encore de la théorie de Virchow et de celle plus récente de son élève Cohnheim sur le passage des globules du pus à travers les vaisseaux, pour abandonner le mécanicisme tout militaire du Val-de-Grâce. (*Acad. de méd.*, juin.)

En se tenant dans les généralités, l'exposition de théories plus ou moins renouvelées, répondues et augmentées des anciens, cette discussion montre que l'on n'est encore guère avancé sur l'étiologie de cette redoutable maladie. Qu'on l'explique par la métastase, la suppression d'une fonction d'un organe par un trouble quelconque se reportant sur un autre, comme le docteur Mouchaux (*Rev. de thérap. méd.-chirurg.*, n° 16), ou autrement, il est évident que tout est encore mystère dans cette question.

A l'appui des interprétations de M. A. Guérin et du traitement par le sulfate de quinine, M. Ripoll, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, rapporte le cas d'un malade atteint d'un vaste abcès ossifluent à la partie moyenne et interne de la cuisse droite. Il était ouvert depuis sept jours, lorsque l'opéré fut pris d'un violent frisson et de tous les signes d'une résorption purulente. Dans cette prévision, les premières voies sont évacuées avec 1 gramme de poudre d'ipécacuanha, et l'on donne immédiatement 10 centigrammes de sulfate de quinine et du vin de quinquina ; traitement répété les jours suivants. Dès lors les accès cessent dès le troisième jour et ne se représentent pas. La quinine est continuée et le malade se rétablit, de manière qu'un mois après, son état était aussi satisfaisant que possible. (*Revue méd. de Toulouse*, juillet.)



**INJECTIONS.** *La medicazione ipodermica, con alcune osservazioni intorno a tale metodo curativo e alle sue applicazioni* (La médication hypodermique et quelques observations sur cette méthode et ses applications), par le docteur Plinio Schivardi, 1 vol. de 200 pages, avec planches. Milan, 1868. Œuvre d'un médecin laborieux, érudit, polyglotte, résumant les principaux travaux publiés sur cette méthode thérapeutique si généralement employée depuis, et dont l'Italie a fait une des plus heureuses applications à la syphilis. Une statistique des cas de tétanos traités par les injections de curare, lui donne une certaine nouveauté. — Voy. TÉTANOS.

*De la méthode hypodermique* ou des injections sous-cutanées, par le docteur A. Michalski, 96 pages, in-8. Paris, 1868. Ouvrage beaucoup moins complet que le précédent au point de vue historique, mais plus quant à celui de l'originalité.

**Injections hypodermiques.** Résumant tout ce que nous avons dit à ce sujet dans les *considérations et les expériences* dont il a fait l'objet de sa thèse inaugurale (Strasbourg, n° 116, 1868), M. Denis ne cède pas comme tant d'autres à l'engouement de cette médication dont il limite les applications d'une manière sévère. Il avertit le praticien que les accidents sont nombreux, qu'il est aisé de dépasser les doses, que la moindre négligence détermine les lésions locales, et qu'aujourd'hui encore, la difficulté de dissoudre suffisamment un grand nombre de substances doit restreindre de beaucoup la généralisation de ce mode d'introduction. Il ne faut point demander à cette méthode des effets persistants, elle n'a aucune raison d'être

contre les maladies à évolution lente et qui exigent une action continue. Sa véritable place est au second rang. C'est une précieuse ressource pour combattre le symptôme douleur dont les malades demandent avant tout l'éloignement, un moyen souvent héroïque avec lequel le médecin peut calmer de cruelles souffrances. A la morphine appartient le premier rang parmi les agents qui réussissent dans cette voie, l'atropine vient après et de loin le sulfate de quinine offre aussi des avantages incontestables. Injecté, il peut arrêter des accès plus près du moment où ils éclatent et réussir dans des cas où l'estomac ne tolère pas ce médicament. Ces conclusions nous ont paru trop justes et sages pour ne pas être rappelées.

**Injections caustiques interstitielles.** A l'instar des nombreuses tentatives d'injections hypodermiques acides, caustiques ou substitutives dans l'intimité, la profondeur des tissus morbides, M. Richet a essayé d'injecter le chlorure de zinc pour la destruction des tumeurs, comme le professeur J. Simpson l'avait employé avant lui. En constituant un liquide sirupeux lorsqu'on l'expose à l'air, ce caustique peut être injecté avec la seringue de Pravaz. Une seule goutte a suffi pour détruire ainsi des tumeurs relativement considérables. Les loupes ont été particulièrement ainsi attaquées et le goître en a aussi paru modifié heureusement. (*Gaz. des hôp.*, n° 85.)

Il n'y a donc de nouveau dans ce procédé que le but poursuivi. S'il est préférable à l'emploi des flèches par son innocuité, ses applications sont encore trop restreintes pour savoir s'il pourra les remplacer.

**INSOMNIE.** *Tabac.* Dans un cas d'insomnie chronique chez son frère atteint de pleurodynie, les opiats narcotiques qui lui étaient prescrits ne produisant que des nausées et des rêves fatigants, le docteur Hervey lui conseilla de fumer un cigare ou une pipe de Turquie ou de toute autre manière, un peu de tabac doux qu'il considérait comme hypnotique. Comme il en avait l'odeur en aversion, quelques bouffées suffirent à amener un sommeil tranquille. (*American Journ. of med. sc.*, janvier.)

*Bromure de potassium.* Se fondant sur les propriétés hyposthénisantes de ce médicament et sur son innocuité, même à



une assez haute dose, M. le docteur Moutard-Martin a pensé qu'il serait possible d'en tirer un bon parti dans quelques états pathologiques chez les très-jeunes enfants. A chaque instant, dit-il, le médecin est appelé à voir des enfants qui, dans les premiers mois de leur existence, ne dorment pas, et qui, du reste, ne sont pas malades. D'autres qui dorment dans le jour et jamais la nuit. Dans ces cas, où échouent les bains tièdes, l'infusion de tilleul, l'eau de fleur d'oranger, etc., le bromure de potassium réussit d'une manière remarquable. Et il cite plusieurs observations à l'appui et conclut que :

1° Le bromure de potassium, administré à doses modérées, est parfaitement toléré par les enfants en bas âge;

2° Par son action sédative, il guérit l'insomnie des petits enfants, que cette insomnie soit calme ou agitée et mêlée de cris;

3° Administré chez les enfants qui présentent quelques-uns des accidents de la période de dentition, caractérisés par l'agitation, par l'insomnie, par la toux, il réussit fréquemment à calmer ces accidents, et probablement, par son usage prudemment réglé, on pourrait quelquefois prévenir des convulsions;

4° On ne doit pas administrer le bromure de potassium aux petits enfants qui ont la diarrhée;

5° Dans certains cas exceptionnels, où l'éréthisme nerveux est prédominant, le bromure de potassium peut avoir une action prompte et décisive. (*Acad. de méd.*, décembre, 1868.)

Sur la foi de ces observations, le docteur Miles ayant administré de 25 à 50 centigrammes de bromure de potassium à une fille de vingt-huit mois, dont les nuits étaient presque sans sommeil depuis sa naissance par une surexcitation nerveuse, en a obtenu un effet immédiat, et il lui a suffi d'en continuer l'usage pendant dix à quinze jours, à dose décroissante, pour maintenir ce bienfait du sommeil. C'est là un précieux trésor pour les nourrices. (*Lancet*, décembre 1868.)

Un enfant de trois ans était en proie depuis onze mois à une insomnie telle qu'il ne dormait pas plus d'une heure par nuit et parfois autant le jour. Très-agité, il poussait des cris subits, aigus, éclatants, sans que la dentition ni aucune autre cause morbide fût appréciable. Fort et bien constitué, l'intelligence était assez vive et l'appétit très-développé. M. Vergély ayant donné 10, puis 20 centigrammes et graduellement jusqu'à 60 centigrammes de bromure par jour, le sommeil est devenu meilleur.

M. Boursier a également ramené le sommeil par ce moyen chez une petite fille de sept ans qui offrait une insomnie prononcée. (*Soc. de méd. de Bordeaux*, juin.)

**INSUFFISANCE VALVULAIRE.** *Influence des adhérences pariétales.* — Voy. Cœur.

**IODOFORME.** M. Nieszkowski en résume ainsi les propriétés connues dans sa thèse de pharmacie :

1° Comme cicatrisant, il peut être employé avec avantage dans tous les cas où les plaies présentent peu de tendance à la cicatrisation, principalement dans les chancres mous, avec ou sans phagédénisme; dans les chancres indurés et syphilides ulcéreuses, quoique dans cette circonstance il réussisse avec une moindre efficacité dans les bubons suppurés, surtout après l'excision des bords décollés. Mais son pouvoir cicatrisant est surprenant dans les cas d'onyxis, syphilitique ou non ;

2° Dans la stomatite mercurielle très-rebelle, après échec de toute médication possible et en usage, l'iodoforme a réussi dans un très-court délai ;

3° Comme anesthésique, toutes les fois que la plaie est douloureuse, il calme la douleur avec beaucoup d'efficacité ; il est très-utile dans le carcinome et l'épithélioma de l'utérus (Eastlake, Greenhalgh, Nunn, Demarquay); dans les fissures de l'anus, dans les chancres qui causent des douleurs quelquefois assez vives pour empêcher le sommeil, etc., etc.

Comme formes pharmaceutiques sous lesquelles on doit le prescrire pour l'usage interne, ce sont : 1° poudre très-finement porphyrisée (Lallier) ; 2° suppositoire au beurre de cacao (Demarquay) ; 3° pommade iodoformée ; 4° collodion iodoformé (Moretin).

Le pansement à l'iodoforme consiste à saupoudrer la plaie ; néanmoins il paraît réussir mieux dans les cas de syphilide ulcéreuse et de gomme syphilitique, quand on ajoute à ce mode de pansement l'occlusion à l'aide de bandelettes de diachylon. Chaque fois que faire se peut, on doit chercher à employer ce mode de pansement, non-seulement pour la cicatrisation elle-même qui est plus rapide, mais pour empêcher que l'odeur de l'iodoforme qui est très-pénétrante, et qui cause très-souvent des maux de tête très-violents, principalement chez les femmes, se répande autour des malades.



L'iodoforme paraît agir avec plus d'efficacité dans tous les cas où les plaies sont superficielles, et quand il est plus en contact immédiat avec la surface de la plaie ; or il faut donc préalablement faire tomber les croûtes avec des cataplasmes ; si elles sont très-adhérentes, les arracher avec la pince, et laver la plaie saignante avec de l'eau froide ; si la suppuration est trop abondante, il faut nettoyer la plaie, et l'on fera bien de faire un ou deux jours de suite le pansement à l'alcool, eau alcoolisée ou bien eau chlorurée.

## J

**JOURNAUX.** L'importance croissante que prend la presse périodique médicale dans tous les pays pour la vulgarisation de la science, doit en faire rechercher partout les moyens de diffusion et de progrès. Plus que tout autre science, la médecine réclame impérieusement cette voie de propagation des connaissances nécessaires. Science d'observation par excellence, elle doit se faire au jour le jour, par la relation des faits et des incidents qui les accompagnent. Or, les journaux, se publiant à époques régulières et rapprochées, peuvent, bien mieux que le livre, servir à cet effet. Ce sont les tables votives d'autrefois, où chaque médecin devrait inscrire les résultats de son observation. Il ne faut donc pas s'étonner si les médecins écrivent tant : c'est une nécessité indispensable de leur profession. C'est au journaliste judicieux et instruit à faire un triage, un choix dans tous ces matériaux épars et souvent confus de ceux qui sont réellement utiles et qui peuvent servir à l'instruction de ses abonnés.

L'échange des journaux des divers pays entre eux est surtout un des progrès à réaliser. La médecine est cosmopolite, et ses interprètes doivent pouvoir en connaître et en comparer les effets ici et là. On doit donc applaudir à tout ce qui peut le favoriser, et notamment les relations des publicistes entre eux. C'est ainsi qu'a la dernière réunion de l'*American medical association* du 4 mai dernier, siégeant à la Nouvelle-Orléans, les rédacteurs en chef, ou *editors* des journaux de médecine, ont formé une organisation, sous le titre d'*Association des american medical editors*, dont le docteur Davis, rédacteur du *Chicago*

*medical examiner*, est le président. Le but en est d'entretenir entre eux des relations amicales, une assistance mutuelle, une communauté d'efforts et de vues pour l'échange réciproque de leurs journaux et leur envoi à l'étranger, un concert d'action dans les améliorations à réaliser dans l'enseignement, la statistique des naissances et des décès, et autres mesures d'hygiène. C'est là une association qui ne peut qu'être utile à la presse médicale et à ses représentants, et qu'il serait désirable de voir se réaliser dans tous les pays, de manière que les divers comités pussent correspondre ensemble.

Mais l'innovation la plus hardie est l'institution de prix annuels que deux feuilles périodiques viennent de fonder presque simultanément, en soumettant les questions qu'ils ont choisies au concours universel des médecins. C'est là un des plus sûrs moyens d'avoir d'excellents travaux et ensuite des abonnés. La *Gazette des hôpitaux* l'avait bien compris en annonçant ainsi à ses collaborateurs une récompense annuelle importante pour celui qui lui enverrait le meilleur travail. Mais ce n'était là qu'une amorce, un leurre, sinon un mensonge d'habiles faiseurs qui a discrédité en France cette innovation. Elle ne peut s'y réhabiliter que par une exécution sérieuse, une réalisation complète. — Voy. PRIX.

**JURISPRUDENCE.** *Fourniture de médicaments par les médecins.* Un médecin résidant dans une localité où il n'y a pas d'officine ouverte, a le droit, non-seulement de fournir des médicaments à des malades, là, mais dans les communes voisines privées également d'officine, bien qu'il en existe dans le voisinage. Cette question nouvelle a été tranchée par le tribunal de Versailles dans le jugement suivant, du 14 juillet 1868.

« Le Tribunal,

» Attendu que Chassaing, pharmacien à Maisons, commune de Houilles et de Sartrouville, prétend que Damicourt, médecin établi à Houilles, tient dans cette commune une officine ouverte, ce qui lui est défendu par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, et qu'il ne peut non plus fournir de médicaments à ses malades de Sartrouville, où il n'est pas établi;

» Qu'en conséquence, les malades de Houilles et de Sartrouville, commune où il n'existe pas de pharmacie, doivent se fournir dans son officine de Maisons des médicaments dont ils ont besoin ;



» Que dans ces circonstances, il a porté plainte contre Damicourt à raison du préjudice qu'il prétend lui être causé ;

» Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que Damicourt ne tient pas à Houilles d'officine ouverte ;

» Que ce premier chef doit être écarté ;

» Mais attendu qu'il résulte de l'aveu même du médecin Damicourt qu'il a vendu divers médicaments à ses malades qu'il visitait à Sartrouville ;

» Qu'il y a lieu de rechercher si ce fait constituerait un délit tombant sous l'application de la loi ;

» Attendu qu'aux termes de la loi du 21 germinal an XI, les pharmaciens ont seuls le droit de vendre des médicaments, sauf l'exception introduite par l'article 27 au profit des officiers de santé ;

» Attendu que cet article porte que « les officiers de santé » établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près » desquelles ils seront appelés, mais sans avoir une officine » ouverte ; »

» Attendu que si la jurisprudence décide que le médecin ne peut fournir de médicaments au malade qu'il va visiter dans une commune où il n'y a pas de pharmacien, c'est seulement au cas où il existe une officine dans la commune où le médecin est établi ;

» Attendu que la loi ne s'est point occupée du cas où il n'y aurait de pharmacien ni dans la commune habitée par le médecin, ni dans celles où résident les malades que le médecin va visiter ;

» Mais attendu que le législateur, en établissant que les médecins pourraient, dans ce cas déterminé, fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils seraient appelés, n'a point exigé que ces personnes résident dans la commune où le médecin serait établi ;

» Attendu, en effet, que, d'après les termes de la loi, ce n'est pas le lieu du domicile du malade qui a fait admettre, dans l'intérêt du malade, l'exception introduite par l'article 27, mais, au contraire, le lieu du domicile du médecin ;

» Attendu que les exceptions doivent être rigoureusement restreintes dans les limites que la loi leur assigne ;

» Attendu qu'on ne saurait, sans méconnaître les termes et

l'esprit de la loi, créer au profit de Chassaing, pharmacien à Maisons, un privilége exclusif de fournir des médicaments aux malades d'une commune voisine, alors qu'il n'existe d'officine ni dans la commune habitée par le médecin, ni dans celle où il va porter ses remèdes à ses malades,

» Décide que le fait reproché à Damicourt ne tombe sous l'application d'aucun article de loi,

» Le renvoie de la poursuite dirigée contre lui ;

» Condamne Chassaing, partie civile, aux dépens. »

M. Chassaing interjeta appel de cette décision, et après le rapport présenté par M. le conseiller Vignon, Me Duverdy, avocat de M. Chassaing, a soutenu l'appel dans une plaidoirie que Me Guerrier a combattue avec succès, car, sur les conclusions de l'avocat-général,

La Cour, vidant le délibéré, a rendu l'arrêt suivant, le 27 août :

« Statuant sur l'appel interjeté par Chassaing du jugement du tribunal de police correctionnelle de Versailles, en date du 14 juillet dernier, ensemble sur les conclusions prises devant la Cour par Chassaing et par Frette, dit Damicourt;

» Considérant qu'il est constant et reconnu par les parties en cause qu'il n'existe pas d'officine de pharmacie dans la commune de Houilles, où est établi comme médecin Frette, dit Damicourt, ni dans la commune de Sartrouville, voisine de la première ; et que Frette, dit Damicourt, a fourni des médicaments aux malades auprès desquels il a été appelé dans ces deux communes;

» Considérant que Chassaing prétend que cette faculté de fournir des médicaments ne pouvait être exercée par Frette, dit Damicourt, dans la commune de Sartrouville, mais qu'elle devait être restreinte dans les limites de la commune qu'il habite;

» Considérant que, si la loi a confié aux pharmaciens le droit exclusif de préparer et de débiter des médicaments, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI a introduit une exception à ce principe pour le cas où les médecins sont établis dans une localité où il n'y a pas d'officine ouverte;

» Que cet article dispose que les médecins peuvent, dans ce cas, fournir des médicaments aux personnes auprès desquelles ils sont appelés;

» Que ces termes sont généraux et ne distinguent pas entre



les malades habitant la commune où le médecin est établi et les autres communes où il exerce;

» Qu'il est à considérer d'ailleurs qu'il n'existe pas plus d'officine ouverte dans la commune de Sartrouville que dans celle de Houilles;

» Que, lorsque les termes de la loi sont clairs et formels, il n'y a lieu ni de les étendre ni de les restreindre par voie d'interprétation; qu'en matière pénale, notamment, un délit ne peut être constitué que par une prohibition expresse;

» Qu'il suit de là que Frette, dit Damicourt, a pu fournir des médicaments aux malades auprès desquels il a été appelé, dans les communes de Houilles et de Sartrouville, sans commettre aucune infraction aux dispositions de la loi de germinal an XI;

» Adoptant au surplus les motifs des premiers juges, en ce qui n'est pas contraire aux considérants qui précèdent,

» Met l'appellation au néant;

» Ordonne que le jugement dont est appel sortira son plein et entier effet,

» Et condamne l'appelant aux dépens. »

Cette solution forme jurisprudence; et, bien que la Cour de cassation n'ait pas eu à se prononcer, nous croyons qu'elle est certaine et définitive.

*Poids et balances.* A propos de la vente des médicaments par les médecins, il n'est pas inutile d'éclairer un point qui, cette année même, a donné lieu à quelques contestations.

Des médecins mal renseignés ont pensé que le peu de pharmacie qu'ils pouvaient vendre ne les obligeait pas à avoir les poids et les balances réglementaires, et ont résisté aux injonctions de l'Administration ; c'est une erreur qu'a laissé naître et grandir la tolérance de l'Administration à cet égard ; mais il faut admettre que le médecin qui, pratiquant dans une localité non pourvue de pharmacien, vend des remèdes à ses malades, est tenu au payement de la taxe établie pour la vérification des poids et mesures obligatoires pour le dosage des médicaments. En vain dirait-on que le médecin ne peut avoir d'*officine ouverte* en aucun cas. Non, sans doute, mais il a chez lui un certain nombre de drogues et de substances qu'il débite au *poids;* il a également besoin de peser et de doser les substances qu'il emploie pour les remèdes composés, et cela suffit pour l'obliger à

avoir, dans une certaine proportion, les instruments à ce destinés et réglementés par la loi.

Le Conseil d'État l'a d'ailleurs décidé par un arrêt du 20 septembre 1859, ainsi conçu :

« Vu la loi du 21 germinal an XI, vu la loi du 4 juillet 1837 ; — vu l'ordonnance royale du 17 avril 1839, notamment l'art. 15 ; — vu l'arrêté du préfet de l'Aube en date du 10 décembre 1857 indiquant les professions assujetties à la vérification dans le département de l'Aube ; —considérant que, d'après l'art. 15 de l'ordonnance royale ci-dessus visée, il appartient au préfet de chaque département de dresser le tableau des professions qui doivent être assujetties à la vérification, et de déterminer l'assortiment des poids et mesures obligatoires pour chaque profession ; — considérant que l'arrêté du préfet de l'Aube range les médecins autorisés à vendre des médicaments, conformément à la loi du 21 germinal an XI, au nombre de ceux qui sont soumis à la vérification et les déclare passibles de la taxe à raison des poids et mesures qui leur sont indispensables pour le dosage des médicaments ; — considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur A... vend aux personnes auprès desquelles il est appelé les médicaments qui leur sont nécessaires ; que, dans ces circonstances, c'est avec raison qu'il avait été assujetti au payement de la taxe établie pour la vérification des poids et mesures déclarés obligatoires pour le dosage des médicaments..... »

Par ces motifs, le Conseil d'État a annulé l'arrêté du conseil de préfecture, en date du 19 janvier 1859, qui avait déchargé A..., et l'a rétabli sur la liste dressée à la préfecture. Bien que le médecin ne puisse pas avoir d'officine ouverte, bien que comme pharmacien *in partibus* il ne soit pas soumis à la visite du jury médical, la jurisprudence du Conseil d'État nous paraît faire une application de la loi..... sévère, mais juste. (*Union médicale*, n. 17.)

*Malpractice.* Une transition naturelle est le procès de M. W. Popplewell, praticien anglais, qui s'est déroulé le 17 décembre devant la Cour criminelle de Londres. Après avoir accouché mistriss Clifford d'un enfant vivant à l'aide du forceps, une hémorrhagie se déclara, avec syncopes, qui fit administrer des stimulants et procéder rapidement à la délivrance. Il amena au dehors une masse qu'il considéra comme une tumeur, après quoi la femme mourut aussitôt. L'autopsie ayant montré que l'utérus avait été arraché avec le placenta et le cordon y adhérant, une portion du ligament large contenant un ovaire et trois pouces du vagin, M. Philips, tout en constatant une hypertrophie utérine avec dégénérescence graisseuse de cet organe, de même que le cœur, le foie et plusieurs autres organes, conclut néanmoins qu'une force énorme avait dû être employée pour produire des lésions aussi considérables. De là le procès pour *malpractice and manslaughter*, c'est-à-dire meurtre involontaire. Heureusement, l'autorité de M. Barnes, nommé expert, a prévalu. Il a démontré que la dégénérescence graisseuse suffisait à expliquer ces déchirures, ces ruptures par le passage de la tête et une traction normale sur le cordon, et, acceptant ces conclusions, le tribunal a acquitté.



Au point de vue de l'obstétrique autant que de la médecine légale, ce fait rare est du plus grand intérêt et méritait d'être signalé. En mettant un innocent hors de cause, le jugement pourra servir de précédent utile à consulter.

*Incompatibilité.* Contrairement à l'interprétation d'un maire de la loi communale en Italie excluant tous les agents salariés des fonctions de conseiller municipal et qui, en conséquence, refusait de ratifier l'élection faite du médecin de la commune, la Cour d'appel de Casale a jugé, conformément à la jurisprudence établie, que, tout en recevant un *honorarium annuel*, les médecins ou chirurgiens ne doivent pas être assimilés aux agents salariés. A la bonne heure, voilà au moins une jurisprudence éclairée et qui reconnaît au médecin son véritable rang dans la société.

## K

**KÉLOTOMIE.** M. le docteur Labéda a observé un état des plaies dont il n'est pas fait mention dans les ouvrages classiques : c'est que, abandonnées à elles-mêmes et en dehors de toute complication, elles présentent, du troisième au quatrième jour, deux régions bien distinctes : l'une péritonéale, répondant au sac herniaire, d'aspect gangréneux et qui met, comme les plaies contuses, un temps plus ou moins long à se détacher ; l'autre, tégumentaire, répondant aux autres enveloppes de la

hernie, se recouvre beaucoup plus tôt de bourgeons charnus et se comporte comme les plaies par instrument tranchant.

Il explique ces conditions par la circulation anormale et insuffisante du péritoine hernié, distendu et aminci, soumis aux pressions du taxis et, finalement, à celle du traumatisme. Elles sont ainsi rendues à peu près inévitables, de même que l'élimination du sac par gangrène moléculaire, analogue à celle de la résorption des cicatrices enflammées.

Le raisonnement s'accorde ainsi avec l'expérience pour montrer que la réunion immédiate, après la kélotomie, est très-exceptionnelle, et que le chirurgien doit la bannir du pansement comme irrationnelle. (*Gaz. méd. chir. de Toulouse*, n. 10.)

**KÉRATITE. Kératite suppurative.** *Fève de Calabar.* L'action myosique de cette substance s'exercerait aussi, selon M. Galezowski, sur les petits vaisseaux de la cornée. Sous son influence, il en a vu l'engorgement cesser et les plaies, les ulcères se cicatriser rapidement. (*Gaz. méd. de Paris*, n. 8.)

**KYSTES. Kystes de l'ovaire par inclusion.** Ils peuvent contracter des adhérences avec la vessie et le rectum et, l'inflammation s'en emparant, communiquer avec ces organes et même y verser leur contenu. Des calculs urinaires ayant des dents pour noyau, extraits successivement chez une femme de trente-six ans, par le professeur Blackman, n'avaient pas d'autre source, comme l'issue de l'urine par le rectum, de l'air par la vessie et de cheveux, est venu le démontrer. Une série de faits semblables ou analogues empruntés principalement au mémoire de R. Lee, sur ce sujet, à la Société médico-chirurgicale de Londres en 1860, et aux docteurs Heslop, Houston, Civiale, Boivin, Salter, Humphry et d'autres, vient amplement à l'appui de ce fait à peine signalé en France. C'est donc là une source précieuse à consulter pour s'édifier à cet égard. (*Amer. Journ. of the med. sciences*, janvier.)

Une histoire encore plus étrange et très-authentique est le cas d'un kyste de l'ovaire dont un coup de pied détermina la rupture..... et la guérison. Pour n'être pas sans analogues dans la science, ce mode de guérison accidentelle, signalé par M. le docteur Bezencenet à la *Société vaudoise* de médecine le 8 juillet dernier, est trop curieux pour rester ignoré. C'est un procédé de traitement qui, à la honte de notre sexe, a eu probablement la priorité sur tous les autres. Il s'agissait d'un kyste ovarique ponctionné déjà trois ou quatre fois, et dont le liquide se reproduisait avec une grande facilité. Le mari de la malade se constitua un jour son opérateur. Echauffé par de copieuses libations qui lui rendaient l'âme peu endurante et le geste un peu vif, il lui lança dans le ventre un coup de pied qui creva le kyste. Comme conséquence de cet argument *ad feminam*, il y eut affaissement de la tumeur, péritonite peu intense suivie bientôt de résorption du liquide épanché et d'une guérison radicale. Il est douteux pourtant que, malgré ce succès, d'autres malades veuillent se soumettre au même procédé.



## L

**LANGUE. Nouvelle affection parasitaire.** Chez une pensionnaire de Sainte-Périne, M. le docteur Raynaud constata à la base de la langue une plaque noire, de la largeur d'une pièce de 5 fr. en argent, très-nettement circonscrite, et faisant une saillie d'une épaisseur remarquable, surtout au niveau de la pointe du V. La surface en est tomenteuse, ou plutôt villeuse, formant des excroissances piliformes couchées et entrecroisées, très-appréciables à l'œil nu.

Examinées au microscope, elles sont farcies de spores différentes de l'*oïdium albicans*, et de filaments du *leptothrix*, de même que du *cryptococcus cerevisiæ*. C'est une espèce particulière, dont les caractères se rapprochent des spores du *trichophyton*; toutefois, des recherches ultérieures sont nécessaires à en distinguer, en fixer les caractères précis, quoique M. le professeur Gubler ait déjà observé cette coloration noire parasitaire de la langue. (*Union méd.*, nos 77-78.)

**Cancer lingual.** *Ligature.* Une neuvième opération de ce genre a été faite avec succès par M. Demarquay le 24 janvier, ce qui en élève le nombre total à dix-sept. Ce n'est donc plus une nouveauté. (*Union méd.*, n° 71.)

*Ablation.* En présentant un homme à qui il avait fait trois mois auparavant l'ablation presque complète de la langue avec l'écraseur linéaire pour un épithélioma datant de vingt ans, M. Demarquay fait remarquer que c'est la troisième opération

de ce genre qu'il pratique. L'une date de cinq à six ans et n'a pas été suivie de récidive, la seconde est du mois de novembre 1868, sans récidive également (*Soc. de chir.*, juillet). Ce sont là de bonnes promesses pour l'avenir.

**Sarcome congénital.** Le 4 janvier dernier, Mme Kennedy, en mettant pour la première fois son enfant nouveau-né au sein, remarqua un gonflement de la langue qui, à l'examen du docteur Hadden, fut trouvé être une tumeur ronde grosse comme une noisette, presque solide, sans changement de couleur avec les parties environnantes, située à un demi-pouce de la pointe de la langue, près du frein et un peu à gauche. Aucun vice héréditaire n'existait chez les parents. Cette tumeur augmentant quinze jours après la naissance, la mère recourut en vain à plusieurs chirurgiens pour l'opérer. Ils refusèrent à cause de l'âge de l'enfant, ce n'est que le 24 mars qu'il fut présenté à cet effet à M. Jacobi, professeur des maladies des enfants au collége des médecins et chirurgiens de New-York.

Visage pâle, mais clair et sans expression morbide. Toutes les fonctions sont normales, sinon la déglutition, qui est un peu difficile. Voix normale ; pas d'engorgement ganglionnaire. La tumeur a le volume d'une noix, arrondie inférieurement et reposant sur le plancher de la bouche. Quoique assez dure, elle est pourtant élastique et d'une vive couleur rouge. Toute cette masse pouvant être facilement attirée en avant, l'opération suivante fut pratiquée le lendemain.

L'enfant étant chloroformé, un fil de soie fut appliqué autour de cette tumeur pour l'isoler. Mise en contact avec un fil de platine d'une batterie galvano-caustique, elle tomba en quelques secondes en déterminant la perte de quelques gouttes de sang dont le galvano-caustique réprima bientôt l'écoulement. La plaie était aussi nette qu'avec le bistouri, et l'enfant réveillé but aussitôt et continua à teter et se nourrit parfaitement, sans fièvre ni aucune complication. La ligature ne fut enlevée que le troisième jour, et le 9 avril la cicatrisation était à peu près complète, avec une consistance normale de la pointe de la langue.

L'examen microscopique de la pièce anatomique, fait par le docteur Knapp, montra un petit kyste intérieur, et la constitution morbide du sarcome fuso-cellulaire de Virchow ou carcinome fasciculatum de Rokitanski. Une récidive est donc à craindre, quoique la diathèse ici ne puisse être invoquée. En



tout cas, c'est un exemple curieux et peut-être unique. (*Ther. Journ. of obst.*, mai.)

*Observation sur la curation des maladies organiques de la langue*, précédées de considérations sur les causes et le traitement des affections cancéreuses en général, par le docteur Déclat. Paris, 1868.

*Ulcère tuberculeux*. Voy. TUBERCULOSE.

**LARYNX.** *Examen laryngoscopique*. Divers moyens d'anesthésier la muqueuse ont été proposés et employés pour le rendre tolérable : le bromure de potassium, par M. Duncan Gibb et de petits morceaux de glace par M. Morell Mackensie. Mais après avoir expérimenté cette dernière méthode, M. W. Marcet a trouvé que l'action de la glace ainsi administrée est trop fugace et légère. Pour la rendre plus intense et durable, il se sert de petits sachets oblongs de glace pilée dans des vessies qu'il applique au devant du cou en manière de cravate. Quelques minutes d'application avant l'opération suffisent et on le laisse en place tant que dure l'examen, sans qu'il en soit résulté ni danger ni souffrance. Quelques morceaux de glace à l'intérieur accélèrent encore l'anesthésie, permettant ainsi un examen aussi prolongé que possible et toutes les opérations nécessaires.

CORPS ÉTRANGERS. Les sangsues introduites dans les voies aériennes sont gênantes, inquiétantes, mais non pas dangereuses, dit M. Ridreau ; elles provoquent des hémorrhagies un peu débilitantes, et des chatouillements très-incommodes, mais, même dans le larynx, la dyspnée qu'elles produisent n'est ordinairement pas assez grave pour nécessiter la trachéotomie. Elles se détachent au bout de quelques jours. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

*Lésions dans la phthisie* (voy. ce mot.)

ULCÉRATIONS. *Diagnostic différentiel*. En voici le tableau d'après M. Morell Mackensie qui a fait une étude comparée de ces lésions à l'hôpital spécial des maladies de la gorge, de Londres.

Dans la syphilis, ulcérations étendues le plus souvent à l'épiglotte avec traces d'ulcérations antérieures dans le pha-

rynx, sécrétion épaisse, jaune et très-tenace ; rapide destruction des tissus, sans que souvent il y ait engorgement notable autour d'elles.

Phthisie : gonflement caractéristique plus ou moins uniforme, précédant toujours l'ulcération qui commence généralement par le voisinage des cartilages aryténoïdes où il se forme une tuméfaction puriforme, de même que sur l'épiglotte quand elle l'attaque. La sécrétion en est claire et écumeuse.

Dans les cancers épithéliaux, le gonflement est irrégulier et modifie infiniment plus la conformation des parties. Le siége de l'ulcération est ordinaire sur la face postérieure du cartilage aryténoïde et la paroi correspondante du pharynx. La sécrétion en est très-rare. (*Med. Society of London*, mai.)

Tumeur laryngée. *Trachéotomie préparatoire.* Chez un garçon de quinze ans, qui après dix-huit mois d'enrouement rebelle était amaigri de manière à faire craindre pour sa vie, le docteur Atlee ne pouvant faire supporter l'examen laryngoscopique, crut devoir recourir à la trachéotomie préalable pour éclairer la nature de l'obstacle à l'entrée de l'air et remettre le malade en meilleur état par une hématose plus complète, comme moyen d'arriver à un traitement curatif. C'est ce qui eut lieu. La trachéotomie fut pratiquée le 3 octobre, et ce n'est que le 17 novembre suivant que le malade étant revenu à un meilleur état de santé, par l'usage d'une canule à demeure, put supporter l'anesthésie chloroformique, et la laryngotomie consécutive qui permit de détruire une tumeur épithéliale assez volumineuse. Elle pesait vingt grains. Après une large cautérisation, la plaie fut fermée et, le 24 janvier, l'enfant avait recouvré sa voix et repris ses études dans le meilleur état de santé, pesant 86 livres au lieu de 64. (*Am. Journal*, avril, et *Gaz. hebd.*, n° 24.)

Voy. Rétrécissements syphilitiques.

**LÈPRE.** *De la contagion*, seule cause de la propagation de la lèpre, par le docteur Drognat-Landré, brochure de 80 pages in-8, *Librairie Germer Baillière*, Paris. A l'appui de sa thèse, l'auteur fait l'histoire inédite de la lèpre à Surinam avec des exemples de contagion peu probants et qui ne permettent guère de l'admettre d'une manière rigoureuse ; puis il passe en revue tout ce qui en a été dit dans les différents pays de l'Europe où



elle est endémique, dans l'Asie et l'Afrique. C'est donc une indication plutôt qu'un résumé de ce qui a été dit sur la lèpre au point de vue de son étiologie en cherchant à faire prévaloir la contagion qui est loin d'être prouvée par des faits convaincants.

**LEUCOCYTHÉMIE. Leucocythémie adénoïde.** M. Isambert, pour mieux montrer la relation, l'analogie de la leucémie avec l'adénie et leurs rapports inséparables, a décrit sous ce titre le fait d'un cordonnier de cinquante-cinq ans observé à la Pitié, et dont l'unique symptôme sensible, apparent, perceptible, était des tumeurs ganglionnaires très-volumineuses et multiples, coïncidant avec la perte des forces, un état général de dépression et l'existence de leucocytes dans le sang, alors que ni le foie ni la rate ne présentaient d'altérations.

Dès lors, l'adénie reste stationnaire, tandis que la proportion des leucocytes augmente chaque jour et, à l'autopsie, on ne trouvait que l'hypertrophie des organes qui pouvaient les engendrer. (*Soc. des hôp.*)

Une grande discussion s'est élevée à ce sujet. Tandis que pour M. Dumontpallier, c'est l'adénie de son maître Trousseau et une adénie avec leucocytose, pour M. Ollivier, M. Archambault et M. Bergeron, comme M. Isambert, voient trop de similitude dans les symptômes et même les lésions anatomiques entre l'une et l'autre maladie pour les séparer. Ce qui prouve qu'en voulant diviser et subdiviser à l'infini, d'après les symptômes seuls, on tombe dans l'obscurité et l'erreur, de même qu'en réunissant à l'extrême. Qu'il y ait des cas types de l'une et l'autre altération, c'est incontestable ; mais y a-t-il adénie sans leucocytose et réciproquement? *That is the question.*

**LIGATURE.** Dans les lésions traumatiques avec division d'une branche artérielle exigeant la ligature, le docteur Roser croit préférable de la pratiquer sur le tronc principal qu'au siége même de la division, comme c'est la règle en chirurgie. De même que Guthrie, il admet que ce mode expose moins à augmenter la suppuration, à la septicémie et autres accidents. Mais M. Ravath répond avec juste raison qu'il est bien plus chirurgical de pratiquer l'une ou l'autre suivant les cas, sans

adopter celle-ci à l'exclusion de celle-là. (*Schmidt Jahrbucher*, n° 3.)

*Nouveau mode de ligature.* Afin de ne pas diviser le vaisseau dans sa continuité et ne pas en couper la membrane interne pour se mettre mieux à l'abri des hémorrhagies consécutives, le docteur Lente recommande à l'expérimentation des chirurgiens, comme ne l'ayant pas encore suffisamment employée lui-même, la modification suivante : A un fil d'argent de 3 pouces environ, plus ou moins, suivant le calibre du vaisseau à lier, plié en deux, faites un ou deux nœuds aussi près que possible de l'anse. Un aide le saisissant alors avec une pince à cet endroit, les deux extrémités libres écartées, il suffit de le placer contre le vaisseau mis à nu ou à passer l'une de ces extrémités dessous, à la manière ordinaire, pour que le chirurgien n'ait qu'à compléter la ligature, de manière qu'elle soit arrêtée par le nœud préalable fait au fil. La striction ainsi limitée sur ce nœud, on comprend qu'elle comprime plutôt qu'elle ne divise les parois artérielles. Le fil est coupé à ras du nœud, et la ligature abandonnée dans les tissus. Six observations rapportées à l'appui montrent du moins que l'on peut l'expérimenter sans danger. (*Am. Journ. of med. sciences*, avril.)

*Valeur comparée de la ligature avec l'acupressure et la torsion.* Pour en juger le mérite comparatif, M. le docteur Ogston institua des expériences au nombre de 34, consistant à placer du mercure coulant dans le bout supérieur des artères d'un cadavre, recueillies, aussitôt que possible, et prises de préférence dans la carotide et ses branches. La pression pour arrêter la circulation dans la radiale étant de 4 à 8 livres, la colonne de mercure a varié de 4 à 16 pouces, suivant le calibre des artères. Une colonne de 114 pouces n'a pu en rompre les parois.

Pour la torsion, les résultats ont été très-variables. Dès que le mercure s'élève à quelques pouces, on voit le déroulement, le déplissement de l'artère tordue s'effectuer, et le mercure s'est échappé à une pression moyenne de 13 pouces, soit un peu plus de 6 livres. D'où il résulte que c'est un moyen peu sûr.

Pour l'acupressure exécutée en comprimant l'artère entre l'aiguille et une anse de fil, le mercure passait à quelques pouces de haut, lorsque le fil n'était que peu serré; mais, en augmentant la constriction au point de rompre les deux parois internes de l'artère, le mercure ne s'est plus échappé qu'à une



moyenne de 23,3 pouces. Ce moyen est donc plus sûr que la torsion.

Mais la ligature est bien supérieure. Dans 7 cas, la pression fut portée aussi loin que possible, et, dans un seul, le vaisseau se rompit à 85,5 pouces au niveau d'une plaque athéromateuse. Les autres résistèrent à 114 pouces. La ligature reste donc le meilleur moyen hémostatique. (*Lancet*, avril.)

Les expériences faites dans ces conditions, bien différentes que celles où le chirurgien se trouve, n'apprennent donc rien de nouveau, et montrent qu'elles sont bien plus un objet de curiosité que d'utilité pratique.

*Observations on the ligature of arteries on the antiseptic system* (observations de ligature d'après la méthode antiseptique), par J. Lister, professeur de chirurgie à l'Université de Glasgow, Édimbourg. C'est l'exposé des expériences et des observations cliniques de l'auteur sur l'emploi de l'acide phénique en chirurgie, qui a pris de si grandes proportions en Angleterre (Voy. Antiseptiques.)

**Ligature de la sous-clavière.** Pour mieux en montrer les résultats, M. Koch a divisé les 250 faits qu'il en a recueillis suivant le siége exact de cette ligature, c'est-à-dire en dedans, en dehors, entre les scalènes et au-dessous de la clavicule.

Des 44 cas de la 1re série, tous les opérés succombèrent : 3 par lésions de la plèvre ou de la trachée, les autres d'hémorrhagies secondaires, tandis que dans les 13 de la 3e série, il y eut 6 succès avec une inconnue : ce qui indique des conditions favorables. C'est ainsi que contre les anévrysmes spécialement, la ligature entre les scalènes n'a donné que 2 décès sur 7 opérations, et 17 sur 25 au contraire en dehors. Et pourtant, c'est le plus souvent là que se pratique cette redoutable opération. Il y en a eu en effet 183 cas, dont 163 chez l'homme et 42 chez la femme ; 83 fois à droite et 60 fois à gauche : 100 opérés moururent. Des 47 cas de la 4e série, il y eut 17 guérisons, dont 13 contre des anévrysmes, sur 26 cas ou la moitié, et 4 contre des hémorrhagies, sur 17 cas. (*Arch für Klin. chirurgie.* et *Arch. de méd.*, août.)

En signalant ainsi les résultats et même les accidents particuliers, cette statistique montre le plus ou moins de danger de cette ligature, suivant le siége, les lésions et même les acci-

dents, les complications à redouter ; elle en éclaire donc beaucoup le pronostic.

**Ligature de la carotide.** *Huile phéniquée.* Un succès obtenu par M. Maunder avait été attribué aussitôt au liquide antiseptique (*V. année* 1868). Mais le professeur Spence, d'Édimbourg, a montré le contraire en répétant la même opération sur la carotide primitive droite avec des fils imbibés suivant le procédé de M. Lister. Malgré toutes les précautions prises, l'opéré succomba deux jours après, avec les symptômes ordinaires du coma et de la paralysie du côté opposé (*Lancet*, juin). C'est donc là une triste preuve que la ligature dite antiseptique ne prévient pas les accidents inhérents à cette dangereuse opération.

**Ligature temporaire de l'aorte abdominale.** Exécutée par M. W. Stokes à l'hôpital Richmond, de Dublin, le 8 mars dernier, sur un commissionnaire de cinquante ans qui ne pouvait supporter la compression. La tumeur pulsatile s'étendait depuis le ligament de Poupart jusqu'à 1 pouce au-dessous de l'ombilic, et occupait l'iliaque droite et la partie supérieure de la fémorale. Par une longue incision semi-lunaire latérale gauche, il mit la tumeur à découvert, et, ayant reconnu qu'elle avait contracté des adhérences avec l'iliaque primitive rendant la ligature de celle-ci impossible, il passa l'aiguille à anévrysme armée d'un fil d'argent autour de l'aorte, au-dessus de sa bifurcation, puis passa les deux extrémités à travers le compresseur artériel de M. Porter, en exerçant des tractions jusqu'à ce que tous bruit et battement aient cessé dans la tumeur. Ces bouts furent ensuite assujettis dans le clamp, et, tous les tissus étant ensuite replacés, la plaie fut fermée par des points de suture comme dans l'ovariotomie.

A deux ou trois reprises, pendant l'opération, le pouls cessa et les lèvres se décolorèrent ; mais quelques gouttes d'eau-de vie et d'ammoniaque, versées sur la langue, dissipèrent ces accidents. Il n'y eut pas de paralysie des membres inférieurs, quoique la température fût un peu plus basse à droite qu'à gauche. Malgré les plus grands soins, l'opéré ne survécut que treize heures environ. L'autopsie montra des adhérences de la tumeur avec les parties voisines et une érosion partielle des os. On s'assura, par une injection dans l'aorte, que le liquide



ne passait pas la ligature. L'enlèvement du compresseur se fit avec une grande facilité et laissa voir que les parois du vaisseau n'avaient pas subi la moindre lésion ; un peu de pâleur et une légère concrétion fibrineuse étaient les seules traces de la ligature.

Rappelant les cinq cas de cette formidable ligature qui ont précédé celui-ci, pour des anévrysmes de même nature, dus à A. Cooper en 1817, James en 1829, Murray en 1834, Monteiro en 1842 et South en 1856, M. Stokes, tout en signalant son issue fatale dans les six cas, termine en disant que sa conviction est que cette opération redoutable peut être faite avec succès. (*Dublin quarterley Journal*, août.)

On ne saurait avoir une foi plus ferme ; mais, en considérant que l'opéré de M. Monteiro a survécu dix jours et n'a succombé qu'à l'hémorrhagie consécutive à la chute de la ligature, M. Stokes pense que celle-ci, faite avec le compresseur de M. Porter, en ne lésant pas l'artère, permet d'espérer un succès définitif de cette opération désespérée.

**LIPOMES.** Diagnostic. En projetant un jet d'éther sur la tumeur, celle-ci durcit à l'instant, selon M. Darbez, changement causé probablement par le refroidissement subi par la matière adipeuse qui se densifie sous cette action. Basé ainsi sur la constitution organique de la tumeur, ce signe pourrait avoir plus de certitude que les fameuses adhérences longitudinales et transversales, isolées les unes des autres, qui s'observent à la surface de la tumeur lipomateuse, en la soulevant légèrement, signalées par Velpeau comme un signe diagnostique. En tout cas, c'en sont deux pour un.

A propos de l'ablation d'une tumeur de ce genre qui ne pesait pas moins de 5 kilogrammes, développée à la partie interne de la cuisse et dont la cicatrisation eut lieu sans complication locale, M. Kœberlé fait les réflexions pratiques suivantes :

L'érysipèle, dit-il, est très-fréquent à la suite de l'ablation des lipômes volumineux, en raison des foyers hémorrhagiques qui se forment sous les lambeaux cutanés, si on ne laisse pas aux liquides une issue parfaite. De là, l'antipathie des chirurgiens pour la réunion immédiate que je pratique toujours avec des épingles, mais en ayant soin de ménager un ou plusieurs points pour l'écoulement libre des liquides avec des tubes en verre qui n'occasionnent aucune irritation locale. J'ai très-

rarement observé des accidents. J'enlève toujours les épingles après quinze à vingt heures, après avoir préalablement appliqué sur la peau une suture sèche au collodion avec des filaments de charpie disposés transversalement entre les points de suture. Aucune irritation inflammatoire ne survient alors, comme il en signale trois exemples types.

La réunion doit toujours avoir lieu sans aucune irritation appréciable de la plaie si l'on n'a pas froissé, irrité, comprimé les tissus et si les surfaces saignantes n'ont pas été contaminées par des impuretés, et pourvu que l'hémorrhagie soit complétement tarie et qu'aucun vaisseau lymphatique n'ait été divisé. Quelle que soit l'étendue de la plaie, il ne survient alors ni inflammation traumatique, ni fièvre, ni érysipèle, toujours consécutifs à une irritation locale. J'ai toujours soin de faire les incisions, non suivant le grand axe des tumeurs, mais suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques afin d'en intéresser le moins possible. La lymphe plastique de Hunter n'est que celle des vaisseaux lymphatiques, essentiellement antiplastique et qui s'oppose à la réunion tant que ces vaisseaux ne sont pas oblitérés. Sur la ligne médiane où ils font défaut, la réunion immédiate a lieu le plus aisément, et de même des incisions parallèles à leur direction sur le tronc ou les membres, tandis que la moindre incision transversale ou oblique les intéressant ne se cicatrise qu'à la suite d'une suppuration plus ou moins prolongée. (*Gaz. méd. de Strasb.*, n. 4.)

Il y a là des modifications opératoires et un mode de drainage particulier qui, en présence des succès chirurgicaux de l'habile chirurgien de Strasbourg, mérite d'attirer la plus sérieuse attention.

*Electricité.* Un hasard étrange a mis M. Darbez sur la voie de ce remède. Chez un paralytique qui portait plusieurs lipômes, l'électrisation ayant été employée par M. Onimus, ces tumeurs disparurent spontanément peu de temps après. Faut-il expliquer ce fait par une excitation de tout le système lymphatique et une résorption consécutive des éléments lipomateux? Un amaigrissement en serait résulté et il n'a pas eu lieu. Est-ce à une perturbation des vaso-moteurs des tumeurs? Rien ne le dit; mais il n'en est pas moins vrai que d'après ce fait, il y aurait une raison de recourir à l'électrisation dans la diathèse lipomateuse.



**LITHOTHLIBIE.** Dénomination nouvelle d'une opération pour l'écrasement des calculs dans la vessie au moyen du toucher par l'anus ou combiné avec le cathétérisme par le docteur Denamiel. Soumise successivement à l'Académie en 1853 et ensuite à la Société de chirurgie dans des mémoires spéciaux, cette méthode n'ayant pas eu l'honneur de l'appréciation si compétente de ces corps savants, l'auteur la livre au public. Elle est fondée sur l'extrême friabilité de certains calculs que de simples pressions suffisent à désagréger par leur ramollissement avec l'usage préalable des eaux alcalines et leur situation ordinaire dans le bas-fond de la vessie. Deux faits seuls sont rapportés à l'appui. Il s'agit d'enfants de trois ou quatre ans. Après un lavement et l'usage abondant de boisson sans uriner, le malade étant assis sur une commode élevée, on introduisit le cathéter métallique dans la vessie et l'indicateur gauche dans le rectum. Il suffit de presser le calcul entre le doigt et la sonde pour qu'il cédât et, en répétant la même manœuvre sur les débris, l'enfant urina et rendit aussitôt du sable et des graviers en abondance. (*Traité de la lithothlibie*, par M. le docteur Denamiel, un vol. in-8, Paris.)

En admettant que cette manœuvre soit sans danger pour la paroi vésicale qu'elle contond plus ou moins, on voit que la méthode n'est applicable que dans un nombre de cas très-restreint et que l'on ne peut connaître que par des tentatives. Or, ces tentatives ont-elles toute l'innocuité désirable? C'est ce qu'il s'agirait tout d'abord d'élucider.

**LUPUS.** Traitement. Trois remèdes seuls l'améliorent ou le guérissent, dit le docteur Milton, l'arsenic et le calomel dans le lupus de la face, l'iodure de potassium contre celui des membres; tous les autres remèdes internes ou externes n'ont qu'une valeur douteuse ou sont complétement inutiles. L'iodure de potassium, donné à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour dans une tisane amère est le spécifique du lupus des membres et agit rapidement.

Contre celui de la face ou de la tête, la solution de Valangier (*liquor acidi arseniosi hydrochloridi*) est la meilleure préparation à la dose de 72 centigrammes, 3 fois par jour pendant ou aussitôt après le repas et que l'on peut élever graduellement de 3 à 4 grammes si elle est bien supportée. Quand la guérison se fait attendre, on peut recourir aux pilules de calomel, 5 à

10 centigrammes par jour pour commencer et que l'on peut doubler graduellement. Celui-ci paraît surtout applicable aux formes serpigineuses et légèrement ulcérées, de même que contre le phagédénisme. On peut y joindre les caustiques à l'extérieur avec un régime fortifiant et gras surtout. (*Journ. of cutan. medicine*, novembre 1868, et *Lyon méd.*, n° 2.)

**LUXATIONS.** Dans un cas de luxation sous-coracoïdienne de l'épaule gauche, datant de seize jours, chez un homme vigoureux, M. le docteur Rouge, de Lausanne, en obtint facilement la réduction par le procédé de Baumann. Le blessé assis sur le sol, on place un petit banc derrière lui sur lequel monte un aide, et posant un pied sur l'épaule luxée, il attire doucement le bras démis à lui, tandis que le chirurgien, à côté du malade, suit avec la main le mouvement de la tête de l'humérus et, lorsqu'il sent qu'elle est arrivée sur la cavité glénoïde, il fait lâcher brusquement le bras qui, en tombant, bascule sur la main de l'opérateur et se réduit seul (*Bull. de la Soc. méd. vaudoise*, mars 1868). C'est là sans contredit un procédé simple, sûr et expéditif qui mérite d'être vulgarisé et employé à l'exclusion des mouffles ni de cet appareil effrayant qui suffit à effrayer un blessé et peut causer de graves accidents, comme il y en a beaucoup d'exemples.

**Luxation du bras.** *Avantages du basculage sur le soulèvement.* Le premier, dit M. L. Marie, met en œuvre un levier du premier genre dont le point d'appui comme le genou du chirurgien, un dossier de fauteuil, un tréteau, est fixe, solide et porte tout près de la résistance. Le second, au contraire, représente un levier du troisième genre dont le point d'appui formé par les aides, est fuyant, vacillant, éloigné, presque idéal, tandis que la puissance figurée par les mains ou le pli du bras de l'opérateur, est subordonnée à sa force musculaire. De là les insuccès de celui-ci. C'est ainsi que, ne pouvant obtenir la réduction d'une variété sous-glénoïdienne par ce procédé, M. Marie eut l'idée de poser son pied sur le siége du blessé et, plaçant horizontalement le bras luxé sur le bas de la cuisse, sinon de son genou, il fixa l'omoplate d'une main, puis saisissant le coude de l'autre, tandis que le bras est tiré et abaissé, il tord l'humérus sur son axe, et le tour fut aussitôt fait. De là la supériorité du basculage qui fait du chirurgien un véritable artiste comme il convient, et non plus un mécanicien dont le succès est subordonné à sa force musculaire. (*Union méd.*, n° 2.)



**Luxation du premier métatarsien.** *Extraction.* Chez un cocher de vingt-trois ans, entré le 26 janvier à la Maison municipale de santé, M. Demarquay voyant la tête du premier métatarsien faire issue par une plaie à la face interne du pied avec rotation sur lui-même, de manière que la face articulaire avec son congénère se trouvait en bas, n'hésita pas, quoiqu'il n'y eût pas crépitation, à agrandir la plaie et tout en reconnaissant avec l'index qu'il n'y avait pas de fracture, mais que l'extrémité postérieure de l'os était engagée sous le deuxième métatarsien et retenue par le tendon du long péronier, il divisa celui-ci et enleva l'os. Et le blessé après vingt jours quittait l'hôpital, parfaitement guéri et peu de claudication.

Réunissant ce fait à treize autres collectés dans la science, MM. Blanquisque et Lassalas, dans une étude sur ce sujet, montrent que l'extirpation de l'os est préférable aux autres méthodes de traitement quand l'os a ainsi perdu ses rapports naturels et subi de telles lésions, que la carie ou la nécrose doivent en être le résultat. C'est ainsi que sur 3 cas de résection, il y a eu 2 guérisons avec difformité et claudication et le troisième opéré mourut d'une infection purulente par la carie de la portion restante de l'os. La réduction beaucoup plus logique quand elle est possible, sur 7 cas, a donné 2 guérisons complètes après soixante à soixante-dix jours de traitement, 3 guérisons avec ankylose, 1 résultat douteux et 1 mort. Les abcès multiples, la suppuration, sont en effet très à craindre dans ce cas. De là des incisions, des débridements analogues à l'ouverture de la plaie pour l'extraction de l'os, et qui dans les 3 cas où elle a été faite a donné une guérison rapide avec une légère déformation du pied ne gênant pas la marche. D'où ces conclusions que dans les luxations compliquées de la tête du métatarsien on doit faire la réduction toujours possible par l'agrandissement de la plaie avec l'incision préventive de M. Laugier, extirper l'os quand il y a luxation complète sur le cunéiforme avec arrachement des muscles et des ligaments, supports naturels des vaisseaux nourriciers, en rejetant complétement la résection de la tête de l'os. (*Gaz. hebdom.*, n° 15.)

**Luxations coxo-fémorales.** *The mecanism of dislocation and fracture of the Hip* (Mécanisme des luxations et fractures de la hanche et réduction par la flexion), par H. Bigelow, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de l'Université Harward. 1 volume de 118 pages et 52 planches originales. Philadelphie. Plaidoirie en faveur de la flexion et démonstration de sa valeur.

*Des luxations coxo-fémorales* congénitales et spontanées, au point de vue des accouchements, par le docteur Guéniot, professeur agrégé, chirurgien des Enfants-Assistés, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris; in-8 de 150 pages avec 12 figures dans le texte. Premier travail d'ensemble, c'est-à-dire anatomique et clinique sur ce sujet. Une nouvelle variété de *bassin à type ilio-fémoral* s'y trouve décrite avec tous ses caractères distinctifs, simple et double, puis observations et planches à l'appui. L'influence de ces luxations congénitales et des déformations consécutives appréciées statistiquement, montre qu'elle complique l'accouchement 1 fois sur 7. Les luxations d'origine coxalgique paraissent plus dangereuses sous ce rapport. C'est là une monographie nouvelle et complète, qui a valu à l'auteur le titre bien mérité d'agrégé de la Faculté.

**Disjonction de l'os malaire.** *Semi-luxation en arrière.* Après une chute d'une hauteur de douze marches, sur la pommette droite, le caporal C... a une hémorrhagie nasale abondante; céphalalgie vive sans douleur locale. A son examen à l'hôpital, on constate une tuméfaction considérable de l'orbite, la joue et la tempe avec œdème, exophthalmie et ecchymose sous-conjonctivale prononcée; abaissement difficile de la mâchoire inférieure; épistaxis, pouls à 75.

Malgré des applications répétées de sangsues, de révulsifs et de résolutifs, l'insomnie persiste ainsi que l'épistaxis et la tuméfaction augmente, et ce n'est que le sixième jour que par sa diminution M. Sonrier rencontre sur le bord orbitaire externe des saillies et des dépressions anormales. En suivant du dehors la saillie de l'apophyse zygomatique, arrivé à 4 centimètres du rebord orbitaire, c'est-à-dire au niveau même de son articulation avec l'os malaire, la substance manque, le pont osseux est interrompu, une dépression d'un centimètre de



profondeur existe avec résistance au fond. De même en longeant le bord inférieur de l'orbite, on est arrêté vers son milieu par une saillie formée par le bord orbitaire externe du maxillaire supérieur. Reporté en haut de l'orbite, le doigt constate une autre saillie qui n'est autre chose que l'apophyse orbitaire externe de l'os frontal. Une crépitation sourde déterminée par un léger mouvement d'avant en arrière, l'ecchymose à la hauteur des sutures et un défaut d'harmonie dans les teintes de la face témoignent d'une semi-luxation de l'os malaire ainsi que la douleur dans l'oreille avec un écoulement de liquide séro-purulent, la difficulté de bâiller et une analgésie sur tout le trajet du nerf sous-orbitaire, contus ou déchiré par ce déplacement. Ce n'est qu'insensiblement et après plus de cinquante jours que les accidents disparurent et que la sensibilité revint par l'emploi local de la strychnine. (*Bull. de méd. et pharm. milit.*, mai). C'est là un fait rare, sinon unique, d'un déplacement de la symphyse de l'os malaire par contre-coup direct.

## M

**MALADIES.** *Études sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles*, pour servir à l'histoire des évolutions séculaires de la pathologie, par M. Anglada, professeur de pathologie médicale à la Faculté de Montpellier; 1 vol. in-8 de 700 pages.

Histoire rétrospective des grandes épidémies qui ont désolé le monde depuis la peste d'Athènes jusqu'au choléra contemporain. Chaque chapitre forme comme une monographie séparée de chacun de ces fléaux dont l'individualité pathologique ressort par une grande érudition et des remarques, des observations originales. Disons pourtant qu'à une distance aussi immense et avec l'insuffisance des documents historiques qui les ont fait connaître, il est bien difficile de se prononcer d'une manière absolue. C'est là un livre de philosophie plutôt que de clinique, mais qui, au point de vue historique, fait le plus grand honneur au célèbre professeur de Montpellier.

**MANIE.** *Traité de la manie raisonnante*, par le docteur Campagne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergnes,

1 vol. de 520 pages, Paris. Ouvrage couronné par la Société médico-psychologique, avec le prix André, en 1868, et qui acquiert par là une haute recommandation.

**MASQUE.** Revenant sur les rapports qui existent entre ces taches de la face et la menstruation, comme M. Jeannin l'a établi (V. *année* 1868), M. Parrot, sans les révoquer en doute ni les contredire, montre que, dans un certain nombre de cas, les accidents nerveux hystériques, névralgiques, gastralgiques sont beaucoup plus prédominants que ceux de la menstruation. Des exemples en font foi, mais il faut reconnaître que, chez la généralité de ces femmes névropathiques, la menstruation laisse à désirer dans sa régularité ou sa quantité. Il ne suffit donc pas de dire qu'elles étaient réglées; il faudrait dire minutieusement de quelle manière.

Généralisant cette idée, M. Parrot assimile ces taches à la chromo-chimie ou chromhydrose de M. Leroy de Méricourt, qui l'avait trouvée liée, le plus souvent, à des troubles de la menstruation, cas dans lesquels M. Parrot relève au contraire la prédominance d'accidents nerveux(*Gaz. hebd.*, n°8). La question est donc de savoir si ceux-ci agissent directement sur le masque. Nous penchons pour la négative.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. *Pigmentations cutanées chez les phthisiques* (V. PHTHISIE).

**MATERNITÉS.** Leur suppression s'impose de plus en plus vivement, non-seulement par la mortalité considérable qu'elles donnent, mais par les résultats meilleurs que l'on obtient en ville par le service de secours à domicile et même dans les hôpitaux. Des tentatives isolées et spontanées de quelques médecins des hôpitaux de Paris, chargés de services d'accouchements, ont en effet montré qu'en distribuant les femmes une fois accouchées, dans les services de médecine, la mortalité était beaucoup moindre. Sur 1042 accouchées distribuées selon ce système par M. Gallard, en 1867, dans son service de l'hôpital de Lariboisière, il n'y a eu que 20 décès, dont 6 dus à des causes diverses, et 14 seulement à des accidents divers se rapportant à l'état puerpéral. Ce résultat satisfaisant s'est de même produit l'année suivante à la Pitié (*Soc. méd. des hôp.* octobre). Il indique donc que les maternités, petites comme



grandes sont inutiles, dangereuses même, et qu'une chambre de travail dans un hôpital suffit à cet effet, ce qui n'exclut pas les cliniques spéciales d'accouchements pour les cas de dystocie.

C'est ainsi que la Société de médecine de Paris, dans la séance du 19 novembre, a voté à l'unanimité la proposition de la suppression des maternités et celle des services d'accouchements dans les hôpitaux, en y maintenant seulement une salle de travail pour les cas urgents et la dissémination des accouchées dans les différents services de médecine, à l'exclusion de ceux de chirurgie.

L'ouverture dans chaque maison de secours d'arrondissement de trois ou quatre chambres isolées où les femmes iraient accoucher séparément, sous la surveillance d'une sage-femme et de médecins spéciaux, nous paraît insuffisant pour l'instruction des élèves. Voy. FIÈVRE PUERPÉRALE.

**MÉLANOSE.** *De la mélanose*, par V. Cornil, chef de clinique et agrégé à la Faculté de médecine, et L. Trasbot, chef de service à l'École vétérinaire d'Alfort; 1868, in-4 de 420 p., avec 20 figures.

Étude et description minutieuse de ce genre de tumeurs classées en fibrome, sarcome et carcinome mélaniques. La différence entre la première et la seconde consiste dans la présence des cellules fibro-plastiques ou embryoplastiques, la génération lente du sarcome et la diathèse consécutive. Le fibrome est l'exception, tellement que l'on admet sans peine l'unicité acceptée jusqu'à présent, car le carcinome n'est pas même démontré. Le microscope seul peut constater ces différences, et c'est seulement à ce point de vue que ce travail est remarquable.

**MÉNINGITE. Pseudo-méningite.** De même qu'il y a des pseudo-croups et des pseudo-chancres ou chancroïdes, M. Bouchut fait une pseudo-méningite de cette maladie passagère caractérisée par la fièvre, l'irrégularité du pouls, les vomissements, la constipation et les douleurs de tête occasionnées par la congestion réflexe des méninges. Elle est particulière à l'enfance en raison de la vivacité des actions réflexes à cet âge, tandis que chez l'adulte, celles-ci se traduisent d'une façon plus obscure par des convulsions, de la manie ou de la folie

paralytique. C'est donc une maladie sympathique par excellence. Les irritations intestinales, gastriques, pulmonaires et tonsillaires produisent un trouble de la circulation cérébrale qui constitue la pseudo-méningite, laquelle se divise selon la cause qui la produit. La présence de vers dans les premières voies en offre le type sous le nom de pseudo-méningite vermineuse, comme l'auteur en rapporte plusieurs exemples de même que dans l'amygdalite, la pneumonie et les fièvres éruptives (*Union méd.*, nos 133, 138 et suiv.). A ce titre, les accidents cérébraux signalés dans la pneumonie infantile (voy. *ce mot*) ne seraient qu'une pseudo-méningite pulmonaire). Mais c'est là une division bien subtile et ontologique dont la clinique s'était fort bien passée jusqu'ici, tout en reconnaissant et distinguant parfaitement ces états pathologiques.

**MENSTRUATION.** La navigation, c'est-à-dire le séjour à bord de navires, produirait, suivant M. Le Coniat, un processus congestif sur l'utérus et ses annexes, qui amène ordinairement une apparition prématurée des règles, depuis quelques jours seulement jusqu'à deux ou trois semaines. C'est ainsi que chez une femme de quarante-cinq ans, non réglée depuis cinq ans, sans affection utérine, un véritable flux menstruel s'est manifesté. Il a observé de même, dans une série de 38 traversées, 15 cas d'avortement qui ont tous été enrayés. (*Arch. de méd.*, novembre.)

Il reste à déterminer à quel moment et dans quelles circonstances ces effets de la navigation se manifestent. La femme, tourmentée par le mal de mer, en proie aux vomissements répétés, opiniâtres, ne saurait être assimilée à celle qui en est exempte. Et de même, une navigation tranquille, douce, avec celle des gros temps, des ouragans, des sinistres de mer, etc. Des observations en règle seraient donc indispensables pour savoir à quoi s'en tenir à ce sujet.

**MÉTRITE.** *A practical treatise on metritis and parametritis* (métrite et périmétrite), par J. Matthews Duncan, professeur de clinique des maladies des femmes à l'infirmerie royale d'Édimbourg, 1 vol. de 219 pages in-8°. Édimbourg. Ce titre indique assez les nouvelles interprétations de l'auteur dans la pathologie utérine, pour que l'on examine le fondement de ces innovations : examen qui ne peut se faire que par la lecture de l'ouvrage.



**MOIGNON.** Immobilisation. Incité par l'exemple de Blandin qui y eut recours dans un cas particulier, M. Broca est convaincu qu'il est de la plus haute importance d'immobiliser le moignon après l'amputation d'un membre, surtout avec le procédé circulaire qu'il pratique de préférence à cause de la moindre surface de section et la forme même de la plaie qui paraissent exposer moins aux complications. Avec un morceau de carton long de 10 à 15 centimètres pour la cuisse, assez large pour envelopper un peu plus de la moitié du membre, on façonne une gouttière. Pour cela on fait dans le carton des incisions longitudinales, parallèles, ne comprenant qu'une partie de son épaisseur, de telle sorte que la feuille peut plier dans les différents points. Il est facile alors d'arrondir la gouttière en pliant le carton, et on la garnit de compresses fines et d'ouate, selon les besoins. Le moignon est déposé sur cette gouttière, y est fixé avec une bande sèche roulée sur le membre et sur la gouttière. Enfin, par-dessus l'on place quelques bandelettes de diachylon qui assurent la solidité de l'appareil.

Quant au moignon, M. Broca croit qu'il y a grand avantage à tenter la réunion immédiate dans une partie de son étendue, tout en cherchant à éviter la rétention des liquides, qui non-seulement contrarie la réunion, mais peut amener des accidents graves. Il réunit donc par la suture entortillée les deux angles de la plaie, et, sur la ligne médiane seulement, laisse un espace libre pour l'écoulement des liquides ; pour bien assurer cet écoulement, M. Broca place un tube à drainage debout dans le milieu du moignon. Lorsque celui-ci est placé dans la gouttière, il est pansé à plat, les intervalles situés entre le bord de la gouttière sont comblés par de la charpie fine, puis le moignon lui-même est recouvert par de la charpie ; des compresses languettes et un triangle de toile sont placés au-dessus comme on le fait habituellement sur le moignon. Chaque jour, ce dernier est pansé sans déplacement de la gouttière, si celle-ci s'est bien maintenue en place. Comme les linges qui restent peuvent s'imbiber de matières qui deviendraient infectes, il est bon de les arroser chaque jour de coaltar saponiné, et d'imbiber du même liquide la charpie qu'on renouvelle et qu'on place entre la gouttière et le moignon. Il faut remarquer que l'appareil n'empêche

en aucune façon de laver la plaie, ce que l'on fait tous les matins avec de l'eau alcoolisée ou de l'eau phéniquée.

Cet appareil doit rester en place le plus longtemps possible; on est souvent forcé de le fixer de nouveau lorsque le membre diminue de volume, ou lorsque le malade le déplace. Bien fixé et désinfecté par le coaltar, il rend service tant que la cicatrisation n'est pas avancée et que le moignon a besoin d'être soutenu et d'échapper à des mouvements ou à des chocs intempestifs. Puis il est aisé de comprendre combien les pansements sont faciles et moins pénibles pour l'amputé; on prend la gouttière à pleine main pour soulever le membre, le découvrir, le laver et le panser. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, septembre.)

Saillie. *Autoplastie.* Chez un chasseur amputé de la cuisse par la méthode circulaire à l'hôpital militaire de Vincennes, le 4 juin, pour une tumeur blanche du genou gauche, le moignon s'étant enflammé, puis ayant suppuré abondamment, il en résulta une saillie notable du fémur. Pour y remédier, M. Philippe fit une autoplastie de la manière suivante: saisissant de la main gauche la portion du moignon rétracté, et qui correspond à l'os saillant, la main droite, armée d'un bistouri, dissèque cette portion des parties molles en faisant pénétrer l'instrument à 2 centimètres environ de profondeur, avec le soin de raser l'os pour le détacher de ses adhérences aux chairs. Grâce à la laxité et la mobilité des parties molles, on attire la peau garnie de ces masses musculaires, et on en recouvre l'os complétement, sans aucun effort; des bandelettes agglutinatives maintiennent les parties en rapport.

Par suite de cette nouvelle application de l'autoplastie, la plaie a marché rapidement vers la cicatrisation, et dès le 26 juin, le malade pouvait marcher en s'aidant de béquilles.

La condition du succès est d'opérer aussitôt que se manifeste la saillie de l'os, c'est-à-dire lorsqu'elle jouit encore des propriétés de la vie; on évite ainsi la conicité du moignon. (*Gaz. des hôp.*, n° 118.)

*Résection sous-périostée.* Employée avec succès par le professeur Billroth dans 3 cas où la saillie de l'os rendait nécessaire une amputation secondaire. Dans deux cas, c'était à la suite d'une gangrène de la jambe où les os avaient été réséqués au niveau du cercle inflammatoire. Bientôt, il fallut de nouveau en



enlever des séquestres et finalement recourir à une nouvelle excision. Divisant la peau et le périoste le long de la crête du tibia dans une étendue d'un pouce, il dénuda celui-ci complétement et le réséqua avec une scie à chaîne. Il ne survint pas la moindre hémorrhagie. Les lambeaux furent rapprochés et suturés. Une cicatrisation rapide eut lieu sans réaction notable et les deux opérés étaient guéris quand le premier succomba à une phthisie pulmonaire.

Le troisième cas résultait d'une amputation du fémur pratiquée à la suite d'une tumeur blanche avec ostéo-myélite nécessitant l'évidement. Néanmoins l'os ne tarda pas à faire saillie par la rétraction des chairs et, le 9 avril, une incision longitudinale de deux pouces sur la face antérieure du fémur permit de le dénuder de son périoste et d'en réséquer un pouce et demi. La réaction fut très-modérée et la cicatrisation complète dix jours après. Le 31 mars, l'amputé marchait avec un membre artificiel. (*Gazz. med. Lombarda*, n° 41.)

**MORSURE. Morsure de serpent.** *Injections d'ammoniaque.* Ce n'est plus localement, en topique sur la morsure, comme il était employé de toute antiquité, qu'il s'agit de recourir à l'ammoniaque; c'est en injection dans le système veineux que le professeur Halford, de Melbourne, le préconise, en rapportant trois succès à l'appui. Le premier est celui d'un nommé Brown, mordu à onze heures du matin par un gros serpent brun. Après la succion de la piqûre, il appliqua une ligature au-dessus, et but largement de l'eau-de-vie. A midi, il était sans mouvement: coma et vomissement; pouls faible; pupilles dilatées. Malgré l'excision de la piqûre et l'emploi du galvanisme, la mort semblait prochaine lorsque M. Halford injecta une solution d'ammoniaque dans la veine radiale. Aussitôt la sensibilité reparut; le malade répondit aux questions et se rétablit promptement.

On pourrait se demander ici si c'est l'alcool bu en excès ou la morsure qui a produit les accidents, tant le succès paraît surprenant; mais deux autres faits semblables observés, l'un par le docteur Dempster, l'autre par le docteur Irwin, ne permettent pas ce doute. Ni l'une ni l'autre des victimes n'avaient bu d'alcool, et malgré la succion des plaies, l'emploi de ligatures au-dessus et l'emploi topique de l'ammoniaque, l'effet du virus allait de même croissant lorsque l'injection de l'ammo-

niaque l'arrêta aussi promptement, et les deux malades, un homme et une femme, guérirent. (*Lancet.*)

C'est donc là un moyen à ne pas négliger, et, s'il est prudent de ne l'employer qu'avec réserve et conjointement avec d'autres, comme l'exercice forcé, l'entraînement, il faut insister sur son usage tant que persistent les accidents d'intoxication.

**MORT.** SIGNES. *Contractilité de la pupille.* Nous avions raison de supposer que le défaut d'explications causait toute la dissidence sur la valeur de l'atropine entre MM. Bouchut et Borelli (voy. *année* 1867). Ce dernier a constaté en effet, par de nombreuses expériences sur des cadavres humains, que seize heures après la mort dans les cas ordinaires, et vingt-quatre dans les cas de convulsions, éclampsie, épilepsie et d'autres, l'application de l'atropine ne produit pas plus la dilatation de la pupille que celle de l'extrait de calabar ne produit son resserrement sur l'œil opposé. Seulement ces phénomènes se manifestent encore avant ce moment avec plus ou moins d'intensité. Ce ne peut être qu'après ce temps écoulé que ces moyens restant négatifs après trois heures d'application, peuvent être un criterium certain de mort réelle. (*Gazz. med. di Torino*, janvier et février.)

Un moyen bien simple de s'assurer de la réalité de la mort, selon le docteur Carrière qui l'emploie depuis quarante ans, et bien propre à remplir les conditions du prix fondé par le marquis d'Oulches, est le suivant :

Si l'on présente sa main, les doigts serrés l'un contre l'autre, à 4 ou 5 centimètres d'une lampe ou d'une bougie, elle paraît transparente, d'une couleur rosée; on y voit la circulation capillaire et la vie en pleine activité. La main d'un mort, au contraire, ne présente aucun de ces phénomènes; ce n'est plus qu'une main de pierre sans circulation, sans vie.

L'auteur oublie que ce signe est connu depuis longtemps. Bonnafose de Mallet le signale notamment dans le 40e volume du *Journal de méd., chir. et pharm.*

**Mort subite.** *Excitation du bout central du pneumo-gastrique, du laryngé et du nasal.* Que cette excitation soit assez énergique, et une mort foudroyante en résulte, suivant les expériences de M. P. Bert; la respiration et les mouvements généraux du corps sont immédiatement arrêtés, et l'animal meurt subitement sans convulsions. La mort arrive ainsi chez des mammifères et des oiseaux, les canards en particulier, ce qui montre qu'elle n'a pas lieu par asphyxie, puisque les canards y résistent 8 à 15 minutes avant de succomber. Il s'agit donc là probablement d'une cessation d'action, d'une sidération par excitation centripète trop forte de ce centre respiratoire, ou *nœud vital*, dont le nom tant critiqué serait en partie justifié.



Certaines morts subites consécutives à une excitation trop forte du larynx par la cautérisation ammoniacale, des corps étrangers de petit volume, ou à une attaque d'angine de poitrine, etc., trouvent peut-être leur explication dans ces expériences. (*Acad. des sc.*, août.)

*Mort subite dans la fièvre typhoïde.* Voy. ce *mot*.

**Mort imprévue après le traumatisme.** En reconnaissant que bien souvent l'on ne peut s'en rendre compte à l'autopsie, malgré les nombreux accidents déjà reconnus comme pouvant l'occasionner : hémorrhagie primitive ou consécutive, entrée de l'air dans les veines, syncope, convulsions, commotion, choc traumatique, impressionnabilité extrême, épuisement nerveux, empoisonnement septicémique, embolie pulmonaire ou cérébrale, intoxication, causes auxquelles le professeur Billroth a ajouté tout récemment la méningite séreuse et l'œdème cérébral aigu, M. Verneuil est d'avis qu'il faut insister encore davantage et ne pas passer outre aussi facilement qu'on le fait. Il faut rechercher le mécanisme et, si l'on peut dire, la pathogénie de la mort. Il est aussi utile de méditer sur les causes des revers que sur celles de la guérison. Pour y parvenir, il faut, après avoir scruté les lésions matérielles, s'élever à leur interprétation et montrer comment elles ont fait cesser la vie.

Ces désordres doivent être classés en trois catégories, par rapport au traumatisme : *antérieurs*, *contemporains* et *consécutifs*, en recherchant leur action réciproque l'un sur l'autre. Aux lésions des solides, il faut joindre celle des liquides, à l'aide des instruments modernes dont la science dispose. En l'absence de toute lésion appréciable, rechercher si la suspension ou la perversion des actes plus physiologiques n'ont pas causé la mort, comme les diathèses, les cachexies, le diabète, l'alcoolisme, etc. On diminuera par cette analyse les cas de mort inexpliquée,

ainsi que M. Verneuil le montre par deux exemples. (*Gaz. hebd.*, nos 22 et 25.)

**MORTALITÉ**. Il résulte du rapport de M. Besnier que la mortalité totale de Paris a été de 45 860 en 1868, outre 1230 étrangers qui n'y faisaient que passer. De ce nombre, 10 602 sont morts à l'hôpital, soit environ 1 : 3. Mais la proportion, est renversée en ce qui concerne les maladies contagieuses. Ainsi, 224 variolés sont morts à l'hôpital et 314 à domicile ; et, tandis que, sur 46 819 accouchements, il n'y a eu que 92 décès par suite de couches, il y en a eu, au contraire, 332 pour 8183 accouchements à l'hôpital. Preuve claire, incontestable de la nocuité des hôpitaux sur l'état puerpéral ; car, en tenant compte de la gravité spéciale des cas, cet excès de mortalité montre la nocuité évidente des rassemblements de beaucoup d'accouchées dans le même lieu. (*Bull. de la Soc. des hôp. de Paris*, t. V.). Voy. MATERNITÉS, NOURRISSONS.

**MYOMES. Myomes utérins**. *Gastrotomie*. Exécutée par le professeur Martin contre une tumeur utérine grosse comme la tête d'un enfant, qui s'était développée rapidement, et dont la conséquence était la dysurie et l'œdème des pieds. La circonférence était de 44 pouces, et la sonde utérine pénétrait de 3 pouces. Elle était mobile dans l'utérus. La malade réclamait du soulagement. Une incision fut faite sur la ligne blanche, et, les adhérences avec la tumeur étant détruites, on trouva la tumeur attachée par un pédicule gros comme le pouce au fond de l'utérus. Serré avec un clamp, il fut sectionné au-dessous. Dans la soirée même, l'opérée éprouva soudainement des vertiges et des nausées ; l'abdomen gonfla ; le pouls devint dur, et elle succomba bientôt avec les symptômes d'une hémorrhagie interne.

La tumeur pesait 12 livres 3/4, soit 4759 grammes. L'autopsie montra une hyperplasie avec néoplasme de l'utérus, péritonite et périmétrite chronique, hydropisie du tube de Fallope. Plus de 300 grammes de sang coagulé furent rencontrés dans la cavité abdominale. (*Monats. für Geburtsk.*)

*Expulsion spontanée*. Telle a été l'heureuse issue observée à l'hôpital Rothschild par le docteur Worms chez une multipare de quarante-sept ans. Entrée en mars dernier pour des hémorrhagies utérines, assez abondantes pendant les deux mois précédents, elle était chlorotique avec des signes de tuberculisation. L'hémorrhagie reparaissant le 16, on constate au toucher une descente du col avec bords rigides, et une ouverture de 6 centimètres environ donnant passage à une tumeur dure, lisse, que le spéculum montre d'un tissu blanc, nacré, résistant. Des tractions avec les doigts et des pinces n'en détachent que des débris, malgré des tentatives longues et réitérées ; mais la perte de sang affaiblit tellement la malade que l'on songe à la transfusion lorsque, dans la nuit du 3 au 4 avril, des douleurs se manifestent qui vont en augmentant, et, après un véritable travail, un myome oblong, ovoïde, pesant 325 grammes, est propulsé dans le vagin, d'où on l'extrait. Sa plus grande circonférence est de 31 centimètres, la plus petite de 24, sans traces d'union avec l'utérus. Le microscope montre après un mince revêtement de tissu connectif, une masse uniquement constituée par des fibres musculaires lisses (*Gaz. des hôp.*, n° 106). Ces deux faits, mis en parallèle, indiquent assez la conduite à suivre en pareil cas.



## N

**NAVIGATION**. Regardée comme exerçant une action congestive sur l'utérus et ses annexes, au point de provoquer le flux menstruel et l'avortement. — Voy. MENSTRUATION.

**NÉCROLOGIE**. S il est douloureux de voir, au milieu d'une civilisation qui a la prétention de se croire parfaite, le médecin qui, chaque jour, affronte de sang-froid la mort et les maladies pour conserver la vie à ses semblables, ne recueillir le plus souvent que l'oubli et l'ingratitude ; tandis que la gloire et les honneurs sont le partage à peu près exclusif de certaines professions et particulièrement de celles dont la mission est de détruire, en quelques heures d'ivresse belliqueuse, le plus d'hommes possible, il est consolant, d'autre part, de constater que ces tristes considérations n'arrêtent point le zèle de quelques natures d'élite, dédaigneuses de l'intrigue, et qui, sans marchander leurs services, se sacrifient à l'humanité,

C'est dans le but de sauver de l'oubli la mémoire de ces victimes méconnues du dévouement civique, comme aussi pour

payer à leurs mânes un juste tribut de regrets, que nous consacrons une mention spéciale aux étudiants en médecine de l'Université de Bruxelles, dont les noms suivent, et que l'épidémie est venue enlever au début de leur pénible carrière. Ce sont : MM. de Longueville (Émile), Tardieu (Jacques), Lowet Charles), Lidier (Arthur), Delvallée (Valère) et plusieurs autres dont les noms nous manquent.

Le chiffre élevé du triste obituaire fourni en quelques semaines par ces étudiants et le nombre plus considérable encore des médecins qui ont été atteints par la maladie, témoigne de la courageuse abnégation avec laquelle chefs de service et élèves des hôpitaux se sont dévoués pendant l'épidémie.

Quant aux victimes médicales de l'épidémie typhoïde qui continue à sévir en Espagne, elles sont si nombreuses qu'il est impossible de les énumérer. Un tribut de souvenir et d'admiration doit être payé en masse à tous ces nouveaux martyrs du dévouement professionnel dont nos honorables confrères de Madrid, MM. les docteurs Ortega, Salazar, Barrera et tant d'autres sont des modèles, comme ayant payé de la vie leur zèle professionnel et humanitaire.

**Andry**, *Félix*, ancien chef de clinique du professeur Bouillaud, très-connu et distingué comme tel par les élèves de sa génération, et qu'un excellent *Manuel de diagnostic des maladies du cœur*, alors peu connues, a rendu encore plus notoire, a succombé, à l'âge de soixante ans, sans avoir tenu comme praticien toutes les promesses que ses débuts avaient données.

**Begbie**, *James*, médecin connu et le plus consulté d'Édimbourg et même d'Écosse, consultant bienveillant et éclairé, a cessé de vivre le 26 août. Une affection organique du cœur l'a enlevé à ses nombreux malades et amis à un âge avancé. Élève d'Abercrombie, il en devint le disciple de prédilection et l'ami, et s'éleva, par son instruction et surtout ses qualités de caractère, à la plus haute position médicale. Quoique absorbé par la clientèle, il trouva encore le temps de publier ses observations sur l'emploi de l'arsenic dans le rhumatisme chronique, de l'acide nitro-muriatique dans l'oxalurie, et, tout récemment, du bromure de potassium dans les affections nerveuses. Il était membre de la Société royale et médecin ordinaire de la reine en Écosse.



**Bérard**, *Étienne*, professeur et doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, a aussi cessé de vivre le 10 juin, âgé de quatre-vingts ans. Élève et préparateur de Berthollet, ami de Chaptal, M. Bérard fut plutôt savant chimiste que médecin. Mais son mérite fut tel qu'il le fit nommer député de l'Hérault, correspondant des Académies de médecine et des sciences et commandeur de la Légion d'honneur. Ce fut un favorisé de la fortune et un heureux de la terre, dont il eut tous les honneurs.

**Blatin**, *Henry-Oradoux*, ancien interne des hôpitaux, praticien connu, aimé et estimé, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé à l'âge de soixante-trois ans, après une maladie aiguë de la moelle qui le tint cinq mois cloué sur son lit. Après l'essai de quelques travaux médicaux dont le *Traité des maladies des femmes*, publié en 1842 avec Nivet est le plus considérable, Blatin, célibataire, jouissant d'une aisance indépendante, s'adonna sans réserve aux œuvres de bienfaisance, où son cœur généreux et son esprit éclairé le portaient impérieusement. La Société protectrice des animaux, celle de l'enfance, les deux grandes associations médicales eurent toute sa prédilection ; peu de temps avant de succomber il fondait la Société contre l'abus du tabac. L'asile Saint-Charles, où plus de mille orphelins ont trouvé une nouvelle famille, lui doit sa fondation. Sa sympathie et son concours étaient acquis à toutes les œuvres de bienfaisance. Il a distribué en mourant 75 000 francs de legs entre vingt-quatre des institutions qu'il avait fondées, entretenues, protégées, leur donnant ainsi un éclatant témoignage de son intérêt constant. Comme homme de bien, Blatin n'a donc pas été apprécié comme il le méritait. Une réparation éclatante lui est bien due après sa mort.

**Bochm**, *Ludwig*, conseiller intime et professeur renommé de chirurgie et d'oculistique à l'Académie de Berlin, a succombé aux suites d'une piqûre anatomique le 1er août, âgé de cinquante-huit ans, c'est-à-dire dans toute la vigueur de son talent. Anatomo-pathologiste des plus distingués, il laisse des travaux estimés qui conserveront son nom dans l'histoire de la science moderne.

**Bonucci**, *François*, directeur de l'asile d'aliénés de Pérouse

et professeur de physiologie à l'Université libre de cette ville, a succombé à une longue et douloureuse maladie le 13 mars, âgé de quarante-trois ans. La psychiâtrie perd en lui un investigateur laborieux, auteur de plusieurs travaux distingués qui lui ont fait un nom dans cette spécialité.

**Broeckx**, *Corneille*, le laborieux historien de la médecine flamande, bibliophile médical distingué par différents travaux, a succombé à Anvers le 3 novembre, âgé seulement de 63 ans. Il était médecin en chef de l'hôpital militaire de Sainte-Élisabeth d'Anvers, membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique et fondateur de la Société de médecine locale qu'il enrichissait de ses travaux.

**Cantù**, médecin en chef du roi et de la famille royale d'Italie, sénateur du royaume, professeur de chimie à l'Université de Turin et membre de l'Académie des sciences, a terminé sa longue et glorieuse carrière de savant le 3 novembre, à l'âge de quatre-vingts ans. C'est une grande illustration disparue.

**Carus**, *Charles-Gustave*, célèbre anatomiste allemand, qui, le premier, enseigna à Leipzig l'anatomie comparée créée par Cuvier et dont le *Traité* sur ce sujet a été traduit en français par Jourdan, est mort à Dresde le 28 juillet, âgé de quatre-vingts ans. Esprit ouvert à toutes les connaissances, aux arts et aux sciences, c'était un savant de premier ordre, un peintre distingué dont le nom restera comme l'empreinte d'un modèle à imiter.

**Cerise**, le médecin aimé, recherché, estimé, honoré de tous les confrères qui avaient le bonheur de le connaître et de toutes les personnes qui avaient pu l'approcher, l'ami autant que le conseiller de ses malades, n'est plus! Il a succombé à une perforation intestinale succédant à une dilatation chronique de l'S iliaque, dont il souffrait depuis plusieurs années sans que son moral en fût affecté. Il n'avait que soixante-deux ans. Docteur de l'Université de Turin en 1828, il fut autorisé à exercer en France en 1834, et dès lors, il se distingua par des travaux de mérite, surtout au point de vue psychologique et littéraire. Entre autres, son ouvrage *Sur les fonctions et les maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation*, publié en 1842, fut couronné par l'Académie impériale de médecine, qui s'associa l'auteur en 1867. Mais autant on met ordinairement de soin à faire valoir ses titres, autant Cerise en mettait à les cacher. Il était baron, chevalier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre des Saints-Maurice-et-Lazare, et personne ne le savait. Jamais il ne porta ni titre, ni décoration; sa modestie égalait son mérite. Son plus beau titre était de n'avoir que des amis, et celui-là éclatait partout et pour tous. Il contribua à la fondation de l'*Union médicale*, dont il resta le fidèle soutien, et celui des *Annales médico-psychologiques* qu'il avait créées. Sa devise était le progrès sous toutes ses formes, et il fit tout en son pouvoir pour le réaliser. Son amitié avec le vertueux Buchez, son maître, dont il fut l'exécuteur testamentaire, a montré sa foi spiritualiste et la sincérité de ses opinions.



**Charruau**, officier de la Légion d'honneur, médecin de marine lors de la conquête d'Alger et de l'entrée dans le Tage, où il assista, puis envoyé sanitaire contre le choléra, où il se distingua, et enfin médecin praticien civil à Paris, où il obtint de beaux succès, a succombé à l'âge de soixante-sept ans. A un port imposant et distingué, Charruau joignait des formes polies, une conversation agréable, et ce fut ainsi, et seulement ainsi, qu'il parvint à une belle clientèle sur ce vaste théâtre où, pour réussir, l'extérieur, les formes font beaucoup plus que le nd.

**Clark**, *William*, longtemps professeur d'anatomie à l'Université de Cambridge, est mort le 9 septembre à un âge très-avancé. Il avait été reçu en 1808, et professa pendant plus d'un demi-siècle. Lors de sa retraite, il y a trois ans, son buste fut placé à l'Université en témoignage d'estime.

**Collis**, *Maurice*, l'un des jeunes chirurgiens les plus distingués de l'hôpital *Meath*, de Dublin, et connu par un bon *Traité sur le cancer*, a succombé, nouveau martyr de sa profession, le 31 mars, âgé seulement de quarante-quatre ans, dans toute la force de son talent opératoire. En pratiquant une résection du maxillaire supérieur pour une énorme exostose de mauvaise nature, opération pour laquelle il avait acquis, en raison de nombreux et brillants succès, une réputation spéciale, il se

piqua le doigt à une saillie de l'os, mais si légèrement qu'il n'y fit pas attention ; néanmoins il fut pris de frissons le surlendemain, avec tous les symptômes d'une intoxication purulente, et quatre jours après, il succombait, en laissant tout le corps médical de Dublin dans une vive émotion de cet événement déplorable.

**Colson**, *Adolphe*, médecin de l'hôpital de Commercy, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé à cinquante-six ans, tué par le désespoir de la perte d'un fils unique, le docteur Édouard Colson, mort à trente ans, il y a moins d'un an, et qui devait lui succéder et continuer le nom de cette famille médicale célèbre. Fils et petit-fils, père, neveu, arrière-neveu et cousin de médecins, celui-ci s'était distingué entre tous par ses travaux, qui l'avaient rendu, autant que son nom, célèbre dans l'ancienne province de Lorraine. En lui s'éteint cette dynastie médicale des Colson.

**Dunglison**, *Robert*, le savant auteur du *Dictionary of medical Science*, très-répandu et connu en Angleterre, est mort à Philadelphie, où une chaire lui avait été offerte en 1824 par le président Jefferson, et qu'il occupa jusqu'à sa mort.

**Fischer**, *Guillaume*, professeur très-distingué de clinique chirurgicale à l'Université d'Inspruck, a succombé le 8 juillet aux suites d'une pyohémie contractée en faisant une autopsie. Victime des périls de la profession, il a laissé un grand vide dans l'enseignement autant que dans la pratique chirurgicale, où il excellait.

**Galligo**, *Isaac*, médecin connu et distingué de Florence, auteur d'un *Traité de syphiliographie*, qui en est à sa troisième édition, fondateur et rédacteur en chef de l'*Imparziale*, a succombé le 19 juin, âgé de quarante-sept ans, d'une affection pulmonaire contractée en repassant les Alpes à son retour du Congrès médical international de Paris, où il occupa une place remarquée. Cœur chaud, généreux, intelligence vive excitée par la noble ambition de savoir et de se distinguer, travailleur intrépide n'hésitant jamais à se mettre en avant et à payer de sa personne, Galligo pouvait conquérir une grande position s'il eût vécu. Ses legs aux Associations de secours mutuels des



médecins d'Italie et de France témoignent de ses sentiments de confraternité et d'humanité. *Ti fia lieve la terra, o amico!*

**Godefroy**, honorable praticien de Lille, distingué en obstétrique par ses succès et les travaux qu'il publia, a succombé dans cette ville où il jouissait d'une considération méritée.

**Grisolle**, *Augustin*, l'élève favori et particulier de Chomel et Louis, à l'Hôtel-Dieu, et qui, devenu médecin de cet hôpital et professeur de clinique à son tour, a le plus et le mieux continué la tradition de leur enseignement, a succombé aux suites d'une hémorrhagie cérébrale, après une longue paralysie, âgé de soixante-huit ans. Par son *Traité de la pneumonie*, comme par son *Traité de pathologie interne*, arrivé à sa dixième édition, Grisolle a montré que le talent de l'observation clinique est, plus que les théories et les innovations, la base de la médecine. Sa thérapeutique prudente, réservée, est un autre exemple. Sans grande originalité, ni élévation, mais un sens droit, un jugement sûr, une investigation patiente, soutenue, intelligente au lit du malade, en faisaient un maître de clinique. Aussi est-ce spécialement à ce titre qu'il se distingue de ses contemporains.

**Guersant**, *Paul*, fils et héritier d'un nom célèbre dans la pathologie infantile, et qui lui avait dû son succès comme chirurgien à l'hôpital des Enfants, a succombé à l'âge de soixante-dix ans. Sa nature excellente lui avait fait des amis de tous ceux qui le connaissaient, et la *Société de chirurgie*, dont il était membre fondateur, l'a bien témoigné par ses regrets.

**Guillard**, *Remy*, ayant pris sa retraite comme médecin en chef du service sanitaire du port de Lorient, a succombé à Quimper, âgé de soixante-dix ans. Ce fut lui qui, choisi comme chirurgien en chef de la *Belle-Poule*, présida à l'ouverture du cercueil de Napoléon à Sainte-Hélène, et qui put constater le premier l'identité du grand capitaine. C'est à son retour qu'il fut nommé officier de la Légion d'honneur. Retiré, il se voua à l'agriculture et aux questions se rattachant au bien public.

**Heyfelder**, célèbre chirurgien de l'armée russe, où son mérite l'avait fait appeler, et où il occupait la première place de conseiller d'État de l'Empire, est mort à Saint-Pétersbourg, à

un âge encore peu avancé. Entre plusieurs travaux divers, son *Traité des résections et des amputations*, grand in-4°, fait le plus d'honneur à son savoir et à sa pratique, comme il contribuera le plus à perpétuer son nom dans la chirurgie.

**Hillier**, *Thomas*, docteur en médecine, médecin de l'hôpital du collége de l'Université de Londres, a succombé le 7 novembre 1868, âgé de trente-sept ans. Il était l'exemple et le modèle du système actuel de forcer le pouvoir intellectuel au delà des forces physiques. Il travaillait d'une hâte fébrile et avait déjà produit un *Manuel de dermatologie*, un travail sur les maladies des enfants, quand une hémorrhagie pulmonaire vint interrompre ce travail à outrance de littérateur et de praticien. Cet excès de travail intellectuel avait ruiné la constitution physique, comme chez tant de jeunes médecins qui veulent arriver avant le temps, et qui succombent en chemin à la tâche.

**Hodgson**, *Joseph*, le condisciple et l'émule des Travers, Brodie, Lawrence, et ayant illustré comme eux la chirurgie anglaise, a succombé à Londres le 7 février, âgé de quatre-vingts ans. La base de sa renommée fut le mémoire couronné en 1811 par le *Jacksonian prize* sur les plaies et les maladies des artères et des veines, et qui, imprimé en 1815, eut un succès universel. Après quelques années de pratique à Londres, où il pouvait aspirer au premier rang, sa santé devenant menaçante, il retourna à Birmingham, sa ville natale, en 1819, où bientôt il occupa la première place. Malgré sa pratique chirurgicale encyclopédique, sa réputation s'étendait surtout comme ophthalmologiste, mais ses succès n'étaient pas moins éclatants dans toutes les autres branches de la chirurgie, notamment en lithotomie. Sur quatre-vingt-six calculeux taillés par lui en effet, il n'en perdit que quatre. Combien de spécialistes pourraient invoquer une proportion si favorable?

Médecin de la famille Peel, il assista sir Robert Peel et son frère à leur lit de mort. Puis ayant acquis une grande fortune, il revint se fixer à Londres, en 1849, pour jouir des honneurs qui lui étaient légitimement dus et qui lui furent prodigués par ses pairs. Il fut élu, en effet, membre du Collége des chirurgiens, dont il devint ensuite examinateur, puis président en 1864; il avait occupé avant le fauteuil de la présidence à la



*Medical and chirurgical Society*. C'est ainsi que pendant vingt ans il fut l'ami et le modèle de tous ses confrères, et termina sa belle carrière par une fin digne et résignée en suivant dans la tombe, à trois jours d'intervalle seulement, la compagne de toute sa vie!

**James**, *John Haddy*, le condisciple et l'ami des Brodie, Lawrence, Travers, Hodgson, Earle, chirurgien adjoint à Waterloo et dans l'armée d'occupation de Paris, connu depuis comme l'un des chirurgiens les plus distingués de l'ouest de l'Angleterre, a succombé le 17 mars, âgé de quatre-vingt-un ans, à Exeter, où il exerça pendant de longues années sa profession. Lauréat du prix Jackson, en 1819, pour ses *Observations sur les principes généraux, la nature et le traitement spécial des diverses espèces d'inflammation*, il ne cessa depuis d'écrire et de travailler au perfectionnement de la science et à l'amélioration de la profession. Il fut l'un des promoteurs de la *British medical Association*, et, en outre de nombreuses publications; on a trouvé à sa mort onze volumes manuscrits in-folio, contenant les principaux faits et les observations de sa longue pratique, de 1816 à 1863. Puisse-t-il en recevoir la récompense dans l'éternité.

**Lacaze**, médecin artiste connu seulement par ses goûts artistiques épurés et sa riche collection de tableaux, est mort dans sa maison musée en léguant cette riche et belle collection à la galerie du Louvre. Elle sera placée dans une salle spéciale qui portera le nom du donateur.

Mais l'amour de la science médicale n'était pas moins grand que celui des arts chez cet homme distingué. Il a légué à la Faculté de médecine de Paris une rente annuelle de 5000 francs pour fonder un prix bisannuel de 10 000 fr. à décerner à l'auteur du meilleur travail sur la fièvre typhoïde ou sur la phthisie, et une rente de 15 000 fr. à l'Académie des sciences pour trois prix bisannuels sur la physique, la chimie et la physiologie de 10 000 fr. chacun. Voilà un nom que la science doit honorer.

**Lebeau**, *Henri-Charles-Joseph*, médecin principal de l'armée belge, professeur de pathologie interne à l'Université libre de Bruxelles, médecin de la maison militaire du roi Léopold, officier de son ordre, chevalier de la Légion d'honneur, membre

de l'Académie de médecine de Belgique, dont il fut vice-président, a succombé le 10 mai, âgé de soixante-treize ans. Travailleur infatigable et dévoué, médecin convaincu, il a conquis l'estime de tous ceux qui l'ont connu.

**Mackesy** (*de Waterford*), chirurgien des plus estimés et aimés en Irlande, président du Collége royal des chirurgiens d'Irlande, a succombé à Dublin, âgé de soixante-dix-huit ans, après soixante ans d'exercice non interrompu.

**Mackmurdo**, *Gilbert-William*, membre du conseil des chirurgiens de Londres, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, de l'hôpital ophthalmologique de Moorfields et de Newgate, a cessé de vivre, à un âge avancé. Peu ont eu de plus brillantes chances pour mener une vie facile et obtenir des places et des honneurs. Ce fut là son principal mérite, si c'en est un.

**Marcq**, *François-Joseph-Léon*, jeune médecin belge, qui, par ses succès à l'Université de Bruxelles et ses premiers pas dans la carrière, donnait les plus brillantes espérances, est mort à trente-cinq ans, le 17 février, dans les bras d'une mère désolée, dont il était l'unique bien, la joie et l'orgueil. Si jeune, il s'était distingué dans le service des pauvres, dans celui des cholériques, en 1864 et 1865, dans la *littérature* médicale par des articles, et notamment son *Essai sur la médecine belge contemporaine*, couronné par l'Académie de médecine en 1865. Ses concitoyens l'avaient choisi comme bourgmestre, en 1867, et le roi Léopold lui accordait la dignité de chevalier de l'Ordre national. Travailleur intrépide, cœur noble, élevé, chaleureux, sympathique et désintéressé, il dépensa dans sa courte carrière plus de qualités, de bienfaits et de dévouement que tant d'autres pendant une longue existence. Aussi restera-t-il comme un modèle à imiter.

**Maunoir**, *Théodore-David-Eugène*, dont le nom seul rappelle plusieurs générations de médecins suisses distingués, et qui continua heureusement cette célébrité des Maunoir, de Genève, a succombé dans cette ville. Élève de prédilection du professeur Roux, il apporta dans sa pratique le sâvoir qu'il avait acquis près de ce maître, et n'écrivit, comme lui, que sur les cas rares et curieux qu'il rencontra.



**Meigs**, *Charles D.*, célèbre professeur d'obstétrique à Philadelphie, est mort subitement à un âge avancé, le 22 juin, à sa résidence du comté de Delaware. Né en Georgie, il s'était fixé à Philadelphie en 1820, et y obtenait une chaire en 1840, au collége médical Jefferson. Pendant vingt ans, il enseigna l'obstétrique avec un grand succès dans cet établissement, conjointement avec la clinique, à l'hôpital de Pensylvanie. Le Traité auquel il a donné son nom a eu un tel succès, qu'il compte aujourd'hui plusieurs éditions, en le faisant connaître et estimer aussi bien dans l'ancien monde que dans le nouveau. C'est donc une grande intelligence d'éteinte.

**Moris**, ancien professeur de clinique médicale en Sardaigne, vice-président de l'Académie des sciences de Turin et sénateur du royaume, a succombé à Turin, le 18 avril, âgé de soixante-dix-huit ans. C'était un des plus distingués botanistes italiens, comme le prouve, entre autres travaux, sa *Flora sardoa* très-appréciée.

**O'Ferrall**, médecin de l'hôpital Saint-Vincent, et l'un des praticiens les plus renommés de Dublin, auteur fécond; et dont le nombre des Mémoires publiés s'élève jusqu'à cent vingt-cinq, a succombé à soixante-douze ans, le 23 décembre 1868, en emportant les regrets de tout le corps médical de Dublin.

**Olliffe**, *Joseph-François*, médecin très-renommé de l'ambassade anglaise de Paris, officier de la Légion d'honneur et de plusieurs autres ordres anglais, russes, allemands, que sa position dans la haute société diplomatique lui avait fait recevoir, a succombé à la maladie de Bright, âgé de soixante et un ans. L'un des heureux de la profession, il faut le citer pour donner courage aux nouveaux venus. Sans aucun titre scientifique, il obtint aisément tous les titres et honneurs qu'il désira. Son mariage avec la fille du millionnaire Cubitt fut sa première fortune. Aidée de son esprit, son activité, ses belles manières, cette position lui fit aisément conquérir toutes les autres. Malheureusement de fausses spéculations ne donneront pas le même avantage à ses enfants.

**Pilliet**, ex-président de la Société médicale du dixième arrondissement de Paris, où il n'avait cessé d'exercer, chevalier

de la Légion d'honneur, a succombé à soixante-douze ans, après une longue carrière distinguée par ses bienfaits, et dont il a voulu laisser des traces après sa mort, en léguant 20 000 fr. à l'Association des médecins de la Seine, 30 000 fr. à celle des médecins de France, 10 000 fr. à l'Assistance publique pour les bureaux de bienfaisance, et 5000 fr. à la Société de secours mutuels de son arrondissement. De tels bienfaits proclament bien mieux que tous les éloges la générosité de cet homme de bien. Il n'avait d'autre culte ni de religion que la charité, qui est la plus agréable à Dieu et la plus conforme à l'Évangile.

**Pinel de Granchamp,** *Félix*, chirurgien distingué, mais que la politique détourna trop souvent des études et de la pratique de sa profession, a succombé le 8 février, âgé de soixante-dix ans. Cœur chaud et dévoué, mais esprit emporté et peu réfléchi, il dut subir dans les journées de 1832 et celles de juin 1848 les conséquences de sa conduite politique imprudente. Le devoir est souvent en contradiction avec le droit. Il a vécu en jouissant de l'estime de tous ses concitoyens comme homme de bien.

**Pistelli,** *Ermenegilde Marie*, doyen des médecins toscans, est mort le 7 mars, dans sa ville natale, à Camajore, à l'âge de quatre-vingt-douze ans. Pendant soixante ans il exerça sa profession avec la réputation d'excellent praticien, en ne cessant pas de collaborer aux *Annali universali di Medicina* d'Omodei. Il laisse quarante-six opuscules, notamment sur la médecine légale. Une vie si bien occupée ne doit-elle pas conduire à l'éternel repos?

**Potton,** ancien médecin de l'Antiquaille de Lyon, ex-lauréat et président de la Société de médecine, a succombé dans cette ville le 25 janvier. Il s'est surtout distingué comme écrivain par divers travaux historiques qui révèlent ses connaissances autant que ses sentiments élevés.

**Purkynje,** *Jean*, illustre physiologiste autrichien, dont la gloire rivalisa avec celle des Humboldt, Arago et tous leurs contemporains, par sa découverte de la glande germinale, s'est éteint à Prague le 28 juillet, âgé de quatre-vingt-deux ans. Nommé, jeune encore, professeur à l'Université de Breslau, il



passa ensuite à celle de Prague, où, par des travaux divers et nombreux, il ne cessa de soutenir et d'agrandir sa célébrité, tellement que toutes les Académies étrangères de Paris, Londres, Berlin, Saint-Pétersbourg, Bruxelles, tinrent à honneur de se l'associer. Après une carrière laborieuse et des mieux remplies, une longue vieillesse lui était réservée qui lui permit de jouir de l'éclat de ses travaux, que si peu de savants ont la douceur de pouvoir contempler.

**Roux** (*de Brignolles*), professeur pendant plus de trente ans à l'Ecole impériale de médecine de Marseille, président de la Société locale et membre correspondant de l'Académie de médecine, chirurgien d'une grande réputation et d'une notoriété très-distinguée par ses travaux, son savoir et ses succès, a succombé le 5 septembre dans un âge avancé, laissant un fils qui soutient dignement son nom et sa réputation.

**Quadri,** *Alexandre*, oculiste distingué de Naples, a succombé à quarante-deux ans, le 29 juillet. C'est une grande perte pour l'ophthalmologie. Fils et continuateur de son père, Jean-Baptiste Quadri, ophthalmologiste renommé, il promettait de continuer avec succès sa pratique et ses travaux.

**Quoy,** inspecteur général du service de santé de la marine française, est mort à soixante-dix-huit ans. Il obtint en 1854, du ministre Ducos, la réforme importante en vigueur maintenant dans le service médical de la marine, et, par sa vaste instruction et ses travaux zoologiques, il mérita le titre de correspondant de l'Institut et la dignité de commandeur de la Légion d'honneur. C'était un homme simple, réservé, modeste, mais d'un savoir profond et d'un grand mérite. Beaucoup ont brillé aux premières places qui ne le valaient certainement pas.

**Seller,** *William*, l'un des médecins les plus distingués d'Édimbourg par ses travaux, ses connaissances et son caractère, comme en témoignent ses titres d'ancien président du Collége royal des chirurgiens et de la Société médico-chirurgicale, de lauréat de la Société royale, et les honneurs rendus à ses obsèques, a succombé le 18 avril après une maladie de trois années.

**Sénart**, *Charles-Victor*, médecin en chef de la marine de l'État, membre du conseil supérieur de santé de la flotte, officier de la Légion d'honneur, etc., etc., a succombé le 25 décembre 1858 d'une affection organique du cœur. Attaché depuis plus de vingt ans à l'administration de la marine, après seulement huit ans de navigation, c'est à ce seul titre qu'il obtint tous ses grades, sans s'être distingué autrement.

**Spitzer**, oculiste très-habile de Marseille et très-répandu dans le Midi de la France, a succombé en léguant 10 000 fr. aux hospices de la ville phocéenne.

**Van Roosbroeck**, *Julien*, professeur à l'Université de Gand, membre de l'Académie de médecine de Belgique, est mort à cinquante-neuf ans, le 1er juillet. Esprit original et distingué, il se révéla par diverses innovations, notamment dans l'ophthalmologie, qu'il cultivait avec succès, mais sans en faire jamais une spécialité. Ses inoculations blennorrhagiques contre le pannus et les granulations palpébrales ont surtout éveillé bien des dissensions dans la dernière année. Il dirigeait l'Institut ophthalmologique du Brabant, et portait le titre de médecin-oculiste du roi Léopold.

**Yearsley**, *James*, auriste distingué, et le premier qui appliqua le tympan artificiel dans les cas de surdité par destruction de cette membrane, a succombé à Londres, le 9 juillet, âgé de soixante-quatre ans. Fondateur du *Medical circular*, il se rendit propriétaire du *Medical Directory* ou Almanach médical, qui, en devenant plus exact, fut le prélude du *Medical Register* actuel.

**NÉPHRITE.** *Des différentes espèces de néphrites.* Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par M. le docteur V. Cornil. 1 vol. gr. in-8 de 175 pages. *Librairie Germer Baillère.*

Excellente monographie, comprenant toutes les données acquises aujourd'hui sur cette maladie, qui a tant suscité de recherches anatomo-pathologiques et microscopiques depuis une vingtaine d'années, d'observations cliniques et de travaux thérapeutiques, que la simple indication bibliographique des ouvrages et leurs auteurs cités dans ce volume n'en compte pas moins de 166, et il en manque encore plusieurs. C'est



là une source précieuse, mais embarrassante à cause de sa richesse, pour ceux qui voudront désormais travailler sur le même sujet.

La division des néphrites en interstitielle et albumineuse compte plusieurs subdivisions, qui ne font pas moins de neuf espèces différentes, dont l'auteur traite séparément : l'anatomie pathologique et microscopique, éclairée par des planches intercalées dans le texte, la pathogénie, l'étiologie, les symptômes différentiels, la marche et le traitement. Peut-être eût-il mieux valu pour l'intelligence de l'œuvre, une fois cette division établie, traiter séparément de chaque espèce en particulier. Mais on ne saurait s'empêcher de reconnaître l'immense érudition qui règne dans ce travail et qui en fait le plus complet sur la matière.

**NÉPHROTOMIE.** M. Thomas Smith a soumis à la *Royal med. and chir. Society*, dans la séance du 27 avril, le projet d'extraire les calculs rénaux par une simple incision directe qu'il assimile à la colotomie. Sans l'avoir jamais exécutée, il croit cette opération faisable dès que la présence du calcul est sûrement établie, et il relate à l'appui le cas du consul anglais Hobson opéré avec succès de cette manière à Venise par un chirurgien italien au XVIIe siècle. Deux ou trois pierres furent extraites directement du rein par une incision dans la région lombaire ; mais la difficulté même du diagnostic et le danger de léser la substance rénale font mettre en doute la *practibility* de cette opération, par MM. Curling et Holmes, de même qu'à tous les chirurgiens prudents. Un seul, M. Maunder, la croit praticable pour avoir facilement mis le rein à nu sur le cadavre et l'avoir reséqué sur un petit chat, qui survécut. On voit que les preuves ne sont pas très-convaincantes. Si des abcès périnéphriques ont dû être diagnostiqués et ouverts à l'extérieur avec succès, comme Trousseau et M. Nélaton en ont opéré des cas remarquables dans ces dernières années, de même que M. Spencer Wells en a cité trois exemples avec issue consécutive de calculs, il y a loin de là à la présence et l'extraction d'un calcul dans la substance même du rein. Pour être très-hasardée, cette proposition a son enseignement en montrant jusqu'où peut aller l'audace téméraire des jeunes chirurgiens... anglais.

**NERFS.** *Modifications consécutives à l'amputation des mem-*

*bres.* Par des recherches spéciales à ce sujet, M. Dickinson a observé l'atrophie des nerfs du moignon avec disparition en grande partie des fibres nerveuses, l'atrophie des racines nerveuses, surtout les postérieures, diminuées de volume par l'absence d'enveloppes fibreuses, diminution de volume de la substance grise de la moelle au niveau de l'origine des nerfs du côté mutilé, mais sans changement de texture appréciable au microscope ; enfin, affaissement remarquable du cordon médullaire postérieur de la moelle du côté de la mutilation, coïncidant avec une condensation du tissu conjonctif. L'atrophie s'étendait en haut, et se prolongeait dans la moelle allongée jusqu'à la limite supérieure de la décussation des pyramides, dans un cas d'amputation du bras. (*Journ. anat. and phys.*, novembre 1868.)

Rien ne montre mieux la faible portée de ces recherches, que les dissidences auxquelles est arrivé M. Vulpian, dans l'examen de deux cas d'amputation du membre inférieur. Il y avait diminution du diamètre des nerfs du moignon, sans modification de texture appréciable, non plus que dans les racines du nerf lui-même ; mais seulement atrophie de la substance grise du côté amputé et dans une étendue variable. (*Archiv. de phys.*, n° 3, 1868.)

Ces faits sont donc contradictoires avec les expériences de Waller, sur le centre nutritif des nerfs, et montrent que le plus grand mystère règne encore à cet égard.

**NÉVRALGIES. Névralgies de la face.** Au lieu d'appliquer les vésicatoires *loco dolenti*, comme on en a l'habitude, le docteur Anstie les place à la nuque, où l'irritation qu'ils déterminent dans les filets des branches cervico-occipitales enlève rapidement, par une sorte de dérivation, les douleurs de la face. (*Practitionner.*)

Plus de cicatrices difformes sur la figure de ce fait, ajoute M. Fonssagrives, car si l'on veut appliquer de la morphine *loco dolenti*, la vaccination morphique de Laforgue remplit bien mieux cette indication que les vésicatoires.

**Névralgie épileptiforme du maxillaire inférieur.** *Résection.* Si la névrotomie a été souvent appliquée et trop souvent infructueusement contre les névralgies de la face et du maxillaire en particulier, ce n'a été ordinairement que dans



les parties molles, rarement l'os a été réséqué à cet effet ; car devant une opération aussi grave, l'indication ne paraît pas assez précise pour la recommander. Le fait suivant pourra donc guider à cet égard. Un homme se présente à l'hôpital Saint-André, lorsque, ayant prononcé quelques mots, il se tait, change d'aspect, saisit brusquement son mouchoir à deux mains, l'applique sur la région auriculaire droite avec une main, tandis que de l'autre il frictionne vigoureusement toute la région maxillaire du même côté. Tous les muscles de la face de ce côté sont agités de violentes contractions et le malade laisse échapper une sorte de grognement, interrompu par trois ou quatre clapements de langue produits par de vigoureux mouvements de succion. Un brusque mouvement de la tête termine cette scène de quelques secondes et le malade s'écrie : C'est fini !

C'est ainsi que depuis l'avulsion de la première grosse molaire inférieure droite faite par un charlatan, il y a vingt ans environ, une vive douleur survint dans tout le trajet du maxillaire qui allait en augmentant et prit le caractère intermittent qu'elle n'a plus quitté depuis. En vain tous les moyens empiriques ont été employés, même la résection du nerf mentonnier, qui n'a calmé la douleur qu'un mois, elle a persisté ensuite. Cet homme ne peut ainsi se livrer à aucun travail, ni manger ni dormir qu'avec difficulté, obligé de se livrer aux manœuvres précitées pour arrêter l'accès.

Quoiqu'il n'y ait pas de tuméfaction perceptible, M. Denucé diagnostique une lésion du nerf dentaire et propose la résection du maxillaire, que le malade accepte. Dès lors une incision de 10 centimètres est conduite le long du bord inférieur du maxillaire allant jusqu'à l'os ; les parties molles sont disséquées, le périoste excepté. Une sonde cannelée est passée en dedans et avec la scie de Martin, 5 centimètres du maxillaire sont réséqués sans que la plaie communique avec la bouche.

Immédiatement la névralgie disparaît ; plus d'accès, mais une hyperesthésie notable apparaît dans la région innervée par le trifacial, et surtout dans la région sus-orbitaire. Cette complication diminue à mesure que la cicatrisation s'opère et la guérison est complète le dix-huitième jour, que l'opéré quitte l'hôpital.

L'examen du canal dentaire a montré au niveau de la dent extraite un coude rétrécissant son calibre et exerçant ainsi

une compression constante sur le nerf. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, avril.)

Nul doute d'après ce tableau que beaucoup de névralgies de cette région ne soient justiciables de cette opération.

**Névralgie du nerf saphène interne.** De deux observations recueillies dans son internat des hôpitaux de Paris, M. Bousseau conclut à son atteinte exclusive, indépendante, comme pour d'autres nerfs du tronc. C'est ainsi que dans le premier cas, sur un peintre de vingt-huit ans, les foyers douloureux étaient circonscrits de bas en haut sur le bord interne du gros orteil, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange, en arrière de la malléole interne dans la gouttière qui la sépare du tendon d'Achille, le long du bord interne du tibia à sept ou huit travers de doigt au-dessous du genou, au-dessous du bord interne de la rotule, en arrière à 4 centimètres environ au-dessus du creux poplité, au point de sortie et d'entrée de ce nerf de la gaîne des abducteurs, c'est-à-dire à trois travers de doigt au-dessus du condyle interne et à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse, et enfin au pli de l'aine où la douleur est moins marquée qu'ailleurs par la pression.

Dans le second cas d'une fille de vingt-trois ans, ces points douloureux étaient de haut en bas sous l'arcade crurale, au tiers supérieur de la cuisse, à trois ou quatre travers de doigt au-dessus du condyle interne, à la partie postérieure de ce condyle et au-dessous de la rotule, et ainsi sur tout le reste de son trajet comme dans le précédent.

En raison du siége superficiel de ce nerf, des injections hypodermiques de sulfate d'atropine au 100e ont amené une guérison rapide. (*Soc. méd. d'observ.*, novembre 1868.)

Il n'y a de remarquable ici que la rareté de cette névralgie, aussi rigoureusement délimitée et indépendante de toute autre.

**NÉVROSES.** *Aimant.* D'après le professeur Maggiorani de Palerme qui vient de publier un ouvrage sur ce sujet, les personnes soumises à cette influence magnétique par l'application sur la poitrine d'un aimant en forme de fer à cheval éprouvent dans l'espace de trente secondes à un quart d'heure une sensation de resserrement au front, aux tempes à la nuque, des vertiges, des obscurcissements de la vision, bruits des oreilles, bouffées de chaleur à la tête et à la poitrine, secousses et tintements dans la tête, hallucinations, rougeur des yeux et larmoiement, mouvements convulsifs des paupières, spasmes de la face, grincements de dents. Le gosier est resserré avec efforts de déglutition de la salive, respiration sanglotante, suspirieuse, malaise indéfini de la région épigastrique, lipothymies, borborygmes, tremblement général, contractions musculaires involontaires, torpeur, fourmillements, nausées, vomituritions, accès de convulsions cloniques et toniques.



Les phénomènes constatés dans plus de cent observations faites dans les hôpitaux de Florence, Venise et Padoue sur des personnes de tout âge et de constitution différente, rappellent et confirment ceux qui ont été précédemment observés sous l'influence du magnétisme. A la suite, M. Maggiorani en a obtenu la cessation d'une douleur sciatique, la diminution d'un accès de névralgie faciale suivie de sommeil, cessation d'un tremblement général, interruption d'accès convulsifs, diminution de la toux et de la dypnée chez les asthmatiques, etc., etc.

Mais c'est surtout comme moyen de diagnostic différentiel que cette application peut servir suivant le clinicien italien. Si une femme atteinte de convulsions, dit-il, reste insensible à l'influence de l'aimant, c'est le signe d'une affection organique du système nerveux simple ou une hystérie. Sous ce rapport surtout, l'épreuve peut être utile.

**NOURRISSONS.** Après trois ans d'études et d'enquêtes, la question de la mortalité des nourrissons est revenue à l'Académie de médecine de Paris sans être plus avancée (voy. *années* 1866 *et* 1867). La commission nommée n'a trouvé à présenter, par l'organe de M. Blot, qu'un nouveau règlement restrictif, reproduction de l'ordonnance de police du 26 juin 1842, tombée en désuétude par ses exigences et ses prescriptions, augmentée du carnet ou livret, dont elle donne le modèle, et une instruction sur l'hygiène des nouveau-nés, sans rien d'essentiellement nouveau dans l'esprit ni l'économie de ce projet. A ce titre, nous en passons les dispositions, d'autant plus qu'il y a une grande distance entre l'édiction et l'exécution. Qui constatera, par exemple, que la future nourrice a un garde-feu et un berceau? Et quand le maire, le commissaire et les témoins s'assureraient les avoir vus à son domicile, qui assurera

que ces objets lui appartiennent? Comment limiter aussi strictement la liberté individuelle et celle des familles? Et ainsi de plusieurs détails, qui à l'exécution resteront lettre morte dans la plupart des cas.

Aussi les orateurs se sont-ils élevés contre cette réglementation à outrance et exclusive, M. Fauvel surtout. Un pareil remède à un mal profond qui a ses racines dans notre organisation sociale, dit-il, me surprend au plus haut degré. Se bornant à relever le résultat général de l'enquête administrative faite dans 5000 communes de France, et donnant une mortalité de 51 pour 100 des nourrissons qui y sont envoyés, au lieu de 19,92, qui est la proportion des nourrissons nés et élevés dans ces communes, elle a fait comme le médecin qui prétendrait déduire le traitement d'une maladie par sa mortalité, en proposant ce règlement comme remède unique et infaillible à ce mal. Elle a donc méconnu son rôle et fait de l'administration où elle ne devait faire que de la science. La mortalité des nourrissons ne provenait pas seulement du fait des nourrices mercenaires. Un règlement les concernant, si sévère qu'il soit, ne saurait éteindre entièrement le mal. Les causes en sont multiples; M. Fauvel les ramène à trois : Faiblesse native plus commune chez les enfants naturels, défaut de soins, insuffisance ou mauvaise qualité de la nourriture. Et, souvent ainsi, *c'est la misère qui nourrit la misère.* Il n'y a donc pas lieu de s'étonner du résultat.

Surveiller, réglementer l'industrie des nourrices, n'empêchera pas ce mal. Le nombre des bonnes nourrices étant inférieur à celui des enfants à nourrir, force est bien d'accepter les mauvaises. De la pénurie des unes dérive l'industrie des autres, car cette industrie subit la loi commune. Là où la demande est supérieure à l'offre, l'insuffisance du produit amène la contrefaçon et toutes les fraudes imaginables.

Cette pénurie de nourrices vient de ce que, dans les villes, l'allaitement maternel est de plus en plus abandonné dans toutes les classes de la société. Riches et pauvres demandent le plus souvent à un lait étranger la nourriture de leurs enfants : les premières, parce que la vie du monde se prête peu aux exigences de l'allaitement; les autres, parce que l'obligation d'un travail quotidien pour vivre ne s'y prête pas davantage. Dans les villes, il y a bien peu de filles-mères qui nourrissent leurs enfants. Pour combler ce déficit se présentent des femmes qui, souvent au détriment de leurs propres enfants, font trafic de leur lait, ou bien se présente encore la ressource de l'allaitement artificiel.



Parmi les nourrices, un petit nombre appartient à la classe aisée des campagnes : cette catégorie fournit les bonnes nourrices qui, dans l'état actuel des choses, trouvent un placement facile et avantageux, soit directement, soit par l'intermédiaire des bureaux : mais le plus grand nombre des femmes qui se livrent à l'industrie de l'allaitement appartiennent, il faut bien le dire, à la classe nécessiteuse. Ces femmes, vivant dans un état plus ou moins voisin de la misère, mal nourries, épuisées, poussées par le besoin, se présentent dans des conditions peu favorables à l'allaitement. Celles d'entre elles qui peuvent se placer dans de bonnes maisons réussissent parfois, sous l'influence d'une bonne alimentation, à reprendre des forces et à remplir convenablement leur fonction de nourrice; mais la majorité en est réduite à avoir recours à des ruses et à des intermédiaires coupables pour parvenir à obtenir un nourrisson moyennant un faible salaire. Et ce nourrisson lui-même appartient le plus ordinairement à des parents pauvres; il est souvent chétif, malingre. Cet enfant aurait besoin pour vivre d'un allaitement convenable et de grands soins; mais il ne trouve chez sa nourrice rien de cela. Que voulez-vous, en effet, que lui donne cette pauvre femme, qui aurait besoin elle-même d'être mieux nourrie, et qui, à raison du faible salair qu'elle reçoit, et dont assez souvent elle est frustrée, est encore obligée de travailler aux champs pour soutenir son ménage? Quels soins peut-on attendre d'elle? Est-il étonnant que, dans ces conditions, l'enfant dépérisse et meure?

Séduite par les résultats avantageux obtenus par la Direction municipale des nourrices (mortalité réduite à 29,81 pour 100 parmi les enfants âgés de moins de un an), la commission a espéré sans doute que, par l'application de son règlement, on obtiendrait des résultats analogues.

Mais elle a perdu de vue qu'à la Direction municipale des nourrices, ce règlement n'est appliqué que dans un cercle restreint qui permet de choisir les nourrices, exercer la surveillance et venir en aide matériellement aux enfants, aux nourrices, par des garanties, des dons, des secours de toute sorte.

L'erreur de la commission est donc d'avoir voulu appliquer

ici ce qui n'était applicable que là. Loin d'augmenter les ressources, l'application du règlement les diminuerait de toute la quantité supprimée, car, en supprimant les nourrices insuffisantes, le nombre des bonnes n'en serait pas augmenté ni le lait rendu plus abondant. Au contraire, un certain nombre de femmes qui eussent été de bonnes nourrices, reculant devant l'appareil formidable des formalités à remplir, renonceraient à se faire nourrices, comme l'indique ce qui a lieu à la Direction municipale.

Elle a cru que les ressources pour l'allaitement étaient sinon abondantes, du moins suffisantes, et qu'il ne s'agissait que d'en régler l'emploi convenable et d'écarter les fraudes. Mais il n'en est malheureusement pas ainsi : les ressources actuelles sont au-dessous des besoins, et la commission *aura beau réglementer la famine et la misère, elle ne produira ni l'abondance ni la richesse.*

Au lieu d'une simple enquête administrative, elle aurait dû procéder à une enquête médicale par l'intermédiaire des conseils d'hygiène et de salubrité. Une simple circulaire posant les questions clairement, eût suffi à cet effet. Une statistique sur la mortalité des nourrissons à l'étranger était de même nécessaire pour mieux distinguer la cause de l'énorme mortalité chez nous. C'était une étude comparative indispensable.

Sans doute, l'habitude de confier les nouveau-nés à des mains mercenaires est le but principal, car ce n'est pas seulement le lait maternel qui est profitable à l'enfant, mais surtout cette sollicitude instinctive de la mère nourrice, qu'aucune autre ne peut suppléer. La statistique le montre avec évidence et prouve que le seul fait, pour un nouveau-né, d'être soustrait à la surveillance maternelle augmente pour lui les chances de mort dans une proportion considérable. Mais, malgré toutes ces preuves, l'allaitement maternel est de plus en plus délaissé, ce qui accuse notre état social.

Dans les classes riches ou aisées, c'est au médecin que revient surtout le soin de la persuasion pour démontrer la nécessité de l'allaitement maternel. Si dans ces cas une bonne nourrice sur lieu donne d'ordinaire un allaitement convenable sous la surveillance de la mère, que rien ne saurait remplacer, on doit insister néanmoins pour qu'elle nourrisse elle-même, car cet allaitement sans nécessité a pour effet de diminuer le nombre des bonnes nourrices au détriment des enfants à qui



elles seraient nécessaires. C'est là une des causes de leur pénurie.

On comprend mieux les obstacles à l'allaitement maternel dans la classe moyenne des villes, chez les petits commerçants, où la femme prend une part active aux affaires. Ni les habitudes, ni le logement ne s'y prêtent, et il faut bien recourir à l'allaitement mercenaire hors de la maison. Mais, encore là, que le médecin intervienne pour éclairer les parents sur les dangers d'un grand éloignement, insister sur la nécessité d'une surveillance incessante et un salaire assez élevé pour intéresser la nourrice à la conservation de son nourrisson. Il est probable qu'une enquête portant sur cette catégorie de nourrissons accuserait une mortalité moins considérable que parmi les autres.

L'autorité n'a rien à faire dans tous ces cas. C'est le contraire dans les classes peu fortunées, pour qui un enfant est une trop lourde charge, et qui se voient obligées ou de l'abandonner à la charité publique ou de le confier moyennant un faible salaire à ces femmes de la campagne qui n'ont de la nourrice que le nom, et pour qui ce nourrisson n'est qu'un moyen de soulager leur misère. Et pourtant, quoi de plus intéressant que cette famille, souvent une mère seule, faisant des sacrifices au-dessus de ses ressources pour ces enfants voués à une mort presque certaine. Là, des secours effectifs sont absolument indispensables. A une pareille situation, il faut assistance efficace pour encourager à l'allaitement maternel. Une femme d'ouvrier convenablement assistée, trouverait avantage pour elle et son enfant à le nourrir elle-même. L'institution de la crèche à domicile indiquée par M. Husson, serait un bon moyen à cet effet. (Voy. Crèches.)

Il faut surtout l'encourager chez les filles-mères, car si la statistique montre que le quart à peine abandonnent leurs enfants, on sait que la plupart des autres sont élevés en nourrice, puisque pris en masse, ils contribuent dans la proportion de 35, 52 pour 100, dans la mortalité des nouveau-nés.

En Pensylvanie, il existe une institution qui recueille les filles-mères et leur assure les vivres et le logement pendant les premiers mois de l'existence de leur enfant, à condition qu'elles l'allaiteront elles-mêmes, et l'on assure que de bons résultats en sont obtenus.

S'il n'y a guère lieu d'assister pécuniairement la fille-mère, il n'en est pas de même des nourrices mercenaires. Qu'elles

puissent compter sur une rémunération suffisante de leurs soins qui leur permette de se consacrer à leur nourrisson, et l'on trouvera des femmes capables de remplir cet office, et l'on verra à coup sûr diminuer la mortalité.

Toutefois, il ne faut pas outrepasser le but dans cet encouragement de l'allaitement mercenaire, car, d'un côté, toutes les mères des villes feraient allaiter leurs enfants, et celles des campagnes pourraient bien ne soigner leur nourrisson qu'au détriment du frère ou de la sœur. Mais comme ces nourrices subventionnées seraient soumises à un examen scrupuleux, l'industrie en serait forcément restreinte.

Du reste, on pourrait encore encourager l'allaitement artificiel au biberon, sous les yeux de la mère, comme cela se fait avec avantage dans un certain nombre de cas à Paris ; une enquête pourrait fixer sur ce mode d'allaitement. Il y a loin de là à l'usage du petit pot, loin de la mère, par des femmes ignorantes. C'est un procédé meurtrier qui est condamné.

Dans tous les cas, ce ne peut être qu'avec de l'argent que l'on peut améliorer l'avenir des nourrissons des classes nécessiteuses. Pour s'en procurer, rien ne serait plus moralisant que de recourir à la charité privée, des souscriptions individuelles et volontaires recueillies et distribuées par des associations protectrices de l'œuvre ; mais si l'élan, le courage, la charité ne manquaient pas pour cette initiative, la volonté tenace et persévérante ferait bien vite défaut. Force est donc de recourir à l'intervention gouvernementale, et si une subvention pécuniaire est indispensable pour remédier à l'effrayante mortalité qui pèse en France sur les nourrissons, il ne faut pas craindre de le dire au gouvernement.

Il suffirait que ces subventions fussent faites aux sociétés protectrices de l'enfance dont le nombre, avec ce secours, irait en se multipliant dès que leur action pourrait être plus efficace. Par là aussi, la surveillance des nourrices subventionnées et des mères secourues serait plus active et plus efficace.

Tout en blâmant comme impraticables et draconniennes les exigences réclamées par M. Devilliers, telles que l'emprisonnement, l'amende, la suppression d'emploi, etc., etc., M. Husson, président de la commission académique, croit que l'exécution du règlement proposé par elle est de nature à diminuer la proportion de mortalité des nourrissons, sans pouvoir atteindre jamais celle de l'allaitement maternel. Il montre à cet égard les exagérations du sombre tableau tracé par M. Fauvel, de la misère, du paupérisme des nourrices allaitant les petits Parisiens pauvres. Et relatant les dispositions du règlement en vigueur, il montre les perfectionnements et les garanties que celui-ci consacre par l'élément médical surtout qui s'y trouve introduit, l'examen sérieux et indépendant de la nourrice et du nourrisson. Il vante surtout les conseils donnés aux nourrices, et pour répondre à l'argumentation de son antagoniste, il dit que si l'exécution du règlement proposé a pour effet d'éloigner les mauvaises nourrices, la demande étant supérieure à l'offre, le prix de location s'accroîtra, et le but indiqué par M. Fauvel sera atteint ; les nourrices mercenaires, mieux rémunérées, donneront des soins convenables à leurs nourrissons, et le prix élevé qu'il faudra leur accorder incitera d'autres femmes de la campagne que les prix actuels éloignent de l'allaitement, à s'y consacrer ; enfin, il obligera beaucoup de mères à se charger elles-mêmes de l'allaitement de leurs enfants.



Quant à l'allaitement artificiel, M. Husson y est complétement opposé. Un rapport de M. Bourdon, inspecteur des décès à Paris, constate que la mortalité des enfants de la naissance à cinq ans est 25, 80 pour 100 parmi ceux élevés au sein et de 62, 80 parmi ceux élevés au biberon. D'où la confirmation de la conclusion formulée plus loin par M. Créquy : que l'allaitement artificiel réussit moins à Paris qu'à la campagne. Tout est donc d'augmenter les secours pour encourager l'allaitement maternel parmi les classes nécessiteuses de la capitale.

Plus que les réglementations restrictives de la commission et même les mesures coercitives réclamées par M. Devilliers, M. Boudet exige une loi protectrice de l'enfance réglant le principe de leurs droits et de leur défense. Plus souvent abandonnés par ceux qui leur ont donné le jour, qu'aucune autre créature, exposés à des dangers de toute sorte, les enfants nouveau-nés ne trouvent pas une protection suffisante dans nos institutions et la garantie collective que toute société civilisée doit à la faiblesse, est loin d'être équitablement, humainement et régulièrement établie en leur faveur.

Si la paternité a ses droits, elle a les plus impérieux devoirs et les enfants ont aussi des droits d'autant plus sacrés qu'ils sont incapables de les faire respecter.

La loi punit les infanticides par violence, le magistrat les recherche et les atteint ; pourquoi n'en serait-il pas de même

pour les nouveau-nés, les nourrissons morts par défaut de soins? La morale et l'humanité, les intérêts de la race et de la nation réclament des mesures larges, énergiques et proportionnées au but qu'il faut atteindre à tout prix.

Il y a une loi protectrice des animaux et il y en a une pour le travail des enfants dans les manufactures, pour les préserver de l'exploitation prématurée de leurs forces, les défendre contre les exploitations de la misère ou la cupidité de leurs parents. Comment le législateur n'étendrait-il pas sa sollicitude aux enfants nouveau-nés pour leur assurer la nourriture et les soins indispensables à leur existence?

En limitant la liberté des propriétaires d'animaux et celle des parents pour le travail de leurs enfants, la loi ne peut leur laisser la liberté de livrer les nouveau-nés à des nourrices sans ait, sans moyens d'existence ou sans entrailles, pour qu'ils meurent d'inanition ou de misère. On ne saurait davantage respecter la liberté des nourrices. S'il faut protéger, honorer et récompenser les bonnes, on ne doit pas rester désarmé devant celles qui pour un peu d'argent font subir aux nourrissons le douloureux martyr de la faim et d'une longue agonie.

De là, l'utilité d'une loi spéciale et d'une direction générale de la protection de l'enfance et de l'industrie nourricière. (*Acad. de méd.*, octobre.)

Dans le compte rendu de l'œuvre de la maternité à Lyon, on trouve que sur 567 mères qui ont nourri leur enfant, et secourues à raison de 100 fr. par nourrisson, 86 seulement ont perdu leur enfant, c'est-à-dire le sixième, moyenne ordinaire du sinistre des enfants du premier âge, tandis que des nouveau-nés confiés à des nourrices mercenaires, 95 sur 100 succombent dans la première année.

*Influence du biberon.* Sur 300 enfants nés à la Chapelle-Saint-Denis, du 1er juin 1867 au 1er juin 1868, 154 garçons et 146 filles observés jusqu'à trois mois au minimum par deux sages-femmes instruites, M. le docteur Créquy, voulant connaître l'influence du biberon, a constaté que sur 235 nourris au sein, 25 seulement ont succombé, soit 10,63 p. 100, tandis que sur 64 élevés au biberon, il en est mort 33 ou 51 pour 100. L'écart est trop considérable pour n'en pas voir la cause évidente dans la différence de l'allaitement.

C'est ainsi que sur 181 enfants allaités par leur mère, 15 seulement sont morts, soit 8, 28 pour 100, tandis que 54 allaités par des nourrices à leur domicile ont donné 10 morts ou 18 pour 100, presque le double.



Il y a aussi un choix de lieu à faire pour l'allaitement. Sur les 235 enfants allaités au sein, 185 l'ayant été à Paris n'ont donné que 14 morts ou 7,56 pour 100, tandis que des 50 envoyés en province, il y en a eu 11 ou 22 pour 100.

C'est le contraire pour l'allaitement artificiel. 21 enfants élevés au biberon à Paris donnent 14 morts ou 66 pour 100; 43 élevés en province en donnent seulement 19, soit 44 p. 100.

Si pour le médecin le secret de ces différences est connu, il était néanmoins important de les mettre en évidence pour les connaissances pratiques à en tirer. (*Gaz. des hôp.*, n° 120.)

*Fermes-nourrices.* Tout en attribuant aussi l'extrême mortalité au défaut d'allaitement ou à une alimentation prématurée, M. le docteur Chalvet croit la prévenir par la création de fermes-nourrices au voisinage des grandes villes pour remplacer l'immorale et meurtrière industrie des nourrices. Pourvues d'animaux et d'éleveuses, ces fermes serviraient à élever les enfants au biberon et formeraient ainsi des écoles pratiques de puériculture. Du jour où l'industrie privée s'emparerait de cette idée, le biberon serait réhabilité, et bien employé il montrerait sa supériorité sur la nourrice mercenaire. Tout le secret de l'élevage gît dans la direction de l'allaitement. (*Gaz. des hôp.*, n° 122 et suiv.)

Par suite de tout le bruit justement fait sur la mortalité énorme des nourrices de Paris, une nourrice vient d'être condamnée pour mauvais soins donnés à l'enfant qui lui était confié. L'arrêt suivant fait connaître dans quelles circonstances la Cour impériale de Paris a été appelée à statuer sur une question qui intéresse au plus haut degré les familles habitant les grandes villes.

La Cour : Statuant sur l'appel interjeté par le procureur impérial près le tribunal de Chartres du jugement du 4 août 1869, qui a renvoyé la femme Faustin de la poursuite dirigée contre elle:

Considérant que de l'instruction et des débats résulte la preuve que la femme Faustin, après avoir pris dans sa maison l'enfant de la femme Hauss, qu'elle était chargée de nourrir, a

négligé les soins de propreté, d'entretien, d'alimentation que nécessitait l'âge de cet enfant ;

Considérant qu'il est suffisamment établi que cette imprudence et cette négligence de la part de la femme Faustin ont été la cause involontaire de la mort de la fille Hauss, âgée de quatre mois seulement ;

Considérant que la femme Faustin s'est ainsi rendue coupable du délit d'homicide par imprudence, prévu par l'article 319 du Code pénal ;

Par ces motifs, met l'appellation et le jugement dont est appel à néant, émendant, et faisant ce que les premiers juges auraient dû faire, déclare la femme Faustin coupable du délit d'homicide commis par imprudence, prévu et puni par l'article 319 du Code pénal ; mais considérant qu'il existe des circonstances atténuantes, condamne la femme Faustin en quinze jours de prison et aux frais de première instance et d'appel.

**NOUVEAU-NÉS.** *Caractères qui établissent la viabilité chez les nouveau-nés*, au point de vue de la médecine légale, par le docteur Géry père, de Paris, mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux au concours de 1868, un vol. in-8. Paris. Ouvrage très-intéressant et indispensable pour la connaissance exacte du sujet qu'il traite, par la multiplicité, la diversité et la précision des questions qu'il embrasse et résout. Il montre les différences de la viabilité au point de vue du droit et en matière criminelle ; les apparences trompeuses de la vie, sa persistance sans respiration et ses caractères anatomiques qui la révèlent après la mort. — Voy. Otite.

## O

**OBSTRUCTION INTESTINALE.** Diagnostic. *Injections forcées.* Par des expériences sur le cadavre, le docteur von Trantvetter s'est assuré en injectant par l'anus des solutions colorées qu'elles parvenaient jusqu'à la jonction du côlon avec le petit intestin. Avec la canule ordinaire, le liquide ne pénètre qu'à la partie inférieure du côlon descendant. Cette expérience répétée sur une femme de vingt-huit ans *in articulo mortis* d'une phthisie avec diarrhée, avec 150 pouces cubes d'une solution de ferro-cyanure de potassium, donna à l'autopsie vingt-quatre heures après la réaction avec le sesquichlorure de fer, une couleur bleu intense dans toute la longueur du gros intestin comme preuve de la pénétration du lavement à cette hauteur. (*Deuts. Archiv f. Klinik med.*, nos 5 et 6, 1868.)



Brinton, dans son travail posthume, établissait le siége de l'obstruction par la hauteur que le liquide atteignait dans l'intestin. Une pinte indiquait la partie supérieure du rectum, au-dessus et jusqu'à 3 pintes, c'était la flexion sigmoïde et au-dessus le côlon, mais alors les indications devenaient moins précises. Le docteur Hilton Fagge a montré que le liquide peut traverser un obstacle que les matières intestinales ne franchissent pas. 4 pintes purent être injectées dans un cas où la maladie siégeait à la flexion sigmoïde en passant et en séjournant au-dessus. (*Guy's hosp. Reports.*)

*Entérotomie.* Un homme âgé de quarante-quatre ans, ayant eu à l'âge de six ans une dysenterie, et éprouvant souvent des difficultés pour aller à la selle, fut pris d'une constipation opiniâtre. Il n'avait pas rendu de matières fécales depuis trente-trois jours, lorsque M. Thomas proposa l'entérotomie. Une ouverture fut faite à la partie inférieure droite de l'abdomen ; l'intestin cæcum, distendu par les matières, se présenta et fut fixé. L'issue des matières fécales soulagea immédiatement le malade ; mais quatre semaines après de nouveaux accidents se manifestèrent. On poussa des injections dans les deux bouts de l'intestin ; des matières dures furent expulsées par l'anus artificiel, et une amélioration s'ensuivit. Plus tard, les matières fécales sortirent par l'anus normal ; trois mois après l'opération, la guérison était complète. (*Soc. de chir.*, avril.)

*Fumée de tabac.* Employée avec succès par le docteur Olive contre un obstacle mal connu au cours des matières chez un homme de trente-huit ans qui, malgré les lavements purgatifs huileux, de tabac, les applications froides, etc., paraissait voué à une mort certaine. Mais qu'il s'agisse d'invagination ou de rétrécissement, il n'en est pas moins réel que l'injection avec un soufflet fit merveille. Le météorisme augmenta d'abord et devint considérable, mais bientôt une selle noirâtre survient, puis une seconde, une troisième et le malade est sauvé (*Sud médical*, janvier). Ce moyen, qui paraît avoir été employé du temps de Richter contre l'étranglement herniaire, a été essayé par M. Hérard, à l'Hôtel-Dieu, sur une femme entrée le 13 avril. Avec un appareil de Mathieu, il introduisit la fumée,

quand, tout à coup, des phénomènes d'intoxication se produisent, la face pâlit, le pouls est presque insensible et la malade est sur le point de succomber; on ne la ranime qu'avec peine par l'application de l'électricité à la région précordiale et des infusions de café à haute dose. Mais, dès le lendemain, il y a un mieux sensible; plus de vomissements ni de douleurs et des selles ont lieu ensuite.

C'est ainsi que, dans un cas précédent, les lavements gazeux avec de l'eau de Seltz avaient amené de l'amélioration que des lavements de tabac à faible dose ont rendue complète, de manière que c'est au tabac que dans ces deux cas la guérison est attribuée sans qu'il soit permis de préciser son mode d'action. (*Union méd.*, nos 79 et 81.)

*Plomb de chasse.* Au lieu des balles ou du mercure employés autrefois, le docteur Maydieu n'obtenant aucun succès des moyens ordinaires, a eu recours depuis quatre ans au plomb de chasse n° 5 (200 grammes pour un adulte, 100 grammes pour un adolescent), lavé à plusieurs reprises et mis dans 125 gr. d'huile d'olives ou d'amandes douces. Le patient prend une cuillerée à dessert d'huile et de plomb toutes les demi-heures.

Cinq ou six heures après l'ingestion du plomb, les vomissements s'arrêtent, les gaz se dégagent, les selles partent, l'abdomen ballonné s'affaisse, le soulagement est immédiat; le plomb est rendu avec les selles du sixième au huitième jour, et sur 12 cas, il y a eu 12 succès.

Il va sans dire que, tout en ayant recours à ce moyen, en apparence si bizarre et qui au début ne laisse pas que d'étonner et même de terrifier certaines familles, aucun auxiliaire n'est négligé, comme les bains, les topiques émollients en compresses de flanelle imbibées d'huile de lin, et surtout les lavements *au lait et au miel* qui ne sont mentionnés nulle part et qui produisent les plus heureux effets. Si les selles tardent trop à se produire, il ajoute deux gouttes d'huile de croton tiglium à un de ces lavements qui contiennent trois cuillerées à bouche de miel pour un demi-litre de lait. (*J. de méd. et chir. prat.*)

On ne saurait employer ce moyen sans crainte. Le séjour du plomb pendant six à huit jours dans l'intestin n'est pas sans danger, et des accidents saturnins ont paru par l'absorption d'une moindre quantité dans les tissus. Les succès constants de ce



moyen et l'absence de détails peuvent d'ailleurs faire supposer des pseudo-étranglements qui auraient été levés sans lui.

**OESOPHAGE.** Auscultation. Le docteur Hamburger a étudié ce sujet nouveau, mais sans tenir compte des recherches faites avant lui, notamment par M. Natanson (voy. *année* 1865). Il s'accorde d'ailleurs dans les phénomènes perçus à l'état normal, physiologique. Il fixe ainsi le lieu le plus favorable au cou, à gauche, en arrière de la trachée, depuis l'os hyoïde jusqu'à la clavicule; et, du même côté de la colonne vertébrale, de la première à la huitième dorsale et le long du rachis. Les bruits perçus, résultant surtout du conflit de l'air et d'un liquide, l'examen doit se faire pendant la déglutition d'une cuillerée d'eau, les bols alimentaires solides ne conviennent pas; mais on peut le faire aussi pendant le cathétérisme.

La déglutition normale produit un fort gargouillement au niveau de l'os hyoïde et un bruit de glissement facile le long de l'œsophage.

Un bruit plus ou moins modifié et en sens inverse se produit dans la régurgitation, et le point où il commence correspond en général au siége du rétrécissement.

Dans le rétrécissement au début, l'air refoulé par le bol alimentaire trouvant un obstacle, remonte en traversant le liquide et produit un léger glou-glou. C'est un véritable gargouillement si le rétrécissement est plus prononcé. Quand il est confirmé, ce sont des bruits divers de régurgitation bruyante. (*Mediz. Jahrb* et *Gaz. hebdom.*, n° 50, 1868.)

Rétrécissement spasmodique. *Dilatation forcée.* Chez une hystérique de vingt-six ans, dont un rétrécissement, situé très-haut derrière le larynx, disparaissait momentanément pour reparaître surtout au passage des aliments, M. Broca, éprouvant une grande résistance à retirer la sonde à olive après qu'elle était introduite sans constater aucun bénéfice du cathétérisme, pensa qu'il y avait là quelque chose d'analogue au spasme de l'anus atteint de fissure. Il tenta en conséquence la dilatation forcée avec des pinces courbes; mais les branches, en s'écartant, prenaient la forme d'un entonnoir et glissaient comme un coin dans le rétrécissement sans le dilater. M. Broca fit dès lors fabriquer des pinces dont les branches, au lieu de s'entrecroiser à l'articulation, restent écartées au niveau de la

charnière avec une articulation excentrique, de manière que les branches restent parallèles à un écartement de 6 centimètres. Une seule application suffit avec cet instrument, le succès fut complet et ne s'est pas démenti depuis deux ans. Cette heureuse issue confirme donc la cause de ce spasme. (*Soc. de chir.*, juin.)

Corps étrangers. *Éponge.* N'ayant pu réussir comme précédemment avec le crochet de Graefe pour retirer un fragment d'os de dinde arrêté dans l'œsophage chez une jeune fille, et dont cet instrument donnait parfaitement la sensation, M. Krishaber recourut ingénieusement au procédé suivant : après avoir fait avaler une notable quantité d'eau, il introduisit jusque dans l'estomac, fixée à la sonde œsophagienne, l'*éponge préparée sèche*, de la grosseur de l'olive n° 2, qui entrait parfaitement ; puis, après l'avoir laissée le temps nécessaire dans l'estomac pour s'imbiber, malgré quelques vomituritions, il retira la sonde et l'éponge gonflée et grossie considérablement, ramena un fragment d'os flexible, long de 34 millimètres et large de 6. Le soulagement fut immédiat. (*Gaz. hebd.*, n° 12.)

C'est évidemment un véritable ramonage de l'œsophage fort ingénieux et qui mérite d'être répété avant d'en venir à l'œsophagotomie.

*Pinces croisées et articulées.* M. Mathieu a fabriqué, spécialement pour l'extraction des corps étrangers, ce nouvel instrument, dont la force de pression est en rapport avec la puissance de levier des branches principales commandant le mécanisme. Sa grande flexibilité permet d'aller saisir les corps profondément situés dans l'œsophage ou le larynx. (*Acad. de méd.*, avril.)

**ONGLE INCARNÉ.** Au lieu de l'instrument tranchant, M. Norton se sert d'une solution de 8 grammes de potasse dans 52 grammes d'eau. Des bourrelets en étant imbibés sont introduits entre l'ongle et les chairs fongueuses, et, en en lotionnant l'ongle, il ne tarde pas à se ramollir et se transformer en une sorte de pulpe. Devenu mince et flexible, on peut aisément et sans douleur en retrancher la quantité nécessaire, sinon le laisser se fondre complétement. Il est important en tout cas de continuer la lotion jusqu'à la disparition complète des ulcérations. (*Lancet*, mai.)



**OPÉRATION CÉSARIENNE.** *Modifications opératoires.* Après toutes celles qui ont déjà été proposées et exécutées, un médecin militaire, M. Baudon, dans un mémoire rempli d'érudition, propose *a priori*, car il ne paraît pas les avoir exécutées, les innovations suivantes :

1° L'incision des parois abdominale et utérine étant faite, il les maintient réunies de chaque côté avant d'intéresser l'œuf à l'aide de serres-fines n'ayant qu'une seule pointe aiguë et en nombre suffisant pour s'opposer à la hernie intestinale et à l'écoulement du sang dans le péritoine, ainsi que la filtration du liquide amniotique après l'ouverture de l'œuf, bien qu'elle doive se faire d'abord par le vagin.

2° Après une toilette scrupuleuse des parties contaminées par le sang, sans crainte de promener l'éponge sur le péritoine, l'innocuité en ayant été démontrée par l'ovariotomie, on introduit dans l'utérus un tube cylindrique en caoutchouc durci dont une extrémité, sortant par le col, sert à l'expulsion des lochies et aux injections au besoin, tandis que l'autre extrémité, divisée en deux tubulures percées de trous, sert à faire la suture des lèvres de la plaie utéro-abdominale. Elle se fait par adossement de la surface séreuse en passant chaque extrémité du fil métallique par les trous du tube et en traversant le tissu utérin par sa face profonde à 12 ou 15 millimètres du bord de l'incision, pour sortir à la même distance sur la surface externe. Et entrecroisant ensuite ces fils de manière que celui de gauche traverse de dedans en dehors la paroi abdominale droite et *vice versa*, ils sont noués au dehors sur une plaque de caoutchouc durci bombée pour rapprocher autant que possible de l'utérus l'entrecroisement des fils et faciliter ainsi l'adossement des faces séreuses de ce viscère. (*Recueil de méd. chir. et pharm. militaires*, novembre.)

Sans insister davantage sur cette innovation, encouragée, récompensée par l'Académie et dont les avantages sont encore à démontrer, il faut remarquer qu'elle a l'inconvénient de compliquer beaucoup l'opération, déjà si grave par elle-même, et de la rendre encore moins praticable par les praticiens ruraux. Ne serait-il pas prudent d'attendre au moins le retrait de l'utérus, comme l'a fait M. Wasseige (voy. *année* 1866) avant de pratiquer cette suture délicate et compliquée?

**OPHTHALMOLOGIE.** *Injections morphinées.* L'extension

donnée à l'emploi des injections hypodermiques ne connaît plus de limites ; elles sont employées dans la plupart des cas. L'élément douleur a surtout été vaillamment combattu par cette méthode thérapeutique, et c'est encore contre la douleur symptomatique des affections oculaires, comme les ulcères de la cornée, l'iritis et l'irido-choroïdite aiguës, le glaucome inflammatoire à poussées successives, les lésions traumatiques de la cataracte, qu'elles se montrent très-efficaces. C'est ainsi qu'à la suite d'un petit ulcère de la cornée de l'œil droit qui résistait depuis deux mois, des douleurs intolérables se déclarèrent, privant de sommeil et empêchant d'ouvrir les paupières. L'œil était rouge, la cornée entourée d'un bourrelet œdémateux avec un point de suppuration au fond de l'ulcère. Le danger d'un abcès était imminent. M. le docteur Terson pratiqua une injection contenant 2 centigrammes de morphine qui supprima la douleur en deux minutes, la malade ouvrait son œil, la nuit fut excellente et, après un nouvelle injection d'un centigramme le lendemain, l'amélioration a été progressive.

Il en a été de même chez un homme de soixante-cinq ans, atteint d'une infiltration purulente diffuse de la cornée. En quelques minutes, la disparition de douleurs intenses était complète et définitive.

De même encore à la suite de l'extraction d'une cataracte dure chez un vieillard de soixante et onze ans. Des douleurs surviennent le troisième jour, l'œil s'injecta avec irrégularité de la pupille. Une injection de morphine à la tempe pendant trois jours consécutifs, amena un soulagement instantané et la vue fut recouvrée. (*Sud méd.*, n° 20, 1868.)

S'il y a des insuccès, ils sont assez rares pour que les succès justifient l'emploi de cette méthode de traitement, de préférence à l'usage interne de la morphine, surtout quand il s'agit d'obtenir un résultat immédiat. La puissance de l'art est ainsi rendue évidente et palpable.

*Du diagnostic des maladies des yeux par la chromatoscopie rétinienne*, précédé d'une étude sur les lois physiques et physiologiques des couleurs, par X. Galezowski ; un vol. in-8 de 268 pages avec 31 figures, une échelle chromatique comprenant 44 teintes typographiques tirées en noir et en couleur. Paris, 1868.



*A treatise on the diseases of the Eye* (Traité des maladies des yeux), par Sœlberg-Wells, professeur d'ophthalmologie à *King's College*. Londres, un vol. in-8 de 741 pages avec 104 gravures sur bois intercalées dans le texte et 6 planches en chromo-lithographie.

**Ophthalmie sympathique.** *Névrotomie.* D'après l'exemple donné par M. Meyer et suivi par le professeur Secondi (voy. Névroses, 1867 et 1868), M. Laurence a employé la névrotomie des nerfs ciliaires chez un jeune homme de vingt ans, admis le 20 juin à l'hôpital Saint-Barthélemy, pour de la photophobie de l'œil droit, l'œil gauche étant perdu depuis douze ans à la suite d'un coup. Au lieu d'amputer celui-ci comme on le faisait, ce qui est toujours une opération grave, sanglante et qui défigure l'opéré, M. Laurence divisa les nerfs ciliaires de cet œil et, le 3 août, le malade pouvait lire à toutes les distances et quittait l'hôpital complétement guéri. (*Lancet*, novembre 1868.)

Expérimentée ainsi avec succès de part et d'autre, cette méthode doit donc être employée dorénavant comme un progrès acquis dans l'ophthalmie sympathique.

**Ophthalmie maligne des nouveau-nés.** Espèce particulière, selon M. Desormeaux, confondue sous le nom d'ophthalmie purulente avec les ophthalmies catarrhale, blennorrhagique et diphthéritique. Elle se développe épidémiquement et par contagion sur les nouveau-nés ; toujours par contagion, plus tard. Son symptôme pathognomonique est la sécrétion d'une sérosité safranée, sans que le sang lui donne cette couleur qui tache fortement le linge. Elle se montre seulement au début. Les deux yeux en sont ordinairement atteints à la fois et sa marche naturelle très-rapide est la perte de la vue. Le traitement peut la prolonger, mais non la guérir. La douche oculaire, fréquemment répétée et l'instillation d'un collyre faible est tout ce qu'il y a de mieux à faire. (*Acad. de méd.*, janvier.)

**Ophthalmoscope à chambre noire.** Afin d'éviter le déplacement du malade dans une chambre obscure que tous les ophthalmoscopes rendent nécessaire, celui de M. Galezowski excepté, mais dont le prix élevé et la mobilité du miroir enlèvent tous les bénéfices pour la plupart des praticiens, M. Poncet, médecin-major à l'école de Strasbourg, en a imaginé un

qui remédie à ces inconvénients. Un cylindre en cuivre, noirci à l'intérieur, large de 3 centimètres et demi, haut de 15 millimètres, en a un second plus court (8 millimètres) et plus large (6 centimètres) à sa partie inférieure. Dans le premier est fixée la lentille ordinaire à demeure et, dans le second, le miroir avec son manche glissant à coulisse dans deux petites gaînes placées à sa face externe.

La chambre noire est formée par un manchon de soie noire de 6 à 8 centimètres de haut, dont le bord supérieur, froncé par un filet élastique, s'adapte à la partie inférieure du cylindre large. Replié, il se loge au-dessus de la lentille, le tout fermé par deux couvercles, forme une boîte d'un très-petit volume. (*Gaz. hebd.*, n° 32.)

L'emploi facile de ce nouveau perfectionnement et surtout son prix peu élevé, le recommandent au choix des praticiens.

**ORCHITE.** Incubation. Sur 640 cas d'orchite blennorrhagique, 24 se sont montrés dans la première semaine de l'écoulement et 93 dans la seconde, tandis que 182 survinrent du quinzième au trentième jour et 150 entre le premier et le second mois. Elle est d'ailleurs apparue à toutes les époques ultérieures dans les écoulements chroniques (*Gazette hebd.*) C'est donc une complication toujours à redouter tant que dure l'écoulement, et tout ce qui tend à en diminuer la durée écarte cette complication grave et dangereuse pour la fonction génésique.

*Nitrate d'argent.* L'efficacité de ce moyen, mis à l'ordre du jour par un médecin anglais (voy. *année* 1868), est confirmée par deux observations d'orchite blennorrhagique de M. le docteur Girard. Une solution au centième fut appliquée en compresses sur le testicule malade, et quarante-huit heures après, il n'y avait plus ni gonflement ni douleur. Toutefois il faut dire que la récidive attribuée à la marche ne tarda pas à se manifester et ce n'est que dix jours après le début du traitement et de nouvelles applications avec une solution au trentième que le malade put reprendre ses travaux. Il ne gagna donc pas de temps sur les méthodes classiques.

Dans le second cas, quoique la dose de nitrate d'argent fût de 3 grammes sur 100 d'eau, le gonflement testiculaire n'avait pas disparu après cette date (*Journ. de méd. de Bordeaux*,



juin). Cette méthode ne paraît donc avoir d'influence que sur la douleur qu'elle fait disparaître presque immédiatement. C'est quelque chose, mais ce n'est pas le principal, eu égard aux suites que peut laisser l'engorgement testiculaire dans les fonctions reproductrices et à la péritonite par propagation. (Voy. *ce mot.*)

*Électricité.* Employée avec succès par MM. Cheron et Moreau dans 9 cas, dont ils rapportent un seul exemple. C'est un garçon de vingt-cinq ans qui est atteint, le 18 janvier, par la suppression d'un écoulement blennorrhagique. Volume considérable, douleur extrême, marche impossible. Après dix minutes d'application d'un courant ascendant de 25 éléments, le pôle positif étant sur l'épididyme et l'opposé sur le cordon au-dessus de l'anneau inguinal, la douleur a presque disparu; tumeur moins dure et presque insensible, permettant au malade de continuer ses occupations. Une autre application le lendemain et les jours suivants, amène la résolution complète. (*Revue de thér. méd.-chir.*)

Il n'y a guère de temps de gagné par ce moyen sur le traitement antiphlogistique classique ou la compression, 7 à 8 jours pour les cas simples en sont le terme ordinaire. La résolution naturelle n'en est donc guère influencée. Mais la douleur l'est beaucoup, au contraire, ce qui est capital, puisqu'elle permet au malade de continuer ses occupations. On est ainsi porté à admettre, comme le font les auteurs, que ce traitement agit en activant la circulation de l'organe malade, ce qui n'implique pas l'absorption du liquide.

*Séton.* A l'hôpital de Batna (Algérie), où l'orchite est très-fréquemment rencontrée, le chirurgien établit un double petit séton au périnée. De la main gauche formant un pli longitudinal, il le traverse à la base à 1 centimètre en avant de l'anus, avec une aiguille courbe, assez large et armée d'un fil ciré; il renouvelle ensuite la même piqûre à 2 ou 3 centimètres au-dessus. Les deux bouts sont noués et il suffit d'humecter chaque jour le fil externe avec de l'alcool camphré pour provoquer l'inflammation. Dès le lendemain, l'orchite n'est plus douloureuse et le gonflement disparaît comme par enchantement dès le second jour, sans laisser d'induration. (*Courrier méd.*)

Si ce mode de traitement est possible à l'hôpital sur des

soldats, des indigènes ou des colons, il faudrait que sa supériorité fût bien mieux démontrée pour être appliqué en ville.

**OREILLE.** *Injections dans la trompe d'Eustache.* Le docteur Brunton a perfectionné le procédé ingénieux de Politzer à cet effet, de manière que le malade peut être son propre opérateur. La poire en caoutchouc contenant environ 300 grammes est fixée à un tube assez long pour qu'elle repose à terre. L'autre extrémité étant adaptée à la canule fixée dans la narine, il suffit que le malade, en avalant une pleine gorgée d'eau, presse sur la poire avec le pied pour que l'air et les vapeurs médicamenteuses pénètrent dans la trompe et que l'injection d'air soit ainsi réalisée. C'est donc là un perfectionnement important. (*Glasgow med. Journ.*, nov. 1868.)

**ORGANISATION.** *Du service médical des pauvres,* par M. Gyoux, médecin des hôpitaux de Bordeaux, etc., mémoire couronné par la Société de médecine de Versailles en 1867. Brochures de 142 p. in-8°, Paris.

Ce n'est pas seulement ici, comme trop souvent, l'exposition d'un système, d'un plan exclusif et inapplicable, mais une étude raisonnée des besoins et des différents systèmes proposés pour y subvenir. Prenant dans chacun de ces systèmes les idées véritablement pratiques, après avoir démontré par le raisonnement et les chiffres ce qui est inapplicable, inutile sinon dangereux, il rejette ainsi la généralisation des hôpitaux et des médecins cantonaux, ceux-là comme inutiles, ceux-ci comme privilégiés. Les hôpitaux sont réservés pour les grands centres.

Des secours à domicile et l'extension des sociétés de secours mutuels en diminuant le nombre d'indigents, l'institution de maisons médicales avec des religieuses gardes-malades et un dispensaire pourvu des objets indispensables, suffiraient dans les campagnes pour les rares indigents privés de famille et de secours. Maisons de retraites pour les vieillards. Enfin, liberté réciproque du malade et du médecin. Dépenses votées par la commune annuellement suivant le nombre d'indigents avec une subvention de l'État. Telle est l'économie de ce projet dont l'application réaliserait assurément un grand progrès.

*Du service médical des pauvres* tant à la ville qu'à la campagne, etc., par le docteur Heulhard d'Arcy, ancien élève des hôpitaux de Paris (médaille d'or 1828), membre correspondant de la Société de médecine légale, etc. In-8°, Paris.



**OSTÉOGÉNIE.** *Allongement pathologique des os.* Un mémoire, lu tout récemment sous ce titre à la Société de médecine de Berlin par le professeur Langenbeck, signale cette observation clinique, non encore faite, que l'irritation des os longs durant la période d'accroissement de la vie les fait augmenter en longueur et en épaisseur. Dans plusieurs cas d'une irritation persistante, soit arthrite ou nécrose, il en est résulté un allongement appréciable. Chez une fille de neuf ans, par exemple, qui avait souffert pendant six ans d'une inflammation chronique du coude, il trouva l'humérus du côté malade plus long de 1 centimètre 1/2 que celui du côté sain, alors que les os de l'avant-bras étaient égaux des deux côtés. Un homme de cinquante-six ans qui avait eu une maladie du tibia dès l'âge de trois ans, admis à la Clinique pour un carcinome du rectum, et mort peu de jours après l'opération, présenta un allongement de 2 centimètres du tibia malade sur celui du côté sain, en les mesurant comparativement du condyle à la malléole interne, et de 4 centimètres 1/2 du bord interne de l'articulation du genou en suivant la crête de l'os jusqu'au devant de l'articulation tibio-tarsienne. Cet os, quoique généralement épaissi dans toute sa longueur, était moins volumineux à ses deux extrémités articulaires. Le péroné avait suivi le même allongement, comme M. Paget et d'autres l'avaient déjà observé.

D'où ces conclusions que les causes morbides produisant l'irritation et l'hypérémie du tissu osseux pendant la période de croissance ont comme résultat l'allongement et le grossissement des os malades, quoique les os sains connexes aient présenté les mêmes modifications; que cette augmentation persiste sans résorption ultérieure, bien que la cause productrice ait cessé.

Le savant observateur s'est alors demandé s'il ne serait pas possible de régulariser artificiellement l'accroissement de l'os, c'est-à-dire de le ralentir ou l'accélérer. Afin d'en juger, il a expérimenté sur un jeune chien de huit semaines, en enfonçant des pointes d'ivoire dans le fémur et le tibia du côté gauche. Tué quatre mois après, ce chien ne présenta aucune altération de forme du fémur, objet de l'expérimentation, mais les surfaces articulaires, aux deux extrémités, étaient légèrement

diminuées, et la diaphyse un peu plus épaissie et inégale. Ces changements étaient bien plus marqués sur le tibia correspondant, et ces deux os, mesurés ensemble, avaient 10 millimètres *de plus* que du côté droit.

Les diaphyses avaient donc subi une élongation et un grossissement appréciables, tandis que les épiphyses avaient diminué. Dans ce cas aussi, le péroné avait suivi l'allongement du tibia sans perdre ses rapports avec lui, comme dans le cas décrit par M. Parise, par exemple. Si donc il semble difficile de persuader à un paralytique atteint de raccourcissement d'un membre de s'aliter pendant cinq ou six mois pour en recouvrer la longueur, l'observation de M. Langenbeck peut être d'une importance considérable en orthopédie combinée avec l'extension pour régulariser l'allongement des os.

A la Société de médecine de Vienne, le professeur Weinlechner, s'occupant du même sujet, a cité 7 cas observés chez des enfants ou des jeunes gens d'après des mensurations exactes et précises. Dans 4 cas de nécrose de la diaphyse du tibia, cet os était plus long du côté opposé avec allongement similaire du péroné. Ces deux os avaient subi au contraire un raccourcissement dans un cas de carie de leurs épiphyses. En outre, dans deux cas de nécrose de l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur, un allongement a eu lieu à la fois sur celui-ci et sur les deux os correspondants de la jambe, quoiqu'ils fussent tout à fait sains. Des préparations du docteur Schott confirment d'ailleurs ces faits. C'est ainsi qu'un os iliaque présente un agrandissement à la suite d'une affection nécrotique de la tête et du col du fémur, mais on voit que l'explication est loin d'être simple, puisque l'allongement porte sur les os sains comme sur les os malades. La contiguïté suffit-elle à l'expliquer ?

**OTITE.** *Chez les nouveau-nés.* M. Parrot dit avoir fréquemment rencontré à l'ouverture des nouveau-nés, dans l'oreille moyenne, des lésions peu étudiées jusqu'ici, bien que, par leur importance, elles méritent toute l'attention du médecin. Leur physionomie est à peu près toujours la même, et les différences légères que l'on observe dans quelques cas, lui ont paru reconnaître pour cause unique la période de leur évolution à laquelle on les observait.

Quel que soit le procédé par lequel on ouvre la caisse du tympan, on la trouve remplie, tantôt par une substance comme



gélatineuse, rougeâtre et semi-transparente, tantôt par une masse jaune verdâtre, semblable à du pus concret, que souvent l'on peut enlever en un bloc par une faible traction ; d'autres fois par un liquide jaunâtre ayant la consistance du pus séreux.

*Dans le premier cas*, les osselets sont en place, ainsi que la membrane qui tapisse la caisse, et le lavage permet de constater qu'ils sont le siége d'une rougeur assez prononcée.

*Dans le second*, le mal est déjà plus avancé, et, si la chaîne des osselets persiste, l'injection y est beaucoup plus accentuée ; souvent la membrane qui, à l'état normal, est appliquée sur la paroi osseuse, est boursouflée, rouge, opaque, et difficile à reconnaître.

Enfin, dans un dernier degré du processus, alors qu'un fluide analogue à du pus séreux remplit l'oreille moyenne et ses dépendances, il peut se faire que la surface des os soit complétement à nu, et que les osselets, dépouillés de leur enveloppe et dissociés, flottent dans ce fluide.

Jusqu'ici, il n'a trouvé aucune altération appréciable du conduit auditif externe, non plus que de l'oreille interne. La muqueuse de la trompe d'Eustache est parfois congestionnée et obstruée par du muco-pus ; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est saine et l'on ne voit de matière puriforme que dans la région la plus rapprochée de la caisse. La membrane du tympan, sur sa face externe, a toujours été trouvée intacte et a souvent présenté un ramollissement de sa couche muqueuse proprement dite.

L'examen histologique de ces produits morbides, précédemment indiqués, montre que le fluide jaune et puriforme est essentiellement constitué par des leucocytes dont un grand nombre subissent la régression graisseuse ; par quelques cellules beaucoup plus volumineuses, à un ou plusieurs noyaux, entourés de granulations protéiques ou grasses ; par des débris de ces éléments, des granulations moléculaires, de petits globules gras, et enfin par un liquide qui sert en quelque sorte de véhicule à tous ces éléments.

Les lambeaux de la membrane interne, encore attachés à la paroi osseuse ou flottant dans le liquide, sont complétement dépourvus d'épithélium ; leur aspect normal est profondément

altéré. Les éléments plasmatiques ont pris un aspect trouble et sont entourés par des amas de granulations graisseuses.

Telles sont, en général, les altérations que l'on observe le plus souvent lorsque le mal est très-avancé ; durant les périodes antérieures, elles sont moins généralisées et moins accentuées, mais leur nature est la même.

Dès le début, en effet, on trouve déjà des leucocytes, mais en très-petit nombre; on voit l'épithélium se détruire et les éléments plasmatiques de la muqueuse s'entourer de granulations graisseuses.

Les muscles, eux aussi, sont altérés de très-bonne heure; les fibres prennent un aspect trouble, deviennent très-finement granuleuses, et l'on voit les noyaux du sarcolème proliférer.

Après cet aperçu sommaire, qui ne permet aucune hésitation sur la nature de cette lésion et qui la fait classer parmi les affections catarrhales, il est superflu d'insister sur l'importance qu'elle doit avoir dans la genèse de la surdi-mutité. Dans un certain nombre de cas, les nouveau-nés, sur lesquels l'examen microscopique a permis de constater ces lésions, avaient présenté, durant la vie, une surdité plus ou moins avancée.

Quant aux causes de cette otite, il est très-difficile de les préciser. On la rencontre, en effet, avec des affections très-diverses, parmi lesquelles la pneumonie, et celles, si nombreuses à cet âge, du tube digestif. Mais on peut affirmer que la plupart des enfants sur lesquels on l'observe ont éprouvé, pendant un temps variable, des troubles profonds de la nutrition, par le fait d'une alimentation insuffisante ou de mauvaise nature. (*Soc. méd. des hôpitaux*, avril.)

**OVARIOTOMIE.** Suivant le docteur Peruzzi une grande part reviendrait aux Italiens dans la pratique de cette opération, quoique jusqu'ici, à deux exceptions près sur 12 cas, ils n'aient eu que des insuccès. Mais les opinions de plusieurs médecins, le grand Morgagni entre autres, lui étaient favorables, et cela suffit pour leur constituer des droits. L'Italie en aurait même la priorité d'exécution, car elle aurait été pratiquée avec succès dès 1815, c'est-à-dire avant Lizars d'Edimbourg, par le docteur Gaetan Emiliani de Faenza. L'ovaire extirpé était squirrheux (*Hippocratico*, v. XV). Sont-ce là les droits de priorité?...

Sur 25 ovariotomies exécutées chez 24 malades, M. Boinet compte 16 succès, dont 5 sur les 7 dernières opérées; les deux insuccès étaient prévus. Paris n'a donc rien à envier aux ovariotomistes de la province ni de l'étranger, puisque cette grave opération faite dans de bonnes conditions y réussit aussi bien que partout ailleurs. Le point important est de faire un diagnostic exact et de distinguer les kystes opérables de ceux qui ne le sont pas ; éviter avec le plus grand soin toute hémorrhagie, tout épanchement et ne pas oublier le plus petit caillot avant de fermer la plaie, car il se transforme bientôt en un corps étranger qui, en se putréfiant, détermine la péritonite et la mort. Il est aussi indiqué, quand l'opération dure un certain temps, de s'opposer au refroidissement des intestins en les recouvrant d'une flanelle fine et douce, imbibée d'eau chaude, ce qui prévient aussi le refroidissement et l'écoulement de sang ou de sérosité dans le péritoine.



Avec ces précautions, M. Boinet rejette l'emploi de tubes, drains ou canules dans l'angle inférieur de la plaie pour l'écoulement des liquides comme éminemment nuisible et dangereux. Ce sont des corps étrangers dont le contact est toujours préjudiciable et qui laissent pénétrer l'air, favorisent la décomposition des liquides. (*Union méd.*, n° 117.)

A propos d'une nouvelle ovariotomie pratiquée par M. Gayet, M. Ycard montre par la statistique que sur 23 cas opérés à Lyon, il n'y a que 8 succès obtenus par MM. Delore et Gayet sur 15 cas, tandis que des 8 ovariotomies pratiquées par d'autres chirurgiens, pas une n'a réussi. (*Lyon méd.*, n° 16.) Ainsi se trouvent justifiées les remarques précédentes et ce fait bien connu que pour le succès de cette opération délicate, de grandes précautions sont indispensables, ainsi qu'une certaine habitude plutôt que l'habileté.

*Mesures particulières.* Chez une femme atteinte de nervosisme cardiaque ancien et de vomissements faciles, M. le docteur Isnard de Marseille employa de préférence l'anesthésie locale pour la division des parois abdominales, et quoiqu'elle fût très-incomplète, la douleur en fut bien diminuée. Aussi quoique le kyste eût été ponctionné peu de temps auparavant, des adhérences multiples se rencontrant, il vida de nouveau le kyste pour mieux les détruire, et la manœuvre en fut plus facile. Enfin, de la tympanite s'étant développée conjointement avec des vomissements, le hoquet, il n'hésita pas à ponctionner l'intestin. A l'issue des gaz, tous les accidents cessèrent et l'opérée

ne tarda pas à marcher franchement vers la guérison. (*Marseille méd.*, n° 5.)

C'est donc là une observation remarquable autant par ces innovations importantes que par les détails de prudence et d'intelligence pratique qui la distinguent.

*Ponction préalable.* M. L. Le Fort regarde la ponction préalable à l'ovariotomie comme indispensable au diagnostic en raison des deux faits suivants : Une jeune femme d'une bonne santé habituelle, présentant tous les signes d'un kyste multiloculaire : bosselures et dépressions, voulait être ovariotomisée. Il y mit cette condition de faire une ponction préalable sous l'influence de l'anesthésie et de continuer l'opération s'il y avait lieu. Bien lui en prit, car c'était un kyste séreux, uniloculaire, qui put être évacué et guéri, et sans cette précaution la femme aurait couru des chances formidables de mort.

Une sage-femme atteinte d'un kyste réclamait l'ovariotomie sans la ponction, ayant entendu parler des dangers qu'elle faisait courir en étant répétée. Elle accepta cependant, et bien lui en prit, car l'évacuation complète du kyste ne fut pas suivie de récidive et la guérison fut complète. (*Soc. de chir*, février.)

Au contraire, l'observation m'a démontré, dit M. Péan, que dans un certain nombre de cas, non-seulement la ponction ne peut éclairer le diagnostic, mais qu'elle est même dangereuse, quoique faite avec le trocart explorateur ; elle peut déterminer le déversement immédiat et spontané dans la cavité péritonéale du liquide kystique, puis donner lieu à tous les symptômes d'une péritonite menaçante, et favoriser ensuite la formation d'adhérences. Cette complication est des plus graves, et n'est pas suffisamment connue. Pour M. Péan, c'est au brusque passage du liquide kystique dans le péritoine bien plus qu'à l'inflammation aiguë de la membrane interne du kyste qu'il faut rattacher les accidents graves et trop souvent mortels qui ont été observés à la suite des ponctions pratiquées dans le but d'éclairer le diagnostic. Si donc ces ponctions peuvent rendre de grands services, il importe aussi d'en connaître les dangers, afin qu'une détermination utile puisse être prise à temps, au cas où des accidents graves viendraient à éclater. (*Union méd.*, n° 68.)

*Énucléation du pédicule.* Ce procédé peut remplacer, suivant le docteur Miner, la ligature, le clamp et la cautérisation dans la plupart des cas. Mais cette assertion n'a d'autre fondement



que le fait d'un kyste multiloculaire très-volumineux et ne pesant pas moins de 75 à 100 livres. Des adhérences le fixaient sur toute sa circonférence à l'épiploon, les intestins et les parois de l'abdomen, mais assez lâches et légères pour être rompues, déchirées facilement, et ce succès l'encouragea à poursuivre également l'énucléation du pédicule. Il était large et volumineux ; mais, par de doux et patients efforts, il fut séparé en entier du kyste et cette énorme tumeur enlevée, sans la ligature d'un seul vaisseau. Les branches terminales du pédicule ne donnèrent pas plus de sang que celles des autres adhérences et ne nécessitèrent pas davantage la ligature. L'hémorrhagie cessa bientôt, et l'incision fut fermée par une suture complète.

Mais comme ce fait, pouvant être considéré comme exceptionnel, ne saurait justifier une assertion aussi générale, l'auteur cherche à la légitimer par des considérations que chaque chirurgien pourra apprécier. Le kyste de l'ovaire, dit-il, est généralement composé d'un tissu ferme, dense, fibreux, contenant un liquide variable ; une partie solide s'en détache ordinairement, qui est la trace d'une glande hypertrophiée ou dégénérée. A sa surface s'étendent les tissus cellulo-vasculaires et autres qui forment le pédicule ; mais les vaisseaux dont le calibre peut être assez volumineux à leur origine ne tardent pas à se subdiviser, et leurs branches terminales ou capillaires seules pénètrent le kyste. L'attache du pédicule au kyste est ainsi plus aisément rompue qu'on ne le croirait avant de l'avoir tenté, et je suis certain, dit M. Miner, que les efforts faits pour détruire les adhérences du péritoine, de l'épiploon et d'autres parts, en s'étendant au pédicule, peuvent être également suivis de succès. (*Buffalo med. and. surg. Journ.*, juin.)

Après cet exposé, les chirurgiens jugeront si ce procédé est praticable et mérite d'être essayé. Dans l'affirmative, l'ovariotomie serait à l'abri d'un de ses plus grands dangers. Mais la vascularité bien connue du pédicule des kystes de l'ovaire rend ce succès moins que probable.

Chez plus de vingt femmes ovariotomisées par lui et qui sont devenues enceintes ensuite, M. Spencer-Wells n'a observé aucune souffrance inaccoutumée, ni aucune difficulté ne s'était présentée, soit pendant la grossesse, soit pendant les couches. (*Obst. Society*, août.)

*Ovariotomie et splénotomie*, par J. Péan, ancien prosecteur,

chirurgien des hôpitaux de Paris, etc., etc., 1 vol. gr. in-8 de 182 pages, 2e édition, Paris, librairie *Germer Baillière*. Réunion des divers travaux et observations de l'auteur répandus dans la presse périodique. On y trouve ainsi onze observations, rapportées *in extenso*, d'ovariotomies pratiquées à Paris par l'auteur, dont huit avec succès, ce qui répond hautement à cette question, que l'auteur s'était posée au début de cette série heureuse: L'ovariotomie peut-elle être faite à Paris avec des chances favorables de succès? On trouve, dans ces relations, les descriptions des modifications opératoires suivies, ainsi que celles des instruments, représentées par des planches au nombre de vingt-cinq. A l'observation unique de splénotomie sont jointes celles de kystes de l'ovaire guéris par la ponction suivie d'un séton dans un cas et d'une canule à demeure dans l'autre. C'est donc là un travail essentiellement pratique, comme en pouvait faire l'un des élèves les plus distingués de M. Nélaton. V. Utérus.

**Ovariocentèse vaginale.** Tout en comptant un certain nombre de succès, la ponction des kystes de l'ovaire par le vagin, introduite par Callisen, n'a jamais eu grande vogue et semblait devoir être complétement abandonnée, maintenant que l'ovariotomie est définitivement entrée dans la pratique générale. Les adversaires absolus de celle-ci, comme Kiwisch et Scanzoni, peuvent seuls soutenir celle-là; mais, quoique très-rares, c'en est assez, et, par une sorte de réaction providentielle en faveur de tout ce qui a une raison d'être conservé, c'est du pays même où l'ovariotomie a commencé à s'accréditer, de l'Amérique du Nord, qu'un travail historique, avec onze observations cliniques, vient d'être consacré à cette opération en réunissant toutes les conditions favorables pour la remettre en honneur. En effet, rappelant son origine et son mode opératoire, M. Noeggerath, ex-professeur d'obstétrique au collége de New-York, préconise une modification qui l'assimile à l'ovariotomie avec avantage, et, pour mieux la faire recevoir et accepter, il l'a décorée du nom même de celle-ci, — l'ovariocentèse, — en fournissant une série de succès en sa faveur. Voyons donc quel est ce procédé.

C'est tout simplement l'incision du kyste après sa ponction, telle que Kiwisch l'a pratiquée. Une sonde cannelée courbe, comme la canule elle-même, étant introduite par celle-ci et



aussi haut que possible, dans la cavité du kyste, il en incisait les parois, dans une certaine étendue, avec un bistouri boutonné. Mais les difficultés et l'incertitude inhérentes à ce procédé y ont bientôt fait substituer, par le docteur Schnetter, un long bistouri boutonné courbe, glissant dans la canule et incisant ainsi plus sûrement les parois du kyste. Encore la résistance qu'elles présentent parfois ayant été un obstacle invincible pour une lame aussi étroite et longue, M. Noeggerath a imaginé de fixer les lèvres de la ponction en les accrochant avec une espèce de ténaculum double servant de point d'appui pour les diviser à coup sûr. C'est une pince très-déliée, ayant deux crochets au sommet et en dehors de ses branches, que l'on introduit dans la canule. Il a de même adapté deux ailes à cette canule, qui doit rester à demeure pour le drainage du kyste et prévenir l'échappement de la canule, comme cela est arrivé dans plusieurs cas.

C'est à l'aide de ces modifications tout instrumentales que l'auteur, sur huit opérations de ce genre contre des kystes de l'ovaire, n'a échoué que deux fois, et encore est-ce dans le cas de kyste double, alors que le premier avait été opéré avec succès. Les six femmes opérées ont donc guéri; deux n'ont succombé qu'à une seconde opération, et, dans un cas, il y avait dégénérescence colloïde; dans l'autre, le trocart n'avait pu pénétrer dans le kyste; de plus, les six autres cas américains ont tous été suivis de succès. Cette statistique étonnante est donc bien de nature à justifier l'extension de l'ovariocentèse vaginale à la plupart des kystes de l'ovaire simples et doubles, unis et multiloculaires, de préférence à l'ovariotomie, comme le veut notre auteur. Les kystes solides et dégénérés feraient seuls exception.

Mais il est remarquable que, d'après cette statistique, les chirurgiens américains sont très-privilégiés, car, des six cas publiés en France, dont trois dus à Récamier, deux seulement guérirent entre ses mains. Les Anglais sont plus favorisés. Sur 5 cas, 4 guérisons sont notées; ce qui n'empêcha pas M. West d'abandonner cette opération. Quant aux faits allemands, au nombre de 25, on ne peut les citer qu'avec réserve, car les 19 de Scanzoni et Crédé manquent de détails nécessaires; des 6 autres, dont 4 dus à Kiwisch et Langenbeck, il n'y a que 2 guérisons. C'est donc 8 guérisons sur les 17 cas recueillis en Europe, soit moins de la moitié. Quant au total de 48 fem-

mes opérées, dont 7 à deux reprises, soit 55 opérations de la statistique de M. Noeggerath, il n'y a évidemment à mettre en ligne ici que les 29 cas authentiques donnant 18 succès. (*American Journal of obstetrics*, mai.)

Cette dernière proportion serait encore très-acceptable et de nature à soutenir la comparaison avec l'ovariotomie, s'il était bien certain que tous les insuccès ont été publiés ; malheureusement, rien n'est moins établi. On publie les succès et l'on tait les revers, et le peu de crédit que cette opération a rencontré en Europe, à son début, est bien de nature à inspirer des doutes. Les chirurgiens ne se résoudront jamais à opérer à l'aveuglette tant que les avantages n'en seront pas clairement démontrés, sur une opération à ciel ouvert, où l'on voit ce que l'on fait. L'incision souvent difficile, sinon impossible, comme dans la VII^e^ observation, des hémorrhagies à craindre, difficiles à réprimer, sinon fatales, comme dans un autre cas, une suppuration intarissable et la récidive, seront toujours des motifs à invoquer pour lui préférer l'ovariotomie à mortalité égale. La présomption d'adhérences trop intimes, en empêchant celle-ci, peut seule la justifier. C'est là, suivant notre modeste appréciation, la première indication de l'ovariocentèse vaginale.

**Ovariotomie double.** *Succès.* Chez une lingère de quarante-sept ans, qui, depuis trois à quatre ans, était atteinte d'un kyste de l'ovaire gauche avec ascite considérable et une chute complète de l'utérus, déterminée sans doute par le volume extrême du kyste ponctionné déjà à plusieurs reprises, M. Boinet pratiqua une première opération le 11 octobre 1868. Contenant et contenu pesaient de 17 à 18 kilos et néanmoins un mois après, l'opérée était guérie non-seulement de son kyste mais de l'ascite, de la hernie et de la chute de l'utérus.

Rentrée dans son pays, cette demoiselle reprit les travaux de lingère et s'y livra pendant quatre à cinq mois sans rien ressentir d'anormal. Mais après cinq mois le ventre grossit, elle fatiguait davantage et malgré l'usage d'une ceinture abdominale, les accidents augmentèrent tellement qu'elle revint à Paris, où M. Boinet constate de nouveau une tumeur très-mobile, dure en haut, fluctuante en bas, avec la forme d'une poire allongée ayant la base en haut et le sommet en bas. C'est un nouveau kyste multiloculaire de l'ovaire droit trouvé sain



lors de l'ovariotomie de l'autre, dix mois auparavant. L'état général étant bien plus satisfaisant que la première fois, une nouvelle opération est pratiquée le 24 août 1869 sans difficultés notables, sinon une adhérence assez étendue solide, et vasculaire. Le kyste contenait 5 litres environ d'un liquide séreux, non filant, légèrement verdâtre, ce qui, avec les parties solides, formait un poids de 9 kilos environ. Le kyste formait une poche à parois très-minces dont le sommet contenait une tumeur rouge ressemblant à un cæcum allongé et formée d'une infinité de petites loges très-minces, remplies d'un liquide très-clair. Trois tumeurs superposées et réunies formant la surface du kyste, composent une masse non fluctuante, à tissu aréolaire qui, incisée, montre un nombre infini de petites loges depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une noix, et renfermant des matières filantes plus ou moins limpides, de couleur et de consistance différentes.

De même, en faisant la toilette du péritoine, on remarque sur la paroi abdominale du côté droit plusieurs petits kystes très-brillants, à parois très-minces, à large base et gros comme des grains de raisin : on dirait des ampoules remplies de sérosité. En cherchant à en lier un, la pince qui l'avait saisi l'écrase et il s'écoule un liquide clair comme de l'eau de roche ; les autres sont également écrasés et séchés avec une éponge.

Quant à l'état du péritoine au niveau de l'ancienne incision, pour savoir si les bords s'étaient réunis l'un à l'autre ou bien s'il existait une séparation entre eux, M. Boinet ayant eu la précaution de pratiquer l'incision abdominale un peu à gauche de la ligne médiane, et à 2 centimètres environ du trajet de la cicatrice de la première, il lui suffit de soulever et renverser en dehors la paroi abdominale, pour constater qu'il est impossible de reconnaître si le péritoine a été divisé, tant la soudure est complète là où l'incision a été pratiquée sans la moindre trace d'une lésion quelconque, ni pour la coloration, ni la texture, ni l'aspect ; les points sur lesquels a porté l'incision ressemblent au reste du péritoine, et cette membrane ne paraît ni plus faible, ni plus mince dans ce point que dans les autres, de même que M. Spencer-Wells l'avait déjà constaté par des expériences sur des animaux dans une double ovariotomie comme celle-ci.

La réunion du péritoine est donc complète, et il est impossible de reconnaître la moindre trace de l'incision qu'il a subie,

dans une étendue de 27 centimètres. Il en est de même des piqûres faites au péritoine par le passage des aiguilles et des fils métalliques des sutures, ces derniers avaient été retirés du cinquième au huitième jour et ne laissaient aucune trace sur le péritoine qui était aussi sain dans tous ces points que dans le reste de son étendue; quant à l'ancien pédicule du premier kyste enlevé il y a dix mois, on n'en trouve aucune trace.

Malgré quelques complications, l'opérée guérit de cette seconde ovariotomie comme de la première, et put être présentée à l'Académie de médecine le 28 septembre, avant de retourner dans son pays. Puisse-t-elle n'en plus revenir, quoique les petits kystes constatés sur la paroi abdominale fassent craindre une récidive de la manifestation de cette diathèse kystique. (*Union méd.*, nos 116 et 117.)

Il est ainsi démontré que l'ovariotomie peut être exécutée deux fois avec succès sur la même femme, et avec quelle rapidité un kyste consécutif peut se reproduire et atteindre un volume considérable. L'indication de comprendre le péritoine dans les sutures en rapprochant, en adossant autant que possible les surfaces opposées bordant la lèvre profonde de la solution de continuité en ressort de même. Autrement, si ces bords ne se réunissent pas entre eux, ils contractent des adhérences avec les organes abdominaux qui peuvent, devenues fortes et solides, former des brides capables d'étrangler les intestins comme Spencer-Wells l'a observé. En restant désunis, au contraire, n'en résultera-t-il pas des éventrations? Peut-être est-ce au soin que M. Boinet a pris de toujours comprendre la séreuse dans la suture abdominale que sur vingt-cinq opérations qu'il compte aujourd'hui à Paris, il n'a jamais eu cet accident à signaler.

**Ovariotomie chez l'enfant.** Les cas en sont si rares, que les règles en sont inconnues et il serait à désirer que les opérateurs qui en ont eu sous les yeux en fissent connaître les détails comme M. le professeur Courty, qui a pratiqué l'ovariotomie sur une enfant de onze ans. C'est environ à cet âge que le kyste s'est développé sur une enfant non pubère, chétive, née d'un père phthisique et ayant eu toutes les maladies de l'enfance, opérée par M. le professeur Joüon, de Nantes, à l'âge de douze ans et demi, dans un état des plus graves : maigreur extrême, pouls à 110, oppression marquée et pénible, toux fréquente



avec expectoration de crachats verdâtres abondants, sans lésion pulmonaire appréciable, vomissements fréquents, alimentation insignifiante.

La rareté des kystes de l'ovaire chez une enfant de cet âge embarrassa le diagnostic, et une jaunisse intercurrente, le tremblotement du ventre, la matité s'étendant du sein droit au pubis, firent penser à un kyste hydatique. On tenta donc l'ouverture par l'application répétée du caustique de Vienne au-dessous de l'ombilic, mais la ponction avec le bistouri ne donna qu'un verre de sérosité teintée de sang, et l'exploration fit reconnaître un kyste très-limité. Un second coup de bistouri donna issue à 3 litres de sérosité citrine visqueuse et albumineuse. Il s'agissait donc bien d'un kyste multiloculaire de l'ovaire que, malgré les fâcheuses conditions de l'enfant, il fallait opérer par suite du soulagement obtenu par les ponctions partielles.

Onze jours après, c'est-à-dire le 15 mars, l'ovariotomie est pratiquée. L'incision passant au milieu de la cautérisation qui avait considérablement modifié les tissus environnants, offrit des difficultés extrêmes. C'étaient des stratifications lardacées, des bosselures fermes et nombreuses, des adhérences fortes et larges qui rendirent l'opération beaucoup plus laborieuse, des poches se rompirent sous l'effort des tractions, en versant leur contenu dans le péritoine. Il fallut agrandir l'ouverture au delà de 18 centimètres, et au milieu même de ce travail, cesser la chloroformisation par l'état désespéré de la patiente. Le pansement et particulièrement la réunion des lèvres de la plaie offrirent de grandes difficultés pour l'application des sutures, à cause de l'épaisseur morbide des tissus, et néanmoins, après une heure passée à surmonter tous ces obstacles, une perte de 50 à 100 grammes de sang, l'inspiration de 30 à 40 grammes de chloroforme, l'opérée vivait encore et put être transportée dans un lit bassiné.

La tumeur, du poids de 15 livres dont 10 de liquide, était formée de trois grands kystes à parois couvertes intérieurement de masses ovoïdes ou sphériques, de consistance charnue, depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf, et formées de tissu conjonctif peu vascularisé, assez friable, quelques-unes, infiltrées de sérosité, se seraient probablement transformées en de nouveaux kystes.

Les suites de l'opération furent également incidentées de

plusieurs accidents redoutables. Pendant les trente-six premières heures, efforts de vomissements très-violents toutes les dix minutes, écartement des bords de la plaie et suppuration consécutive, puis diarrhée, dysenterie persistante avec douleurs rectales qui ne cessent que par des lavements opiacés, et malgré tous ces dangers, la cicatrisation se fait, et quarante-six jours après l'opération, la guérison était obtenue, les fonctions rétablies, la force et l'embonpoint revenant de jour en jour. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, avril et septembre.)

Mais la suite ne justifia pas ces espérances. Dès le mois de mai, l'attitude se transforma, la colonne vertébrale se courbait en arrière, la taille devint plus large et le bas-ventre se ballonna inégalement. On constata dans les fosses iliaques un empâtement dur, mal circonscrit. Une ascite évidente se forma et la santé s'altéra de plus en plus. Le 30 juin, le ventre avait presque le même volume qu'avant l'ovariotomie.

La paracentèse pratiquée en bas et à droite de la ligne blanche, dans le tissu cicatriciel aminci, donne issue à cinq litres de sérosité légèrement sanguinolente et permet ensuite de constater dans le bas-ventre une masse bosselée, immobile, très-ferme, grosse comme une tête d'adulte, allant de gauche à droite, accolée aux parois abdominales excepté sur la ligne médiane, où la cicatrice est soulevée par la collection ascitique qui l'isole du plan dur, profond.

La récidive était donc évidente et malgré l'amélioration passagère qui suivit la ponction, on se décida pour une seconde ovariotomie qui fut pratiquée le 16 juillet. Des adhérences nombreuses et intimes en haut avec le côlon transverse et profondément avec l'S iliaque et le ligament large, la rendirent très-laborieuse et longue. Sept ligatures furent posées, et encore s'écoulait-il du sang en nappe, quand l'incision fut suturée. L'opérée succomba deux jours après à la suite de vomissements continus et de l'extrême prostration en résultant, sans que l'on puisse dire si une hémorrhagie péritonéale ou une péritonite les produisaient, l'autopsie n'ayant pas été faite.

L'enseignement de ce fait est surtout dans les complications apportées par la cautérisation antérieure et la résistance du jeune âge, surtout d'un organisme aussi débilité à une opération si grave. C'est peut-être là ce qui en a fait le succès, par le peu de réaction qui s'en est suivie. Il y a aussi à se demander s'il est sage d'opérer les récidives lorsque la diathèse kystique



est si évidente. Si le doute est encore soutenable devant les deux faits précédents, nous croyons que tout chirurgien prudent devra s'abstenir.

**OXYGÈNE.** *Inhalations.* Voy. Asphyxie carbonique ; Anémie.

# P

**PANARIS.** M. Champouillon a cherché à préciser l'époque favorable à pratiquer l'ouverture du panaris profond du pouce pour prévenir l'exfoliation totale ou partielle de la phalangette que l'on rencontre si souvent dans les cas de ce genre, par la déformation de ce doigt, qui peut même devenir un cas de réforme. Or, un total de 33 faits recueillis en dix ans ont donné les résultats suivants :

| | Cas | Éliminations | | Cas simples |
|---|---|---|---|---|
| | | partielle | totale | |
| Ouverture spontanée toujours après le 8e jour. | 6 | 2 | 2 | 2 |
| Ouverture le 8e — | 5 | 2 | 1 | 2 |
| — 7e — | 7 | 3 | 2 | 2 |
| — 6e — | 4 | 2 | 1 | 1 |
| — 5e — | 5 | 3 | 0 | 2 |
| — 4e — | 5 | 1 | 0 | 4 |
| — 3e — | 1 | » | » | 1 |

Il s'ensuit que du quatrième au cinquième jour est le moment le plus favorable pour l'ouverture de ce panaris pour conjurer l'élimination de la phalangette en faisant l'incision profonde et étendue comme il convient. Au delà de cette époque, le pronostic doit être réservé. (*Recueil de mém. de méd. militaire*, novembre 1868.)

Le docteur Pavesi indique la formule suivante comme moyen abortif.

| | |
|---|---|
| Acétate de plomb liquide . . . . . | 15 parties |
| Glycérine. . . . . | 25 |
| Eau distillée de roses rouges. . . . . | 100 |
| Id. de laurier-cerise . . . . . | 20 |

Le doigt plongé dans cette mixture au début de l'affection pendant une heure et à plusieurs reprises dans la journée, prévient la suppuration. (*Ann. di chim.*)

des articulations et des muscles, par le docteur Reuillet. In-8, Paris.

**PARASITISME.** *Recherches sur les parasites*, principalement sur les parasites végétaux observés dans la rougeole, le typhus, la variole, la vaccine, la clavelée, le choléra, par M. Ernst Hallier, 80 pages in-8, avec 2 planches coloriées. Leipzig, 1868.

Exposé des résultats curieux et nouveaux des expériences de l'auteur qui, s'ils se confirment, seront une base très-étendue de la doctrine du parasitisme dans les maladies.

**PATHOLOGIE.** *Traité de pathologie et de thérapeutique générales*, par le professeur F.-A. Jaumes. Ouvrage publié par son fils et précédé d'une notice biographique par le professeur Fonssagrives. Un volume grand in-8. Paris.

*Principes de pathologie générale*, par M. Péchot, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Rennes, médecin des hôpitaux. Un vol. de 406 pages in-12, Paris. Exposition sobre, concise de tous les principes et les procédés de cette science propre à guider les élèves sans les rebuter dans ces voies abstraites de la pathologie et en dehors desquelles on ne saurait faire la philosophie de la science.

*Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale*, par E. Gintrac, directeur de l'École de médecine de Bordeaux, membre associé de l'Académie de médecine, correspondant de l'Institut de France, etc., etc. *Librairie Germer Baillière.* La continuation de ce monument admirable consacré à la pathologie interne compte, pour 1868 et 1869, 3 énormes volumes in-8° de 800 pages chacun, qui traitent exclusivement des maladies de l'appareil nerveux sans que cette importante matière soit encore épuisée. Ce sont les volumes VI, VII et VIII de la collection.

Dans l'impossibilité d'analyser un ouvrage si considérable, nous décrirons l'exécution de cette partie importante, ce qui pourra servir de modèle pour les autres. Après une description des altérations congénitales de l'appareil nerveux, viennent les lésions traumatiques, celles de la circulation et de sécrétion comprenant les hémorragies qui forment à elles seules presque



un volume, et les phlegmasies qui tiennent encore plus de place. Telle est la matière de ces trois volumes.

Eu égard à la place restreinte que ces matières tiennent dans certains traités classiques, on peut s'étonner de l'étendue qu'elles occupent ici. Des divisions suivant les organes et leurs régions avec des observations en très-grand nombre et des résumés statistiques établissant la fréquence suivant le siége de ces lésions et de ces maladies d'après les âges, les sexes, les saisons expliquent comment une si grande place leur est consacrée. Les hémorragies des différentes régions de l'appareil nerveux ne comptent ainsi pas moins de 867 observations distinguées de la manière suivante :

| | | Hommes | Femmes |
|---|---|---|---|
| Hémorrhagies | méningiennes. . . . . | 120 | 47 |
| — | cérébrales. . . . . | 269 | 213 |
| — | cérébelleuses. . . . . | 43 | 37 |
| — | mésocéphaliques. . . . . | 74 | 45 |
| — | rachidiennes. . . . . | 15 | 4 |
| | | 521 | 346 |

On comprend toutes les déductions pratiques qu'il y a à tirer d'un nombre si considérable de faits en les analysant ensuite suivant les âges, les tempéraments, les causes, les prédispositions, les symptômes, les altérations anatomo-pathologiques et surtout le traitement qui a reçu de grands développements suivant les effets des différentes médications. C'est là une histoire générale qui seule a bien plus de valeur que dans les traités les plus complets sur cette matière spéciale.

On voit par là les avantages de cette encyclopédie monumentale de la pathologie interne. Ajoutez que toute observation, toute citation est appuyée de renvois aux sources bibliographiques avec indications précises, et l'on aura une idée de la valeur de cet ouvrage. Ce sont autant de monographies complètes, de livres séparés sur les lésions et les maladies des divers appareils organiques. Aucun article de Dictionnaire ne saurait y être comparé non plus que les Traités élémentaires. Aussi est-il indispensable à consulter pour quiconque veut savoir ce qui a été fait sur un sujet quelconque de la pathologie interne.

*Traité de pathologie interne*, par M. Jaccoud, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Ouvrage avec plan-

ches en chromolithographie, 1 vol. in-8. Première partie, Paris.

**PEMPHIGUS.** Par l'usage prolongé du copahu ayant donné lieu à la roséole copahique, se développent consécutivement des bulles aux plis articulaires qui se généralisent ensuite avec une sécrétion abondante et desquammation foliacée. La durée en a été de six semaines avec anasarque non albumineuse coïncidente (*Gaz. des hôp.*, n° 37). Ce fait confirme la réalité de cette complication rare signalée par M. Hardy, et dont on devra tenir compte à l'avenir dans l'administration prolongée du copahu.

Deux cas de mort en ont été observés à l'hôpital Saint-Louis par M. Guibout. Le premier chez une domestique de quarante-six ans qui, s'étant frictionnée le 12 février avec des topiques d'une composition inconnue pour des démangeaisons, fut trouvée couverte le lendemain de bulles sur les membres inférieurs et supérieurs, le cou et le menton, à l'exclusion des autres parties du corps, les muqueuses en particulier. De l'embarras gastrique fébrile survint avec délire et la malade succomba le 19 février ne présentant, à l'autopsie, que de la congestion pulmonaire et intestinale.

Chez un blanchisseur de soixante-deux ans, des bulles aux jambes coïncidant avec une bronchite, celle-ci s'empira à mesure que le pemphigus s'améliorait. Les membres inférieurs s'œdématient et le malade meurt après quelques vomissements bilieux et ballonnement du ventre. L'autopsie découvre du pus dans le péritoine et à 3 ou 4 centimètres de la valvule pylorique, trois petites ulcérations dont deux ont complétement perforé l'intestin. (*Union méd.*, n° 39.)

Quelle que soit la cause de ces complications mortelles, il y a donc lieu de porter une grande attention dans le traitement de cette maladie et surtout à en prévenir le développement.

**PÉRICARDE.** *Paracentèse.* Deux nouveaux cas de cette difficile opération ont été relatés, l'un par M. Clifford-Allbutt, à l'hôpital de Londres (*Lancet*, juin), le second par M. H. Roger (*Soc. de méd. des hop.*, juillet); mais tous deux ont été suivis de mort.

**PÉRICARDITE.** Fondé sur l'observation, avec autopsie, d'un garçon de dix-huit ans et d'une fille de vingt-huit, morts à l'hôpital de Namur où il les a traités, M. le docteur Hambursin croit que l'hépatite chronique peut devenir, par continuité, une cause de péricardite. C'est là évidemment une idée nouvelle, car s'il a été démontré dans ces derniers temps que les inflammations pulmonaires y donnaient lieu, à l'exclusion du rhumatisme articulaire, l'hépatite n'en avait pas encore été accusée. Mais la proposition n'est pas rigoureusement démontrée ni dans l'un ni dans l'autre cas. Qu'il y ait eu ascite antécédente même à l'affection cardiaque, ce qui n'est pas prouvé, cela ne saurait être une preuve que l'hépatite en a été la cause déterminante, ni que celle-ci ait déterminé les altérations du péricarde et du cœur. La seule raison à invoquer, c'est que les adhérences du péricarde siégeaient exclusivement du côté du diaphragme. Mais une probabilité n'est pas une certitude, et il suffit d'avoir l'attention fixée à cet égard pour élucider le fait par des observations ultérieures. (*Acad. de méd. de Belgique*, 4868.)

**Péricardite traumatique.** Une femme grande, forte, bien constituée, tombe d'une échelle de manière que la région dorsale droite supporte entièrement le choc. Dès le lendemain surgissent tous les symptômes d'une péricardite des plus aiguës avec épanchement considérable. La malade se rétablit. (*Gaz. méd.-chir. de Toulouse*, n° 15.)

Ce serait donc là une espèce particulière d'inflammation de l'enveloppe séreuse du cœur, car le traumatisme n'est même pas signalé par les auteurs comme pouvant la produire. N'y a-t-il pas eu épanchement sanguin primitif par suite du contre-coup de la chute?



**PÉRINÉORAPHIE.** *Modification opératoire.* Supposant que dans la suture faite contre le deuxième degré de rupture du périnée, la réunion échoue souvent au devant de l'anus, à l'angle inférieur de la suture, parce que les liquides du vagin et de l'utérus s'accumulent à la base et établissent là une fistule vagino-périnéale, le professeur Richet a modifié le procédé de Roux pour leur donner une issue de la manière suivante :

Suivant la courbe de la déchirure périnéale depuis la base de la grande lèvre gauche jusqu'à celle de droite, il divise par une

incision d'un millimètre de profondeur la ligne cicatricielle en deux moitiés égales, l'une antérieure et l'autre postérieure, et disséque, du côté du vagin, un lambeau semi-circulaire en décollant la cloison vaginale et les côtés du périnée dans une étendue de 8 à 10 millimètres environ. Ce lambeau est relevé du côté du vagin et les surfaces saignantes en sont adossées à l'aide de trois ou quatre points de suture métallique dont les fils sont ramenés par l'orifice vulvaire. Une sorte de plan incliné est ainsi constitué, qui relève le plan postérieur du vagin insensiblement jusqu'à l'orifice de la vulve restaurée formant une sorte d'éperon sur lequel les liquides vaginaux sont conduits au dehors sans pouvoir s'infiltrer à travers la suture suffisamment serrée, et présentant, sur la ligne médiane, une sorte de crête saillante avec deux rigoles latérales.

La moitié antérieure de la déchirure périnéale étant avivée ensuite, elle est réunie avec trois points de suture entortillée, comme le faisait Roux, et l'on a ainsi deux sutures adossées par leur base et leur surface saignante, l'une vaginale ou muqueuse, l'autre cutanée ou extérieure.

Cette opération pratiquée à l'hôpital sur une fille de vingt-neuf ans, accouchée sept ans auparavant, quoique un peu longue et laborieuse, n'a présenté aucune difficulté et a parfaitement réussi. La rectocèle en était contenue, ainsi que l'utérus prolabé auparavant Le nouveau périnée mesurait 3 centimètres de hauteur avec un raphé sur la ligne médiane. L'épaisseur de la cloison périnéale reconstituée, mesurée avec l'index dans l'anus et le pouce dans le vagin, est de 2 centimètres environ à la base. Ce n'est plus là une simple cloison, mais un véritable plancher et un périnée muni de toutes ses parties constituantes, y compris le sphincter anal. Cette modification constitue donc un progrès réel sur l'opération de Roux. (*Union méd.* n° 6.)

Cette heureuse modification avait été employée par M. Le Fort, deux mois auparavant, à l'hôpital Cochin, sur une femme de trente et un ans qui, depuis neuf ans, perdait ses matières fécales par suite d'une rupture périnéale complète survenue dans un accouchement laborieux. Il en décrit minutieusement le procédé, et quoique les termes diffèrent de la description précédente, il consiste en résumé dans le dédoublement des débris de la cloison recto-vaginale et leur adossement par des sutures,



de manière à reformer une muqueuse vaginale en avant et une rectale en arrière, en évitant dans cette suture en avant de former le sinus, qui est la pierre d'achoppement du procédé classique par la rétention des mucosités vaginales qui s'infiltrent entre les lèvres de la plaie et déterminent une fistule vaginale. Le tiraillement, la striction des parties par les fils amena la section de la peau et des lambeaux muqueux et un échec complet, mais en la renouvelant vingt jours après avec la précaution de pratiquer deux incisions curvilignes sur la peau des fesses pour éviter le tiraillement, l'opération eut un succès complet. (*Gaz. des hôp.*, n° 25). Ce n'est pas la première fois que la même idée surgit dans l'esprit de deux chirurgiens placés dans des conditions identiques, et il n'est pas étonnant que les insuccès des méthodes précédentes leur ait suggéré simultanément les mêmes moyens d'y obvier.

**PÉRIOSTITE PHLEGMONEUSE.** Étudiée dès 1858 par M. le docteur Bœckel, de Strasbourg, elle paraît surtout fréquente dans les hôpitaux de cette ville et dans toute l'Alsace. C'est ainsi que dans un nouveau mémoire, cet auteur en rapporte 12 observations dont 5 recueillies dans une petite circonscription médicale du Haut-Rhin. Il conclut, en conséquence, qu'elle dépend d'une cause générale dyscrasique. Elle se localise ordinairement entre le périoste et la couche osseuse contiguë. L'ostéo-myélite, quand elle existe, n'est que consécutive. Les enfants et les adolescents en sont seuls atteints. Le tibia et le fémur, le péroné, l'humérus, le maxillaire inférieur, le calcanéum, en sont aussi le siége par ordre de fréquence, soit seuls, soit ensemble. Un léger traumatisme ou un refroidissement en sont parfois les seules causes appréciables. Le décollement des épiphyses peut en être la conséquence, et des fractures spontanées dans les parties nécrosées. La marche en est ordinairement aiguë, suraiguë même, au point de produire du pus en quatre heures et la mort du deuxième au troisième jour.

Des incisions longues et profondes sont le meilleur moyen de sauver le membre et souvent la vie. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, et *Nouvelles considérations sur la périostite phlegmoneuse* et ses modes de terminaison, par le docteur Eug. Bœckel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Paris.)

**PÉRITOINE.** *Anomalie anatomique.* En faisant l'autopsie d'un individu mort de fièvre typhoïde, M. Gonthier observa à l'ouverture de l'abdomen, une vessie de forme ovoïde, globuleuse, grosse comme la tête d'un enfant de six mois, complétement libre et sans adhérences. Entourée par le gros intestin, elle présentait une paroi lisse très-mince, parfaitement transparente, offrant tous les caractères du péritoine. Ouverte, elle contenait l'intestin grêle tout entier depuis le pylore jusqu'au point où il se jette dans le gros intestin avec son mésentère libre et sans adhérences. L'hiatus de Winslow n'existait pas. MM. Moutard-Martin et Matice ont constaté cette anomalie qui vient ainsi s'ajouter à celle de Neubaüer et de M. Cruveilhier. (*Union méd.*)

*Encéphaloïde à marche aiguë.* Voy. CANCER.

**PÉRITONITE.** *Collodion.* C'est peu de proposer de nouveaux remèdes et même de les faire entrer dans la thérapeutique; quelques observations bien présentées, de simples assertions suffisent parfois à cet effet, et l'enthousiasme, la nouveauté font le reste. Mais tout est de les y faire rester, et si ces innovations ne reposent pas sur une observation exacte, l'expérience en fait prompte justice, et on les voit disparaître sans qu'il en soit autrement question que pour mémoire. On en a tant abusé que la science se trouve encombrée de remèdes sans indications précises et qui augmentent l'embarras du praticien au lieu de le diminuer. Le progrès consiste donc bien plus à assurer l'avenir des médicaments récemment entrés dans la thérapeutique qu'à en introduire de nouveaux.

Si réelle que soit l'action du collodion contre la péritonite, dont l'*Union médicale* peut réclamer la vulgarisation, et si assuré qu'en soit l'emploi par les succès continus qu'il donne de part et d'autre, il n'est pas moins nécessaire de réunir toutes les preuves en sa faveur. La doctrine qui lui sert de base a excité d'ardentes préventions, des négations formelles, et, sans autre raison, de grands praticiens ont repoussé, jugé et condamné cette médication sans la connaître ni l'avoir expérimentée. Alors que le traitement classique produit tant de revers, on s'y tient plutôt que d'employer l'enduit imperméable, sous prétexte que la théorie en est erronée. Sans discuter ce point de doctrine, nous voulons montrer l'efficacité de ce moyen en reproduisant



en partie les débats dont il a été l'objet à la Société de médecine de Bordeaux, dans la séance du 26 avril dernier.

Il y a deux ans environ, dit M. Méran, j'ai parlé d'un cas de péritonite, suite de couches, où le collodion avait été employé. La douleur avait cessé douze heures après son application, et deux jours ensuite l'amélioration était complète. Récemment j'ai observé chez une jeune fille qui venait d'avoir la dysenterie, des symptômes de péritonite commençante: douleur au niveau de l'ovaire gauche, fièvre, vomissements, sensibilité de l'abdomen et météorisme. La maladie n'était pas nettement tranchée et pouvait être la conséquence de la dysenterie; mais j'ai soupçonné un avortement. Le laudanum à haute dose n'ayant pas calmé les douleurs, j'employai le collodion; le soir même la douleur était moindre et le lendemain elle avait disparu. Ce symptôme n'a pas reparu depuis cinq jours, et quoique la fièvre continue elle est moins intense.

Il y a quelques mois, ajoute M. Douaud, appelé près d'une jeune fille de dix-huit ans présentant tous les symptômes d'une péritonite généralisée, j'appliquai d'abord des sangsues; puis, recourant à la méthode de M. Robert de Latour, je fis badigeonner l'abdomen de collodion. L'amélioration n'a duré qu'une heure et la maladie s'est terminée par la mort.

Pour M. Solles, il s'agit de connaître le mode d'action de cet agent sur des organes qui échappent à son contact immédiat et de savoir si c'est par rétraction des parois abdominales. Avant d'y recourir, il emploierait de préférence sangsues et onguent napolitain.

Mais, répond M. Méran, ces moyens avaient été employés sans succès dans le cas précité et les symptômes s'aggravaient. A sept ou huit reprises, je répandis du collodion sur l'abdomen de manière à obtenir une couche de 2 millimètres d'épaisseur; quelque temps après, la pression abdominale s'exécutait sans grande douleur alors qu'auparavant les cataplasmes les plus légers ne pouvaient être tolérés. Quand on peut, par un moyen inoffensif et superficiel, amener de l'amélioration en deux ou trois heures, je crois qu'il faut s'empresser de l'employer. Si après quelques heures de durée la maladie ne paraît pas modifiée dans sa marche, le temps écoulé ne constitue pas un grand péril et l'on peut alors recourir au traitement classique.

La première conséquence de ce changement dans la théra-

peutique, objecte M. Douaud, c'est l'ablation de la couche de vernis, ce qui ne paraît pas très-facile si l'on songe surtout aux douleurs de la péritonite.

Rien de plus facile que de se débarrasser d'une couche de collodion, dit M. Méran. Avec des compresses émollientes ou des cataplasmes, cet agent se ramollit et s'enlève avec la plus grande facilité. (*Union méd. de la Gironde*, mai.)

Cet extrait peint exactement l'état des esprits sur cette médication nouvelle. On en discute les succès les plus évidents en en contestant l'action, tandis que l'on s'empresse de faire valoir contre elle et d'accepter comme tels des faits où elle n'a réellement pas été employée. On crée même des difficultés imaginaires à son expérimentation. Il lui faut donc une valeur bien robuste pour résister à tant d'objections et se naturaliser quand même dans la thérapeutique.

**Péritonite par propagation.** Aux faits qu'il avait déjà rapportés en 1865, à l'appui de ceux de MM. J. Guyot et Broca, sur la complication de la péritonite par extension de l'inflammation des ganglions inguinaux, M. Labbé ajoute celui d'un garçon d'hôtel de vingt-deux ans, entré à l'hôpital des Cliniques le 18 août pour une tumeur au niveau de l'arcade crurale gauche, à peu près grosse comme un œuf de poule. Après le repos et des cataplasmes, une incision ayant été faite perpendiculairement à l'arcade de Fallope, il s'écoula, avec le pus, du sang en notable quantité, et qui, en se répétant, nécessita la compression dans la plaie pour l'arrêter. Dès lors, par ce fait ou autrement, le malade se plaint de douleurs dans le ventre, des vomissements porracés surviennent, et bientôt tous les symptômes d'un érysipèle local se montrent en même temps que ceux d'une péritonite, qui amène la mort le quatrième jour de l'invasion et dont l'autopsie confirme la réalité et l'étendue. (*Gaz. des hôp.*, n° 111.)

Est-ce ici purement l'effet de l'adénite, dont l'inflammation s'est propagée par contiguïté, ou bien celui de l'érysipèle déterminé par l'ouverture et la compression de la plaie? En tout cas, c'est une leçon pour n'ouvrir ces ganglions que par nécessité absolue et plutôt avec le caustique qu'avec l'instrument tranchant, afin d'éviter de si déplorables malheurs pour une affection si bénigne.

Un fait tendant à montrer que l'érysipèle est étranger à cette



péritonite par contiguïté, c'est qu'elle est aussi une des complications de l'orchite. Le 25 novembre 1866, dit M. le docteur Girard, un malade, un garçon d'une vingtaine d'années, entrait à l'hôpital Saint-André (de Bordeaux), salle 11, n° 23, avec une orchite blennorrhagique. Après une ponction de la tunique vaginale et des sangsues, il se déclara brusquement le lendemain une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque droite, le palper était insupportable, même le poids des couvertures, et le malade, pelotonné dans son lit, du côté gauche, présentait hoquet, nausées, vomissements bilieux, coliques très-vives, constipation, figure amaigrie, exprimant l'effroi et la souffrance, pouls filiforme, fréquent, franchement abdominal. M. Azam diagnostiqua une péritonite commençante et partielle en faisant appliquer 15 sangsues *loco dolenti* et un lavement purgatif. Cet appareil compliqué disparut aussitôt. (*Journ. de méd. de Bord.*, juin.)

Un autre cas en tout semblable vient à l'appui de cette interprétation.

**Péritonite tuberculeuse.** *Inflammation péri-ombilicale.* Aux symptômes décrits par les auteurs, M. le docteur Vallin, fondé sur trois faits observés au Val-de-Grâce, ajoute un œdème indolent, une rougeur inflammatoire, comme érysipélateuse de la région ombilicale persistant parfois plusieurs mois et pouvant se terminer par la perforation de la cloison comme le deuxième cas en offre l'exemple. Autrement, ils disparaissent progressivement pendant l'une de ces rémissions trompeuses qu'on observe dans la péritonite tuberculeuse.

Une observation de cancer épiploïque, due à M. Bernutz, montre que cette complication n'est pas exclusive au tubercule, et que toute inflammation chronique spécifique peut la déterminer. Une péritonite tuberculeuse lente, insidieuse, chez un jeune soldat observé à l'hôpital Saint-Martin par M. Robert, s'est ainsi terminée par deux abcès sus-ombilicaux s'ouvrant dans le côlon transverse et ayant offert un œdème indolent pendant plusieurs mois. (*Rec. de méd. et pharm. militaires*, novembre, et *Arch. gén. de méd.*, mai.)

**PHARMACIE.** Une loi récente en a réglementé l'exercice en Angleterre, où elle avait joui jusque-là d'une liberté illimitée. Les empoisonnements volontaires et encore plus acci-

dentels de ce fait même s'étant accrus au point d'atteindre le chiffre de 300 annuellement selon le docteur Taylor, le gouvernement s'est vu obligé d'intervenir. Cette loi n'a pas d'effet rétroactif. Tous les *chemist, druggist, chemist and druggist, dispensing chemist and druggist, pharmacist and pharmaceutist* établis sans diplôme, continueront d'exercer leur profession à la seule condition de se faire inscrire sur le registre des pharmaciens publié chaque année.

Mais, depuis le 1er janvier 1869, nul ne peut s'établir sans l'un des diplômes conférés par la Société de pharmacie. Les élèves ayant vingt et un ans et trois années de stage lors de la promulgation de la loi, sont seuls admis à passer un examen modifié pour obtenir l'un de ces diplômes.

Tout pharmacien exerçant non inscrit ou celui qui aura pris ce titre illégalement sera condamné à une amende de 125 fr., de même que le pharmacien légal qui ne se sera pas conformé à la pharmacopée anglaise dans l'exécution de ses préparations.

Et, afin de prévenir les empoisonnements, un tableau des poisons le plus communément employés, comme l'arsenic et ses préparations, l'acide cyanhydrique et les cyanures, la strychnine, l'aconit, le sublimé, l'opium, la belladone, le chloroforme, etc., etc., est dressé qui défend de vendre ces substances, séparément sans doute, sans avoir le nom, le domicile et la signature de l'acheteur inscrits sur un registre et l'étiquette *poison*. Les médecins praticiens non reçus pharmaciens n'en pourront tenir ni délivrer.

On peut trouver à redire à ces dernières dispositions, et surtout celle qui est la sanction pénale la plus rigoureuse de leur exécution : c'est que tout pharmacien qui y contreviendra pourra être rayé de la liste par décision du Conseil privé et perdre ainsi définitivement les droits que le diplôme lui conférait. On ne peut édicter de mesure plus arbitraire.

*Remèdes secrets*. C'est toujours à coups d'ordonnances et de décrets que procède l'Espagne. On sait que, par des lois et ordonnances plus restrictives les unes que les autres, l'entrée et la vente de tous les remèdes secrets y était interdite, prohibée. Sur l'observation des pharmaciens de Madrid, que ce système était préjudiciable au pays, à la santé publique et à leurs intérêts, le ministre Sagasta a levé cette prohibition par ordonnance du 12 avril, en restreignant le nom de remède secret à celui dont il ne sera pas possible de découvrir la composition ou dont la formule n'aurait pas été publiée. Sont abrogées toutes les dispositions tendant à empêcher l'introduction en Espagne des produits galéniques étrangers de composition connue, sauf à en payer les droits d'entrée bien entendu.

Il n'y a donc plus de remèdes secrets en Espagne, car avec cette définition officielle : « dont il n'est pas possible de découvrir la composition ou dont la formule n'aurait pas été publiée, » il sera toujours possible de les introduire et les vendre légalement. Les spécialistes vont en prendre bonne note.



**PHARYNX**. *Ulcère dartreux*. Les caractères cliniques en sont omis par les auteurs classiques, dit M. Fleury; ils se bornent à l'indiquer sans le décrire en renvoyant aux ouvrages spéciaux qui ne le caractérisent pas davantage. Boyer le confond avec les autres, ainsi que Delpech et le *Compendium de chirurgie*, ainsi que M. Nélaton et Follin lui-même en signalent seulement l'existence. Un paysan de cinquante-neuf ans lui ayant présenté, en 1864, une ulcération superficielle du voile du palais sans antécédents vénériens ni scrofuleux, développé rapidement sans douleur et qui céda à des cautérisations au nitrate acide de mercure, la nature en était restée indéterminée lorsque le 10 décembre 1868, le même malade se représente à l'hôpital de Clermont pour un ulcère circulaire, comme une pièce de 5 francs, à bords taillés à pic comme les ulcères syphilitiques, siégeant à la partie antéro-supérieure du bras droit et ayant un bouton pour origine. La peau environnante est rouge, gonflée, érysipélateuse. Ce siége et cette forme, autant que l'absence d'antécédents vénériens, le font considérer comme de nature diathésique et se rattachant à l'herpès circiné. Et le fait est qu'il se cicatrise promptement sous l'influence des pastilles de soufre et des pommades au turbith minéral.

Mais le malade se plaint d'une difficulté d'avaler et l'examen découvre à la partie supérieure du pharynx une ulcération cachée en haut par le voile du palais. Elle est superficielle, à bords en biseau, presque indolent au toucher sans trace d'engorgement ganglionnaire.

Éclairé par les antécédents, M. Fleury renouvela les cauté-

risations au nitrate acide de mercure qui eurent un complet succès à l'exclusion des autres moyens. Et en l'absence de tout caractère syphilitique, scrofuleux ou cancéreux, il admet que l'irrégularité des bords d'une ulcération superficielle du pharynx ou du voile du palais, taillés en biseau plutôt qu'à pic, entourée d'une muqueuse saine, sont des signes pathognomoniques de l'ulcère dartreux. (*Union méd.*)

Bien que ces déductions résultent d'une sage observation clinique, ce seul fait est évidemment insuffisant pour être aussi catégorique, surtout devant le succès rapide et constant des cautérisations mercurielles dont la vertu spécifique peut inspirer au moins des doutes.

**PHIMOSIS**. *Dilatation.* Ce moyen doit être distingué aujourd'hui en dilatation graduelle telle qu'elle a été pratiquée aux États-Unis (voy. *année* 1867), et en dilatation subite, suivant le procédé de M. Nélaton (voy. *année* 1868). M. Ansiaux ayant répété cette dernière sur cinq hommes a confirmé à peu près complétement les résultats annoncés, c'est-à-dire résultat immédiat avec éraillures de la muqueuse et guérison consécutive. Mais la douleur extrême en résultant paraît obliger de recourir constamment à l'anesthésie, à moins de voir échouer ses efforts (*Soc. méd. de Liége*). Les éraillures, équivalant pour les dangers à un véritable traumatisme et ceux inhérents à l'anesthésie, ne la rendent donc pas préférable à la méthode ordinaire de l'incision.

**PHOSPHORE**. *Empoisonnement.* Faut-il, pour conclure à un empoisonnement par le phosphore, le retrouver à l'état libre dans les organes ou dans les déjections? Cette question s'est présentée à propos d'une fille de douze ans, morte après cinq jours de vomissement bilieux, ictère général, douleurs épigastriques brûlantes, soif intense, agonie avec convulsions et soupçonnée d'empoisonnement avec le phosphore. Les experts de Condom, ne pouvant constater là moindre trace de phosphore libre, avec l'appareil de Mitscherlich, concluent négativement; mais MM. Tardieu et Roussin, en trouvant de l'acide phosphorique libre en abondance dans les tissus, affirment un empoisonnement aigu. De là contestation. Si le procédé ingénieux de Mitscherlich, pendant de celui de Marsh pour l'arsenic, révivifie le phosphore qui se trahit par son odeur alliacée et



sa phosphorescence quand l'empoisonnement est récent, il n'en est plus de même s'il date de quelques jours. Le phosphore, si promptement oxydable, s'est déjà transformé en acides phosphoreux et phosphorique devant lesquels l'appareil de Mitscherlich reste muet.

Ce résultat négatif ne suffit donc pas pour nier l'empoisonnement. C'est ainsi que M. Gallard rapporte l'observation d'une jeune fille admise à la Pitié pour avoir avalé, dans l'intention de se suicider, comme elle le déclare, une tasse de bouillon gras où elle avait laissé tremper, pendant un quart d'heure, un paquet d'allumettes chimiques. Morte sept jours après avec tous les symptômes et les lésions caractéristiques de l'intoxication phosphorée, l'analyse chimique faite par M. Roucher, avec l'aide de l'appareil de Mitscherlich, ne laisse pas découvrir la moindre trace de *phosphore libre* (*Union méd.*, nos 21 et 22). Sa manifestation n'a donc pas la valeur absolue d'un criterium nécessaire ni d'une preuve indispensable, puisqu'elle manque dans les cas incontestables d'empoisonnement.

Reste donc à prendre pour base les produits d'oxydation simples et combinés du phosphore comme Orfila, Flandrin, Devergie le faisaient avant la découverte de l'appareil de Mitscherlich. Quant à l'objection que les phosphates naturels de l'organisme et ceux des aliments peuvent être décomposés par le suc gastrique, M. Mialhe a soutenu qu'il était trop faible à cet effet. Et en admettant même que l'acide phosphorique existât physiologiquement en liberté, ce serait à dose tellement minime, que la quantité bien supérieure que l'on en trouve à la suite d'un empoisonnement suffirait à prouver celui-ci par le dosage. Il est donc juste d'admettre avec MM. Mialhe et Roucher que le dosage peut fournir un complément utile de démonstration à cet égard.

A défaut de l'acide phosphoreux qui serait une preuve aussi irrécusable que le phosphore même, mais trop instable et difficile à isoler des matières organiques, il s'agit, en cas de doute, de déterminer très-exactement la quantité d'acide phosphorique soit libre, soit combiné, des matières suspectes, et de la comparer à la quantité provenant de la même source de sujets non empoisonnés. La comparaison permettra de lever tous les doutes aussi sûrement qu'avec l'appareil de Mitscherlich.

Et lors même que cet acide phosphorique serait saturé par les oxydes alcalins ou terreux des tissus normaux, ou par l'am-

moniaque que développe la putréfaction, et se trouverait ainsi à l'état de phosphates de soude, de potasse, de chaux, de magnésie ou d'ammoniaque, on peut, comme le veut M. Roucher, recourir au dosage de cet acide et arriver ainsi à une conclusion positive, si l'écart est hors de toute proportion.

Il est vrai que l'empoisonnement par le phosphore peut avoir lieu avec des quantités si minimes qu'il serait difficile de conclure sûrement par le dosage de l'acide phosphorique en résultant. Mais c'est là une exception, et avec les probabilités chimiques, corroborées des données cliniques, anatomo-pathologiques et microscopiques, il est bien permis de conclure sans aucun scrupule de conscience. (*Soc. et Annales de méd. légale*, janvier.)

Par les symptômes cliniques et les altérations anatomiques observés chez un garçon de dix-huit ans, entré à l'hôpital Saint-Jean le 1er mai 1869, et qui avoua s'être empoisonné deux jours avant avec des allumettes phosphoriques, MM. Demarbaix et Wilmart ont pu diagnostiquer cet empoisonnement sans aucun renseignement chez une femme de dix-sept ans entrée le 19 au même hôpital. Elle se plaignait de métrorrhagie depuis deux jours avec douleurs dans tout le ventre, face pâle, conjonctive jaunâtre, subictérique, pouls calme. Après une nuit tranquille, vomissements et selles noirâtres, coma avec cris aigus intermittents, yeux à demi fermés, pupilles dilatées et immobiles, pouls radial nul, pulsations bondissantes à la crurale, faibles battements du cœur, respiration irrégulière.

La mort, survenue le lendemain, montra l'estomac et l'intestin remplis de matières noirâtres et boueuses à odeur aliacée, parois injectées, gonflées et ramollies. Le foie, de volume normal, était d'un jaune très-prononcé, avec dégénérescence graisseuse générale, ainsi que les reins; urines rougeâtres; matrice congestionnée, hypertrophiée et renfermant les détritus de la membrane caduque et des enveloppes fœtales. Sang noir épais, liquide, remplissant le cœur; cerveau légèrement hyperémié (*Presse méd. belge*, n° 25). Ce sont donc là des éléments précieux pour le diagnostic quand la nature du poison est cachée.

*Efficacité de l'essence de térébenthine comme antidote.* On sait depuis longtemps que cette essence, ainsi que d'autres hydrogènes carbonés, comme le goudron, ainsi que MM. Sales-Girons et Adrian l'ont signalé, font perdre au phosphore la propriété d'être lumineux dans l'obscurité, d'émettre des vapeurs, c'est-à-dire, de brûler à basse température. L'observation de M. Letheby sur sa vertu préservatrice dans les fabriques d'allumettes chimiques, et enfin l'observation d'une tentative de suicide entravée par ce moyen (voy. *année* 1868), ont incité M. Personne à faire des expériences à ce sujet.



Au nombre de quinze, elles ont été faites par séries parallèles de trois, sur des chiens de moyenne taille et choisis, autant que possible, de même force. Voici la manière d'opérer : le n° 1 de chaque série recevait le phosphore seul; au n° 2, on administrait l'essence une ou deux heures après l'ingestion du phosphore; enfin le n° 3 recevait l'essence aussitôt après la prise du toxique. Cinq chiens ont donc pris le phosphore seul, cinq ont reçu l'antidote une ou deux heures après le poison, et cinq l'ont pris aussitôt après. Tous ces animaux étaient à jeun depuis la veille au soir.

L'administration du phosphore et de l'essence a été faite à l'aide d'une sonde œsophagienne, introduite dans l'estomac par l'ouverture buccale. La dose du phosphore a été portée depuis 0,1 jusqu'à 0,3; une seule fois, il a été donné à l'état de mastic d'allumettes chimiques; pour les autres, il a été dissous dans l'huile d'amandes douces, qui était ensuite émulsionnée à l'aide du jaune d'œuf; la matière toxique était donc dans les conditions les plus favorables à l'absorption et, par conséquent, à l'empoisonnement. L'essence de térébenthine a été employée à la dose de 10 grammes, et émulsionnée au moyen du jaune d'œuf. Ces expériences ont commencé le 13 janvier et ont duré jusqu'au 27 février. Voici les résultats obtenus :

Les nos 1 de chaque série, c'est-à-dire les chiens soumis à l'action du phosphore seul, sont tous morts.

Les nos 2, qui ont reçu l'antidote une ou deux heures après l'ingestion du poison, ont éprouvé les mêmes symptômes que les premiers; quelques-uns ont été assez malades, mais un seul a succombé; les quatre autres ont recouvré une santé parfaite et ont été conservés pendant dix ou quinze jours après.

Chez les nos 3, qui ont reçu l'antidote aussitôt après le poison, un seul a succombé, les quatre autres n'ont éprouvé qu'une très-légère indisposition, qui ne s'est guère traduite que par un peu d'inappétence le premier jour, mais sans perdre leur gaieté et leur vivacité ordinaires. Ils ont été conservés de-

puis dix jours jusqu'à un mois, sans présenter aucune altération dans leur santé.

Ainsi, tous les sujets qui n'ont pas pris l'antidote ont succombé, tandis que ceux qui ont été soumis à l'action de l'essence n'ont fourni que deux morts sur dix, et cependant l'antidote n'avait été administré à cinq d'entre eux qu'une et deux heures après le poison.

D'après l'auteur, le phosphore tue en empêchant l'hématose du sang qu'il prive de son oxygène, rapidement si l'absorption du sang est rapide, lentement si elle est lente. Dans le premier cas, la mort est assez prompte : c'est une véritable asphyxie : dans le second, elle est plus lente, et cause cette dégénérescence graisseuse qui est le résultat du défaut d'hématose et qui fait succomber les individus. L'essence de térébenthine absorbée semble donc empêcher le phosphore de brûler dans le sang, de la même manière qu'elle empêche sa combustion à basse température dans l'air ; elle lui enlève la propriété de priver le sang de l'oxygène qui lui est indispensable ; il peut alors être éliminé sans avoir causé de désordre dans l'économie. (*Acad. de méd.*, avril.)

En présence de l'emploi si répandu aujourd'hui du phosphore comme agent homicide, criminel ou accidentel par l'usage des allumettes chimiques ou de la pâte phosphorée, tellement qu'il figure au premier rang des poisons, et s'est substitué à l'arsenic dans les mains des empoisonneurs, c'est là une découverte précieuse dont l'efficacité est confirmée de nouveau par l'observation suivante, due encore à M. le docteur Andant.

Mme C..., âgée de vingt-deux ans, demeurant à Dax, ayant eu le 4 décembre dernier, à sept heures et demie environ du soir, une vive discussion avec son mari, voulut attenter à sa vie en se servant d'un couteau placé sur une table dans la pièce où elle se trouvait. Son mari lui arracha des mains l'arme meurtrière, l'enferma à clef dans une armoire et sortit aussitôt pour vaguer à ses occupations. La jeune femme, encore plus irritée en voyant son projet échouer, profita immédiatement de l'absence de son mari pour accomplir son dessein. Elle coupa les bouts chargés de matière combustible d'une douzaine d'allumettes chimiques sans explosion (allumettes Toussaint, fabriquées à Marseille), les mit dans une casserole en fer-blanc avec une quantité d'eau froide que j'évalue à environ un tiers de verre, les agita de manière à faire dissoudre la substance phosphorée et avala le tout en une seule fois. Le breuvage, à son dire, présentait une teinte laiteuse.



L'intervalle entre la sortie du mari et son retour à la maison n'a été que d'une heure, et pendant ce temps-là, la femme C... avait ingéré le poison. Le mari la trouva sur le lit en proie à de grandes souffrances, agitée de mouvements convulsifs dans les bras et dans les jambes et ayant une grande agitation.

Arrivé auprès de la malade en toute hâte, sur la demande pressante du mari, averti déjà pendant le trajet de ce qu'elle avait fait, je l'examinai le plus rapidement possible et je constatai : une haleine répandant une forte odeur d'ail, l'estomac gonflé, l'épigastre et l'abdomen douloureux à la pression, ainsi qu'une grande perturbation dans le système nerveux. La malade se plaignait de douleurs dentaires, de mal de gorge, de soif ardente. Sa voix était rauque. Pas d'éructations, pas de nausées, pas de vomissements, pas de diarrhée. Mme C... me dit que ses jambes et ses bras devenaient roides comme des barres de fer (textuel), pas de fièvre, traits médiocrement troublés, conservation de l'intelligence.

Je prescrivis sur-le-champ à prendre, en quatre fois, de quart d'heure en quart d'heure, avec soin de bien agiter le flacon, la potion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Pr. Potion gommeuse. . . . . | 100 | grammes. |
| Sirop de fleurs d'oranger. . . . . | 20 | — |
| Essence de térébenthine. . . . . | 4 | — |
| Gomme adragante. . . . . | 25 | centigr. |

Dans les intervalles, pour calmer la soif, je conseillai de l'eau albumineuse très-chargée.

Je revins deux heures après, la malade allait déjà mieux, et, le lendemain matin de bonne heure, j'administrai 10 grammes de magnésie calcinée dans un verre d'eau sucrée qui déterminèrent plusieurs selles. Comme la malade m'avait dit que la nuit avait été agitée, qu'elle avait été altérée, qu'elle souffrait encore de la gorge et qu'elle avait de la peine à avaler, je prescrivis un gargarisme émollient et la potion de la veille. Dans le courant de la soirée, la malade prit un bouillon léger ; elle dormit à peu près toute la nuit, et dès le surlendemain, se leva, mangea un peu plus, quoique ressentant beaucoup de faiblesse, de la courbature, de l'assoupissement et des douleurs à l'épigastre et à l'abdomen.

Mme C... est aujourd'hui en assez bonne santé, bien qu'une

gastralgie, ou plutôt une gastrite résultant de l'action du phosphore sur la muqueuse gastrique, nécessite mes soins. La menstruation a été avancée le mois qui a suivi l'empoisonnement, mais le mois après, elle est redevenue régulière comme avant la tentative.

Mme C... est d'excellente constitution, et je ne doute pas que sa santé, après un traitement assidu, une alimentation et une hygiène appropriées à son état, ne soit bientôt complétement rétablie.

M. le docteur Sorbets a obtenu un succès semblable chez trois personnes ayant mangé la soupe faite accidentellement avec du lard phosphoré, pour servir à détruire des rats. Il lui suffit d'administrer la potion précédente pour conjurer les accidents. (*Gaz. des hôp.*, n° 65.)

Dès 1863, d'ailleurs, M. le docteur A. Andrieux, afin de rendre le phosphore plus soluble, pour son emploi interne contre la tuberculisation pulmonaire, modifiait ainsi la formule de Soubeiran en remplaçant le sirop de gomme par celui d'essence de térébenthine.

| | |
|---|---|
| ℞ Sirop d'essence de térébenthine . . . . . | 60 grammes. |
| Gomme adragante. . . . . | 60 — |
| Éther phosphoré. . . . . | 8 |

Le sirop d'essence de térébenthine remplace avantageusement ici le goudron et les balsamiques, si utiles quand on veut remédier au catarrhe de la membrane muqueuse des bronches, qui accompagne presque toujours la phthisie tuberculeuse. Employé aussi pour combattre ces accidents fâcheux qui, sous la forme de névroses ou de douleurs névralgiques, se présentent si souvent dans les diverses périodes de la phthisie. Enfin, pour aider à la dissolution du phosphore, imparfaitement suspendu dans la potion de Soubeiran, ne se dissimulant pas d'ailleurs le peu d'énergie de l'action dissolvante d'un sirop d'essence, M. Andrieux recommande toujours aux malades d'agiter la fiole avant d'en faire usage.

La découverte toxicologique qui fait tant d'honneur à M. le docteur Andant donne à cette formule un caractère d'actualité et la couvre d'une sorte de *palladium* qui rendra peut-être les médecins moins défiants à l'adopter.

*Capsules d'huile phosphorée.* Pour 40 grammes d'huile d'amandes douces introduits dans un flacon de 60 centimètres cubes de capacité lavé et séché préalablement, M. Schmit ajoute un décigramme de phosphore desséché. Chauffé au bain-marie et le phosphore dissous, il divise ce contenu en 100 capsules gélatineuses contenant chacune 40 centigrammes d'huile et 1 milligramme de phosphore. (*Journ. de pharm. et chim.*, mai.) — Voy. CATARACTE.



**PHOTOPHOBIE.** C'est elle qui détermine, suivant M. Cuignet, dans les cas de taches, nuages, albugos ou leucomes de la cornée, le strabisme convergent que l'on observe si souvent. — Voy. STRABISME.

**PHTHISIE.** ÉTIOLOGIE. Comme preuve que l'air confiné, humide et la mauvaise nourriture ne sont pas des causes absolues de la phthisie, le docteur Leared signale l'immunité bien connue des Islandais, qui vivent sous tous les rapports dans les conditions les plus mauvaises qu'aucun peuple de la terre. On sait, en effet, qu'ils sont logés une grande partie de l'année dans des cahutes de glace sans ouverture, et qu'ils se nourrissent presque exclusivement de poisson fumé.

CONTAGIOSITÉ. En dehors de son importance spéciale, l'inoculation du tubercule aura cet avantage d'avoir rappelé partout l'attention des praticiens sur ce sujet. Énoncée, affirmée plus ou moins catégoriquement selon les temps, les pays, les climats, et les doctrines médicales régnantes, elle en recevra une précision plus rigoureuse. Faisant écho aux expériences et aux idées doctrinales de M. Villemin, on a d'abord cité des faits isolés plus ou moins concluants, puis est venue la formule générale, la loi, dirons-nous, des conditions nécessaires à sa réalisation que, selon son habitude, M. J. Guérin a énoncée, ou plutôt renouvelée solennellement à l'Académie de médecine, dans la séance du 2 juin. Le séjour continu dans le même air, la même chambre, le même lit, les relations intimes, la cohabitation surtout, alors que le phthisique, à la troisième période, établit par l'ouverture des cavernes à l'extérieur, son haleine fétide, ses crachats purulents, ses sueurs, sa diarrhée, une atmosphère empoisonnée, infectieuse, que la contagion se réalise (voy. *année* 1868). C'est, en effet, ce que Laennec, M. Andral avaient dit et ce que M. E. Fournet a exprimé catégoriquement dans son livre, il y a plus d'un quart

de siècle, et ce qui paraît bien acquis aujourd'hui. Encore y a-t-il heureusement de nombreuses exceptions, ce qui donne lieu aux dissidences à cet égard.

M. le docteur Castan a cherché à élucider cette question en France par les témoignages historiques en sa faveur et un certain nombre de faits plus ou moins probants dont trois lui sont propres (*Montpellier méd.*, février). Tout en admettant ce mode de contagiosité ou plutôt d'infection, en vertu de certaines conditions organiques individuelles encore inconnues et indéfinies, on peut affirmer *à priori* qu'elles sont très-rares, car pour un fait à peu près positif, combien de négatifs ! En ne tenant pas compte de ceux-ci non plus que des arguments contradictoires, M. Castan nous semble s'être à tort volontairement écarté de la seule voie qui conduit à la vérité, car elle ne peut apparaître en ces questions obscures, qu'en mettant le pour et le contre en présence.

M. Payne-Cotton, médecin anglais d'une haute autorité spéciale par sa position de médecin, depuis longues années, de l'hôpital des phthisiques de Brompton, le confirmait en démentant cette assertion émise par les docteurs Budd et Eldot : que les infirmières de cet hôpital et les autres employés y résidant contractaient fréquemment la phthisie et y succombaient. « Mes observations et mes rapports publiés en 1867 prouvent le contraire, dit M. Cotton » (*Med. Times*, 6 février). L'encombrement, une ventilation imparfaite, ne suffisent donc pas, et avec les simples précautions d'usage, on ne court aucun risque, même dans ces conditions, à approcher, à soigner ces malheureux, tandis que c'est au contraire dans ces dernières conditions que se réalise et s'observe la contagion ordinaire, comme le démontrent les ravages de l'épidémie de fièvre typhoïde nosocomiale parmi les médecins des hôpitaux de Bruxelles, et ceux du typhus sur les médecins de l'hôpital général de Madrid. Quels meilleurs exemples de ces deux modes de contagion pour en établir la différence ?

*Lésions laryngées.* D'après le docteur Otto Peinz, on peut rencontrer dans le larynx, sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, des lésions très-variées telles que : hypérémie, anémie, inflammation catarrhale ou parenchymateuse, œdème, périchondrite, carie ou nécrose des cartilages, érosions, ulcérations ; il n'a jamais vu de granulations. Les ulcérations laryngées précèdent souvent les granulations pulmonaires et peuvent servir au diagnostic. (*Arch. de méd.*, avril.)



*Morbid conditions of the throat in their relation to pulmonary consumption.* (De l'état pathologique de la gorge en rapport avec la phthisie pulmonaire), par le docteur Scott-Alison, médecin de l'hôpital de Brompton, Londres. Sujet examiné au triple point de vue prémonitoire ou précurseur, symptomatique, et de la simulation de ces maladies avec la tuberculose des poumons.

*Des pigmentations cutanées dans la phthisie pulmonaire*, par le docteur O. Jeannin, 78 pages grand in-8, avec planche ; Paris. C'est le diagnostic différentiel de ce symptôme avec le masque des femmes enceintes étudié par l'auteur (voy. *année* 1868). D'après ses observations cliniques, elles débutent toujours avec une remarquable symétrie des deux côtés du nez, d'où la teinte sombre, légèrement terreuse, plombée, s'étend rapidement aux pommettes et au front. Séparées au début, ces taches se réunissent, se fondent et le masque est alors constitué.

Dans celui des femmes enceintes, les taches sont asymétriques et commencent le plus souvent au front pour s'étendre ensuite aux lèvres et aux ailes du nez.

D'ailleurs, la pigmentation chez les phthisiques se généralise souvent sur diverses régions du corps, les muqueuses exceptées, et peut simuler la maladie bronzée.

En s'observant ordinairement en l'absence d'hémorrhagie, dans la pneumonie caséeuse très-marquée, la dégénérescence de la rate et des ganglions lymphatiques, ces pigmentations sont rapportées par l'auteur à un trouble des fonctions hématopoiétiques, de même qu'il rapporte le masque des femmes enceintes aux troubles de la menstruation. C'est donc là une étude intéressante qui ne manque qu'à être vérifiée et confirmée.

*Eaux-Bonnes.* Pour leur emploi dans l'état fébrile, M. Leudet distingue la fièvre des phthisiques en constitutionnelle, tuberculeuse ou hectique ; fièvre idiosyncrasique, personnelle, et en fièvre inflammatoire comme ayant à ce point de vue des indications toutes contraires. C'est ainsi que la première, si elle

est rémittente, modérée et en rapport avec la lésion pulmonaire, ne contre-indique pas l'usage de ces eaux ni le traitement tonique et reconstituant, car cette médication, en soutenant l'organisme, pourra modifier la lésion et diminuer ou arrêter la fièvre. Mais dès que cette fièvre est violente, continue avec amaigrissement rapide, sueurs et diarrhée, il faut s'abstenir. La prédominance du mal local sur la fièvre ou au moins l'égalité de rapport entre la fièvre et la lésion est donc la condition de l'emploi de ces eaux.

La seconde espèce particulière au malade est toujours une fièvre nerveuse, une névrose de l'appareil circulatoire venant s'ajouter à la fièvre symptomatique et l'aggraver par une grande surexcitation du cœur et des vaisseaux; il y a donc lieu de n'administrer ces eaux qu'avec hésitation et un soin scrupuleux. Parfois elles amènent une décroissance graduelle du mouvement fébrile et de l'excitation. Avec le rétablissement des forces et l'équilibre nerveux, tous les symptômes alarmants s'affaiblissent pour ne laisser que la fièvre symptomatique, inséparable de la lésion; mais c'est le contraire chez d'autres malades et il faut cesser immédiatement l'usage des eaux. Ce qui prouve que dans cette variété, leur indication n'est plus aussi absolue et qu'une expérimentation attentive peut seule guider le médecin à cet égard.

Quant à la fièvre inflammatoire, vive, sans rémission, avec oppression intense, causée par quelque phlegmasie en dehors de la lésion tuberculeuse et la compliquant, elle contre-indique absolument l'usage des Eaux-Bonnes.

Le résumé de cette étude intéressante est de s'abstenir du traitement de la phthisie par les eaux minérales sulfureuses toutes les fois que la fièvre l'emporte sur la lésion locale. (*Ann. d'hydrologie méd.*, t. XV.)

Il y aurait lieu, dit le rapporteur, d'être plus explicite sur la seconde espèce de fièvre et de savoir dans quelles conditions elle se montre, comme aussi de distinguer l'influence de la fièvre thermale dans ces diverses conditions. Voy. PHOSPHORE.

**PHYSIOLOGIE.** *Traité de physiologie appliquée à la médecine et à la chirurgie*, par Liégeois, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. Ouvrage publié en 6 fascicules et 2 volumes. Le premier fascicule contient 101 figures.



*Éléments de physiologie*, par le docteur Hermann, professeur de physiologie à l'Université de Zurich. Ouvrage traduit de l'allemand sur la 2e édition, par M. Roye, revu et annoté par le docteur Onimus. 1 vol. in-8 de 530 pages, avec 62 figures intercalées dans le texte.

*Outlines of physiology, human and comparative* (Éléments de physiologie humaine et comparée), par le professeur J. Marshall, du collége de l'Université de Londres. 1 vol. in-8 de 1026 pages, avec planches. Londres.

**PLACENTA** *Nouvelle cause de rétention.* La difficulté même de pénétrer les causes des maladies et de leurs symptômes produit une foule de suppositions plus ou moins fondées que les auteurs ont trop souvent le tort de donner comme des vérités démontrées. Il suffit de quelques faits insuffisants ou incomplets pour que l'on se croie autorisé à en tirer des conclusions, d'où les nombreuses théories qui encombrent la science. Mais c'est ainsi que, pour progresser, elle est réduite à s'en tenir bien plus à l'induction qu'à la démonstration. M. le docteur Graily-Hewitt, président de la Société obstétricale de Londres, signale ainsi à ce corps savant les adhésions de la partie supérieure de l'utérus avec le péritoine et les parties adjacentes contractées pendant la grossesse comme une cause de rétention du placenta. En tenant la matrice mécaniquement distendue après l'expulsion de l'enfant, ces adhérences s'opposent à sa contraction, au décollement du placenta, et exposent aux hémorrhagies. Telle est du moins la théorie simple et logique de l'auteur; en voici la démonstration :

Un accouchement de jumeaux ayant été suivi de rétention du placenta, avec hémorrhagie abondante, le décollement dut se faire avec la main au fond de l'utérus, qui se trouvait fort élevé. La mort survint le septième jour par faiblesse — *exhaustion* — et l'autopsie montra des adhérences fermes, épaisses, déchirées au sommet et en arrière de l'utérus, d'un aspect tout chagriné. Ces déchirures, d'une certaine longueur, flottaient librement comme des franges, d'où cette conclusion qu'elles résultaient d'adhérences rompues par la descente de l'utérus.

Avec le secours de quelques analogies, on arrive ainsi à un semblant de démonstration; mais l'objection de savoir si ces adhérences ne résultent pas d'une péritonite ou d'une pelvi-

cellulitis, comme disent les Anglais, reste entière. Fussent-elles antérieures à l'accouchement, c'est encore une question de savoir si elles peuvent empêcher les contractions utérines. La plupart des auditeurs de cette communication avec exhibition de pièces anatomiques ne l'ont pas admis. Jusqu'à preuves contraires, il est donc permis de regarder cette cause comme une simple hypothèse sur laquelle l'attention devra être fixée à l'avenir.

*Action de l'électricité sur son décollement.* En constatant par de nouvelles expériences l'action de l'électricité sur les contractions utérines, M. de Saint-Germain a observé dans tous les cas, — ce qui n'a pas été signalé par Barnes ni Radford, — l'expulsion immédiate du placenta après celle de l'enfant, soit qu'il ait été projeté spontanément hors de la vulve aussitôt après l'issue de l'enfant, soit qu'il ait été trouvé dans le vagin et attiré sans traction. (*Soc. de chir.*, octobre.)

On se demande si cette action de l'électricité ne peut pas être préjudiciable au fœtus lorsque par suite d'un obstacle mécanique à son expulsion immédiate, comme le volume excessif de la tête, la tension, la rigidité des parties molles chez les primipares ou toute autre, elle est retardée d'une ou plusieurs heures. Évidemment ce moyen ne doit être mis en usage que contre l'inertie utérine.

**PLAIES. Plaies du cœur et du péricarde.** De l'analyse de 452 observations, M. le docteur Fischer en a trouvé

44 par instruments piquants,
260 id. et tranchants,
72 par armes à feu,
7 par écrasement,
69 par rupture du cœur ;

Les résultats ont été de 104 morts immédiates,
219 morts consécutives,
72 guérisons,
57 suites inconnues.

Les guérisons se rapportent à 50 cas de plaies du cœur et 22 à celles du péricarde. Et la réalité en a été vérifiée 36 fois par l'autopsie consécutive. (*Arch. f. klin. Chirurgie.*)

*Acide thymique.* Des expériences comparatives de M. Giraldès, à l'hôpital des Enfants avec ce nouvel acide (voy. *année* 1868) et l'acide phénique dans le pansement des plaies, il résulte que la solution suivante s'est montrée préférable :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Acide thymique. . . . . | 2 à 4 | grammes. |
| Alcool. . . . . | 100 | — |
| Eau. . . . . | 900 | — |

Mêlez.

*Réunion.* Voy. LIPOMES.

*Des diverses méthodes de traitement des plaies* ; Thèse d'agrégation par M. Dubreuil, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.



**PLEURÉSIE.** *Courbes de Damoiseau.* Résultat de la matité produite par l'épanchement. Cette découverte, qui depuis 1843 était restée une simple curiosité de séméiotique assez stérile, est utilisée par M. Peter pour le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'épanchement. La courbe de cette matité étant de l'ordre des sections coniques, comme si l'on faisait passer obliquement un plan sécant à travers la cavité du thorax, on conçoit qu'elle doit se modifier par le changement de position du malade, suivant la nature ou la fluidité du sérum, et il prend aussitôt une ligne de niveau horizontale comme de l'eau dans un verre ; mais s'il est fibrineux, comme dans la pleurésie très-aiguë, son peu d'abondance uni à son adhérence aux parois, son épaisseur ne lui permettra que de suivre lentement les lois de la pesanteur pour se réunir, pour se rassembler dans la partie la plus déclive de la cavité pleurale, et dès lors, la matité sera oblique à l'axe du cône thoracique et le plan qui passerait par cette ligne de matité donnerait une ligne d'intersection de forme à peu près parabolique.

Si l'épanchement est scrofuleux tout en se ramassant plus rapidement à la partie la plus déclive, il laissera sur les parois où il stagnait auparavant, comme une eau qui se retire, une épaisse couche de limon sur les points qu'elle abandonne, de manière à donner une sub-matité superficielle due à la présence de la matière fibreuse restée collée aux parois de la poitrine, contrairement à la matité profonde et absolue de la base causée par la sérosité. Et ces deux matités réunies seront limitées par une ligne courbe à sa partie supérieure, et horizontale inférieurement.

Il est facile de comprendre dès lors comment ces signes unis à l'intensité et la marche de l'inflammation permettent de diagnostiquer à peu près sûrement la nature de l'épanchement, de prévoir sa résorption plus ou moins facile et prompte, et d'y opposer avec plus de certitude les moyens de traitement appropriés. Les épanchements chroniques, la nécessité de la thoracentèse, sont à craindre dans le premier, jamais dans le second ni le troisième, dont la résorption est en général facile et prompte. (*Gaz. des hôp.*, n° 4.)

En cas d'épanchement considérable, si la thoracentèse n'est pas pratiquée, des fausses membranes épaisses peuvent, selon M. Moutard-Martin, former autour du poumon une coque résistante qui l'empêche ultérieurement de revenir à son état normal. C'est ainsi que pour un malade atteint de pleurésie double, les moyens ordinaires ayant triomphé à peu près de l'épanchement double, la guérison ne fut pas franche, et quelques mois après, il fut rappelé et constata de nouveau un double épanchement considérable accompagné d'un état général grave. Une ponction pratiquée d'un côté ne donna que 500 grammes de liquide, et les accidents augmentèrent néanmoins au point que le malade succomba. Les deux poumons étaient étreints dans une de ces coques pseudo-membraneuses des deux côtés et n'avaient pu recouvrer leurs fonctions après la ponction. S'il est exceptionnel de voir les deux poumons ainsi compromis, il est fréquent, au contraire, d'en trouver un seul. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre 1868.)

*Collodion.* Chez un convalescent de fièvre typhoïde d'une quarantaine d'années, une pleurésie droite des plus aiguës s'étant déclarée subitement, M. le docteur Robert de Latour n'hésita pas à l'employer suivant sa méthode. Couvrant tout le côté atteint, de l'aisselle au flanc, de la clavicule à l'épigastre en avant et aux lombes en arrière, il en résulta un effet sensible. L'oppression, la dyspnée étaient si considérables que le malade ne pouvait boire ni avaler que par cuillerées; l'asphyxie était menaçante. Trois heures après l'application, il vidait une pleine tasse de tisane d'un trait, la respiration était plus libre et dix jours après, il était guéri. (*Union méd.*, n° 26.)

Il y a là un effet magique comme il n'est pas fréquent d'en observer en médecine, et qui accuse une action peu commune et très-précieuse du collodion élastique pour combattre l'inflammation des grandes membranes séreuses.



*Injections calmantes.* Contre la douleur ou point de côté, M. le docteur Hamon injecta avec succès sept gouttes de la solution titrée de chlorhydrate de morphine, et l'extrême dyspnée résultant de cette douleur et qui menaçait la vie se dissipa bientôt.

Un sinapisme *loco dolenti*, suivi d'embrocations de teinture d'opium ou de belladone, comme l'a fait M. Besnier (voy. Douleur, 1868), nous semble devoir être tenté d'abord comme plus simple et moins dangereux que les injections hypodermiques qui n'auraient leur indication qu'en cas d'insuccès.

*De la pleurésie purulente.* Thèse présentée au concours pour l'agrégation, par le docteur Damaschino. Un vol. gr. in-8° de 174 pages. Librairie *Germer Baillière.* Monographie complète et très-bien faite. Toutes conditions différentes où la pleurésie purulente se développe dans l'état sain et dans l'état pathologique y sont indiquées. L'anatomie pathologique y tient une place étendue à l'exclusion du microscope. Le diagnostic différentiel présente pourtant quelques lacunes. Mais le traitement médical et chirurgical y est indiqué avec soin, quoique écourté, pour certains agents et quelques médications. En résumé, c'est un bon mémento à consulter.

**PNEUMONIE. Pneumonie ataxique.** *Bromure de potassium.* Chez un maçon de trente-neuf ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 30 décembre 1868, avec de la fièvre et du délire, oppression, souffle intense dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, matité correspondante, M. Calloch prescrit 4 grammes de bromure qui est continué jusqu'au 3 janvier et porté graduellement à 8 grammes, attendu la persistance de l'agitation. Mais ce jour même et sans autre traitement, le calme est absolu et le lendemain, la guérison est assurée par les signes de la résolution de l'hépatisation pulmonaire (*Journ. de méd. de l'Ouest*, janvier). Est-ce là un effet du médicament ou un effet naturel? Plusieurs faits semblables pourront seuls élucider cette question.

**Pneumonie infantile.** *Causes des accidents cérébraux.*

Outre la prédisposition constitutionnelle et héréditaire des petits enfants aux accidents cérébraux, dans le cours des phlegmasies parenchymateuses des fièvres essentielles, et exanthématiques, surtout lorsque la dentition coïncide, comme MM. Rilliet et Barthez l'ont signalé, le professeur Steiner, de Prague, y ajoute l'élévation de la température animale comme pouvant provoquer l'hypérémie cérébrale. Il s'agit donc de constater le degré de température dans les cas de diagnostic difficile, embarrassants pour distinguer si elle peut être une cause d'irritation cérébrale par son élévation. L'agitation et le collapsus, les convulsions, alternent aussi avec les variations de la température qui, de 40 degrés, peut descendre jusqu'à 38 et 37.

Les troubles circulatoires déterminés par la phlegmasie du parenchyme pulmonaire peuvent aussi être une cause d'hypérémie consécutive des méninges et du cerveau, de même qu'on les voit se manifester par de grandes plaques d'un rouge écarlate sur la peau, et que l'hypérémie du rein se traduit par des urines albumineuses. (*Journ. centr. de méd. de Berlin* et *Union méd.*, nos 135 et 142.)

**POLYPES. Polypes du nez.** *Arrachement par la bouche.* Chez une femme de vingt-cinq ans, M. Bonnes constata dans la narine droite une excroissance située à environ 3 centimètres de profondeur; refoulement du voile du palais en bas et apparition comme un pois de l'extrémité libre du polype pendant l'expiration. Le toucher le trouva implanté à la base du crâne par un pédicule facilement circonscrit. Il arma dès lors son doigt d'un dé à coudre sur lequel il fit ajouter un ongle en acier; mais le tact était ainsi aboli. Un anneau métallique, exécuté par MM. Robert et Collin, remplaça le dé et dès lors le voile du palais étant relevé, le polype fut ainsi arraché et le pédicule déraciné avec ce modeste et simple instrument. La tumeur fut extraite de la bouche avec une pince courbe. Six jours après on rugina de nouveau avec l'ongle métallique la surface basilaire. C'était un polype mixte à quatre branches, pesant 18 grammes, de 3 centimètres de large sur 7 de haut et 2 d'implantation. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Ce procédé se rapproche de celui employé par M. A. Guérin (voy. *année* 1865), avec cette modification nouvelle de l'anneau avec ongle métallique qui, dans les conditions de délimitation exacte du pédicule, peut servir à la détruire par



usure, sinon l'énucléer. Ce sont là des cas très-rares et malheureusement exceptionnels.

**Polype naso-pharyngien.** *Excision par le déplacement du maxillaire.* Sans être absolument nouveau, puisque l'on trouve des exemples similaires dans le *Rapport sur les progrès de la chirurgie*, publié en 1867 et dans l'*Annuaire de Sydenham pour* 1862, le fait suivant est une nouvelle preuve que l'affreuse mutilation de la résection du maxillaire inférieur n'est pas toujours indispensable à l'extirpation radicale des polypes fibreux naso-pharyngiens. Il s'agissait d'un polype faisant une saillie considérable dans la narine droite et remontant à quatre années. Visible par le nez et par la bouche, il était dur et ferme au toucher, non saignant et ne causait pas de surdité.

Par une incision verticale de la racine du nez à la lèvre supérieure, faite le 14 septembre, le docteur Waterman mit le maxillaire à nu, qu'il scia juste au-dessous du plancher de l'orbite, de son bord externe à la fosse nasale. La membrane muqueuse étant détachée, la suture intermaxillaire fut séparée avec une pince; puis, un ciseau étant introduit dans le trait de scie, on déprima le fragment inférieur en le fracturant postérieurement à son union avec les os palatins, et sans autre lésion, la racine du polype fut aisément atteinte. La tumeur, composée de plusieurs lobules, fut enlevée du sphénoïde, dont elle pénétrait les cellules, et ses points d'attache soigneusement cautérisés avec la solution de persulfate de fer de Squibb. Aucune ligature ne fut nécessaire. Les fragments du maxillaire furent remis en contact, assujettis par un fil d'argent fixé sur les incisives, de chaque côté de la section, et un bouchon étant placé entre les molaires, un bandage solide mit les deux maxillaires en rapport, de manière que l'inférieur serve de soutien au supérieur.

Neuf jours après, l'opéré sortait, et, malgré un érysipèle qui survint le onzième jour et qui le remit au lit pendant une quinzaine, la réunion, la soudure du maxillaire n'en fut que retardée. La ligature fut enlevée le 18 octobre, et, dix jours après, l'opéré quittait l'hôpital sur sa demande, mâchant la viande du côté opéré. (*Boston med. and surg. Journal*, 8 avril.)

**Polypes laryngiens.** *Laryngotomie thyroïdienne restreinte.* Modifiant encore la laryngotomie thyréo-thyroïdienne, vantée

et exécutée par Follin, et qui était elle-même un perfectionnement de la laryngo-trachéotomie (voy. *année* 1866), M. le docteur Krishaber a diminué les dangers de cette opération en en restreignant le traumatisme. Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, atteint depuis huit ans de gêne à la gorge et d'une toux continuelle, prenant très-souvent le caractère d'accès convulsifs. Voix rauque, parole entrecoupée, respiration bruyante. L'examen laryngoscopique montre un polype isolé situé au niveau de l'attache antérieure des vraies cordes vocales, de façon à recouvrir une partie du ruban vocal du côté droit, et implanté dans le ventricule de Morgagni par un pédicule qui, à en juger par le peu de mobilité de la tumeur, doit être court. Couleur d'un gris sale ici, blanche ailleurs. Contours irréguliers; consistance compacte.

Des tentatives de destruction sur place ayant été vaines, le chirurgien recourut à l'excision directe le 9 février 1869, de la manière suivante :

Incision de la peau, allant du corps de l'os hyoïde au bord inférieur du cartilage cricoïde; section médiane du cartilage thyroïde, qui exige, pour le tiers inférieur ossifié, l'emploi de fortes cisailles et s'achève heureusement sans lésion des cordes vocales; les membranes crico-thyroïdiennes et thyro-hyoïdienne sont respectées.

Le larynx ainsi ouvert, le malade est mis sur son séant. Tandis que l'un des aides écarte les bords de la plaie au moyen de deux crochets mousses et que l'autre tient une lampe derrière l'opérateur, de façon à projeter un faisceau de lumière dans la cavité du larynx, à travers l'ouverture dont l'étendue est seulement de 4 millimètres, M. Krishaber introduit rapidement dans l'intérieur du ventricule droit une petite pince et de petits ciseaux courbes, et parvient à couper le pédicule du polype exactement à son point d'implantation. Il fallut forcer le passage pour faire sortir la tumeur.

A l'instant même, la respiration devint normale, et la toux cessa complétement, l'opéré parla et chanta comme si le larynx était à l'état normal, preuve que les cordes vocales n'avaient pas été atteintes.

La réunion de la plaie s'effectua peu à peu et la cicatrisation était parfaite au trente-cinquième jour. Le 23 mars, l'opéré était parfaitement guéri sans la moindre trace de l'altération de sa voix ni du polype qui l'avait tant troublée, comme sa présentation à la Société de chirurgie et un examen laryngoscopique l'ont mis hors de doute.



D'où cette conclusion que la section en masse de tout le corps du larynx, membranes et cartilages, doit être rejetée, et qu'il suffit, après avoir constaté le siége de la tumeur, d'ouvrir le larynx sur ce siége même, sans que l'ossification du cartilage thyroïde empêche l'ouverture nécessaire ni la réunion ultérieure. (*Soc. de chir.*, août et *Union méd.*, n° 103.)

**PRIX.** L'extension sans cesse croissante partout de ce mode d'encouragement et de récompense donné à l'émulation, au zèle des travailleurs du monde entier, met de plus en plus en question la meilleure manière de les instituer pour en obtenir tout l'effet désirable aux progrès de la science. En présence du rejet, ou plutôt de l'insuccès de nombreux mémoires envoyés chaque année aux Académies et Sociétés de médecine en réponse à des questions fixes et déterminées d'avance, la presse périodique a souvent émis l'avis de laisser le choix de ces travaux à la spontanéité des concurrents. Déjà plusieurs Sociétés savantes ont adopté ce dernier principe sans avoir lieu de s'en départir. Outre que cette voie est noble et en rapport avec les vrais progrès de la science, en laissant à chacun sa liberté, sa spontanéité, son initiative et son originalité, tandis que l'autre a quelque chose de servile, de mercenaire, et ne peut donner lieu, sauf de rares exceptions, qu'à des compilations plus ou moins complètes et critiques sur le sujet en question, elle peut encore mieux éclairer sur les tendances, les dispositions de l'esprit médical.

C'est l'opinion à laquelle s'est justement ralliée la Société de médecine de Strasbourg, consultée par le ministre de l'instruction publique sur la fondation d'un prix annuel de 1000 fr. institué par décret du 31 mars, dans chaque ressort académique de l'Empire pour être décerné au travail manuscrit ou imprimé jugé le meilleur sur l'histoire politique ou littéraire, archéologie ou science intéressant les départements du ressort. L'expérience, dit-elle, a depuis longtemps démontré la supériorité des travaux spontanément produits sur les différentes branches des connaissances humaines et l'infériorité relative des œuvres composées sur des sujets choisis et déterminés. Elle propose de laisser la commission des prix rechercher et couronner les travaux qui lui paraîtraient mériter le mieux cet honneur; dis-

position qui permettrait de récompenser des auteurs modestes et désintéressés dont les travaux, modèles d'investigation consciencieuse ou de talent et de savante originalité, offrent souvent la plus grande valeur.

Elle pense également qu'une somme de 1000 francs n'est pas en rapport avec la nature et les difficultés des travaux à couronner, ni avec la situation des hommes capables d'y prendre part. Elle émet donc l'avis qu'au lieu de multiplier les prix, il serait plus avantageux d'en diminuer le nombre et d'en augmenter la valeur en réunissant plusieurs ressorts universitaires. Ils seraient ainsi un encouragement glorieux par la notoriété et les avantages qui y seraient attachés et dignes du gouvernement et des fondateurs (*Gaz. méd. de Strasb.*, n° 3). Si cet avis motivé pouvait prévaloir dans les régions officielles, une réforme salutaire ne tarderait pas à s'ensuivre dans les fondations de prix.

Quant à ce prix académique, les résidents du département de la Seine seuls sont exclus du concours.

Un prix de 3000 francs sera décerné en outre, chaque année, par le comité des travaux historiques et des Sociétés savantes, à celui de tous ces ouvrages couronnés qui sera jugé le meilleur.

Le prix de 1869 s'appliquera à un travail d'histoire; d'archéologie en 1870, et à une question de science en 1871.

JOURNAUX.

**Imparziale**, de Florence. 100 francs de récompense à celui de ses abonnés qui lui enverra le meilleur travail inédit ainsi jugé par son comité de rédaction, en excluant seulement du concours le rédacteur en chef et ses collaborateurs.

Adresser au directeur *Via Pietra plana* n° 10, *Pian terreno; Firenze.*

**American journal of obstetrics**, de New-York. Recueil trimestriel d'obstétrique, maladies des femmes et des enfants.

Pour 1870 : I. Anatomie pathologique du placenta.

II. Difformités congénitales et maladies dépendant des altérations de l'utérus ou des membranes de l'amnios.

Une somme de 100 dollars, soit 515 francs au change de Paris, sera accordée aux auteurs des meilleurs mémoires sur ces sujets, mémoires manuscrits en français, en allemand ou en anglais, et envoyés avant le 15 mars 1870 à MM. Townsend et Adams. *Brome-street*, 434.



ACADÉMIE DES SCIENCES.

**Prix Serres**, pour 1872. L'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine, 7500 fr. Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er janvier 1872. (V. NÉCROLOGIE : *Lacaze.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Pour 1871 :

**Prix Portal**. Devant l'absence de concurrents depuis deux ans sur ce prix dont le sujet, d'après la volonté expresse du testateur, doit être un sujet d'anatomie pathologique, l'Académie a résolu, sur le rapport de M. Vigla et par son vote approbatif du 9 novembre, de ne plus formuler de questions à l'avenir et d'en laisser le choix aux compétiteurs. C'est le commencement d'exécution d'une mesure depuis longtemps réclamée par la presse de laisser autant que possible aux travailleurs l'initiative et la spontanéité de leurs études et de leurs recherches. A l'avenir, tout travail manuscrit sur cet élément de la science, l'anatomie pathologique, pourra donc concourir à ce prix.

**Prix de l'Académie :** De l'ictère grave.

**Prix Lefèvre :** Faire l'histoire de la mélancolie désignée ordinairement sous le nom de Nostalgie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

**Prix Godard.** 1870. Le meilleur mémoire manuscrit ou imprimé sur un sujet au choix se rattachant à la biologie et envoyé avant le 1er septembre 1870, 500 francs. Le dernier a été accordé à M. Ledentu pour ses *Recherches anatomiques et ses considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe.*

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE DE LYON.

Désirant encourager les mères à nourrir leurs enfants, cette Société décernera dans sa séance publique de 1870 un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « De l'influence de l'allaitement sur le physique et le moral de la mère. Des accidents et des maladies qui peuvent survenir lorsque les mères ne remplissent pas cette fonction. » La Société désire que les mémoires, traités d'une manière scientifique, soient cependant écrits avec clarté et simplicité, de telle sorte qu'ils puissent s'adresser aux gens du monde aussi bien qu'aux médecins. Les mémoires devront être adressés, selon les formes académiques et franco, avant le 1er décembre 1869, à M. le docteur Fonteret, rue des Célestins, 2.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Pour 1870 : De la carie et de son traitement. Médaille d'or de 300 francs. Adresser les mémoires à M. le docteur Dubreuilh, rue Saint-Victor, 1, jusqu'au 31 août 1870.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE.

Pour 1871 : Les dermatoses dans leurs rapports avec les maladies de l'appareil respiratoire. 300 francs de récompense. Envoi des mémoires dans les formes académiques avant le 1er janvier 1871.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

**Prix Stoltz.** Mémoire manuscrit inédit contenant le fruit de recherches, d'expériences ou d'observations personnelles, sur un sujet au choix, des sciences médicales.

Les élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg sont seuls admis à concourir jusqu'au 15 janvier 1870.

300 francs décernés à la séance solennelle de la Société.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE.

*Des bains de mer de l'Océan et de la Méditerranée*, au double point de vue de la balnéation et du climat.



*Des maladies du sternum chez les vieillards.*

*De l'analyse organique végétale* de trois végétaux au moins, jouant un rôle important en thérapeutique, avec la description *des nouveaux procédés analytiques simples et sûrs qui auront été employés.*

Les mémoires, écrits en français, devront être parvenus rue de l'Arbre, 25, avant le 1er mars 1870, terme de rigueur, et des médailles d'or seront décernées aux auteurs des meilleurs mémoires dans la séance annuelle d'avril 1870.

CONSEIL DE MÉDECINE DE SAINT-PÉTERSBOURG.

**Prix de vaccine.** En commémoration de l'introduction de l'inoculation variolique en Russie par Catherine II, le 12 octobre 1768, le gouvernement russe a institué exceptionnellement un prix de 3000 roubles (environ 10 000 francs), pour le mémoire qui traitera des meilleurs moyens de prévenir le retour des épidémies de la petite vérole et de la mortalité qui en résulte, et donnera en même temps un aperçu des différentes méthodes d'inoculation préventive avec un examen critique de leur efficacité, suivant un programme très précis qu'il a édicté.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés dans toutes les langues européennes ou en latin, seront admis jusqu'au 1er janvier 1871 et le prix décerné le 12 octobre suivant. Les manuscrits seuls sont soumis aux formes académiques. Tous resteront la propriété des auteurs, sauf l'impression en langue russe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE MADRID.

I. Signaler les différences fondamentales entre les maladies diathésiques et les discrasies.

II. Applications de la chimie organique actuelle à la physiologie et à la thérapeutique.

III. Étude critique des théories émises sur la génération des éléments anatomiques.

Ce sont les seules, entre plusieurs autres questions afférentes exclusivement aux nationaux, qui puissent être traitées par des étrangers ; encore faut-il que les mémoires soient écrits en espagnol ou en latin, et envoyés dans les formes académiques et

*franco* au secrétariat de l'Académie, rue des Cedaceros, n° 13, avant le 1er septembre 1870.

Une somme de 3000 réaux avec une médaille d'or ou un accessit avec médaille d'argent et le titre de correspondant sont les récompenses promises aux lauréats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN.

**Prix Riberi** de 20 000 fr. Tous les ouvrages publiés de 1868 à 1870 ou manuscrits traitant de quelque amélioration ou quelque innovation dans l'art de guérir, peuvent y concourir et être envoyés à cet effet jusqu'au 31 décembre 1870 au secrétariat de l'Académie.

INSTITUT LOMBARD.

**Fondation Cagnola :** En 1870 : *Traitement de la pellagre.* Tout ouvrage manuscrit ou imprimé constatant une découverte depuis 1860 aura droit à ce prix.

En 1871: *Des substances toxiques et explosibles provenant de la tourbe et des moyens de s'en prémunir.*

En 1872 : *Preuves démonstratives ou Réfutation de l'efficacité des sulfites et hyposulfites dans les fièvres intermittentes paludéennes.*

Ces prix d'une valeur de 1500 francs et une médaille de 500 francs, seront accordés aux mémoires écrits en italien, français ou latin, décernés dans l'année suivante.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE BRUXELLES.

I. Discuter les diverses théories relatives à l'inflammation en se basant sur l'observation des faits cliniques et sur les expériences les plus récentes des physiologistes. Contrôler ou réfuter celles-ci par des recherches nouvelles.

II. Histoire complète de la fermentation putride des matières animales. Exposer la nature des émanations qu'elle produit et spécialement des miasmes. Discuter la valeur des divers antiseptiques proposés pour empêcher l'altération des matières organiques d'origine animale. Une médaille d'or de la valeur de 200 francs et le titre de membre correspondant seront la récompense.



III et IV. Deux autres questions sont laissées au choix des concurrents sur un sujet de médecine, chirurgie, obstétrique, hygiène ou médecine légale, dont la récompense de 100 à 300 francs variera suivant l'importance du sujet.

**Prix Dieudonné.** I. Du taxis permanent progressif considéré comme moyen curateur des étranglements herniaires. Établir ses indications en les déduisant de l'étude anatomo-pathologique et étiologique des étranglements, et en se basant sur une discussion raisonnée des autres modes de traitement.

II. Faire l'étude des différents liquides tant pathologiques que physiologiques de l'économie dans la syphilis, au point de vue microscopique, physique et chimique. Établir leurs propriétés en tant qu'ils sont ou ne sont pas contagieux. Médaille d'or de 200 francs.

Les mémoires, écrits lisiblement en français, devront être parvenus avant le 1er juillet 1870 à M. le docteur van den Corput, 10, avenue de la Toison-d'Or, à Bruxelles.

Tout travail couronné sera imprimé dans le *Journal* de la Société et l'auteur aura droit à 50 exemplaires.

**PROLAPSUS UTÉRIN.** L'insuffisance des instruments mécaniques étant démontrée, dans bon nombre de cas, pour la contention du prolapsus utérin, divers moyens chirurgicaux ont été essayés pour y suppléer en retrécissant la circonférence du canal vulvaire, et guérir ainsi définitivement les pauvres femmes atteintes de cette infirmité. A cet effet, les uns ont étreint la muqueuse entre les mors de pinces spéciales, comme M. Delore, de Lyon ; d'autres ont appliqué des traînées de feu ou de caustique, et enfin Velpeau réséquait des languettes de la muqueuse et réunissait ensuite par la ligature les bords de la plaie. C'est une modification de ce dernier procédé déjà employé plusieurs fois par M. Lane, que M. Norton a appliquée avec succès à l'hôpital Sainte-Marie de Londres sur une porteuse de lait atteinte depuis dix-sept ans d'un prolapsus utérin si prononcé qu'elle ne pouvait plus travailler. Des lambeaux elliptiques de 3 pouces 1/2 de long sur 2 de large furent réséqués de la muqueuse de la paroi vésico-vaginale, et les bords de cette plaie réunis par dix points de suture métallique. Dès que celles-ci furent tombées et la réunion obtenue, c'est-à-dire quatorze jours après, M. Norton réséqua par une incision en fer à cheval plus d'un

1/2 pouce de muqueuse des parois postérieure et latérale du vagin comprenant les bords cutanés de la fourchette. Les surfaces dénudées furent ensuite rapprochées comme dans la rupture du périnée et fixées par des sutures métalliques entortillées. D'autres sutures plus profondes assujettirent les lèvres saillantes de la plaie. Enlevées après quarante-huit heures, les premières donnent lieu à quelques gouttes de pus et un léger engorgement avec induration des tissus compromis qui disparaissent bientôt, et à la chute des secondes, le septième jour, la guérison était complète, tellement qu'elle se maintient depuis plus de dix-huit mois qu'elle a été obtenue. (*Lancet*, 23 janvier.)

Il y aurait donc lieu de revenir sur ce procédé trop oublié en raison de l'hémorrhagie qui est à craindre, mais dont il n'est pas parlé dans ce cas. Prévenir cette complication, ce serait résoudre le problème de la curation du prolapsus utérin.

**PROSTITUTION.** *Contagious act.* Les Anglais ont enfin tracé quelques limites par la loi de 1866 à cette plaie sociale que, par respect pour la liberté individuelle qui leur est si chère, ils avaient laissée jusqu'ici à peu près en pleine liberté. Le mal considérable de cet état de choses, surtout quant à l'armée, a triomphé des scrupules du caractère national. Déjà cette loi a porté ses fruits et l'on a pu observer une notable diminution des maladies vénériennes parmi les militaires dans les villes où elle est mise à exécution avec les places où elle ne s'étend pas encore. Aussi l'extension en est-elle réclamée par toutes les principales villes, comme mesure d'hygiène contre un véritable fléau. Toutefois la distance de cinq *milles* que les prostituées ne doivent pas franchir des places militaires et maritimes a été reconnue insuffisante, et une distance triple a été signalée comme nécessaire à une répression efficace par la commission permanente instituée à ce sujet.

**PRURIGO.** *Bromure d'ammonium.* Après l'usage infructueux de divers moyens internes et externes, le docteur Purdon a obtenu la guérison dans 3 cas dont il rapporte les observations : une femme et deux hommes, par l'usage de 50 centigrammes 3 fois par jour de cet agent, qu'il a doublé graduellement. Pour traitement externe, il conseilla simplement la glycérine boratée. (*Lyon méd.*, n° 2.)



**PSEUDARTHROSE.** *Marche et exercice.* Au lieu des pointes métalliques ou en ivoire et la suture métallique qui, comme des perfectionnements du moyen âge, ont été vantées dans ces dernières années comme le *nec plus ultra*, M. le docteur Mignot a usé de la marche et de l'exercice en en démontrant l'indication rationnelle par la guérison même du malade.

C'était un domestique de vingt-six ans, vigoureusement constitué, qui, en tombant de cheval le 23 septembre 1866, se fractura transversalement le fémur droit, à 2 pouces environ des condyles. Transporté à l'hôpital de Chantelle, il subit la réduction et l'application d'un appareil de Scultet, sans qu'il y eût douleur ni fièvre, ni réaction sensible les jours suivants; sommeil et appétit au contraire. Malgré un déplacement et la réduction consécutive, il n'y avait pas de consolidation le soixantième jour, mais une petite plaie blafarde correspondant à l'extrémité du fragment supérieur. Le docteur Camus, appelé en consultation sur la demande du blessé, croyant à un chevauchement, rompit les faibles adhérences, et, mettant exactement les fragments bout à bout, appliqua un nouvel appareil qui n'eut pas plus de succès que le premier, malgré une contention très-exacte, tellement que la mobilité était la même le 22 janvier 1867.

Cependant l'état général du blessé était des meilleurs, sauf un grand découragement. Il y avait sommeil et appétit; figure vermeille, bouffie même à force d'embonpoint; mais la jambe était très-infiltrée, comme affectée d'éléphantiasis, violacée; un pus séreux, sanguinolent, suintait de la plaie avec sensibilité très-vive du membre, surtout au niveau de la fracture.

Attribuant ces accidents à une contention trop étroite, M. Mignot voulut dès lors essayer de modifier la vitalité de tous ces tissus engorgés par une congestion plutôt passive que plastique en débarrassant le membre des liens qui l'emprisonnaient, lorsque le blessé se fit transporter le 14 juin à l'hôpital de Montmarault sous la direction de M. Camus. Aucune amélioration ne survenant, il entra au mois de septembre à l'Hôtel-Dieu de Clermont, dans le service clinique de M. le professeur Fleury.

Les divers essais tentés là, notamment l'application d'un séton entre les fragments, n'eurent pas plus de succès qu'ailleurs. La situation allait plutôt en s'aggravant, et, l'amputa-

tion paraissant la seule ressource, le blessé fut renvoyé dans sa campagne, le 1er janvier 1868, pour s'y préparer. Il était constamment étendu sur son lit, incapable de soulever la cuisse du plan horizontal; le membre, très-engorgé, restait étendu par une ankylose du genou et de la hanche. Deux plaies existaient, donnant un pus séro-sanguinolent, ce qui n'empêchait pas l'appétit, et il est à noter que la femme de ce jeune homme devint enceinte pendant son séjour près d'elle jusqu'au mois de mai 1868.

C'est alors qu'il rentra à l'hôpital de Chantelle bien décidé à se soumettre à tout pour éviter l'amputation qu'il avait en perspective. Par un nouvel examen, M. Mignot constata que, malgré une certaine mobilité, les fragments ne s'écartaient pas beaucoup. Exciter leur adhésion était donc l'indication principale. Liens et bandages furent supprimés, et, comme moyen d'irriter les fragments par le frottement des extrémités, l'essai de la marche fut tenté. Un simple bracelet de coutil fut fixé autour de la fracture et, soutenu sous les épaules par deux hommes robustes, le blessé mit les pieds à terre pour la première fois depuis vingt mois. Le sang descendit avec violence dans la jambe, qui devint bleuâtre et comme cyanosée; il y eut des étourdissements et des vertiges, et, après une dizaine de pas, il fallut le remettre au lit; mais on continua néanmoins les mêmes exercices le lendemain et les jours suivants, avec une amélioration telle que, au bout d'un mois, les plaies étaient cicatrisées, l'infiltration disparut et de la tuméfaction se manifesta aux extrémités des fragments. Elle augmenta de consistance et d'étendue, et, au mois d'août, elle avait la solidité et l'apparence d'un cal osseux. Appuyé sur deux béquilles, le blessé faisait sa promenade régulière dans la salle sans pouvoir lever encore le membre horizontalement. Ce n'est que, au mois de novembre, qu'il put faire cet effort, et, dès lors, la réunion fut complète. Les ankyloses seules persistaient, bien que les mouvements s'améliorassent un peu. Enfin, au mois de janvier dernier, la fracture était complétement consolidée, avec un léger raccourcissement, et Jarjaguet pouvait se promener, monter et descendre avec l'aide d'une béquille, et même bêcher. La rigidité seule des articulations s'opposait encore à ce qu'il reprît son travail. (*Gaz. hebd.*, n° 37.)

Ces détails excluent tout commentaire; nos lecteurs y suppléeront facilement et prendront enseignement de ce fait remarquable pour imiter, en pareil cas, le clinicien sagace qui a su mettre en évidence l'utilité d'un moyen aussi simple que rationnel.



Ce n'est d'ailleurs pas le seul fait de ce genre que la science ait enregistré. M. le docteur Sirus Pirondi, de Marseille, de 1857 à 1868, a eu 7 fois l'occasion d'appliquer ce mode de traitement au moyen d'un bracelet-cuissard armé de quatre tiges en acier pouvant se lacer comme une guêtre, et embrasser la cuisse dans une étendue suffisante pour suppléer autant que possible à la solidité de l'os non consolidé. C'est un appareil amovo-inamovible circonscrit, limité et laissant au blessé la faculté de le serrer plus ou moins, selon qu'il est debout ou couché. Voici le résumé des deux cas qu'il relate :

I. Le matelot breton Durand, quarante ans, n'ayant jamais été malade, se fracture le fémur gauche à son tiers supérieur, et ce n'est que quatre jours après qu'il entre à l'hôpital des Martigues, où un appareil est appliqué. Nulle trace de consolidation quarante jours après, et, malgré de nouveaux essais, l'état est le même après quatre mois. A son admission à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 11 mai 1857, M. Sirus Pirondi irrite les bouts osseux par le frottement et applique un appareil amidonné. Les toniques et le phosphate de chaux sont administrés concurremment et la consolidation paraît se faire lentement. Mais un craquement accidentel remet tout en question, et c'est alors que le chirurgien, voyant l'amaigrissement du membre comprimé et l'inappétence du blessé, résolut de le soumettre à l'heureuse influence de l'air natal. Il lui applique son bracelet-cuissard, et, aidé par les infirmiers, le blessé se lève et se promène hors des salles avec des béquilles; dès le troisième jour, il fait quelques pas seul, et, peu de temps après, il put retourner en Bretagne par le chemin de fer où la guérison s'est parfaitement effectuée.

II. Un autre matelot espagnol, dix-neuf ans, bien bâti, tombe d'une vergue en entrant dans le port de Marseille et se casse la cuisse gauche à la réunion du tiers moyen et du tiers inférieur du fémur. C'est une fracture simple exempte de complication qui, après la réduction, est traitée par un bandage amidonné et la gouttière de Bonnet.

Quoique rien ne semblât devoir entraver une rapide consolidation, l'examen montre qu'il n'en est rien jusqu'au soixante-troisième jour. Après une huitaine de jours, voyant le blessé

pâlir, perdre l'appétit et le sommeil, M. Sirus Pirondi le fait sortir de l'hôpital avec le bracelet-cuissard qui sert à le transporter dans un hôtel ayant vue sur le port et sur les navires. Bientôt le sommeil et l'appétit revinrent complétement, et si, pendant les premiers jours, il ne pouvait marcher que soutenu par d'autres, les béquilles lui suffirent bientôt, et dès lors il put s'embarquer et retourner dans sa patrie, où un mois après la guérison était effectuée. (*Marseille méd.*, septembre et octobre.)

Ces deux exemples sont moins concluants que le précédent, mais quoique M. Sirus Pirondi ne les rapporte que comme des preuves de l'influence nocive des hôpitaux sur la consolidation, ils n'en témoignent pas moins de l'efficacité de la marche et de l'exercice sans les dangers inhérents à la résection des extrémités des fragments, le séton, les injections et surtout les chevilles en ivoire et la suture, auxquels on ne doit recourir que dans le cas de chevauchement et après l'insuccès de la marche et de l'exercice.

**PYOHÉMIE.** Dans plusieurs cas, M. Verneuil a observé un exanthème aigu qu'il regarde comme un signe précurseur de la mort. Et dans trois cas d'affections des voies urinaires, M. Champouillon l'a de même rencontré et les trois malades sont morts (*Gaz. hebd.*, n° 5). Mais il se demande si ce n'est pas là plutôt un effet de septicémie que de la pyoémie ou infection purulente? Les faits ultérieurs en décideront.

A propos de la discussion qui s'est élevée à l'Académie de médecine sur la guérison de l'infection purulente (voy. *ce mot*), M. Blum fait une revue des diverses théories qui se sont succédé et qu'il divise en trois périodes, la première s'arrêtant au commencement du XIX^e^ siècle, celle de la phlébite et celle de l'embolie. (*Arch. de méd.*, novembre.)

*De la pyohémie ou fièvre suppurative*, par le docteur Braidwood; mémoire récompensé du prix A. Cooper en 1868, traduction en français, par M. Alling, interne des hôpitaux. Un vol. in-8° de 300 pages, avec douze planches chromo-lithographiées, Paris.



# R

**RAGE.** Une attention toute spéciale s'est réveillée depuis quelques années pour l'étude clinique de cette épouvantable maladie. Sa fréquence, ses caractères variés et souvent très-différents et les difficultés qui en résultent pour le diagnostic, ont frappé la plupart des médecins des hôpitaux qui en rapportent en détail, parfois même avec excès toutes les observations. Plusieurs ont ainsi été consignées dans les organes périodiques cette année, dont les traits saillants sont signalés ci-après. Mais très-peu d'efforts ont été faits pour la thérapeutique, et tandis que l'on expérimente avec fureur, ne pourrait-on pas, du moins, essayer quelque nouvelle médication sur des malheureux voués à une mort affreuse?

SYNONYMIE. Rage et hydrophobie ne sont pas synonymes, dit M. le docteur Christian en rapportant un fait singulier d'une femme mordue qui ne présenta que l'impossibilité de boire sans salivation et qui put être placée dans des grands bains entiers. Le spasme rabique empêche seul l'enragé de boire, et la vue de l'eau ne détermine des convulsions qu'au même titre que celle de tout objet brillant. Le mot hydrophobie est donc impropre pour désigner la rage, de même que l'hydrophobie nerveuse, non rabique; c'est plutôt ici, *hypochondrie rabique* qu'il faudrait dire, mais *lyssophobie* pour être plus rigoureux avec l'étymologie et qui n'est qu'une variété du délire hypochondriaque. Et il conclut qu'il n'y a aucune analogie entre cette affection et la rage, sinon le spasme rabique. Et tandis que la première rentre dans le cadre de l'aliénation mentale, la rage en est toute distincte et ne présente rien qui s'y rapporte. (*Ann. méd.-psycholog.*)

SIÉGE ANATOMIQUE. M. Marchal (de Calvi) le place dans le bulbe et dans la moelle cervicale par les raisons suivantes:

Le plus frappant des symptômes est une convulsion horriblement violente des muscles du pharynx et du larynx empêchant la déglutition et gênant la respiration, c'est-à-dire disphagie et dyspnée, dont l'agent est le nerf de la première paire qui naît du bulbe et la partie supérieure de la moelle pour la branche motrice.

La voix du chien enragé est modifiée et le nerf de la voix est encore celui de la première paire.

Si les muscles stylo-hyoïdien et digastrique reçoivent des filets de la première paire, celle-ci naît encore du bulbe. Enfin, si les enragés ont horreur des corps brillants, c'est par la racine sensible du ganglion optique de la cinquième paire qui anime la rétine et dont l'origine est dans le bulbe. C'est encore par la racine motrice de cette cinquième paire que le chien, dans la rage *muc*, ne peut rapprocher ses mâchoires. Enfin si le glosso-pharyngien est intéressé, soit comme nerf moteur, soit comme nerf sensible, soit par l'influence qu'on lui attribue sur l'abondante sécrétion folliculaire de la base de la langue, ne naît-il pas encore du bulbe?

En conséquence, il croit que c'est le plus près de ce siége probable, à la nuque, que l'on devrait introduire, par des injections hypodermiques, l'atropine, la daturine, l'hyoscyamine, la digitaline qui par leurs propriétés stupéfiantes, couvrent mieux les symptômes précités. (*Tribune médicale.*)

Diagnostic. *Délire de persécution.* Ce symptôme exceptionnel, inusité et qui a rendu le diagnostic difficile, s'est présenté chez un marinier de trente-trois ans, admis à l'hôpital Saint-Louis. Tandis que M. Hardy ne voyait là qu'un alcoolisé, M. Machenaud, se basant sur la morsure antérieure par un chien abattu ensuite comme enragé et l'absence de lésions de la masse encéphalique, ne voit là qu'un épiphénomène de la rage. (*Union méd.*, n° 138, 1868.)

C'est d'ailleurs là une des principales difficultés du diagnostic différentiel de la rage, comme l'a prouvé une discussion à la Société médicale des hôpitaux, par une communication de M. Millard, faite à ce sujet dans la séance du 26 février (*Union méd.*, n° 49). Il est très-difficile, dit M. Lailler, de distinguer la rage du *delirium tremens*. La sputation, le délire, l'hydrophobie observés dans celui-ci, laissent forcément dans le doute lorsque les antécédents font défaut, comme il arrive si souvent. Chez une femme du service de M. Nonat, considérée comme enragée, M. Labbé, en en commençant l'*interim*, ne vit également que des accidents alcooliques: voix rauque, délire, sans horreur des liquides, au contraire, elle avalait très-bien le vin. La marche de la maladie prouva ultérieurement qu'il n'y avait là, en effet, que des phénomènes d'alcoolisme. Mais l'erreur était bien plus facile chez un marchand de vin qui, à la suite de fièvre, fut pris d'accidents alcooliques intenses, et présenta, entre autres phénomènes, une hydrophobie complète. Il lui était impossible d'avaler la moindre quantité de liquide. Heureusement, jamais il n'avait été mordu, ce qui put seulement trancher le diagnostic indécis entre la rage et l'alcoolisme.



C'est surtout avec la fureur épileptique que M. Alling a trouvé des ressemblances dans un cas observé à l'hôpital Necker sur un garçon de dix-sept ans, arrivé sans renseignements, ayant la figure d'un demi-idiot. On sait que la rage a déjà été assimilée au délire aigu. Pour mieux en montrer la ressemblance, M. Alling plaça en regard l'observation d'un aliéné de Bicêtre ayant des accès de fureur épileptique terrible. Chez tous deux, même fureur contre les assistants, mêmes paroles grossières, même chaleur de la peau, pupilles dilatées chez tous les deux. Tous deux boivent avec difficulté. Râles trachéaux chez l'enragé, rejet d'écume par la bouche chez l'épileptique, chez tous les deux périodes alternatives d'excitation et de calme, et chez tous deux, l'approche du médecin réveille l'accès. (*Union méd.*, n° 55.)

Cette similitude symptomatique, jointe à l'absence de lésion appréciable à l'autopsie de l'enragé, montre que le diagnostic pouvait être très-embarrassé si l'on n'avait su que l'enfant avait été mordu.

*Anesthésie.* Chez un enragé entré à l'hôpital Necker, service de M. Delpech, quatre-vingt-quinze jours après avoir été mordu, la sensibilité était tellement abolie pendant les accès qu'il se frappa volontairement la tête à coups redoublés, au point d'y faire une plaie considérable sans en ressentir de douleur, comme il l'avouait ensuite ayant toute son intelligence. Les douleurs intenses dans tout le membre mordu qui ont été les signes initiaux du mal après une si longue incubation, sont aussi une indication de cautériser la morsure, aussi longtemps après qu'elle est apparente.

*Médication efficace.* Un aliéné de quatorze ans, mordu depuis six semaines par un chien enragé, présentait à un haut degré depuis douze heures tous les signes de l'hydrophobie, quand M. Moore fut appelé à le visiter: horreur des liquides, spasmes à l'approche de l'eau, sécrétion d'un mucus visqueux, hoquet

et sputation incessants. Comme chez un soldat européen traité ainsi et guéri, il le soumit alternativement aux inhalations de chloroforme et aux affusions froides avec une vésication établie sur la gorge et la colonne vertébrale au moyen du caustique lunaire. La guérison s'ensuivit.

*Bromure de potassium.* Employé à l'hôpital de Constantine dans un cas de rage confirmée sans hydrophobie, excepté quelques heures avant la mort, mais remplacée par une *aérophobie* des plus intenses qui mettait le malade dans une excitation extrême. L'opium ni la morphine ne calmant pas, M. Letellier eut l'idée de recourir au bromure de potassium en lavement; 5 grammes furent donnés dans 15 centilitres d'eau, et presque aussitôt un tel calme se manifeste que l'enragé, conservant toute son intelligence, croit à sa guérison. Mais ce mieux fut passager, les spasmes reparurent sans action aussi marquée du bromure, malgré une dose de 13 grammes, et le malade succomba comme asphyxié. (*Gaz. des hôp.*, n° 56.)

La voie gastrique étant fermée pour l'administration des médicaments à l'état liquide et ne parvenant que difficilement dans l'estomac à l'état solide, en raison de la suppression de la sécrétion buccale, et ne paraissant pas même être absorbés, comme dans le cas actuel, les lavements offrent une ressource précieuse qui n'est pas à négliger.

**RALES.** *Théorie américaine.* De ce qu'une éponge en caoutchouc comprimée fait entendre, en se distendant, un bruit semblable au râle crépitant, le docteur Valker en conclut que ce râle chez l'homme résulte de la séparation des parois adhérentes, accolées des vésicules pulmonaires se produisant dans l'inspiration, comme le docteur Carr l'avait interprété dès 1842. Sa finesse ne dépendrait ainsi nullement de la faible dimension des vésicules où il se produit. Et de ce que l'expression d'une éponge sous l'eau et son expansion hors de ce liquide donne également lieu à un bruit semblable au râle sous-crépitant, comme le docteur Chandler l'avait déjà observé, il en conclut que ce râle se produit dans l'inspiration et l'expiration. Le murmure vésiculaire normal ne serait même, d'après le professeur Flint, qu'un diminutif du râle crépitant et se produirait de la même manière. (*New-York med. Journal.*)

Comment conclure au mécanisme de la production du râle crépitant d'après cet unique phénomène quand le bruit de la crépitation s'obtient de même en égrugeant du sel, en chiffonnant une soie apprêtée et de plusieurs autres manières? L'air en se précipitant dans les vésicules enflammées lors de leur expansion ne produit-il pas plutôt ce bruit que le détachement, la séparation forcée de leurs parois? Vouloir juger exclusivement du mécanisme d'un corps inerte, inorganique à celui d'un corps vivant où le sang circule en abondance, semble aussi peu digne du physiologiste que du médecin.



**RÉQUISITION.** Ce droit, encore mal défini, a reçu une nouvelle élucidation d'une consultation de M. P. Andral, qu'il est utile de reproduire. Un médecin ayant refusé de se rendre auprès d'un homme qui s'était blessé en tombant d'une balançoire, le commissaire de police a cru pouvoir le faire requérir par un de ses agents. M. Andral, consulté pour savoir si dans ces circonstances il était en droit, comme il l'a fait, de refuser de se rendre auprès du blessé, répond qu'en principe l'exercice de la médecine est entièrement libre. Le médecin peut refuser de prêter son ministère, et son refus péremptoire n'a pas besoin d'être justifié par des motifs graves et légitimes. A cet égard la doctrine et la jurisprudence sont d'accord. Mais cette règle souffre des exceptions, et, en fait, la Cour de cassation voit dans les articles 81 du Code Napoléon, 44 et suivants du Code d'instruction criminelle et 475 du Code pénal, des cas exceptionnels dans lesquels le médecin doit obtempérer aux réquisitions émanées de l'autorité compétente.

S'il y a eu mission confiée et acceptée, il est évident que le médecin doit la remplir. Aussi bien un médecin appelé à déposer comme témoin pour donner des renseignements sur un fait en dehors de sa profession ne peut se dispenser de comparaître. Mais, dans un cas semblable à celui du consultant, le médecin requis doit-il se rendre auprès du malade, sous les peines édictées par l'article 475 n° 12 du Code pénal?

Les deux cas principaux sont :

1° *En cas d'accident.* — Par ce mot, dit-il, il ne faut pas entendre un accident particulier, mais un accident grave portant atteinte à la sécurité générale ou à l'ordre public. Un individu est renversé sur la voie publique, le commissaire de police requiert le médecin de se rendre auprès du blessé pour

lui donner ses soins, l'homme de l'art refuse ; ce refus peut être blâmable, inhumain, mais il échappe à toute sanction pénale parce qu'il s'agit dans l'espèce d'un accident purement individuel qui n'intéresse en rien la sécurité publique. (Arrêt du 18 mai 1855, affaire Eyriand.)

2° *Lorsqu'il y a flagrant délit* (ou clameur publique). — Un homme avait été blessé, et, comme il y avait flagrant délit, le commissaire de police avait requis un médecin de procéder à l'examen des plaies. La Cour de cassation donna ici gain de cause au commissaire de police, déclarant (arrêt du 20 février 1857, affaire Cayet), que cette réquisition, faite en vertu des articles 43 et 50 du Code d'instruction criminelle et dans l'un des cas prévus par l'article 479, n° 12 du Code pénal, imposait à l'homme de l'art l'obligation de prêter son concours, dans l'intérêt de la justice, aux opérations qui en étaient l'objet, à moins qu'il ne justifiât d'une impossibilité personnelle.

Appliquant au cas du consultant les principes qui précèdent, Me P. Andral conclut que, ne se trouvant pas en présence d'un de ces accidents graves qui intéressent la paix et la sécurité publique, M. le docteur X... avait le droit d'agir comme il l'a fait. (*Société de médecine légale.*)

**RÉSECTIONS.** Si les meilleures chances sont offertes par les enfants, suivant les chirurgiens anglais (V. *Année* 1868), M. Sédillot repousse les résections aussi bien que les amputations à cet âge, en raison des ressources puissantes de la nature. Les caries les plus étendues, les ramollissements, les suppurations prolongées ne l'ébranlent plus, car ces lésions sont sous l'influence du lymphatisme et de la scrofule, des manifestations d'un état constitutionnel habituellement sans danger de mort. Les opérations réussissent presque toujours, mais ne sont pas curatives; d'autres membres s'affectent et reproduisent les mêmes lésions. L'expectation et les soins hygiéniques et locaux suffisent généralement à la guérison. On peut citer une foule d'observations d'affreuses caries articulaires, très-heureusement terminées par le bénéfice du temps. Le jeune fils du général N..., traité, par le professeur Hirtz, d'une carie du genou avec fistules multiples, abcès très-profonds de la cuisse, se porte maintenant très-bien et dissimule une ankylose sans raccourcissement. Il a refusé de reséquer le genou



d'un enfant traité par le docteur Kien. Plusieurs abcès communiquaient avec l'articulation, dont les os étaient à nu et cariés ; la guérison fut néanmoins obtenue avec une ankylose incomplète.

Une petite fille de six ans a été présentée à la Clinique, avec une articulation tibio-tarsienne gonflée et douloureuse depuis trois ans, criblée de fistules, donnant une abondante suppuration. S'opposant à l'amputation et à la résection du cou-de-pied, M. Sédillot s'en tint à l'immobilité, à un traitement antiscrofuleux et des applications huileuses. Bientôt un séquestre s'offrit, et l'astragale cariée, poreuse, mais reconnaissable, put être ainsi totalement extraite. Depuis lors, l'enfant ne souffre plus, et conservera un pied régulier et d'un excellent usage. (*Gaz. des hôp.*, n° 66.)

**Résection tibio-tarsienne.** Voici la contre-épreuve : un enfant de neuf ans est reçu le 27 juillet 1868 au *Med. college hospital* de Calcutta pour une maladie de l'articulation tibio-tarsienne droite datant de cinq mois et suite d'entorse. Gonflement de la partie inférieure de la jambe et du pied jusqu'aux métatarsiens, fistules nombreuses correspondant avec l'articulation, dont les os étaient ramollis et malades. Jambe amaigrie, santé générale altérée, suppuration abondante. Régime tonique, huile de foie de morue ferrugineuse : le membre est placé dans une gouttière, pansement à l'huile et à l'acide phénique. La santé générale s'améliore, la douleur, le gonflement et la suppuration diminuent; mais n'ayant aucun espoir de guérison, à cause de l'étendue des lésions, M. Fayre se décida à intervenir le 17 février 1869, par l'opération suivante : une incision courbe de 5 pouces de long est faite de chaque côté de l'articulation tibio-tarsienne, en arrière des malléoles. Les tendons découverts sont déplacés, la malléole péronière sciée ; puis le pied renversé en dedans et les extrémités du tibia et du péroné enlevées sur une longueur d'un demi-pouce. L'astragale étant altéré, on le disséque et l'on trouve au-dessous le calcanéum atteint à son tour dans une grande étendue. Une incision verticale est alors faite sur le tendon d'Achille et le talon, et le calcanéum disséqué est enlevé. Le scaphoïde, altéré aussi, est également enlevé. Les autres os du tarse paraissent sains. Sutures, pansement à l'eau phéniquée; membre dans une gouttière. Aucun vaisseau important ne fut lésé, non

plus qu'aucun tendon ; il n'y eut pas une ligature à faire. Les ligaments étaient si ramollis et désorganisés qu'il n'y eut pas de difficulté à découvrir et enlever les os malades.

Suites très-simples : exfoliation légère du tibia et du péroné. Actuellement les incisions sont cicatrisées, les fistules se ferment, la suppuration diminue, les parties molles entourant l'articulation reprennent un aspect naturel. L'enfant peut poser le pied à terre et s'appuyer sur lui. Dans le lit, il soulève sans aide la jambe et le pied ; il meut les orteils et le pied avec une facilité relative. Il est en pleine voie de guérison ; et, chose remarquable, la forme du pied est fort peu altérée, malgré la perte d'une si grande quantité de ses parties constituantes. (*Med. Times*, juillet.)

**Résection du genou.** Dans une clinique faite à l'hôpital de Londres par M. Curling pour expliquer la rareté des résections dans cet hôpital et montrer, par la relation de deux cas favorables, qu'il n'est pas l'adversaire de cette opération, il termine en disant : Ceux qui collectent des excisions du genou et en publient les résultats ne doivent pas se hâter d'en tirer des conclusions, car on ne peut souvent connaître l'issue réelle d'un cas que très-longtemps après l'opération. Il paraît certain qu'un grand nombre d'opérés guéris de l'opération n'ont pu recouvrer ensuite un membre sain et utile, et ont dû se soumettre à l'amputation Plusieurs opérés sont envoyés à la campagne ou sur les bords de la mer dans l'espoir d'améliorer leur état général et de favoriser ainsi l'union osseuse et la cicatrisation des pertuis fistuleux. M. Mac Carthy, médecin de l'infirmerie des bains de mer de Margate, m'a donné le rapport suivant sur huit opérés envoyés l'année dernière par différents hôpitaux de la métropole dans cet établissement :

I. Femme adulte arrivée dix mois après l'opération avec un raccourcissement de 5 pouces, et sans union ni fibreuse ni osseuse des fragments. Après quatre mois d'application d'un bandage inamovible plâtré, elle pouvait lever son pied du lit ; mais cette faible union se brisa de nouveau et elle retourna à Londres pour se faire amputer.

II. Fille de quatorze ans, avec des trajets fistuleux étendus venant des os. Après quatre mois de séjour à l'infirmerie, ayant refusé l'amputation, elle mourut ensuite.

III. Fille de douze ans, avec exposition des os, suppuration



et union incomplète, sortie, après seize mois de résidence, très-améliorée et l'apparence d'une prochaine guérison.

IV. Garçon de treize ans arrivé, dix mois après l'opération, avec les os à nu, de nombreuses fistules et une abondante suppuration. Le membre fut amputé.

V. Garçon de treize ans dans les mêmes conditions que le précédent. Parti après deux mois ; résultat inconnu.

VI, VII. Chez deux garçons de sept ans, l'union était complète, quoique l'un deux fût en mauvais état.

VIII. Un autre de onze ans avait une union imparfaite des fragments et l'extrémité supérieure du tibia à nu. (*Lancet*, 10 juillet.)

Il est évident que, malgré les réserves de l'auteur en faveur de cette opération, il y a beaucoup à rabattre des prétendus succès merveilleux de la chirurgie anglaise à ce sujet, puisque sur ces 8 cas, opérés dans les conditions les plus favorables, suivant M. Lee, c'est-à-dire chez des enfants, il n'y a qu'une ou deux guérisons... probables. Avis pour n'y pas recourir aussi souvent.

*Nouveau procédé.* Frappé de la difficulté que l'on rencontre souvent à maintenir les os dans un rapport convenable, en raison de ce que le fémur est tiré en haut par les muscles psoas, iliaque, etc., et le tibia en bas et en arrière, par les demi-tendineux et membraneux, biceps, couturier, etc., M. Sédillot pratiqua sur le fémur et le tibia deux sections transversales obliques se rencontrant à angle aigu sur chacun de ces deux os, de telle sorte que le fémur offrit à son extrémité inférieure une saillie angulaire allant s'engager dans une encoche angulaire de l'extrémité supérieure du tibia. Grâce à cette disposition, les deux os s'emboîtèrent l'un dans l'autre et restèrent parfaitement arc-boutés et en rapport, le résultat mécanique ainsi obtenu ne laissait rien à désirer. Mais ce procédé n'est applicable que tant que l'on peut agir sur les condyles, c'est-à-dire tant qu'ils ne sont pas altérés dans leur texture. (*Soc. de méd. de Strasbourg*, avril.)

Quant à la valeur pratique de cette modification opératoire, la mort de l'opéré ne permit malheureusement pas d'en juger.

*Des résections du genou.* Thèse inaugurale par le docteur Lucien Senières, 1 vol. in-8°, Paris. Fondé sur une statistique

de 431 cas pour tumeur blanche, dont 32 pour la France avec 14 guérisons, l'auteur a recherché les indications et les contre-indications en ne trouvant pour la phthisie que 13 exemples certains, dont 12 morts. Quant à la mortalité générale, elle est de 131, soit 30, 3 pour 100, proportion supérieure à celle de l'amputation. Tous les documents relatifs à cette grande question se trouvent réunis dans cet excellent travail.

*De la résection de l'articulation coxo-fémorale pour carie*, par le docteur Good, ex-chirurgien de l'armée confédérée d'Amérique; in-8° avec 5 figures. Suite à la statistique de M. L. Le Fort sur ce sujet, donnant le résultat de 112 nouvelles opérations pratiquées depuis dans les différentes parties du monde. La conclusion en est qu'elle sauve la vie 46 fois sur 100 en laissant au malade un membre bien plus utile que ne pourrait le faire tout autre traitement. Mais la proportion des décès est bien différente dans les divers pays.

De 85,71 pour 100 en France, elle tombe à 66,67 en Russie, 64,83 en Allemagne, 44,83 en Amérique, et 34,37 seulement en Angleterre. D'où vient cette disproportion considérable pour la France, quand sur deux résections pratiquées à Strasbourg, il y a eu deux guérisons? Faut-il en accuser les hôpitaux de Paris si défavorables aux grandes opérations? La vraie cause n'est-elle pas plutôt dans les conditions différentes où est pratiquée cette résection ?

**RESPIRATION.** Dans une leçon clinique faite à propos d'un malade de son service sur le phénomène respiratoire de Cheyne, consistant, comme on sait, en mouvements respiratoires irréguliers, arrhythmiques, et cessant de temps en temps complétement, même pendant 40 secondes, pour reprendre ensuite graduellement, le professeur Traube a montré que, dans ce cas, il tenait à une hypertrophie cardiaque sans dégénérescence graisseuse, mais qu'il s'observe dans les maladies les plus diverses : les hémorrhagies et les tumeurs cérébrales, la méningite tuberculeuse, la forme comateuse de l'urémie sans altérations vasculaires ni traces de stéatose cardiaque. Une faible injection de morphine, dans le cas de prédisposition, y donne aussitôt lieu et l'augmente quand il existe. C'est ainsi que chez le malade en question, il atteignit son maximum d'intensité sous cette influence. Il pense que, dans ces cas, la morphine diminue l'excitabilité du centre respiratoire qu'il place dans la moelle allongée par suite de l'afflux insuffisant du sang. (*Berlin. Klin. Woch.* et *Lyon méd.*, n° 22.)



*Théorie des bruits physiologiques de la respiration* par le docteur L. Bergeron. Reprenant la théorie du docteur Spithal qui, dès 1839, établissait par de nombreuses expériences, que les bruits respiratoires se passent en grande partie à l'ouverture de la glotte, l'auteur la confirme par des observations nouvelles et la constatation du fait de la suppression du bruit expiratoire après la section complète de la trachée. Il émet donc cette proposition, que les bruits respiratoires sont le résultat des vibrations des veines fluides, lesquelles se forment aux cordes vocales inférieures et dans les alvéoles pulmonaires dans l'inspiration, tandis que dans l'expiration, la veine fluide se rencontrant, le biseau existant au-dessus des cordes vocales inférieures s'y brise; d'où la direction en arrière du son produit et qui va retentir, avec des modalités diverses, dans toutes les portions situées au-dessous du biseau. Ce mécanisme du biseau présiderait même aussi aux bruits normaux ou morbides du cœur. Théorie ! Théorie !

**RÉTENTION. Rétention d'urine chez les nouvelles accouchées.** Selon M. Mattéi, le fécond redresseur d'erreurs en matière d'obstétrique, c'en serait encore une d'attribuer toujours cet accident assez fréquent et parfois assez grave au bourrelet de l'urèthre, suite de contusions, et à l'atonie vésicale.

Si ces causes peuvent exister quelquefois, elles ne sont pas les plus fréquentes; ainsi l'on ne peut pas admettre des contusions là où le travail a été prompt et facile, comme on ne peut pas admettre l'inertie là où la femme a des contractions vésicales bien caractérisées. Tout au plus si l'atonie peut être admise pour les muscles des parois abdominales, lesquels par l'accouchement passent subitement de la tension au plus grand relâchement.

Le cathétérisme pratiqué en pareils cas lui a indiqué, une cause autrement importante : c'est le froncement brusque de l'urèthre.

La vessie étant entraînée en haut avec la matrice, dans les derniers temps de la grossesse, le canal uréthral est obligé de

s'allonger, tandis que, après l'accouchement, la matrice descendant tout à coup, la vessie descend avec elle et le canal urétral est obligé de se raccourcir en se tordant et en se pliant sur lui-même; de là rétention de l'urine.

Il est difficile de prévenir cet accident d'une manière constante. En administrant cependant 1 à 2 grammes de seigle ergoté après l'accouchement pour provoquer la rétraction utérine, on augmente aussi la rétraction vésicale de manière à rendre la rétention urinaire moins fréquente. En cas d'insuccès, le cathétérisme en laissant l'instrument libre de suivre les tortuosités momentanées du canal de l'urèthre, redresse si promptement le canal que, pratiqué une ou deux fois, on n'a plus besoin d'y revenir. S'il faut le continuer pendant plusieurs jours consécutifs, une paralysie est à craindre. (*Acad. de méd.*)

**RÉTRÉCISSEMENTS. Rétrécissements syphilitiques du larynx.** *Trachéotomie.* Sur 25 cas recueillis par M. Trélat, le rétrécissement siégeait 7 fois dans les replis arythéno-épiglottiques, 10 fois dans le larynx et 5 fois seulement dans la trachée. A part l'œdème de la glotte qui peut être le résultat de plaques muqueuses et nécessiter la trachéotomie, tous les rétrécissements des voies respiratoires, comme ceux du pharynx, de l'œsophage et du rectum, sont des accidents tertiaires selon M. A. Guérin, c'est-à-dire le résultat d'une inflammation hypertrophique des tissus. La trachéotomie peut donc seule en obtenir la guérison quand ils déterminent la suffocation. La voix voilée et éteinte, enrouée ou rauque doit en faire fixer le siége dans le larynx, le plus favorable aux succès de la trachéotomie. La conservation des sons laryngiens, en indiquant que le rétrécissement siége dans la trachée, ne doit pas la faire rejeter absolument selon M. Trélat, tout en offrant moins de chance de succès, car la dilatation permanente, seule condition de salut, n'est guère possible dans ces cas. (*Acad. de méd.*, mars, et *Gaz. hebdom.*, n° 17.)

Ces accidents des voies respiratoires se montrent en général, dit M. Trélat, à une époque éloignée du début de la syphilis, 5 ans en moyenne, et souvent 10, 15, 20 ans après ce début. Si parfois il y a lieu de pratiquer la trachéotomie chez des sujets récemment infectés, cette marche violente et brusque peut être rapportée à un œdème inflammatoire de l'isthme du gosier envahi, par des plaques muqueuses ou un érythème spécifique. Aussi insiste-t-il, par la relation d'un exemple remarquable, pour que dans le cas de laryngite chronique rebelle, inexplicable, à récidives, on y voie une origine syphilitique, et que l'on tente, comme pierre de touche, l'usage interne de l'iodure de potassium. (*Soc. de chir.*, avril.)



**Rétrécissement pelvien.** Sous le nom de *bassin cyphotique*, en raison de la cyphose lombaire due au mal de Pott qui l'a produit dans l'enfance, M. le docteur Bailly décrit un vice de conformation rare et peu connu du bassin, observé sur une femme affreusement contrefaite, mesurant 1 m. 38 avec une énorme gibbosité à la région lombaire. Le bassin a éprouvé, sur les têtes fémorales, un mouvement d'extension dont l'effet a été de rapprocher de la verticale l'axe du détroit supérieur, et de reporter en avant et en haut, l'orifice vulvaire qui est plus apparent que de coutume. Au premier abord, il paraît avoir une ampleur normale quoique plus conique que d'ordinaire. Élargi à sa base, il semble rétréci au niveau du détroit inférieur. A sa paroi postérieure, la convexité du sacrum fait place à une surface beaucoup plus plane, et les crêtes iliaques offrent une saillie très-prononcée.

Le détroit supérieur et l'excavation paraissent avoir conservé leur forme et leurs dimensions normales. L'angle sacro-vertébral est absolument inaccessible au doigt. L'exploration du détroit inférieur donne au contraire l'idée d'un rétrécissement notable de cet orifice. On ne peut douter non plus que le diamètre transverse de ce détroit ne soit aussi très-notablement rétréci par le rapprochement insolite des tubérosités ischiatiques.

Mesuré avec le compas de Baudelocque, il donne du milieu de l'une des crêtes iliaques au côté opposé, 27 centimètres; — entre les épines iliaques postéro-supérieures, 8 centimètres; — entre les bords internes des tubérosités sciatiques, 7 centimètres 1/2; — de l'apophyse épineuse sacrée supérieure au bord supérieur de la symphyse du pubis, 19 centimètres 1/2; de la pointe du sacrum à la partie inférieure de la symphyse du pubis, 5 centimètres. — Longueur du diamètre bis-ischiatique, 7 centimètres 1/2.

Le point capital de ce fait est un rétrécissement pelvien considérable ayant pour siége *exclusif* l'orifice inférieur du bassin. (*Acad. de méd.*, juin.)

**Rétrécissements du bassin.** *Recherches cliniques sur les rétrécissements du bassin.* Thèse inaugurale par le docteur Hanesko, Paris. Classification de 414 faits observés par le professeur Depaul à l'hôpital des Cliniques et dont le degré variait entre 6 et 9 centimètres et demi. En voici le résultat, quant à l'emploi de la version ou du forceps :

| 42 versions. | 108 applications de forceps. |
|---|---|
| Enfants : 34 morts, 8 vivants. | 25 morts, 83 vivants. |
| Femmes : 18 — 24 — | 24 — 84 — |

(*Soc. de chir.*, avril.)

**Rétrécissements de l'urèthre.** *Crins de cheval.* Aucun cas ne s'est montré rebelle au professeur Mitscherlich à l'aide de ce singulier moyen. Malgré sa finesse supérieure à celle des meilleures bougies, le crin de queue de cheval possède une élasticité et une solidité suffisantes pour mettre en garde contre toute déchirure du canal ou de la vessie. Après les avoir bien huilés, il les introduit comme les bougies. Les défilés les plus étroits ont été franchis de cette manière.

M. Mitscherlich a même obtenu la dilatation consécutive du point rétréci à l'aide de ces mêmes crins en en réunissant deux, trois ou plus en faisceau au moyen d'une colle élastique, de manière à former une échelle régulièrement ascendante, soit en se servant du crin de cheval comme conducteur, et en faisant glisser sur lui des bougies creuses, ouvertes à leurs extrémités. (*Ann. de la Soc. méd. de Liége.*)

**Rétrécissements du rectum.** *Rectotome.* Instrument fait sur le modèle de l'uréthrotome de M. Maisonneuve et imaginé par M. Tillaux. Ses avantages sont de pouvoir graduer et limiter exactement les incisions et de pouvoir les multiplier à volonté sur le cercle fibreux. L'hémorrhagie est ainsi moins à craindre. Un curseur permet de mesurer la hauteur et l'étendue du rétrécissement. (*Soc. de chir.*, avril.)

**RHUMATISME.** *Expectation.* Sur 25 rhumatisants dont ils publient l'observation, — 18 femmes et 7 hommes, âgés de dix-neuf ans en moyenne, — MM. Gull et Sutton qui les ont traités à l'eau claire, savoir : 12 à l'hôpital Guy par le premier, et 13 par le second à l'hôpital de Londres, ont fait les remarques suivantes : Tous ces malades étaient atteints pour la première fois d'une manière très-marquée. La température s'élevait au-dessus de 40 degrés C., et la durée de la période aiguë, d'après ce symptôme, fut de dix jours en moyenne ; tandis que celle des malades traités est de 9,1. Le bénéfice du traitement est donc nul, aussi bien par les alcalis que par le jus de citron et les vésicatoires, qui n'ont d'autre avantage que de calmer la douleur sans abréger la maladie.



Quant à l'influence sur les complications cardiaques, aucun des 11 malades qui en étaient exempts à leur entrée à l'hôpital, n'en fut pris ensuite par le seul fait de l'expectation, non plus que par l'emploi des alcalis à haute dose, le nitrate de potasse ou les autres médications. Il n'est donc pas prouvé, par cette comparaison, que les médicaments aient une influence bien marquée pour prévenir ces complications, mais au contraire que celles-ci, lorsqu'elles ne surviennent pas dès la première semaine, n'apparaissent que très-rarement après, comme de nombreuses observations le démontrent, et qu'elles sont le fait seul de la marche naturelle de la maladie, comme le prouvent ces expériences, et non l'effet de la médication ni d'aucun remède en particulier. Il suffit donc du régime, du repos, de la position, de modérer la température et la sudation, alléger la douleur, etc., etc. (*Med. Times*, janvier.)

*Belladone à haute dose.* M. le docteur Vergely ramène l'attention sur cet agent illustré par Trousseau, par 16 observations présentées à la *Société de médecine de Bordeaux*. Les malades n'ont mis que de 2 à 16 jours à guérir, après son usage interne et l'inflammation rhumatismale a été jugée entre 7 et 11 jours sans que le cœur ait été pris, sinon très-légèrement.

Les conclusions suivantes indiquent d'ailleurs tous les points importants de cette nouvelle expérimentation.

I. La belladone à haute dose rend de grands services dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et ne mérite pas l'oubli dans lequel elle est tombée ;

II. Elle constitue une médication facilement acceptée par tous les malades, et est en outre peu coûteuse.

III. Ses effets disparaissent rapidement dès qu'on en cesse l'emploi. Elle n'anémie pas les malades comme la saignée, et ne produit aucun trouble durable ni du côté du tube digestif, ni du côté des centres nerveux.

IV. Cette médication peut être instituée ainsi : Faire des pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait alcoolique, 1 centigramme de poudre ; donner le premier jour cinq pilules semblables, à une heure d'intervalle : le lendemain, donner deux pilules chaque heure pendant cinq heures ; le troisième, trois, etc.

V. Après quatre à cinq jours de traitement, si l'amélioration ne se montre pas, il y a lieu d'abandonner la belladone et de recourir au sulfate de quinine, dont l'action paraît plus efficace dans ces circonstances.

VI. Le délire ne contre-indique pas la continuation du traitement ; il suffit de suspendre la belladone et de donner un purgatif pour voir disparaître les troubles cérébraux.

VII. Ce médicament paraît surtout indiqué dans le cas de rhumatisme articulaire aigu, fébrile, survenant pour la première fois chez des sujets d'une constitution robuste. (*Union méd. de la Gironde*, juin.)

L'important est donc de ne pas s'alarmer par les effets du médicament sur le cerveau, et qui en ont seuls fait délaisser l'usage en effrayant les médecins et les familles.

**Rhumatisme durant la lactation.** Chez une jeune mère allaitant depuis onze mois, en proie à des phénomènes névropathiques très-douloureux des membres inférieurs, puis de l'estomac et des membres thoraciques, M. de Saint-Arroman ayant employé en vain l'opium, la belladone, le chloroforme et autres sédatifs, eut recours à la potion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| ℞ Eau distillée simple. . . . . | 120 | grammes. |
| Id. de fleur d'oranger. . . . . | 30 | — |
| Bromure de potassium. . . . . | 4 | — |

Mêlez.

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures. Dès le lendemain, l'amélioration était sensible ; les vomissements avaient cessé dès la troisième cuillerée, le sommeil était revenu, les douleurs beaucoup diminuées, et il suffit de porter la dose à 5 grammes pour obtenir la guérison après huit jours de ce traitement. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, juillet.)

**ROUGEOLE.** L'influence épidémique est nulle sur son développement, suivant le docteur Girard ; le contact est nécessaire pour la transmission qui s'opérerait plutôt au début qu'à la fin de la maladie, comme l'admet M. Blache, et, après une incubation de treize à seize jours. Mais ces données, quoique résultant de l'observation de 108 cas, peuvent être interprétées aussi logiquement d'une manière toute différente.



*Pointillé du voile du palais.* — Comme prodrome infaillible, il signale l'apparition d'un pointillé rouge sur le voile du palais cinq à six jours avant l'éruption. (*Gaz. des hôp.*, n° 86, et *Soc. méd. des hôp.*; in *Union méd.* n° 132.) Ce pointillé confirmé par M. Bourdon, dont on connaît la sûreté d'observation, avait été signalé déjà par plusieurs maîtres, M. Lasègue entre autres, dans son *Traité des angines*. M. le docteur Bonnichon l'avait observé de même pendant la période prodromique et avant l'irruption d'une épidémie, et l'a signalé dans son rapport au conseil d'hygiène de Saint-Amand en 1868. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 33.) C'est donc un signe bien constaté.

**RUPTURES. Rupture de la moelle épinière.** *Ecchymose sous-pleurale.* En constatant cette lésion entre la sixième et la septième vertèbre cervicale à l'autopsie d'un nouveau-né de six jours, — traumatisme résultant de tractions et n'ayant produit que la paralysie des membres inférieurs, — M. Parrot trouva une ecchymose sous-pleurale qui, rencontrée déjà par M. Guéniot dans un cas semblable, peut avoir une certaine valeur au point de vue séméiologique et médico-légal. Cette ecchymose peut être l'indice d'une lésion du centre médullaire et doit conduire à la rechercher. (*Soc. méd. des hôp.*, août.)

**Rupture du tendon d'Achille.** ÉTIOLOGIE. Elle s'est produite simplement par la marche, en descendant d'un trottoir, chez un capitaine, trois mois après une entorse de l'articulation tibio-tarsienne et moins d'un mois après avoir pu reprendre son service. Il éprouvait encore un peu de gêne et de douleur en arrière, au niveau du tendon d'Achille ; il survenait de l'empâtement après une marche forcée et c'est dans cette partie que se produisit la rupture. D'où M. le docteur Louget, témoin de ces accidents, conclut que l'extravasation sanguine qui s'est produite autour du tendon d'Achille et dans sa gaîne a pu modifier la synoviale dans sa structure, user insensiblement le tendon et en préparer ainsi la rupture ou plutôt la déchirure par

un effort modéré (*Recueil de méd. et chir. milit.*, janvier). D'où l'indication de ne permettre la marche, en pareil cas, qu'après la disparition complète de l'épanchement, sinon de ne s'y livrer qu'avec modération, précaution et sur une surface plane.

**Ruptures musculaires.** *Injections hypodermiques morphinées.* Contre l'élément douleur qui, dans le *coup de fouet* ou *tour de reins*, est ce qui empêche les blessés de remuer, de sortir, M. Guyon a eu l'idée de pratiquer *loco dolenti* une injection morphinée parfaitement indiquée dans ce cas. En trois ou quatre jours, toute douleur était disparue alors que les ventouses n'avaient pas amené de soulagement. Huit observations rapportées par M. Alling témoignent de ce succès (*Bull. de thér.*, février). Est-ce en arrêtant la contractilité de la fibre musculaire que la morphine agit en pareil cas? On peut en juger dans le coup de fouet en observant si l'ecchymose locale, qui en est le signe irréfragable, en est modifiée dans sa durée ou son intensité.

## S

**SANG.** *Action des nitrites.* Soit que l'on fasse respirer à un animal, pendant la vie, des doses toxiques d'un nitrite volatil d'éthyle ou d'amyle, soit que l'on mélange avec le sang une solution d'un nitrite alcalin, il se produit, d'après M. Gamgee, un changement remarquable dans la couleur du sang : il perd sa belle coloration rouge et prend une couleur brune comme le chocolat. Aucune altération dans le volume ni la forme des globules n'en résulte, mais il y a une modification optique du sang appréciable avec le spectroscope.

L'addition du sulfhydrate d'ammoniaque détruit immédiatement l'action des nitrites, mais le sang soumis à leur action perd le pouvoir de fixer l'oxygène atmosphérique. (*Acad. des sc.*, mars.)

**SCIATIQUE. Sciatique blennorrhagique.** Contre la réalité de cette espèce nouvelle décrite par M. A. Fournier, M. le professeur Gosselin rapporte l'observation d'un homme de vingt-neuf ans qui, coïncidemment avec une blennorrhagie, accusait chaque fois qu'il amenait en avant et appuyait le pied à



gauche, une grande douleur dans la région fessière, un peu au-dessus du pli fessier, s'irradiant à quelques centimètres seulement en arrière, sans gonflement ni rougeur, mais qui fait boiter considérablement le malade et le fait marcher à petits pas. Pour le plus grand nombre des praticiens, dit-il, ce serait une sciatique, mais je ne suis pas de cet avis. Dans les vraies sciatiques, les malades ne souffrent pas autant pendant la marche, et ne boitent pas à ce degré ; les exacerbations douloureuses reviennent spontanément et ne sont pas provoquées comme ici exclusivement par le mouvement. (*Gaz. des hôp.*, décembre 1868.)

Pour M. Doyon, cette douleur résulterait simplement de la compression exercée dans certaines attitudes sur le nerf sciatique par l'*hygroma aigu de la bourse séreuse ischiatique* qui la complique constamment. Ce ne serait donc là qu'une sciatique ébauchée qui ne se complétera jamais. (*Ann. de dermatologie*, n° 4.)

**SCROFULE.** *Bains de mer.* C'est bien lentement qu'en France nous avons imité l'Italie dans la fondation de ses petits hôpitaux maritimes pour les scrofuleux. Tandis qu'il en existe déjà onze sur les divers points de son littoral et qu'il s'en fonde chaque année de nouveaux par la charité privée, tant les bons effets en sont éclatants, nous n'en avons encore qu'un seul. Voy. HÔPITAUX.

Mais ici, nous ne saurions mieux faire que de donner l'analyse du rapport de M. le docteur Rodolfi sur le traitement des scrofuleux de Brescia à la station hospitalière et maritime de *S. Ilario di Nervi* en 1868. C'était la seconde année seulement qu'un comité promoteur tentait cette épreuve, et, de 52 malades en 1867, le nombre s'en est élevé à 130 en 1868, 45 garçons et 85 filles, tous scrofuleux ou rachitiques, âgés de six à trente ans et qui, du 2 juin à la fin de septembre, ont pris 5112 bains. En voici les résultats :

| Maladies. | Cas. | Guérisons. | Améliorat. | Insuccès. |
|---|---|---|---|---|
| Engorgements glandulaires. . | 38 | 21 | 15 | 2 |
| Ophthalmies scrofuleuses. . . | 23 | 15 | 7 | 1 |
| Carie. . . . . | 21 | 8 | 12 | 1 |
| Plaies scrofuleuses . . . . . | 27 | 12 | 14 | 1 |
| Rachitisme. . . . . | 19 | 7 | 12 | 0 |
| Lésions spinales. . . . . | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Totaux. . . . | 130 | 63 | 61 | 6 |

Et quand on pense que tout ce bien a été réalisé avec la faible dépense de 16 936 fr. 72 c. y compris le loyer et tout le personnel nécessaire, on se demande pourquoi ces bienfaits ne sont pas plus répandus sur le littoral français où ils peuvent se dispenser à si bon marché. Que de médecins sur notre littoral étendu pourraient instituer ainsi des stations maritimes durant l'été et se créer, après les heureux résultats obtenus à Berck comme en Italie, une source de revenus supérieurs à ceux que donne une saison passée aux eaux minérales en acquérant plus de titres à la reconnaissance publique et à la réputation ! Le système de répartition des malades en petits groupes, sous forme de colonies agricoles qui s'inaugure en Italie, permettrait surtout de tenter cette épreuve d'institutions sanitaires avec les plus grandes chances de succès.

**SECRET.** Une injure blessante pour le corps médical italien a eu lieu à Gênes, bien que son honneur soit sauf : c'est l'arrestation nocturne et simultanée de trois honorables médecins, MM. les docteurs Torre, Cesola et Neurotto, sous l'accusation de n'avoir pas dénoncé à l'autorité les blessures graves suivies de mort de la marquise Gavetti-Lomellini. Une condamnation grave a suivi en vertu des nouveaux articles du Code pénal qui mettent ainsi à néant le secret professionnel en Italie, c'est-à-dire une des prérogatives les plus sacrées et les plus respectables du médecin. Aussi a-t-elle soulevé une réprobation générale, et dans sa séance du 11 décembre 1868, le comité médical de Gênes a pris l'initiative d'une protestation énergique et raisonnée qui va être bientôt adoptée par tous les membres de l'Association médicale italienne. C'est donc là un fait bien grave pour nos confrères italiens, et s'il serait superflu d'entrer ici dans les détails, on nous permettra de leur rappeler, non sans un vif sentiment d'amour-propre national, que les accusations, les reproches adressés par eux à la législation française lors du Congrès médical international peuvent être renvoyés aujourd'hui, à bien plus forte raison, à leur pays, mais avec cette confiance qu'ils en obtiendront promptement justice.

**SOMNAMBULISME.** Un moyen assez curieux de le traiter d'après M. le docteur Pellizzari, de Florence, c'est d'attacher autour d'une jambe, le soir en se couchant, pour l'enlever le matin en se levant, un ou deux tours de fil de cuivre mince, flexible et assez long pour être mis en communication avec le sol de la chambre. Mis en usage sur 18 somnambules, ce moyen simple a agi comme préventif sur quelques-uns ; chez d'autres comme curatif. Ce sont là de magnifiques résultats démontrant la propriété du fil de cuivre pour dissiper le somnambulisme magnétique.



**SPHYGMOGRAPHIE.** *Sphygmographie télégraphique.* A la dernière assemblée de l'*American science association* à Salem, le docteur Upham, après une leçon sur les battements du cœur, exhiba aux yeux de l'auditoire étonné, les lignes sphygmographiques des battements du cœur de plusieurs médecins et malades des hôpitaux de Boston, distants de 14 milles. Voici comment s'était réalisé ce fait curieux et nouveau. Un fil du télégraphe électrique Franklin correspondant entre les deux localités servit à cet effet, et tandis qu'une extrémité était mise en rapport avec le cœur et le pouls des malades à Boston, les battements en étaient transmis automatiquement à travers le fil et rendus visibles à Salem au moyen d'un rayon de lumière de magnésium qui vibrait sur le mur de la salle plongée dans l'obscurité. On appliqua d'abord l'appareil à l'artère d'un homme bien portant, et l'endroit éclairé vibra 60 fois à la minute. Puis, ce fut celle d'un individu très-excitable, et les vibrations se répétèrent 90 fois. Après quoi, on eut successivement deux malades atteints, l'un de pneumonie, l'autre d'une affection organique du cœur ; le premier donna 112 battements en une minute, et, sous l'influence du second, le rayon se mit à osciller de la manière la plus irrégulière.

**SPINA BIFIDA.** *Variété nouvelle.* Chez un enfant de quinze jours, une tumeur comme une grosse pomme, pédiculée, donnant la sensation de liquide et de tissu mollasse, était située à la réunion du sacrum et des dernières vertèbres lombaires. Par le refoulement, le doigt perçoit une dépression circulaire du rachis qui en est probablement l'ouverture correspondant avec la tumeur.

Sans la réduire, la compression ne produit ni douleur, ni accidents, au contraire, elle semble efficace. Mais, l'excision de la tumeur ayant été faite, l'enfant succomba le troisième jour avec les signes d'une méningite rachidienne.

L'autopsie n'ayant pu être faite, l'examen de la pièce anato-

mique montra à l'œil nu et au microscope qu'elle était formée par la peau recouverte de tissu adipeux. Une cavité tapissée des membranes rachidiennes communiquait avec l'intérieur du rachis. Cloisonnée irrégulièrement par des brides et des tractus de tissu conjonctif, elle ne renferme pas la moindre trace de tissu nerveux ; il n'y a que des leucocytes.

C'est donc là une variété nouvelle de spina bifida, dit M. Laboulbène, n'ayant pas son analogue. De sa constitution ressort le traitement rationnel par la compression, la ligature ou la transfixion du pédicule par des aiguilles, de manière à obtenir l'accolement et l'adhésion des parties internes. Avis pour l'avenir. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 50.)

*Torsion.* Une fille de six mois portait à la nuque, depuis sa naissance, une tumeur comme une grosse orange, lisse, pédiculée, transparente à la lumière, ne diminuant pas à la pression. Celle-ci ne développant aucun signe de paralysie des organes thoraciques ni des membres inférieurs, le docteur Galland, admettant qu'elle ne communiquait pas avec le canal vertébral, plaça une ligature sur le pédicule qu'il serra modérément et en augmentant de deux en deux jours, du 28 décembre 1868 au 30 janvier suivant. Puis il y substitua la torsion de la tumeur sur elle-même, qui se détacha dès le lendemain en laissant une plaie granuleuse et un pli transversal ne laissant suinter aucun liquide.

L'opérée n'a paru éprouver aucune souffrance ni malaise de cette opération. (*Scalpel*, n° 40.)

Il n'y a rien de bien nouveau dans ce procédé opératoire, puisque la torsion n'a été employée qu'au dernier terme de la section du pédicule et comme pour en achever seulement la division. Plusieurs autres faits analogues seraient indispensables pour montrer que ce n'est pas là une heureuse exception des bons effets de la ligature.

*Injection.* Le procédé suivi par M. le docteur Roux présente plus d'originalité. Il s'agissait d'une tumeur congénitale énorme s'étendant de la fin du sacrum au tiers inférieur des cuisses, c'est-à-dire de 22 centimètres de longueur en arrière, 18 en avant et 15 transversalement. Recouverte par la peau avec sa couleur et son épaisseur normales, elle est dure et tendue surtout quand l'enfant, âgée de six semaines, est debout et



crie. A peine réductible, sa fluctuation est obscure. Une ponction capillaire donna un liquide limpide faiblement albumineux. Deux lames osseuses dirigées en sens opposé sur la gouttière sacrée avec un hiatus dans l'intervalle, montrant qu'il s'agissait bien d'un hydrorachis, il refoula et fit maintenir la peau du sac aussi exactement que possible entre les deux lames osseuses contre l'ouverture anormale du rachis. Puis, enfonçant un très-petit trocart dans le sommet de la tumeur, il la vida complétement. Enfin il en fit étreindre la base par un troisième aide pour mieux prévenir la pénétration dans le canal rachidien d'une solution iodurée qu'il injecta immédiatement. Aucune complication extraordinaire ne survint et une guérison parfaite s'ensuivit sans récidive trois ans après. (*Bull. de thér.*, n° 1.)

Après les insuccès de la ligature, ces modifications opératoires ne sont pas sans importance, surtout en présence du résultat obtenu.

**STATISTIQUE. Statistique internationale des aliénés.** Un plan avec tableaux en a été donné par M. Lunier, rapporteur de la commission du Congrès de 1867, afin d'uniformiser dans tous les pays les calculs faits à ce sujet, et, en les concentrant, de pouvoir en tirer des déductions pratiques comme pour le reste de la patho'ogie. (*Ann. méd. psychol.*, janvier.) V. ALIÉNATION MENTALE.

**Statistique oculaire.** M. Cohn a de même proposé de mettre plus d'unité et de concordance dans les résultats statistiques qui sont publiés, en établissant une nomenclature des maladies oculaires qui serait adoptée par les ophthalmologistes de tous les pays. (*Soc. d'ophthalm. d'Heidelberg*, 1868.)

**STÉTHOSCOPE.** Voici la modification apportée au double stéthoscope de Camman, à peu près inconnu dans la patrie de Laennec. Ce sont deux tubes montés sur un large embout unique en bois. En s'écartant l'un de l'autre, ces deux tubes sont recourbés en haut de manière que, en plaçant la face entre eux, ils s'adaptent à chaque oreille, et l'avantage en est, suivant l'auteur, de rendre le son plus intense et plus perceptible, de se placer et se maintenir aisément sur le thorax, et, en

tenant les yeux fixés de ce côté, de pouvoir en constater les mouvements.

Voilà qui est bien; mais on comprend de reste que l'écartement fixe de ces tubes les empêchait de s'adapter également bien à toutes les oreilles, suivant l'étendue de l'angle facial et l'écartement différent des oreilles chez les divers individus. M. Knight a remédié à cet inconvénient en les réunissant au tiers inférieur de leur hauteur par deux branches mobiles qui s'éloignent ou se rapprochent à volonté en tournant une simple vis placée au centre. Pour être plus compliqué par cette modification toute simple, il est probable que cet instrument n'en deviendra pas plus usuel.

M. Pelou, étudiant en médecine, a imaginé un moyen bien plus simple d'arriver au même but : c'est de conduire, à travers le canal du stéthoscope usuel, un fil métallique, soit le fil de cuivre dénudé qui sert de conducteur aux piles; il le tend fortement en diagonale par rapport à l'axe du canal et le fixe solidement aux deux extrémités du stéthoscope. Le timbre, la résonnance et l'intensité du son lui en ont paru augmentés. (*Union méd.*, n° 90.) C'est à vérifier.

**STRABISME. Strabisme convergent.** ÉTIOLOGIE. Ce ne sont pas, suivant M. Cuignet, les taches, nuages, albugos ou leucômes de la cornée qui déterminent la déviation du globe comme on l'entend généralement, c'est-à-dire afin de donner passage aux rayons lumineux. Car pourquoi ce strabisme serait-il toujours interne, alors qu'il n'y a rien de plus variable que le siége de l'obstacle? D'ailleurs, il se forme alors qu'il n'existe aucune tache; ou bien elle est au centre et dépasse le diamètre de la pupille; d'autres fois elle paraît commander la divergence, et la loucherie a de même lieu; enfin elle est éloignée du centre et la convergence s'observe. Les cas où l'obstacle siége en dedans sont les plus rares et montrent qu'il n'y a pas de relation entre la tache et la déviation.

Le strabisme apparaît souvent au début de la maladie, alors qu'il n'y a que de la photophobie et que le malade fuit la lumière plutôt qu'il ne cherche à la voir. Quand l'un des deux yeux est perdu, l'autre ne louche jamais, quel que soit le siége de l'opacité cornéenne. On ne voit jamais les deux yeux loucher lors même qu'ils offrent des taches à leur centre. Enfin le strabisme n'affecte pas que l'œil affecté et celui-ci n'est pas



constamment atteint. L'œil dévié perd graduellement son intensité fonctionnelle au lieu de la voir s'augmenter. Autant de raisons contre la théorie qui attribue le strabisme à l'opacité.

Elle n'en est la cause, suivant M. Cuignet, que comme agent de photophobie. Cette horreur des sensations lumineuses est le seul agent actif de la naissance, la production de la déviation. Elle seule explique le spasme musculaire, le besoin de l'obscurité, l'affaiblissement visuel, l'hémiopie et l'alternance du strabisme. Dès qu'il y a photophobie, la déviation interne tend à se produire comme dans la kératite généralisée, le staphylôme demi-transparent, et non-seulement pour les affections de la cornée, mais dans certaines anomalies de la réfringence donnant lieu à la photophobie. C'est ainsi que le strabisme convergent, signalé par le professeur Donders dans l'hypermétropie, lui est dû.

Ce strabisme convergent, que l'on a rattaché à une origine, un mécanisme tout autre est ainsi ramené à une loi commune par M. Cuignet, qui propose de le décrire désormais sous la dénomination de *strabisme photophobique*. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, n$^{os}$ 9, 10, 11, 1868.)

*Strabomètre binoculaire.* Sur les indications de M. Galezowski, MM. Robert et Collin ont construit une tige horizontale graduée sur laquelle glissent deux aiguilles indiquant les degrés. Une fourchette centrale s'appuie sur la racine du nez tandis que deux tiges transversales se placent au niveau des paupières supérieures. Ainsi appliquée, il suffit de tourner un bouton pour faire glisser les aiguilles graduées de droite à gauche et *vice versâ* pour avoir le degré du strabisme et mesurer la moindre différence dans les résultats. (*Acad. de méd.*, avril.)

**STRYCHNINE.** *Chloroforme.* La première idée qui s'offre en présence des convulsions, c'est de les calmer. C'est ainsi que les inhalations chloroformiques ont été employées contre l'éclampsie et le tétanos. De là, aux mouvements spasmodiques produits par la strychnine, l'extension était toute simple. C'est ce que le docteur de Lourcillon a fait avec succès dans cinq cas d'empoisonnement volontaire ou accidentel avec la strychnine, quatre hommes et une femme. Chez celle-ci, les inha-

lations se sont prolongées jusqu'à vingt heures. (*Saint-Louis med. Society.*)

Il a de même réussi, donné à l'intérieur, chez une petite fille de quatre ans apportée à *London hospital* avec opisthotonos, anxiété, yeux largement ouverts, pupilles dilatées, lèvres livides et rétractées, respiration irrégulière, pouls rapide, faible et presque imperceptible, contracture musculaire générale. Une heure après l'administration du chloroforme, elle s'endormit et se réveilla guérie. Mais il faut dire qu'un vomitif avait été donné auparavant. (*Med. Times.*)

*Cannabis indica.* Employé à haute dose par le docteur Mc Williams, de Chicago, chez un homme qui avait avalé, depuis environ quatre heures, cinq grains de strychnine. Etendu, il avait des spasmes violents et fréquents, avec contraction de la bouche, face bouffie, sueurs abondantes, pupilles larges, pouls à 130, muscles contractés, immobilité des membres, etc. Quatre grammes de teinture de *Cannabis indica* furent administrés et renouvelés cinq minutes après, et de même de dix en dix minutes, puis de quinze en quinze, en les éloignant graduellement jusqu'à la cessation de la contracture. Disparition des accidents après quarante-huit heures.

*Fève de Calabar.* L'antagonisme de ces deux substances, émis par M. Watson (V. *Année* 1868), a été confirmé par M. le docteur Keyworth dans un cas où trois grains de strychnine avaient été ingérés. La rigidité était complète et devenait plus intense à la moindre cause. Pouls rapide et faible, lividité, serrement des mâchoires, impossibilité de parler. Trente gouttes de teinture de calabar furent données de demi-heure en demi-heure, jusqu'à concurrence de huit grammes, et à chaque dose les symptômes convulsifs devenaient moins fréquents et moins intenses ; avec leur diminution, on diminua les doses, et il ne resta bientôt plus que l'immobilité, la paresse musculaire des membres qui ne disparut qu'au bout de trois semaines. (*Glasgow med. Journ.*, novembre 1868.)

**SYCOSIS.** *Perchlorure de fer.* En vantant cet agent comme parasiticide, M. Landrin signale le fait d'un cocher qui portait depuis plus de six mois un sycosis à la lèvre inférieure d'où les poils s'arrachaient facilement. L'insuccès du sublimé corrosif



le fit recourir au perchlorure dont il étendit une forte couche sur le mal. Il suffit de faire ensuite tomber la croûte avec un cataplasme pour voir une plaie rose qui se cicatrisa bientôt avec des pansements à la glycérine. (*Lyon méd.*, n° 5.)

**SYPHILIS.** Étiologie. A en juger par le nombre de théories que la syphilis a suscitées, il n'est pas de maladie qui y donnerait plus facilement lieu. La plupart des hommes qui s'en sont occupés un peu spécialement ont émis des idées différentes, et c'est ainsi que la science en est véritablement encombrée et se trouve dans un véritable chaos sur ce sujet. Il suffit ainsi à un jeune chirurgien, M. Després, de passer à l'hôpital de Lourcine, pour critiquer, réformer toutes les idées courantes, à commencer par le traitement traditionnel spécifique, et voilà qu'il en sape aujourd'hui l'étiologie par la base. Se fondant sur la rareté du chancre infectant induré chez la femme comme symptôme initial de l'infection, sur la fréquence de la plaque muqueuse, et s'appuyant sur deux ou trois observations personnelles où il a trouvé les lèvres gonflées, rouges, érythémateuses, écorchées, exulcérées, il fait de ces érosions inflammatoires la porte d'entrée de la syphilis qui ne serait pour lui qu'une inoculation par cette voie comme pour toutes les autres infections. Le chancre n'est que l'accident local, et il peut aussi manquer et les signes généraux faire tout d'abord explosion s'il n'y a pas irritation, inflammation locale. Comme toutes les maladies spécifiques générales, la syphilis n'aurait besoin, d'après ce hardi réformateur, d'aucun accident local ni de signe antécédent pour être manifeste, s'affirmer et se répandre dans tout l'organisme; elle y existe d'emblée et se montre plus souvent par des signes généraux que par le chancre dit infectant. (*Arch. de méd.*, janvier.)

*Troubles de la sensibilité.* Avec cette finesse d'observation qui semble distinguer M. A. Fournier par ses découvertes en physiologie, il a constaté chez des femmes syphilitiques qui n'étaient ni chlorotiques, ni hystériques, ni névropathiques, différents troubles de sensibilité jusqu'ici passés inaperçus. C'est le plus souvent l'analgésie simple, isolée, comme il l'a montré chez une malade ne souffrant pas des piqûres faites avec une épingle dans un point quelconque du corps. Tout en sentant qu'on la touchait, elle n'en souffrait pas.

Chez une autre, l'anesthésie était comb née à l'analgésie. Non-seulement elle ne ressentait aucune douleur de la piqûre du dos de la main avec une épingle, mais elle ne sentait même pas quand on lui touchait les doigts. Celle-ci semble liée à celle-là, et n'existe pas seule.

Chez une autre analgésique, le sens de la température était perdu. Elle ne distinguait pas deux timbales remplies l'une d'eau chaude, l'autre d'eau froide, placées sur le dos de la main; la température lui semblait égale. (*Ann. de syphilographh.*)

En se manifestant à divers degrés dès les premiers mois des accidents secondaires, ces troubles de sensibilité méritent de fixer l'attention pour se confirmer et entrer dans la symptomatologie de la vérole constitutionnelle.

*Affections de la gorge.* Étudiant dans un hôpital spécial aux maladies de la gorge, à Londres, M. Morell-Mackensie divise ces accidents en secondaires et tertiaires. Les premiers sont: les éruptions érythémateuses de la gorge, les ulcérations ou érosions superficielles, certaines ulcérations très-peu communes qui gagnent en profondeur sans s'étendre beaucoup, les condylômes, et comme conséquences accidentelles et occasionnelles, l'élongation de la luette, l'hypertrophie des amygdales, les excroissances en chou-fleur et les nodules fibroïdes du larynx. A cette période, le pharynx est plus fréquemment affecté que le larynx: dans la proportion de 23 à 16. Tous ces accidents tendent à guérir spontanément, mais la guérison est bien plus rapide si l'on touche les parties malades avec une faible solution de perchlorure de fer. La teinture d'iode convient mieux contre les condylômes et les plaques muqueuses, les inhalations chaudes avec la créozote et la térébenthine réussissent contre les éruptions érythémateuses rebelles.

Les récidives de plaques muqueuses sont beaucoup plus rares dans le larynx qu'ailleurs. Dans le pharynx, elles dégénèrent souvent en ulcérations profondes et grisâtres non indurées.

Les accidents tertiaires consistent surtout en ulcérations profondes, rapides et étendues, tumeurs gommeuses dans le pharynx, et parfois le larynx. Sur 51 cas, 33 fois le pharynx était atteint, et 15 seulement le larynx, simultanément 3 fois. Une sécrétion épaisse, tenace, couvre ces ulcères pharyngiens



à bords taillés à pic, et indurés. M. Mackensie nettoie cette surface avant d'appliquer la solution ou le sel argentique. Ce traitement local lui paraît de la plus grande importance conjointement avec l'usage interne de l'iodure de potassium. (*Med. society of London.*)

*Injections hypodermiques au calomel.* Imitant la pratique du docteur Scarenzio (V. *Année* 1864), le docteur O. Max a traité par cette méthode nouvelle cinq vérolés, 3 hommes et 2 femmes, se trouvant dans les services de MM. Thiry et van Hoeter, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, dont il rapporte les observations *in extenso*. Des chancres indurés locaux, des éruptions papuleuses caractéristiques, mettaient l'infection constitutionnelle hors de doute. Il a suffi dans ces cas de trois injections d'une solution de 20 centigrammes de calomel chaque, pour que, dans l'espace de deux à trois mois, les accidents aient disparu. (*Soc. des sc. médicales de Bruxelles*, janvier.)

La confirmation de l'efficacité de ce nouveau mode de traitement se faisant ainsi de toutes parts, on se demande comment il ne se répand pas davantage dans la pratique courante, aujourd'hui surtout que la petite seringue est entre les mains de la plupart des praticiens.

Mais on ne doit pas oublier à cet égard, l'assertion du docteur L. Casati, signalant un cas où 8 centigrammes de *calomel ad vapor.*, ayant été injectés sous le panicule adipeux du bras, produisirent un abcès phlegmoneux sur place, et une stomatite gangréneuse assez violente, qui mit pendant plusieurs jours la vie de l'opéré en danger. Un tel fait contribue à démontrer la grande activité du calomel appliqué par la voie hypodermique, et la nécessité qu'il y a d'en graduer la dose d'après les circonstances.

Considérant que le calomel employé en injections, comme les oxydes de mercure adoptés par Ambrosoli, se limite toujours à un abcès circonscrit; que l'action chimique du sublimé, en se combinant avec les tissus, tend à les conserver en les irritant, et qu'il y a lieu d'en redouter l'effet quand ces injections doivent se répéter longtemps; que la solution de 4 centigrammes de mercure avec l'iodure de potassium employée par M. Aimé Martin, tout en étant un progrès, laisse à désirer à cause de l'action irritante de l'iodure de potassium, M. Bricheteau, sur

le conseil de M. Bouilhon, a adopté la solution suivante comme offrant le moins de danger :

| | |
|---|---|
| ℞ Iodure double de mercure et de sodium. | 1,50 |
| Eau distillée. . . . . | 100,00 |

Mêlez.

Un gramme, ou 20 gouttes de cette solution, contient 1 centigramme ou 10 milligrammes. En débutant par la moitié de cette dose, on peut arriver progressivement à 20 gouttes. Mais l'efficacité n'en a pas encore été vérifiée. (*Bull. de thérap.*, avril.)

*Injections au sublimé.* Du 15 janvier au 1er décembre 1868, M. Liégeois a traité ainsi 196 malades, les plus gravement atteints de son service de Lourcine, avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau distillée. . . . . | 90 grammes. |
| Sublimé. . . . . | 20 centigr. |
| Chlorhydrate de morphine. . . . . | 10 — |

Ce qui fait 4 milligrammes environ pour une seringue de un gramme dont deux injections sont faites successivement le matin sur chaque côté du dos. Cette médication est généralement bien supportée ; les piqûres sont à peine douloureuses, pas de réaction inflammatoire ; une salivation légère en est résultée quatre fois. L'amélioration locale et générale se manifeste après 5 à 6 jours, surtout des plaques muqueuses ; les formes sèches sont plus rebelles.

Après une moyenne de 60 injections, soit 30 jours de traitement, de 193 malades atteints d'accidents secondaires, 127 étaient guéris, les autres améliorés, comme n'ayant pas subi un aussi grand nombre d'injections. Aussi les récidives ont été de 20 pour 100 chez ceux-ci, et de 9,45 chez ceux-là. 3 atteints d'accidents tertiaires ont guéri avec 30 à 42 injections.

Un traitement mercuriel antérieur, préalable, est toujours une garantie de succès, de même que le traitement tonique. Sans cela, il faut un plus grand nombre d'injections ; 74 en sont la moyenne quand elles sont employées seules ; au-dessous, la récidive est à craindre.

Plus le sujet est jeune, et plus il faut d'injections, mais aussi plus la guérison est radicale.



De même aussi, plus les accidents sont anciens, et plus la guérison est difficile.

Ces injections ne sont pas seulement curatives, elles préviennent l'apparition d'accidents ultérieurs dès qu'elles sont employées.

Mais leur effet le plus remarquable serait, contrairement à l'action dénutritive bien constatée du mercure, l'engraissement des malades. Deux lapins, soumis à ces injections, ont engraissé ainsi qu'une malade atteinte de syphilide tuberculeuse très-intense, qui, traitée inutilement à l'hôpital et en ville par diverses préparations de mercure et d'or, avait maigri considérablement, tandis qu'elle a engraissé et guéri sous l'influence des injections comme la présentation l'a montré.

Mais pour M. Després, l'antimercurialiste, cet engraissement est habituel aux syphilitiques passant par les hôpitaux, qu'ils y soient ou non soumis au mercure, ainsi qu'il résulte même de la statistique de M. Liégeois, dont les malades, traités par les toniques, ont aussi engraissé. Loin de reconnaître d'ailleurs des avantages à cette nouvelle médication, il trouve que celle des frictions a donné de meilleurs résultats entre les mains de M. Panas, de même que celle des toniques qu'il emploie lui-même. Les récidives sont moins nombreuses et ces méthodes n'ont pas l'inconvénient d'exiger 60 à 70 piqûres laissant parfois des ulcérations assez étendues. (*Soc. de Chir.*, juin.)

Le docteur Cantani recommande la formule suivante pour l'usage interne :

| | |
|---|---|
| ℞ Sublimé. . . . . | 1 gramme |
| Eau distillée. . . . . | 15 — |
| Alcool rectifié. . . . . | 5 — |

On commence par 2 gouttes pour augmenter rapidement jusqu'à 6, que l'on continue pendant 20 jours. Arrivé à 20 gouttes, on redescend jusqu'au point de départ. (*Gazz. med. di Torino*, décembre 1868.)

Sans doute ce mode est simple et commode entre les mains d'un médecin ou de personnes sûres, mais dangereux entre celles de malades négligents. C'est un poison redoutable avec la moindre erreur, et la liqueur de van Swieten est bien préférable.

*A Treatise on syphilis.* (Traité de la syphilis), par W. Coul-

son, chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre, pour les affections calculeuses et des voies urinaires à Londres. Développement des leçons cliniques faites il y a quatre ans par l'auteur au *Lock hospital*, dont il est chirurgien, et qui avaient alors un attrait, un intérêt de nouveauté par les expériences, les doctrines dont elles sont l'expression et que les ouvrages récemment parus sur ce sujet ont fait perdre aujourd'hui à celui-ci.

## T

**TABAC.** Employé avec succès comme hypnotique. V. Insomnie, Hernies.

**TATOUAGE.** *Histoire médico-légale du tatouage*, par le docteur E. Berchon, médecin principal de la marine, in *Arch. de médecine navale*. Synthèse historique de tout ce qui a été fait à cet égard chez les anciens et les modernes, avec les résultats d'expériences et d'observations personnelles.

**TEMPÉRATURE.** Plus l'élévation est brusque, rapide et accentuée, plus le pronostic est grave dans le tétanos et la septicémie. La température la plus élevée notée par M. Tripier dans ce dernier cas est de 41° C. Il en est de même dans la pyohémie. (*Lyon méd.*, n° 18.)

*Rapports avec la constitution du sang et de l'urine.* Voici les lois que le plus illustre Nestor de la médecine française établit à ce sujet:

1° Quant à la fibrine, dit M. Andral, on peut établir comme un fait général que, lorsque le sang en contient plus de 4 millièmes, la température s'élève.

On peut établir comme un autre fait général que le chiffre de la température et celui de la fibrine croissent en proportion directe l'un de l'autre ; mais ce fait comporte d'assez nombreuses exceptions.

Il est impossible d'invoquer ici un rapport de causalité, attendu qu'il y a une grande classe de maladies, les pyrexies, dans lesquelles la fibrine reste entre ses limites physiologiques, peut



même descendre au-dessous, et où la température est aussi considérable et peut l'être plus que dans les phlegmasies que caractérise une augmentation de fibrine.

La fibrine n'augmente pas non plus dans les fièvres éruptives, quoique, dans la fièvre d'invasion, la température s'élève autant, et quelquefois plus que dans les maladies où il y a la plus grande augmentation de fibrine.

2° Relativement à la quantité des globules, des faits nombreux montrent que la diminution, même très- considérable de leur chiffre, ne fait pas descendre la température au-dessous de la limite de l'état physiologique. Dans quelques-uns même, on la voit dépasser la limite supérieure physiologique.

Ces commencements de chaleur morbide chez un certain nombre de chlorotiques font comprendre ces sensations de chaleur incommode, comme fébrile, qu'éprouvent plusieurs d'entre elles, et justifient jusqu'à un certain point l'expression de *fièvre des chlorotiques* employée par quelques nosographes.

3° Lorsque l'albumine du sang, au lieu d'être employée tout entière à la nutrition, est en partie perdue pour celle-ci par la quantité de ce principe qui s'échappe avec l'urine, la théorie semblerait indiquer qu'il devrait se produire moins de chaleur, et les faits observés, s'ils étaient plus nombreux, autoriseraient à conclure qu'il en est réellement ainsi.

4° Quant à savoir si, dans les maladies fébriles, l'urée contenue dans l'urine augmente, c'est une question difficile à résoudre, car on ne connaît encore que d'une manière très-incertaine le chiffre normal de l'urée. Celui de 30 millièmes, donné autrefois par Berzélius, est évidemment trop haut; M. Andral, résumant tout ce qu'il a vu et lu à cet égard, serait disposé à le fixer entre 10 et 14 ou 15 grammes au plus pour 1000 grammes de liquide. On ne peut prendre pour base de recherche un terrain encore si mal assuré ; mais, en examinant comparativement des malades dont la température était normale et d'autres où elle était élevée, on trouve en général, un rapport proportionnel entre la quantité d'urée et le degré de température.

Dans certains cas, la température restant normale, l'urée s'élève accidentellement aux chiffres qu'elle atteint dans l'état fébrile. Les affections les plus diverses peuvent présenter cette anomalie, qui ne dépend pas d'elles, mais de quelque disposition individuelle des malades. Cependant, il est un état morbide, la cirrhose du foie, dans lequel l'urée a été trouvée augmentée,

les trois seules fois où il l'a cherchée.(*Académie des sciences*, décembre.)

*Thermomètre à mercure.* L'étude de la température avec des instruments de précision augmente sans cesse le nombre de ceux-ci, même en France, depuis que M. le docteur Robert de Latour le premier en a fait construire un par Rozier. Ce sont chaque année de nouveaux perfectionnements. M. Jaccoud en a fait ainsi construire un à mercure qui n'a que 16 centimètres de long, dont 9 seulement sont gradués de 35 à 44 degrés divisés par dixièmes. Son prix est de 5 francs. Il se trouve chez Fastré aîné, rue de l'École-Polytechnique, 3.

*Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten* (De la température dans les maladies, ou Guide de thermométrie clinique), par Wunderlich, professeur de clinique à l'université de Leipzig, 1 volume de 334 pages, Leipzig, 1868. Comme l'un des initiateurs de cette étude à laquelle il n'a cessé de se consacrer, l'auteur a acquis une célébrité qui fait de son livre le meilleur traité sur la matière.

**Température chez les enfants.** De 283 observations faites par le docteur Finlayson sur 18 enfants de vingt mois à dix ans et demi, à différentes heures de la journée, il résulte qu'elle est de 0,39 centigrammes plus élevée dans le rectum que dans l'aisselle, conformément aux précédentes expériences faites par M. Roger et répétées par l'auteur. Les variations diurnes ont été aussi trouvées plus grandes d'un degré centigrade environ que chez l'homme. Elle s'abaisse invariablement le soir avant le sommeil et persiste durant. Tels sont les points essentiels de ces nouvelles expériences. (*Glasgow med. Journ.*, février, et *Gaz. hebd.*, n° 27.)

**Température chez le vieillard.** Les organes chez le vieillard, dit M. Charcot, souffrent parfois isolément et en silence, et les maladies les plus aiguës peuvent passer inaperçues ou ne cesser d'être latentes que longtemps après leur début. Sous ce rapport que la maladie se dissimule sous un appareil symptomatique trompeur, le vieillard se rapproche donc de l'enfant.

Un fait important et inattendu de thermométrie, c'est que la transpiration normale du vieillard ne diffère pas de celle de l'adulte par cette raison que, s'il produit moins de chaleur, il en perd moins aussi. Si, chez l'adulte, la thermométrie axillaire peut, scientifiquement, remplacer la thermométrie rectale, il n'en est plus de même chez le vieillard.



Les lois de thermométrie pathologique sont les mêmes chez le vieillard que chez l'adulte ; et l'assertion de Wunderlich, que dans l'âge avancé les maxima sont plus élevés, n'est pas exacte.

**TÉRÉBENTHINE.** Antidote reconnu expérimentalement et cliniquement du phosphore. V. *ce mot.*

**TESTICULE.** *Pseudo-étranglement de la migration imparfaite.* Un terrassier de 21 ans entre le 22 février à l'Hôtel-Dieu de Lyon avec tous les accidents d'un étranglement. Par un léger effort fait la veille, le testicule droit était remonté dans la région inguinale et des douleurs, coliques, ballonnement du ventre, vomissements bilieux, puis fécaloïdes, hoquet, constipation ne tardèrent pas à se montrer.

Le testicule occupe la région inguinale et son extrémité supérieure semble engagée dans l'anneau externe sans augmentation de volume, il n'est pas douloureux. Pas de hernie. Ce n'est donc là qu'une ectopie testiculaire contre laquelle M. le professeur Valette, dans l'incertitude des antécédents, fit appliquer des sangsues avec des onctions belladonées, cataplasmes, et huile de ricin à l'intérieur.

Mais les accidents persistent et augmentent le lendemain, et ce n'est que le 24, après des selles abondantes, qu'ils se calment et que le malade raconte que semblables accidents lui sont déjà arrivés à plusieurs reprises par la même cause. Aussi demande-t-il instamment une opération qui l'en débarrasse.

Considérant que c'est là un pseudo-étranglement par action réflexe de la moelle sur l'intestin qu'elle paralyse par suite de l'ascension du testicule comme les faits de Delasiauve, Velpeau, Curling et Gosselin rappelés par M. Henrot dans sa thèse sur les pseudo-étranglements (V. *Année* 1865) en témoignent ; que d'autre part le testicule ne pouvait être fixé en place par un bandage sans provoquer des accidents, M. Valette recourut à la castration, d'après les succès obtenus en

pareil cas, avec la modification opératoire suivante afin de prévenir la péritonite toujours à craindre. Après une incision longitudinale, ayant reconnu que la séreuse testiculaire n'est qu'un prolongement du testicule, il saisit ce pédicule entre les mors d'une pince, espèce de clamp dont chaque branche est munie de pâte de chlorure de zinc. Une incision nette et rapide faite au-dessous divise d'un seul coup le cordon et son enveloppe. Ce procédé simple dispense de toute ligature, car tous les vaisseaux sont fermés par le caustique avant d'être ouverts par le bistouri, ce qui prévient l'introduction de l'air dans le péritoine. L'instrument a été enlevé le cinquième jour, l'eschare est tombée 16 jours ensuite et la cicatrisation n'a pas tardé.

C'est donc là un procédé à employer d'emblée en pareil cas sans grand scrupule, car le testicule ainsi disposé est le plus souvent impropre à sa fonction. (*Lyon méd.*, mai.)

**TÉTANOS.** Il est tellement fréquent sur certains plateaux, dit M. Verneuil, qu'il devient la complication ordinaire et la plus redoutable des opérations chirurgicales. M. Thomas, chirurgien de l'hôpital de Nevers, a vu en quelques années 14 cas de tétanos. A Niort, c'est une complication tellement fréquente et redoutée des chirurgiens que, dans un cas d'écrasement de la main, M. Verneuil, appelé en consultation, dut soutenir seul contre tous les autres, l'avis de la conservation du membre ; tous voulaient amputer dans la crainte du tétanos, crainte qui ne s'est heureusement pas justifiée. A Paris, au contraire, le tétanos est si rare que M. Verneuil n'en a vu que deux cas. C'est d'infection purulente que l'on meurt surtout dans les hôpitaux de Paris. (*Soc. de chir.*)

Le pronostic en est d'autant plus grave que la température s'élève rapidement à 36, 40, 41 et même 42°, comme Wunderlich l'avait très-bien noté. La mort arrive ordinairement dans ces cas et la guérison ne survient guère que dans le tétanos à marche lente où la température ne dépasse pas 37 à 38°. (*Lyon méd.*, n° 18.)

Cette donnée doit être mise à profit pour déterminer la valeur d'un médicament. Son action est d'autant plus probable que le cas est plus grave et qu'il y a guérison.

*Nueva doctrina acerca del tetanos y de su curacion* (Nouvelle doctrine du tétanos et de son traitement). Leçons faites à l'École libre de médecine de Madrid, par le docteur Martin de Pedro.



Opuscule de 68 pages, relatant une observation recueillie à l'Hôpital général et à l'occasion de laquelle l'auteur émet une nouvelle théorie sur la pathogénie du tétanos. Sans entrer dans plus de détails, voici en abrégé les conclusions qui résument ses idées :

« Caractérisé par la contraction permanente des muscles et toujours produit par le refroidissement, le tétanos est localisé dans le système musculaire et est une contracture d'origine périphérique. La lésion anatomique primordiale est dans le tissu fibro-conjonctif qui entoure la fibre musculaire et l'élément morbide général est catarrho-rhumatismal. En empêchant la *respiration musculaire* des organes intéressés, il produit l'*asphyxie musculaire*, s'il est très-étendu par l'intoxication du sang veineux (1, 3, 4, 5, 6, 8).

10. Le cours du tétanos est celui du rhumatisme, et ses phénomènes critiques se font de même par la peau et les reins.

11. On peut assurer la convalescence quand l'urine, traitée par l'acide nitrique, révèle une grande quantité d'acide carbonique libre.

12. Comme dans le rhumatisme, les muscles affectés ont à absorber les liquides interstitiels avant de pouvoir reprendre leurs fonctions.

13. Il se complique de même d'endo ou de péricardite.

14. Adoucir la contraction musculaire et favoriser la transpiration sont les deux bases principales du traitement.

15. Le bain général chaud et prolongé est le meilleur aide de l'opium et d'autres adjuvants.

16. L'iodure de potassium favorise l'absorption interstitielle comme les bains thermo-minéraux.

17. Ce n'est donc ni une maladie nerveuse, ni une névrose, ni une inflammation des centres nerveux ; elle est localisée dans le tissu musculaire, et les lésions anatomiques se rapportent à l'asphyxie. »

Si les faits et les développements manquent pour justifier ce rapprochement, on ne saurait méconnaître qu'il offre certaines analogies frappantes qui feront recourir à cette brochure pour les étudier.

Traitement. *Fève de Calabar.* A l'occasion d'un cas infructueux de ce médicament relaté par M. Ridout, on dresse la statistique de ceux où cette substance a été employée au nombre de 11, hommes, garçons et filles, donnant 7 guérisons et 4 morts. (*Lancet*). Mais ce résultat est évidemment incomplet, car les deux cas malheureux de MM. Bouvier et Bouchut ne s'y trouvent pas, ce qui élève tout de suite le total à 13, dont 6 décès, et cela sans compter les insuccès non publiés (V. *Années 1864 et 66*). La statistique, selon nous, pour servir d'enseignement doit s'exercer sur des nombres très-multipliés et il n'est permis d'en tirer des conclusions que si elle accuse des proportions différentes très-tranchées ; autrement elle n'est qu'un raisonnement qui peut se détruire du jour au lendemain.

*Aconit.* Employé par Wunderlich dans deux cas très-graves, à la dose de 5 à 10 gouttes, deux ou quatre fois par jour. Le onzième jour, dans le tétanos traumatique, la guérison était obtenue après l'emploi de 24 grammes de teinture ; dans le tétanos spontané, 5 gouttes données le treizième jour seulement amenèrent une amélioration très-marquée le lendemain, et la guérison après l'emploi de 7 grammes de teinture. (*Schmidt Jahrb.* et *Union méd.*, n° 53.)

*Bromure de potassium.* Depuis la découverte de son action sédative, ses succès dans l'épilepsie en ont fait généraliser l'emploi à d'autres névroses convulsives comme la chorée, même rhumatismale, et voici que M. le professeur May Figueira en étend l'usage au tétanos aigu. Il l'employa ainsi chez deux hommes entrés dans sa clinique médicale de *San José*. Le premier, âgé de trente-neuf ans, admis le 10 février, présentait un trismus prononcé, des contractions toniques des muscles abdominaux de la partie postérieure du tronc et des membres inférieurs. Le moindre attouchement provoquait des contractions cloniques, augmentait l'opisthotonos, le trismus, et provoquait de violentes douleurs. Il y avait dysphagie et roideur telle, que soulevé sous les épaules, le corps se levait comme une planche.

Deux grammes de bromure furent prescrits conjointement avec l'éthérisation le long du rachis, un bain de vapeur et une saignée de 300 grammes.

De jour en jour, le bromure fut augmenté d'un gramme et



administré conjointement avec l'éthérisation. Un peu d'amélioration survenue le 14 fit refuser le médicament par le malade, dont l'état s'empira aussitôt. Mais, en élevant la dose à 7 grammes par jour, l'état s'améliora graduellement, ne présentant que de légères recrudescences qui servaient à augmenter la dose, *et toujours il parut que l'exaspération des symptômes était corrigée par l'action de ce médicament.*

Ce malade quitta l'hôpital très-bien guéri, le 21 mars.

Le second malade, de quarante-deux ans, entré le 1er avril, présente des contractures des muscles de l'abdomen, du thorax, du cou et de la face, qu'il fait remonter à quatre jours et attribue à un refroidissement. Un traumatisme du petit doigt de la main droite existe aussi.

Dix grammes de bromure de potassium sont prescrits, avec une saignée de 130 grammes et l'éthérisation. Mais celle-ci provoque des contractions et de la dyspnée qui la font cesser. Le bromure est élevé à 14 grammes, et, dès le 11, une amélioration sensible permet de diminuer cette dose. Le 8 mai, ce malade sort guéri. (*Gaz. med. de Lisboa*, juin.)

Si l'emploi d'autres moyens que le bromure, notamment l'éthérisation, s'oppose à ce que la guérison lui soit exclusivement attribuée, son action a paru assez évidente pour lui en accorder au moins une certaine part. C'est donc un jalon qui pourra servir à des observations ultérieures et plus concluantes.

Employé également avec succès par le docteur Bruchon, au début d'un tétanos consécutif à une brûlure. C'était en octobre 1868. 4 grammes diminuèrent les accès et les sueurs. On augmenta d'un gramme chaque jour, jusqu'à 8 grammes, et l'amélioration fut progressive, mais en maintenant le malade sous l'influence du remède, c'est-à-dire en le divisant par portions dans le cours de la journée, car, pris en une seule fois le matin, l'action sédative n'en était plus sensible pendant la nuit. (*Gaz. des hôp.*)

*Chloroforme.* Contre un tétanos traumatique développé le sixième jour d'une fracture spiroïde compliquée de la jambe, M. Labbé ayant chloroformisé le patient pour agir sur la contracture, la respiration devint aussitôt stertoreuse, la face violacée, le pouls nul, avec tous les signes de la mort apparente. Mais la respiration artificielle rétablit bientôt la circulation, et

avec elle, la contracture un moment dissipée. Le tassement de la langue, les mucosités ne tardent pas à ramener les phénomènes d'asphyxie, et malgré la trachéotomie, le blessé succomba bientôt.

Dans un cas semblable, M. Le Fort vit les mêmes accidents se produire, de même que sans chloroformisation, deux blessés de M. Demarquay succombèrent également au tétanos. Aussi ne comprend-il pas l'emploi du chloroforme chez les tétaniques; le tétanos n'est qu'un symptôme, et, l'action du chloroforme sur la contracture épuisée, celle-ci reparaît. De plus, la période d'excitation de l'anesthésie vient dangereusement s'ajouter à l'excitation qui provoque le mal. Il faudrait donc la dépasser rapidement par de hautes doses de chloroforme ; ce qui est encore ajouter un danger à un autre. La chloroformisation, en pareil cas, ne doit pas être employée. (*Soc. de chir.*, mars.)

*Curare.* Quoique généralement négligé comme ne remplissant pas les espérances qu'il avait fait naître, l'emploi de ce terrible poison indien se continue en Italie où il a commencé; son enquête expérimentale se poursuit contre le tétanos. L'école italienne ne reconnaît pas ses erreurs sans appel, et il faut la louer de cette persévérance thérapeutique. Quatre nouveaux succès en sont résultés dernièrement; voici dans quelles circonstances :

Un homme de quarante ans entre à l'hôpital le 17 avril avec un opisthotonos très-marqué et tous les muscles contracturés, après s'être refroidi trois jours auparavant. Ni plaie ni blessure. Le professeur Capozzi injecte immédiatement 1 centigramme de curare qu'il élève graduellement à 3, en deux injections par jour, et, après l'usage de 30 centigrammes employés, la guérison était complète. (*Il Morgagni*, n° 7, 1868.)

C'est dans un cas semblable que le docteur Morra l'injecta à la dose de 2 centigrammes avec addition de deux bains chauds à 29° par jour et d'une heure de durée chaque. Quinze jours après, le malade sortait guéri de l'hôpital. ( *Idem*, n° 12.)

Chez un garçon de dix-sept ans, pris de tétanos à la suite d'une plaie de la jambe, le docteur Nobis fit une injection hypodermique sous la clavicule avec une solution de 15 centigrammes de curare pour 25 grammes d'eau, dont il imbiba aussi la charpie pour recouvrir la plaie. L'amélioration fut immédiate, et après un mois de cette médication complexe, durant laquelle



75 centigrammes de curare furent employés, le blessé était guéri. (*Ann. di chimica*, janvier.)

Un lithographe de vingt ans, blessé à la main droite, fut pris d'un tétanos très-intense le septième jour. Le docteur Gherini recourut immédiatement aux injections de curare qui s'élevèrent à 64 en vingt-deux jours, faites près de la blessure et en diverses autres parties du corps. Chacune contenait de 1 à 3 centigrammes de curare dont la dose totale employée fut de 95 centigrammes pour obtenir la guérison.

Ces deux derniers faits viennent à l'appui d'une nouvelle théorie récemment émise par le regrettable docteur Perini, de Milan, sur l'action locale du curare contre le tétanos traumatique. Des 27 cas qu'il a collectés, il en déduit cette formule que, sauf une exception, la guérison a eu lieu dans tous ceux qui ont été traités par l'application directe, immédiate, topique, de ce remède sur la lésion traumatique, tandis que, administré autrement, la mort s'en est constamment suivie (*Gazz. med. lomb.*, n° 20, 1868). Mais, en montrant l'étrangeté de cette doctrine en contradiction avec la pathogénie du tétanos considéré comme une névrose générale et l'action aussi générale du curare, dont l'absorption ne peut être qu'amoindrie et retardée par une surface morbide, enflammée, couverte de lymphe plastique ou de pus, M. Schivardi la détruit par l'inexactitude de la statistique sur laquelle elle repose. Au lieu de 27 cas, il en a collecté 36 dans son récent traité de la *Medicazione ipodermica* (Milan, 1868), outre ceux qui sont survenus depuis. Dans une enquête rigoureuse des faits, il montre que l'application locale, topique, n'a pas eu lieu dans des cas suivis de guérison (*Monti*), que la mort est survenue dans d'autres où elle a eu lieu (*Paravicini*),et qu'ils sont ainsi confondus les uns avec les autres. Et, élaguant de cette statistique tous les faits incertains, incomplets et mixtes, et n'admettant que les cas incontestables et authentiques, il trouve, que sur 7 où le curare a été appliqué sur la plaie, il y eut 3 succès (*Vella*, *Chassaignac* et *Gherini*), et 4 insuccès (*Vella*, *Paravicini* et *Gianelli*). Des 16 cas traités, au contraire, par les injections loin de la plaie, il y a eu autant de succès que d'insuccès. D'où cette conclusion opposée que le mode d'administration est tout à fait indifférent et que, si les deux méthodes peuvent être employées simultanément, celle des injections paraît encore la plus sûre et la plus efficace. Des 4 malades traités expérimentalement à l'hôpital par le docteur

Gherini suivant ces deux méthodes, celle-ci a donné, en effet, le seul succès relaté. (*Ann. univ. di medic.*, avril.)

Un double enseignement ressort de ces détails : c'est que l'emploi de ce remède n'est pas autant à négliger qu'il l'est contre le tétanos traumatique, et que son mode d'emploi est utile à connaître. A défaut de cette indication, les 11 cas où Busch l'a employé dans la dernière guerre d'Allemagne avec 6 succès, n'ont pu servir à élucider si l'un ou l'autre est préférable. Leçon pour l'avenir.

*Traitement thermal.* Un moissonneur de vingt-trois ans, qui s'était coupé assez gravement l'extrémité du pouce droit le 9 juillet, ayant descendu dans une cave le 23, alors qu'il se considérait comme guéri, fut pris aussitôt d'accidents tétaniques, qui, en augmentant, menaçaient le malade d'asphyxie imminente, malgré l'emploi de onze vésicatoires. C'est alors que M. le docteur Brachet songea à utiliser l'action puissante des eaux thermales de l'établissement d'Aix. Le 30 juillet, le malade, descendu dans le caveau d'*Enfer*, en raison de sa haute température, fut soumis au massage et aux douches à 38 degrés, avec une projection de 12 mètres de hauteur et ainsi pendant trois jours consécutifs, une demi-heure durant. Ce ne fut que le 5 août qu'une amélioration appréciable se manifesta et que la détention musculaire devint bien appréciable. La déglutition fut possible, et, dès lors, les fonctions se rétablirent, et la guérison fut obtenue. (*Soc. de chir.*, octobre.)

Des succès analogues existent déjà dans la science. Le tétanos a guéri, après avoir immergé les malades dans l'eau de rivière, de même que par des bains chauds aussi prolongés que possible. (V. *Année* 1864.) On peut donc persister dans cette médication.

**Tétanos puerpéral.** Un cas incontestable en est rapporté, par le docteur Neveu-Derotrie, chez une multipare ayant présenté des adhérences placentaires telles que des débris restèrent dans l'utérus. Placée dans la plus affreuse misère et une chambre humide et malsaine, cette femme présenta, dès le huitième jour, de la contracture des mâchoires, et succomba le lendemain dans l'opisthotonos le plus prononcé. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, mai et juin.)

Reste à connaître la cause de ce tétanos. Est-ce le froid, l'humidité, comme l'admet l'auteur, ou la plaie puerpérale, ou la rétention des débris placentaires? Des faits collectés sur ce sujet pourraient seuls résoudre cette question, et, jusqu'ici, c'est à peine si cette espèce morbide est généralement admise. Lorsqu'en 1849, dit M. Aubinais, je publiai 3 cas de tétanos puerpéral, beaucoup d'auteurs en niaient la réalité, prétendant qu'on le confondait avec l'éclampsie. Mais le mémoire de Simpson, paru l'année suivante, en en relatant un grand nombre, lui donna quelque créance, bien que depuis les auteurs d'accouchements, Churchill excepté, aient passé cette question sous silence.



**TÊTE. Déformation du crâne.** *Obliquité ovalaire.* Elle résulte, suivant M. le docteur Guéniot qui l'a découverte et constatée sur une vingtaine d'enfants du premier âge, de l'habitude de les coucher latéralement sur le même côté, à droite en général. La pression subie ainsi par le crâne, encore mou, volumineux et mal assujetti par des sutures membraneuses sur le côté où il repose uniformément, le propulse en avant, de manière que l'on constate un aplatissement très-prononcé de la bosse occipito-pariétale d'un côté, comparée à celle du côté opposé, tandis que, au contraire, la bosse frontale est plus proéminente que sa congénère. La suture fronto-pariétale est également altérée dans sa forme; elle présente une convexité ou un méplat du côté de la lésion, tandis que l'autre côté est concave. La concavité du crâne présente des particularités correspondantes à celles de la convexité. Ainsi la fosse occipito-pariétale du côté de l'aplatissement est moins excavée que celle du côté sain ; la fosse qui correspond à la bosse frontale proéminente est, au contraire, plus profonde que sa congénère.

Cette déformation peut exister à gauche quand, par rapport à l'orientation de la fenêtre avec le berceau, l'enfant a à tourner les yeux de ce côté pour voir le jour. D'où l'indication de placer l'enfant en face du jour tout en le changeant de côté, ce qui s'obtient en alternant simplement la disposition du berceau. On comprend qu'avec la liberté de ses mouvements, l'enfant neutralise plus tard cette déformation en se portant à droite et à gauche alternativement.

Elle persiste néanmoins dans quelques cas. M. Guéniot a observé cette déformation typique sur un enfant de 18 mois, et beaucoup au delà de cet âge, c'est-à-dire à 9, 10, 11 et 13 ans et même sur un jeune médecin de 25 ans. Il y a donc lieu de

se demander si ce développement anormal du cerveau n'influe pas sur l'intelligence. Dans un seul cas, elle coïncidait avec des convulsions et de l'idiotie chez un enfant de 6 mois ; d'autrefois avec l'hydrocéphalie.

Virchow a signalé une déformation oblique ovalaire qu'il attribue à la synostose prématurée de certaine suture, obligeant le cerveau de se porter dans une autre direction. Mais son existence chez les très-jeunes enfants où cette synostose n'existe pas, montre bien que la théorie du célèbre anatomiste ne s'applique pas à tous les cas et n'est qu'une exception. (*Soc. de chir.*, août.)

A l'appui de cette interprétation et comme réponse péremptoire à ceux qui ne voient là qu'un effet du hasard ou une conformation vicieuse de la tête, M. le docteur Lobligeois cite l'observation d'un garçon né à terme, en présentation occipito-iliaque droite antérieure, par évolution normale avec une tête peu volumineuse, remarquablement régulière et nullement passée à la filière. Après des alternatives d'allaitement naturel et artificiel, l'enfant revient à six semaines avec un aspect rachitique, et la déformation suivante de la tête : enfoncement de la suture fronto-pariétale droite; saillie de la suture occipito-pariétale droite ; saillie de la suture temporo-pariétale gauche ; refoulement de la suture occipito-pariétale gauche. En un mot, forme oblique d'avant en arrière et de gauche à droite, par chevauchement le long de la suture sagittale des deux moitiés du cerveau, dont la gauche semble refoulée en avant, la droite pendant en arrière quand l'enfant est dans le décubitus horizontal.

Ce dérangement étant attribué à la mollesse des os, l'enfant est remis au sein et ayant appris qu'il était toujours couché sur le côté gauche, le visage tourné vers le lit de la bonne, on fait changer la position.

Deux mois après, l'enfant, âgé de six mois à peine, ne présente plus aucune déformation appréciable (*Gaz. hebd.*, n° 46). N'est-ce pas là une contre-épreuve que la déformation est bien toute mécanique, et peut être évitée et modifiée, sinon annulée, en changeant alternativement la position.

**THÉRAPEUTIQUE.** *A Handbook of therapeutics.* (Manuel de thérapeutique), par le docteur Sydney-Ringer, 1 vol. in-8 de 485 pages. Compilation de ce qui a été dit sur l'emploi des médicaments ordinaires, sans aucune exposition théorique de leur mode d'action. Il se borne au côté pratique, en s'appuyant surtout sur l'ouvrage allemand de Buchheim, dont il est ainsi l'expression trop réelle, car il en reproduit jusqu'aux erreurs. Mieux eût valu pour l'auteur une traduction littérale qui lui eût épargné au moins cette responsabilité.



*Annuaire de thérapeutique*, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie *pour* 1869, avec *Mémoire sur la production de l'urée dans l'économie vivante*, et de deux *Leçons sur l'étiologie de la glycosurie*, par le professeur A. Bouchardat. *Vingt-neuvième année.* 1 volume in-18 de 330 pages. Librairie *Germer Baillière.*

**THORACENTÈSE.** Elle est indiquée, selon M. Moutard-Martin, dans tous les cas où l'épanchement est excessif quelle que soit la période de la maladie et même, comme M. Blachez, sans attendre une urgence impérieuse à cause des fausses membranes qui peuvent à la longue se transformer en une coque pseudo-membraneuse qui étreint le poumon et l'empêche de recouvrer ses fonctions, comme il en cite un cas fatal. V. Pleurésie.

Des trois classes d'épanchements pleuraux que distingue M. le professeur Dupré (de Montpellier), la thoracentèse serait seulement souveraine contre ceux qu'il appelle *séro-plastiques* et *rhumatismaux*. Sur 76 cas de cette catégorie opérés par lui, il a obtenu les résultats suivants :

| | Cas. | Guérisons. | Morts. |
|---|---|---|---|
| Opérés dans la 2e semaine. | 47 | 46 | 1 |
| — le 1er mois | 19 | 15 | 4 |
| — le 2e — | 8 | 5 | 3 |
| — le 5e — | 1 | 1 | |
| — le 17e — | 1 | 1 | |

Quant aux épanchements essentiellement *inflammatoires* qui accompagnent les véritables pleurésies ou qui leur succèdent, ils ne sont pas du ressort de la thoracentèse ; d'ordinaire, ils se résolvent sans son intervention. Le danger prédominant des lésions qui produisent les accumulations séreuses, véritables *hydropisies* qui se font dans les plèvres en conséquence de lésions organiques ou d'altérations générales, la nature de la sérosité épanchée, la tendance incessante à l'augmentation, démontrent surabondamment l'inutilité de la ponction.

Les épanchements séro-plastiques se montrent dans les temps variables : un frisson léger, une gêne douloureuse dans un des points du thorax, en marquent souvent le début; quelquefois ils succèdent directement à des douleurs articulaires ou à des névralgies sciatiques. Dans quelques circonstances, la douleur thoracique initiale est très-vive et trouble profondément la respiration; mais elle est superficielle, étendue, mal limitée, mobile, augmentant par les mouvements apyrétiques ou avec une fièvre sans proportion avec elle. Qui ne reconnaît à ce tableau la véritable pleurodynie, le vrai rhumatisme des muscles pectoraux? Or, il arrive que, pendant le cours de cet état douloureux, ou plus souvent au moment où il s'apaise, il s'exhale dans l'une des cavités pleurales, obscurément d'abord, un liquide surabondant qui peut devenir, en très-peu de temps, un épanchement considérable. Se produisant sans douleur, sans oppression, sans toux, il n'existe aucune dyspnée subjective; il n'y a point de fièvre; l'appétit et le sommeil sont conservés. Cependant une nuance de pâleur livide sur le visage, un effort anormal de contraction dans certains muscles de la face ou du cou, l'interruption brusque des grands mouvements inspirateurs au milieu de leur évolution, le décubitus unilatéral, la gêne, l'irrégularité, le dicrotisme du pouls, en font pressentir l'existence avant même que les signes physiques l'aient démontrée ouvertement. Ce sont eux que M. Pidoux a si bien décrits sous le nom de *pleurésie latente*.

Contre ces épanchements, le traitement médical est tardif dans ses effets, incertain dans ses résultats, impuissant dans quelques cas. La lenteur de son action permet la formation de lésions irrémédiables ou la survenance d'accidents funestes, ou même la mort subite, instantanée, sans que rien ne l'annonce.

La ponction de la plèvre et l'évacuation du liquide épanché peuvent prévenir ces accidents sans que cette petite opération ajoute absolument rien à la gravité de la situation. A moins d'indications spéciales, M. Dupré perfore le sixième espace intercostal à droite et le septième à gauche, dans la direction d'une ligne qui, partant du centre du creux axillaire, s'abaisse perpendiculairement vers l'hypochondre.

Il recommande de la pratiquer immédiatement dans les épanchements qui ont plus de quinze jours de date, surtout ceux qui siégent à gauche et qui occupent toute la cavité pleurale.



Dans ceux qui se forment sous les yeux de l'observateur, il ne faut y recourir qu'après le dixième jour, et s'ils occupent au moins les deux tiers de la cavité pleurale. (*Acad. de méd.*, mars.)

Cette classification n'est-elle pas un peu arbitraire et la distinction en épanchements actifs ou passifs ne suffit-elle pas pour tirer les indications et les contre-indications de la thoracentèse?

M. le professeur Fonssagrives conteste d'autre part, et sans doute avec beaucoup d'autres praticiens, la contre-indication de la thoracentèse contre les épanchements inflammatoires, hydropiques de la plèvre. N'agirait-elle alors que comme palliative, qu'il faudrait encore l'employer. Les recherches de Brady, consignées dans le *Traité clinique des maladies de la poitrine*, de Walshe, infirment cette opinion, trop accréditée, que les épanchements purulents ou séro-purulents donnent moins de succès que les autres. Sur 52 cas de ponction dans des épanchements de pus, il y a eu 37 guérisons, et sur 59 épanchements séreux, il n'y en a eu que 20. De là l'inconvénient réel à se baser sur la nature présumée d'un épanchement pour déterminer l'utilité de la ponction et le moment précis d'y recourir. (*Gaz. hebdom.*, n° 20.)

**Thoracentèse capillaire.** Contre M. Blachez, qui l'a proposée, pratiquée et défendue l'année dernière, M. le docteur Picard réclame la priorité de l'idée au moins émise dans les lignes suivantes, publiées en 1862 :

« La meilleure manière de pratiquer la thoracentèse consiste dans l'emploi d'un trocart capillaire qui, produisant un écoulement rare du liquide, préserve le malade de quintes et de toux très-pénibles, et permet au poumon de reprendre insensiblement son expansion normale. » (*Gaz. des hôp.*, n° 16.)

Si l'idée est antérieure et indispensable à l'emploi d'une méthode, évidemment M. Picard a tous les droits à la priorité de celle-ci. Le docteur Bois, d'Aurillac, relate d'ailleurs deux faits où il s'en est servi avec succès dès 1864. (*Idem*, n° 1.)

La *toracentesi capillare*, par le docteur Cattaneo Giovanni. Opuscule relatant l'emploi de cette nouvelle méthode à l'hôpital civil de Pavie. Sur 7 cas, il y eut deux guérisons complètes et rapides, deux grandes améliorations avec fistules persistantes, et trois décès indépendants de l'opération. Pavie.

**TÆNIA.** *Extrait de fougère mâle.* Cette plante, dont l'action tœnicide paraissait avoir pâli devant la racine d'écorce de grenadier, surtout le Kousso, au point d'être abandonnée, a été remise en honneur sur le sol même de l'Abyssinie et en face de celui-ci qui y croît en abondance. Le docteur Currie, médecin en chef de l'expédition anglaise, a traité là avec succès les cas de tænia observés chez les Européens et les Indiens, par de l'extrait de fougère mâle envoyé par le professeur Christison d'Édimbourg. Les doses sont de 18 à 24 grains anglais (1 gr. 17 cent. à 1 gr. 56 cent.), sous forme d'émulsion ou de sirop. Une seconde dose est répétée un mois ou six semaines après la première. Le tænia n'est jamais expulsé vivant. Par des expériences comparatives, ce remède s'est montré supérieur aux autres, soit par son action plus certaine, sa facilité d'administration et son innocuité. Christison explique les dissidences à cet égard par la différence d'activité de cette racine, suivant les pays et la saison où elle est récoltée, de même que la défectuosité des modes de préparation. (*Edinb. med. Journ.*, mars.)

M. Hepp, le savant et rigoureux pharmacien de l'hôpital civil de Strasbourg, est du même avis et prend les mesures suivantes pour arriver à l'identité de cette préparation : il fait cueillir les rhizomes de fougère mâle vers le mois de septembre, en grande quantité, car 150 kilos ne donnent parfois que 30 à 40 kilos bons à la préparation. Il ne choisit, en effet, que les frondes nouvelles de l'année, qui se distinguent des autres par une belle couleur verte, en en opérant la section à la base, près du rhizome, tandis que les autres présentent une coupe jaune ou noire. Les parties vertes ainsi choisies et triées, on les traite par l'éther pur, condition essentielle, et l'on obtient ainsi un extrait dont on fait des bols de 3 grammes. Une poudre est aussi préparée avec ces parties vertes.

Il y a donc lieu de revenir à l'emploi de cet ancien remède de Peschier, à l'exclusion des plus nouveaux qui l'ont fait oublier, mais non plus sous la forme de décoction, ni de cet appareil pharmacologique compliqué, indiqué par les anciens formulaires et qui l'ont fait abandonner.

**TOUX. Toux sympathique.** Parmi les diverses lésions qui peuvent produire sympathiquement la toux, le docteur Fox signale celles du conduit auditif. Dans plusieurs cas observés par lui et qu'il relate, la toux ne dépendait pas d'une autre cause. C'est ainsi que des nausées et des vomissements se montrent aussi par sympathie d'altération du conduit auditif externe. D'où l'indication clinique d'examiner soigneusement l'oreille dans ces cas dont il n'est pas facile d'expliquer la cause. On pourrait même détacher, suivant cet observateur, des toux idiopathiques, les cas où elle dépend chez certains individus de l'irritation des branches du nerf auriculo-temporal qui se rend au canal auditif. (*Cong. de Leeds* et *Gaz. méd.*, n° 47.)



**TRACHÉOTOMIE.** Sur un relevé de 203 trachéotomies dans le croup, le docteur Jacobi relève 50 guérisons, soit le quart. Cette proportion, obtenue par les chirurgiens américains, est à peu près la même que celle obtenue à l'hôpital des Enfants et ne peut qu'autoriser de plus en plus les praticiens à recourir à cette opération dans les conditions voulues. (*Amer. Journ. of Obstetrics.*)

*Fixation de la trachée.* Il y a longtemps que la mobilité de la trachée a été signalée comme un grave obstacle à sa division médiane juste et franche et correspondante à celle des téguments. Frappé de ce fait, M. le docteur Flavard, chirurgien chef interne à l'Hôtel Dieu de Marseille l'a fixée avant de l'ouvrir, avec une pince à dent de rat et à pression continue. Après l'avoir découverte dans une étendue suffisante, il la saisit à l'angle supérieur de la plaie en implantant les pinces dans son tissu. L'incision fut ainsi irréprochable sous tous les rapports. (*Marseille méd.*, avril.)

*Canule à opercule mobile.* Imaginée par le docteur Bonnier, dans le but de remplacer la glotte dans l'acte de la respiration et la pensée que la suppression de cette alternative d'occlusion et d'ouverture avec les canules ordinaires pouvait avoir des inconvénients et contribuer aux périls de la trachéotomie. Expérimentée comparativement sur un chien trachéotomisé, cette canule a paru rendre la respiration et la circulation plus calme que la canule ordinaire, d'accord avec les tableaux graphiques qui le démontrent. Elle donne donc une respiration plus naturelle et méthodique. Mais son emploi sur l'homme peut seul en faire connaître l'efficacité. (*Étude sur la respiration dans la trachéotomie, thèse inaugurale*, 1868, *Strasbourg.*)

*Suppression de la canule.* N'ayant obtenu qu'un succès sur 18 trachéotomies, M. Guillou (de Royan) met ces insuccès sur le compte de l'action irritante, érosive de la canule sur la muqueuse. Rien ne lui paraît plus capable de produire ces effets que le contact permanent et prolongé, après l'opération de la trachéotomie dans les cas de croup, d'un tube métallique de plusieurs centimètres de long avec une muqueuse que, même dans l'état ordinaire, suffisent à enflammer et à détruire les liquides les moins excitants et de simples vapeurs irritantes. Aussi dit-il que, si, au premier instant, la trachéotomie ressuscite les malades, *la canule les tue* ensuite. Pour y remédier, il a d'abord essayé de momifier les bords de l'incision trachéale avec du collodion ; mais en se dissolvant et se ramollissant par la chaleur, il laisse trop à désirer. Un obturateur ovalaire en ivoire flexible ou en caoutchouc, présentant deux bourrelets séparés par une rainure assez profonde et muni d'une ouverture au centre, lui a paru plus convenable. Un fil suffirait à l'assujettir.

Jusqu'ici, M Guillou s'est servi tout simplement d'un tube en plomb, à ouverture elliptique calculée sur les dimensions de la trachée, offrant de même, à son orifice interne, un bourrelet ou évasement s'appliquant exactement autour des bords de la plaie qu'il tient écartés. Au dehors, il est divisé en trois ou quatre lamelles qu'on renverse, comme le font les corsetières pour leurs œillets soit immédiatement sur la peau ou en y interposant un disque de sparadrap percé au centre.

Le moyen est simple et facile sans doute, mais comment introduire des liquides irritants, comment écouvillonner la plaie? Trouver un autre métal flexible et inoffensif n'est pas chose facile. Si donc il s'agit de modifier la forme et les dimensions de la canule, il ne semble pas aisé de changer le métal pour qu'elle ait la résistance et l'innocuité voulues. (*Bull. de thér.*, septembre.)

**TRANSFUSION.** On s'est beaucoup occupé de ce moyen, dans ces dernières années, sans que l'on soit encore fixé sur sa valeur ni sur son mode d'emploi. Tandis que les uns en redoutent les dangers et ne le conseillent ou ne l'emploient que comme l'*ultima ratio*, d'autres en font un moyen usuel, presque exempt de dangers et vont jusqu'à le conseiller comme préventif. Ces différences d'appréciation dépendent sans doute du



mode opératoire et du liquide employé. La transfusion, qui s'entendait de la soustraction du sang d'un individu sain pour le transmettre directement à un malade exsangue sans subir le contact de l'air, ce qui ne pouvait avoir lieu qu'avec des appareils plus ou moins compliqués, la transfusion, dis-je, s'étend aujourd'hui à l'injection même du sang défibriné et filtré dans les artères radiales.

M. de Belina, agrégé à la faculté de Heidelberg a inventé un appareil à cet effet dont les avantages sont de pouvoir se nettoyer facilement, de contenir la quantité de sang voulu à la température requise, de manœuvrer aisément, avec précision, et de s'opposer à l'introduction de bulles d'air dans les veines.

M. le docteur Albanèse rapporte 6 observations s'appliquant à ce procédé chez deux femmes et quatre hommes. Dans trois cas d'anémie, suite d'hémorrhagie, les opérés ont guéri ; mais dans les trois autres où il s'agissait d'infection purulente, de tubercule et de septicémie, les opérés sont morts, non de leur opération, mais de leur maladie, et ce résultat n'a rien d'étonnant (*Gazz. clinica di Palermo*, juin). Ce qui étonne, c'est que l'on ait recours à ce moyen en pareil cas. Ce n'est pas quand l'organisme est empoisonné que quelque grammes de sang nouveau, défibriné et filtré, peuvent aider à éliminer le poison ; l'opération par elle-même ne peut qu'aggraver cet état.

M. Landois, qui le dernier en Allemagne s'est occupé de ce sujet, a essayé de faire une statistique de la transfusion dont voici les résultats :

| | Cas. | Guérisons. | Décès. | Inconnues. |
|---|---|---|---|---|
| Anémie aiguë : | 97 | 63 | 31 | 3 |
| Intoxication — | 10 | 3 | 7 | |
| Maladies diverses : | 38 | 9 | 20 | 9 |
| | 145 | 75 | 58 | 12 |

Dans une récente monographie en allemand sur ce sujet, M. le docteur Gesellius (de Saint-Pétersbourg), après un historique très-complet de la question, développe une idée toute nouvelle : c'est de prendre le sang non défibriné tiré du système capillaire cutané. S'il est vrai, dit-il, que le sang artériel, étant le plus riche en oxygène, soit mieux approprié à cette opération, il faudrait, pour l'obtenir, une opération toujours dangereuse et de nature à effrayer justement celui qui doit la subir. Et, rejetant, avec la plupart des auteurs, l'usage du sang

défibriné de même que le sang veineux, il prend celui des capillaires cutanés avec une ventouse en verre fort, munie d'un scarificateur de 19 petites lames placées en cinq lignes et que la pression d'un bouton fait agir. A la partie supérieure et latérale se trouve une petite pompe pneumatique faisant le vide, et, en bas, du côté opposé, vissé hermétiquement, un tube en verre à transfusion pouvant contenir 5 onces de sang. Un petit trocart se trouve à son extrémité pour faire l'ouverture de la veine. Ventouse et tuyau sont entourés d'une chemise en caoutchouc qui, remplie d'eau à 35 degrés, prévient la coagulation du sang.

Le mode opératoire est aussi simple. La ventouse étant placée sur le dos d'un homme bien portant et le tuyau bien fermé tombant perpendiculairement en bas, on la fixe avec la main gauche, tandis que la droite fait le vide avec le piston. Dès que le patient éprouve une sensation désagréable, un coup de la main à plat sur le bouton du scarificateur fait entrer les lames dans la peau et le sang coule. Le tube rempli, on ouvre le robinet qui se trouve près du trocart, et, en enfonçant celui-ci dans la veine médiane céphalique ou basilique du malade, le sang entre par son propre poids dans le vaisseau. Il suffit de fermer le robinet pour interrompre l'opération. Une échelle gravée sur le verre du tuyau indique à chaque instant la quantité de sang injecté.

Cette description d'un instrument simple et ingénieux et d'un procédé opératoire si facilement applicable ne peut que disposer en faveur de la transfusion du sang, limitée surtout aux cas d'hémorrhagies syncopales, mortelles. Mais il lui manque encore la consécration indispensable de la pratique. L'auteur ne l'a employé comme essai que sur un soldat atteint de rhumatisme chez lequel une application de ventouses était indiquée. La transfusion du sang faite à un gros chien a parfaitement réussi. Il ne s'agit donc que de l'essayer sur l'homme.

**TUBERCULOSE.** VIRULENCE ET INOCULABILITÉ. *Ingestion de la matière tuberculeuse.* Contrôlant les observations de M. Chauveau (V. *Année* 1868), M. le docteur Parrot a fait ingérer, le 4 décembre 1868, à un vigoureux cochon d'Inde de quatre mois, 50 centigrammes de matière tuberculeuse en boulette, et, en répétant cette ingestion plusieurs fois dans les mois suivants, il trouva l'animal mort le 12 mars, sans que sa



santé ait paru altérée. L'autopsie démontra une tuberculisation incontestable de tous les viscères; l'encéphale, le cœur, les reins exceptés. Les ganglions étaient surtout malades, avec des foyers de ramollissement.

Or, cet animal vivait au milieu de plusieurs autres dont trois de la même portée, qui n'offraient aucun indice de maladie, si ce n'en est un qui avait subi la même expérience. Il était triste, anhélant, et le poil presque toujours hérissé. Dans plusieurs autopsies de cobayes bien portants, l'auteur, n'ayant jamais rencontré de lésions tuberculeuses, celles de celui-ci semblent devoir être rapportées à l'absorption par le tube digestif. (*Soc. méd. des hôp.*, mars.)

Contrairement aux précédents expérimentateurs, M. le docteur Dubuisson n'a pas obtenu de résultats dans les expériences suivantes, faites à l'amphithéâtre de Clamart, avec l'aide de M. Tillaux, directeur de l'établissement, qui avait mis à sa disposition tous les animaux nécessaires, par le procédé opératoire de M. Villemin, qui a inoculé lui-même quelques-uns des sujets.

Deux séries d'expériences ont eu lieu : dans l'une, des substances organiques diverses, ont été introduites sous la peau ; dans l'autre, on a fait pénétrer des substances tuberculeuses dans les voies digestives.

Lorsqu'on insère sous la peau une matière cadavérique, il se produit des accidents différents, et par l'époque à laquelle ils se montrent, et par leur nature intime. Dans quelques cas, les animaux meurent rapidement sans présenter à l'autopsie de lésions suffisantes pour expliquer la mort. C'est ainsi qu'un lapin, à la suite d'une injection à l'aine de 5 gouttes de pus de cancroïde délayé dans de l'eau, est mort le lendemain. Un autre, après une insertion à l'aine droite de 6 centimètres de fil trempé dans du suc cancéreux, est mort le sixième jour. Deux lapins sont morts le lendemain d'une introduction sous la peau de l'épaule de 1 gramme de poumon tuberculeux.

Un autre est mort le sixième jour après introduction, sous la peau de l'épaule, de 6 centimètres de fil trempé dans des crachats tuberculeux.

Un lapin auquel on avait inséré sous la peau de l'épaule 1 centimètre et demi de fil trempé dans des crachats tuberculeux, est mort le seizième jour.

Enfin un lapin est mort le cinquième jour, après introduction

de 50 centigrammes de muscle de cadavre sous la peau de l'aine droite.

D'autres fois il se produit des accidents plus tardifs, mais qui semblent tenir cependant à l'opération. Exemple : un cobaye auquel M. Villemin avait introduit sous la peau du thorax quelques fragments de poumon tuberculeux de lapin, sacrifié deux mois après, présenta à l'autopsie des granulations grises dans les poumons. Ces petites masses sont plus volumineuses, moins dures et d'un volume moins égal que les granulations tuberculeuses; elles sont surtout également répandues dans tout le poumon, et il y en a tout autant à la base qu'au sommet. L'examen microscopique, fait avec beaucoup de soin par M. Grancher, chef du laboratoire de Clamart, comparativement à des granulations de poumon d'enfant, a démontré que ce n'était pas là du tubercule. Voici le tableau comparatif de ces caractères différentiels :

| *Tubercule.* | *Granulation du cobaye.* |
|---|---|
| Masse nettement limitée. | Masse diffuse. |
| Cellules jeunes, rondes et pressées. | Cellules volumineuses, aplaties, de forme variable, disséminées dans la cavité alvéolaire. |
| En moyenne 0,10 millimètres de diamètre. | En moyenne 0,06 millimètres de diamètre. |
| Zone de prolifération formée par un groupement plus serré de cellules ; celles du centre plus petites, plus rares, déformées. | Nulle zone de prolifération. Cellules du centre aussi volumineuses que celles de la périphérie; travées alvéolaires distinctes. |

M. Grancher, se fondant sur les caractères histologiques, a vu là de petits noyaux de pneumonie catarrhale.

Dans tous les autres cas, rien n'a été obtenu; et la nature des produits employés n'a aucunement modifié les suites de l'opération. Du liquide recueilli dans le péritoine d'un homme mort depuis 30 heures, d'abord injecté, un lapin est mort dans le marasme un mois après injection à l'aine de 12 gouttes de ce liquide ; il s'était produit un énorme abcès, mais sans traces de tubercule.

Un autre lapin a subi d'abord une injection à l'aine de 13 gouttes du même liquide, il a perdu une partie du scrotum qui s'est sphacélé; deux mois après on lui introduit à la base de chaque oreille un morceau de poumon trempé dans du pus d'abcès métastatique ; sacrifié au bout de neuf semaines, plus



de quatre mois après la première opération, il est remarquable comme vigueur, mais ne présente aucune lésion.

Un chien de 20 kilogrammes reçoit à l'aine 20 gouttes du liquide péritonéal ; il se forme un abcès et l'animal se rétablit. Un mois après, on lui introduit sous la peau de l'épaule 1 gramme de poumon tuberculeux d'homme; il survient un vaste abcès. Sacrifié au bout de deux mois, l'animal ne présente aucune lésion à l'autopsie.

Un cobaye, mort cinq semaines après introduction de granulations tuberculeuses sous la peau de l'aine, ne présente rien à l'autopsie. Un lapin, sacrifié deux mois après qu'on lui eut introduit quelques granulations tuberculeuses sous la peau de l'aine, ne présente à l'autopsie qu'un petit noyau de pneumonie lobulaire. Un chien, inoculé aux deux aines par M. Villemin avec du tubercule de lapin, n'a rien présenté à l'autopsie deux mois après. Il en a été de même d'un lapin inoculé à la base des oreilles par M. Villemin, et sacrifié deux mois après. Enfin un autre lapin, qui avait subi la même opération, n'a présenté, au bout de trois mois, que deux petits noyaux de pneumonie lobulaire.

On fait avaler des crachats tuberculeux à deux cobayes qui sont morts tous deux sans rien présenter à l'autopsie : l'un, qui avait ingéré 9 grammes de crachats, a succombé le vingtième jour; l'autre qui en avait ingéré 50 grammes, est mort le huitième jour.

Dans les expériences suivantes, on fait avaler à des animaux des fragments de poumons infiltrés de tubercules à toutes les périodes de leur évolution.

Un chien, pesant environ 16 kilogrammes, a mangé, en dix fois, du 10 décembre au 20 février 1868-1869, 567 grammes de poumon. Il est sacrifié le 11 mars; tous les organes sont sains.

Un chien, pesant environ 15 kilogrammes, en a mangé à dix reprises, du 27 février au 2 avril 1869, 633 grammes. Il est sacrifié le 23 avril; tous les organes sont sains.

Deux lapins, qui avaient déjà passé deux mois dans l'obscurité et l'air confiné reçoivent, le 11 février 1869, 12 grammes chacun d'un liquide obtenu en écrasant du poumon tuberculeux dans de l'eau; l'injection est opérée au moyen d'une sonde en caoutchouc introduite dans l'estomac. Le 20, injection de 12 grammes de liquide et introduction forcée de 2 gr. 50 cent. de

poumon tuberculeux à chacun. Le 24, 12 grammes de liquide et 1 gramme de poumon et autant le 26 et le 27. Le 10 mars, 1 gramme. Le 11, 2 grammes. En tout, pour chacun d'eux, 60 grammes de liquide injecté dans l'estomac et 11 gr. 50 de poumon avalé. Ils sont sacrifiés le 20 avril ; tous les organes sont sains.

Un cobaye a mangé à dix reprises, du 24 février 1869 au 2 avril, 17 grammes de poumon tuberculeux. Sacrifié le 23, il présente dans les poumons quelques granulations qui sont, comme le démontre le microscope, de petites pneumonies lobulaires. On était obligé d'ouvrir la bouche de l'animal avec une paire de ciseaux, de sorte qu'il a pu être blessé, et l'on a peut-être affaire à une inoculation.

Les expériences précédentes établissent donc que :

1° Les matières inoculées sont le plus souvent inoffensives, la nature des produits employés n'influant en rien sur le résultat ;

2° Elles produisent quelquefois des accidents rapides et occasionnent la mort par une espèce d'empoisonnement ;

3° Il se produit dans quelques cas des pneumonies lobulaires qui sont peut-être consécutives aux inoculations, et qui peuvent être confondues avec les tubercules.

4° Les matières tuberculeuses données comme aliments occasionnent quelquefois la mort de l'animal, empoisonné comme par les produits septiques.

5° Le plus souvent, les animaux qui mangent du poumon tuberculeux éprouvent un malaise résultant de cette mauvaise alimentation, mais ne deviennent pas tuberculeux.

Ces expériences démontrent donc que la tuberculose n'est, dans son essence, ni virulente, ni contagieuse, pour les animaux sur lesquels on a expérimenté. (*Acad. de méd.*, août.)

A l'instar des expérimentateurs anglais, MM. Cohnheim et Fraenkel ont varié leurs expérimentations en opérant sur des cochons d'Inde ayant l'avantage de ne pas présenter, comme les lapins, d'affections parasitaires du foie ni des poumons pouvant être confondues avec la tuberculose, et de mieux supporter les lésions abdominales. Puis, ils ont opéré comparativement avec de la matière tuberculeuse et les substances les plus variées, telles que des fragments de cancers, de condylomes, de sarcomes, de muscles, de charpie, des bandelettes de papier à filtre, des fragments de gutta-percha, de caoutchouc, etc.



Introduites dans le péritoine par une ouverture fermée aussitôt, ces matières ont fait périr beaucoup d'animaux de péritonite. Mais ceux qui ont résisté ont tous présenté une tuberculose généralisée, quelle que fût la substance introduite. Une péritonite enkystée s'ensuivrait d'après ces expérimentateurs, et c'est la matière contenue dans le kyste ou l'abcès qui, en passant dans le torrent circulatoire, donnerait lieu à la tuberculose généralisée. Et cette interprétation nouvelle se trouve justifiée par ce fait que cette matière ou ce pus, injectés dans les veines de cochons d'Inde et de chiens, les a rendus tuberculeux les uns et les autres. Ce tubercule n'est donc pas le produit du tubercule, et c'est là une nouvelle contradiction de la doctrine des auteurs français.

Pour mieux démontrer la virulence de la tuberculose, M. Villemin l'a inoculée de différentes manières, et en la déposant sous la peau, comme dans ses premiers essais. Il a ainsi inoculé les matières liquides de l'expectoration des phthisiques au moyen d'injections hypodermiques ou avec un fil à ligature imbibé de la matière inoculable avec les matières desséchées de l'expectoration, avec la sueur et les crachats des phthisiques. Or, toutes ces expériences ont développé la phthisie chez les lapins, l'inoculation de la sueur exceptée. Aussi conclut-il de plus en plus affirmativement à la virulence du tubercule et des matières expectorées par les phthisiques, soit par l'inoculation, soit par absorption dans les voies digestives et respiratoires des crachats liquides ou desséchés. (*Acad. de méd.*, avril.)

**Tubercules de la choroïde.** Ils seraient toujours liés, d'après les observateurs allemands, à la tuberculose généralisée ; et leur constatation par l'ophthalmoscope serait un nouveau moyen de la diagnostiquer au début, alors que les signes physiques font défaut et laissent encore du doute, de l'incertitude. Cette coïncidence signalée dans trois cas par le docteur Manz et par le docteur Busch dans un quatrième, avait été considérée comme fortuite ; mais l'observation ultérieure a montré, au contraire, qu'elle était presque constante. Dans 7 observations de tuberculose miliaire généralisée, le docteur Cohnheim l'a trouvée accompagnée de produits tuberculeux dans la choroïde. Six fois les deux yeux étaient envahis. A l'autopsie, le nombre des amas tuberculeux variait de 4, 6, 8, et même 10 et 12. Ils s'élevaient à 40 dans un cas et à 52 dans l'autre.

Ces granulations avaient à peu près le même volume que dans les autres organes. Les plus petites étaient grisâtres, les plus grosses jaunâtres dans toute leur épaisseur, sinon à leur centre, ayant la plus grande analogie avec ceux des autres organes, et d'une structure microscopique identique.

Ces faits, soumis à la *Société de médecine de Berlin*, ont été confirmés par le professeur de Graefe qui, ayant constaté la même altération dans la choroïde, a vu le sujet mourir tuberculeux bientôt après.

Le docteur Fraenkel a de même présenté une choroïde farcie de tubercules provenant d'un tuberculeux observé par M. Leber et de Graefe, qui ont publié un mémoire sur ce sujet.

Au début, ces granulations siégent ordinairement autour du nerf optique et de la tache jaune; plus tard, quand elles se sont multipliées, elles sont disséminées partout à la surface du fond de l'œil. Leur forme est arrondie et leur diamètre variable, oscillant entre 1/3 de millimètre et $2^{mm},5$. Elles sont rarement agglomérées, ce qui les différencie avec les amas du début de la choroïdite.

Elles siégent surtout dans la choroïde en comprimant la couche pigmentaire sous-jacente, à mesure qu'elles s'accroissent en en diminuant la coloration accentuée. Peu à peu, le pigment s'efface au centre et finit par disparaître à la périphérie. Ces granulations deviennent ainsi plus claires en s'accroissant et les plus grosses proéminent à la surface de la choroïde, alors qu'il n'y a plus trace de teinte pigmentaire.

L'expérimentation a confirmé ces résultats; M. Cohnheim a inoculé la tuberculose des cochons d'Inde, et a trouvé en les autopsiant des granulations miliaires dans la choroïde, en même temps que dans la plupart des autres organes.

Répétées par le docteur Waldenburg, ces expériences ont donné absolument les mêmes résultats. On ne saurait donc douter que la choroïde ne soit un des organes les plus sensibles à la diathèse tuberculeuse, et que l'ophthalmoscope ne permette ainsi de la reconnaître au début d'une manière certaine. (*Union méd.*)

**Tubercules de la langue.** Des observations de M. Trélat, il résulte que les ulcères de la bouche désignés sous le nom de phthisie buccale et d'ulcères tuberculeux, sont produits par l'ulcération de véritables tubercules, ce qui n'était pas admis jusqu'ici. Toujours observés chez des tuberculeux, ils apparaissent primitivement dans certains cas exceptionnels, alors que la tuberculose pulmonaire est encore latente, bien que le contraire soit la règle. Il s'agit donc d'en établir le diagnostic, ce qui est en général facile à toutes les périodes de la maladie d'après l'évidence de ce signe. (*Acad. de méd.*, novembre.)

V. Larynx.



**TUMEURS.** *Nouvelle méthode d'excision.* Il n'est bruit depuis quelque temps que de la nouvelle méthode chirurgicale venant de l'étranger pour la destruction des tumeurs. Elle remplace l'instrument tranchant par le cautère actuel, et met ainsi à l'abri des hémorrhagies et de l'infection purulente. Il s'agit de la méthode du docteur Manrique, consistant à étrangler tout simplement dans un clamp la base ou le pédicule de la tumeur, et à l'exciser en la traversant ensuite de part en part avec un cautère tranchant, en forme de gouge et chauffé au rouge. La tumeur est ainsi enlevée avec une admirable rapidité sans aucun risque d'hémorrhagie ni d'infection purulente. Des clamps et des cautères de différentes grandeurs sont seulement indispensables.

Cette méthode s'applique même aux tumeurs situées profondément. Il ne s'agit que de mettre les parties à l'abri du feu, et la rapidité d'exécution est telle qu'il n'y a pas lieu d'en redouter le danger. Elle a ainsi été appliquée avec succès aux tumeurs hémorrhoïdales par l'auteur et par M. Péan à l'hôpital de Lourcine, de même qu'à l'ablation de grosses végétations et dans un cas d'éléphantiasis de la vulve. M. Maisonneuve l'a employée à l'Hôtel-Dieu pour la résection d'un testicule. M. Manrique la recommande surtout pour la résection du col utérin, en se servant de cautères en forme de cuiller, à bords tranchants plus ou moins courbés et de dimension variable, suivant les cas (*Gaz. des hôp.*, n° 77). En vérité, ce serait là un perfectionnement considérable si cette méthode tient toutes ces promesses, et, si en les faisant, on n'a pas trop sacrifié à la nouveauté.

C'est par une méthode analogue, dit M. le docteur Ollier, que j'ai vu pratiquer la castration des chevaux par les Arabes. Le cheval étant couché et maintenu immobile sur le côté droit, et des couteaux de forme ordinaire étant chauffés sur un brasier ardent, l'opérateur, accroupi derrière l'animal, saisit à pleine

main gauche le scrotum au-dessus du testicule en tendant la peau, tandis que la droite, armée du cautère cutellaire, incise dans toute la longueur du testicule et divise d'un seul coup toutes les tuniques d'enveloppe. La glande, poussée par la main, glisse, sort des lèvres de la plaie comme le noyau d'une cerise. L'opérateur l'attire à lui, et avec un autre couteau cautère, il sectionne le cordon au niveau de la queue de l'épidydime. Tel est le manuel de cette opération. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, n° 9.)

Ces couteaux cautères sont donc différents dans leur mode d'action des pinces cautères employées par M. Richet pour l'excision des hémorrhoïdes et c'est à tort qu'il veut les confondre ensemble (*Union méd.*, n° 150). Ces cautères tranchants sont bien réellement une innovation chirurgicale supérieure à celle des pinces cautères, puisqu'ils s'appliquent à la destruction, l'excision de tumeurs où celles-ci sont inapplicables.

**Tumeurs stéatomateuses du cuir chevelu.** Par l'injection sous-cutanée de quelques gouttes d'une solution de 65 centigrammes de tartre stibié dans 15 grammes d'eau, le docteur Krafft-Ebing a traité depuis 1863 un grand nombre de ces tumeurs, du volume d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon, avec un parfait succès. En deux à trois jours, la peau s'ulcère et la tumeur se vide sans aucune complication d'érysipèle ni nausées. (*Berlin Wochenschr.*, mars.)

**Tumeur de la gencive.** *Galvano-caustique.* Il s'agissait d'un épulis fibreux resserré entre la branche du maxillaire inférieur et la dernière grosse molaire sans qu'aucun instrument, ni bistouri, ni chaîne d'écraseur, pût être engagé entre eux. Un fil de platine pouvait seul y pénétrer. Mis en communication avec la pile par M. Chapplain, ce fil suffit au succès sans hémorrhagie. Donc, sans l'électricité, les progrès du mal auraient plus tard nécessité l'ablation partielle du maxillaire. Une opération relativement très-simple a ainsi prévenu une opération ultérieurement plus grave. (*Soc. de méd. de Marseille*, décembre 1868.)

**Tumeur dorsale des mains.** Au lieu de s'observer exclusivement à la suite de la paralysie saturnine (V. *Année* 1868), elle paraît survenir également dans l'hémiplégie de cause cérébrale, comme M. Gubler le premier l'a observé. Trois observations à l'appui sont en effet rapportées par M. le docteur Tournié. Elle survint plusieurs jours après l'apoplexie dans le côté paralysé (*Union méd.*, n° 17). Il est pourtant à remarquer qu'au lieu des nodosités décrites par les premiers observateurs, il s'agit ici d'une tuméfaction ou gonflement général, du moins au début, avec des inégalités, des bosselures ensuite sur le trajet des extenseurs. Peut-être n'y a-t-il là que la différence, toujours bonne à signaler, de l'état aigu à l'état chronique.



**Tumeur blanche du genou.** *Gangrène consécutive.* Une fille de deux ans entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 5 janvier 1869, atteinte d'une tumeur blanche du genou gauche depuis plusieurs mois. L'article était tuméfié, déformé, avec des mouvements d'extension et de flexion très-incomplets, et donnait la sensation de fluctuation fausse. L'état resta stationnaire pendant un mois, lorsque la rougeole survint dans la salle, et l'enfant en fut atteinte très-légèrement. Au déclin de l'exanthème, M. Marjolin reconnut un point véritablement fluctuant. Une incision donna issue à un flot de pus de mauvaise nature ; la plaie elle-même prit un mauvais aspect, devint grisâtre, fongueuse, puis se gangréna avec un fond noir et des bords taillés à pic. En s'étendant, la plaie revêtit l'aspect d'un phagédénisme serpigineux et térébrant ; enfin l'articulation s'ouvrit, et malgré des pansements appropriés, l'enfant succomba le 5 mars. L'autopsie montra l'oblitération de l'artère et de la veine fémorale, dans la région poplitée, par des caillots (*Union méd.*, n° 42). Reste à savoir si cette embolie détermina la gangrène, ou si elle en fut la conséquence.

**Tumeurs du sacrum chez les nouveau-nés.** Chez un nouveau-né, M. Depaul trouva à la partie coccygienne une tumeur recouverte de peau et se terminant par une touffe de cheveux avec un rudiment d'oreille, un pédicule de 1 à 2 centimètres de long et de 3 de large avec des pulsations artérielles manifestes. Excisée, elle présenta tous les rudiments d'un embryon à l'état microscopique, ce qui est une nouvelle variété des tumeurs rencontrées dans cette région et qui sont :

1° Tumeurs par inclusion ;

2° Tumeurs à myélocytes ;
3° Tumeurs formées par du tissu embryoplastique ;
4° Tumeurs formées par l'hydropisie des enveloppes de la moelle épinière, distinctes du spina-bifida ;
5° Tumeurs formées par l'hypertrophie de la glande coccygienne ou de Luschka. (*Acad. de méd.*, avril.)

**Tumeurs de l'ovaire.** V. Dystocie.

**Tumeurs de l'utérus.** V. Fibromes, Myomes, Utérus.

*Pathologie des tumeurs*, cours professé à l'université de Berlin par M. R. Virchow, traduit de l'allemand par M. Paul Arronsohn, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, etc. Traduction revue par l'auteur, tome II. Un volume in-8° de 554 pages, avec 74 figures dans le texte. Librairie *Germer Baillière*. Suite et fin de ce grand ouvrage dont la première partie a été publiée en 1866; il n'y a donc pas à revenir sur son mérite. Ce volume contient les ostéomes, les psammomes, mélanomes et gliomes, les sarcomes et les granulomes, qui complètent toute la série des tumeurs. Mais à côté de cette classification d'après la théorie cellulaire, il faut dire qu'une autre s'élève aujourd'hui, fondée également sur l'histologie et plus conforme aux doctrines françaises et à la clinique : c'est celle de MM. Cornil et Ranvier, différente aussi de celle du blastème dont MM. Robin et Broca sont les plus récents interprètes (V. Histologie). Ce sont là autant d'éléments de comparaison à l'usage des médecins.

**TYMPAN.** *Perforation artificielle.* L'impossibilité d'en prévenir l'oblitération, malgré de nouveaux essais faits de part et d'autre pour empêcher la récidive de la surdité, ont conduit le docteur Politzer à la pratiquer de la manière suivante :

Le tympan étant convenablement éclairé, on fait au centre de la cicatrice, s'il en existe une, une incision linéaire dans le segment postéro-inférieur de la membrane avec une aiguille à cataracte à deux tranchants, suffisamment coudée et d'une largeur de 5 centimètres et demi, à travers un spéculum auris fixé dans le méat auditif externe. On introduit alors entre les lèvres de l'incision l'extrémité d'une bougie en *Laminaria digitata* préalablement humectée, de 2 mètres de long sur un quart de



ligne d'épaisseur, et on l'y maintient pendant quelques heures. En se dilatant progressivement, cette petite tige provoque une douleur très-tolérable d'ordinaire, mais parfois assez forte. Sous l'influence de la pression, la plaie se transforme en une ouverture arrondie, dans laquelle on insinue, fixé dans le mors d'une pince, un œillet en caoutchouc durci, muni à sa périphérie externe d'une rainure destinée à recevoir les lèvres de la plaie et à maintenir l'appareil dans la situation voulue. Par le fait de la rétraction cicatricielle, les bords de l'ouverture s'adaptent exactement au col de l'œillet, lequel ne forme plus dès lors qu'un tout avec la membrane tympanique. Ces œillets, fabriqués par M. Leiter (de Vienne), ont une à une ligne et demie en longueur et une lumière ovale mesurant une demi-ligne dans son diamètre le plus grand. Leur surface externe possède une ou deux rainures. Chaque œillet offre, en outre, à son extrémité postérieure, une petite ouverture latérale pour le passage d'un fil de soie, afin de pouvoir le retirer s'il s'échappait aux mors de la pince, et que l'on enlève plus tard avec précaution une fois l'appareil placé. Ils joignent à l'avantage d'une extrême légèreté celui d'être mauvais conducteurs du calorique; aussi ne déterminent-ils aucune réaction inflammatoire de la part du tympan et sont portés sans que le malade en ait la moindre sensation.

Des observations témoignent de la facilité d'application de ce nouveau procédé.

*Effets de l'inflammation.* En modifiant l'épaisseur, la consistance et la tension de la membrane du tympan, elle donne lieu, suivant les observations rapportées par M. Bonnafont, à un ensemble de phénomènes nerveux, sympathiques, simulant la méningite. Il y a céphalalgie intense, vertiges, nausées et même vomissements, avec fièvre et surdité.

La pression par du cérumen accumulé ou un produit organique comme un polype ou des corps étrangers, détermine des effets analogues, tels que pesanteurs de tête, bourdonnements d'oreilles, étourdissements, envies de vomir au moindre mouvement.

Tous ces symptômes pouvant en imposer pour une affection des méninges, il est essentiel d'examiner le conduit auditif avant de se prononcer. Et dans le cas où la membrane du tympan se trouve altérée ou comprimée, il suffit d'enlever cette cause pour

voir disparaître tous les accidents. (*Acad. des sciences*, août, et *Union méd.*, n° 111.)

## U

**ULCÈRES. Ulcère simple de l'estomac.** Dans une étude sur ce sujet, avec de nombreuses observations suivies d'autopsies, M. le professeur Toulmouche (de Rennes), distingue trois causes de l'ulcère simple : la phlegmasie *érosive* de la muqueuse différente de l'inflammation ordinaire, le ramollissement et l'ulcération de la muqueuse consécutivement à un tubercule siégeant dans son épaisseur ou au-dessous d'elle; enfin son inflammation et son érosion par l'action du tartre stibié. Mais on peut voir quelles différences symptomatologiques existent entre l'ulcère isolé et véritablement idiopathique et ces ulcérations dépendant de la diathèse tuberculeuse et qui, par l'absence de symptômes gastriques, passent ordinairement méconnues (*Arch. de méd.*, septembre et octobre). Il semble donc, d'après cela, qu'il n'y a pas lieu de réunir sur le même plan ces ulcérations symptomatiques avec l'ulcère véritablement idiopathique de l'estomac, pas plus au point de vue nosologique que symptomatologique. Le diagnostic différentiel avec l'ulcère cancéreux est bien autrement autorisé et utile. 14 observations recueillies au lit du malade et suivies d'autopsies relatées *in extenso* donnent d'ailleurs à ce mémoire une certaine valeur.

Chez deux malades de l'hôpital Necker qui en étaient atteints, le professeur Lasègue a calmé les vomissements, le sentiment de pesanteur épigastrique, de plénitude et de malaise dont les malades se plaignent, en leur faisant prendre de 1 à 4 gouttes de créosote dans une potion de 100 grammes (*Gaz. des hôp.*, n° 92). Jusqu'ici ce médicament héroïque n'avait été donné que contre la dyspepsie sans altération de la muqueuse.

**Ulcère dartreux du pharynx.** V. *ce mot.*

**URINE.** *Corps sulfurés.* En traitant l'urine d'homme, de cheval et de chien avec zinc et acide chlorhydrique, le papier imbibé d'une solution d'acétate de plomb noircit aussitôt, ce qui indique le développement d'hydrogène sulfuré selon le docteur Sertoli. Mais Schmiedeberg ayant rencontré constamment dans l'urine du chat et parfois même dans celle du chien l'acide hyposulfureux, sans traces dans celles de l'homme, conclut que la réaction précédente pouvait dépendre de la présence d'un hyposulfite. Toutefois de nouvelles expériences, répétées pour l'isoler, n'ayant donné aucun résultat, pas plus avec l'urine du cheval et du chien qu'avec celle de l'homme, M. Sertoli croit que ce corps sulfuré n'est ni un sulfite ni un hyposulfite, ni un sulfure ou sulfocyanure, mais bien une substance organique que, par les réactions constamment acides de ses solutions, il croit être un acide. S'il est en faible quantité, surtout dans l'urine humaine, sa présence y est constante, et il augmente après le repas, surtout lorsqu'il se compose de substances albuminoïdes. (*Gazz. med. lomb.*, n° 25.)



*Innocuité de l'urine acide.* Contrairement au dogme de la nocuité de l'urine acide ou alcaline lorsqu'elle est en contact avec les tissus dont elle empêche la réunion et qu'elle mortifie, le professeur Simon, basé sur de nombreuses opérations sur les organes génito-urinaires de la femme, et des expériences sur les animaux, a pu se convaincre du contraire. D'après lui, l'urine acide, quoique mêlée à du sérum, du pus ou des tissus animaux morts ne tend pas à la décomposition et n'est d'aucun danger pour les tissus avec lesquels elle est en contact, tandis que l'urine alcaline, par sa décomposition ammoniacale, produit des accès fébriles avec gangrène et décollement de la peau qui les recouvre, produisant des plaies qui guérissent lentement. Quant aux infiltrations urineuses produisant des gangrènes étendues, quoique l'urine soit acide, cet effet n'est pas dû à une action chimique, mais bien mécaniquement par la compression des vaisseaux, la séparation des muscles, le soulèvement de la peau, etc. (*Deutsche klinik.*)

En l'absence de preuves probantes, on est autorisé à considérer cette nouvelle doctrine comme une simple théorie. Des faits seuls bien détaillés pourraient lui donner de la vraisemblance.

*De l'urine.* Nouvelles données séméiologiques; principaux réactifs employés au lit du malade par F. L. Nisseron, in-8°, Paris. Description des phénomènes obtenus dans le service de

M. le professeur Gubler à l'hôpital Beaujon dans les études journalières de l'urine de ses malades, de l'indigose en particulier, de son mode de production et des conditions morbides où elle se développe; sa signification séméiologique, etc. C'est donc moins un livre de laboratoire que de clinique urologique s'adressant aux praticiens appelés à opérer au lit du malade avec les moyens simples et usuels qu'il indique.

**URTICAIRE.** *Intermittence.* Elle s'établit de plus en plus par des faits provenant de différentes sources. A ceux qui se sont produits dans la presse périodique (V. *Année* 1866), M. le docteur Faliu en ajoute huit autres formant la base d'un mémoire sur ce sujet couronné par la Société de médecine d'Anvers en 1868 (*Ann. de cette Société*, mars et avril). Ajoutons qu'il n'offre cependant rien de nouveau, pas même la doctrine qu'il prétend fonder, puisqu'elle résultait de faits antérieurement publiés.

Cette doctrine s'établit ainsi de plus en plus solidement; mais on regrette que ce mémoire qui prétend la fonder ne se réfère pas aux faits précédemment publiés dont elle émane et que le rapport ne les mentionne même pas. Sommes-nous donc si oublieux ou négligents que de méconnaître des faits nouveaux, intéressants, publiés d'hier ? Un coup d'œil jeté dans le *Dictionnaire annuel des progrès pour* 1866, eût suffi pour éviter cette omission.

**UTÉRUS.** Physiologie. D'après une *étude sur quelques points de l'anatomie et de la physiologie du col utérin, des glandes de la muqueuse du col de l'utérus et de la fonction du col en dehors de l'accouchement*, M. Després pose les conclusions suivantes :

1° Le col de l'utérus renferme des glandes en grappes ou tubuleuses ramifiées, siégeant en partie dans le tissu musculaire de l'utérus, comme les glandules prostatiques au milieu des fibres musculaires.

2° Ces glandes sécrètent un liquide clair, visqueux, albumineux, analogue au liquide prostatique, qui sort du col d'une façon intermittente et produit l'éjaculation de la femme. Ce liquide, que j'appelle le liquide utérin, sort lentement du col et reste sur le museau de tanche et dans la cavité du col. On l'a considéré jusqu'ici improprement comme une variété de liquide catarrhal.

3° L'éjaculation de la femme est destinée à fournir un véhicule aux zoospermes pour leur permettre d'arriver sûrement dans le corps de l'utérus.



4° Les glandes du col s'oblitèrent pendant la grossesse et forment des kystes ou œufs de Naboth ; mais l'accouchement défait ce que la grossesse a fait de mal ; les kystes se rompent pendant l'accouchement ou par le fait du retrait de l'utérus.

5° Le col de l'utérus est érectile ; il entre en érection en même temps que les autres organes érectiles de la femme et s'entr'ouvre pour laisser passer le liquide utérin. (*Acad. de médecine*, novembre.)

Direction. De ses recherches cliniques faites à l'hôpital de Lourcine, sur 114 femmes adultes, M. Panas conclut que l'antéflexion à des degrés divers constitue l'état physiologique dans le tiers des cas. L'axe droit et bien perpendiculaire au plan du détroit supérieur considéré comme le seul physiologique n'atteint pas tout à fait la moitié des cas. Les déviations en arrière, rétroversion ou rétroflexion, sont les plus rares et par cela même ont une signification pathologique plus grande que l'antéflexion. La statistique montrant que l'âge moyen est inférieur dans les cas d'utérus infléchi que d'utérus droit, permet de supposer que l'utérus se redresse lors de la puberté, et cette probabilité est encore augmentée par ce fait que les flexions coïncident avec une menstruation hâtive et la rectitude avec une menstruation tardive.

D'une façon générale, les irrégularités de la menstruation sont plus fréquentes dans les déviations que lorsque l'utérus est droit.

La profession paraît sans influence sur la direction de cet organe et dans tous les cas d'inclinaison ou d'inflexion non pathologique, il est remarquable que ces déviations sont très-peu prononcées (*Acad. de méd.*, février). Ne résulte-t-il pas évidemment de ces faits que la rectitude de l'organe est seule physiologique et que la pathologie ne commence qu'avec une déviation prononcée de ce type normal, comme on l'a toujours considéré sans qu'il fût besoin de ces travaux minutieux d'observation et de mensuration ?

*Inversion chronique.* La constriction du col s'opposant à la réduction, M. Barnes pratiqua trois incisions longitudinales à la partie interne du col et immédiatement la réduction eut lieu. (*Med. and chirurg. Society*, 13 avril.)

L'indication ici était claire et précise; il fallait débrider. Mais ce procédé, tout en facilitant la réduction, ne rend-il pas la contention ultérieure moins sûre, ne prédispose-t-il pas à la récidive?

Le danger, en pareil cas, est de léser les tissus et les organes voisins, comme le péritoine et la vessie, ainsi que le montre l'observation suivante :

Chez une jeune fille de dix-neuf ans, ayant à porter, à soulever des poids très-lourds, une procidence de l'utérus se montra avec allongement considérable du col. La réduction étant impossible, le docteur Meadows amputa le col avec l'écraseur. Une douleur plus intense que d'ordinaire en résulta avec fièvre consécutive pendant deux jours. Le lendemain, l'opérée perdait ses urines, et, par l'examen de la pièce anatomique, on découvrit qu'une portion de la paroi vésicale et du péritoine adhérait. La vessie était ouverte, ainsi que la cavité du péritoine; accidents déjà signalés par M. Marion Sims. Néanmoins, il ne s'ensuivit aucune complication, et quelques semaines après, M. Meadows ferma la fistule vésicale avec succès. (*Obstetr. Society of London*, mai.)

De cet aveu louable de l'auteur, il faut tirer l'enseignement que l'écraseur ne peut être employé en pareil cas qu'avec la précaution de bien fixer préalablement par des épingles la limite des tissus à reséquer, autrement leur laxité permet ainsi de s'engager dans la chaîne de l'écraseur au delà de cette limite, et d'entraîner avec eux des portions des organes voisins qui y adhèrent.

**Tumeurs.** *Élimination spontanée.* M. Mac Clintock admet cinq modes différents de cette guérison, qu'il range, selon leur gravité, dans l'ordre suivant : l'absorption interstitielle, le détachement ou séparation, la transformation calcaire ou pétrification, le ramollissement ou dissociation, et l'expulsion sous l'influence de contractions utérines. Selon leur fréquence au contraire, le ramollissement, puis le détachement et ensuite l'expulsion, la dégénérescence calcaire et enfin l'absorption paraissent devoir se succéder. Il examine ensuite chaque mode d'élimination avec des observations à l'appui, mais sans apporter en faveur de l'absorption des fibromes des preuves nouvelles et convaincantes, de manière que toutes les objections persistent à ce sujet. (V. *Année* 1868.) Quant aux autres modes généralement admis, il réunit, en faveur de chacun d'eux, les faits divers épars dans les annales de la science. (*Dublin quarterly Journal*, n° 89, 1868.) V. Fibromes, Myomes.



*Extirpation par la gastrotomie.* La France n'a plus à envier le remarquable succès obtenu en Amérique par MM. Lane et Storer dans un cas de ce genre (V. *Année* 1866). M. Kœberlé en a obtenu un semblable chez une demoiselle de trente-quatre ans dont la tumeur pesait également 14 kilogrammes et demi, et qui a parfaitement guéri. Mais, contrairement au fait de M. Demarquay (V. Kystes, 1868), le diagnostic avait été préalablement établi, quoiqu'il fût regardé jusqu'ici comme impossible. C'est le troisième succès sur 14 opérations de ce genre, achevées ou non.

Quant au diagnostic, si difficile en pareil cas, il peut être établi suivant M. Kœberlé sur le facies plus ou moins coloré, injecté, comme l'ont ordinairement les femmes atteintes de tumeurs fibreuses utérines; sur la consistance inégale, variable de la tumeur; sur les résultats de la ponction et la consistance plus ou moins dure de la tumeur après l'évacuation du liquide; enfin sur les connexions de la tumeur avec la matrice et sur les symptômes provoqués en général par les tumeurs fibreuses. (*Gaz. hebd.*, n$^{os}$ 9 et 11.)

Aux faits heureux de cette redoutable amputation, M. Péan en ajoute un autre obtenu dans des circonstances et par un procédé qui rendent le succès d'autant plus intéressant. C'était chez une fille de quarante et un ans, présentant une énorme distension bosselée du ventre; immobilité des tumeurs avec consistance inégale. Le toucher vaginal trouvait le col, bien que régulier dans sa forme, très-volumineux et rendu assez court par le refoulement des culs-de-sac vaginaux, de manière à en être presque caché. Il était remonté et porté à droite, comme accolé à la ceinture du bassin. N'eût été la largeur et la netteté de son orifice, il eût pu être pris pour l'une des bosselures que la tumeur envoyait de ce côté et qui paraissait faire corps avec l'utérus, sans qu'il fût possible d'imprimer le moindre mouvement, ni à l'un ni aux autres. La cloison recto-vaginale en était refoulée dans une grande longueur.

L'hystéromètre, difficile à introduire, décela une cavité très-large et une longueur insolite de l'utérus.

Par le rectum, on constatait l'adhérence de la tumeur avec

la paroi antérieure de ce conduit dont le canal était presque obstrué. La vessie était aussi déplacée en avant.

Le diagnostic fut celui d'un kyste multiloculaire à gauche et une tumeur fibreuse de l'ovaire ou de l'utérus à droite. Le mal faisant des progrès rapides, et la malade insistant pour une opération, M. Péan y procéda, comme pour l'ovariotomie ordinaire, le 22 septembre 1869.

L'abdomen contenait en effet un énorme kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, et le droit était le siége d'une tumeur fibreuse très-considérable, avec un second kyste assez volumineux sur la trompe, du même côté. L'utérus, englobé dans toutes ces tumeurs, était tellement hypertrophié, qu'il formait une masse remontant au-dessus de l'ombilic. Après avoir extrait par morcellement la plus grande partie du kyste principal, et détaché des brides épiploïques nombreuses et saignantes, M. Péan reconnut l'impossibilité d'extraire la portion du kyste adhérente au fond du bassin et à l'utérus dans toute sa hauteur. En face de cet état de choses et de l'écoulement du sang, il jugea qu'il ne restait d'autre ressource que d'extraire l'utérus en totalité avec les trois tumeurs situées dans les annexes, en abandonnant une portion du grand kyste au fond du bassin. Bien que ne connaissant aucun exemple de succès d'opération de ce genre à Paris, encouragé par ses succès précités et ceux obtenus par lui dans l'extraction de tumeurs du fond du bassin dans des cas comme celui-ci, où, obligé de prendre une décision hardie, il n'avait pas eu lieu de s'en repentir, il procéda de la manière suivante :

La section porta sur le vagin, et par la plaie, il fit passer d'avant en arrière un double fil servant à pratiquer deux ligatures. Celle de gauche portait sur le grand kyste de l'ovaire, celle de droite embrassait toute la partie du vagin correspondant à l'utérus, en isolant l'ovaire et la trompe. Toutes les parties comprises au-dessus de ces ligatures furent ensuite excisées, et à l'aide de tractions le double moignon fut rapproché de la paroi abdominale pour les tissus qui devaient se mortifier au-dessus des ligatures.

La plaie abdominale ne fut pas réunie dans cette partie. Trois tubes en caoutchouc destinés à donner issue aux liquides épanchés ou sécrétés, et à faire des injections détersives, furent glissés au fond du kyste que des adhérences intimes et inséparables unissaient au fond du petit bassin. Il se détacha de lui-



même vers le trentième jour que l'on retira ces tubes. Les ligatures étaient tombées préalablement sans perforation vaginale, des adhérences solides s'étant produites entre les surfaces de section correspondantes à cet organe. Les tissus mortifiés s'étaient exfoliés peu à peu par la partie de la plaie abdominale restée béante. Elle se forma ensuite et la guérison fut complète, comme en témoigne la présentation de l'opérée à l'Académie le 7 décembre.

Sans être entré dans tous les détails de cette opération délicate et laborieuse, qui ne dura pas moins d'une heure et demie, ceux qui précèdent montrent assez qu'il n'y a pas de règles absolues à poser dans le manuel opératoire et que c'est au chirurgien habile et expérimenté à s'inspirer, *ipso facto*, des conditions même du cas qu'il a sous les yeux pour le mener à bonne fin comme M. Péan. Toutefois, il y a une différence capitale entre la version du mode opératoire précédent, telle qu'elle a été faite à l'Académie de médecine et telle qu'elle a été reproduite par la *Gazette hebdomaire*, n° 50, et celle qui résulte de l'observation relatée *in extenso* dans l'*Union médicale*, nos 147 et suiv. Tandis que d'après la première, la section aurait porté au-dessus du col, c'est très-explicitement au-dessous de celui-ci qu'elle aurait été faite d'après la seconde. Or, si la première se comprend et se rapproche de l'opération de Récamier, la seconde est sans analogues et ne se comprend plus, car la chute des intestins est inévitable par cette large ouverture du vagin. On se demande ce qui a pu motiver cette version différente, sinon la demande faite par M. Huguier, à savoir, si l'utérus avait été enlevé en totalité? Le fait reste incertain et à démontrer par la pièce anatomique déposée au musée Dupuytren.

*Mémoire sur les glandes utriculaires de l'utérus* et sur l'organe glandulaire de néo-formation qui se développe pendant la grossesse dans l'utérus des mammifères et de l'espèce humaine, par le professeur G. B. Ercolani, de Bologne. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences de Paris, suivi d'un Appendice inédit de l'auteur avec atlas de 10 planches gravées par Bettini, traduit de l'italien par le professeur E. Bruch et le docteur C. Andreini; Alger.

*Traité pratique des maladies de l'utérus*, de ses annexes et des organes génitaux externes, par M. Nonat, médecin de la

Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc. *Deuxième édition*, refondue et considérablement augmentée avec la collaboration du docteur Linas. Première partie. Un volume in-8° de 543 pages avec figures dans le texte.

## V

**VACCINE.** Depuis que la vaccine animale a été introduite en France, ses partisans lui ont accordé de tels avantages sur l'autre, qu'elle est bien près de la détrôner. Il appartenait donc à l'Académie de médecine, chargée spécialement de sa propagation et de sa conservation, de la défendre contre les attaques dont elle était l'objet. Ainsi s'est rouverte la discussion entre M. J. Guérin et M. Depaul, à propos des 37 conclusions du rapport de ce dernier. (V. *Année* 1867.)

Deux grandes accusations étaient portées contre le vaccin jennérien, c'est-à-dire le cowpox humanisé: sa dégénérescence et sa contamination possible par la syphilis. Reprenant un à un tous les faits articulés par M. Depaul, en faveur de ces deux accusations, c'est à les réduire à leur valeur réelle que M. Guérin s'est appliqué, et c'est à ces deux points essentiels que nous devons aussi borner cette revue.

*Dégénérescence du vaccin.* S'il est incontestable que les variolles sont beaucoup plus fréquentes aujourd'hui chez les vaccinés qu'en 1809, d'après la statistique de Gregory et le succès croissant des revaccinations dans l'armée prussienne et dans la garnison de Paris, d'après M. Depaul, rien ne prouve que ce fait tienne à la dégénérescence du virus vaccin humanisé. Il n'est pas prouvé d'abord qu'il existe dans tous les temps, dans tous les pays ni dans toutes les contrées. M. Depaul, avec les matériaux qu'il tient à sa disposition comme directeur de la vaccine à l'Académie, pouvait élucider ce fait, et il ne l'a pas fait. Il suffisait de compulser les rapports des vaccinations faites dans les départements depuis un certain nombre d'années pour connaître les variations temporaires et locales des vaccinations. Certains vaccinateurs ont remarqué que la température, les saisons, certaines constitutions atmosphériques et médicales influent sur le développement de la vaccine à tel point que plusieurs ont suspendu temporairement les vaccinations qui ne réussissaient pas ou qui offraient une marche insolite. Il est des départements, des localités, au contraire, où les résultats des vaccinations n'ont pas varié et sont plus concluants que jamais en faveur de la faculté préservatrice de la vaccine jennérienne. Sa dégénérescence n'est donc ni générale, ni absolue, et l'on peut conclure de ces exceptions qu'elle provient tout simplement, dans certains lieux, de l'incurie des vaccinateurs par la mise en circulation d'un vaccin de mauvais choix, ayant transmis et perpétué par hérédité une dégénérescence contre laquelle il suffirait de renouveler le vaccin pour y remédier. C'est la culture de la vaccine consistant à ne la pratiquer qu'avec un virus choisi sur les meilleurs types, c'est-à-dire la sélection de graine et de terrain propre à la reproduire et la conserver dans les meilleures conditions.



Mais toutes ces objections ne détruisent pas les preuves tirées des caractères cliniques de la vaccination, et se modifiant avec le temps: pustules moindres, boutons petits, peu saillants, auréole moins large, cicatrice n'ayant plus l'aspect gaufré ordinaire, phénomènes de réaction et surtout fièvre vaccinale moins intense, phénomènes physiques très-faciles à constater, et qui ont servi de base pour faire adopter les revaccinations. Or, ces phénomènes constatés par Steinbrenner, Brisset, Fiard, et reconnus ensuite par M. Bousquet lui-même, sont les meilleures preuves de l'affaiblissement du vaccin, et n'ont pas été contredits par M. Guérin, sinon en disant que cette diminution des phénomènes cliniques résultait simplement du défaut de choix, de sélection du vaccin.

Quant à cette valeur comparative du vaccin jennérien et du vaccin animal, ce n'est, dit très-justement M. Bouchardat, ni par le développement plus ou moins prompt des pustules, ni par leur volume que l'on peut en juger ; le vrai criterium, c'est leur action préservatrice et comme celle-ci ne peut se juger que par le temps, il convient d'attendre plusieurs années comme l'indique la 35e conclusion du rapport.

Pour M. Depaul, au contraire, c'est la démonstration de la dégénérescence du vaccin et la nécessité de le régénérer. « Ce moyen est trouvé, s'écrie-t-il, et les résultats des expériences avec la vaccine animale constatés par la commission de l'Académie, témoignent que les pustules présentent des caractères différents et supérieurs à ceux des pustules du vaccin humain. »

Contre ces preuves physiques et statistiques de la dégéné-

rescence du vaccin humain, M. Hérard pense que la variole peut frapper maintenant plus souvent et plus cruellement les vaccinés, parce que le virus variolique est devenu plus actif, comme on le constate pour le croup, beaucoup plus fréquent qu'autrefois. Mais ce n'est là qu'une supposition démentie par ce qui s'observe du virus syphilitique, dont l'action semble moins intense qu'il y a un demi-siècle.

La vaccine jennérienne n'est ni affaiblie ni dégénérée, dit M. Bousquet ; seulement sa faculté préservatrice est limitée et voilà pourquoi des varioles éclatent, et des revaccinations ont lieu avec succès chez les vaccinés.

M. Hérard partage aussi cette opinion. La préservation de la vaccine n'a qu'une durée limitée, et il en trouve la preuve péremptoire dans cette épidémie de variole de Gujan, relatée par M. H. Gintrac, où tous les enfants vaccinés au-dessous de douze ans furent préservés, tandis qu'adultes et vieillards en furent atteints dans la même famille avec une intensité graduelle suivant l'âge.

M. Bonnafont voit une preuve de cette non-dégénérescence du vaccin humain dans ce fait qu'il a suffi de revacciner en masse la population de Bayonne en 1848, alors qu'une épidémie de variole décimait deux communes à ses portes, pour préserver tous ceux qui se sont fait revacciner et même arrêter, annihiler, modifier l'éruption se montrant menaçante coïncidemment avec la vaccine. Les succès des revaccinations, surtout chez les militaires, ne sont souvent que l'effet d'une fausse vaccine première, comme cela a lieu trop souvent dans les campagnes.

M. Ricord ne croit pas davantage à la dégénérescence. Les insuccès dépendent uniquement des conditions de terrain ou de l'organisme et de la qualité de la graine ou du virus. M. Marotte admet, au contraire, que les virus, étudiés dans leur phénoménalité, semblent, comme les espèces végétales et animales, susceptibles de subir dans leurs manifestations organiques et dynamiques, des modifications pouvant descendre jusqu'à l'infécondité. Par la méthode de l'inoculation, les médecins du siècle dernier en étaient arrivés à obtenir des varioles habituellement discrètes et bénignes, souvent même de simples pustules au siége d'inoculation. Il est donc difficile de ne pas voir là un affaiblissement, une dégénérescence du virus dans ces résultats.



Mais loin d'être absolue et radicale comme le suppose M. Depaul, cette dégénérescence n'est ni universelle, ni permanente. Livrée aux hasards des réceptivités individuelles et des autres circonstances susceptibles de la modifier en bien comme en mal, la vaccine jennérienne, dégénérée sur certains sujets, en rencontrait d'autres où elle récupérait son activité, d'où résultait une moyenne normale.

Or, qui assure que le vaccin animal transmis à des générations successives de génisses ne subira pas les mêmes oscillations ? Recueillir le cow-pox spontané et renouveler, rajeunir avec ce secours le vaccin jennérien, paraît donc à M. Marrotte le moyen pratique le plus sûr de rendre la vaccine efficace.

*Neutralisation du virus.* — On ne peut dire qu'il a dégénéré dans sa nature, selon M. Vernois, car pas le moindre signe sensible ne le décèle. M. Chauveau seul a cru en distinguer le principe virulent (V. *Année* 1868). On ne peut davantage en juger par ses effets physiques : l'étendue de la morsure ne fait rien à l'intensité de la rage. Sa diminution d'action dans l'organisme, démontrée par les varioles plus fréquentes et plus intenses chez les vaccinés, comme le succès croissant des revaccinations, n'est que la neutralisation du virus par des maladies graves diathésiques, altérant le sang dans sa quantité ou sa qualité. Il l'a observé autrefois à l'hôpital en signalant ceux qui étaient plus sujets à contracter la contagion dès qu'un cas de variole éclatait dans ses salles, et il a vérifié de nouveau cette loi d'invasion à Lariboisière et à Beaujon. Les fièvres typhoïdes, les convalescences de scarlatine, de coqueluche, de pleurésies, la chlorose et la chloro-anémie, l'anémie par hémorrhagie, par nourriture insuffisante, par fatigues prolongées, la grossesse ou un récent accouchement, sont les cas où la neutralisation du virus est surtout à craindre. Dans le cas d'invasion d'une épidémie de variole comme dans tous ceux où il s'agit de revaccination, c'est donc avant tout des maladies antécédentes plutôt que de l'âge et de la date de la dernière vaccination qu'il faut s'inquiéter, s'enquérir, pour savoir s'il y a lieu de revacciner ; soyez vacciné régulièrement et n'ayez ensuite aucune des affections qui altèrent gravement la quantité ou les qualités du sang soit lentement, soit d'une manière aiguë et rapide, et vous aurez les meilleures chances de ne jamais contracter la variole.

Cette explication aurait une valeur scientifique immense si elle était démontrée cliniquement, on ne revaccinerait plus empiriquement comme aujourd'hui ; mais on voit tout ce qui reste à faire pour arriver à la certitude à cet égard. Pour l'auteur, la vaccine animale n'est ainsi qu'un succédané du virus jennérien, dont il n'y aurait à se servir que par exception.

*Syphilis vaccinale.* Les faits du Morbihan qui ont servi surtout à jeter le trouble dans les esprits sur ce sujet, ne sont pas, à beaucoup près, aussi concluants que le prétend M. Depaul, dit M. Guérin. Sur 127 cas observés à Auray, tous auraient guéri, dont 30 avec traitement et 97 sans traitement, ce qui, malgré la bégninité ordinaire de la syphilis infantile communiquée, est déjà de nature à inspirer des doutes légitimes sur la nature syphilitique de ces accidents. Soixante-dix jours après l'insertion vaccinale, M. le docteur Bodelio a visité une vingtaine de ces enfants à Lorient dont aucun ne présentait d'accidents consécutifs. Comment donc ces enfants syphilitiques ont-ils pu guérir avec de simples soins de propreté?

Or, il est remarquable qu'à la même époque sévissait sur un autre point du même département, dans l'arrondissement de Vannes, une sorte de constitution érysipélateuse, qui se manifesta chez les vaccinés, d'après M. le docteur Fouquet, médecin des épidémies, qui les observa par des accidents analogues à ceux observés par M. Depaul sur les vaccinés d'Auray : pustules très-enflammées, volumineuses, excavations profondes, éruptions volumineuses ; accidents n'ayant rien d'impur ni de suspect et qui disparurent sans traitement spécial. Mais M. Depaul nie le moindre rapport entre ces deux sortes de faits distincts provenant de vaccin différent. D'ailleurs, des 54 cas de syphilis vaccinale, constatés par lui et M. Roger, d'après des plaques muqueuses de la bouche, de la gorge, de l'anus, taches cuivreuses de la peau, alopécie, etc., etc., accompagnant les stigmates aux bras, 45 étaient en traitement, contrairement aux assertions de M. Bodelio.

Sous le rapport des dangers que fait courir la vaccination de bras à bras, il y a eu, dit M. Bouchardat, de déplorables exagérations. M. Depaul a exagéré la partie des faits les mieux avérés, qu'il avait observés avec M. Roger. M. le docteur Bourdais relate ainsi dans sa thèse soutenue à la Faculté de Paris, le 9 août 1869, qu'après avoir visité avec le docteur Denis



quelques-uns des soixante-dix enfants atteints de syphilis vaccinale accusée par des ulcérations taillées à pic, de forme circulaire, à pus sanieux, à croûtes épaisses, jaunâtres, entourées d'un cercle rouge, etc., etc., il n'a trouvé trois ans après des accidents de cette gravité, et alors qu'un traitement imparfait, sinon nul, avait été suivi, aucun accident tertiaire. Voilà qui infirme donc singulièrement les assertions de M. Depaul.

Quant aux faits du Lot, M. Guérin nie que les accidents syphilitiques constatés sur 22 vaccinés puissent être rapportés au vaccinifère Mas, reconnu indemne ainsi que sa mère ; mais M. Depaul objecte que des doutes ont été émis par M. Guary sur l'état de la mère présentant de la leucorrhée et des érosions de même nature. Il n'y a donc là rien de bien rigoureux.

Enfin, recherchant les vaccinifères des infectés à l'Académie de médecine, voici le rapport de M. Depaul à ce sujet :

L'un fut trouvé vivant et très-bien portant. Sa mère se souvient parfaitement que le vaccin pris sur lui a servi à vacciner presque tous les militaires, y compris les trois réputés atteints de syphilis vaccinale. L'autre vaccinifère ne put être examiné, il était mort le lendemain d'une diarrhée cholériforme. Mais la mère dit qu'il avait été mis en nourrice chez une femme d'une mauvaise conduite soupçonnée d'être atteinte d'une affection suspecte. En lui retirant, elle le trouva couvert de taches et de boutons, avec des ulcérations aux aines et aux parties génitales. Vacciné aussitôt après à l'Académie, les pustules se développèrent très-régulièrement sans rien offrir qui pût les faire suspecter. C'est cependant à ces deux enfants que furent attribués les accidents syphilitiques présentés par la plupart des vaccinés, 7 enfants et plusieurs employés de la manutention militaire, dont plusieurs furent traités au Val-de-Grâce, et surtout un jeune homme de la ville dont la syphilis fut constatée par les praticiens les plus compétents, MM. Hardy et Ricord. (V. *Année* 1865.)

Si donc cette dernière inoculation de syphilis vaccinale est bien authentique, on se demande encore quelle en fut la source? S'il faut la rapporter à l'enfant trouvé mort, on voit le peu de soin apporté à l'Académie au choix des vaccinifères et le peu de garanties qu'ils offrent. Ce n'est donc pas là que se pratique la vaccinoculture. Et puis, quand on voit que sur des milliers et des millions de vaccinés à l'Académie, on n'observe depuis bien

des années que deux accidents de ce genre et que pour l'un, il est dû à un homme étranger à l'art de guérir, à un simple employé, c'est la preuve que la vaccine jennérienne n'est pas si dangereuse que l'on veut bien le faire croire.

Aussi tout en admettant la triste réalité de la syphilis vaccinale révélée tout à coup avec éclat, de manière à faire ouvrir tous les yeux, par l'épidémie de Rivalta, M. Ricord la croit excessivement rare. On a beaucoup exagéré, dit-il, les cas en rassemblant pêle-mêle un grand nombre d'observations douteuses. Tels sont celles de tous ces enfants qui sont guéris sans traitement ou à peu près, car la syphilis inoculée est aussi grave que la syphilis contractée par la voie habituelle. Ce n'est pas que le diagnostic en soit difficile, mais on n'y a pas regardé d'assez près.

Comme les autres opérations, la vaccine réussit régulièrement chez le syphilitique et jamais, de l'aveu de M. Depaul, le bouton d'inoculation du vaccin ne se transforme en chancre. Reste à découvrir comment la transmission a lieu et, sous ce rapport, la connaissance exacte du vaccinifère est des plus importantes. S'il est reconnu que le vaccin humain peut transmettre la syphilis, rien ne garantit que le cow-pox n'aura pas aussi un jour sa tache.

Puis, si l'on met en regard de ces inoculations de syphilis vaccinale dont la source est inconnue, les cas d'inoculation de vaccin de syphilitiques non suivies de syphilis, on doute de plus en plus que l'infection soit due à cette voie. C'est ainsi que M. Bourguet, chirurgien de l'hôpital de Rodez, cite deux exemples de vaccinifères syphilitiques bien reconnus tels après coup et qui ont servi à pratiquer l'un 5, l'autre 15 vaccinations avec le virus et le sang des pustules, sans qu'il en résultât aucun accident ultérieur. D'ailleurs les expérimentations faites par M. Delzenne montrent que ce n'est pas là une simple exception.

« En 1864, sous le coup d'une épidémie de variole, je fis, dit-il, de nombreuses revaccinations à Saint-Lazare; trois enfants qui paraissaient bien portants fournirent le vaccin. Six semaines après les revaccinations, l'un de ces enfants présentait des accidents de syphilis héréditaire dont il mourut. Dès que je m'aperçus de l'état de cet enfant, je recherchai si je n'avais pas inoculé la syphilis aux femmes que j'avais revaccinées. J'apportai à cette recherche un soin excessif et je ne trouvai pas une seule femme qui présentât aux bras la moindre trace d'accidents primitifs. Je pris alors connaissance des faits de syphilis vaccinale et j'arrivai à me convaincre que le sang était seul l'agent de la contagion. En 1865, je m'inoculai deux fois, à moi-même, du vaccin provenant de femmes syphilitiques. Sur trois piqûres, j'obtins, la première fois, une belle pustule vaccinale, la seconde fois, rien. Je n'observai aucune trace de chancre infectant. Comme j'avais conservé dans des tubes du vaccin d'un sujet syphilitique, je pratiquai trois inoculations à deux personnes vierges de syphilis; le résultat fut négatif.



» Le 20 septembre 1866, l'enfant Émile-Isidore J... fut vacciné à l'âge de quatre mois. Il paraissait bien portant et ne présentait aucun symptôme de syphilis; la mère jouissait d'une bonne santé; elle ne présentait alors, pas plus que maintenant, aucun signe de vérole (un mois après, l'enfant présentait des accidents syphilitiques graves; il mourut fin novembre). Le 28 septembre, l'enfant J... servit à vacciner 82 femmes, dont 43 avaient présenté ou présentaient des accidents syphilitiques. Restaient donc 39 femmes chez lesquelles je ne trouvai aucune trace ancienne ou récente de vérole. Sur ces 82 femmes, 3 n'avaient jamais été vaccinées; une troisième, qui n'avait jamais été vaccinée, avait eu la variole dix ans auparavant et elle en portait des traces bien visibles. Chez ces trois femmes, le résultat fut positif. Parmi les 79 autres femmes vaccinées, 19 présentèrent des pustules vaccinales caractéristiques. De ces 19 résultats positifs, 14 se produisirent sur des femmes syphilitiques, 5 sur des sujets sains. Entre toutes ces femmes, je choisis une nommée Augustine P..., âgée de vingt et un ans, qui avait de nombreuses papules hypertrophiques ulcérées à la vulve et au périnée, une syphilide papuleuse générale et des plaques muqueuses à la bouche et à la gorge, et, en présence de M. Boys de Loury qui avait contrôlé chaque femme, et de mon collègue, je me fis quatre inoculations de bras à bras avec le vaccin de ce sujet syphilitique. J'attendis le résultat qui fut absolument négatif. C'était la troisième fois que je tentais sur moi-même cette expérience, sans résultat malheureux. Sûr de mon fait, je vaccinai plus tard 7 femmes indemnes de syphilis avec du vaccin de sujet vérolé; sur 4 de ces femmes dont une est âgée de soixante-huit ans, *le résultat fut positif au point de vue de la vaccine*, négatif au point de vue de la syphilis. »

C'est en vain que M. Depaul cherche à atténuer ces résultats

en disant que M. Delzenno ne conclut pas à la non-existence de la syphilis vaccinale à laquelle il croit; il a seulement voulu montrer que le mélange du sang au virus était nécessaire à cet effet; ce n'en sont pas moins là 55 expériences réunissant tous les caractères d'expériences scientifiques, qui toutes répondent négativement à la provocation artificielle de la syphilis vaccinale. Dire qu'elles n'ont pas cette signification parce que les femmes inoculées étaient en puissance de vérole ou que le vaccinifère n'a été contaminé qu'ensuite, c'est éluder l'objection dans tout ce que ces faits, ces expériences ont de contradictoire avec la syphilis vaccinale. Rapprochées de celles qui existaient dans la science, elles deviennent un témoignage éclatant contre la doctrine de la contamination de la vaccine par la syphilis, de l'inoculation de la syphilis par la vaccine, qu'il ne faudrait pas confondre avec la syphilis par la vaccination, comme M. le docteur Leduc (de Versailles), le propose judicieusement, pour distinguer les cas d'intoxication, non pas avec le virus-vaccin, mais développé par la vaccination.

Pour M. Hérard, ce résultat est simplement dû au soin pris par M. Delzenne, de ne prendre que du vaccin pur, sans mélange de sang et de laver sa lancette à chaque vaccination. L'insuccès est donc une simple confirmation expérimentale des opinions de MM. Viennois et Rollet.

Cette opposition constante des résultats de l'observation et de l'expérimentation peut être caractérisée en disant, avec un homme d'esprit, que la syphilis vaccinale vient toujours *quand on* ne l'attend pas, et qu'elle ne vient jamais quand on *l'appelle*. Mais que faire et que croire en présence de ce conflit entre les deux ordres de faits, entre l'observation et l'expérimentation? Il faut nécessairement qu'il y ait d'une part ou d'une autre quelque méprise; que cette méprise ait, au moins dans le plus grand nombre de cas, empêché de discerner la cause restée cachée jusqu'ici de cette opposition. Cette cause, M. Guérin croit l'avoir trouvée, et c'est par elle que vont s'éclairer toutes les obscurités, tous ces faits de syphilis vaccinale sans vaccinifères syphilitiques, toutes ces manifestations, toutes ces ulcérations douteuses, tous ces diagnostics objectifs purement anatomiques, tous ces faits enfin dont l'évolution, dont l'absence de symptômes secondaires, dont la guérison rapide et sans traitement spécifique contrastent si fort avec les lois bien établies de la science.



Préoccupés des incertitudes et des contradictions que présentaient la plupart des faits d'observation invoqués à l'appui de la doctrine de la syphilis vaccinale, plusieurs praticiens se sont mis à la recherche des cas de vaccinations dans lesquels de fausses apparences de syphilis ne pouvaient, sous aucun prétexte, être rattachés à une véritable intoxication vaccinale. « Il ne faut pas être chargé pendant un grand nombre d'années d'un service de vaccinations, dit M. Leduc, chef des vaccinations du département de Seine-et-Oise, pour être plusieurs fois témoin du fait suivant : on apporte un enfant de quelques semaines ou de quelques mois, bien dodu, bien potelé; ses joues, ses bras sont d'une superbe apparence; sa chair semble belle, mais elle est pâle, transparente. Huit jours après avoir été vacciné, au lieu d'une pustule bien développée, entourée d'une auréole rouge, on voit une ulcération profonde, d'un jaune blafard : stupéfaction de la mère, accusation contre le médecin et la vaccine... Sur 10 ou 12 inoculés le même jour, il est le seul qui présente un pareil phénomène; il faut donc s'en prendre à autre chose qu'au virus, à la constitution lymphatique et même scrofuleuse de l'enfant. »

Depuis trois ans, M. Leduc a rencontré huit cas de ce genre; dont deux petites filles vaccinées toutes deux le 8 juillet 1867... « A la place des piqûres se trouvaient six plaies de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, de quelques millimètres de profondeur, d'un aspect jaune blafard et donnant une suppuration très-abondante... Elles sont en outre atteintes de ganglionite cervicale très-prononcée. La mère était morte phthisique; l'aînée des deux est pâle, maigre et semble déjà porter le germe de la maladie qui a tué sa mère. »

La seconde petite fille était née aussi d'un père mort de la phthisie. De là, pour M. Leduc, l'influence de la vaccination comme susceptible de provoquer un mouvement de manifestation et d'excrétion des ferments morbides restés jusque-là à l'état latent. A ce point de vue, la vaccination ne serait pas une porte d'entrée de la syphilis, mais une porte de sortie.

Autre exemple :

« Il y a quatre ou cinq ans, dit M. Mordret, vaccinateur de la Sarthe, j'avais vacciné le même jour et avec le même vaccin une quinzaine d'enfants. Huit jours après, la plupart de ces enfants revinrent: chez tous l'opération avait bien réussi; aucun d'eux ne me parut malade... Grande fut ma surprise quand

dix à douze jours après, on me ramena un de mes vaccinifères, âgé de quinze à dix-huit mois, qui était assez gravement malade. Il avait de la diarrhée et de la fièvre; la mère me dit que la vaccine était envenimée. En effet, le bras gauche était parfaitement guéri, mais le bras droit était gonflé et douloureux. Les trois *boutons de ce bras s'étaient transformés* en trois *ulcères grisâtres* au fond, noirs sur les bords, *larges* de 1 *centimètre* environ, *indurés* à leur circonférence, et laissant échapper une *sanie ichoreuse*. Des *ganglions axillaires* du même côté étaient *fortement engorgés*. Quant aux enfants qui avaient reçu le vaccin de cet enfant, je les avais revus à huitaine et tout s'était passé normalement chez eux. Quant à mon petit malade, son bras fut plus de trois semaines à guérir... » Par précaution, M. Mordret administra un peu de sirop sudorifique ioduré, et combattit l'inflammation du bras avec des cataplasmes et une pommade au calomel. Cependant la santé de l'enfant continua à se détériorer et il succomba, quelques mois plus tard, aux progrès de son entérite, probablement de nature tuberculeuse.

Ni le vaccin dont on s'était servi pour cet enfant, ni le vaccin qu'il a fourni lui-même, choisi comme vaccinifère, à d'autres vaccinations, n'ont produit aucune apparence de syphilis.

Et quant à la complication offerte par cet enfant, si l'on pouvait y soupçonner une affection de nature syphilitique, elle serait venue du dedans et non du dehors; la manifestation morbide aurait trouvé sa cause d'évolution dans le mouvement vital ou humoral déterminé par l'infection vaccinale.

Ces faits négatifs constituent une sorte de transition avec les suivants, rencontrés dans les dossiers si riches des vaccinations communiquées à l'Académie, et que M. Depaul semble avoir négligés à dessein. Dans un travail remarquable, M. le docteur Lalagade, directeur des vaccinations du Tarn, plusieurs fois lauréat de l'Académie, met en évidence l'une des causes susceptibles de produire les pseudo-syphilis vaccinales.

Le 25 mai 1868, M. Lalagade vaccina 95 enfants. Le vaccinifère, âgé de vingt-cinq mois, présentait toute les apparences de la plus parfaite santé : les boutons de vaccin sont magnifiques, ils ne laissent rien à désirer. Les renseignements sur les parents sont des meilleurs. Point de maladies antérieures chez les père et mère. Le vaccinateur s'entoure de toutes les précautions imaginables.



Cependant le 6 juin, deux de ses vaccinés se présentent dans une position triste et grave. Deux médecins sont appelés avant M. Lalagade : l'un d'eux déclare que les symptômes offerts par une des vaccinées sont de nature syphilitique; le second fait des réserves. M. Lalagade convoque les autres enfants vaccinés et constate chez plusieurs des accidents analogues à la première examinée :

« La peau est d'un rouge foncé, à aspect érysipélateux; les pustules vaccinales sont très-larges ; il y en a qui mesurent 2 centimètres; elles sont d'un *blanc grisâtre*; quelques-unes phlycténoïdes donnent une suppuration séro-purulente à leur circonférence. Nous voyons des ampoules remplies de sérosité, des croûtes grisâtres, noirâtres dans toutes les parties du corps, sauf à la plante des pieds et aux parties génitales. Une des vaccinées est couverte de plaques rouges, rubéoliques. Une autre, au dire des parents, aurait eu, le surlendemain de la vaccination, sur chaque piqûre, une grande vessie remplie de sérosité.

» Les autres enfants offrent des boutons magnifiques. »

L'une des enfants les plus atteintes, celle qui a été considérée par le confrère de M. Lalagade comme atteinte de syphilis vaccinale, est présentée à l'Association médicale du département, devant laquelle le docteur d'Albi soutient son premier diagnostic: « Je dois dire, ajoute M. Lalagade, que l'examen de l'enfant *impressionna* péniblement les membres de l'Association. Je m'élève de toute la puissance de mes convictions contre l'opinion d'une affection syphilitique. » Et il conclut à l'existence d'un pemphigus épidémique compliquant les inoculations vaccinales, qu'il démontra de la manière suivante :

Il s'empressa de s'enquérir de la santé publique, des maladies régnantes. Une jeune fille de vingt ans se présente à la visite : elle raconte qu'elle a eu la langue couenneuse comme les pustules des enfants, qu'elle a été cautérisée à l'arrière-gorge, et que, depuis un mois elle est atteinte d'une affection générale de la peau, caractérisée par des vessies, et qu'à la même place, après l'écoulement d'une eau jaunâtre, il se formait des croûtes noirâtres, qui ne tombaient que très à la longue. Ses épaules sont couvertes de ces plaques. M. Lalagade est frappé de leur ressemblance avec quelques-unes des croûtes vaccinales. Ce fait est un trait de lumière pour lui. Dans la séance de l'Association, il avait été question d'érysipèles trauma-

tiques et spontanés, d'anginos diphthériques régnant dans plusieurs localités, de vésicatoires couenneux, de pustules malignes, de plaies à fond sanieux. Dès lors, M. Lalagade est conduit à penser ou bien que les enfants portaient le germe de diphthérie, de pemphigus développé par le ferment vaccinal, ou bien que les plaies vaccinales ont ouvert la porte à des principes morbifiques répandus dans l'air, et il traite tous les malades en conséquence : tous guérirent sans traitement spécifique.

Peu de temps après, de nombreux cas de pemphigus se déclarent chez des enfants non vaccinés, soit dans la commune de Lescure, soit dans les communes environnantes (où les vaccinations avaient été pratiquées), et surtout dans la ville d'Albi, et viennent ainsi donner une éclatante confirmation au diagnostic qu'il avait porté et à la prévision d'une épidémie de pemphigus. La même influence épidémique continue à se développer dans le département, de nouvelles complications, semblables aux premières, s'offrent chez de nouveaux vaccinés. M. le docteur Guy constate de son côté un cas semblable au plus accusé des premiers observés par M. Lalagade, et guérit cette enfant par une médication fort simple.

» Enfin, dans plusieurs vaccinations pratiquées à Albi, dit M. Lalagade, j'ai eu des complications analogues et j'ai dû, pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre, renoncer à la vaccination. Au mois de novembre, j'ai pratiqué quelques vaccinations; mais ayant constaté des boutons diphthéritiques chez un enfant, j'ai renoncé à vacciner jusqu'au 10 avril 1869, où nul des enfants vaccinés le 25 mai 1868, et qui avaient été malades à l'époque de la vaccination, ne portait trace, même douteuse, de maladie syphilitique, sans que aucun d'eux n'eût subi de traitement spécifique. »

De ces faits, M. Guérin conclut :

1° Que les observations de syphilis vaccinale recueillies manquent pour la plupart des renseignements pouvant légitimer l'origine à laquelle on les rapporte ;

2° Que les expériences instituées pour préciser l'inoculation possible de la syphilis vaccinale sont toutes contraires à la doctrine de l'intoxication vaccino-syphilitique ;

3° Enfin, que parmi bon nombre des faits allégués de syphilis vaccinale, il en est qui, malgré une apparence de symptômes et de caractères propres à cette maladie, appartiennent



évidemment à un autre ordre d'influences pathologiques, parmi lesquelles le pemphigus prend place dès aujourd'hui.

M. Depaul conteste cette dernière conclusion, en disant que tous les faits d'accidents locaux précités, inflammatoires, ulcérations, phlegmons, érysipèles, etc., n'ont rien de commun avec ceux de la syphilis vaccinale. C'est vrai ; mais pourquoi, dans le doute, l'incertitude de l'étiologie de celui-ci n'en a-t-il pas au moins tenu compte et fait le diagnostic différentiel ? Un peu plus de réserve dans une question si grave et controversée ne serait pas de trop. S'il existe des faits incontestables de syphilis vaccinale, ce n'est qu'en les examinant de près, en scrutant leurs analogies et leurs différences que l'on pourra mieux en déterminer les causes encore secrètes et cachées.

Les deux antagonistes ne diffèrent pas moins complétement sur l'essence même du virus-vaccin. Pour M. Depaul, c'est la variole de certains animaux inoculée à l'homme, tandis qu'il y a dans l'inoculation du cowpox spontané à l'homme, suivant M. Guérin, et son passage successif dans l'homme, son humanisation, une modification spéciale qui lui donne ses qualités propres. Toute différente est en effet l'inoculation artificielle du cowpox à la génisse et la vaccination directe de la génisse à l'homme sans intermédiaire ni intervention de l'élément humain. On ne saurait contester que chaque espèce animale imprime à chacune de ses sécrétions, de ses produits des différences qui, si elles ne sont pas appréciables par le réactif ni la balance, se révèlent au moins par leurs effets, leurs qualités. C'est ainsi que les deux vaccines se manifestent par des effets spéciaux. La vaccination animale donne une incubation plus longue que le vaccin jennérien, l'éruption est plus lente à se montrer et la pustulation dure moins longtemps. 60 inoculations faites par la commission avec le virus de la génisse pris le septième jour, ont donné lieu à l'échec le plus complet. Sa faiblesse de résistance et de conservation est aussi notoire et avérée. Si l'éruption vaccinale avec le cowpox est plus lente à se montrer, dit M. Monot (de la Nièvre), elle parcourt ensuite ses phases avec plus de rapidité que celle provenant de la vaccination ordinaire, et sa période de virulence est moins longue. Chez plusieurs enfants et bon nombre d'adultes revaccinés avec le vaccin animal, l'éruption a mis six, sept, huit et même dix jours avant de se montrer, et est parvenue à une complète maturité en trois ou quatre jours. M. Depaul lui-même était de cet avis.

dans son rapport de 1864, et s'il a modifié, d'année en année, son dire à cet égard, c'est parce que d'observateur impartial et d'historien fidèle, il est devenu le promoteur passionné de la vaccine animale. Et discutant la signification d'une plus longue incubation et de pustules plus volumineuses, M. Guérin conclut qu'elles ne sont nullement une preuve de plus grande virulence, contrairement à ce qu'en concluent les partisans de la vaccine animale, en rappelant à l'appui deux exemples de MM. Bucquoy et Savidon.

Mais M. Depaul contredit toutes ces différences des deux vaccines; leurs effets, dit-il, sont à peu près identiques. Le cowpox a voyagé de Paris à Berlin, à Saint-Pétersbourg, à Mexico, à Guatémala, et plus de soixante lettres de médecins de tous les pays du monde attestent l'efficacité du cowpox ainsi transporté. Vingt-deux vaccinations pratiquées le 12 septembre à l'Académie avec le vaccin d'un enfant dans les meilleures conditions, ont donné un insuccès complet; ce qui n'a rien d'étonnant, car il y a des moments où le vaccin jennérien, de même que le cowpox, échoue sans que l'on puisse en connaître la raison. C'est ainsi qu'aux nombreux faits empruntés à des vaccinateurs accrédités des départements et invoqués par M. Guérin pour montrer la supériorité de la vaccine humaine, et les insuccès de la vaccine animale, M. Depaul répond par des faits contraires et rectifie, en les précisant, et parfois avec avantage, ceux avancés par son adversaire. Ainsi de la relation des expériences de M. Simonnin, de Nancy, concluant que la vaccination animale, malgré ses insuccès, est une conquête scientifique.

Entre deux adversaires aussi tenaces et passionnés qui au lieu de chercher à s'éclairer ne veulent plus que se combattre en opposant arguments à arguments, faits contre faits, conclusions à conclusions, la vérité ne peut plus surgir de leurs discussions, ni même des faits contradictoires, opposés qu'ils invoquent réciproquement. Ceci dégénère en une dispute. Aussi bien avons-nous omis à dessein ces détails de faits et d'arguments qui, dans toute autre cause, devraient fournir la base du jugement à intervenir. Mais ici c'est aux faits étrangers, à une observation attentive, froide et impartiale qu'il faut recourir pour connaître la vérité.

Toutefois, la réalité de la syphilis vaccinale reste malheureusement un fait acquis, démontré, mais si rare, qu'elle constitue une curiosité pathologique dont il reste à dévoiler les conditions d'étiologie, de production. Quant à la dégénérescence du vaccin jennérien, on ne peut dire s'il s'est affaibli par le temps, ou les transmissions successives dans un mauvais terrain, ou parce que l'organisme humain n'est pas son terrain d'origine et qu'il faut l'y reporter de temps à autre pour le renouveler, le régénérer. Ce sont là des questions qui ne pourront s'élucider qu'avec le temps, maintenant que l'attention est fixée sur ce sujet. Mais on peut affirmer aujourd'hui qu'il n'est pas nécessaire, indispensable de recourir directement au cowpox, à la vaccination animale pour se prémunir sûrement de la variole; l'expérience ayant montré que le cowpox humanisé suffit à cet égard et toutes les probabilités, les apparences tendent même à prouver qu'il est plus apte que l'autre à donner une vaccine préservatrice.



*Expériences comparatives.* Faites sur les nouveau-nés de son service d'accouchements à l'Hôtel-Dieu, par M. Hérard, elles ont donné les résultats suivants :

Du 1er janvier au 15 août 1869, 209 enfants de un à sept jours ont été vaccinés avec le cowpox. 29 ayant quitté le service immédiatement, il reste 180 cas ayant donné 147 succès ou 82 pour 100 et 514 pustules.

Sur 191 enfants vaccinés de bras à bras dont 14 ont quitté le service, il y a eu 170 succès sur les 177 cas restants ou 96 pour 100 et 641 pustules. L'avantage ici est donc à la vaccine humaine bien que le cowpox ait donné une proportion supérieure à celle obtenue dans des conditions semblables : 60 pour 100 à M. Empis à la Pitié; 77 pour 100 à M. Hervieux à la Maternité, et 73,37 à M. Husson.

En vaccinant des enfants avec les deux vaccines à la fois, séparément sur chaque bras, les résultats ont été à peu près les mêmes, les insuccès réciproques pouvant s'expliquer par l'âge des vaccinés.

Sur 93 enfants vaccinés au bureau central par M. C. Paul, avec du cowpox, il y a eu 92 succès et 467 pustules. D'où M. Hérard conclut *que le vaccin pris directement sur la génisse dans des conditions d'âge déterminées, de trois à six jours, et inoculé à l'enfant ayant dépassé les premiers mois, il réussit presque invariablement et aussi souvent que la vaccine humaine.*

Dans l'évolution des deux vaccines, M. Hérard n'a observé

de même aucune différence, si ce n'est une éruption plus lente avec du vaccin conservé. Il n'a pas constaté davantage le volume plus considérable des pustules du cowpox signalées par M. Depaul. Elles étaient exactement les mêmes chez les enfants vaccinés comparativement avec l'un et l'autre virus.

*Vaccination act.* Par cette loi récemment promulguée en Angleterre, chaque habitant est obligé de faire vacciner ses enfants dans un temps limité, c'est-à-dire dans les premiers mois de la vie, sous peine d'amende ou de prison. Le but est ainsi dépassé, et le respect de la liberté individuelle dont les Anglais sont si jaloux au point de la laisser dégénérer parfois en licence, est violé manifestement. Aussi, l'opposition qui se traduit souvent par des procès scandaleux, même contre des médecins, ne peut manquer de la faire abroger ou modifier comme en France où la vaccine n'est rendue obligatoire qu'indirectement. C'est ainsi que l'admission gratuite dans les écoles publiques, dans celles du gouvernement, l'armée, la marine, exige un certificat de vaccine. On attire, on séduit, d'un autre côté les familles pauvres à faire vacciner leurs enfants par l'appât d'une rétribution, et des prix sont institués chaque année dans tous les départements pour les médecins et sages-femmes qui l'ont pratiquée avec le plus de zèle.

Le jugement porté par le Conseil privé de la reine Victoria sur la vaccination animale dans le dernier rapport de M. Simon, est bref comme une fin de non-recevoir. Un seul paragraphe y est consacré dont voici la traduction littérale : « Quant à cette branche du service de la vaccine, l'attention de Vos Seigneuries a été appelée sur un système en vogue dans quelques parties du continent pour maintenir une source continuelle de vaccin par l'inoculation successive de génisses avec le virus spécifique ; un rapport du docteur Ballard sur les mesures prises à l'étranger sur ce que l'on appelle *la vaccination animale* vous a éclairés à ce sujet. *Mais de plus amples informations sont nécessaires pour décider s'il convient de recourir plus ou moins à ce système dans notre établissement national de vaccine.* » Ces lignes sont significatives et concordent si parfaitement avec l'opinion médicale et académique en France, que nous avons cru devoir les souligner.

Ce n'est pas que la vaccine animale soit complétement négligée à Londres. Depuis que le docteur Blanc est revenu de chez les



noirs (Abyssiniens), il s'est adonné à la culture de la vaccine animale et s'en est constitué le défenseur officieux. C'est le Lanoix anglais ; mais il lui reste encore à trouver son Depaul.

En effet, suivant une communication de MM. H. Blanc et Braidwood à l'Association britannique, le 28 juillet, sur les avantages de la vaccine animale, ils avouent que l'on a exagéré les dangers de la vaccine humaine ; mais que sa dégénérescence est prouvée par l'accroissement graduel des cas de variole chez les vaccinés et celui des succès des revaccinations dans l'armée prussienne ; tout en reconnaissant que contre cette protection imparfaite et la possibilité de la transmission de maladies humaines, il y a la facilité de recueillir et de transmettre la vaccine humaine avec la faible dépense qui en résulte. (*Lancet*, juillet.)

*Dégénérescence de la vaccine animale.* En Hollande, c'est M. le docteur Ballot qui appelle l'attention sur ce sujet, par un fait plein d'intérêt. Il s'agit de parcs vaccinogènes fondés à Rotterdam en avril 1868 par la Société pour la propagation de la vaccine et où, quatre fois par semaine, des vaccinations gratuites ont lieu, deux fois avec le vaccin humain et deux fois avec le vaccin animal. Des envois gratuits sont également faits partout sur une simple demande. La première génisse a été envoyée à M. Warlomont, de Bruxelles, pour être inoculée et, suivant le docteur Bezeth, qui a publié plusieurs articles à ce sujet, l'expérience acquise de ce fait ne s'accorderait pas avec celle d'autres observateurs. C'est ainsi que, par des inoculations successives de génisse à génisse, le vaccin animal a perdu son action sur l'homme, tellement qu'il est devenu nécessaire de le renouveler, le révivifier de temps en temps en l'humanisant, c'est-à-dire en inoculant les génisses avec du vaccin humain.

Quand l'inoculation de la lymphe animale n'a qu'un faible succès chez l'enfant et donne seulement lieu à quelques pustules, on a souvent revacciné ces enfants heureusement avec le liquide de ces pustules, sorte de combinaison de vaccine humaine et animale.

Plusieurs autres Sociétés de vaccine en Hollande ont imité déjà l'exemple de celle de Rotterdam, afin de mieux satisfaire le public. Amsterdam, entre autres, a créé un parc vaccinogène dans le Jardin zoologique. Aussi la mortalité par la variole, qui fut de 1413 en 1866, sur une population de trois millions et

demi, est-elle descendue à 143 en 1868. Ce fait est trop satisfaisant pour n'en pas rester là aujourd'hui. Mieux vaut la chose que le mot, si bon soit-il. V. Prix.

**VAGINITE. Vaginite folliculaire.** Il s'agit ici d'une complication rare et non signalée par les auteurs les plus récents; MM. Huguier et Guérin n'en parlent même pas. C'est la formation d'une matière jaune dans les follicules muqueux de la vulve, comme des grains de millet faisant saillie et sa dégénérescence en matière crétacée. M. Ricordi, de Milan, l'a observée chez une fille de neuf ans, scrofuleuse, qui avait depuis deux ans un écoulement purulent des parties génitales avec prurit, rougeur et gonflement. Vainement traitée par les émollients et les astringents, cette enfant guérit par l'extraction de ces petites concrétions, l'emploi consécutif des astringents et des lotions froides.

*Excision.* Chez une vieille demoiselle de soixante ans, atteinte de cette infirmité depuis l'âge de quinze ans, sans pouvoir être soulagée dans ce long espace de temps malgré les lotions, les cautérisations, les vésications répétées, autrement que par l'opium, l'examen fait par le professeur Thomas (de New-York), montra la muqueuse des lèvres aussi bien que la fourchette recouverte d'une matière caséeuse épaisse, jaunâtre et très-fétide. Il n'hésita pas à reséquer toute la membrane muqueuse affectée, pensant qu'en enlevant les follicules, siége de la maladie, c'était le seul remède curatif; mais son attente fut même déçue; à mesure que la cicatrisation se faisait, le prurit reparut, et, malgré les cautérisations répétées, le mal resta ce qu'il était auparavant. (*Amer. Journ. of Obstetrics*, mai.)

**VARICES.** *On Varicose disease of the lower extremities and its allied disorders* (Des varices des membres inférieurs et de leurs complications, telles que décoloration, induration et ulcération de la peau). Leçons faites à la Société de médecine de Londres en 1867, par John Gay, chirurgien de l'hôpital Northern. 1 vol. de 171 pages. Londres, 1868.

**VARIOLE.** *Incubation.* Elle n'a pas de durée fixe, absolue, comme le prouvent les observations suivantes, recueillies par M. Baréty, interne des hôpitaux.



I. Mme X..., surveillante des nourrices des enfants assistés pour l'arrondissement de Gannat, âgée de trente et un ans, vaccinée dans son enfance, jouissant d'une très-bonne santé, part de Paris le 5 avril 1869, à dix heures du soir, pour se rendre à Gannat, où elle arrive le lendemain matin à onze heures. Elle fait ce voyage avec une nourrice convalescente d'une variole confluente, datant de dix-huit jours environ (à partir de l'invasion) et dont elle porte encore les traces. Ces traces de variole sont constituées par des croûtes plus ou moins épaisses, humides, d'un jaune sale, siégeant surtout aux membres et à la face, et répandant une odeur nauséabonde. Durant tout le voyage, ces deux personnes restent l'une à côté de l'autre, dans un omnibus de dimensions ordinaires.

Le jeudi 15 avril, *onze jours après le départ de Paris*, Mme X.. est prise de malaise, de douleurs lombaires et de fièvre; le samedi 17, des rougeurs apparaissent sur la figure; les jours suivants, l'éruption se généralise, et l'on voit se confirmer l'existence d'une variole très-confluente qui a fortement marqué cette femme, et à laquelle elle a failli succomber.

II. Une petite fille de quatorze mois, vaccinée, appartenant à la nourrice convalescente de variole qui avait fait le voyage avec Mme X..., et restée à la maison, n'échappa point à la contagion. La mère arrive le 6 avril; le 20 avril, *quatorze jours après l'arrivée*, l'enfant s'alite; le 25, une éruption variolique commence à paraître; le 30; elle meurt.

La surveillante et la petite-fille de la nourrice convalescente de variole n'ont pas été les seules atteintes de cette maladie. Deux nourrices, parfaitement bien portantes et qui avaient fait le voyage de Paris à Gannat dans le même omnibus et à la même époque, ne tardèrent pas à tomber malades après leur arrivée.

III. Françoise F:.., trente et un ans, vaccinée dans son enfance, tombe malade le 12 avril 1869, c'est-à-dire *sept jours après le départ de Paris*. Les rougeurs apparaissent le 14 avril. L'éruption se caractérise les jours suivants et devient confluente. La malade guérit.

IV. Marie M..., vingt-huit ans, vaccinée dans son enfance, tombe malade le 18 ou le 20 avril 1869, c'est-à-dire *treize ou quinze jours après le départ de Paris*. Deux jours après apparaissent les rougeurs. L'éruption suit son cours et devient confluente. La malade guérit.

Nous avons pu nous assurer qu'aucune cause de contamination autre que celle que nous avons relatée n'a pu exister, pour Mme X..., ni avant son départ de Paris, ni pendant le voyage, ni dans son pays. Nous savons aussi que la petite fille qui a succombé n'a été soumise à aucun contact infectant que celui que nous avons indiqué. Nous en dirons autant pour les deux nourrices. Nous nous croyons donc autorisé à conclure que, dans ces quatre cas, la durée exacte de l'incubation varioliquo a été rigoureusement déterminée. (*Union médicale.*)

Une dernière preuve bien concluante de cette durée variable de l'incubation est la relation faite par le docteur W. Vergier. Le 15 septembre, cinq personnes se donnent rendez-vous d'affaires à une foire et dans la même auberge. Le défaut de place les oblige de coucher tous dans la même chambre, revenus chez eux et dispersés, tous sont atteints de variole confluente. Le plus jeune, le huitième jour ; un autre, le douzième ; un, le quinzième ; un, le dix-neuvième, et le dernier, le vingt-cinquième. Le premier seul est mort. Cette coïncidence éveilla l'attention et l'on apprit qu'une servante était morte de la variole dans cette même chambre la veille que ces cinq personnes y avaient couché. (*Revue méd.*, décembre.)

La pommade mercurielle est un très bon moyen de faire avorter les pustules sur la face des varioleux. Mais le difficile est de l'y maintenir sans que le malade soit gêné par un masque rigide, qui immobilise ses traits. M. Bourdon a résolu cette difficulté d'une manière ingénieuse. Il étale sur la figure une couche d'onguent napolitain, puis il saupoudre avec de l'amidon de manière à former sur place une sorte de pâte, bien adhérente, quoique parfaitement élastique et ne mettant obstacle à aucun mouvement. Chez une malade de la Charité, on put constater les bons effets de cette pratique.

**Variole rash.** A l'occasion d'un fait survenu chez une femme enceinte, M. Isambert montre que, contrairement à la croyance répandue et généralement adoptée, que cette forme est en général bénigne, elle peut être mortelle, ce qu'il attribue à la grossesse. Mais M. Colin dit avoir perdu plusieurs hommes dans son service de cette affection. Le pronostic en serait donc beaucoup plus grave qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. (*Soc. méd. des hôp.*, juin.)

Il résulte du rapport de la mortalité à Paris, en 1868, que



224 varioles ont succombé à l'hôpital, sur 344 à domicile ; démonstration évidente de la nécessité impérieuse de l'isolement absolu des varioleux dans les hôpitaux. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, t. V.)

**VERSION. Version par manipulation externe.** L'intégrité de la poche des eaux ne serait pas absolument indispensable à son succès, comme on le croyait, d'après le fait suivant : Une femme à terme se sent tout à coup inondée, sans avoir éprouvé de douleur. Par le toucher, le palper abdominal et l'auscultation, M. Delair, arrivé aussitôt, constate une présentation du plan latéral droit en position céphalo iliaque droite avec rupture des membranes et dilatation insuffisante du col. En attendant celle-ci pour agir, il exerce des manœuvres externes tendant à ramener la tête dans l'axe du détroit supérieur. Placé à gauche de la femme, il refoule de la main gauche la tête en dedans, un peu en haut et en avant, tandis que la droite appliquée sur l'extrémité fœtale opposée, cherche, par un mouvement contraire, à reporter celle-ci en dedans, en haut et en avant. Pendant deux heures, ces efforts restent vains, mais, alors que la dilatation était complète et qu'il allait aller chercher les pieds, M. Delair fait une dernière tentative et réussit complétement. Un mouvement brusque et prononcé de totalité s'opéra, et il trouva au toucher la tête engagée. Une contraction énergique suffit à expulser l'enfant vivant.

Sans atténuer le succès de ce fait par des explications, on peut dire que c'est là une exception avec les autres observations semblables, la règle la confirme au lieu de la détruire.

**Version céphalique.** *Position à genoux.* Le docteur Stone fut appelé le 1er avril, à quatre heures du matin, près d'une Indienne en travail depuis vingt-quatre heures environ et dont les eaux s'étaient écoulées spontanément la veille à neuf heures du soir. La main droite pendait dans le vagin et l'examen révéla une présentation de l'épaule de ce côté, la tête restant dans la fosse iliaque droite et le ventre en avant. La main introduite saisit facilement un pied, mais quand il s'agit d'effectuer la version, l'extrême irritabilité de l'utérus vint y mettre obstacle ; au plus léger mouvement de la main, cet organe répondait par un resserrement spasmodique si intense qu'après

une demi-heure d'efforts, il fallut renoncer à tout espoir de succès.

Pensant au *postural treatment*, c'est-à-dire la position à boucheton employée pour la réduction du cordon et étendue à d'autres difficultés par les accoucheurs américains, il plaça la patiente sur ses genoux, la poitrine touchant le lit. La main réintroduite, sentit alors, après quelques instants d'attente, l'utérus se relâcher doucement en s'élevant vers le diaphragme, et l'obstacle était tellement diminué que le bras put être reporté sur la poitrine et qu'en écartant doucement l'épaule du détroit supérieur, la main put passer dans la fosse iliaque droite, saisir la tête et l'amener en bas en l'engageant en occipito-iliaque gauche. La femme fut tenue sur le côté et, l'utérus se contractant, un enfant en état d'asphyxie fut bientôt expulsé. Les soins ordinaires le ranimèrent et la délivrance suivit aussitôt (*the New-Orleans journ. of med.*, octobre). C'est le second fait de ce genre publié en Amérique (V. *Année* 1868), et les bienfaits de cette innovation sont si frappants qu'elle ne tardera pas sans doute à être adoptée en Europe.

**VÉSICATOIRES.** *Dangers.* Un vieillard atteint de bronchopneumonie, auquel on avait appliqué un large vésicatoire sur la poitrine, ayant succombé avec la complication de gangrène sur la plaie et un érysipèle circonvoisin, M. Peter en a pris occasion de rappeler cette règle : de n'appliquer des vésicatoires qu'avec une grande circonspection chez les vieillards, les enfants et les sujets cachectiques, et seulement dans le cas d'indication impérieuse. Il convient aussi d'éviter les applications trop larges, et surtout trop prolongées pour qu'elles puissent léser le derme ; c'est ainsi qu'il en surveille l'action chez les enfants, en les soulevant de temps en temps pour en constater les effets ; et qu'il les enlève dès que l'épiderme commence à friser. Il suffit alors de les remplacer par un cataplasme pour en obtenir une sécrétion abondante, et tout l'effet désirable sans aucun inconvénient. (*Gaz. des hop.*)

**VESSIE.** *Absorption.* Sur cette question toujours controversée, voici un fait montrant bien que, si l'on se donnait la peine de lire les travaux antérieurs, on s'éviterait souvent d'écrire soi-même pour faire des réfutations impossibles. En lisant



seulement les vingt-cinq lignes consacrées à ce sujet dans le *Dictionnaire* de 1868, le docteur Campbell Black se fût épargné la peine de répondre à M. H. Thompson, le savant urologiste, sur cet enseignement donné à ses élèves que l'on pouvait, en cas de douleurs vésicales, injecter des anodins, même à haute dose, sans en obtenir de résultat, l'expérience ayant démontré que la muqueuse n'absorbait pas comme les tissus environnant le rectum ; mais M. Black croit contredire victorieusement cette assertion en rapportant le fait d'une femme atteinte de cystite aiguë qui, après une injection d'un quart de grain environ de bichlorure de mercure en solution, en éprouva de grandes douleurs et tous les accidents de la salivation. (*British med. Journ.*, février.)

Évidemment, on ne saurait conclure d'un pareil fait à l'absorption de la vessie saine, alors que M. Susini a montré que l'épithélium vésical pouvait être précisément altéré ou détruit par ces maladies. C'est ainsi sans doute que M. Guyon a calmé les douleurs intolérables de la cystite par l'injection de hautes doses de morphine dans la vessie, car moins que jamais, la vessie saine ne paraît absorber.

M. le docteur E. Ségalas, voulant vérifier l'assertion contraire émise par son père en 1824, injecta dans la vessie de dix hommes bien portants 50 centigrammes d'iodure de potassium dissous dans 60 grammes d'eau distillée sans avoir jamais pu constater dans la salive l'absorption du médicament, tandis qu'administrée par le rectum, la même solution ne tardait pas à être éliminée par les urines et la salive. Réunis aux précédentes expériences de MM. Demarquay et Susini, ces nouveaux faits élucident la question et montrent que la vessie n'absorbe qu'à l'état morbide.

**VINS MÉDICINAUX.** Il y a moins d'un demi-siècle que les vins médicinaux, les élixirs, les teintures constituaient une partie importante de la pharmacie par la prescription fréquente qu'en faisaient les médecins. Les malades y recouraient même spontanément et les vins d'absinthe, d'armoise, de gentiane, de colchique, chalybé, diurétique, etc., étaient aussi connus et communément employés que les vins de quinquina aujourd'hui. L'avantage de cette forme pharmaceutique tenant les principes extractifs des substances médicamenteuses suspendus et étendus dans un véhicule agréable, dont l'action s'ajoute à celle de

ces substances, sa facilité de conservation et sa commodité d'administration lui faisaient avec raison donner la préférence sur les autres. Mais la révolution opérée par Broussais, ne voyant qu'irritation, inflammation partout, notamment dans l'estomac, a banni cet usage thérapeutique dont les bons effets étaient consacrés par les siècles. Heureusement, la réaction s'est opérée et les amers, les toniques, les excitants ont remplacé les émollients, les adoucissants; l'eau de mauve a fait place au vin. D'où la vogue actuelle du vin de quinquina, type des vins médicinaux en usage et les perfectionnements qu'il a subis dans sa préparation.

Des précautions minutieuses sont indispensables, en effet, pour donner aux vins de quinquina un dosage normal en quinine et cinchonine, c'est-à-dire une action uniforme, identique, car les proportions de ces principes actifs dans les diverses espèces de quinquina répandus dans le commerce varient à l'infini.

Entrepositaire de ces vins d'un dosage précis en substance médicamenteuse, selon le procédé quinimétrique de M. Guillermond, et qui sont, pour cette raison, l'objet d'une préférence marquée de la part des médecins, M. B. Barral, pharmacien, y a joint la préparation en grand de tous les vins médicinaux, simples et composés, avec les mêmes avantages. Le choix des matières premières, l'origine authentique avec la proportion voulue et vérifiée d'alcool, une parfaite uniformité de préparation suivant les formules authentiques et toujours faite d'avance et en approvisionnement, sont des garanties peu communes. En présence de la simplicité que le progrès apporte dans les prescriptions pharmaceutiques, le choix croissant des spécialités et l'usage prédominant des toniques, stimulants et névrosthéniques, les vins médicinaux, ainsi préparés, offrent aux médecins de précieuses ressources thérapeutiques. Leur stabilité en fait une des meilleures préparations officinales et, préparés d'avance, ils ont ainsi tous les avantages des spécialités sans leurs inconvénients.

M. B. Barral a réuni à cet effet dans un petit livre élégant et coquet, sous forme de carnet portatif, les formules de ces vins au nombre de 41 vins simples, 28 vins et 4 sirops composés. Rédigé sur les anciens formulaires, il est destiné à rester sur le bureau des médecins pour leur rappeler la composition de ces vins officinaux avec leur prix courant.



*Formulaire des vins médicinaux*, simples et composés qui se trouvent préparés à la pharmacie B. Barral, 80, faubourg Saint-Denis, Paris.

**VIRULENCE.** Elle réside, suivant M. Chauveau, dans les corpuscules figurés du blastème, celui-ci étant inoffensif. Pour le prouver, il prend 10 grammes de pus de l'abcès d'un cheval atteint de morve aiguë, et il lave les globules qui sont de grand diamètre quatre à cinq fois de suite dans 500 grammes d'eau distillée, puis les recueille sur un filtre et les fait sécher. Inoculés ensuite, ces corpuscules donnent la morve, tandis que le liquide où ils ont été lavés ne produit rien. L'expérience est donc concluante. (*Acad. des sciences*, avril.)

**VOMISSEMENTS. Mal de mer.** La faradisation de la région épigastrique combinée avec l'usage externe d'une solution de sulfate d'atropine en lotion serait, suivant M. Leconiat, d'une efficacité souveraine. Employée sur plusieurs centaines de personnes depuis 1865, le succès en a été prompt et évident dans la très-grande majorité des cas. (*Montp. méd.*, décembre 1868.)

**Vomissements incoercibles.** *Éther pulvérisé.* Chez un homme de vingt-trois ans, entré à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, pour une dyspepsie flatulente avec vomissements bilieux incoercibles et constipation opiniâtre (il y en avait jusqu'à douze à quinze par jour sans aucune lésion appréciable), l'emploi successif de la belladone, du bismuth, du chloroforme et de la glace à l'intérieur ne donnant pas de meilleur résultat que la glace ni un vésicatoire appliqué au creux de l'estomac, M. Le Barillier recourut à la pulvérisation de l'éther au moyen de l'appareil de Richardson. Pendant quatre jours et trois fois par jour, la région de l'estomac fut largement anesthésiée, en même temps que le malade prenait de la glace à l'intérieur. Les vomissements diminuèrent de fréquence aussitôt, et étaient disparus le quatrième jour (*Union méd. de la Gironde*, juin). L'action est ici évidente, incontestable et s'explique rationnellement dans les vomissements nerveux. C'est un moyen à ne pas oublier.

## Z

**ZONA.** *Pommade de belladone.* A tous les caustiques vésicants proposés contre cette affection rebelle, M. Dauvergne ajoute celui-ci qui ne peut avoir moins que l'avantage facile à prévoir de calmer les douleurs. Mais est-ce à dire qu'il guérit ? Quelques observations tendraient à le faire admettre, mais il est si difficile de préciser l'action d'un remède en pareil cas, qu'il serait prématuré de le considérer autrement que comme calmant. (*Bull. de thér.*, février.)

FIN.

# TABLE DES AUTEURS


Accaria. Fractures du crâne.
Adams. Collodion styptique.
Albanèse. Cancer, transfusion.
Albani. Fièvres.
Albu. Croup.
Alling. Cystite, pyohémie, rage, rupture musculaire.
Almes. Hémoptysie, ictère.
Alvarenga. Cœur.
Amado. Acides.
Ameuille. Délivrance.
Angelet. Fibromes.
Andant. Phosphore.
Andral (P.). Réquisition.
Andral. Température.
Andreini. Utérus.
Andrews. Fistules.
Andrieux. Phosphore.
Andry. Nécrologie.
Anger. Anatomie, cysticerques.
Anglada. Maladies.
Ansiaux. Phimosis.
Anstie. Diabète, névralgies.
Arronsohn. Tumeurs.
Atlee. Larynx.
Aubenas. Accouchement.
Aubinais. Tétanos puerpéral.
Auzias-Turenne. Bubon suppuré.
Azam. Péritonite.

Bailly. Rétrécissement pelvien.
Bain. Asphyxie.
Balestra. Fièvres.
Ball. Ataxie.
Ballard. Paralysie de l'hypoglosse, vaccine.
Ballot. Vaccine.
Bardeleben. Chloral.
Bardinet. Amputation de la jambe, fractures de l'olécrâne.
Barellai. Hôpitaux maritimes.
Baréty. Variole.
Barnes. Accouchement, embryotomie, hémorrhagie post-partum, utérus.
Barral. Vins médicinaux.
Barrera. Nécrologie.
Basham. Diabète.
Baudon. Opération césarienne.
Baumler. Hémoptysie.
Bazin. Epilepsie.
Becoulet. Epilepsie.
Beigel. Epilepsie.
Begbie. Nécrologie.
Belina (de). Transfusion.
Bence-Jones. Doctrine.
Bérard. Nécrologie.
Bergeron. Respiration.
Berchon. Tatouage.
Bernard (Cl.). Anesthésie, anesthésie prolongée, chloroforme.
Bernutz. Péritonite tuberculeuse.
Bert. Chloroforme, mort subite.
Bertet. Hématocèle.
Bertholle. Fièvre uréthrale.
Bertin. Bain, embolie, grenouillette.
Bertrand. Fractures.
Besnier. Mortalité.
Bezancenet. Kystes.
Bidard. Coralline.
Biffi. Cœur.

Bigelow. Luxation coxo-fémorale.
Billroth. Moignon, mort imprévue.
Bizzozero. Hématopoièse.
Blache. Cœur.
Black. Bouche.
Blackman. Kystes.
Blanc. Vaccine.
Blanquisque. Luxation métatarsienne.
Blatin. Nécrologie.
Bleynie. Cysticerques.
Blot. Nourrissons.
Blum. Fyohémie.
Bodelio. Vaccine.
Bœckel. Périostite.
Bœhm. Nécrologie.
Boinet. Ovariotomie.
Bois. Thoracentèse capillaire.
Bonaston. Diphthérite.
Bonnafont. Tympan, vaccine.
Bonnes. Polypes.
Bonnet. Abcès métastatiques.
Bonnichon. Rougeole.
Bonnier. Trachéotomie.
Bonucci. Nécrologie.
Borelli. Mort.
Bouchard. Anévrysmes du cerveau, hémorrhagies.
Bouchardat. Coralline, thérapeutique, vaccine.
Bouchut. Méningite, mort.
Boudet. Nourrissons.
Bouilhon. Gangrène pulmonaire, syphilis.
Bouillaud. Infection purulente.
Boullet. Angine de poitrine.
Boulomé. Blennorrhagie.
Bourdais. Vaccine.
Pourbier. Incontinence.
Bourdon. Ataxie, coliques de plomb, diabète insipide, épilepsie, nourrissons, rougeole, variole.
Bourguet (d'Aix). Cicatrices difformes, fractures compliquées.
Bourguet. Vaccine.
Boursier. Epilepsie, insomnie.
Bousquet. Vaccine.
Bousseau. Névralgies.
Brachet. Tétanos.
Braidwood. Pyohémie, vaccine.
Breslau. Accouchement.
Bricheteau. Syphilis.
Brinton. Obstruction.
Broca. Anévrysmes cirsoïde, bras artificiel, hernies, infection purulente, moignon, œsophage.
Broeckx. Nécrologie.
Brouardel. Diabète.
Brown-Séquard. Epilepsie, hémiplégie spinale.
Bruch. Utérus.
Brunton. Gémellarité, oreille.
Bryant. Epilepsie.
Buchanan. Amputation de la cuisse.
Bucquoy. Coliques de plomb, paralysies.
Burdon-Sanderson. Diabète.
Busch. Tétanos, tuberculose.
Buzzoni. Fièvres.

Cagnola. Prix.
Calender. Bubon suppuré.
Calloch. Pneumonie.
Calvert. Acide phénique, fièvres.
Camman. Stéthoscope.
Campagne. Manie.
Campbell-Black. Cystite, vessie.
Camus. Pseudarthrose.
Canquoin. Engorgement utérin.
Cantani. Syphilis.
Cantu. Nécrologie.
Capozzi. Tétanos.
Caradec. Amputation sus-malléolaire.
Carrière. Mort.
Carus. Nécrologie.
Casati. Syphilis.
Castan. Phthisie.
Castro (de). Cancer.
Cattaneo (G.). Thoracentèse.
Cayley. Chloroforme.
Cayrade. Delphine.





Cazin. Fièvres.
Cerise. Coralline, nécrologie.
Cersoy. Chorée, hémoptysie.
Cervier. Fractures du larynx.
Cesola. Secret.
Chabrely. Incontinence.
Chairou. Hystérie.
Chalvet. Nourrissons.
Champouillon. Chancre, dentition, érysipèle salutaire, panaris, pyohémie.
Chapplain. Tumeurs.
Charcot. Ascite rhumatismale, ataxie, température.
Charruau. Nécrologie.
Chassaignac. Fracture de la clavicule, hématocèle, infection purulente.
Chassaing. Jurisprudence.
Chatard. Epilepsie.
Chauveau. Charbon, virulence.
Chavée Eclampsie.
Chavernac. Hernies.
Cheadle. Goître exophthalmique.
Chenu. Carie du pied, chirurgie.
Chéron. Orchite.
Christian. Rage.
Christison. Tœnia.
Christok. Fistules vésico-vaginales.
Ciniselli. Amputation, anévrysmes thoraciques.
Clark. Hémoptysie.
Clark (W.). Nécrologie.
Clarke. Bromure de potassium.
Clifford-Albutt. Péricarde.
Clugston. Hôpitaux maritimes.
Cocteau. Fistules uréthrales.
Cohn. Statistique oculaire.
Cohnheim. Tuberculose.
Coindet. Héméralopie.
Colin. Charbon.
Collin. Cancer du péritoine, éclampsie, variole rash.
Collis. Nécrologie.
Colman. Fractures de l'omoplate.
Colson. Dermatoses.
Colson (A.). Nécrologie.
Combes. Déontologie.
Cordes. Grossesse.
Cornil. Histologie, mélanose, néphrite.
Corradi. Hygiène.
Cotting. Fièvre typhoïde.
Cotton Payne. Hémoptysie anévrysmale, phthisie.
Coulson. Syphilis.
Coze. Emétique.
Créquy. Nourrissons.
Cristoforis. Fibromes.
Cruveilhier. Antiseptiques.
Cuignet. Photophobie, strabisme.
Curling. Néphrotomie, résection du genou.
Currie. Tœnia.
Cyr. Alimentation.

Damaschino. Pleurésie.
Damicourt. Jurisprudence.
Darbez. Lipômes.
Dauvergne Zona.
Davaine. Bactéridies, charbon, hydatides.
Davis. Journaux.
Déclat. Charbon, langue.
Delair. Version.
Delmas. Epilepsie.
Delore. Ovariotomie.
Delpech. Crèche, rage.
Delvallée. Nécrologie.
Delzenne. Vaccine.
Demange. Déclaration.
Demarbaix. Phosphore.
Demarquay. Chloral, cystocèle, diabète, fibromes, fractures de la jambe, hématocèle, hydatides, langue, luxation métatarsienne, tétanos.
Dempster. Morsure.
Denamiel. Lithotlibie.
Denis. Antagonisme, injections hypodermiques.
Denucé. Névralgies.
Defaul. Accouchement, dystocie, tumeur du sacrum, vaccine.

Desglaux. Ascite rhumatismale.
Desnos. Hémorrhagie cérébrale.
Désormeaux. Ophthalmologie.
Desponts. Abcès du foie.
Després. Chirurgie, syphilis, utérus.
Devergie. Arsenic.
Devilliers. Nourrissons.
Dickinson. Albuminurie, nerfs.
Dieudonné. Prix.
Dieulafoy. Anesthésie, chloral, fièvre typhoïde.
Douaud. Delirium tremens, péritonite.
Doyon. Sciatique hémorrhagique.
Drognat-Landré. Lèpre.
Dubois. Ataxie.
Dubois (A.). Ataxie.
Dubreuil. Plaies.
Dubuisson. Tuberculose.
Dumas. Chloral.
Dumesnil. Aliénation.
Dumontpallier. Albuminurie, leucocythémie.
Duncan. Métrite.
Dunglison. Nécrologie.
Dupré. Hernies.
Dupré (de Montpellier). Thoracentèse.
Dupuy. Absorption.
Durand. Anévrysmes du cerveau.
Durand-Fardel. Diabète.
Durozier. Cœur.
Du Vivier. Grossesse.

Eberth. Adénome.
Ellis. Drainage.
Elser. Chloroformisation.
Emmet. Fistules vésico-vaginales.
Ercolani. Utérus.
Espagne. Hygiène.

Faliu. Urticaire.
Fauvel. Nourrissons.
Fayre. Résection tibio-tarsienne.
Féréol. Ataxie.
Fergusson. Paralysie de l'hypoglosse.
Ferran. Anesthésie.
Ferrand. Chloroforme, diarrhée.
Finlayson. Température.
Finn. Cœur.
Finsen. Echinocoques.
Fiorani. Blennorrhagie.
Fischer. Nécrologie.
Fischer. Plaies.
Flavard. Trachéotomie.
Fleury. Pharynx, pseudarthrose.
Flint. Râles.
Folet. Ascite.
Follet. Chloral.
Fonssagrives. Coliques de plomb, hygiène, névralgie, pathologie. thoracentèse.
Foucher. Chirurgie.
Fournier (A.). Syphilis.
Foville. Asphyxie par régurgitation.
Fox. Toux.
Fraenkel. Tuberculose.
Francis. Choléra.
French. Anthrax.

Galezowski. Amblyopie, kératite, ophthalmologie. strabisme.
Galland. Spina-bifida.
Gallard. Chorée, maternités, phosphore.
Galligo. Nécrologie.
Gamgee. Sang.
Gantillon. Hémorrhagie post-partum.
Garrod. Ascite.
Gautier. Abcès.
Gay. Varices.
Gayet. Anesthésie, ovariotomie.
Géry. Nouveau-nés.
Gesellius. Transfusion.
Ghérini. Tétanos.
Gintrac. Pathologie.
Gioppi. Cataracte.
Giordano. Fistules vésico-vaginales.
Giraldès. Chloral, plaies.
Girard. Orchite, péritonite, rougeole.
Godard. Prix.
Godefroy. Nécrologie.
Gonthier. Péritoine.
Good. Résection coxo-fémorale.
Gosselin. Anesthésie, conjonctivite, grenouillette hydatique, hygroma, infection purulente, sciatique blennorrhagique.
Gottstein. Croup.
Goujon. Chloral.
Graefe (de). Cataracte, tubercules.
Grailly-Hewit. Placenta.
Grancher. Tuberculose.
Greenhow. Bronchite.
Grenser. Accouchement.
Gripouleau. Bras artificiel.
Grisolle. Nécrologie.
Gru. Incontinence.
Gubler. Ataxie, langue.
Gueneau (de Mussy). Asthme.
Guéniot. Accouchement, fibromes. luxation coxo-fémorale.
Guérin (A.). Bec de-lièvre, infection purulente, polypes, rétrécissements du larynx.
Guérin (J.). Phthisie, vaccine.
Guerrier. Jurisprudence.
Guersant. Nécrologie.
Guibout. Pemphigus.
Guillard. Nécrologie.
Guillou. Trachéotomie.
Gull. Rhumatisme.
Guyon. Amputation sus-malléolaire, Angio-leucite, cystite, rupture musculaire.
Guyot. Coralline.
Gyoux. Organisation.

Hadden. Langue.
Hahn. Goître.
Halford. Morsure.
Hallier. Parasitisme.
Hamburger. Œsophage.
Hamburgin. Péricardite.
Hamilton. Amputation du sein, fièvre typhoïde.
Hamon. Pleurésie.
Hanesko. Rétrécissements du bassin.
Hardy. Eczéma, hernie lombaire, pemphigus, rage.
Hayem. Bronchite.
Haymann. Cataracte.
Hennequin. Coxalgie.
Hepp. Tænia.
Heppner. Fistules vésico-vaginales.
Hérard. Obstruction, vaccine.
Hermann. Physiologie.
Herpin (de Tours). Hémorrhagie de la main.
Herrgott. Chloroforme, chloroformisation.
Hervey. Insomnie.
Hester. Amputation.
Heulhard (d'Arcy). Organisation.
Heurteloup. Anesthésie.
Heyfelder. Nécrologie.
Higginbottom. Erysipèle.
Hilles. Anévrysmes.
Hillier. Nécrologie.
Hilton-Fagge. Obstruction.
Hodgson. Nécrologie.
Hogg. Ectropion.
Holmes. Néphrotomie.
Homolle. Grenouillette hydatique.
Horing. Cataracte.
Hortelour. Fistules vésico-vaginales.
Hueter. Eléphantiasis.
Huetie. Arthrite dysentérique.
Huguet. Doctrine.
Huguier. Hernie lombaire.
Husson. Crèches, tentes-hôpitaux, nourrissons.

Irwin. Morsure.
Isambert. Leucocythémie, variole rash.
Isnard. Ovariotomie.

Jaccoud. Pathologie, température.
Jackson. Apoplexie spinale.
Jacob (de Cordemoy). Fièvres.
Jacobi. Langue, trachéotomie.
Jacobson. Cataracte.
Jamain. Chirurgie.
James. Nécrologie.
Jaumes. Pathologie.
Jeannin. Masque, phthisie.
Jenner. Apoplexie spinale, enseignement.
Joel. Brûlure.
Jouon. Ovariotomie.

Kennedy. Fièvre puerpérale.
Keyworth. Strychnine.
Klob. Adénome.
Klotz. Hémorrhagies traumatiques.
Knight. Stéthoscope.
Knopp. Langue.
Kœberlé. Lipomes, utérus.
Koch. Anévrysmes de la sous-clavière, ligature.
Kohn. Dermatoses.
Kovaes. Electricité.
Krafft-Ebing. Tumeurs.
Krishaber. Anesthésie, chloral, œsophage, polypes laryngiens.
Kuhn. Epithélioma.
Kums. Hernies.

Labat. Hématocèle.
Labbé. Adénite antiseptique, chloral, péritonite, rage, tétanos.
Labéda. Kélotomie.
Laborde. Ictère.
Laboulbène. Spina-bifida.
Lacaze. Nécrologie.
Lailler. Diabète, rage.
Laillier. Aliénation.
Lalagade. Vaccine.
Lamprey. Bubon.
Lancereaux. Adénome, angine de poitrine, diabète insipide.
Landois. Transfusion.
Landrin. Coralline, sycosis.
Langenbeck. Anévrysmes thoraciques, fibromes, fractures de la jambe, ostéogénie.
Laqueur. Glaucome.
Lasègue. Alcoolisme, angine, rougeole, ulcères.
Lassalas. Luxation métatarsienne.
Latour (Robert de). Péritonite, pleurésie.
Laurence. Ophthalmologie.
Lawson. Anévrysmes thoraciques.
Lebarillier. Epilepsie, vomissements incoercibles.
Lebert. Tuberculose.
Lebeau. Nécrologie.
Lecluyse. Grossesse abdominale.
Leconiat. Avortement, menstruation, vomissements.
Lediberder. Fièvres.
Leduc. Vaccine.
Lee. Amputation.
Lefèvre. Prix.
Le Fort. Blennorrhagie, bras artificiel, fractures de la cuisse et de la jambe, tentes-hôpitaux, orchite, ovariotomie, périnéoraphie, tétanos.
Le Gendre. Galactorrhée.
Legouest. Infection purulente.
Legrand (du Saulle). Epilepsie.
Legros. Asphyxie chloroformique.
Legros (L.). Hémorrhagie post-partum.
Leiter. Tympan.
Lemaître. Charbon.
Lemaistre. Croup.
Lemoigne. Cancer.
Lemoine. Anesthésie.
Lente. Ligature.
Léontowitsch. Epithélioma.
Le Roy. Anémie.
Leroy. Carie du pied.
Leseleuc (de). Amputation sus-malléolaire.
Letellier. Rage.
Leudet. Alcoolisme, phthisie.



Leven. Chorée.
Lévy. Hémorrhagie de la main.
Lidier. Nécrologie.
Liébig. Chloral.
Liebreich. Chloral.
Liégeois. Anévrysme poplité, asphyxie chloroformique, épididymite, physiologie, syphilis.
Lima (da Silva). Atrophie musculaire progressive.
Limousin. Asphyxie carbonique.
Linas. Asphyxie carbonique, utérus.
Liouville. Anévrysmes du cerveau, diathèse.
Lister. Antiseptiques, ligature.
Loir. Fibromes.
Lolliot. Arsenic.
Longet. Rupture du tendon d'Achille.
Longmore. Armée.
Longueville (de). Nécrologie.
Lorain. Fibromes.
Lourcillon (de). Strychnine.
Lowet. Nécrologie.
Lugeol. Epilepsie.
Lunier. Aliénation, statistique.
Luroth. Erysipèle.
Lussana. Cancer.
Luton. Charbon.

Mac-Carthy. Résection du genou.
Mac-Clintock. Utérus.
Machenaud. Rage.
Mackesy. Nécrologie.
Mackmurdo. Nécrologie.
Madden. Coralline.
Maggiorani. Névroses.
Magitot. Bouche.
Magnan. Epilepsie alcoolique.
Magni. Epithélioma.
Mahot. Foie.
Maillard. Déclaration.
Maisonneuve. Tumeurs.
Manrique. Tumeurs.
Manz. Tuberculose.
Marcet. Larynx.
Marchal (de Calvi). Rage,
Marcq. Nécrologie.
Marie. Accouchement, luxation du bras.
Marin. Brûlure.
Marjolin. Tumeur blanche.
Marmy. Fractures de l'apophyse coracoïde.
Marrotte. Ascite rhumatismale, vaccine.
Martin (St-). Incompatibilités.
Martin. Myomes.
Martin (de Pedro). Tétanos.
Marvaud. Cœur.
Marx. Epilepsie.
Masse. Cicatrices.
Mathieu. Œsophage.
Mattei. Rétention d'urine.
Maunder. Colotomie, fractures lombaires, ligature de la carotide, néphrotomie.
Mausoir. Nécrologie.
Max. Syphilis.
Maydieu. Obstruction.
May Figueira. Tétanos.
Mazzolini. Fièvres.
Meade. Engorgement utérin.
Meadows. Utérus.
Méhu. Albuminurie.
Meigs. Nécrologie.
Méran. Epilepsie, péritonite.
Mertens. Hernies.
Méryon. Atrophie musculaire progressive.
Mialhe. Phosphore.
Michalski. Injections.
Michel. Chloroforme, chloroformisation.
Mignot. Pseudarthrose.
Miles. Insomnie.
Millard. Rage.
Milton. Lupus.
Miner. Ovariotomie.
Missonier. Charbon.
Mitscherlich. Rétrécissements de l'urèthre.
Monin. Epilepsie.

Monot. Vaccine.
Moore. Rage.
Moores. Cataracte.
Mordret. Vaccine.
Moreau (de Tours). Aliénation.
Moreau. Anesthésie, orchite.
Morell Mackensie. Larynx, syphilis.
Moris. Nécrologie.
Morra. Tétanos.
Morchaux. Infection purulente.
Mouro (de). Grenouillette.
Moutard-Martin. Asthme, ataxie, coliques de plomb, épilepsie, insomnie, pleurésie, thoracentèse.
Moxey. Alimentation.
Murchison. Foie.
Mure. Epilepsie.
Myers. Anévrysmes thoraciques

Nagel. Cataracte.
Neftel Cancer du sein.
Nélaton. Chirurgie.
Nesemann. Atrophie musculaire.
Netter. Fièvre typhoïde.
Neumann. Hématopoièse.
Neurotio. Secret.
Neveu. Tétanos puerpéral.
Nieszkowski. Iodoforme.
Nisseron. Urine.
Nobis. Tétanos.
Nœgele. Accouchement.
Nœggerath. Ovariotomie.
Nonat. Utérus.
Norris. Hémorrhagie post partum.
Norton. Ongle incarné, prolapsus utérin.
Notta. Chirurgie.
Nunneley. Fractures du rachis.
Nuttall. Coralline.

O'Ferrall. Nécrologie.
Ogston. Ligatures.
Olive. Obstruction.
Ollier. Tumeurs.
Olliffe. Nécrologie.
Ollivier. Leucocythémie.
Onimus. Asphyxie chloroformique, lipomes, physiologie.
Ordway. Fistule anale.
Ortega. Nécrologie.

Pagello. Cancer.
Paget Drainage, ostéogénie.
Paillasson. Blennorrhagie.
Paluel. Fièvres.
Panas. Fractures de la jambe, utérus.
Pariee. Infection purulente.
Parrot. Masque, otite, rupture de la moelle épinière, tuberculose.
Pavesi. Collodion hémostatique.
Pavia. Buxine, fièvres.
Pavy. Diabète.
Péan. Chirurgie, ovariotomie, tumeurs, utérus.
Pechollier. Fièvre typhoïde.
Péchot. Pathologie.
Peinz-Otto. Phthisie.
Pellizzari. Somnambulisme.
Pelou. Stéthoscope.
Perini. Tétanos.
Perronet. Chorée nerveuse.
Perry. Accouchement.
Personne. Phosphore.
Persoz. Coralline.
Perruzzi. Ovariotomie.
Peter. Anémie, aphasie, cœur, pleurésie, vésicatoires.
Philippe. Ectropion, moignon.
Phl'ppeaux. Entorses, hernies.
Philips. Accouchement, fractures du col du fémur.
Piatelli. Foie.
Picard. Thoracentèse capillaire.
Pidoux. Ataxie.
Pietro. Constipation.
Pilliot. Nécrologie.
Pinel de Grandchamp. Nécrologie.
Pistelli. Nécrologie.
Playfair. Dystocie.
Polaillon. Calcanéum.



Politzer. Tympan.
Poncet. Ophthalmologie.
Popplewell. Accouchement, jurisprudence.
Portal. Prix.
Porter. Anévrysmes.
Potain. Empyème.
Potton. Nécrologie.
Pouilhet. Hémorrhagie utérine.
Powel. Hémoptysie.
Primavera. Hépatite.
Prince. Autoplastie.
Purdon. Dermatoses, prurigo.
Purkynje. Nécrologie.

Quadri. Nécrologie.
Quey. Nécrologie.

Rabuteau. Absorption, bromures, coliques de plomb.
Raimbert. Charbon.
Ramskill. Epilepsie.
Ranvier. Histologie.
Ravath. Ligatures.
Raynaud. Langue.
Réau. Amblyopie.
Renard. Albuminurie.
Reny. Abcès du cerveau.
Redillet. Paralysies.
Revillout. Erysipèle.
Rey. Eclampsie.
Riberi. Prix.
Richardson. Chloral, collodion styptique, hémostase.
Richet. Atropine, fractures du maxillaire, injections caustiques, périnéoraphie, tumeurs.
Ricord. Vaccine.
Ricordi. Vaginite.
Ridreau. Larynx.
Ridout. Tétanos.
Ripoll. Infection purulente.
Robert. Péritonite tuberculeuse.
Robin. Hématopoièse.
Rodolfi. Chorée, scrofule.
Roger (H.). Péricarde, vaccine.
Roser. Infection purulente, ligatures.
Rothmund. Cataracte.
Roucher. Phosphore.
Rouge. Anévrysmes de la carotide, électrolyse, fractures du maxillaire, luxations.
Roussin. Coralline, phosphore.
Roux. Empyème, spina-bifida.
Roux (de Brignolle). Nécrologie.
Roye. Physiologie.
Russell. Cancer du poumon.

Saint-Germain. Placenta.
Saint-Arroman. Rhumatisme laiteux.
Saison. Bromure de potassium.
Salazar. Nécrologie.
Salter. Dyspnée.
Sander. Epilepsie.
Sanné. Croup.
Sayre. Ankylose.
Scheinesson. Chloroforme.
Schiff. Cancer.
Schivardi. Eaux minérales, injections, tétanos.
Schmiedeberg. Urine.
Schmit. Phosphore.
Schneider. Anévrysmes thoraciques.
Schott. Ostéogénie.
Schutzemberger. Erysipèle.
Scott-Alison. Phthisie.
Scoutetten. Absorption.
Sédillot. Chloroforme, chloroformisation, résections, résection du genou.
Sée. Albuminurie, arsenic, paralysies.
Ségalas (E.). Vessie.
Seller. Nécrologie.
Semelaigne. Aliénation.
Sénart. Nécrologie.
Senières. Résection du genou.
Serres. Prix.
Sertoli. Urine.
Shedd. Fièvre typhoïde.

Shoyer. Eclampsie.
Sieveking. Asphyxie carbonique.
Sigmund. Désinfectants.
Simon. Diarrhée, urine.
Simon. Vaccine.
Simonnin. Vaccine.
Simpson. Amputation.
Sims. Cancer du sein, utérus.
Sirus-Pirondi. Pseudarthrose.
Smith. Néphrotomie.
Soelberg-Wells. Cataracte, ophthalmologie.
Solles. Péritonite.
Sonrier. Luxation.
Sorbets. Phosphore.
Spence. Ligature de la carotide.
Spencer-Wells. Chloral, ovariotomie.
Spitzer. Nécrologie.
Steiner. Pneumonie infantile.
Stokes. Fractures du larynx, ligature de l'aorte.
Stoltz. Accouchement, dystocie, prix.
Stone. Version céphalique.
Stopin. Anévrysme poplité.
Surmay. Incontinence.
Sutton. Cancer du poumon, rhumatisme.
Sydney-Chater. Collodion styptique.
Sydney-Ringer. Thérapeutique.

Tansini. Cancer.
Tardieu. Coralline, phosphore.
Tardieu (Jacq.). Nécrologie.
Tarnier. Accouchement, dystocie.
Tartarin. Hernie.
Tavignot. Cataracte.
Taylor. Cataracte, pharmacie.
Terson. Ophthalmologie.
Thomas (de Tours). Arthrite dysentérique, obstruction.
Thomas (de New-York). Vaginite.
Thomas. Tétanos.
Thompson (H.). Cystite, vessie.
Tibaldi. Fièvres.
Tillaux. Rétrécissement du rectum, tuberculose.
Tissier. Hémorrhagie post-partum.
Torre. Secret.
Toulmouche. Ulcères.
Tournié. Tumeurs dorsales des mains.
Trasbot. Mélanose.
Traube. Respiration.
Trélat. Fracture du crâne, fractures de la jambe, rétrécissements du larynx, tubercules de la langue.
Tripier. Entorse, température.
Trouvé. Electricité.

Upham. Sphygmographe.

Valcourt (de). Enseignement.
Valette. Testicule.
Valker. Râles.
Vallin. Péritonite tuberculeuse.
Van den Corput. Blennorrhagie, fièvre typhoïde.
Van Roosbroeck. Nécrologie.
Vergely. Insomnie, rhumatisme.
Vergier. Variole.
Verneuil. Anévrysmes diabétiques, anthrax des lèvres, fibromes, infection purulente, mort imprévue, pyohémie, tétanos.
Vernois. Vaccine.
Viaud Grand-Marais. Aniline, coralline.
Vidaillet. Fièvre jaune.
Viger. Eclampsie.
Vigla. Prix.
Vignard. Hernies.
Villebrand. Fièvres.
Villemin. Tuberculose.
Vilson. Coralline.
Virchow. Goître, tumeurs.
Visconti. Echinocoques du cerveau.
Vitali. Fièvres.
Voisin (A.). Hallucinations.



Von Alderman. Hémorrhagies traumatiques.
Von Trantvetter. Obstruction.
Vulpian. Nerfs.

Waldenburg. Tuberculose.
Waterman. Polype naso-pharyngien.
Watt. Paralysie faciale.
Wecker. Conjonctivite.
Weilechner. Ostéogénie.
Widal. Ataxie.
Willcoy. Cystite chronique.
Williams. Strychnine.
Wilmart. Phosphore.
Worms. Chloral, chorée, myomes.
Wucherer. Entozoaires, hématurie intertropicale, fièvre jaune.
Wunderlich. Fièvre typhoïde, température, tétanos.

Yeansley. Nécrologie.
Ycard. Ovariotomie.

Zani. Aliénation.
Zorrilla. Exercice.

FIN DE LA TABLE DES NOMS D'AUTEURS.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

