

# LA NORMANDIE MÉDICALE

SOMMAIRE : Avant-propos. — *Travaux originaux* : De l'enseignement clinique à l'Université de Vienne, par M. le Dr Leudet. — Pronostic et traitement des hernies de l'iris, par M. le Dr Gauran. — *Bulletin* : Etiologie d'une épidémie de fièvre typhoïde à Rouen. — *Recueil de faits* : Anasarque et encéphalopathie scarlatineuse, par M. le Dr Bertrand. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

## AVANT-PROPOS

*Guidés par la communauté des occupations et des intérêts, les médecins parviennent chaque jour à se grouper dans leurs provinces, pour rétablir cette unité morale que tend à détruire leur dispersion même dans les milieux si disparates de la société. Ce rapprochement serait non moins désirable pour le progrès de la science à laquelle ils doivent leur prestige, sinon leur fortune; il permettrait d'utiliser pour l'enseignement mutuel tous les documents, toutes les idées qui se perdent dans les champs d'observation si multipliés que chacun crée, le jour où il entre dans la pratique médicale. Notre région se distingue assez par la valeur et la fréquence des productions scientifiques, pour qu'on s'efforce de rallier tous les travailleurs isolés dans une collaboration dont la Normandie médicale devra être l'impartial organe. Nous faisons appel au concours de tous, et n'accueillerons pas avec moins d'empressement les simples relations de faits pathologiques que les courtes monographies où les auteurs voudront exposer des conceptions personnelles.*

*Si on peut reprocher à la presse médicale de n'avoir pas toujours l'accès facile pour les œuvres modestes et de restreindre la publicité à celles qui naissent dans certains cercles officiels, il faut aussi reconnaître que son système de vulgarisation est très imparfait : elle produit bien plutôt des recueils où les études spéciales, les recherches cliniques, les expérimentations sont accumulées sans ordre, sans lien, parfois même inachevées, et elle fournit trop peu de revues où les questions sont exposées avec concision, et dégagées du fatras d'obscurités dont elles se couvrent à travers les controverses et les expériences contradictoires. C'est là pourtant ce que préfèrent les médecins qui restent soucieux de régler leur savoir sur l'acquis du jour, sans avoir le loisir de rechercher eux-mêmes les éléments d'un laborieux travail de synthèse. Nous tenterons d'épargner aux lecteurs du journal cette longue et pénible besogne, et, plutôt que de prétendre à la précocité des informations scientifiques, nous aurons pour règle de traiter surtout les sujets qui auront subi l'épreuve du contrôle et de la discussion.*

LA RÉDACTION.

## TRAVAUX ORIGINAUX

**L'enseignement de la clinique médicale à la Faculté  
de Médecine de Vienne,**PAR LE D<sup>r</sup> LEUDET,Directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen, associé national de l'Académie  
de Médecine.

L'enseignement clinique a été inauguré à l'Université de Vienne longtemps avant que Corvisart ne l'instituât à Paris. Van Swieten l'introduisit dans la capitale de l'Autriche et y apporta les traditions de son maître Boerhâve. Depuis lors, l'enseignement de la médecine pratique a été confié à d'illustres représentants : de Haen, Stoll, Storck, Skoda, etc. J'ai pu suivre, il y a trente ans, les leçons de Skoda, et il y a quelques jours, j'entendais les leçons des successeurs d'Oppolzer et de Skoda, les maîtres actuels, les professeurs Bamberger et Nothnagel.

L'enseignement médical et chirurgical est réuni dans un centre unique, l'Hôpital-Général, vaste établissement qui reçoit 2,000 malades. Ce bel hôpital, situé auprès de cette promenade splendide qui entoure presque complètement la vieille ville et montre une série d'édifices modernes, est resté ce qu'il était il y a trente ans. Les bâtiments de l'hôpital occupent un espace considérable ; ils sont divisés en cours nombreuses ornées de jardins et plantées d'arbres. L'édifice est d'une simplicité extrême. Ses murs extérieurs recouverts de plâtre, l'intérieur peint à la chaux, sans aucun ornement, sans corniches ou autres inutilités, font contraste avec le luxe extérieur de plusieurs de nos hôpitaux de Paris. Le médecin apprécie cette simplicité architecturale, quand il apprend que l'intérieur de toutes les salles de l'hôpital est blanchi chaque année à la chaux. Le mobilier des salles, d'une propreté irréprochable, offre la même simplicité. Les malades sont soignés exclusivement par des infirmières, même dans les salles consacrées aux hommes syphilitiques.

L'hôpital comprend un grand nombre de divisions médicales, chirurgicales, ainsi que les services spéciaux consacrés aux accouchements, maladies de la peau, syphilitiques, maladies nerveuses, mentales, etc. Cet hôpital offre donc au travailleur des ressources énormes, toutes réunies.

La direction de ces divisions est confiée à des professeurs de l'Université, à des médecins ordinaires. Ces médecins ont eu

l'honneur de compter parmi eux des savants dont le nom rappelle une découverte. Dans une des cours de l'hôpital, un monument consacré à la mémoire de Turck m'a rappelé le savant illustre que j'avais vu il y a trente ans dans cet hôpital. Turck a été l'initiateur des découvertes modernes sur la physiologie de la moelle; enfin il a découvert le laryngoscope en même temps que Czermak.

Aujourd'hui, l'enseignement clinique compte dans cet hôpital d'illustres représentants. Je citerai, pour la médecine, les professeurs Bamberger et Nothnagel; pour les maladies nerveuses, M. Meynert; pour la chirurgie, MM. Billroth et Albert; pour les accouchements, MM. Braun et Spaeth; pour les affections cutanées, M. Kaposi; pour les affections syphilitiques, M. Neumann; pour les maladies des oreilles, M. Politzer.

Mes études spéciales me rendent incompetent pour exposer la pratique des cliniques d'ophtalmologie, de chirurgie, d'accouchements et la célèbre clinique des maladies des oreilles du professeur Politzer, dont les œuvres ont tant ajouté à nos connaissances actuelles en otologie.

L'espace qui m'est réservé me force à limiter mon exposé aux cliniques médicales des maladies cutanées et syphilitiques.

Chaque clinique forme une division complètement séparée. Une salle d'hommes et une salle de femmes sont séparées par l'amphithéâtre de clinique, le laboratoire de recherches anatomiques et chimiques et le cabinet du professeur. Chaque division clinique forme une unité complète. Il semble, du reste, que la morale publique viennoise ne se trouve pas blessée de la contiguïté des salles d'hommes et de femmes, pas plus que, dans les salles de vénériens, les femmes infirmières ne sont effrayées d'assister à l'exhibition des vénériens sans le moindre costume.

Les cours des cliniques médicale et chirurgicale ont lieu cinq fois la semaine, pendant toute l'année, dans la matinée; la clinique des maladies syphilitiques a lieu l'après-midi.

A Vienne, comme dans toutes les Facultés allemandes, les Professeurs ont des devoirs nombreux: le médecin qui se consacre à l'enseignement est avant tout professeur; le plus souvent il cumule plusieurs enseignements, d'abord ceux de la pathologie et de la clinique, puis de la thérapeutique. C'est ainsi que plusieurs petites Facultés de médecine allemandes comptent au plus cinq ou six professeurs; et il me suffira de rappeler que l'illustre Jean Muller, le créateur de l'histologie pathologique, cumulait à Berlin

l'enseignement de la physiologie avec celui de l'anatomie comparée et de l'anatomie pathologique. Peut-être les Allemands ont-ils acquis la conviction qu'il est plus difficile, pour constituer un établissement d'enseignement supérieur, de trouver des hommes spéciaux et capables que de créer des chaires multiples. Suivant eux, le meilleur moyen d'exciter le zèle du professeur, c'est de le consacrer exclusivement à ses fonctions et de le faire vivre au milieu de ses élèves.

La Faculté de Vienne a emprunté, comme toutes les universités allemandes, un certain nombre de ses professeurs aux universités voisines. Ainsi M. Bamberger a été appelé de Wurzburg à Vienne, et M. Nothnagel, d'Iéna dans la métropole autrichienne. Les Facultés se disputent les gloires professorales et souvent ces appels entraînent, pour l'élu, des avantages matériels. Ce système a l'avantage de créer dans les petits centres des vocations professorales, d'y exciter l'ardeur scientifique. Le travailleur sait que ce travail peut lui procurer l'honneur et la fortune. Nous savons qu'il n'en est pas de même en France : aussi les villes secondaires manquent-elles de travailleurs.

La multiplicité des Facultés de médecine empêche en Allemagne l'accumulation des étudiants dans un centre universitaire unique ; la réputation de jeunes professeurs attire dans un grand nombre de villes secondaires les étudiants en médecine. Je pourrais citer les Facultés de Leipzig, Wurzburg, etc. En Autriche, les Facultés médicales sont moins nombreuses, moins fortement organisées qu'en Allemagne ; aussi la Faculté de Vienne réunit-elle trop d'élèves. J'ai vu plus de 400 étudiants se presser à la leçon du professeur Nothnagel. Cette réunion trop nombreuse, au dire même du professeur, rend l'enseignement beaucoup moins profitable.

Comme dans toutes les Facultés, le professeur a plusieurs aides. Je citerai, tout d'abord, les assistants, au nombre de deux dans chaque clinique médicale ; chez M. Nothnagel, dont j'ai pu suivre plus spécialement l'enseignement, les deux assistants, les docteurs Jaksch et Bamberger fils, ont déjà des titres scientifiques. Le premier, fils de l'ancien professeur de clinique de Prague, savant distingué, dont le nom rappelle de beaux travaux sur les maladies du cœur, a été successivement chef de clinique dans plusieurs divisions, celles de chirurgie, des maladies de la peau, etc., etc. M. Jaksch est déjà un savant distingué, et j'ai eu beaucoup de plaisir à suivre ses procédés d'analyse sur les urines

diabétiques, etc. Ces médecins sont de futurs professeurs, et cependant ils n'ont pas brillé dans les concours. Les professeurs viennois prétendent que ces épreuves de concours stérilisent les jeunes intelligences; peut-être n'ont-ils pas tort, car un des professeurs de clinique de la Faculté de Paris, et l'un des plus distingués, me disait qu'il ne pouvait attendre aucun aide de son personnel officiel. Son chef de clinique concourait pour la place de médecin des hôpitaux, son interne pour les prix de l'internat, et ses externes pour les places d'internes. Pendant ce temps, personne ne s'occupait de son service.

A Vienne, l'examen cadavérique n'est fait que par le professeur d'anatomie pathologique. Je n'ai pas assez de place pour insister sur l'organisation des Instituts d'anatomie pathologique. Je cherche seulement à initier les lecteurs à l'organisation de la grande Faculté autrichienne, au point de vue de la médecine.

Le professeur Bamberger, le plus ancien des deux professeurs de clinique médicale, professait il y a trente ans la médecine pratique à la Faculté de Wurzburg. J'ai pu suivre alors son enseignement, et profiter de son exposition lucide et de ses déductions pratiques. Wurzburg avait alors dans son personnel un nombre considérable d'illustrations; à côté de Koelliker, dont les traités d'anatomie et d'histologie sont devenus classiques en France, Virchow y professait l'anatomie pathologique, Scanzoni les accouchements. Bamberger, auteur de plusieurs ouvrages remarquables sur les affections du cœur, de l'abdomen, a conservé dans son enseignement les mêmes qualités qui le distinguaient pendant son professorat en Bavière.

Le professeur Nothnagel, appelé depuis quelques années de la clinique d'Iéna à celle de Vienne, nous est connu par ses travaux de thérapeutique, ses livres sur les maladies du cerveau envisagées au point de vue des localisations, et son œuvre plus récente sur les maladies de l'abdomen. Plein d'ardeur, il possède, à côté d'une connaissance complète de la médecine actuelle, un véritable talent d'exposition clinique. Convaincu que la mission du professeur est d'instruire des élèves et de former de futurs praticiens, il expose avec un ordre parfait la succession des antécédents, des symptômes. Dans les deux cliniques de Vienne, comme je l'ai vu faire, du reste, il y a longtemps à Berlin, le malade est amené sur un lit dans l'hémicycle de l'amphithéâtre, et, devant les élèves, tout est examiné, discuté. Je dois dire que la correction du maintien des élèves en présence du malade rend cet examen facile.

Nous pourrions peut-être regretter qu'en France le respect du maître n'excite pas nos élèves à se lever tous, quand le professeur entre dans la salle, comme cela a lieu à Vienne.

Ce mode d'enseignement est surtout utile parce qu'un élève, à tour de rôle, fait l'examen du malade sous la direction du professeur. Ce système d'enseignement est nécessité par le nombre des auditeurs, car la démonstration au lit du malade ne permet pas aux élèves trop nombreux de suivre l'enseignement dans la salle.

L'enseignement n'est pas identique pour la clinique des maladies de la peau et de la syphilis. Le professeur Kaposi est connu en France par son excellent traité de dermatologie; successeur d'Hebra, il n'a pas laissé faiblir la réputation de l'École de Vienne. Son enseignement est fait dans la salle même, sur une plate-forme élevée où le professeur exhibe et démontre le malade, homme ou femme, et lui fait parcourir les rangs des auditeurs assis autour de la plate-forme. Ce mode d'enseignement est le même pour les maladies syphilitiques du professeur Neuman, le successeur de Siegmund, dont j'ai suivi naguère les leçons, en même temps que celles d'Hebra. Je ne puis oublier de rappeler que l'assistant actuel du professeur Kaposi est le D<sup>r</sup> Lustgarten, dont les recherches sur le bacille de la syphilis ont fait connaître le nom en France.

La clinique des affections nerveuses est professée par M. Meynert. Son nom est connu par ses recherches anatomiques et pathologiques. Son livre, en cours de publication, et dont M. Meynert nous a annoncé la continuation prochaine, est l'œuvre d'un savant consciencieux et distingué.

J'ai déjà visité trois fois cette Faculté de Vienne; ce que j'ai vu cette année, comme antérieurement, m'a vivement intéressé, et mon séjour trop court dans la capitale de l'Autriche m'a fait espérer de pouvoir y retourner bientôt, et recueillir de la bouche de ces savants chercheurs des idées nouvelles et des aperçus différents de ceux de nos compatriotes.

---

### **Pronostic et traitement des Hernies de l'iris,**

PAR LE D<sup>r</sup> GAURAN.

La hernie de l'Iris est une complication inévitable de la perforation de la cornée, avec issue de l'humeur aqueuse, que cette perforation reconnaisse pour cause une plaie pénétrante de la

membrane ou simplement un processus ulcératif. Étudiées à un point de vue général, les prolapsus de l'Iris prêteraient comme pronostic et comme traitement à des considérations qui dépasseraient le cadre que je me suis tracé dans cet article. Je me limiterai donc à ces cas particuliers où le prolapsus d'un très petit volume occupe un siège spécial, le bord scléro-cornéen.

Aussi bien paraissent-ils emprunter à cette région un caractère particulier de gravité qu'ils ne présentent pas en d'autres points de la membrane.

Les observations résumées qui vont suivre démontreront que le bord scléro-cornéen doit être considéré comme une zone dangereuse où toute intervention chirurgicale doit même être proscrite.

*Observation I.*—V..., 33 ans, serrurier, atteint d'un éclat de fer à l'œil gauche, le 13 janvier 1885, se présente le 15 à l'Institut ophthalmique départemental.

On constate un petit prolapsus de l'Iris dans le bord scléro-cornéen, une déviation pupillaire du côté de l'enclavement, sans autres complications; réaction inflammatoire nulle.

*Traitement.* — Atropine, bandeau compressif, lotions boratées. Après quelques jours, trouvant son état satisfaisant, le patient ne se présente plus à la consultation.

Il revient le 5 mars suivant et raconte qu'ayant repris son travail depuis quelques jours, la vision de son œil sain était devenue trouble.

En ce moment l'œil blessé ne présente aucune trace extérieure d'inflammation, pas d'injection péri-cornéenne; on remarque une synéchie au bord pupillaire inférieur, mais l'acuité visuelle = seulement  $\frac{1}{3}$ . L'examen ophthalmoscopique montre les parties antérieures du corps vitré parsemées de nombreuses et fines opacités qui laissent difficilement apercevoir la pupille.

A droite, œil primitivement sain, synéchie postérieure totale, troubles plus accusés du corps vitré, S. =  $\frac{1}{3}$  seulement. Aucune réaction extérieure.

Traitement mercuriel (calomel à doses fractionnées).

Vers le 25 mars, des deux côtés, abondant précipité sur la membrane de Descemet. Sur l'œil primitivement sain, les troubles sont toujours plus accusés, l'acuité visuelle plus réduite que sur l'œil blessé; il est définitivement atteint d'*irido-cyclite sympathique* à forme séreuse.

Telle est cette observation, résumée dans ce qu'elle renferme d'important pour le sujet qui nous occupe. Nous n'entrerons pas non plus à ce propos, quant à la genèse de ces accidents, dans une discussion qui nous paraît inutile, le fait dont il s'agit portant

avec lui le seul enseignement pratique que nous voulions en retirer.

Lorsque nous aurons à exposer le traitement qu'il convient d'appliquer aux prolapsus situés au bord scléro-cornéen, nous dirons ce qu'il faut attendre de moyens encore trop souvent mis en usage pour les réduire, tels que la résection, la cautérisation, et si ces moyens permettent d'atteindre le but proposé. En tous cas, c'est ici le lieu de faire connaître les conséquences qui peuvent résulter de leur emploi. A cet égard les deux faits qui suivent sont tout à fait probants.

*Observation II.* — V... se présente à la clinique le 28 novembre 1881. Il porte à la partie inféro-interne du rebord scléro-cornéen de l'œil droit une plaie à travers laquelle fait hernie un paquet d'Iris, gros comme un grain de chénevis. Une partie du prolapsus est recouverte par la conjonctive, l'autre est en contact avec l'air extérieur, pas d'autre complication aux parties antérieures. L'examen au microscope montre le corps vitré parsemé de nombreux flocons épais et noirâtres, résultat probable d'une hémorragie intraoculaire; de V... raconte en effet qu'il a eu l'œil rempli de sang, et que la vision a été complètement abolie les premiers jours. Il compte actuellement les doigts à quatre mètres.

Depuis le 7 novembre, jour de sa blessure, jusqu'au 23 décembre, il a suivi un traitement par l'atropine et les lotions boratées.

Le 12 décembre, pour favoriser la cicatrisation et soustraire la plaie à toute cause d'irritation, on enlève en la rasant avec la pince-ciseau toute la partie du prolapsus qui dépasse la surface de la cornée, et on applique un bandeau compressif avec le traitement antiseptique.

Le 13 décembre, quelques douleurs dans l'œil et le front, injection modérée aux environs de la plaie. On réapplique le bandeau qui reste constamment sur l'œil.

Le 14 décembre, *deux jours* après la section du prolapsus, on constate sur l'*œil sain* une zone d'injection péricornéenne, des douleurs frontales et un abaissement de l'acuité visuelle tel, que S. =  $\frac{1}{10}$  seulement. La pupille dilatée laisse voir des dépôts de pigment sur la cristalloïde; pointillé à la partie inférieure de la membrane de Descemet.

A l'ophtalmoscope les milieux sont très troubles, les parties antérieures du corps vitré sont remplies de fines opacités qui ne laissent apercevoir le fond de l'œil qu'à travers un nuage épais.

*Diagnostic* : ophtalmie sympathique à forme séreuse.

Soumis à un traitement mercuriel énergique, les lésions de l'œil sain ne disparurent qu'au bout de trois mois, après de nombreuses alternatives de rémissions et d'exacerbations, telles qu'on les observe dans cette forme spéciale d'ophtalmie sympathique.

Que le processus sympathique fût déjà ici en voie d'évolution

latente, cela est possible, il n'en est pas moins vrai que la résection du prolapsus lui a donné le coup de fouet, et peut-être communiqué une intensité plus grande que ne le comportait la cause efficiente.

Enfin, pour terminer le tableau des accidents occasionnés par l'intervention chirurgicale, nous citerons un cas de panophtalmite qui s'est déclarée presque immédiatement après la résection d'un petit prolapsus du bord scléro-cornéen. Il s'agit d'un nommé Crécheux, ouvrier aux ateliers des chemins de fer de l'Ouest, qui nous fut envoyé, en 1881, par M. le Dr Coulom, médecin de la Compagnie de l'Ouest. Dans ce cas, la résection du prolapsus ouvrit indubitablement la voie à l'infection de la plaie.

Le pronostic des enclavements iriens près du bord cornéen, basé sur d'autres nombreux faits analogues à ceux que j'ai cités, est donc des plus graves. L'ophtalmie sympathique et même la panophtalmite peuvent en être la suite. Une intervention chirurgicale tardive l'aggrave encore. Enfin, même après avoir échappé à des accidents primitifs graves, l'œil atteint est encore, pendant longtemps, sous la menace d'une affection d'autant plus dangereuse que son développement est plus insidieux, sa marche plus lentement progressive, nous voulons parler du glaucome chronique simple qui est si fréquemment la résultante ultime des enclavements iriens de la marge de la cornée.

*Traitement.* — L'indication à remplir en présence d'un enclavement de l'iris est de chercher à obtenir la réduction du prolapsus. A cet effet, la résection de la partie herniée est la méthode la plus généralement employée. Nous avons vu à quels accidents elle expose. Les risques à courir peuvent-ils du moins être compensés par le résultat obtenu? L'expérience démontre que la réduction de l'iris est une entreprise des plus aléatoires, tentée même peu de temps après la production de la lésion. Il suffit en effet de quelques heures à peine pour déterminer entre l'iris et les lèvres de la plaie des adhérences indestructibles. On peut dire qu'on ne se trouve jamais dans des conditions d'intervention assez rapides pour obtenir le résultat cherché.

Il faut donc s'abstenir rigoureusement de tout acte chirurgical qui ne serait pas immédiat, et encore dans cette circonstance faudrait-il n'entreprendre la résection qu'avec une certitude assurée de réduction. Les enclavements iriens au bord de la cornée doivent être considérés comme de véritables *noli me tangere* (Rothmund).

L'attouchement des prolapsus avec des substances irritantes tels que le nitrate d'argent devra être sévèrement proscrit.

L'expectation seule est à recommander avec l'emploi des myotiques au début; plus tard ils sont inutiles; appliquer le traitement antiseptique : acide borique 4 gr., eau 100 gr., lotions boratées, bichlorure au  $\frac{1}{4000}$ , et surtout bandeau légèrement compressif, qui devra être maintenu jusqu'à ce que le prolapsus soit aplati et recouvert d'une membrane cicatricielle.

Dans le cas où le prolapsus aurait de la tendance à se développer, ce qui est très rare dans les cas spéciaux dont nous nous occupons, on serait autorisé à le ponctionner avec une pointe fine, en appliquant avec plus de rigueur, si c'est possible, le traitement antiseptique et le bandeau compressif. Nous insisterons particulièrement sur l'emploi de ce dernier moyen, le seul efficace pour protéger la plaie contre les agents extérieurs, et la soustraire ainsi à toute cause d'irritation. Nous avons l'habitude dans notre pratique de saupoudrer la surface de la hernie avec de l'iodoforme porphyrisé. L'iodoforme par ses propriétés antiseptiques et son adhésivité est un excellent moyen de protection et de prévention.

Les préceptes que nous venons d'établir peuvent-ils aussi s'appliquer aux hernies de l'iris qui ne sont plus produites par un traumatisme, mais consécutives à un processus ulcératif?

Il n'est pas rare, dans le cours de catarrhes muco-purulents ou pseudo-membraneux intenses, de voir une ulcération bientôt suivie de perforation ou hernie de l'iris, s'établir au bord marginal de la cornée. Dans ce cas, doit-on recommander l'excision du prolapsus que l'on voit pour ainsi dire se former sous ses yeux? Même dans ces circonstances, nous nous abstenons de toute intervention, l'expérience nous ayant démontré que la réduction s'opérait avec bien plus de facilité et d'une manière plus complète par les seules forces de la nature, aidées des moyens préconisés plus haut. On insistera alors surtout sur les myotiques et le bandeau compressif.

Quand la période de cicatrisation du prolapsus de l'iris s'est accomplie sans accident, une indication reste à remplir, en vue de prévenir les accidents glaucomateux qui sont la suite plus éloignée, mais très fréquente, des hernies périphériques. C'est à une iridectomie en regard du prolapsus à laquelle il faudra donner à notre avis la préférence.

## BULLETIN

**Etiologie d'une épidémie de fièvre typhoïde à Rouen.**

Le 17 septembre dernier, à la nouvelle caserne, dite des Chartreux (quartier Saint-Sever), occupée depuis un an par le 12<sup>e</sup> régiment de chasseurs, on reconnaissait un premier cas de fièvre typhoïde; jusqu'à la fin du mois les entrées des typhiques à l'hôpital étaient au nombre de 15. Depuis de nouveaux cas se développaient successivement parmi les soldats du régiment, et le 20 octobre ils formaient un total de 52. Au moment où la maladie faisait son apparition, on observait déjà l'existence de troubles gastro-intestinaux dans une proportion inusitée. Les premiers hommes atteints furent ceux qui avaient séjourné à la caserne pendant la durée des manœuvres; les autres, partis le 20 août et rentrés le 15 septembre sans que dans cet intervalle on ait constaté aucun cas de fièvre typhoïde, furent à leur tour affectés. Le 11 octobre l'autorité militaire fit évacuer la caserne, et le régiment alla camper sous la tente sans que l'invasion ait été enrayée par cette mesure.

Cependant l'état sanitaire de la ville n'était nullement troublé, et, à cette époque de l'année où l'influence saisonnière se fait le plus vivement sentir sur la recrudescence de l'infection typhoïde, on ne constatait pas un accroissement de fréquence de la maladie.

Le développement de 52 cas de fièvre typhoïde dans l'espace de 4 semaines et en un point circonscrit par les murs de la caserne, alors que depuis plusieurs mois aucun homme n'en avait subi l'atteinte et qu'on ne peut découvrir aucune trace d'importation, éveille très naturellement l'idée d'un foyer épidémique créé par une cause accidentelle.

Il n'est que trop prouvé que les casernes sont les milieux où la fièvre typhoïde se développe de préférence; L. Colin, tout en le reconnaissant, conteste qu'on doive l'attribuer spécialement aux conditions de la vie militaire, et pour lui cette prédilection résulte du concours des prédispositions observées dans les autres classes de la société. Les causes habituellement incriminées se trouvent précisément atténuées à la caserne des Chartreux, qui est nouvellement construite, bien aérée, avec de vastes chambrées où la ventilation a été soigneusement aménagée, avec une installation de fosses d'aisances d'après le « earth system » destiné à empê-

cher la putréfaction des déjections. Une circonstance fait en outre croire que la cause de cette épidémie locale pourrait bien être indépendante de l'habitat : au mois de mai, quelques cas de fièvre typhoïde se déclarèrent dans le même régiment ; aussitôt on imposa plus rigoureusement aux soldats l'obligation de s'approvisionner d'eau potable en dehors de la caserne, et la maladie ne se reproduisit pas davantage ; mais cette mesure recommandée dès l'inauguration de la caserne fut toujours annihilée par l'insouciance des hommes qui préféraient l'eau plus abondante et plus fraîche de leurs fontaines.

L'altitude de la caserne n'a pas permis jusqu'ici de l'alimenter avec l'eau de source distribuée dans tout le quartier Saint-Sever ; une seule fontaine placée dans la partie la plus déclive avait pu en recevoir, et encore l'eau y arrivait-elle avec une trop faible pression pour suffire aux besoins de la troupe ; toutes les autres étaient alimentées par les réservoirs de Sotteville, et les soldats buvaient ainsi presque exclusivement de l'eau de Seine.

On ne saurait expliquer par là l'épidémie subite de septembre, si on ne pouvait justifier cette opinion par d'autres faits corrélatifs.

Toute la canalisation qui distribue l'eau de Seine dans le quartier Saint-Sever prend naissance dans des réservoirs situés à Sotteville. Malgré tous les travaux exécutés pour filtrer l'eau au niveau de la prise, il s'accumule dans ces réservoirs des dépôts de boue en assez grande abondance pour nécessiter plusieurs récurages par an. Le dernier récurage eut lieu le 18 août pour un compartiment du réservoir, et le 4 septembre pour le second compartiment ; pendant cette opération une quantité énorme de matières organiques furent agitées et mises à l'air, et ce dernier récurage s'accompagna d'émanations plus infectes que de coutume.

En rapprochant ces dates du 18 août et du 4 septembre de la date d'apparition des premiers cas de fièvre typhoïde (17 septembre), en se rappelant que la maladie se déclara d'abord chez les soldats qui n'avaient pas quitté la caserne, il est difficile de ne pas concevoir une relation entre l'opération du récurage des réservoirs et l'infection typhoïde des hommes qui consommaient l'eau de cette provenance.

Pourtant on ne saurait trop se garder des interprétations hâtives quand il s'agit de résoudre ces questions de genèse épidémique. — Les réservoirs distribuent également l'eau de Seine à Sotteville, et bien que la plupart des habitants en aient reconnu

la mauvaise qualité, beaucoup n'ont pas cessé complètement d'en consommer. Nous avons pensé que l'absorption des eaux infectées par le récurage des réservoirs devait avoir eu là les mêmes effets qu'à la caserne. Nos prévisions ont été justifiées par une note que le D<sup>r</sup> Coulom a eu l'obligeance de nous adresser à ce sujet : depuis le 10 septembre, il a pu observer cinq cas de fièvre typhoïde, et il ajoute qu'il a en même temps rencontré « beaucoup d'embarras gastrique à forme fébrile, à envahissement lent et d'une durée très longue. »

D'autres médecins ont aussi signalé l'apparition de la fièvre typhoïde à Sotteville. Si la proportion des malades a été bien moindre qu'à la caserne des Chartreux, il faut surtout l'attribuer à ce qu'une partie de la population a cessé d'absorber l'eau provenant des réservoirs.

L'adultération accidentelle des eaux livrées à la consommation et la coexistence des mêmes phénomènes morbides sur deux points qui n'ont de commun que l'usage de ces eaux, ne laissent guère place qu'à une seule opinion sur l'origine de cette épidémie.

Cette conclusion n'ajoute rien à ce qu'on a dit sur l'étiologie de la fièvre typhoïde; la question a surtout un intérêt local et heureusement rétrospectif : les faits que nous venons d'exposer montrent la très grande utilité des travaux qu'on vient d'exécuter pour assurer à toute la population de la rive gauche des eaux potables en suffisante abondance, et l'urgence qu'il y avait à en faire bénéficier les soldats logés dans la nouvelle caserne.

LA R.

---

## RECUEIL DE FAITS

---

### **Anasarque scarlatineuse compliquée d'œdème pulmonaire et d'encéphalopathie albiminurique,**

PAR LE D<sup>r</sup> BERTRAND (D'ELBEUF).

---

Cette observation recueillie et lue à la Société de Médecine d'Elbeuf, au moment où le jaborandi et son alcaloïde venaient de prendre droit de domicile dans l'arsenal thérapeutique, grâce au patronage du professeur Gubler, présentait à cette époque un intérêt qui m'a semblé incontestable.

J'ignore si l'observation d'accidents identiques a pu inspirer à quelque confrère la même intervention...

Quoi qu'il en soit, l'épidémie de scarlatine qui règne dans notre contrée depuis six mois expliquera suffisamment, je l'espère, l'à-propos que je trouve à remettre ces quelques notes au jour.

Appelé par mon confrère Pain, de Saint-Aubin-lès-Elbeuf, en juin 18..., auprès des enfants Cacheleux, je trouvai deux fillettes, l'une de 10 ans, l'autre de 11 ans, qui pendant la convalescence d'une scarlatine avaient, à la suite d'un refroidissement, été prises en même temps d'anasarque scarlatineuse. Au moment de ma première visite, je constatai chez ces enfants l'état suivant, identique chez toutes deux : anasarque considérable, œdème pulmonaire et suffusion séreuse assez notable des deux plèvres, urines très albumineuses. Une attaque d'éclampsie éclate chez les deux malades, presque simultanément, en notre présence ; cette attaque est la troisième depuis le matin, c'est-à-dire depuis environ 6 heures, moment où ont débuté les convulsions éclamptiques ; elle dure trois minutes et est suivie de collapsus. Les accidents redoutables dont nous sommes témoins nous excitent à intervenir rapidement, mais nous sommes forcés de rejeter l'idée des émissions sanguines locales ou générales, en égard à l'extrême faiblesse de nos petites malades ; c'est alors que, convaincu que ces convulsions éclamptiques dérivent du trouble de la fonction urino-poiétique, je proposai à mon confrère de provoquer, comme moyen compensateur, une diaphorèse rapide que seule l'injection de pilocarpine pouvait nous assurer.

Nous faisons ainsi, séance tenante, une injection de 15 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine à chaque malade : une salivation abondante et bientôt après une sueur profuse se montrent chez chacune d'elles.

Prescription : régime lacté exclusif ; des inhalations de chloroforme seront faites sous la direction de mon confrère si de nouvelles attaques arrivent.

A la visite du lendemain, nous apprenons qu'aucune nouvelle attaque n'a eu lieu. Les urines sont plus abondantes, l'œdème pulmonaire et l'oppression sont moindres. Le lait mal supporté sera néanmoins continué à l'exclusion de tout autre aliment. Une nouvelle injection de chlorhydrate de pilocarpine de 20 milligrammes est faite ; elle est suivie des mêmes effets : salivation et sueurs abondantes.

Le troisième jour, l'anasarque a beaucoup diminué, l'oppression est presque nulle, les urines ont été abondantes chez les deux malades, nouvelle injection de 2 centigrammes, même régime.

Le quatrième jour, l'amélioration est encore plus prononcée, — nouvelle injection de 2 centigrammes.

Les cinquième, sixième et septième jours, l'albumine est toujours très abondante dans l'urine, laquelle est d'ailleurs émise en quantité très satisfaisante. Une injection de 15 milligrammes de sel de pilocarpine est faite chacun de ces jours.

Enfin le huitième jour, nous cessons l'injection de pilocarpine.

La présence de l'albumine dans les urines nous a amenés à continuer le régime lacté pendant deux mois encore. Pendant ce même temps, des frictions périphériques bi-quotidiennes avec le gant de crin anglais ont été faites très assidûment.

Nous avons cru devoir, pour nous opposer à un certain degré d'anémie qui persistait, soumettre, en dernier lieu, nos malades à l'usage de l'iodure de fer et du vin de Saint-Raphael. Leur santé est restée bonne depuis cette maladie.

## NOUVELLES

— M. le Ministre du commerce vient de décerner une médaille d'honneur en or à M. le Dr Gibert, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie de choléra qui a sévi dans la commune d'Yport en 1884.

— Nous ne ferons que signaler ici la profonde émotion et l'admiration provoquées dans le monde médical par la communication de M. Pasteur sur la rage à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine. Nous consacrerons prochainement un article à cette question.

— Tous les journaux ont relaté la cérémonie qui a marqué, au Grand-Saconnex (Suisse), l'inauguration d'un monument élevé à notre compatriote Jacques Daniel, né à la Barre (Eure), en 1696.

Nous croyons savoir que des savants et des médecins du département de l'Eure songent à suivre cet exemple, et qu'une souscription sera bientôt ouverte pour l'érection d'un monument qui témoigne, quoique tardivement, que notre admiration et notre gratitude ne le cèdent en rien à celles des oculistes Suisses.

*Ecole de Médecine de Rouen. — Année 1885-1886. — Semestre d'hiver  
du 3 novembre au 31 mars.*

**ANATOMIE (Hôtel-Dieu).** — M. Tinel, professeur. — Lundi, mercredi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2.

M. Cauchois, chef des travaux anatomiques. — Mardi et vendredi, à 4 h. 1/2.

**MÉDECINE OPÉRATOIRE (Hôtel-Dieu).** — M. Delabost, professeur. — Mercredi et samedi, à 3 h. 1/4.

Chimie et toxicologie. — M. J. Clouet, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi, à midi. — Conférence, jeudi, à midi.

Pathologie interne. — M. Lèvesque, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi, à midi. — Conférence, vendredi, à 1 heure.

Clinique externe (Hôtel-Dieu). — M. Duménil, professeur. — Mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.

Clinique interne (Hôtel-Dieu). — M. Leudet, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures.

Dissections (Hôtel-Dieu). — M. Cauchois, chef des travaux anatomiques. — Tous les jours, de midi à 4 h. 1/2.

Travaux chimiques. — M. N... — Mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures. Histologie végétale. — M. Dumont. — Mardi, de midi à 2 heures; jeudi, de 1 heure à 2 h. 1/2.

Nous n'avons pu recevoir en temps utile le programme des cours de l'Ecole de Médecine de Caen; nous l'insérerons dans le prochain numéro.

## CHRONIQUE SANITAIRE

Nous publierons sous ce titre les tables de mortalité des principales villes de Normandie et les renseignements qui nous seront parvenus sur les maladies régnantes de tous les points de la région.

### MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÉS	DÉCÉS de 0 à 2 ans.	DÉCÉS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 11 au 17 octobre . .	77	24		1			1		
Du 18 au 24 octobre . .	67	19				1	3		
<b>Havre (105,867 habit.)</b>									
Du 11 au 17 octobre . .	53	14				2	3	1	2
Du 18 au 24 octobre . .	63	17				1	3		1

### MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 11 au 17 octobre :

Rougeole, 4 entrées ; érysipèle, 1 entrée ; fièvre typhoïde, 22 entrées (21 militaires), 1 décès ; diphtérie, 2 entrées.

Du 18 au 24 octobre : rougeole, 5 entrées ; érysipèle, 2 entrées, 1 décès ; fièvre typhoïde, 14 entrées (11 militaires) (1), 3 décès ; diphtérie, 1 entrée.

**Havre** (maladies contagieuses déclarées au bureau d'hygiène), du 11 au 17 octobre :

Scarlatine, 2 ; érysipèle, 2 ; fièvre typhoïde, 8 ; diphtérie, 1 ; coqueluche, 7.

Du 18 au 24 octobre : scarlatine, 3 ; érysipèle, 1 ; fièvre typhoïde, 5 ; coqueluche, 6.

(1) Depuis la composition de notre *Bulletin*, une vingtaine d'hommes sont entrés à l'hôpital attestant la continuité de l'épidémie, mais tous les cas paraissent devoir être légers. Un nouveau campement vient d'être choisi dans un point plus salubre que le premier.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Clinique chirurgicale* : Deux cas de gangrène dans les fractures, par le D<sup>r</sup> Duménil. — *Revue* : Travaux de M. Pasteur sur la rage, par le D<sup>r</sup> Gendron. — *Obstétrique* : Grossesse gémellaire ; mort d'un seul fœtus, par le D<sup>r</sup> Hélot. — *Nécrologie*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

*Beaucoup de nos confrères nous ont adressé, avec leur adhésion, le témoignage de leur sympathie ; nous les en remercions et nous félicitons de trouver partout un appui qui assure à la Normandie médicale des lecteurs assidus et des collaborateurs zélés. L'approbation qu'ils veulent bien donner à notre programme nous impose le devoir de ne pas nous en écarter, et nous n'épargnerons pour le remplir notre temps ni notre peine.*

LA RÉDACTION.

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### Deux cas de gangrène dans les fractures du membre supérieur.

PAR LE D<sup>r</sup> DUMÉNIL,

Professeur de clinique chirurgicale, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Parmi les complications des fractures, la gangrène est une des plus importantes et celle qui engage le plus la responsabilité du chirurgien ; mais, à ce point de vue, ses causes doivent être soigneusement étudiées, car trop souvent peut-être on attribue aux appareils des accidents qui viennent d'autres sources, ou à la production desquels ils n'ont eu du moins qu'une part secondaire.

Les fractures de l'avant-bras, on le sait, sont celles où cette responsabilité est le plus souvent en jeu ; aussi ai-je cru qu'au point de vue de la pratique chirurgicale et de la médecine légale, quelques faits que j'ai observés méritaient de fixer l'attention.

OBSERVATION I. — Fractures de l'humérus et de l'avant-bras, lésions des nerfs, gangrènes partielles multiples de la main.

Un homme de 29 ans, chauffeur, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, le 18 juin 1883, dans le service de clinique. Il venait d'être pris par un arbre de transmission autour duquel le membre supérieur gauche s'était trouvé enroulé.

On constate une fracture simple, unique, au tiers supérieur de l'humérus, et une autre fracture également simple et unique des deux os de l'avant-bras au tiers inférieur. Il existe un gonflement énorme de l'avant-bras, surtout à la face antérieure, avec tension considérable des parties molles et une insensibilité de toute la main.

M. Cerné, chargé à ce moment du service, applique sur tout le membre un appareil de Scultet, modérément serré et doublé de ouate, et fait l'extension continue. Le lien d'extension consiste dans une simple bande séparée de la peau par une mince couche de coton, et roulée immédiatement au-dessus du talon de la main. La traction est de 1 kilogramme.

Le malade accuse pendant les jours qui suivent un peu d'engourdissement que je constate en reprenant le service le 30 juin. Le 4 juillet il accuse des douleurs vives dans la main; l'appareil est enlevé et nous constatons une gangrène de toute la région thénar, des faces dorsale et palmaire de la dernière phalange de l'index, du bord cubital de la main au niveau de la région hypothénar et d'un point très circonscrit de la face externe de l'auriculaire au niveau de la première phalange.

Sur tous ces points, la peau est noire, sèche, d'une dureté de cuir; les escharres sont partout nettement limitées; dans les intervalles, les téguments ont l'aspect normal et la sensibilité est revenue.

Je place sur le bras un appareil à attelles anglaises et sur l'avant-bras une attelle plâtrée.

L'élimination des escharres se fit sans autre accident que des douleurs atroces, exaspérées par les pansements; bien que faits avec une solution phéniquée qui ne dépassait pas 1 %, ceux-ci provoquaient des crises violentes qu'on ne pouvait calmer qu'avec une injection de morphine. Ces crises se répétaient en dehors des pansements et privaient souvent le malade de tout sommeil.

L'élimination emporta toute la région thénar avec les parties molles du premier espace interosseux dont tous les muscles étaient entièrement sphacelés. Tout le squelette du pouce tomba. Il en fut de même de la dernière phalange de l'index. L'escharre du bord cubital ne comprit que la couche musculaire superficielle, celle de l'auriculaire n'atteignait que la peau.

20 juillet. — L'élimination est complète et cependant les crises douloureuses se reproduisent avec la même violence. Les nuits sont assez bonnes, grâce à une injection de morphine le soir, mais le matin les douleurs n'attendent pas le pansement pour se reproduire.

Cet état persiste jusqu'au commencement d'août, et il est nécessaire de pratiquer après chaque pansement une injection morphinée d'un centigramme et une seconde de deux centigrammes le soir. Le malade n'avait de calme qu'à ce prix.

Les fractures, examinées le 2 août, présentent encore une assez grande mobilité. Je place isolément sur le bras et l'avant-bras des appareils silicatés.

Depuis, les douleurs ont été moins vives, mais cependant l'emploi de la morphine a dû être continué dans les mêmes proportions. Le pansement phéniqué fut remplacé par l'iodoforme; mais je dus y renoncer le 20 août et revenir à l'acide phénique à cause de vomissements.

22 août. — J'enlève les bandes silicatées. Les fractures, très avancées dans leur consolidation, présentent cependant encore un peu de flexibilité.

L'avant-bras est très douloureux, et je constate que toute la région antérieure est transformée en une vaste poche dont la pression fait réduire le pus par un orifice situé sur la plaie du côté externe de la main. Je pratique un large drainage, un lavage complet, qui entraîne avec le pus une grande quantité de caillots sanguins.

L'appétit du malade, qui a toujours été faible, est nul depuis quelque temps. Il ne peut prendre la poudre de viande et ne s'alimente guère qu'avec des soupes maigres.

Du 23 août au 1<sup>er</sup> septembre l'état général s'améliore, l'appétit renaît et les injections morphinées peuvent être supprimées de temps en temps. De longues portions de muscles de la région antérieure de l'avant-bras s'éliminent. Les lavages sont pratiqués tous les jours à grande eau avec la solution phéniquée.

27 septembre. — La sensibilité à l'épingle est nulle sur la presque totalité des doigts de la main gauche. Dans quelques points, particulièrement à la base du petit doigt et de l'annulaire, la piqûre de l'épingle lui donne la sensation d'une brûlure. A la paume de la main jusqu'au-dessus du poignet et sur toute la face palmaire des doigts, la sensibilité est nulle.

La suppuration est moindre et le pus est épais, homogène. Les fractures sont complètement consolidées.

Je revois à la fin d'octobre le malade qui a quitté l'hôpital pendant les vacances : la cicatrisation est complète, les douleurs ont complètement disparu. L'articulation du coude a conservé une assez grande mobilité, quoique les mouvements soient loin d'avoir l'étendue normale, mais la mobilité est nulle au poignet et aux doigts. Les parties molles de la région antérieure de l'avant-bras, très atrophiées, présentent en outre une consistance de tissu cicatriciel; celles de la face postérieure sont mieux conservées, mais très œdématisées.

La gangrène se présente ici sous une forme différente de ce qu'on observe habituellement dans les fractures de l'avant-bras. Ordinairement, en effet, c'est une gangrène en masse, remontant à une hauteur plus ou moins considérable; dans notre cas, ce sont des gangrènes disséminées sur la main et portant sur des territoires irrigués par des vaisseaux distincts. Ces accidents peuvent-ils s'expliquer par des compressions artérielles? Peut-on en accuser le traitement? Remarquons d'abord qu'en raison des nombreuses et larges anastomoses des artères de la main, la gangrène ne se conçoit guère comme conséquence de la compression d'un vaisseau isolé et que pour comprendre le mécanisme de sa production dans ce fait, il faudrait admettre des compressions multiples sur des branches secondaires, telles que la radio-palmaire et des collatérales, et il serait bien difficile de se figurer

un cas où les suppléances artérielles ne suffiraient pas pour pourvoir au danger. D'ailleurs, ici, la radio-palmaire et les branches qui se distribuent au bord cubital pourraient seules être incriminées; les collatérales de l'index n'ont pu subir de compression.

Le traitement a-t-il pu exercer une compression dangereuse? La traction continue a pris son point d'appui au-dessus du talon de la main, au moyen d'une bande de toile entourant le poignet; or, à ce niveau, les artères sont protégées, la radiale par les tendons extenseurs et long abducteur du pouce, la cubitale par la gouttière ostéofibreuse dans laquelle elle s'engage. La radio-palmaire elle-même pénètre sous le ligament annulaire du carpe. Donc, la compression par les appareils doit être éliminée.

La gangrène peut-elle s'expliquer par le phénomène de la thrombose et de l'embolie? Une thrombose du système artériel du membre supérieur ne peut guère amener de gangrène à la main que si elle se produit dans l'artère humérale, et quant aux embolies qui devraient être multiples pour provoquer l'oblitération des petits vaisseaux correspondants aux points sphacelés, elles me paraissent incapables d'expliquer le phénomène, grâce aux nombreuses suppléances vasculaires de la région.

La gêne circulatoire occasionnée par l'épanchement énorme signalé dans l'observation n'a-t-elle pas pu jouer un rôle dans la production des accidents? Nous voulons bien l'accorder, mais assurément ce rôle est très accessoire, car nous voyons tous les jours des épanchements aussi considérables, sans accidents de cette nature, même dans des régions beaucoup moins bien favorisées au point de vue de la facilité de l'irrigation sanguine.

Si les troubles circulatoires ne suffisent pas à expliquer la gangrène, trouvons-nous dans les détails de l'observation quelque autre lésion dont l'influence ne puisse être mise en doute? La nature de l'accident, l'enroulement du bras autour d'un axe semblable à celui d'une corde sur un treuil, a produit une violente contusion des nerfs ainsi que le prouve l'insensibilité de la main constatée lors du premier examen du malade et les jours suivants. La névrite accusée par les douleurs si vives et si persistantes, hors de proportion avec les causes d'irritation extérieure, l'insensibilité de la main et des doigts que nous trouvons deux mois et demi après le traumatisme, ne laissent aucun doute sur l'atteinte profonde du système nerveux. C'est là qu'il faut chercher la cause principale de ces gangrènes partielles.

Je ne me refuse pas à attribuer une part d'influence à l'en-trave que la circulation a pu éprouver de la compression exercée

par un épanchement sanguin considérable, mais je ne puis y voir qu'une action secondaire. Malgré les résultats contradictoires qu'a donnés l'expérimentation pour établir l'influence du système nerveux sur la nutrition, elle est incontestable, et la discussion ne peut s'établir que sur la détermination de l'espèce de nerfs à laquelle ce rôle est départi ; sur ce point notre observation ne peut fournir aucun renseignement.

Nous trouvons, dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, un fait qui a les plus grandes analogies avec le nôtre :

Chez un malade du service du professeur Michel, atteint de fracture du fémur avec section du nerf sciatique, l'application d'un appareil à extension continue produisit rapidement une gangrène de la partie postérieure de la jambe. (Art Gangrène, du *Dictionnaire encyclop. des Sciences méd.*, t. VI, 2<sup>e</sup> part., p. 662).

(A suivre.)

---

## REVUE

### Recherches de Pasteur sur l'atténuation des virus appliquée à la préservation de la rage humaine,

PAR LE D<sup>r</sup> GENDRON.

A près d'un siècle de distance, Jenner nous a protégé contre la variole et Pasteur va nous sauver de la rage ; et les deux maladies renouvelaient leurs victimes depuis les premiers âges de la médecine, l'une ravageant les pays sur lesquels elle sévissait comme un fléau, l'autre moins redoutable à l'espèce humaine, mais atroce pour les patients qui subissent ses tortures sans espoir d'échapper à une mort fatale.

Comment tant d'années se sont-elles écoulées entre deux découvertes qui présentent la plus grande analogie, qui l'une et l'autre se résument dans la création d'une immunité à l'égard d'une maladie par l'inoculation d'un produit virulent inoffensif, d'un vaccin en un mot ?

L'expérimentation qui conduisit Jenner à sa découverte se trouva toute réalisée par les circonstances ; il observa un fait, il eut le mérite d'en saisir la signification et d'en proclamer toute l'importance thérapeutique ; mais il ne laissa ni méthode, ni doctrine, tout au plus risqua-t-il une hypothèse sur la transformation que devait subir le *horse-pox* en passant sur la vache avant d'être transporté sur l'homme. Ce qui justifie l'admiration

qu'on témoigne pour la dernière œuvre de Pasteur, c'est que, au contraire, elle procède uniquement des délicates expériences qu'il a instituées, de ses études incessantes sur les conditions biologiques des germes pathogènes; c'est qu'il est parvenu, avec une puissance de travail dont peu d'hommes sont capables, à créer une méthode expérimentale (culture), puis à concevoir une doctrine (nature parasitaire des virus, leur virulence variable, leur aptitude à être transformés en vaccins). Après en avoir démontré toute la valeur par les succès indéniables auxquels elle l'a conduit dans le domaine de la pathologie animale, soutenu par une conviction absolue, il oppose aujourd'hui l'inoculation préservatrice à la maladie humaine restée jusqu'ici la plus irrémédiable.

Où en étaient nos connaissances sur la nature de la rage et la pathogénie des terribles manifestations par lesquelles elle se traduit, avant que Pasteur n'entreprît ses recherches? On reconnaissait que c'était une maladie transmissible par *inoculation* du chien à l'homme, évoluant après une période d'*incubation* très variable dans sa durée et parfois très longue, réunissant en un mot les caractères essentiels des maladies virulentes. L'interprétation pathologique des accidents était, d'autre part, devenue moins obscure à la suite des études histologiques faites pendant les dernières années sur le système nerveux des rabiques; et, si les phénomènes intimes que provoque l'introduction du virus dans l'économie étaient toujours aussi mystérieux, nous savions du moins qu'ils avaient pour conséquence des lésions bien déterminées par leur genre et par leur siège, et dans lesquelles on trouvait l'explication des symptômes de la maladie.

L'admiration de Bouley pour son collègue de l'Institut, l'aveugle parfois sur l'étendue de ses découvertes; c'est être injuste à l'égard de modestes savants pour ajouter bien peu au mérite de Pasteur que de dire: « Jusqu'à l'ère microbienne, les lésions de cette maladie avaient échappé aux observateurs les plus exercés. » Bien au contraire, l'anatomie pathologique et l'observation clinique ont tracé une voie aux nouvelles investigations, les progrès de l'histologie ont montré que les altérations étaient constantes dans l'appareil cérébro-spinal des animaux et des hommes qui succombent à la rage. Ce fut même en s'appuyant sur ces données anatomiques si curieuses à rapprocher de la symptomatologie, que Duboué (de Pau) édifia une théorie nerveuse de la rage qui se trouve aujourd'hui justifiée sur bien des points.

Il y a cinq ans que Pasteur aborda l'étude de la rage. A la suite

d'une communication à l'Académie de Médecine, sur des expériences de transmission de la rage de l'homme au lapin par inoculation de la salive, et dont les résultats soulevèrent de vives contestations, il se livra lui-même à des expériences de contrôle et démontra bientôt que ces inoculations ne déterminaient pas la rage, mais un processus infectieux, spécial au lapin, capable d'être engendré par la salive des enfants atteints de maladies communes, et caractérisé par la présence dans le sang de l'animal de microbes d'un type particulier.

Ce fait indiquait déjà combien pouvaient être nombreuses les causes d'erreur dans l'interprétation des phénomènes créés par l'expérimentation, sans compter les entraves qu'apporterait à des recherches qui doivent être multipliées à l'infini, la durée si variable et parfois si prolongée de l'incubation de la rage. Pasteur dut se livrer à un travail préliminaire qui le mit en possession de procédés expérimentaux certains et rapides, avec lesquels il obtiendrait des résultats invariables tant que les circonstances opératoires resteraient identiques.

Il songea d'abord à extraire le virus rabique à l'état de pureté parfaite. Jusqu'alors les expériences d'inoculation avaient été faites avec la bave du chien, mais l'inconstance et la variété des résultats laissaient penser que la salive, véhicule ordinaire de la substance virulente dans les cas de transmission accidentelle, était un liquide avec lequel on risquait d'introduire dans l'économie divers micro-organismes dont l'action nocive était déjà prouvée. Les notions antérieurement acquises sur les altérations anatomiques propres à la rage, sur leur constance dans le système nerveux et en particulier dans le bulbe, avaient déjà fait pressentir à quelques expérimentateurs que le tissu nerveux était le milieu le plus favorable au développement du virus rabique, celui où, une fois pénétré et diffusé dans l'organisme, il se localisait et se cultivait de préférence. Pasteur renouvela des essais qui étaient restés infructueux, il alla recueillir le virus en son siège d'élection, et les expériences successives qu'il institua justifèrent d'une façon remarquable les inductions basées sur l'anatomie pathologique et l'observation clinique. Non seulement le tissu nerveux lui fournit un virus rabique d'une grande pureté ; mais, en détachant des fragments dans divers départements du système cérébro-spinal pour procéder à des inoculations comparatives, il arriva à des constatations d'un haut intérêt, et qui jettent une vive lumière sur la physiologie pathologique de la maladie.

Ces constatations peuvent être résumées dans les quelques propositions suivantes : tout le système nerveux du centre à la périphérie est susceptible de cultiver le virus rabique; — le bulbe des animaux chez lesquels la rage a suivi naturellement son évolution jusqu'à la mort est constamment virulent; — dans la rage furieuse, la virulence prédomine dans l'écorce cérébrale; dans la rage mue ou paralytique, elle prédomine dans l'axe gris médullaire.

Tous ces faits s'accordent entièrement avec ceux que la clinique nous enseigne, et ils nous apprennent avec une rigoureuse précision par quelles circonstances sont créées les diversités symptomatiques de la rage.

La constance et la rapidité des résultats ne dépendent pas seulement de la pureté de la matière virulente inoculée; le mode d'inoculation et la quantité, jouent aussi un rôle qu'il était nécessaire de déterminer. Le procédé sous-cutané se montrait incertain et surtout peu pratique, à cause de la durée très variable et souvent fort longue de l'incubation. Pasteur lui substitua l'injection intra-veineuse, puis l'inoculation dans la cavité arachnoïdienne après trépanation du crâne; ce fut un réel perfectionnement qui donna des résultats à la fois infaillibles et rapides, et réduisit la période d'incubation pour le chien à trois semaines au plus. Il reconnut aussi que cette durée pouvait dépendre de la quantité de virus transportée jusqu'au système nerveux, où il va élire domicile et se cultiver; l'expérience lui prouva qu'on arrivait à supprimer cette dernière cause d'irrégularité en inoculant une quantité de virus supérieure aux quantités qui engendraient la rage aussi sûrement, mais après un délai bien plus prolongé.

Pasteur disposait enfin de procédés à l'aide desquels il pouvait produire infailliblement la rage dans un délai fixe; dès lors, il était en mesure de pousser plus loin ses études sur les propriétés physiologiques du virus rabique. Sans s'arrêter à la recherche d'un microbe dont l'existence ne faisait aucun doute dans son esprit, qu'il crut même distinguer, sans que les procédés ordinaires de culture lui permissent de l'isoler et de le spécifier, il s'efforça de trouver une nouvelle vérification de la doctrine qui avait été déjà si féconde en résultats.

*La virulence variable de certains virus et la préservation d'une virulence par une autre de moindre intensité*, tel est le point de cette doctrine qu'il suffit de rappeler pour l'instant.

Le virus de la rage échappait-il à cette loi de la virulence

variable? Il était du plus haut intérêt de résoudre cette question, et l'on s'explique maintenant toute l'importance qu'il y avait à trouver des procédés expérimentaux à l'aide desquels on pût obtenir des résultats positifs toujours invariables dans les mêmes conditions.

Pasteur pensa que toute irrégularité dans la durée d'incubation étant désormais indépendante des procédés, les intensités de virulence pourraient être mesurées par la durée des incubations. De nombreuses expériences faites avec le chien à rage des rues établirent que la rage du chien est très sensiblement une dans sa virulence, et se transmet au lapin après une durée d'incubation comprise, presque sans exception, dans un intervalle de 12 à 15 jours. Mais une fois implanté sur certaines espèces, le virus du chien subit des changements profonds dans son activité.

Ces changements se manifestèrent avec une grande évidence à la suite des inoculations pratiquées d'individu à individu sur des séries de lapins ou de cobayes. Les passages successifs du virus de lapin à lapin exaltent la virulence et parallèlement diminuent la durée d'incubation, jusqu'au moment où celle-ci atteint un minimum fixe de 7 jours.

Je ne m'étendrai pas plus longuement sur ces remarquables observations. Il n'en faut pas plus pour démontrer que le virus rabique n'échappe pas à la loi de la virulence variable.

Ce qui devait désormais exercer la sagacité de Pasteur, c'était la découverte d'une méthode d'atténuation qui permît de transformer le virus lui-même en un vaccin préservateur, ainsi qu'il y était parvenu si heureusement pour la maladie charbonneuse, le choléra des poules, le rouget du porc, etc.

La transmission de la rage canine à diverses espèces animales lui avait montré que chaque espèce cultive le virus inoculé sans modifier de suite sa virulence originelle, mais que, après un certain nombre de passages d'individu à individu, la virulence revenait au degré qui est propre à cette espèce. Ne pourrait-il trouver une espèce qui, au lieu de transformer le virus du chien en exaltant sa virulence, l'atténuerait au contraire? Après de persévérants essais, il reconnut enfin que le virus transmis au singe perdait progressivement de sa virulence par des passages successifs, et que le virus ainsi atténué reporté du singe sur le chien ou le lapin y manifestait sa diminution de virulence par la durée proportionnellement plus longue de l'incubation; un chien inoculé avec le bulbe d'un singe de cinquième passage eut une période d'incubation de 58 jours. Mais ce même virus atténué,

s'il était inoculé au lapin, subissait dans la suite la loi de l'augmentation de la virulence par passage de lapin à lapin.

Ce dernier phénomène fut la base même de la méthode de vaccination que Pasteur exposa devant le congrès de Copenhague, il y a un an. La série des lapins qui se sont transmis de l'un à l'autre le virus atténué provenant du singe, représente une série de cultures dont le virus peut être extrait avec des degrés progressivement croissants de virulence. L'inoculation de ces virus d'énergie croissante fut pratiquée sur un grand nombre de chiens, et par ce moyen beaucoup devinrent réfractaires à l'action des inoculations les plus virulentes faites dans la cavité arachnoïdienne, ainsi que put en témoigner une commission officiellement chargée de le constater.

La multiplicité des expériences, la constance des résultats positifs ne laissent plus aucun doute sur la possibilité de conférer aux chiens une immunité contre la rage.

Pasteur songea aussitôt à simplifier une méthode d'atténuation qui rendait difficile l'application de sa découverte, et qui ne lui semblait pas encore donner une sécurité suffisante. Continuant donc ses investigations, il remarqua que des fragments de moelle empruntés à des animaux morts rabiques perdaient peu à peu leur virulence lorsqu'on les suspendait dans un air sec, et d'autant plus lentement que la température était plus basse. Il plaça dans ces conditions des fragments de moelle de lapin présentant le maximum de virulence, et en les recueillant chaque jour sur un nouveau lapin mort de rage après 7 jours d'incubation, il put avoir constamment une série de fragments de virulence graduée. Ce nouveau mode de préparation de virus d'activité progressivement décroissante, suivant la durée de conservation, était infiniment plus pratique ; l'action des vaccins ainsi préparés ne fut pas moins certaine.

Des inoculations en série furent faites sur le chien ; on injectait sous la peau le contenu d'une seringue de Pravaz remplie de bouillon stérilisé dans lequel était délayé un fragment de moelle d'âge assez avancé pour que sa virulence soit inoffensive ; chaque jour la même opération était renouvelée sur l'animal avec des moelles de plus en plus récentes jusqu'à celle qui présentait encore toute sa virulence. En répétant cette expérience, on arriva à rendre un grand nombre de chiens réfractaires à la rage sans avoir rencontré aucun insuccès. Une méthode d'inoculation préventive à la fois certaine et pratique était définitivement acquise.

Depuis longtemps déjà Pasteur avait pensé que, grâce à la durée de l'inoculation de la rage à la suite de morsures, on pourrait déterminer l'état réfractaire des sujets avant que la maladie n'éclatât. La confiance absolue qu'il venait d'acquérir dans la sûreté de sa méthode d'inoculations préservatrices, ne le laissa pas hésiter quand l'occasion se présenta de réaliser son espérance.

Un enfant de neuf ans couvert de morsures que lui avait faites un chien enragé fut amené à son laboratoire. Les professeurs Vulpian et Grancher reconnurent que, par l'intensité, le nombre et le siège de ses plaies, le jeune Meister était exposé presque fatalement à prendre la rage. Déjà Pasteur avait obtenu l'état réfractaire à la rage sur un grand nombre de chiens après morsure; les succès multiples de sa méthode le décidèrent à en tenter pour la première fois l'application sur l'homme. Il la pratiqua dans toute sa rigueur et arriva progressivement jusqu'à l'inoculation du virus rabique le plus virulent, celui qui donne la rage aux chiens après 8 ou 10 jours d'incubation. Trois mois et trois semaines après, la santé de l'enfant ne laissait rien à désirer.

Un pareil résultat est un véritable événement dans la médecine, si surprenant même que quelques esprits, rebelles à l'enthousiasme général et trop pressés de soulever des objections, n'ont pas pris le temps d'en découvrir de sérieuses.

On ne peut mettre en doute ni l'existence de la rage chez le chien qui couvrit l'enfant de ses morsures, ni l'insuffisance du traitement qui fut employé. Si on voulait faire quelque réserve sur le succès qui a couronné cette tentative, il faudrait l'appuyer sur des arguments plus solides.

Le plus sérieux assurément est celui qui invoque l'inconstance des accidents rabiques à la suite des morsures; bien que l'enfant fût dans des conditions essentiellement favorables au développement de la maladie, on ne peut contester que cette objection ne conserve quelque valeur, et elle ne la perdra que le jour où les faits de ce genre se seront assez multipliés pour qu'on ne puisse plus nier l'action de l'inoculation préservatrice.

Je sais bien que les incrédules ont contre eux les expériences dans lesquelles Pasteur a prévenu les effets d'une rage en incubation par l'inoculation successive des virus atténués, ils oublient trop aussi que le jeune Meister a été inoculé avec un virus d'une énergie bien supérieure à la virulence même de la bave qui a souillé ses plaies; mais Pasteur a trop bien établi combien les diverses espèces animales offraient chacune au virus rabique un

milieu de culture différent, pour qu'une seule expérience pratiquée sur l'espèce humaine puisse donner satisfaction aux plus exigeants, et leur faire considérer un succès isolé comme une justification définitive de la méthode. Déjà les expériences se poursuivent et bientôt, sans doute, la préservation de la rage comptera parmi les bienfaits de la médecine.

## OBSTÉTRIQUE

### Grossesse gémellaire. — Mort d'un des fœtus. — Continuation de la grossesse et accouchement à terme,

PAR LE D<sup>r</sup> PAUL HÉLOT.

Le fait dont il s'agit n'est pas d'une absolue rareté, mais il mérite néanmoins d'être signalé.

Une fille de 24 ans, L..., primipare, a une grossesse normale; elle ne se souvient d'aucun traumatisme, ni d'aucun malaise pendant la gestation; elle accouche à terme le 1<sup>er</sup> novembre, dans mon service, à la maternité de Rouen, d'une fille bien portante. L'accouchement et la délivrance n'ont présenté aucune particularité remarquable, et c'est seulement l'examen du délivre qui a révélé le fait qui fait l'objet de ma communication.

A huit centimètres de l'insertion placentaire, sur la face fœtale du délivre, par conséquent, on observe un petit fœtus occupant un espace de 6 centimètres et demi sur 3 en moyenne. La tête est fléchie sur le thorax, les bras croisés; les cuisses sont fléchies sur le ventre, les jambes sur les cuisses et les pieds entrecroisés.

Ce petit fœtus est considérablement aplati, car il se présente avec l'aspect d'une médaille incrustée dans le tissu placentaire. Son relief est à peine de 2 à 3 millimètres.

En examinant avec attention on voit que cet embryon est enveloppé dans des membranes qui lui sont propres, et qu'il est encore contenu dans une loge spéciale, absolument distincte de celle de sa sœur jumelle.

Un cordon très grêle le réunit au tissu placentaire qui présente une légère dépression au niveau de l'insertion.

On trouve dans l'ouvrage de Tarnier et Chantreuil quelques lignes seulement qui peuvent éclairer notre sujet (p. 553): « Très souvent, disent ces auteurs, les enfants présentent un développement inégal, et parfois il arrive que l'un des deux meurt avant terme, se dessèche, se momifie et s'aplatit, tandis que l'autre continue à se développer. »

Quelle est la cause de la mort d'un des fœtus? Mauriceau et

Peu l'attribuaient à ce que l'un des jumeaux prenant pour lui toute la nourriture, frustré par conséquent son frère, qui devient languissant et finit par mourir d'inanition. P. Dubois partageait cette opinion, car il s'exprimait ainsi : « Cette explication est fondée sur un fait que personne ne saurait contester ; c'est que la puissance d'absorption et d'assimilation de l'organisme peut n'être pas égale, et que, puisant tous deux dans la circulation maternelle les matériaux qui doivent servir à leur accroissement, la prédominance de l'un peut nuire à l'existence de l'autre.

« Il n'est pas d'accoucheur qui n'ait observé que, dans les grossesses gémellaires, il y a souvent entre les fœtus une disproportion notable de volume, de vigueur, et qui n'ait pensé que l'infériorité de l'un n'était pas étrangère à la supériorité de l'autre, et n'ait pressenti la possibilité d'une disproportion plus grande encore et finalement fatale à l'un d'eux. »

Je suis loin de penser que cette explication du phénomène qui nous occupe soit absolument mauvaise ; mais en admettant que la *lutte pour l'existence* commence ainsi pour les jumeaux dès le sein de la mère, je crois que le plus souvent, la cause de la mort d'un des produits de la conception réside dans une maladie de l'embryon, des membranes et du placenta.

Telle était l'opinion de Cazeaux à ce sujet, et dans l'espèce, bien qu'il ne soit plus possible de déterminer les causes de la mort, je pense que les choses se sont passées ainsi. Deux ovules fécondés se sont développés d'une façon normale pendant les premières semaines. Les embryons avaient chacun une loge spéciale, et tout en étant greffés sur le même placenta, ils avaient sur ce dernier un département personnel. L'un des embryons a succombé par une cause qui reste inconnue, qui peut venir d'une maladie du placenta, des membranes, ou personnelle et propre à lui-même. Le tissu placentaire qui lui était attribué a, en grande partie, disparu et le liquide amniotique a été résorbé.

Dans ces conditions, le fœtus mort, subissant la pression continue causée par le développement de l'autre, a été réduit à l'état où nous le voyons aujourd'hui.

[Ce fœtus présente un développement général qui lui assigne environ deux mois et demi ; ce qui nous a paru le plus remarquable, c'est la conservation merveilleuse des tissus : ce fœtus mort semble vraiment avoir continué à vivre comme une annexe du fœtus vivant, sans se développer comme individu. (A. CERNÉ).]

## NÉCROLOGIE

MAURICE NOTTA

Un des directeurs de la *Normandie médicale*, M. Notta, vient d'être cruellement atteint dans ses affections les plus chères. Son fils, M. Maurice Notta, est mort à Paris à l'âge de 27 ans. — Maurice Notta était préparateur du cours d'anatomie topographique depuis plusieurs années déjà, lorsqu'il fut nommé interne des hôpitaux au concours de 1882. Malheureusement sa santé, devenue mauvaise, le mit, à plusieurs reprises, dans l'obligation d'abandonner des fonctions d'autant plus fatigantes et pénibles qu'il apportait dans leur accomplissement une ardeur peu commune, un zèle vraiment extraordinaire. Ni l'éloignement de Paris, ni les sollicitations de ses amis, ni les conseils de ses maîtres les plus respectés ne purent le détacher des choses de la médecine, qu'il aimait avec une passion véritable et pour laquelle il était d'ailleurs remarquablement doué. Les loisirs forcés que lui imposa le mal cruel qui devait l'enlever à l'affection des siens, ne furent point pour lui des heures de repos ; il les mit à profit pour écrire un certain nombre de mémoires originaux qui, tous, témoignent d'une sérieuse érudition, d'une grande rectitude de jugement, et surtout d'un grand sens clinique. Au nombre des plus importants, il convient de citer une étude sur la morphinomanie publiée en 1884 dans les *Archives de médecine*, et une autre parue tout récemment dans la *Gazette médicale*, sur les ruptures de l'urèthre. Entre temps, il écrivait pour l'*Union médicale* des articles analytiques, des revues critiques, dont plusieurs furent très remarquées et méritaient de l'être. Souvent même, le feuilleton du journal offrit à sa plume une hospitalité qui valut aux anciens lecteurs du docteur Simplicie des articles charmants, écrits de verve, pleins d'humour et de brio, qui sont comme des pages arrachées au livre paternel, à ce petit chef-d'œuvre d'observation malicieuse et fine qui a nom : *Médecins et clients*.

Chez Maurice Notta, les qualités du cœur ne le cédaient en rien à celles de l'intelligence et de l'esprit. Ceux-là seuls qui ont vécu dans son intimité savent quels trésors de bonté tendre et généreuse, de dévouement ingénieux et délicat se cachaient sous son air quelque peu sceptique et spirituellement railleur ; mais tous ceux qui l'ont approché rendront hommage à sa serviabilité, à sa courtoisie et associeront leurs regrets à l'immense douleur de son père et de sa mère.

Les obsèques de M. Maurice Notta ont eu lieu, à Lisieux, le mardi 3 novembre ; la veille, un service avait été célébré à Paris, à l'issue duquel deux discours avaient été prononcés, l'un par M. Tillaux, un des maîtres les plus affectionnés du défunt, l'autre par M. Perrin, au nom des internes des hôpitaux de Paris.

F. L.

## NOUVELLES

— **Société de Médecine de Rouen.** — La Société de Médecine a repris ses séances le 9 novembre, sous la présidence de M. le docteur Cauchois. Après le discours d'usage, M. le docteur Hélot a fait une intéressante communication que la *Normandie médicale* reproduit plus haut, et présenté des pièces anatomo-pathologiques à l'appui.

— Dans sa dernière séance, sur la proposition du docteur Gibert, le conseil municipal du Havre a voté une somme de 4,000 fr. pour participer aux dépenses qu'entraînera l'application de la découverte de Pasteur sur la rage.

— Un congrès pénitentiaire international va s'ouvrir à Rome. Le docteur Delabost, médecin en chef des prisons de Rouen, a été adjoint par le Ministre de l'intérieur à la délégation française.

— **Hospices civils de Rouen.** — Un concours pour la nomination d'internes en médecine s'ouvrira le 17 décembre à l'Hospice-Général.

Un concours pour les internes en pharmacie aura lieu également le 10 décembre.

---

**ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN**

*Années 1885-1886. — Semestre d'hiver.*

---

**Clinique externe (Hôtel-Dieu).** — M. Denis-Dumont, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi.

**Clinique interne (Hôtel-Dieu).** — M. Auvray, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi.

**Clinique obstétricale (Hôtel-Dieu).** — M. Bourienne, professeur. — Mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2.

**Anatomie.** — M. Gidon, professeur. — Lundi, mardi, mercredi et jeudi, à midi.

**Pathologie interne.** — M. Maheut, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures.

**Chimie et toxicologie.** — M. Le Petit, professeur. — Mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 10 h. 3/4.

**Hygiène et thérapeutique.** — M. Chancereau, professeur. — Mardi et jeudi, à 5 heures; vendredi et samedi, à 4 heures.

**Anatomie et histologie pathologiques (cours complémentaire).** — M. Gosselin, suppléant. — Lundi et jeudi, à 9 heures (Hôtel-Dieu).

**Anatomie (cours complémentaire).** — M. Moutier, suppléant. — Vendredi et samedi, à midi, et à 8 heures du soir.

**Physique et chimie (cours complémentaire).** — M. de Forcrand, suppléant. — Mardi et jeudi, à 9 heures.

**Dissections.** — M. Moutier. — Tous les jours, 1 à 4 heures.

**Travaux pratiques de physique.** — M. Picard. — Lundi et mardi, 2 à 4 heures.

**Travaux chimiques.** — M. Picard. — Lundi et samedi, 7 à 11 heures; vendredi, midi à 4 heures.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 25 au 31 octobre . .	53	44					2	1	
Du 1 <sup>er</sup> au 7 novembre . .	73	10				3	1		
<b>Havre (103,867 hab.)</b>									
Du 25 au 31 octobre . .	53	41					1		
Du 1 <sup>er</sup> au 7 novembre . .	52	46							1
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>									
Du 25 au 31 octobre . .	41	3					1		
Du 1 <sup>er</sup> au 7 novembre . .	45	2							
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>									
Du 25 au 31 octobre . .	23	11					2		2
Du 1 <sup>er</sup> au 7 novembre . .	13	5						1	

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 25 au 31 octobre :

Rougeole, 3 entrées ; diphtérie, 1 entrée ; érysipèle, 1 entrée ; fièvre typhoïde, 30 entrées, 1 décès ; varicelle, 1 entrée.

Du 1<sup>er</sup> au 7 novembre : rougeole, 3 entrées ; érysipèle, 1 entrée ; fièvre typhoïde, 15 entrées, 1 décès ; diphtérie, 1 décès.

L'épidémie de fièvre typhoïde sur laquelle nous avons rédigé un *Bulletin* dans notre dernier numéro est en pleine voie de décroissance, et le régiment contaminé reprendra bientôt possession de la caserne, désinfectée et pourvue désormais d'eau de source.

Un grand nombre de rougeoles sont observées à Rouen ; on nous signale également une épidémie de même nature à Saint-Etienne-du-Rouvray.

**Havre** (maladies contagieuses déclarées au bureau d'hygiène), du 25 au 31 octobre :

Scarlatine, 2 ; érysipèle, 1 ; fièvre typhoïde, 5 ; diphtérie, 2 ; coqueluche, 2.

Du 1<sup>er</sup> au 7 novembre : érysipèle, 1 ; fièvre typhoïde, 1.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : Contribution à l'étude des malformations congénitales, par M. le Dr Gibert. — Deux cas de gangrène dans les fractures (suite et fin), par le Dr Duménil. — *Thérapeutique chirurgicale* : De l'extension continue dans les fractures de cuisse, par le Dr Cerné. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### Contribution à l'étude des malformations congénitales, PAR LE DR GIBERT, DU HAVRE.

---

Cette partie de la pathologie est loin d'avoir été étudiée d'une manière complète, surtout au point de vue clinique, et elle réclame de nouvelles observations. Plus tard, on pourra entreprendre une histoire générale de ces malformations, et en tirer d'utiles indications pour le diagnostic de certains états pathologiques jusqu'ici fort obscurs.

Aujourd'hui, je commence cette série d'études par la relation de trois cas de *Rétrécissement congénital de l'intestin grêle*.

Ce travail devait être compris dans les volumes publiés par le Congrès médical de Londres en 1880, mais par suite d'une erreur il n'y a pas été publié ; j'espère que sa publication dans la *Normandie médicale* provoquera de nouvelles observations.

Les malformations de l'intestin grêle ne sont pas connues. Je n'ai trouvé dans aucun recueil français ou étranger même une allusion à la possibilité des rétrécissements que j'ai observés et que je vais décrire. On s'est beaucoup occupé, sans doute, des nombreuses variétés de malformations du rectum et de l'anus — mais c'est tout. On n'a pas songé à la possibilité que l'intestin grêle puisse subir, pendant la vie fœtale, l'influence de malformations ; et l'on a certainement rapporté à des causes fausses une certaine quantité de faits cliniques qui ne peuvent trouver d'explications plausibles que par le fait de ces malformations.

Je vais donner un résumé rapide, mais suffisamment complet, des trois observations que je possède, toutes trois ayant la sanction d'autopsies minutieusement faites.

Obs. I. — Enfant d'un mois — digestions troublées, puis empêchées — signes d'obstruction intestinale, puis de péritonite — mort. A l'autopsie, rétrécissement considérable de l'intestin grêle en forme de chapelet.

En 1863 je fus appelé en consultation par le D<sup>r</sup> Tarral du Havre pour voir une enfant âgée d'un mois qui était atteinte depuis sa naissance de phénomènes insolites dont le diagnostic ne se rapportait à aucune maladie connue. Cette enfant était très bien constituée, avait une bonne nourrice et tétait avec avidité. La digestion stomacale se faisait bien ; mais peu de temps après l'ingestion du lait de sa nourrice elle était prise au milieu de son sommeil d'une agitation continue ; elle relevait les jambes vers l'abdomen, puis elle poussait des cris plaintifs qui ne cessaient que par l'expulsion d'une garde-robe.

Ces cris pendant la période de la seconde digestion avaient, naturellement, attiré l'attention sur l'état de l'abdomen qui n'avait jamais présenté rien d'anormal. Mais au bout d'un mois les cris au lieu d'être périodiques devinrent continus ; le ventre était sensible à la pression et ballonné ; c'est alors que je la vis avec le D<sup>r</sup> Tarral et je constatai les signes d'une entéro-péritonite manifeste.

L'enfant mourut quelques jours après, ayant présenté les vomissements, la face grippée, le pouls misérable qui précèdent la mort dans la péritonite. A l'autopsie nous trouvâmes un épanchement séro-purulent dans la cavité abdominale, mais limité à quelques anses intestinales ; celles-ci furent détachées avec soin et nous vîmes alors que l'intestin grêle présentait deux étranglements, à peu de distance l'un de l'autre. Entre les deux points rétrécis, l'intestin reprenait sa force et son volume.

Après avoir lavé l'intestin avec soin nous pratiquâmes l'insufflation, et les deux étranglements devinrent aussi manifestes qu'on peut se le représenter en supposant un étranglement de l'intestin par l'application d'un fil en deux points voisins. Le rétrécissement occupait toute la circonférence de l'intestin, les trois tuniques participant à la malformation.

Tous les phénomènes observés pendant la vie s'expliquaient facilement. Quand du grumeau de lait se présentait à l'orifice d'un des points rétrécis, étranglés, il ne pouvait passer librement, et jouait le rôle d'un bouchon. Passait-il, par les efforts de contraction de la tunique musculaire, d'un rétrécissement à l'autre, puis enfin dans le courant intestinal, les symptômes douloureux cessaient et la digestion reprenait son cours. La succession de ces efforts de l'intestin pour amener la régularité du cours des matières avait fini par produire de l'entérite, puis de l'entéro-péritonite qui avait enlevé l'enfant.

Obs. II. — Enfant né à terme, bien conformé — difficulté extrême de la digestion intestinale — mort au bout de huit jours. — Rétrécissement d'une partie étendue de l'intestin grêle.

Deux ans après avoir observé le premier cas, je me trouvai en présence d'un enfant du sexe masculin, qui tétait très bien, mais qui dès le premier jour fit entendre des cris plaintifs pendant tout le temps que durait la diges-

tion. Le méconium avait, cependant, fait place à des selles jaunes bien digérées. Les cris devinrent continus, les selles rares, et l'enfant succomba le huitième jour, après avoir présenté une éruption confluyente de petites taches rouges, papuleuses, couvrant presque tout le corps.

A l'autopsie, je trouvai un rétrécissement de l'intestin grêle, dans le milieu du trajet de l'iléum, et intéressant l'intestin dans une étendue de huit centimètres. Dans cette partie rétrécie l'intestin avait à peine le calibre d'une plume à écrire, et je le trouvai rempli de grumeaux de lait qui formaient une obstruction intestinale complète. L'éruption papuleuse du dernier jour avait été produite par cette rétention complète des matières fécales et l'absorption de produits intestinaux non digérés.

Obs. III. — Enfant bien constituée ayant vécu six mois — ayant présenté pendant tout le temps de sa vie des symptômes de troubles digestifs, qu'on put rapporter à un rétrécissement de l'intestin — convulsions et mort au sixième mois. A l'autopsie, rétrécissement très étendu du petit intestin.

La troisième observation présente cet intérêt que le diagnostic de la lésion put être fait pendant la vie. Cette petite fille avait, en naissant, le poids de neuf livres : c'était une superbe enfant, pleine de vie et de santé. Elle était nourrie par sa mère.

Pendant le premier mois on n'observa aucun trouble dans sa santé — elle tétait bien, digérait bien, et accroissait de poids d'une façon régulière. Dans le courant du deuxième mois les troubles digestifs commencèrent. Comme les deux premiers enfants, elle faisait entendre des cris plaintifs ; en même temps elle faisait des efforts d'expulsion manifestes, et ne cessait de s'agiter jusqu'à ce qu'une garde-robe fût expulsée. Seulement alors, elle s'endormait d'un profond sommeil, jusqu'à ce qu'ayant tété de nouveau elle présentât, une heure après avoir quitté le sein, les mêmes cris suivis des mêmes efforts, jusqu'à ce qu'une nouvelle garde-robe fût expulsée.

Les garde-robes étaient normales, souvent vertes et toujours mélangées de quelques grumeaux de caséum.

Parfois il arrivait que l'enfant passait 8, 10, 12 jours sans présenter aucun accident morbide. Dès que les cris réapparaissaient, on était sûr d'en trouver la cause dans la présence de grumeaux de lait non digérés.

La régularité avec laquelle se présentaient et les crises de coliques et leur cessation, rendait facile le diagnostic. Il était évident qu'une partie de l'intestin grêle était rétrécie, et que le trajet rétréci, la filière, une fois franchie, tout rentrait dans l'ordre.

Vers le quatrième mois les crises de coliques au lieu d'être espacées devinrent quotidiennes. L'enfant pleurait, criait, s'agitait pendant tout le temps de la digestion. Un phénomène curieux se produisit alors ; on trouva assez souvent du sang dans les garde-robes — sang pur, brillant, tachant les linges comme si l'enfant avait eu une petite plaie subitement ouverte. Je découvris bientôt qu'il s'agissait d'un polype rectal, que les efforts persistants de l'enfant pour expulser ses garde-robes avait produit, après avoir congestionné la muqueuse rectale. A ces cris presque continus se joignirent bientôt

de petits mouvements convulsifs, puis de vraies convulsions cloniques qui accompagnaient le travail digestif. L'enfant s'affaiblit peu à peu, et mourut après le sixième mois.

L'autopsie faite en présence des D<sup>r</sup> Louis Monod, de Paris, et Lafaurie, du Havre, nous présenta une altération singulière de l'intestin grêle. Toute la première moitié de l'intestin grêle avait son calibre normal, mais la seconde moitié avait un calibre différent, presque de moitié moindre que la première, tout en présentant une régularité parfaite. Nulle part de collet rétréci, d'étranglement, comme dans les deux premiers cas, mais une continuité parfaite dans le calibre réduit, comme s'il s'était agi d'un intestin parfaitement sain mais appartenant à une autre espèce animale.

Il résultait pour nous de l'inspection de ces deux parties de l'intestin que l'enfant aurait pu vivre, si celle qui était rétrécie s'était développée au lieu de rester étroite.

*Conclusion.* — L'intestin grêle comme le rectum peut subir l'effet des causes qui produisent les malformations congénitales. Il peut être rétréci sur plusieurs points de son trajet, présenter des étranglements, ou une filière allongée et compatible dans une certaine mesure avec les actes normaux de la vie. Il résulte également de cette constatation qu'un grand nombre de faits cliniques obscurs peuvent être expliqués d'une manière rationnelle.

Voici, par exemple, un homme de 20 ans, qui succombe rapidement, quelquefois en 24 ou 36 heures, à un étranglement interne que rien ne faisait prévoir. Mais si l'on interroge avec soin les antécédents du malade, on voit qu'il a toujours souffert de quelques désordres subits dans la digestion, qu'il a ressenti souvent des douleurs abdominales que rien n'expliquait, ni un écart de régime, ni une indigestion.

On fait l'autopsie, et l'on trouve un étranglement intestinal. Il s'agissait pour moi d'une malformation congénitale de l'intestin qui, à un moment donné, a opposé un obstacle invincible au cours des matières.

Plus facilement encore le rétrécissement congénital de l'intestin expliquera les cas d'invagination. On fait intervenir en effet pour expliquer l'invagination, des phénomènes nerveux produisant une contraction spasmodique de l'intestin qui va s'invaginer. N'est-il pas plus rationnel d'admettre un rétrécissement relatif de l'intestin, et dès lors la possibilité mécanique du phénomène de l'invagination?

Quoi qu'il en soit de la valeur des dernières remarques, il n'en reste pas moins que nous devons porter notre attention sur les malformations. Quand elles seront recherchées par les chefs de service des hôpitaux d'enfants, on en trouvera certainement un nombre suffisant pour écrire leur histoire. Trois observations ne suffisent pas pour cela.

## Deux cas de gangrène dans les fractures du membre supérieur *(fin)*.

PAR LE D<sup>r</sup> DUMÉNIL,

OBSERVATION II. — Décollement de l'épiphyse inférieure du radius, avec plaie pénétrante, gangrène de l'avant-bras par oblitération de la veine axillaire.

Un jeune garçon de 13 ans est apporté à l'Hôtel-Dieu, le 2 juillet 1882, pour un accident arrivé quelques heures auparavant. Une chute d'un arbre sur les deux mains avait produit un décollement de l'épiphyse de l'extrémité inférieure du radius droit avec une plaie transversale par laquelle la partie inférieure de la diaphyse faisait saillie à l'extérieur. Une mince couche cartilagineuse qui recouvrait la surface de l'extrémité osseuse ne laissait aucun doute sur la réalité du décollement épiphysaire. La plaie formait une boutonnière très serrée à travers laquelle il fut impossible d'opérer la réduction. Je réséquai la partie saillante et je pus alors réduire avec facilité. Je plaçai sur la totalité du membre un appareil ouaté *sans attelles*.

Le lendemain le malade allait bien et était sans fièvre.

27 juillet. — Le malade accuse un peu de douleur au niveau de la plaie; absence de fièvre.

28. — Agitation, délire toute la nuit. Le membre est douloureux. J'enlève le pansement et je trouve tout l'avant-bras froid, brunâtre; le bras est tendu, douloureux. Le membre est placé dans une gouttière et arrosé d'alcool camphré; rhum 60 grammes, limonade vineuse.

29. — Gangrène confirmée de tout l'avant-bras. Teinte brunâtre du bras avec tension douloureuse et crépitation gazeuse sur plusieurs points. Le malade est agité, cherche constamment à sortir de son lit et urine involontairement. Pouls petit.

30. — La gangrène se limite nettement au coude, avec une traînée de 3 centimètres à la partie interne du bras. La peau du bras, jusqu'à l'épaule, conserve la teinte brunâtre signalée; cette teinte envahit même les régions sus et sous-claviculaires. Le bras est partout dur, tendu et présente aux parties externe et interne une crépitation emphysémateuse qu'on retrouve même à l'épaule dans la région acromio-coracoïdienne. L'intelligence est nette; pouls petit.

Une incision est pratiquée à la partie externe du tiers supérieur du bras, elle donne issue à quelques bulles de gaz; le tissu cellulaire sous-cutané est d'un jaune terne et paraît sec. Le bras conserve une température assez élevée.

31. — La gangrène ne fait pas de progrès. La température du bras se maintient; on y constate de la tension, de la crépitation gazeuse et une sensibilité normale. Intelligence nette. Une incision pratiquée à la partie interne et supérieure du bras donne issue à quelques bulles de gaz.

1<sup>er</sup> août. — Les plaies résultant des incisions ne présentent pas de sphacèle. La peau du bras a perdu sa teinte brunâtre et pris une coloration rosée franche. Etat général aussi satisfaisant que possible.

2 août. — Trismus, impossibilité d'ouvrir la bouche. Abdomen déprimé, rigide; raideur du cou. Pouls fréquent, petit. L'état local est le même. 2 grammes de chloral; on supprime le rhum.

Quatre heures du soir. — L'état est le même, assoupissement permanent. Persistance du trismus et de la raideur du cou. — Nouvelle dose de chloral de 2 grammes.

3 août. — L'assoupissement persiste ainsi que le trismus et la raideur du cou. Miction involontaire, pouls petit et fréquent.

Pendant le pansement, le malade est pris de secousses à chaque instant dans le bras et l'épaule, avec de violentes contractions des muscles de la face. Ces secousses continuent après la visite et le malade succombe à midi.

4 août. — *Autopsie* à 9 heures du matin. Infiltration purulente épaisse du tissu cellulaire sous-cutané à la partie externe du quart inférieur du bras. Dans tous les autres points du bras les tissus sont parfaitement sains et ne contiennent pas une bulle de gaz. La gangrène est nettement arrêtée immédiatement au-dessus du coude. Les parties sphacélées sont molles, imbibées de liquides infects.

La veine céphalique, suivie depuis la limite de la gangrène jusqu'à la région deltoïdienne, est perméable; à la partie supérieure du bras ses parois sont plus épaisses et son calibre, sans être complètement effacé, est cependant diminué par la présence d'une couche de sang coagulé sur ses parois.

Les artères humérale et axillaire sont saines, complètement vides; l'artère radiale, suivie jusqu'au niveau de la fracture, est intacte. Les veines profondes du bras ne présentent pas d'autre altération qu'une dilatation marquée jusqu'à la partie supérieure de la veine axillaire. Celle-ci, immédiatement au-dessous de la clavicule, forme, dans une étendue de 4 centimètres, un cordon plein, arrondi, jaunâtre et résistant. A la partie interne de ce cordon aboutit un tronc veineux volumineux qui vient de la partie latérale du thorax. La section longitudinale de la partie oblitérée du tronc veineux fait constater l'existence d'un caillot ferme, complètement décoloré dans sa moitié supérieure, d'un brun foncé dans sa moitié inférieure. Dans sa partie décolorée, le centre du caillot est mou et grumeleux.

Les parois veineuses sont, à ce niveau, parfaitement saines, sans épaississement; la face interne du vaisseau conserve son aspect lisse. Les cordons nerveux sont intacts. La couche cartilagineuse de l'épiphyse inférieure du radius est intacte dans ses deux tiers internes; au tiers externe la lamelle osseuse sous-jacente au cartilage épiphysaire a été arrachée. Le cubitus est fracturé à 4 centimètres environ de son extrémité inférieure. Les fragments sont engrenés par des dentelures et maintenus en outre par le périoste et les tissus aponévrotiques.

Ce fait est important à un double point de vue, comme exemple de gangrène par oblitération veineuse, et comme preuve de la nécessité d'une certaine réserve dans l'appréciation des causes de la gangrène de l'avant-bras dans les fractures de cette région.

Les cas de gangrène par oblitération des troncs veineux sont

très rares, si même il en existe d'incontestables. La multiplicité des anastomoses et des voies collatérales rend compte de la persistance de la circulation dans les parties situées au-dessous des veines atteintes de semblable lésion. Il faut des conditions tout exceptionnelles pour que la stase sanguine puisse être assez complète pour amener la mortification. Or, nous trouvons ces conditions réalisées dans le cas que nous venons d'exposer. Non seulement l'oblitération est complète, mais encore elle règne au-dessus du point où toutes les veines du membre supérieur, tant profondes que superficielles, viennent se rendre dans la veine axillaire. La circulation n'aurait pu se rétablir que par les anastomoses des veines du bras avec celles de l'épaule qui vont s'aboucher dans la veine sous-clavière, et l'on comprend qu'une circulation supplémentaire, par des voies aussi détournées, n'ait pas eu le temps de se constituer. Si le bras, lui-même menacé de sphacèle dans les premiers moments, a pu rétablir ses moyens de communication avec les troncs restés perméables, l'avant-bras, plus éloigné de ces mêmes troncs et ne communiquant avec eux que par des voies plus étroites, est devenu le siège d'un arrêt complet de la circulation de retour.

La compression des artères par l'appareil étant jusqu'alors presque la seule cause reconnue des gangrènes de l'avant-bras dans les fractures de cette région, je me demandais avec anxiété, avant l'autopsie, si ma responsabilité n'était pas en jeu. Je ne comprenais pas comment un appareil fortement ouaté, sans attelles, avait pu produire un arrêt complet de la circulation artérielle, mais j'étais plus loin encore de songer à une oblitération de la veine axillaire et d'une stase absolue dans l'avant-bras par cette cause.

Si nous cherchons maintenant le mécanisme de cette oblitération, il nous semble qu'elle s'explique par le transport du caillot venu du voisinage de la fracture et arrêté dans la veine axillaire au moment où elle s'infléchit pour s'engager entre la clavicule et la première côte.

L'aspect granuleux du centre du caillot oblitérateur, l'intégrité des parois de la veine, le peu d'étendue de l'oblitération me paraissent ne laisser aucun doute à cet égard.

Je ne veux certainement pas m'autoriser de ce fait pour rattacher toutes les gangrènes observées dans les fractures de l'avant-bras à un mécanisme semblable, mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il est de nature à imposer une certaine réserve dans l'appréciation des causes de ces gangrènes. Si dans ce cas

un appareil à attelles eût été appliqué et si l'autopsie n'eût pas été faite, on n'eût pas manqué d'incriminer le pansement et je me serais considéré moi-même comme coupable d'imprudence.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

### Du traitement des fractures de cuisse par l'extension continue,

PAR LE D<sup>r</sup> CERNÉ.

Vieille question, mais toujours actuelle, car elle a été constamment réveillée par l'apparition de nouveaux appareils plus ou moins différents de leurs aînés, et qui semblaient... à leurs auteurs donner décidément et à moins de frais des résultats supérieurs aux précédents.

Le principe même de la méthode n'est pas contestable et l'on a pu remonter à Hippocrate pour en voir l'indication formulée. En effet, le volume considérable des muscles de la cuisse, leur puissance qui tend à remonter le fragment inférieur, et mieux encore le fait brutal des infirmités permanentes amenées par des raccourcissements de 7 à 8 centimètres à la suite des fractures de la cuisse ont de tout temps provoqué des tentatives plus ou moins heureuses pour combattre ce raccourcissement. Et de tout temps on a pensé qu'en opérant sur la partie inférieure du membre une traction continue, on devrait arriver à vaincre la tonicité musculaire qui était la cause de tout le mal. Cependant si peu constants ont été les succès que l'on voit encore des chirurgiens se résigner à ces résultats déplorablement comme à une fatalité inéluctable.

Il faut bien convenir qu'ils ont eu longtemps de bonnes raisons à invoquer; les anciens appareils étaient ou d'une application très difficile et très pénible, ou d'une impuissance trop constatée, quand ils ne réunissaient pas, ce qui était le plus fréquent, ces diverses qualités, aboutissant à un résultat fort médiocre après plusieurs mois de traitement.

Il n'en est plus de même aujourd'hui : l'appréciation plus exacte des conditions à remplir a permis d'arriver parallèlement à des qualités qui sont presque toujours et partout associées : la perfection des résultats par la simplification des procédés.

« Perfection des résultats » implique ici leur absolue constance et la certitude où l'on est de pouvoir les obtenir. On pouvait certes autrefois montrer des blessés guéris avec un raccourcissement insignifiant, mais c'était l'exception, à laquelle nous pouvons

opposer maintenant l'exception des résultats médiocres, ceux par exemple où un raccourcissement de 2 à 3 centimètres peut encore déterminer une légère boiterie.

Comme nous ne voulons pas faire ici l'histoire de la question, nous ne parlerons pas des appareils qui doivent être complètement abandonnés, comme celui de Desault, le double plan incliné de Malgaigne, de Dupuytren, etc. Deux appareils devront rester dans la pratique : l'appareil d'Hennequin et celui que l'on décrit actuellement sous le nom d'appareil de Tillaux, bien que nous jugions ce dernier susceptible de quelques modifications légères dans certains cas.

Sans doute ces appareils ont été plusieurs fois décrits et sont connus : si nous écrivons néanmoins cet article, c'est que nous voyons qu'ils ne le sont pas assez, que leurs résultats sont niés ; c'est aussi que nous voulons traiter la question largement, car nous croyons qu'un appareil, toujours et partout le même, ne saurait servir dans tous les cas, ce qui est la fâcheuse prétention des inventeurs et de leurs partisans.

Trois facteurs, comme on sait, entrent dans le traitement d'une fracture sur laquelle on applique l'extension continue, à savoir : l'extension, la contre-extension et la coaptation.

Or, les simplifications et les perfectionnements sur les agents de l'extension et de la contre-extension sont considérables.

Pour l'extension, il faut rejeter les lacs ou les serviettes rigides qui se relâchent ou à l'action desquelles le malade finit souvent par se soustraire ingénieusement. Il est tout aussi mauvais de se servir de tubes en caoutchouc dont la tension varie avec la position du malade, et qui ne sauraient par conséquent exercer un effort constant.

Un objet pesant quelconque, attaché à une ficelle qui se réfléchit sur une poulie, le dos d'une chaise ou le bord d'une planche assure au contraire un effet d'une constance absolue.

Le second point important est de ne mettre au service de l'extension qu'un poids très modéré. Trois kilos suffisent souvent, quatre kilos toujours. On a ainsi un effet suffisant pour vaincre la tonicité musculaire, ramener les muscles à leur longueur normale lorsqu'il n'existe pas de solution de continuité du squelette ; car c'est là évidemment le seul but à atteindre. Dans ces conditions, la fatigue est nulle et le malade ne trouve pas l'extension insupportable, comme lorsque autrefois on lui infligeait un poids de 8, 10 et 12 kilogrammes.

La réduction de la force d'extension a eu un autre résultat non

moins important : c'est de supprimer la contre-extension ou, pour parler plus exactement, de rendre suffisant pour l'exercer le simple poids du corps dans une situation absolument horizontale. Il n'est pas même besoin, comme le font encore quelques chirurgiens, d'élever les pieds du lit; il suffit que le tronc ne soit pas dans une situation déclive, c'est-à-dire que les épaules portent parfaitement à plat sur le lit, la tête seule pouvant être légèrement relevée.

Nous devons cependant dire que M. Hennequin applique, *par prudence*, un appareil contre-extensif inextensible auquel le malade peut se soustraire quand il lui plaît.

Sur les deux points dont nous venons de parler tout le monde est d'accord; où il y a divergence, c'est sur le point d'application de la force d'extension. Dans l'appareil d'Hennequin, la jambe est demi-fléchie, et le point d'application se trouve sur la partie supérieure et postérieure de la jambe; dans les autres, le membre est dans la rectitude et l'application de l'extension est répartie sur le pied et la jambe et parfois jusques au-dessus du genou.

Voici, en effet, d'après la description même de M. Hennequin, en quoi consiste son appareil : Il demande « trois serviettes, deux attelles, trois lacs, une bande, de la ouate, deux cordes et un corps pesant quel qu'il soit, pour faire l'extension; le dossier d'une chaise servira de poulie de réflexion.

« Pour faire l'extension, après avoir entouré le pied, la jambe et le quart inférieur de la cuisse d'un bandage ouaté compressif, nous appliquons le milieu d'une serviette pliée en cravate sur la face antérieure de la cuisse, immédiatement au-dessus de la rotule; nous conduisons ses deux chefs dans le creux poplité, ils se croisent en allant l'un à droite, l'autre à gauche; nous les ramè-nons sur la face antérieure de la partie supérieure de la jambe, où ils sont noués ensemble. Ainsi disposée, la serviette représente assez exactement un 8 de chiffre comprenant dans un de ces anneaux la partie inférieure de la cuisse qu'elle embrasse et étrecint solidement, dans l'autre, la partie postérieure du mollet... Une petite corde est attachée sur l'un des côtés du nœud jambier. »

La cuisse est soutenue par une gouttière artificielle formée de « deux attelles et une serviette passée sous la cuisse et s'étendant de la tubérosité ischiatique au creux poplité. Après l'avoir étalée sur le lit, on enroule ses côtés sur les deux attelles, dont l'une occupe le côté externe et l'autre le côté interne du membre, côtés protégés par deux coussins longs en balle d'avoine. »

« Une attelle antérieure et trois lacs modérément serrés complètent l'appareil ; une bande dont les chefs sont fixés aux extrémités inférieures des attelles latérales sert à suspendre le membre et vient s'attacher sur le ciel de lit ou sur un piton vissé dans le plafond. »

La jambe est située hors du lit, dans l'abduction, et le pied appuyé sur une chaise ; ou bien encore une résection du matelas et de la pailleasse permet de laisser la cuisse longitudinale.

En regard de l'appareil d'Hennequin, décrivons celui de M. Tiliaux : on taille dans un rouleau de diachylon des hôpitaux six bandes de 1<sup>m</sup>,20 de longueur et de 0<sup>m</sup>,06 de largeur. On imbriquera ces six bandes de façon à ce qu'elles se superposent à leur partie moyenne et divergent à leurs deux extrémités. Elles ressemblent alors à deux éventails très allongés qui se rencontreraient à leurs sommets. Après réduction de la fracture et pendant qu'un aide maintient l'extension, en tenant le pied bien perpendiculaire à la jambe, on applique ces bandelettes, de manière que leur partie moyenne située au-dessous du pied en regard de l'axe du tibia, forme une anse, et qu'elles s'étalent de chaque côté sur toute la jambe, le genou et même la cuisse jusqu'au-dessous de la solution de continuité. La face agglutinative étant tournée du côté de la peau, elles y adhèrent fortement.

Elles sont maintenues d'ailleurs par l'enroulement de trois autres bandes de 0<sup>m</sup>,06 environ de largeur, assez longues pour faire plusieurs fois le tour du membre aux points où on les applique, l'une au-dessus des condyles, une autre au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia et la dernière au niveau des malléoles. A l'anse laissée telle qu'elle ou tendue par une petite attelle de la même largeur que les bandelettes de diachylon s'attache une ficelle qui va supporter le poids extenseur. La cuisse est laissée libre, sans attelles, sans enveloppement.

On voit de suite la simplicité, la facilité de traitement de cette seconde méthode. Quoi qu'en dise M. Hennequin, la situation hors du lit est une complication et une gêne, la jambe bien que maintenue dans la ouate s'œdématie, le membre est comme flottant et réclame la présence d'attelles qui maintiennent les fragments.

Les principaux reproches faits par M. Hennequin aux appareils qui maintiennent le membre dans la rectitude sont-ils fondés ? Théoriquement peut-être, pratiquement non.

— La position fléchie de la jambe serait plus propre à prévenir les raideurs de l'articulation du genou. — Cette assertion nous paraît douteuse ; toute mesure propre à empêcher le développement

d'une inflammation, si légère qu'elle soit, de l'articulation du genou préviendra la raideur consécutive, et à ce point de vue les deux appareils se valent. En revanche, qui ne voit que, s'il survient des raideurs, elles sont beaucoup moins fâcheuses avec un membre en extension? Voilà ce qui est bien plus universellement admis.

— Le mode d'application du diachylon ferait que l'effort extensif s'opérant sur les téguments perd une très grande partie de sa puissance en épuisant d'abord l'élasticité de la peau, qui transmet également l'effort au segment inférieur et au segment supérieur du membre par l'intermédiaire des aponévroses. — L'adhérence du diachylon autour des articulations du genou et du coude-pied où les parties molles sont fortement reliées aux os enlève à cette objection une grande partie de sa force.

— Le diachylon irriterait la peau et serait capable de provoquer l'apparition d'éruptions diverses et même d'amener des eschares au niveau des points de pression les plus exposés. — M. Tillaux le nie; on voit quelquefois cependant la peau assez fortement irritée. Nous signalerons à ce sujet une modification que nous avons parfois adoptée et qui ne nous a jamais présenté d'inconvénients. Nous enroulons exactement autour du pied et de la partie inférieure de la jambe une bande de toile. Le chef d'une seconde bande est engagé sous un des tours de bande enroulés autour de la jambe, se réfléchit sur son bord supérieur, passe au-dessous du pied à quelque distance, s'engage de l'autre côté sous le même tour de la première bande, et, repassant de nouveau sous le pied, vient se réfléchir sur un nouveau tour de bande, et ainsi de suite. L'anse ainsi formée de 4 à 6 épaisseurs de la deuxième bande transmet l'extension à l'espèce de guêtre que forme la première. C'est en réalité sur le pied que s'exerce l'action, et elle est transmise par les ligaments des deux articulations au fragment inférieur du fémur; on voit que de cette manière la transmission se fait absolument par le squelette.

— Enfin l'extension dans la rectitude serait-elle vraiment empirique, et l'appareil de M. Hennequin seul scientifique, parce que, supprimant toutes les résistances accidentelles (frottement sur le lit, glissement de la peau), il pourrait être absolument adapté à la résistance à vaincre, la tonicité musculaire? — M. Hennequin avoue lui-même que c'est une question de *plus* ou de *moins*, puisque la tonicité musculaire est par elle-même une chose variable suivant les sujets, puisqu'il applique lui-même constamment le même poids à toutes les fractures. Il nous suffira dans l'appareil

de M. Tillaux d'annihiler les résistances accidentelles en tant qu'elles pourraient être nuisibles, et de consacrer à l'extension un poids que l'expérience démontre être suffisant.

Ce que nous venons de dire montre suffisamment nos préférences. L'appareil d'Hennequin est excellent ; mais il est moins simple et ne donne pas de meilleurs résultats que celui de M. Tillaux, sous la condition des quelques réserves que nous allons faire.

Donc, lorsqu'on se trouve en présence d'une fracture de cuisse, il faut placer le malade sur un plan bien horizontal où l'extension puisse facilement s'exercer. Les lits ordinaires sont souvent trop mous ; il faut alors mettre au-dessous du matelas une planche qui préserve des *creux*, inévitables sans cela au bout de quelques jours. Après une réduction convenable, on appliquera ou l'appareil de diachylon ou les bandes de toile, comme nous l'avons décrit ; à la ficelle sera suspendu un poids de 3 à 4 kil. ou un objet d'une pesanteur équivalente ; on supprimera tout oreiller, mais on pourra conserver un traversin peu volumineux sous la tête.

Et ce sera absolument tout dans les cas simples. Mais comme nous l'avons dit, nous voulons faire des réserves pour les cas où quelque complication est de nature à soulever une inquiétude dans l'esprit du médecin traitant :

1° Si la fracture siège vers le milieu du corps du fémur ou un peu au-dessus, la coaptation est parfaitement assurée bien que le membre soit absolument libre, mais dans les fractures du tiers supérieur il n'en est plus de même ; le fragment supérieur vient souvent faire saillie en dehors : de là, une difformité après la consolidation. Il faut refouler ce fragment par une longue attelle externe fixée au bassin par un bandage de corps, à la jambe par des lacs et des coussins ; entre elle et la saillie normale sont interposés des rouleaux de ouate qui la refoulent doucement. Une attelle interne est alors utile pour assurer la fixité de l'appareil ;

2° Il arrive parfois, bien que très rarement, que le pied, ordinairement tenu suffisamment droit par l'anse d'extension, penche d'un côté ou de l'autre. Le professeur Duplay, pour y remédier, l'encadre dans une sorte de boîte dont les côtés le maintiennent. Mais cette boîte est facilement arrêtée par un pli du drap et s'oppose ainsi à l'extension. Deux attelles appliquées pendant la première quinzaine nous paraissent plus recommandables.

3° Fréquemment la gravité du traumatisme produit d'importantes complications : il existe une attrition des tissus considérable, le membre est gonflé avec un épanchement sanguin abon-

dant, les muscles irrités entrent dans une contracture douloureuse. Nous croyons alors imprudent, surtout chez les malades qui seraient prédisposés à la suppuration (alcooliques ou autres) de laisser le membre libre. Il faut opérer au point lésé une contention parfaite et une compression destinée à faire cesser la contracture et à favoriser la résorption du sang : il n'existe pas, comme on le sait, de moyen antiphlogistique plus puissant. Un appareil de Scultet simplifié, composé de compresses imbriquées de l'extrémité du membre à sa racine, séparé de la peau par une couche de coton cardé, et imprégné d'eau blanche, bien soutenu par deux attelles latérales et deux coussins, donne des résultats merveilleux. Après l'avoir renouvelé ou resserré deux ou trois fois en une dizaine de jours, on pourra l'enlever et laisser le membre libre comme dans les cas simples. On a reproché à l'appareil de Scultet, par la compression qu'il exerce, de s'opposer à l'action du poids extenseur. Mais ne s'oppose-t-il pas aussi à l'ascension du fragment inférieur, et ne restitue-t-il pas ainsi à l'extension ce qu'il lui fait perdre autrement?

Un seul mot sur les fractures du col du fémur. Certes la gouttière de Bonnet leur reste toujours spécialement applicable ; mais l'extension continue, modérément employée, rendra encore les résultats bien meilleurs, et elle constitue le seul moyen efficace si l'on ne peut se procurer une gouttière.

Que ceux qui ont abandonné ou négligé jusqu'ici l'extension continue dans le traitement des fractures de cuisse, l'emploient en suivant les règles que nous venons d'exposer, et l'on ne verra plus ces malheureux qui, tenus au lit trois à quatre mois, en sortent avec une infirmité qui était le désespoir et la honte de la chirurgie. Et non seulement le résultat final sera excellent, mais encore, ce qui n'est pas indifférent, le temps du traitement sera considérablement abrégé : en quarante jours, on obtiendra ordinairement la consolidation.

## NOUVELLES

— **Ecole de Médecine de Caen.** — La rentrée solennelle des Facultés a eu lieu à Caen le 4 novembre. Les lauréats de l'Ecole de médecine ont été : 3<sup>me</sup> année, premier prix : M. Lemarinier ; — 2<sup>me</sup> année, premier prix : M. La Nècle ; prix Lesauvage : M. La Nècle ; travaux chimiques, deuxième prix : M. Damenne. — 1<sup>re</sup> année, premier prix : M. Fauvel.

— **Ecole de Médecine de Rouen.** — La rentrée solennelle des Ecoles d'enseignement supérieur de Rouen a eu lieu le 17 novembre.

M. le professeur Delabost, à qui était échu le discours d'usage, avait pris pour sujet « le rôle de l'Étudiant en médecine ».

Les lauréats de l'Ecole de médecine ont été : 3<sup>me</sup> année, prix : M. Dela-

brosse ; prix Pillore (médaille d'or et 1,000 francs) : M. Panel ; — 2<sup>m</sup>e année, prix : M. Lainé ; — prix des hôpitaux : M. Lamy.

— Par décret en date du 20 novembre 1885, M. le docteur Weber, directeur du service de santé du 3<sup>e</sup> corps d'armée à Rouen, est nommé au grade de médecin-inspecteur.

M. le docteur Vallin, ancien professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, serait appelé à le remplacer.

— Les lecteurs de « *la Normandie médicale* » apprendront avec intérêt, par la correspondance que nous reproduisons plus bas, que déjà on se préoccupe d'assurer à toutes les victimes de la rage, le précieux traitement que Pasteur vient d'appliquer avec un si retentissant succès.

Rouen, le 21 novembre 1885.

« Monsieur et illustre maître,

« Mon administration serait très désireuse de mettre les malheureux qui, chaque année, sont atteints par des chiens enragés, à même de profiter de votre admirable découverte, et je me préoccupe des moyens à employer dans ce but ; je crois devoir, avant toutes choses, prendre vos conseils et m'assurer votre concours.

« J'ai, en conséquence, l'honneur de vous demander si vous seriez disposé à recevoir à Paris ceux de nos compatriotes qui feraient appel à votre ministère. Je proposerais au département d'ouvrir un crédit pour assurer les frais de voyage et de séjour des malheureux.

« Veuillez agréer, etc.

« *Le Préfet de la Seine-Inférieure,*

« Signé : E. HENDLÉ. »

Paris, le 22 novembre 1885.

« Monsieur le Préfet,

« J'approuve de tous points les mesures que vous projetez. Je me mets à la disposition de tous vos indigents mordus par des chiens enragés. Je les ferai placer dans des hôtels du voisinage de mon laboratoire, qui en ont reçu déjà et en logent plusieurs présentement.

« Vous serez certainement imité par les autres préfets. Les sommes votées seront employées ou non selon les circonstances.

« Recevez, etc.

« L. PASTEUR. »

— Récompenses décernées par le ministre du commerce, sur la proposition de l'Académie de médecine, pour le service de vaccination en 1884 :

*Médailles d'or.* — MM. Bassompierre, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe au 28<sup>e</sup> de ligne, à Evreux ; — L.-J. Millet, médecin-major de 1<sup>re</sup> classe au 96<sup>e</sup> de ligne, à Caen.

*Médailles d'argent.* — MM. Fidel, docteur en médecine, à Saint-Romain ; — de Lignerolles, docteur en médecine, au Havre ; — M<sup>me</sup> Pelcat, sage-femme, à Pont-Audemer ; — M. de Welling, docteur en médecine, à Rouen.

## CHRONIQUE SANITAIRE

### MALADIES RÉGNANTES.

Rouen (hôpitaux : maladies contagieuses), du 8 au 14 novembre :

*Fièvre typhoïde*, 11 entrées, 1 décès ; *diphthérie*, 2 entrées, 1 décès ; *érysipèle*, 3 entrées.

Du 15 au 21 novembre : *rougeole*, 1 entrée ; *fièvre typhoïde*, 5 entrées ; *diphthérie*, 6 entrées, 1 décès.

Havre (mal. contagieuses déclarées au bureau d'hygiène), du 8 au 14 nov. :

*Variole*, 1 ; *scarlatine*, 2 ; *fièvre typhoïde*, 3 ; *diphthérie*, 1 ; *coqueluche*, 2.

Du 15 au 21 novembre : *scarlatine*, 5 ; *fièvre typhoïde*, 8.

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÉS	DÉCÉS de 0 à 2 ans.	DÉCÉS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ERYSIPÈLE	AFF. FÈVÈR.	COQUELUCHE
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>										
Du 8 au 14 novembre .	66	12		2		1	1			
Du 15 au 21 novembre .	62	18				1				
<b>Havre (105,867 hab.)</b>										
Du 8 au 14 novembre .	57	24								1
Du 15 au 21 novembre .	53	43					3			
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>										
Du 8 au 14 novembre .	13	4								
Du 15 au 21 novembre .	16	8								
<b>Dieppe (20,826 hab.)</b>										
Du 8 au 14 novembre .	16	3				1		1		
Du 15 au 21 novembre .	14	4								
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>										
Du 8 au 14 novembre .	11	2								
Du 15 au 21 novembre .	13	3					1			

**Errata.** — Par suite d'une erreur typographique, on a répété, dans le numéro précédent, les pages 1 à 16, au lieu de 17 à 32. Nous prions nos lecteurs de corriger eux-mêmes cette erreur, afin de reconnaître facilement les indications de la table des matières.

Dans la Revue sur la rage, du précédent numéro, page 6, alinéa 2, au lieu de : « l'interprétation pathologique, » lire : « l'interprétation pathogénique, » et page 11, ligne 2, au lieu de : « l'inoculation, » lire : « l'incubation. »

## Ouvrages reçus aux bureaux de la Normandie médicale :

*Manuel des injections sous-cutanées* (2<sup>e</sup> édition), par Bourneville et Bricon, aux bureaux du Progrès médical, Paris, prix . . . . . 2 fr. 50.

*Humeurs normales et morbides de l'appareil génital de la femme*, par le Dr Ménière (d'Angers), chez Doïn, Paris.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : Rétentions du placenta, par le Dr François Hue. — *Revue thérapeutique* : L'antipyrine, par le Dr Gendron. — *Recueil de faits* : Empoisonnement par l'acide oxalique, par M. Jaugey. — *Variétés* : Le monument de Daviel. — *Correspondance*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### Rétentions du placenta

PAR LE Dr FRANÇOIS HUE,

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Rouen.

---

Fort redoutée autrefois des accoucheurs, la rétention du placenta, malgré les méthodes nouvelles qui nous permettent d'en pallier et même d'en écarter les accidents, n'en reste pas moins une complication très embarrassante de la délivrance. Deux observations, qu'il nous a été permis de recueillir récemment, nous ont semblé assez pleines d'enseignements pour être dignes d'être publiées. La première a trait à une rétention après un avortement; l'autre après un accouchement prématuré que l'on peut, dans ce cas particulier, considérer comme un accouchement à terme.

La différence dans la marche des symptômes, qui a existé dans ces deux cas et qui semble constante, s'accompagne nécessairement d'une différence dans la thérapeutique. Si bien que l'on pourrait scinder en deux le chapitre des rétentions du placenta, selon qu'elles se produisent : 1° après l'avortement; 2° après l'accouchement.

1° On sait que pendant les premiers mois de la gestation, surtout pendant le 3<sup>e</sup> et le 4<sup>e</sup>, époque à laquelle se produisent souvent les fausses couches, le volume du placenta est deux ou trois fois plus considérable que celui du fœtus. Aussi Paul Dubois a-t-il pu dire avec une grande vérité : « La femme qui avorte n'accouche que d'un placenta. » Il en résulte que si, à cette

époque, la sortie du fœtus ne présente aucune difficulté, celle du placenta est plus pénible, partant plus de conditions se trouvent réunies pour faciliter la rétention. Au 5<sup>e</sup> mois les rapports entre les volumes du fœtus et du placenta, bien que déjà modifiés, rappellent cependant encore beaucoup ceux qui existaient au 3<sup>e</sup> et au 4<sup>e</sup> mois. Ces rapports nous ont semblé pouvoir être invoqués dans la pathogénie de la rétention qui fait l'objet de l'observation suivante :

OBSERVATION I. — L. Léonie, 24 ans, journalière, est apportée à la maternité de l'Hospice-Général de Rouen, le 17 juillet 1884.

Le jour même de son entrée, nous raconte-t-elle, elle a été prise de douleurs vives du bas-ventre qui se sont terminées au bout de deux heures par la sortie facile d'un fœtus de cinq mois environ. Une sage-femme appelée en toute hâte l'aurait assistée alors et, après avoir vainement tenté la délivrance, lui aurait conseillé d'entrer à l'hôpital.

Le lendemain, à la visite, en examinant cette femme qui est de bonne santé habituelle et en est à sa première grossesse, nous constatons que le cordon pend à la vulve et qu'il existe un très léger écoulement sanguin. Au toucher, on sent parfaitement le col de l'utérus entr'ouvert, donnant passage au cordon et permettant tout au plus l'introduction de l'extrémité de l'index. L'orifice interne du col est plus rigide que l'externe; on ne sent pas le placenta.

La femme est inquiète et nie toute administration intempestive de seigle ergoté. La température est à 38°. Nous pratiquons séance tenante une injection intra-utérine de un litre de liqueur de Van Swieten qui ressort légèrement teintée de sang.

L'introduction de la canule en gomme jusque dans l'utérus présente une certaine difficulté due à l'étroitesse du col.

Dans la journée, toutes les deux heures, on injecte dans le vagin un litre de la solution de sublimé. Les jours suivants le traitement reste le même : injection intra-utérine le matin, injections vaginales dans la journée. La température ne monte pas au-dessus de 38°, l'état général est satisfaisant, la malade reprend confiance et s'alimente suffisamment. Le 8<sup>e</sup> jour elle se plaint de souffrir des gencives et nous constatons une stomatite mercurielle qui nous oblige à remplacer la solution de Van Swieten par une solution d'acide phénique au 1/100. On cesse en même temps les injections intra-utérines et les injections vaginales ne sont plus pratiquées que toutes les quatre heures.

Le 12<sup>e</sup> jour, dans la soirée, la malade est prise de quelques douleurs avec suintement sanguin. La sage-femme en chef, appelée aussitôt, constate une dilatation du col suffisante pour aller chercher le placenta qu'elle amène entier au dehors sans trop de peine. Il n'offrait aucune mauvaise odeur notable. Les suites furent des plus simples et la malade quittait l'hôpital quelques jours après.

Dans ce cas la rétention du placenta nous paraît attribuable à

un spasme du col, au niveau de l'orifice interne où se trouve un anneau musculaire en tout semblable aux anneaux musculaires situés à l'abouchement des trompes dans l'utérus. Ce spasme a d'ailleurs dû être aidé par le volume du placenta relativement considérable par rapport à celui du fœtus.

Devons-nous attribuer l'absence de toute réaction fébrile et de toute complication septicémique aux lavages antiseptiques que nous avons pratiqués? Evidemment, on ne saurait trop dans des cas analogues recourir à ces précautions et se mettre à l'abri de la pénétration et du développement des germes nocibles. Cependant en compulsant les auteurs, on peut s'assurer que la rétention après l'avortement n'a pas été aussi constamment suivie d'accidents graves qu'après l'accouchement. Le délivre séjourne alors dans l'utérus en totalité ou en partie pendant plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois sans provoquer d'accidents. Le D<sup>r</sup> Rambaud, dans sa thèse (Paris 1883), cite un certain nombre de faits de ce genre des plus authentiques. On est tenté d'attribuer dans ces cas la longue conservation du placenta à ce qu'il ne s'est pas détaché au moment de l'avortement, mais a continué à rester en connexion intime avec les vaisseaux maternels, à vivre isolément. Il en résulte que ce placenta adhérent ne laisse dans l'utérus aucune plaie dangereuse. S'il n'y a pas infection, c'est qu'il n'y a aucune porte d'entrée pour l'infection.

De ces données cliniques découlent les principes à suivre en pareil cas. Il faut attendre tout d'abord et bien se garder d'une intervention manuelle qui ne pourrait qu'être nuisible. Cette expectation semble d'ailleurs d'autant moins dangereuse qu'on emploie avec plus grand soin les précautions antiseptiques. Il va de soi que les lavages intra-utérins devraient d'autant plus être renouvelés que le thermomètre accuserait une élévation de température inquiétante et que l'ensemble des symptômes annoncerait la putréfaction du délivre. Dans certains cas même, rares il est vrai, on aurait été obligé d'intervenir, pour hâter la délivrance, comme après l'accouchement.

2° Le second fait dont nous avons été témoin est différent du premier et comporte de tout autres considérations.

OBSERVATION II. — Il y a peu de semaines nous fûmes appelé avec un confrère près d'une jeune femme de 22 ans qui était accouchée depuis quelques heures et n'avait pu encore être délivrée. C'était sa troisième grossesse. La première s'était terminée à terme par la naissance d'un enfant qui était mort au bout de quelques jours sans que nous ayons trouvé trace de syphilis.

La seconde avait eu pour conclusion une fausse couche au 6<sup>e</sup> mois et celle-ci n'était qu'au début du 9<sup>e</sup> mois quand l'accouchement prématuré s'était produit. L'enfant était mort à sa naissance, le cordon pendait à la vulve, l'utérus remontait jusqu'à l'ombilic, et par le toucher on sentait le col contracté surtout à sa partie supérieure, sans qu'on eut administré l'ergot de seigle. A peine pouvait-on introduire la pulpe de l'index entre le cordon et les parois du col. Il existait de temps à autre des tranchées assez légères, le pouls était à 100, la température normale, mais la malade était anxieuse. L'écoulement sanguin était modéré. On parvenait à sentir par le toucher le placenta tombé sur le col; mais on ne pouvait songer à l'extraire par de simples tractions sur le cordon. Comme il n'y avait aucun danger immédiat du fait d'une hémorrhagie abondante, notre avis fut de patienter. Il nous fut assez facile d'introduire dans la cavité utérine une sonde en gomme n° 20 de la filière Charrière, par laquelle nous fîmes passer environ un litre de solution de Van Swieten à 40°, ainsi que le recommande M. Ribemont.

La solution revint teintée légèrement, entraînant quelques caillots formés dans le vagin. Une compresse imbibée de la solution recouvrit la vulve.

Le lendemain, deux injections semblables furent faites le matin et le soir sans que rien vint modifier l'état de la veille. Le troisième jour, au matin, la température atteignait 39° et le pouls 110; le spasme du col ne céda toujours pas. L'injection ne ramenait que quelques caillots insignifiants et il nous sembla que le doigt introduit jusqu'au placenta qu'il essayait vainement de dilacerer, ramenait une certaine odeur de putridité. Le soir de ce troisième jour le thermomètre accusait 39°,5. Il y avait eu dans l'après-midi quelques frissons et, malgré l'injection au sublimé, le doigt ayant pénétré jusqu'au placenta, gardait une insupportable odeur de macération anatomique. En même temps, il nous sembla que le col était plus mou et le spasme moins serré; néanmoins il était impossible de pénétrer dans l'utérus, d'autant plus que la malade, très indocile, tolérait à grand peine l'introduction du doigt même dans le vagin. Nous avions prévenu que si les choses restaient en l'état, il nous faudrait intervenir très activement dès le lendemain et chloroformer la malade, quand trois heures après on vint nous avertir que la délivrance était faite. Le délivre avait été en effet rendu en entier, mais possédait une odeur de putréfaction tellement forte qu'il fallut l'éloigner au plus vite. Comme la malade se plaignait de sensibilité des gencives, nous fîmes un grand lavage intra-utérin au moyen d'une solution chaude de sulfate de cuivre au 1/100. Le lendemain la fièvre bien que moindre existait encore, et la température oscilla ainsi entre 38° et 39° pendant près de quinze jours pour redevenir normale ensuite.

Dans cette observation comme dans celles qu'a publiées le D<sup>r</sup> C. Betty (*Gazette des Hôp.*, août 1884), il s'agissait bien d'un spasme du col ayant une durée anormale dont nous n'avons pu retrouver la cause. Si nous avons eu affaire à une simple adhérence anormale du placenta, soit par liens fibreux multiples, soit par insertion vicieuse sur une des faces et sur un des bords, ainsi

que l'explique le D<sup>r</sup> Rambaud, nous aurions rencontré un orifice du col largement ouvert. Il est indiqué, on le sait, d'aller avec la main chercher le délivre lorsque l'accouchement est terminé depuis deux heures au plus ou lorsqu'une hémorrhagie abondante met en danger la vie de l'accouchée. Tel n'était pas notre cas et au début, pendant les deux premiers jours, aucun symptôme grave ne nous invitait à agir vite.

Après l'accouchement, la putréfaction rapide du délivre retenu semble la règle, contrairement à ce qui se passe après l'avortement, et l'on voit que dans notre observation les injections intra-utérines n'en avaient pas mis à l'abri. Nous faisons d'ailleurs des réserves à leur sujet.

Les causes de cette putréfaction rapide sont évidemment multiples : M. Ribemont insiste sur la pénétration dans les parties maternelles de l'air chargé de germes. On peut encore admettre l'infection par l'intermédiaire du cordon, par le toucher antérieur à l'accouchement ou même par les germes que contiendrait le sang qui s'épanche dans l'utérus. Nous nous demandons, d'un autre côté, si des injections mieux faites et plus répétées n'auraient pas empêché cette altération du placenta. Nous doutons fort, en effet, qu'une sonde d'homme suffise dans ces cas quoi qu'en disent quelques auteurs. Nous sommes fortement portés à partager l'avis de M. Ribemont (Thèse de Bonnet, Paris 1884), qui conseille la sonde à double courant de Stolz ou mieux, des canules en verre dont l'extrémité est percée de nombreux trous et par laquelle on fait passer, toutes les deux heures, deux litres au moins de la solution de sublimé. Les canules vaginales en gomme ordinaire seraient aussi très utiles dans les cas où on pourrait arriver à les introduire dans l'utérus, ce qui nous a été impossible. Quoi qu'il en soit, nous croyons que le mode opératoire joue dans ces cas, comme dans tout le reste de l'antisepsie, un rôle considérable, et nous renvoyons pour ce sujet à la thèse du D<sup>r</sup> Bar.

L'emploi des antiseptiques, on le voit, n'exclut pas tout autre intervention. Au moindre signe de putréfaction, lorsque l'élévation de la température fait craindre la résorption putride, il sera utile de faire usage de la curette du professeur Pajot ou même d'anesthésier la malade avec le chloroforme, jusqu'à ce que la résolution gagne les muscles à fibres lisses et permette l'introduction de la main dans l'utérus. C'est qu'en effet, on se trouve alors en présence et d'un placenta séparé physiologiquement de l'organisme maternel, et d'une vaste plaie cavitaire aussi apte que

possible à la contamination par les matériaux putrides. Dans les deux faits que nous relatons on remarquera, sans doute, les inconvénients du sublimé qui nous a donné deux cas de gingivite mercurielle, le second fort léger d'ailleurs. Ces inconvénients, signalés par un assez grand nombre d'auteurs dans la thérapeutique utérine, tiennent certainement à l'étendue considérable de la surface utéro-placentaire mise à nu. Ils sont d'ailleurs tellement minimes qu'on ne saurait un seul instant les mettre en opposition avec les bienfaits de l'antisepsie. Nous ne faisons que répéter ainsi l'opinion des accoucheurs les plus compétents qui préfèrent le sublimé à toutes les autres substances qu'on peut être momentanément forcé de lui substituer.

---

## REVUE THÉRAPEUTIQUE

---

### L'Antipyrine

---

La médication antipyrétique a été, depuis peu, enrichie par la découverte de plusieurs substances (kairine, antipyrine, thalline) dont les propriétés modératrices, à l'égard des hautes températures morbides, sont des plus remarquables. Elles dérivent toutes d'un même produit, la chinoline; mais les études comparatives nous indiquent déjà que, malgré cette communauté d'origine et d'effets, elles ne formeront pas en thérapeutique un groupe de médicaments absolument succédanés. Il serait assurément utile de déterminer le rôle spécial qui échoit à chacun de ces agents dans la médication antipyrétique, cette tentative serait prématurée; aussi m'en tiendrai-je aujourd'hui à l'étude de celui d'entre eux qui est le mieux connu, le plus employé et déjà classé au premier rang. Ce qui donne quelque prix à la faveur dont jouit l'antipyrine, c'est qu'elle est presque exclusivement basée sur les résultats de très nombreuses observations cliniques et que, à quelque source que nous les empruntons, ces résultats concordent sur le point essentiel.

L'antipyrine est une poudre blanchâtre, d'une saveur amère, facile à masquer par l'association à une substance aromatique. Elle est très soluble dans l'eau et l'alcool, elle se dissout dans trois fois son poids d'eau froide et dans la moitié de son poids d'eau chaude, sans que la solution laisse rien déposer en se refroidissant.

Chez les adultes, la dose quotidienne qu'il convient de prendre dans la généralité des cas est de quatre à six grammes; pourtant, dans certaines circonstances spéciales que je signalerai, la dose doit être moins élevée. Chez les enfants, vers l'âge de dix ans, il ne faut pas dépasser la dose de deux grammes, ni celle de un gramme à l'âge de cinq ans. D'ailleurs, il y a ici, comme pour toutes les actions médicamenteuses, des susceptibilités individuelles dont il sera d'autant plus aisé de tenir compte, que l'antipyrine doit être administrée à doses fractionnées.

Le médicament est facile à faire absorber par la voie stomacale, incorporé dans une potion aromatisée. En cas d'intolérance on peut recourir à la voie rectale, avec une dose double. La grande solubilité de l'antipyrine a permis de l'employer en injection hypodermique, mais les solutions concentrées provoquent souvent de vives douleurs; en cas de force majeure on pourra cependant se servir d'une solution à parties égales, en se rappelant qu'après l'administration par la voie sous-cutanée, les effets sont beaucoup plus intenses et plus rapides, et qu'il suffit alors d'administrer une dose de un gramme cinquante à deux grammes.

A cause de la rapidité des effets antithermiques de l'antipyrine, on la prend habituellement dans l'après-midi, au moment du retour ou de la recrudescence de la fièvre. La dose quotidienne doit être absorbée par fractions, d'heure en heure, il suffit ordinairement de la diviser en trois prises, dont on réduira la dernière suivant les indications que fournira l'état du malade. L'usage peut en être prolongé longtemps, sans que, ordinairement, il s'établisse une accoutumance.

L'abaissement de la température survient très promptement; une heure après l'administration de la première prise il est déjà d'un demi-degré, et trois ou quatre heures après, si la médication a été faite suivant les règles, il atteint son maximum qui peut dépasser deux et trois degrés. Cette défervescence thermique se maintient pendant plusieurs heures, après la dernière injection médicamenteuse, et la température ne se relève que lentement; elle s'accompagne de sudation, parfois les sueurs ont été très abondantes, on peut alors les modérer en associant l'atropine à l'antipyrine à la dose de un milligramme pour un adulte.

Le pouls ne donne pas très exactement la mesure de l'action antipyrétique, il n'est pas ralenti proportionnellement à l'abaissement de la température.

L'antipyrine s'élimine par les reins; trois heures après la pre-

mière ingestion on la retrouve dans l'urine et l'élimination en est achevée au bout de trente-six heures. Sa présence peut y être décelée par une réaction très facile à marquer à l'aide du perchlorure de fer qui détermine une coloration rouge capucine de l'urine.

Je signalerai tout à l'avantage de l'antipyrine que l'analyse spectrale a montré que le sang n'était pas altéré comme à la suite de l'absorption de la kairine et de la thalline ; ces dernières substances ont la propriété de réduire l'hémoglobine et de diminuer ainsi le pouvoir respiratoire du sang. C'est sans doute par ce mécanisme qu'elles agissent sur la calorification, mais ce mode d'action en exclut très naturellement l'usage prolongé dans toutes les maladies où les phénomènes d'hématose sont déjà insuffisants, comme dans bon nombre de maladies infectieuses ou dans les cas de lésions pulmonaires étendues.

En résumé, l'antipyrine est un médicament antithermique puissant, capable, lorsqu'il est convenablement administré, d'abaisser rapidement de plusieurs degrés une température élevée, et de prolonger son influence pendant un certain temps après l'ingestion ; son action est à la fois énergique, rapide et persistante. A ce titre, il doit trouver place dans la thérapeutique ; mais, ainsi qu'il en est pour tous les autres médicaments, indépendamment de l'effet principal et utile il produit en pénétrant dans l'organisme des effets secondaires, latéraux, qu'on ne saurait négliger, parce qu'ils peuvent être une source de contre-indications.

Les effets de l'antipyrine ne sont pas constants. J'ai déjà parlé des sueurs qui accompagnent la défervescence thermique, elles peuvent être assez abondantes pour devenir une cause de déperdition organique qu'il faudra éviter surtout chez certains malades. — L'antipyrine a des effets dépressifs en général assez modérés pour n'avoir d'inconvénients que chez les sujets très débilités ou en état de prostration ; dans ces dernières circonstances, il convient d'apporter plus d'attention au dosage et à l'administration du médicament. — On a fréquemment observé du côté de la peau un exanthème rubéolique, il est fugace et sans gravité. — Certains malades supportent mal l'antipyrine, chez eux elle provoque des nausées, des vomissements, ils peuvent même accuser une réelle intolérance ; c'est alors qu'on peut recourir à la voie hypodermique.

Les nouvelles ressources acquises à la médication antipyrétique ne doivent pas avoir pour conséquence d'en multiplier l'usage. Quelques cliniciens ont prétendu, avec raison, qu'on exagérerait

les dangers de l'hyperthermie, et qu'on accordait à la fièvre dans les maladies une importance qui souvent faussait l'intervention thérapeutique. On ne saurait, en effet, oublier qu'en combattant la fièvre à l'aide de médicaments antithermiques, on n'exerce aucune influence sur la marche même de la maladie qui continue à évoluer avec une température moins élevée. C'est ce qui a été bien établi pour l'antipyrine, et particulièrement dans la fièvre intermittente sur laquelle elle n'a aucune prise.

La médication n'a vraiment sa raison d'être que lorsque la fièvre devient une réelle complication. C'est dans cette circonstance qu'il en faut chercher l'indication générale. L'exagération prolongée, ou la simple continuité d'une température fébrile, sont de nature à aggraver la marche d'une maladie, et réalisent ainsi cette indication.

Il résulte de là que l'emploi de l'antipyrine n'est spécialement indiqué dans aucune maladie, si ce n'est dans celles où les manifestations fébriles nécessitent par elles-mêmes une intervention.

Je ne passerai pas en revue tous les cas dans lesquels on a fait l'essai, sans que le succès fût toujours constant; je me bornerai seulement, en finissant, à signaler ceux où le médicament pourra être prescrit avec le plus d'avantage.

La température dans la fièvre typhoïde peut être maintenue à un degré peu élevé avec les doses que j'ai indiquées précédemment. L'état de prostration du malade, parfois sa susceptibilité à l'action du médicament doivent toujours attirer l'attention.

La fièvre de la pneumonie est aussi modérée par l'antipyrine, dont on peut tirer profit dans les cas où elle vient à créer une indication thérapeutique spéciale.

Ce sont surtout les manifestations fébriles de la phtisie qu'on a cherché à combattre par l'antipyrine. Elles cèdent facilement à l'action du médicament et avec elles tout le cortège des troubles qui en dépendent, tels que l'inappétence, l'insomnie, etc. La prédisposition des phtisiques à la transpiration, leur moindre résistance à toute action dépressive en rendent pourtant le maniement plus délicat. D'ailleurs, chez eux, de faibles doses suffisent pour supprimer la fièvre; on ne dépassera celle de un gramme administrée en plusieurs prises, qu'autant que les malades pourront en absorber une plus grande quantité, sans provoquer des sueurs qui contribueraient à les affaiblir.

GENDRON.

## RECUEIL DE FAITS

## Un cas d'empoisonnement par l'acide oxalique,

PAR M. JUGEY,

Interne des Hôpitaux de Rouen.

La nommée Florestine C..., lingère, âgée de 21 ans, est entrée le 7 novembre 1885 dans le service de M. Leudet, à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Couchée au lit n° 36 de la salle Sainte-Marthe, elle raconte très clairement avoir absorbé volontairement, le matin à neuf heures et demie, à la suite d'une querelle avec son amant, la moitié du contenu d'un verre d'eau, 150 grammes environ, dans lequel elle avait fait dissoudre pour 20 centimes d'acide oxalique (environ 40 grammes). La dose de toxique absorbée peut être évaluée à 15 grammes à peu près.

Inimmédiatement après l'ingestion du poison, elle fut prise de vomissements violents et liquides ; elle n'avait rien mangé le matin. Les vomissements deviennent bientôt sanguinolents, et ils le sont encore à l'entrée. C... se plaint d'une sensation de brûlure vive à la gorge et à l'épigastre, qui est sensible à la pression. L'abdomen est très douloureux et météorisé. La malade est dans une prostration générale, mais l'intelligence est parfaite.

Les membres inférieurs sont froids et engourdis, avec fourmillements intenses. Les mains et les avant-bras sont cyanosés avec teinte ardoisée des extrémités digitales et des ongles. Cyanose légère de la face.

Température à midi. . . . .	34°,8
Pouls carotidien . . . . .	44
Respiration. . . . .	28

Le pouls radial est insensible et les battements du cœur sont très faibles.

*Traitement.* — Craie et magnésie délayées dans de l'eau. Potion de Todd pour vaincre la prostration. Draps chauds.

Les vomissements continuent, mais plus rares. Diarrhée très intense. Dyspnée. — Le malade se réchauffe un peu vers une heure. T. 35°,3. — P. 48.

Les douleurs dans les membres inférieurs deviennent plus vives et arrachent quelques cris à la malade.

A trois heures, la cyanose des extrémités a presque disparu et la température est remouée à 36°. La prostration est moindre.

Ce mieux n'est que momentané. C... retombe vivement dans le coma. La température s'abaisse de nouveau, malgré les draps chauds et les excitants. — (Potion de Todd avec 4 grammes d'esprit de ménécrésus). — T. à neuf heures et demie, 34°,3. — P. 44.

La dyspnée, le météorisme abdominal, les douleurs dans les membres inférieurs augmentent ; l'intelligence cependant reste parfaite, et la malade meurt

à une heure du matin, c'est-à-dire quinze heures et demie après l'absorption du liquide toxique, après avoir présenté quelques rares contractions spasmodiques des membres.

À l'autopsie nous trouvons :

Dans la cavité buccale et le long de l'œsophage, à peine un peu de teinte blanchâtre de la muqueuse.

L'estomac contient environ un verre d'un liquide brunâtre, gélatineux. La muqueuse est partout intacte, excepté au voisinage du cardia et le long de la petite courbure, où l'on voit quelques glandules enflammées sous forme de points blanchâtres.

Il n'en est pas de même pour la cavité abdominale. Nous remarquons un météorisme considérable, et une teinte rose vive de tout l'intestin. La muqueuse ne présente aucune ecchymose; mais les glandes de Brünner, les follicules, etc., sont considérablement développés et se présentent sous formes de granulations blanchâtres. Les plaques de Peyer sont très saillantes. Il n'y a aucun follicule rompu, ni ulcération, ni stagnation veineuse dans l'intestin.

Le foie congestionné dans toute son étendue présente à la surface, sur sa face externe, quelques taches blanchâtres qui se continuent dans la profondeur du parenchyme de l'organe.

Au microscope, sur une coupe du foie faite à un de ces endroits, on constate que les cellules hépatiques en voie de destruction contiennent, les unes de petites granulations, les autres des globules graisseux. — Cette lésion ressemble à celle que subit le foie dans l'empoisonnement par le phosphore.

La rate est également congestionnée. Les poumons le sont fortement aussi aux deux bases.

Le cœur contient un caillot dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire. Le sang veineux est rouge violacé. Les reins ne présentent aucune lésion macroscopique.

Nous avons recherché à l'aide des réactifs ordinaires (eau de chaux, ammoniac, acétate de plomb et acide sulfhydrique), la présence du toxique dans tous les organes. Nous avons retrouvé l'acide à l'état de liberté dans l'estomac et l'intestin; mais aucune trace dans le foie, les reins, l'urine et le sang veineux recueilli dans les veines cave inférieure et porte, et le sang artériel pris dans le cœur et l'aorte.

Plusieurs choses nous paraissent dignes de remarque dans ce cas d'empoisonnement par l'acide oxalique.

D'abord, l'abaissement considérable de la température et le ralentissement du pouls. Un refroidissement tel ne se retrouve guère que dans la période algide du choléra; seulement, dans cette dernière maladie le pouls n'est pas ralenti. — Chez notre malade, nous avons constaté, comme cela arrive dans le choléra, des vomissements et une diarrhée intenses, des troubles nerveux et un état particulier du sang. — De plus, les lésions intestinales que nous avons constatées et celles que l'on trouve dans le choléra, ont beaucoup d'analogie. Nous avons, en effet, la teinte

rose de l'intestin, la psorentérie, c'est-à-dire le développement à sa surface interne de corpuscules blancs ou rosés qui siègent dans les glandes et les follicules de l'intestin et de plus le développement assez considérable des plaques de Peyer, qui sont saillantes et un peu molles. — La turgescence vasculaire, l'extravasation sanguine dans le tissu cellulaire et à la surface de la muqueuse, les ecchymoses que l'on trouve souvent dans le choléra, manquent ici. — Néanmoins il y a une grande ressemblance de phénomènes morbides et de lésions entre le choléra et notre cas d'empoisonnement par l'acide oxalique.

Un autre empoisonnement a également de la ressemblance avec le cas qui nous occupe : c'est celui par le colchique.

Il est encore à remarquer que, contrairement à ce qui a été le plus souvent observé dans les empoisonnements par l'acide oxalique, les lésions principales, au lieu de siéger dans l'œsophage et l'estomac, sont presque exclusivement dans l'intestin. Ce que nous pouvons expliquer ainsi : lorsque le liquide toxique a pénétré dans l'estomac, celui-ci s'est contracté brusquement ; une partie du liquide a été vomie immédiatement, l'autre est passée dans l'intestin sans séjourner dans l'estomac. On sait que, suivant la théorie de Küss, la contraction des fibres longitudinales, dites *cravate de Suisse*, formerait une gouttière supérieure pour le passage direct des liquides de l'œsophage dans le duodénum.

D'après Rabuteau, l'empoisonnement par l'acide oxalique se rapprocherait beaucoup de celui-ci par l'oxyde de carbone, ce qui pourrait s'expliquer par une décomposition de l'acide oxalique en oxyde de carbone et acide carbonique. N'ayant pas retrouvé, par les réactifs chimiques, de trace d'acide dans le sang, nous avons soumis celui-ci à l'analyse spectrale. Le sang recueilli dans la veine cave inférieure nous donne nettement les deux bandes d'absorption du sang normal, entre les lignes D et E. — Nous faisons agir sur le sang un agent réducteur (solution ammoniacale d'acide tartrique et de sulfate de protoxyde de fer), ainsi que sur du sang normal pour établir la comparaison.

Si le sang contient de l'oxyde de carbone, la bande d'absorption de Sotkes ne doit pas se produire. Or, dans notre expérience, cette bande s'est produite, mais, croyons-nous, plus lentement et plus imparfaitement.

Nous devons ajouter que cette analyse n'a été faite que onze jours après la mort ; le sang a pu subir une altération pendant ce temps, ou peut-être encore n'était-il que partiellement oxycarboné.

---

## VARIÉTÉS

---

### Le monument de Daviel

---

Le dimanche 22 novembre, la Société libre d'Agriculture, Sciences, Belles-Lettres et Arts de l'Eure (section de Bernay) a tenu, à Bernay, sa séance publique solennelle.

M. le Dr Gauran y a lu sur Daviel une intéressante communication, dont nous ne pouvons reproduire que de trop courts extraits :

Jacques Daviel, né à La Barre, d'ocèse d'Evreux, en 1696, vint d'abord étudier la chirurgie à Rouen, puis à Paris, qu'il quitta en 1719 pour aller porter les secours de son art aux Marseillais décimés par la peste. Les services qu'il rendit dans cette ville furent sans doute des plus signalés, puisqu'après l'épidémie, il fut agrégé au collège des Chirurgiens et nommé chirurgien-major d'une galère. C'est dans cette dernière fonction qu'il eut l'occasion de connaître un homme qui eut sur son avenir une influence considérable. M. de Joyeuse, médecin en chef des galères, se prit pour Daviel d'une amitié qui ne fléchit jamais, et c'est grâce à ce puissant protecteur qu'il lui fut permis de se livrer dans les hôpitaux de Marseille à son goût particulier pour les recherches anatomiques.

L'autorité qu'il acquit dans cette partie des sciences médicales le fit désigner par les maîtres de sa corporation pour enseigner l'anatomie et la chirurgie. Pendant vingt années, il occupa remarquablement ces deux chaires, produisant en même temps de nombreux travaux..... C'est, en effet, le scalpel à la main qu'il rechercha sur des centaines de cadavres tout ce qui a rapport à la structure et aux fonctions des nombreux organes qui entrent dans la composition si compliquée de l'appareil de la vision. Avec Daviel l'ophtalmologie entre pour la première fois dans une véritable voie scientifique, qu'elle a si glorieusement parcourue depuis, et prend définitivement dans l'art chirurgical une place spéciale bien justifiée.....

Porté par sa haute renommée, Daviel vint en 1716 se fixer à Paris, ayant déjà en germe dans son esprit la grande découverte qui devait être l'événement chirurgical du siècle.

Il s'était surtout attaché à l'étude de la cataracte, affection fréquente dans le décours de la vie, et c'est à propos de cette infirmité qu'il avait fait un si

grand nombre de recherches, qu'au dire de M. de Joyeuse, tous les cadavres des hôpitaux de Marseille n'y pouvaient suffire. . . .

Bien convaincu de l'irréremédiable imperfectibilité des procédés qu'il employait, Daviel commença, dès 1747, un an après son arrivée à Paris, à expérimenter la méthode qu'il avait déjà conçue : d'extraire la lentille hors de l'œil. Pendant trois années consécutives, il continua ses essais et enfin, en 1750, rejetant définitivement l'abaissement, il n'opéra plus que par extraction.

En 1752, il avait fait ainsi 206 opérations dont 182 suivies de succès.

Sa réputation devint bientôt européenne. En 1754, appelé en Espagne, le roi Ferdinand VI voulut l'attacher à sa personne. Il refusa par amour pour son pays les offres brillantes de ce souverain. Il ne cessa depuis ce moment de parcourir l'Europe et les provinces de France, répandant partout et sur tous les bienfaits de sa nouvelle découverte, car son désintéressement égalait son génie.

Daviel n'échappa pas au sort qui attend presque tous les novateurs. La supériorité de son procédé fut d'abord mise en doute, plus tard la priorité lui en fut contestée. Nous ne saurions dire s'il en fut bien ému; en tout cas il eut, nous le savons, pour s'en dédommager, l'estime et l'amitié de tout ce que la France et l'Europe comptaient alors de savants illustres et les suffrages de ses collègues de l'Académie de Chirurgie.

Daviel n'eut pas la joie d'assister au triomphe complet de son idée; atteint déjà de la maladie qui devait l'emporter lorsqu'il vint faire l'exposé de sa méthode devant l'Académie royale de Chirurgie, il alla peu après à Genève se confier aux soins du célèbre Tronchin. C'est dans cette ville qu'il mourut le 30 septembre de l'année 1762, avec le regret sans doute de n'avoir pu mettre la dernière main à un traité complet des maladies des yeux, qui, d'ailleurs, ne nous est jamais parvenu. Perte bien regrettable quand on songe que cet ouvrage était le fruit d'une si grande expérience. . . .

L'assemblée a émis ensuite, sur la proposition de son président, le vote suivant :

« La section de Bernay, après avoir entendu l'éloge de Jacques Daviel prononcé par M. le D<sup>r</sup> Gauran, décide qu'un monument sera élevé à la Barre, avec le concours de la municipalité, pour perpétuer parmi ses compatriotes le souvenir de ce bienfaiteur de l'humanité. »

Une commission provisoire a été nommée pour composer le Comité destiné à recueillir les souscriptions, et que nous ferons connaître plus tard à nos lecteurs.

---

## CORRESPONDANCE

---

Nous recevons de M, le D<sup>r</sup> Roger, du Havre, une intéressante lettre sur l'excellent résultat donné chez une femme de 96 ans par l'*appareil à extension continue* de Tillaux. Nous remercions notre confrère, qui connaît bien l'appareil et sait l'appliquer.

A. CERNÉ.

---

---

## NOUVELLES

---

— **Conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure.** — Nous relevons dans le procès-verbal de la séance de novembre une communication de M. Philippe, vétérinaire, à propos des inoculations préservatrices faites à Saint-Martin-le-Gaillard sur une série d'animaux qui avaient été mordus par un chien atteint de rage confirmée. C'était la première fois que cette opération était tentée, en dehors du laboratoire de M. Pasteur, sur des animaux en imminence de rage.

Les inoculations furent commencées six jours après les morsures : sur quatre chiens mordus, deux furent vaccinés et deux furent gardés comme témoins ; sur cinq vaches mordues, trois furent vaccinées et deux furent gardées comme témoins ; deux veaux furent vaccinés.

Cette nouvelle expérience offre un haut intérêt, les résultats qu'elle fournira contribueront à nous fixer sur la valeur pratique de l'inoculation préservatrice.

— Par arrêté en date du 4 décembre, M. le D<sup>r</sup> Vallin a été nommé, ainsi que nous l'avions annoncé, à la direction du service de santé du 3<sup>e</sup> corps d'armée à Rouen.

— La municipalité du Havre a inauguré le 1<sup>er</sup> décembre un laboratoire d'analyses analogue à celui qui fonctionne à Rouen depuis près de deux ans.

— Sur la proposition de l'Académie de Médecine, le Ministre du commerce a décerné une médaille d'or à M. le D<sup>r</sup> Pennetier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rouen, « pour l'importance spéciale de ses travaux et pour l'organisation du service des épidémies dans la Seine-Inférieure. » (Arrêté du 9 décembre 1883.)

---

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	APP. PUEBP.	COQUELUCHE
<b>Rouen</b> (105,908 hab.)										
Du 22 au 28 novembre.	66	23		4					1	
Du 29 nov. au 5 décembre	69	16		3				1	2	
<b>Havre</b> (105,867 hab.)										
Du 22 au 28 novembre .	50	14				1	4			
Du 29 nov. au 5 décembre	50	13				1				2
<b>Elbeuf</b> (23,152 hab.)										
Du 22 au 28 novembre .	43	4								
Du 29 nov. au 5 décembre	41	2								
<b>Dieppe</b> (22,003 hab.)										
Du 22 au 28 novembre .	43	5				1				
Du 29 nov. au 5 décembre	42	3				1				
<b>Lisieux</b> (16,039 hab.)										
Du 21 au 28 novembre.	8	1								
Du 29 nov. au 5 décembre										

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 22 au 28 novembre :

*Rougeole*, 2 entrées; *érysipèle*, 2 entrées; *fièvre typhoïde*, 2 entrées; *diphtérie*, 2 entrées.

Du 29 novembre au 5 décembre : *rougeole*, 3 entrées, 1 décès; *variolo*, 2 entrées; *érysipèle*, 1 entrée; *diphtérie*, 3 entrées, 1 décès.

**Havre** (maladie transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 22 au 28 novembre :

*Variolo*, 6; *rougeole*, 1; *scarlatine*, 5; *érysipèle*, 2; *fièvre typhoïde*, 10; *diphtérie*, 1; *coqueluche*, 8.

Du 29 novembre au 5 décembre :

*Variolo*, 1; *rougeole*, 3; *scarlatine*, 5; *érysipèle*, 2; *fièvre typhoïde*, 5; *diphtérie*, 5; *coqueluche*, 7.

## Ouvrage reçu aux bureaux de la Normandie médicale :

*Manuel technique des autopsies*, par Pournelle et Bricon, à la librairie du Progrès médical, Paris, prix. . . . . 2 fr. 50.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

**AVIS. — Tous les Abonnements partent du 1<sup>er</sup> Janvier. Les Abonnés pour l'année 1886 recevront les numéros parus en 1885. La première table alphabétique des matières comprendra les 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> années du Journal.**

---

SOMMAIRE : *Clinique médicale* : De l'hydropéritonie et de l'ascite aux diverses périodes de la tuberculose, par le Dr Leudet. — *Bulletin* : De l'assistance médicale par les dispensaires. — *Recueil de faits* : Cas d'hémiplégie droite d'origine tuberculeuse, par le Dr Dufour. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## CLINIQUE MÉDICALE

### De l'hydropéritonie et de l'ascite aux diverses périodes de la tuberculose,

PAR E. LEUDET.

Associé national de l'Académie de médecine.

---

Tous les auteurs qui ont écrit sur la tuberculose ont mentionné l'existence d'épanchements séreux dans la cavité du péritoine, comme survenant surtout dans le cours de la tuberculose de la séreuse abdominale, ou dans la période cachectique à une époque plus ou moins rapprochée de la terminaison mortelle de la maladie. Développée dans ces circonstances, l'ascite ne constitue qu'un phénomène transitoire sans importance majeure, dans la péritonite tuberculeuse, ou un accident de cachexie, qui n'ajoute rien au diagnostic malheureusement trop facile à la fin de la maladie, et surtout sans grande valeur, puisqu'il ne donne lieu à aucune indication thérapeutique.

Je ne crois pas que ces deux conditions résument la pathogénie de l'ascite dans la tuberculose. Dans des circonstances assez rares, il est vrai, l'épanchement séreux survient à une époque beaucoup moins avancée de la tuberculose; il devance même l'expression pulmonaire de la maladie. L'ascite s'offre alors aux yeux de l'observateur comme le symptôme dominant, et a pu être rangée dans le cadre provisoire des ascites essentielles par quelques pathologistes. Ces ascites, sans accompagnement d'accidents graves, n'avaient pas échappé à l'attention d'Empis : « La sérosité, dit-il (*Granulie*, p. 76, 1865), est ordinairement sécrétée en très

petite quantité dans l'espèce d'inflammation qui nous occupe (péritonite granulique). Elle ne s'observe guère que dans les cas où la maladie est le moins généralisée et marche avec le moins d'acuité. Il ne faut pas confondre ce qui succède assez souvent à l'inflammation granulique, avec ce qui lui appartient en propre. Or, l'hydropisie péritonéale est très rare pendant l'acuité de l'inflammation granulique... » et ailleurs (*ibid.* 197), « chez des individus qui sont en puissance de tuberculisation, il arrive souvent que l'épanchement prend des proportions considérables. » Besnier (*Dict. encyclop. des Sc. méd.*, v. VI, p. 456, art. ascite), professe une autre opinion. Il s'exprime ainsi à cet égard : « L'ascite n'appartient pas non plus en propre à la péritonite granulique d'Empis, puisque celle-ci ne s'accompagne que rarement d'épanchement et jamais d'épanchement abondant, ni même à la péritonite tuberculeuse proprement dite. »

Je partage complètement l'opinion émise par Besnier et Empis ; l'ascite n'appartient pas en propre à la tuberculose du péritoine, pas plus qu'à la phlegmasie chronique tuberculeuse de cette séreuse ; cependant on la rencontre quelquefois, mais sans inflammation, sans dépôt tuberculeux considérable. Comme le dit Empis, il y a sous ce rapport une différence remarquable entre les épanchements séreux de l'hydrothorax, très fréquents dans la dyscrasie tuberculeuse, et ceux du péritoine qui sont au contraire très rares.

J'ai eu l'occasion de suivre pendant dix ans une jeune fille dont l'ascite aurait pu être rangée dans le cadre des hydropisies essentielles. Survenue sans prodromes autres qu'un amaigrissement et une toux légère, l'épanchement dans la cavité du péritoine coïncidait avec un épanchement dans la plèvre droite. Les hydropisies locales étaient indépendantes des causes de production habituelles de ces collections : il n'y avait chez cette jeune fille ni albuminurie, ni lésion du cœur ou du foie. L'état général de la malade, par contre, était cachectique, au point que le médecin habituel de la malade croyait à une terminaison prochaine et fatale. Ce fait est tellement en dehors des données habituelles de la pathologie que je crois devoir le rapporter ici avec quelques détails.

OBSERVATION I. — *Ascite coïncidant avec un épanchement dans la plèvre droite. Tuberculisation pulmonaire latente. Guérison rapide de l'ascite et de l'épanchement dans la plèvre. Recrudescence de la tuberculisation pulmonaire au bout de 8 ans. Mort 9 ans après l'apparition de l'ascite.* — M<sup>lle</sup> X..., âgée de 14 ans, a toujours été maigre et pâle ; elle est élevée dans un pensionnat de Rouen. A 13 ans 1/2, M<sup>lle</sup> X... fut atteinte d'un rhume qui dura plusieurs semaines et dont elle se remit parfaitement. A

l'âge de 44 ans, le 15 février 1868, elle fut prise le lendemain d'une période menstruelle qui n'avait offert rien d'anormal dans son époque, sa quantité ou sa durée, de douleurs vives dans le ventre, occupant principalement l'hypochondre droit. A la suite de ces douleurs qui diminuèrent rapidement, le volume du ventre augmenta. Le médecin qui soignait la jeune malade constata l'existence d'un épanchement dans l'abdomen et prescrivit le séjour au lit. Le 15 mars 1868, je fus appelé à examiner cette jeune fille avec son médecin habituel; je trouvai l'abdomen volumineux, distendu par un épanchement qui occupait sa moitié inférieure et était parfaitement reconnaissable à une matité se déplaçant dans les changements de position, et à une fluctuation manifeste. Dans le 1/3 inférieur et postérieur du côté droit de la poitrine, on constatait une matité bien marquée, avec respiration bronchique profonde et égophonie. Respiration faible au sommet du poumon de ce côté. (Badigeonnages avec la teinture d'iode sur le ventre et le côté droit du thorax. Petites doses d'iodure de potassium).

Dans le courant du mois de mars 1868, l'amélioration, dans l'état de la jeune malade, fut progressive et constante. Le ventre reprit au commencement d'avril son volume presque normal.

Le 28 avril 1868, M<sup>lle</sup> X... vint me consulter chez moi; je ne trouvai plus d'épanchement dans la cavité péritonéale; empâtement dans la partie supérieure du ventre, principalement le long du colon transverse. Il n'existe, du reste, aucune tumeur dans la cavité de l'abdomen. Dans la moitié inférieure de la plèvre droite, la respiration est plus faible qu'ailleurs; la sonorité dans ce point est moins développée, murmure respiratoire affaibli dans la fosse susépineuse droite. Aucun signe morbide du côté du cœur. La jeune malade est restée un peu faible et pâle, sans dyspnée ni toux; l'appétit est bon. (Continuer l'iodure de potassium et les badigeonnages de teinture d'iode).

J'ai revu de nouveau M<sup>lle</sup> X... le 17 juin 1868. L'amélioration a progressé; l'embonpoint est revenu; les menstrues qui avaient manqué depuis le 28 février 1868 sont revenues le 7 juin; elles ont eu leur durée et leur abondance ordinaires. Les urines sont comme toujours, depuis le début de la maladie, parfaitement normales et n'ont jamais contenu d'albunine. On retrouve à peine les traces d'un ancien épanchement à la base droite de la plèvre droite; le murmure respiratoire est un peu affaibli dans ce point, comme dans la fosse susépineuse droite où la paroi thoracique semble un peu moins élastique, et le son moins clair que du côté opposé. M<sup>lle</sup> X... trouve, comme ses parents, que son rétablissement est complet.

La santé reste bonne de 1869 à 1875. M<sup>lle</sup> X... remplit dans une maison de commerce les fonctions assez pénibles de demoiselle de magasin; elle reste la plus grande partie de la journée debout et n'éprouve aucune douleur de ventre.

Dans l'automne 1876, M<sup>lle</sup> X... éprouve une rechute: toux, affaiblissement général, dyspnée. On constate une expiration prolongée manifeste au sommet du poumon gauche. La respiration est faible dans la fosse susépineuse gauche.

En octobre 1876, la voix devient couverte et éteinte; persistance de la toux, amaigrissement progressif.

Dans les premiers mois de 1877, l'amaigrissement fait des progrès rapides; la voix est éteinte; dyspnée plus marquée. Respiration bronchique dans le 1/3 supérieur du poumon gauche avec quelques râles sous-crépitaux. A droite, la respiration est faible; les râles sont moins nombreux qu'à gauche.

Affaiblissement progressif dans l'été 1877; sueurs nocturnes, diarrhée. M<sup>lle</sup> X..., succombe le 13 novembre 1877.

Pendant toute cette période de recrudescence, M<sup>lle</sup> X... n'a accusé aucune douleur abdominale, la palpation du ventre n'a fait découvrir aucune récidive de l'ascite ou d'un épanchement dans les plèvres.

Les traits principaux de ce fait sont le début cachectique, l'affaiblissement général, le développement simultané de l'hydropisie dans les cavités séreuses, celle du péritoine et de la plèvre droite, la disparition assez rapide de ces hydropisies, le rétablissement de sa santé et l'absence de tout malaise grave pendant six ans, bien que les signes physiques indiquassent une lésion commençant au sommet de la poitrine; enfin, la recrudescence de la dyscrasie tuberculeuse sur le poumon, et la mort provoquée par les lésions pulmonaires, sans réapparition d'aucune lésion du péritoine.

Les épanchements dans les deux séreuses avaient les caractères d'une hydropisie, et cela jusqu'à la fin. Cet ordre de phénomènes est rare dans le péritoine, il est plus fréquent dans le thorax. Trousseau cite dans sa *Clinique médicale*, une observation fort démonstrative à cet égard, celle du jeune Thillaye, atteint au commencement d'une dyscrasie tuberculeuse, d'un hydrothorax guéri par une seule ponction. Ce malade succomba plusieurs mois plus tard des suites d'une méningite tuberculeuse. Dans un travail antérieur sur les épanchements abondants de la plèvre chez les tuberculeux (*Association française pour l'avancement des Sciences, congrès de Nantes*), j'ai insisté sur l'absence de tout travail inflammatoire, d'adhérences consécutives, dans quelques cas de ce genre. Ici, également, je constate l'absence de tout travail phlegmasique.

L'écllosion du produit tuberculeux, ont dit quelques auteurs, peut être précédé d'autres états morbides, d'anémie, de cachexie, et dans le cas particulier que j'envisage ici, ne pourrait-on pas attribuer cet ascite à ce cadre désigné sous le nom d'ascites des jeunes filles, par Cruveilhier, ou à ces ascites décrites comme si communes chez les enfants, par Wolff. A l'égard de ces faits cités comme si communs par Cruveilhier et Wolff, je ferai remarquer, comme Besnier, que depuis ces observateurs des faits analogues n'ont pas été constatés, et que par conséquent on doit rester incertain sur leur signification.

Dans le cas actuel, l'ascite est bien réellement la première grande manifestation de la dyscrasie tuberculeuse, elle lui appartient, car on n'observe jamais dans un cas d'anémie des hydropisies dans deux cavités séreuses, sans hydropisie du tissu cellulaire. Je n'ai pas besoin de répéter ce que j'ai dit de l'absence de lésion concomitante du cœur, du foie ou du rein.

Le fait de M<sup>lle</sup> X... n'appartient donc pas aux ascites essentielles.

Le long intervalle de temps qui sépare cette première manifestation de la maladie, de son évolution dans le poumon, est un fait digne de remarque. Les rémissions des accidents de la tuberculose sont nombreuses et très variées, soit qu'ils dépendent de successions d'évolutions pathologiques dans un organe, soit de l'apparition de tubercules dans divers appareils. La péritoine offre chez nombre de sujets des manifestations de ce genre, quelquefois séparées par un intervalle assez long de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, mais il est bien rare de constater un intervalle de six ans.

J'ai vivement regretté de n'avoir pu faire l'autopsie de M<sup>lle</sup> X..., cependant, telle quelle, cette observation me semble avoir une valeur réelle, pour montrer que certaines ascites ne devraient être proclamées essentielles que si l'on a constaté l'état de santé parfait de l'individu pendant plusieurs années.

J'ai publié antérieurement (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, 1874), deux autres cas où l'ascite existait seule et a guéri sans complication.

L'un de ces faits mérite d'être rappelé ici, c'est celui du jeune L... (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, p. 504, 1874).

OBSERVATION II. — *Ascite survenue quelque temps après une coqueluche, guérison rapide. Apparition, quelques mois plus tard, d'une coxalgie terminée également par guérison.* — L... a été atteint, en août 1866, à l'âge de quatre ans, d'une coqueluche intense; cette névrose, qui a duré quatre ou cinq mois, a laissé un affaiblissement marqué dont l'enfant ne s'est rétabli que lentement et très incomplètement. Pendant l'hiver de 1866-1867, il est resté pâle et maigre, ne toussant pas néanmoins. Vers le milieu de janvier 1867, on a remarqué que le ventre de l'enfant augmentait de volume; aucune douleur accusée. J. L... me fut présenté à cette époque; il avait alors un épanchement considérable de liquide dans la cavité de l'abdomen, peu d'appétit, amaigrissement. Aucun des ganglions lymphatiques du col, des membres, n'était augmenté de volume. Le jeune malade fut présenté à Blache; traitement par l'huile de foie de morue et l'iode de fer. La tuméfaction du ventre diminua peu à peu, et au mois de juin 1867, il ne restait aucune trace de liquide dans le péritoine. Pas de tuméfaction ganglion-

naire dans le ventre, pas de signe de péritonite chronique, aucun signe de lésion dans le poumon. Jamais d'albumine dans l'urine.

Au commencement de juillet 1867, coxalgie gauche guérie après neuf mois de séjour au lit et par l'usage des agents antistrumeux à l'intérieur et des vésicatoires volants.

J'ai revu plusieurs fois L... et la dernière fois, en 1883; sa santé est restée parfaite.

Chez cet enfant la guérison de l'ascite et des lésions causales persiste donc au bout de dix-sept ans. L'ascite a paru après une coqueluche, ou après une névrose qui joue un rôle incontesté comme cause de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire.

J'ai rapporté également dans ma *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen* (p. 510), un fait dont je citerai uniquement le titre.

OBSERVATION III. — *Ascite probablement tuberculeuse; épanchement intercurrent dans la plèvre droite; guérison de l'ascite et de l'épanchement intrapleurale; tuméfaction des ganglions du col, ostéite costale consécutive. Au bout de trois ans, indurations d'apparence ganglionnaire vers le milieu de l'abdomen.* — Ce dernier renseignement ne figure pas dans le fait, tel que je l'ai rapporté dans ma *Clinique*. J'ai retrouvé ce renseignement depuis la publication de cet ouvrage. En 1871, j'ai en effet constaté chez M. L... des tumeurs multiples, dures, peu douloureuses, situées un peu au-dessous de l'ombilic et n'appartenant ni au foie, ni à l'estomac; empatement du ventre, avec inégalité de résistance de la masse des circonvolutions. L'état général est bon, l'embonpoint a même augmenté; la respiration reste rude au sommet de la poitrine. Son état de santé parfait persiste en 1883. Les tumeurs abdominales ont disparu.

Chez ce malade, comme chez M<sup>lle</sup> X... (observation I), nous trouvons simultanément des épanchements dans le péritoine et la plèvre, qui se résorbent en deux mois sous l'influence d'un traitement iodé à l'intérieur et à l'extérieur. Ce n'est qu'au moment où l'épanchement a disparu dans le ventre et dans la plèvre droite, que survient la tuméfaction des ganglions du col, enfin, huit mois plus tard apparaît l'ostéite des quatrième et cinquième côtes gauches, par conséquent du côté opposé à la pleurésie.

Cette multiplicité successive des lésions est un caractère qui appartient à beaucoup des cas observés.

Chez ce dernier malade la tuméfaction des ganglions du col fait soupçonner qu'un travail morbide semblable, au niveau du hile du foie, a pu gêner le cours du sang dans la veine porte et devenir la cause de cette ascite. Les ganglions abdominaux ont pu diminuer comme les ganglions du col et permettre la résorption du liquide intrapéritonéal. Enfin, la saillie ultérieure de la masse réputée ganglionnaire montre une recrudescence du même processus morbide, affectant probablement des ganglions plus superficiels. (A suivre).

## BULLETIN

## De l'assistance médicale par les dispensaires.

L'assistance médicale extra-hospitalière est une des questions qui préoccupent les philanthropes ; elle est insuffisante dans les villes, elle n'existe pas dans les campagnes, et là où elle est organisée, elle n'est ni assez complète ni assez régulière pour qu'elle puisse s'exercer avec tout le profit qu'on est en droit d'en attendre.

A une époque où l'on voit partout se fonder des sociétés protectrices de l'enfance, où de tous côtés on se ligue pour sauvegarder notre existence de toutes les causes d'insalubrité qui naissent avec le développement des agglomérations humaines et la multiplication des industries, où en un mot tous les efforts tendent à diminuer la mortalité et à améliorer la santé publique, ne serait-il pas étrange que le secours médical fût presque exclusivement réservé aux infirmes ou à ceux qui sont en danger de mort ? S'il est pourtant un moyen de relever la santé publique par l'action médicale, c'est en traitant les constitutions morbides, qu'elles soient acquises ou héréditaires, dès qu'elles se révèlent par quelque affection ; c'est, pour préciser notre pensée, en soignant la syphilis, la scrofule, la tuberculose, etc., dans leur période de curabilité. Il n'est pas douteux que si, dans la classe nécessiteuse de la société, nous voyons ces maladies faire d'aussi nombreuses victimes, c'est que en l'absence de tout traitement précoce elles y évoluent librement, elles s'y propagent par contagion, elles s'y transmettent par hérédité, et s'implantent non seulement dans les familles, mais encore dans les générations. Le seul remède à ce danger est dans l'assistance médicale externe, avec une organisation qui assure à tous les malades des soins aussi *complets* et aussi *réguliers* que possible.

Nous ne nous attarderons pas à répondre aux diverses objections qu'a soulevées cette idée, elles tombent toutes devant l'expérience qui a déjà consacré et le principe et le système pour l'assistance médicale externe dans les villes.

C'est le Dr Gibert qui en a été en France le plus ardent défenseur, et, seulement avec les ressources qui lui sont venues de la générosité privée, il a créé un établissement où les enfants peuvent, sans être séparés de la famille, venir recevoir les soins les plus variés que nécessite leur maladie. Il y a quelques jours,

après dix années d'expérience, il exposait dans une conférence faite au Havre l'histoire entière de son œuvre.

Cette histoire sera celle de l'origine des dispensaires, et au moment où dans bien des villes on se décide à suivre cet heureux exemple, il est juste de rappeler que le D<sup>r</sup> Gibert a été le premier à organiser le dispensaire tel qu'il doit l'être pour suffire à toutes les actions médicatrices.

Il avait remarqué, comme nous le remarquons malheureusement encore, les effets désastreux de la promiscuité des enfants dans les hôpitaux ; il avait été frappé de la mortalité chez ceux qui arrivaient avec des affections bénignes, et contractaient pendant leur séjour des maladies contagieuses dont beaucoup mouraient. Pour les enfants plus que pour d'autres l'hôpital était un foyer de contamination contre laquelle toutes les mesures d'isolement ne seraient jamais absolument efficaces. Il fut convaincu de la nécessité de les soigner isolément au dehors ; d'ailleurs combien n'y en avait-il pas aussi qui avaient besoin des secours de la médecine et ne pouvaient trouver place dans les hôpitaux ?

En 1876, le D<sup>r</sup> Gibert fonda le dispensaire où il se proposait de leur donner gratuitement ses soins. Dès la première année, il y reçut 580 enfants, la clientèle s'accrut progressivement pendant les années suivantes et s'éleva jusqu'à 1,800 et 1,900. La modestie de l'installation contraste singulièrement avec l'importance de ces résultats : un simple atelier de photographe, tout en rez-de-chaussée, construit en bois, fut transformé en un établissement où les enfants subissent les médications les plus diverses, y compris les bains, les douches et les exercices orthopédiques.

En effet, que faut-il de plus pour ce service de traitement externe, qu'un local propre, bien aéré, bien éclairé, où les pièces sont intelligemment disposées pour rendre la besogne facile avec un très petit personnel ? L'essentiel, dans l'intérêt des malades, est que dans ce local on ait réuni l'outillage nécessaire pour qu'ils puissent bénéficier de toutes les ressources de la thérapeutique.

On ne saurait trop insister sur ce point, là est une des conditions de succès des dispensaires. On ne comprend pas qu'il existe des esprits assez peu clairvoyants pour méconnaître que toute la valeur de l'institution dépend de la bonne organisation des secours médicaux, et que tous les efforts comme toutes les dépenses ne sont justifiés que s'ils contribuent directement à la guérison des malades. Ce n'est pas sans raison qu'on a tourné en ridicule ces administrations hospitalières qui ont plus souci de leurs bâtiments que de leurs malades, elles ont au moins pour

excuse qu'elles leur donnent un asile en même temps que des soins; une semblable inconséquence serait coupable quand il s'agit des dispensaires; une construction monumentale là où il suffirait d'un abri peut flatter l'amour-propre des fondateurs ou le regard des ignorants, elle est inutile au bon fonctionnement de l'assistance.

Si le D<sup>r</sup> Gibert n'avait été pénétré de cette idée, ni la générosité de ses souscripteurs, ni le revenu fourni par le gymnase orthopédique annexé au dispensaire et auquel étaient admis des malades payants, ne lui auraient permis de poursuivre avec autant de succès l'œuvre dont il avait eu l'initiative.

Les remarquables résultats qu'il a obtenus, comparés aux frais modiques qu'entraîne le traitement de chacun de ses malades, ont montré que le dispensaire est la vraie solution du problème de l'assistance médicale extra-hospitalière. A Mulhouse, à Paris, des dispensaires ont été fondés par de généreux donateurs; à Rouen, c'est la ville qui en a entrepris la création, et le dispensaire Martainville, ouvert aux adultes comme aux enfants, en a suffisamment démontré l'utilité. Au Havre et dans d'autres villes les administrations se disposent à suivre cet exemple.

Nous ne voulons pas aujourd'hui entrer dans les détails de l'organisation des dispensaires; nous désirons seulement montrer combien il serait fâcheux qu'on perdît de vue la conception première, et insister sur quelques-unes des conditions générales dont dépend leur succès. Nous aurons maintes fois l'occasion de revenir sur ce sujet, c'est un des plus vastes de ceux que comprend l'étude de la médecine publique; car, ainsi que l'a établi le D<sup>r</sup> Gibert, le dispensaire n'est pas seulement la réalisation de l'assistance médicale externe, il est peut-être un des plus puissants moyens dont nous disposions pour vulgariser les préceptes élémentaires de l'hygiène domestique, pour détruire tous ces préjugés qu'une éducation imparfaite laisse enracinés dans l'esprit de toute la classe pauvre et qui sont la pire entrave à l'efficacité de notre action médicale.

Les enfants ont plus particulièrement éveillé la sollicitude de ceux qui ont créé des dispensaires, la plupart leur sont destinés. A notre avis, ce privilège est bien mérité, car ce sont ceux à qui convient le moins l'hospitalisation et qui pourtant payent le plus large tribut à la maladie; dans une famille, l'enfant aura eu dix fois besoin des secours de la médecine, quand souvent le père et la mère n'y auront pas fait appel une seule fois. Va-t-on, comme le dit le D<sup>r</sup> Gibert, pour toutes ces affections bénignes faire courir aux enfants les dangers de la contagion dans les hôpitaux? Va-t-

on, quand il ne sont encore que des nourrissons, les séparer de la mère qui, si négligente qu'elle soit, est encore supérieure à toutes les gardes à qui on les confiera? les hôpitaux n'y suffiraient même pas. Les indispositions passagères si communes qu'elles soient, surtout dans le bas âge, ne répondent d'ailleurs qu'à la minorité de la clientèle enfantine; ce sont tous les enfants débilés, maladiés, tous les lymphatiques, les scrofuleux qui en forment la grosse majorité, et ceux-là ont besoin de soins prolongés et réguliers. L'expérience a du reste démontré au dispensaire Martainville, que le traitement tel qu'il y est organisé est bien celui qui convient aux enfants malades; pendant la première année d'exercice ils ont prélevé à eux seuls un tiers de la totalité des consultations. Il n'est pas sans intérêt non plus de signaler la répugnance que les mères éprouvent à porter leurs enfants à l'hôpital; est-ce là l'expression d'un sentiment purement familial? est ce, au contraire, un préjugé? les deux explications sont sans doute vraies, mais peut-être qu'aussi ces malheureuses ont fait les remarques que nous signalions en commençant.

Si le dispensaire est une institution indispensable pour les enfants et qu'il est urgent de généraliser, la création en est d'autant plus justifiée qu'il est aussi très utile pour les adultes. A l'appui des arguments généraux que nous donnions plus haut, nous pourrions exposer des résultats; ils ont été signalés à la conférence du Havre et publiés il y a quelques mois dans un journal médical de Paris (1); en les reproduisant nous serions entraînés à des considérations trop spéciales.

La grande majorité des dispensaires qui ont été fondés jusqu'ici sont des œuvres privées : au Havre, à Paris, à Mulhouse, ils relèvent de l'initiative de particuliers; à Rouen, à Clermont, ils dépendent de l'administration municipale. Les raisons mêmes qui font la supériorité de notre organisation hospitalière sur celle de l'Angleterre, expliquent notre préférence pour ce dernier système : une institution à laquelle est lié un intérêt vital de la société, l'amélioration de la santé publique, ne doit pas être subordonnée aux fluctuations de la charité privée ou de la prospérité des affaires. Il lui faut une existence assurée, régulière, et cette nécessité s'impose d'autant plus qu'aux jours où les épreuves de fortune ralentissent les élans de générosité des riches, la misère sévit parmi les pauvres et y multiplie la maladie.

Nous ne contestons pas les bienfaits de la charité privée, nous croyons seulement qu'elle ne peut s'adapter indistinctement à

---

(1) *Progrès médical*, 1885, n° 27.

toutes les œuvres et, pour donner plus de poids à cette opinion, nous rappellerons que le D<sup>r</sup> Gibert a été tout le premier à déclarer que le côté faible de sa tentative personnelle était dans l'incertitude des ressources dont elle vivait. Est-ce à dire que les sociétés charitables n'aient rien à faire au dispensaire ? bien loin de là ; une fois l'assistance médicale régulièrement organisée, assurée dans son fonctionnement essentiel, elles peuvent venir en accroître les bienfaits en la complétant par des secours spéciaux ; c'est ainsi qu'aux dispensaires de Rouen une Société de dames fait chaque jour déposer un approvisionnement de lait que le médecin distribue aux nourrissons malades, et ouvre un crédit pour l'achat des appareils orthopédiques que ne peut fournir l'administration. Il serait vraiment désirable que ce système fut adopté et que toutes les Sociétés vinssent en quelque sorte se greffer sur des institutions officielles ; elles bénéficieraient d'un contrôle tout établi qui leur manque toujours, et sans perdre leur personnalité, leur liberté, ni leur droit de surveillance, elles éviteraient ces erreurs, ces duperies, ces superfétations de secours, qui font que la bienfaisance privée égare, sans profit pour les malheureux, une partie des énormes ressources qu'elle accumule.

Si l'institution du dispensaire gagne en sécurité en passant sous la tutelle des administrations, c'est en risquant l'indépendance du service médical. Il n'y a plus ici comme dans les hôpitaux un rouage administratif compliqué, une discipline à assurer ; les malades ne font que passer, le médecin seul les connaît, les surveille ; tout ce qu'on peut exiger d'eux, c'est l'observation scrupuleuse des prescriptions, et lui seul encore peut s'en rendre compte et apprécier ce qu'il convient de faire pour accommoder l'organisation du service aux besoins de cette clientèle. Nous ne voulons pas réclamer pour lui des attributions administratives dont il n'a que faire, il y perdrait son temps et son prestige, les charges d'une consultation de ce genre sont déjà très lourdes relativement à celles d'une visite d'hôpital ; mais, il est à souhaiter qu'on s'inspire plus qu'on n'a l'habitude de le faire de ses avis et de ses réclamations, et que toutes les mesures d'organisation soient empreintes d'un esprit plus médical.

On peut affirmer, sans crainte d'être contredit dans l'avenir, que le dispensaire sera ce que le médecin le fera ; et, qu'on se garde d'en juger par les statistiques reproduisant le nombre des entrées ou celui des consultations, tous ces chiffres n'ont qu'une valeur apparente : ils expriment le mouvement, ils ne traduisent pas le résultat réel, ce qu'on pourrait appeler l'effet utile. Il est

done nécessaire qu'il y consacre beaucoup de zèle, qu'il s'y attache avec intérêt; mais il est par contre indispensable que pour cette pénible tâche, pleine de responsabilités, il dispose d'aides capables de le seconder, sans quoi tous ses efforts ne sauraient empêcher que le dispensaire ne se transformât en un vrai débit de médicaments.

Pour comprendre l'importance de ces réflexions il faut concevoir nettement le mécanisme et le but du dispensaire, et ce but ne doit pas être tant l'allègement des services hospitaliers, que le traitement précoce et régulier de la foule des malades pour lesquels l'hospitalisation n'est pas devenue nécessaire. Le dispensaire recrute parmi ces derniers sa clientèle bien spéciale, il l'emprunte très peu aux hôpitaux, même pour les enfants qui, à Rouen du moins, n'y sont pas volontiers transportés par les parents. Ce n'est donc pas de lui qu'il faut attendre un allègement; l'assistance médicale à domicile pourra seule le produire, le jour où elle sera largement réalisable et sérieusement organisée.

---

## RECUEIL DE FAITS

---

### Cas d'hémiplégie droite d'origine tuberculeuse.

PAR LE D<sup>r</sup> DUFOUR (de Fécamp).

---

L'observation qui va suivre, par sa rareté, nous a paru digne d'être signalée.

Le nommé C..., de Senneville-sur-Fécamp, était né de parents bien constitués. Il a eu dix frères et sœurs dont sept seuls vivent. Les trois absents sont morts en bas âge, de diarrhée ou autres affections infantiles; la mère n'a pu donner de renseignements précis.

Le père, âgé de 54 ans, est hémiplégique à droite et aphasique; la mère sort d'une crise de rhumatisme articulaire aigu, seule affection qu'elle ait jamais eue.

Les conditions d'existence de la famille sont misérables. Le sujet de cette observation était âgé de 24 ans.

Depuis l'âge de 10 ans, il avait des crises épileptiques qui augmentèrent de fréquence et d'intensité par la suite.

Dans le début, il n'avait qu'une crise ou deux au plus par an. Il y a deux ans, quand je connus le malade, il en avait jusqu'à une ou deux par semaine: l'usage du bromure de potassium en écarta l'époque d'apparition.

A ce moment, il toussait de temps en temps, mais sans lésion pulmonaire appréciable. La toux devint plus fréquente, au point qu'il y a 8 mois, je trouvais le malade en pleine crise de tuberculose de l'appareil respiratoire. L'évolution granuleuse fut aiguë, si bien qu'il ne tarda pas à se former de

vastes cavernes dans le parenchyme pulmonaire. Les conditions hygiéniques déplorable du malade hâtèrent cette désagrégation.

C... s'éteignait peu à peu, quand, dans le courant de novembre 1883, je fus appelé près de lui.

Depuis huit jours, il avait accusé des frissons, de la chaleur en même temps qu'une douleur dans le bras, le côté et le genou droits. Il avait eu depuis lors une difficulté croissante à franchir le seuil de sa porte. La parole était conservée.

Dans la nuit qui avait précédé ma visite, de 10 heures du soir à 3 heures du matin, il avait eu des tremblements généraux avec mouvements convulsifs de l'orbiculaire des lèvres, mais sans perte de la connaissance ni de la parole.

Quand je le vis, son langage était confus, difficile ; son côté droit tout entier était parésié.

En prononçant les mots *pipe*, *papa*, l'orbiculaire labial, surtout à gauche, se mouvait flasque, comme on le voit dans les cas d'hémorragie cérébrale intéressant la troisième circonvolution frontale gauche, ou le lobule de l'insula de Reil de ce côté.

Il existait de la torpeur cérébrale, la compréhension était lente.

Je prescrivis ce jour, outre le traitement antérieur, de l'iodure de potassium dont l'usage m'avait paru inutile jusque-là, vu la marche rapide de la tuberculose.

Pendant dix à douze jours l'état resta le même.

Trois semaines après l'apparition de ces symptômes, je fus appelé en toute hâte. En quelques heures le malade s'était trouvé comme tétanisé. Il était couché sur le côté droit. Tout son corps, tête, tronc, jambes, décrivait un arc de cercle, à concavité postérieure, et était en opisthotonos.

Il n'y avait pas de trismus. La parole, lente et difficile, était possible. L'intelligence quoique obtuse ne l'était pas plus qu'au début des accidents. La fièvre n'était pas très intense. Il n'y avait pas de strabisme.

Le malade mourut le lendemain ; jusqu'à ses derniers moments, il a conservé son reste d'intelligence et de parole ; il a toujours ouvert la bouche pour prendre un peu de boisson.

A laquelle des deux affections, épilepsie ou tuberculose, devait-il ces phénomènes hémiplésiques ? l'épilepsie n'avait pas été trop intense. Les crises avaient une durée relativement courte, et celles qui vinrent deux fois par semaine ne le firent qu'un an ou deux. Depuis quelques mois, par le bromure de potassium, et l'intensité et la fréquence des crises avaient diminué. Bien plus, c'est à peine si dans les sept à huit mois, pendant lesquels évolua si fort la tuberculose, il eut quelques crises rares et faibles. Ce n'est donc pas l'épilepsie qui a pu là, comme dans certains cas, être faultrice des accidents cérébraux ; tout au plus, au moment où, huit jours après le début de la parésie droite, il survint du trem-

blement général et des convulsions labiales, l'épilepsie a-t-elle pu jouer un rôle passager.

Au contraire, la tuberculose nous permet d'expliquer la marche relativement lente des phénomènes, puisqu'elle met huit jours à venir, avant la grande scène. L'extension du travail tuberculeux aux méninges a dû produire l'opisthotonos.

## NOUVELLES

— **Ecole de Médecine de Rouen.** — Par arrêté ministériel, en date du 24 décembre 1885, un concours s'ouvrira le 1<sup>er</sup> juillet 1886, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Rouen.

— **Société de Médecine de Rouen.** — Dans la séance du 14 décembre, M. le D<sup>r</sup> Gendron a fait une communication sur *Deux cas d'éruptions cutanées d'origine trophique.* (Sera publié.)

M. le D<sup>r</sup> Cauchois a présenté des pièces anatomo-pathologiques provenant d'une ovariectomie.

— Le dimanche 20 décembre, M. le D<sup>r</sup> Gibert a fait au Havre, devant un nombreux auditoire, une conférence où il a traité du but et de l'organisation des dispensaires, et exposé les résultats que lui-même a obtenus. M. le Maire du Havre, qui présidait la réunion, a invité ensuite M. le D<sup>r</sup> Gendron à faire connaître le fonctionnement des dispensaires créés par la ville de Rouen. Notre Bulletin est consacré à cette importante question.

— **Académie de Médecine.** — M. le D<sup>r</sup> Brégnat (de Fleury-sur-Andelle) a obtenu une récompense de 300 fr. pour le Mémoire présenté par lui pour le prix Capuron. Le sujet imposé était : *Altérations du placenta ; leur influence sur l'état du fœtus. Applications médico-légales.*

Une médaille d'or a été décernée à M. le D<sup>r</sup> Gibert (du Havre) pour un Mémoire concernant l'hygiène des enfants du premier âge.

— **Nécrologie.** — M. le D<sup>r</sup> Hurel, de Gaillon (Eure). — M. le D<sup>r</sup> Bourdon, de Rouen. — M. le D<sup>r</sup> Damoiseau, d'Alençon (Orne). On sait que ce dernier a fait d'importants travaux (1843) sur les épanchements pleuraux, et déterminé avec précision la ligne de niveau du liquide épanché. Aussi désigne-t-on depuis lors cette ligne sous le nom de *Courbe de Damoiseau.*

— Un arrêté du Ministre de l'instruction publique vient d'instituer une commission chargée de fixer les conditions du stage hospitalier exigé des aspirants au doctorat en médecine, et de proposer un règlement général réorganisant ce service.

Sont nommés membres de cette commission :

M. Gavarret, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, président ;

M. Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris, vice-président ;

M. Béclard, doyen de la Faculté de médecine ;

M. Besnier, médecin de l'hôpital Lariboisière ;

M. Charcot, professeur à la Faculté de médecine ;

M. Jaccoud, professeur à la Faculté de médecine ;

M. Labbé (Léon), chirurgien de l'hôpital Beaujon ;

M. Le Fort, professeur à la Faculté de médecine ;

M. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

### Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz.

M. le Dr Durand-Fardel, président du Congrès, et M. le Dr Garrigou, secrétaire général, se sont rendus à Biarritz afin de s'entendre avec le Comité local de cette ville au sujet de l'organisation définitive du Congrès qui doit s'y ouvrir le 1<sup>er</sup> octobre 1886. Une séance publique a eu lieu le mercredi 25 novembre, dans une salle du Grand-Hôtel, à laquelle, par suite d'une convocation spéciale, a pris part un nombreux concours de médecins, hommes de science et hommes du monde, Français et étrangers.

M. O'Shea, président de la *Société Biarritz-Association*, à laquelle est due l'initiative du Congrès, a, dans une courte allocution, souhaité la bienvenue à M. le Dr Durand-Fardel, et remercié le chef de l'Hydrologie française d'être venu lui-même travailler sur place à l'organisation du Congrès de Biarritz.

M. le Dr Durand-Fardel a ensuite, dans un exposé clair et précis, rappelé que les Congrès, en général, ont pour objet la diffusion des connaissances scientifiques, le rapprochement des hommes et des idées, et surtout la coordination des travaux passés ainsi que la préparation méthodique des travaux futurs.

C'est surtout à cette dernière idée que répondra le Congrès de Biarritz, car si l'hydrologie constitue déjà une science bien délimitée, avec une direction de travaux déterminée, une classification générale, un enseignement presque officiel, il n'en est pas de même de la climatologie. Cette dernière n'est encore qu'un ensemble d'observations disséminées, prises sans direction méthodiquement formulée. La coordination de ces précieuses données est nécessaire pour former une science complète, avec ses règles, ses lois, ses moyens de progression ; et le Congrès de 1886, rapprochant les climatologues et les météorologues de tous les pays, sera l'occasion solennelle destinée à assurer ce résultat.

A la suite de cette exposition, les représentants des municipalités et des corps médicaux d'Arcachon, de Dax, de Bayonne, de Cambo, etc., etc., ont pris successivement la parole pour dire avec quelle sympathie est accueillie partout l'idée du Congrès, à laquelle chacun, mû par des sentiments patriotiques, demande à donner une marque d'approbation et de dévouement.

Le bureau a annoncé, enfin, que des adhésions au Congrès sont arrivées d'Espagne, d'Italie, de Portugal, d'Angleterre, de Hollande, de Belgique, d'Autriche, de Russie, et même en très grand nombre des Etats-Unis et du Canada.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.	COQUELUCHE
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>										
Du 6 au 12 décembre . . .	67	18		2						
Du 13 au 19 décembre . . .	76	19		3	1	2				
<b>Havre (105,867 hab.)</b>										
Du 6 au 12 décembre . . .	48	8		1		2	4			1
Du 13 au 19 décembre . . .	46	13				2	1			
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>										
Du 6 au 12 décembre . . .	40	4								
Du 13 au 19 décembre . . .	16	4								
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>										
Du 6 au 12 décembre . . .	13	5								
Du 13 au 19 décembre . . .	13	5								
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>										
Du 6 au 12 décembre . . .	9	3								
Du 13 au 19 décembre . . .	15	4	4			1				

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 6 au 12 décembre :

*Rougeole* : 3 entrées ; *érysipèle*, 1 entrée ; *fièvre typhoïde*, 4 entrée ; *diphthérie*, 1 entrée.

Du 13 au 19 décembre : *rougeole*, 6 entrées, 2 décès ; *variole*, 6 entrées ; *diphthérie*, 2 entrées, 1 décès ; *coqueluche*, 1 entrée.

**Havre** (maladie transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 6 au 12 décembre :

*Rougeole*, 7 ; *scarlatine*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 3 ; *diphthérie*, 8 ; *coqueluche*, 2.

Du 13 au 19 décembre : *variole*, 5 ; *rougeole*, 4 ; *scarlatine*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 6 ; *diphthérie*, 2 ; *coqueluche*, 3.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS,

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

**AVIS. — Tous les Abonnements partent du 1<sup>er</sup> Janvier. Les Abonnés pour l'année 1886 recevront les numéros parus en 1885, et sont priés de désigner à l'Administration du Journal ceux qui leur manquent.**

---

SOMMAIRE : *Clinique médicale* : De l'hydropéritonie et de l'ascite aux diverses périodes de la tuberculose (*fin*), par le Dr Leudet. — Histoire d'un chancre mou induré, par le Dr Cerné. — *Bibliographie* : Manuel de technique des autopsies. — *Varia*. — *Memento thérapeutique*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## CLINIQUE MÉDICALE

### De l'hydropéritonie et de l'ascite aux diverses périodes de la tuberculose (*suite*),

PAR E. LEUDET.

Associé national de l'Académie de médecine.

---

Les cas de ce genre sont assez rares, suivant les auteurs qui ont étudié ce sujet. Le carreau ne s'accompagne que très exceptionnellement chez l'enfant et plus exceptionnellement encore chez l'adulte d'une ascite considérable. « On observe quelquefois, disent Barthéz et Rillet (*Maladies des enfants*, v. 3, p. 815, 2<sup>e</sup> édit. 1854), un épanchement séreux dans le péritoine à la suite du carreau. Souvent, en effet, les ganglions qui occupent la scissure du foie sont tuberculeux et la compression qu'ils exercent sur la veine doit avoir pour effet la production d'un épanchement dans le péritoine, bien plus facilement que lorsque la veine cave est comprimée. C'est ce qui avait lieu dans le cas suivant :

OBSERVATION IV. — *Tuberculisation du poumon, des ganglions lymphatiques du col et autour de la veine porte. Ascite. Selles hémorrhagiques, Mort.* — L. A., âgé de 46 ans, ajusteur, entre le 1<sup>er</sup> décembre 1855 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans ma division. L. A. a servi huit ans dans la cavalerie et a été bien portant pendant tout ce temps. A l'âge de 36 ans, rhumatisme articulaire durant environ 3 mois. A l'âge de 42 ans, toux avec hémoptysie assez considérable; cette affection pulmonaire peu grave dura 2 mois environ, et depuis lors L... a toujours toussé. En juin 1855, apparition de ganglions tuméfiés sur les deux côtés du col, au point où on les observe

encore actuellement. L... entra dans une des divisions chirurgicales de l'Hôtel-Dieu de Rouen. Pendant son séjour dans cette division, le ventre commença à augmenter de volume ; simultanément douleurs sourdes dans l'abdomen s'accompagnant de diarrhée.

Depuis lors, L... est toujours resté souffrant ; augmentation lente du volume du ventre. Engorgement de ganglions lymphatiques volumineux, sans rougeur de la peau sous chaque muscle sterno-cléido-mastoïdien, les débordant en avant. Abdomen volumineux, fluctuant dans sa partie inférieure, avec matité dans les régions déclives, tympanique dans sa partie supérieure. Pas de rénitence partielle. OEdème léger des membres inférieurs, pas d'albumine dans l'urine. Au sommet de chaque poumon, respiration bronchique, râles sous-crépitaux, bronchophonie avec matité. (Iodure de potassium à l'intérieur ; frict. teint. de scille et de digitale). Le 7 décembre, diarrhée ; les selles contiennent plusieurs cuillerées de sang rouge, pas de tumeurs hémorrhoidales à l'anus. Augmentation de l'ascite. Mort le 9 décembre 1853.

Examen du cadavre le 10 décembre. Le sommet de chaque poumon présentait plusieurs petites cavernes situées au milieu d'un tissu pulmonaire induré d'un gris noirâtre, entouré de tubercules jaunes ramollis. D'autres tubercules jaunes conglomérés existaient dans le parenchyme pulmonaire de chaque côté, épars jusqu'à la base. Péricarde et cœur sains. Epanchement dans la cavité du péritoine d'environ 12 litres de sérosité citrine, sans mélange de fausses membranes. Pas de dépôt tuberculeux ou granuleux du péritoine ou des ganglions mésentériques. Au niveau du hile du foie, et se prolongeant en bas jusqu'au pancréas, existait une masse lobulée de ganglions tuberculeux, ramollis dans leur centre. Le tronc de la veine porte perméable, passait dans cette masse ganglionnaire qu'il fallait énucléer pour retrouver la veine. Quelques altérations folliculaires dans l'intestin. Le foie, peu volumineux, un peu inégal et avec saillie très légère des granulations, était recouvert de quelques plaques laiteuses. La rate, d'un volume normal, présentait plusieurs tubercules blanchâtres. D'autres tubercules plus petits existaient dans les reins. Les ganglions lymphatiques du col présentaient des tubercules ramollis.

Ce fait rentre manifestement dans les conditions indiquées plus haut ; l'épanchement ascitique, comme le prouve l'évolution de l'affection et l'examen anatomo-pathologique, reconnaît pour cause, la gêne de la circulation du sang dans la veine porte. L'obstacle était formé par des ganglions tuberculeux développés pendant le cours de la tuberculose pulmonaire au col et dans l'abdomen. Enfin, la même cause qui avait provoqué l'ascite avait été la cause d'une hémorrhagie intestinale.

On aurait tort de vouloir toujours soupçonner l'existence d'une cause mécanique de compression veineuse dans tous les cas d'ascite des tuberculeux. Bamberger (*Virchow's Handbuch der Pathologie und Therapie*) décrivant la tuberculose du péritoine indique une première forme dans laquelle le dépôt de tubercules s'accom-

pagne des symptômes d'une phlegmasie chronique; dans une deuxième forme, la réaction inflammatoire manque ou est tout à fait insignifiante; la fièvre et la douleur font défaut complètement, l'abdomen est développé et présente les signes d'une accumulation de liquide dans son intérieur; en un mot la maladie présente l'aspect d'une ascite.

J'ai vu moi-même l'ascite se développer dans ces circonstances et j'en citerai plus loin un exemple.

L'ascite chez les tuberculeux peut survenir sous d'autres influences, d'une cause autre que la tuberculose. La cause la plus habituelle de ces hydropisies péritonéales est la diathèse séreuse avec ou sans albuminurie, dont j'ai cité ailleurs des exemples nombreux. L'ascite ne constitue pas le plus souvent alors l'accident dominant, et il est très rare qu'elle fournisse une indication thérapeutique spéciale. Je crois devoir rapporter à cette complication d'une néphrite parenchymateuse secondaire cette curieuse hydropisie enkystée du péritoine dont j'ai publié la description. (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, p. 514, 1874). Je la résumerai brièvement :

OBSERVATION V.— *Tuberculisation à marche lente. Hydropisie enkystée du péritoine avec tubercules de cette membrane, guérie après une seule ponction. Ostéite des côtes; albuminurie. Mort.* — La femme qui fait le sujet de cette observation, était une femme de 25 ans, qui, depuis l'âge de 9 ans, était sujette à des douleurs abdominales qui furent intenses et de très longue durée, de 20 à 22 ans. A 24 ans, cette femme entra à l'Hôtel-Dieu pour un anasarque qui la retint pendant près de 6 mois dans une des divisions médicales de cet établissement. Pendant toute la durée de ces accidents, la malade n'eut que peu de toux et jamais d'hémoptysie. A l'âge de 25 ans, je constatai dans l'abdomen l'existence d'une tumeur liquide s'élevant jusqu'à l'ombilic. Tubercules aux sommets de chaque poumon. Urine très albumineuse, une paracentèse donne issue à huit litres au moins de sérosité citrine; il n'y eut aucune reproduction du liquide. Le ventre devint dur, comme empâté. La diarrhée, l'anasarque survinrent et la malade succomba trois mois et demi après la paracentèse. A l'autopsie, je trouvai, au sommet des poumons, des tubercules, les uns caséux, les autres crétacés; cavité à parois lisses, affaissée sur elle-même et contenant un liquide gélatineux. Tubercules des deux trompes. Osteite des 5<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> côtes droites. Le péritoine ne contenait pas de tubercules.

Ce fait présente donc une autre forme pathogénique de l'ascite. La diathèse tuberculeuse était ancienne, et l'ascite n'est survenue que sous l'influence de la lésion rénale consécutive.

En résumant l'état dyscrasique général de ces malades, on remarque que chez tous ces individus, la tuberculose était ou

bien muette dans son expression pulmonaire, ou très peu développée. Chez tous ces malades, la poussée tuberculeuse et l'évolution du produit morbide a toujours été restreinte et fort lente. Par contre, les manifestations secondaires vers les organes autres que le poumon ont été multiples et successives. Deux malades ont présenté simultanément des épanchements dans le péritoine et la plèvre droite; deux des ostéites des côtes, une coxalgie, enfin, chez un dernier malade, la manifestation pulmonaire était à une période avancée de régression, et l'hydropisie du péritoine reconnaissait pour cause une lésion secondaire du rein.

La tuberculose était donc, dans tous ces cas, une tuberculose lente, chronique et apyrétique. Jamais je n'ai vu l'ascite survenir dans la forme la plus aigüe de la tuberculose, dans la tuberculose miliaire ou dans l'infiltration avec ramollissement aigu.

Eu égard à l'absence de manifestation pulmonaire au moins appréciable dans quelques cas, ou du peu d'intensité des signes du dépôt tuberculeux, l'ascite constituait chez quelques-uns de ces malades le phénomène le plus apparent, et, surtout dans la première alternative, plusieurs de ces ascites auraient pu rentrer dans le cadre des essentielles.

Les symptômes et la marche de ces ascites pourraient encore entretenir l'observateur dans cette appréciation erronée. L'épanchement intrapéritonéal est absolument apyrétique; à peine quelques malades accusent-ils des douleurs transitoires, provoquées par la distension de l'abdomen. L'ascite a donc les caractères d'une hydropisie simple.

Sa durée n'est pas longue. La résorption du liquide s'opère, sans flux concomitant, et le malade recouvre souvent une intégrité apparente ou réelle de la santé, même lorsque la paracentèse a été pratiquée. L'observation montre que cette rémission des symptômes peut être de plusieurs années, elle est souvent plus courte; d'autres fois, le liquide se reproduit incomplètement, mais alors l'affection abdominale revêt la forme d'une phlegmasie chronique, c'est ce qui avait lieu dans le cas suivant.

OBSERVATION VI. — *Ascite tuberculeuse. Paracentèse, reproduction d'une petite quantité de liquide. Mort.* — D., âgée de 23 ans, entre le 5 septembre 1864, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans ma division. Cette femme, très faible, n'a eu sa première menstruation qu'à 20 ans et depuis lors les époques menstruelles ont été rares et courtes. Elle tousse depuis longtemps, en février 1863, elle fut atteinte de douleurs abdominales, simultanément augmentation lente du volume du ventre; vers la fin de février 1863, une paracentèse abdominale donna issue à dix litres au moins de liquide citrin.

Depuis lors, le volume du ventre est resté stationnaire. D..., au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu, le 5 septembre 1864, présentait des signes physiques de tubercules crus au sommet de chaque poumon. L'abdomen était légèrement météorisé, pâteux. Emaciation progressive. Diarrhée. Mort le 24 décembre 1864. A l'autopsie, on trouve au sommet de chaque poumon un nombre assez considérable de tubercules, les uns grisâtres, d'autres jaunâtres, réunis en amas. Pas de tubercules ramollis, ni de cavernes. La cavité péritonéale contenait environ deux litres de sérosité mêlée de fausses membranes. Des adhérences molles parsemées de petits tubercules granuleux existaient entre les anses intestinales; tubercules en petit nombre, blanchâtres, sous le péritoine, surtout le feuillet viscéral. Intégrité de l'estomac, de la rate et des reins. Foie gras.

Le fait le plus intéressant de cette observation est la transformation de l'ascite, après la ponction, en une péritonite subaiguë. La mort ne survint que dix-huit mois après la paracentèse.

J'ai pu voir récemment un autre cas qui rappelle les précédents. Je le résumerai aussi brièvement que possible.

OBSERVATION VII. — *Ascite survenant au début d'une diathèse tuberculeuse, huit mois après un accouchement. Paracentèse abdominale, issue de treize litres de sérosité citrine. Pas de récédive de l'ascite. Progression lente de la tuberculisation pulmonaire.* — M<sup>me</sup> X..., âgée de 22 ans, s'est mariée à 19 ans 1/2. Accouchée à terme, à 20 ans 1/2. Grossesse bonne; elle a allaité son enfant huit mois. A 22 ans, M<sup>me</sup> X... a remarqué que son ventre grossissait graduellement; aucun œdème des membres inférieurs ou de la face, pas de troubles de la miction. L'urine fut examinée plusieurs fois et ne fut jamais trouvée albumineuse. M<sup>me</sup> X... se présente à moi le 27 février 1878, le ventre était volumineux, fluctuant et renfermait un liquide placé dans le péritoine, le liquide était accumulé sous les parties les plus déclives du ventre et changeait de place suivant l'inclinaison du corps de la malade. Pas de dyspnée, un peu de toux. Rien au cœur. La palpation du ventre était peu douloureuse, du reste, cette région n'a jamais été douloureuse, même après l'accouchement.

La paracentèse de l'abdomen, faite vers le 15 mars 1878, a donné issue à plus de treize litres de sérosité citrine. Huit vésicatoires ont été appliqués sur divers points du ventre, qui présente des alternatives d'augmentation et de diminution de volume.

Le 5 juin 1878, l'état général de la malade était assez bon, M<sup>me</sup> X... pouvait marcher et même entreprendre quelques voyages. Le ventre était plus volumineux que dans l'état normal, on y distinguait difficilement une légère fluctuation profonde. La palpation permettait de reconnaître un empâtement des anses intestinales qui semblaient soudées. L'utérus est un peu augmenté de volume et légèrement antéversé. Toux par moments. Matité légère sous la clavicule droite et dans la fosse susépineuse du même côté. Respiration bronchique avec bronchophonie; quelques craquements humides. Un peu de dyspnée. Rien au cœur; aucune saillie du foie ou de la

rate. (Badigeon. de teint. d'iode sur le ventre ; six gouttes de teint. d'iode à l'intérieur ; pil. quinquina).

Cette observation se rattache complètement à la précédente.

*Conclusions :*

1° L'ascite peut constituer le premier symptôme de la dyscrasie tuberculeuse où se manifester à une époque où la tuberculose pulmonaire est très lente ;

2° L'ascite peut survenir dans la tuberculose du péritoine dans le cas de compression de la veine porte par des ganglions tuberculeux, elle peut résulter de l'existence d'une lésion rénale secondaire, et s'ajoutant à la péritonite chronique elle devient l'origine d'une hydropisie enkystée du péritoine ;

3° L'ascite ne s'observe que dans les tuberculoses lentes, à évolution successive ;

4° En même temps ou à d'autres époques que l'ascite, on observe chez ces malades des hydropisies des plèvres, des adénites tuberculeuses, des ostéites, des arthrites ;

5° L'ascite a un développement lent ; sa durée est courte ;

6° Elle peut guérir radicalement ou être suivie d'une péritonite chronique latente.

---

**Histoire d'un chancre mou *induré*,**

PAR LE D<sup>r</sup> CERNÉ.

---

Les expressions paradoxales qui servent de titre à l'observation que je publie visent une simple question de symptomatologie et non pas un point de doctrine. Mon intention, en effet, n'est point de venir attaquer ici la dualité chancreuse qui paraît aujourd'hui assise sur des bases inébranlables, mais de faire connaître une cause rare des perplexités que l'on peut éprouver en face d'un chancre de nature douteuse. Il faut bien admettre, lorsqu'on sait quelles résistances a rencontré longtemps la doctrine de la dualité, et non de la part des moins illustres, que bien des cas sont loin de présenter l'aspect classique des descriptions, et que, en particulier, la variabilité, je dirais volontiers la *gamme* des indurations du chancre syphilitique, est une des plus fréquentes causes d'erreur. Depuis l'induration type supportant et surélevant une ulcération grise, sèche et superficielle, jusqu'à

l'induration papyracée que trouvent les doigts exercés d'un maître sous une plaie à l'aspect peu significatif, tous les intermédiaires se rencontrent.

On a signalé d'autre part l'induration qui peut accompagner le chancre mou, que les soins mal dirigés ou le manque de soins ont laissé s'enflammer. Ou, enfin, on a rangé dans la classe des chancres mixtes des chancres primitivement mous devenus syphilitiques par une double infection, et peut-être... les cas où les plus clairvoyants n'y voyaient goutte.

Le cas dont je m'occupe ne saurait être ni un chancre mou enflammé ni un chancre mixte. Voici les faits :

M. X..., âgé de 30 ans, de constitution bonne, bien que la poitrine, mal développée, ait présenté quelques inflammations bronchiques rapidement conjurées, vient me consulter le 30 juillet 1884 pour une ulcération qui s'est montrée trois jours auparavant sur la face interne du prépuce, un peu à droite de la ligne médiane dorsale. Je vois là une petite plaie ovale, à bords réguliers, peu profonds, taillés à pic, à fond recouvert d'un enduit pultacé. Il n'existe dans les aines aucun ganglion, mais l'ulcération repose sur une surface nettement indurée. La périphérie n'est pas enflammée, il n'y a aucune douleur ni spontanée, ni provoquée. Au point de vue des anamnestiques, un rapport sexuel a eu lieu cinq à six jours auparavant, mais trois semaines auparavant en a existé un autre qui inspire au malade plus de suspicion.

Bien des points plaident en faveur de la syphilis : l'unicité du chancre, l'induration, l'indolence, la sécrétion presque nulle; cependant l'absence de ganglions est importante, et, comme il s'agit d'une plaie non pansée jusqu'ici, la base a pu s'indurer par une inflammation périphérique, pas autrement appréciable. En somme, je penche vers un chancre mou très-bénin, mais, bien entendu, je désire revoir le malade. — Pansement au calomel.

Le 5 août, la plaie s'est élargie, mais dans des limites restreintes; elle suppure un peu davantage; elle est toujours indurée, et il n'y a pas de ganglions.

Au bout d'un certain temps, le calomel semblant n'exercer qu'une influence nulle, et l'ulcération ayant acquis presque la dimension d'une pièce de 20 centimes en argent, le pansement est changé et l'iodoforme exerce bientôt une action mieux marquée. La surface se sèche, devient plus rosée, et en une dizaine de jours la cicatrisation s'accomplit.

L'induration a persisté jusqu'au dernier moment; la cicatrice est blanche, lisse, indurée, non déprimée, et *il n'y a pas de ganglions*.

On comprend que j'aie passé par diverses alternatives d'opinion, et que le malade ait eu par suite des périodes successives de crainte et d'espoir. Mais vraiment, comme on a cité des cas de chancre infectant sans retentissement ganglionnaire, je me crus autorisé à conclure à un chancre induré, par conséquent syphilitique. Néanmoins les phénomènes généraux étaient nuls, pas

de maux de tête, pas d'affaiblissement. Mais ce qui acheva de fixer mon opinion, ce fut un incident qui me parut décisif.

Au commencement de septembre, comme la cicatrisation était presque achevée, dans les limites légales, comme on voit, de la terminaison de l'accident initial et du début des accidents secondaires, une nouvelle et très petite ulcération apparut à l'extrémité de la plaie où la cicatrisation s'était montrée d'abord. De la grandeur d'une lentille à peine, très superficielle, bien arrondie, cette ulcération céda en cinq à six jours à l'iodoforme. Je regardai comme certain que nous avions affaire à une plaque muqueuse, un peu plus profonde que de coutume, parce qu'elle se montrait sur la cicatrice même toute récente du chancre.

Aussi instituai-je à ce moment un traitement mercuriel à très petites doses. Mais quelques jours à peine s'étaient écoulés depuis la cicatrisation *complète* et *défnitive* des deux plaies, que la preuve la plus positive du caractère non syphilitique du chancre nous était donnée. Sans la moindre fatigue, sans aucune autre cause, un ganglion s'enflammait au pli de l'aîne du côté droit, et, malgré le repos et un traitement rationnel, sans fièvre, arrivait à la purulence. Après l'ouverture au bistouri, la plaie offrit nettement les caractères du bubon chancreux qui, d'ailleurs, furent promptement améliorés par l'iodoforme. La guérison se fit assez rapidement, elle était complète trois semaines environ après l'ouverture. Le traitement antisyphilitique avait été suspendu dès l'apparition du bubon et n'avait été fait que cinq à six jours.

A aucun moment depuis lors M. X... n'a présenté le moindre accident qui puisse être soupçonné de nature syphilitique.

Il est à peine besoin de revenir sur les principaux traits de cette observation. Induré dès le début, le chancre ne pouvait être évidemment un chancre mixte, et c'était bien un chancre dit *mou*, puisqu'il a été suivi du bubon caractéristique. On ne peut dire que celui-ci soit un bubon strumeux, de ceux qui, avec certains tempéraments, peuvent accompagner la moindre plaie ; toute ulcération avait en effet complètement disparu au moment de son apparition, ce qui est peut-être un des caractères les plus curieux et les plus caractéristiques du bubon chancreux.

Enfin la syphilis peut être rejetée avec d'autant plus de certitude que cette observation a subi le contrôle du temps. Homme soigneux, prévenu et se surveillant de très près, mon client n'a pas eu depuis quinze mois le moindre symptôme objectif ou subjectif qui pût dépendre d'une syphilis.

Il me semble que je puis tirer de ce fait la conclusion légitime que, si l'induration du chancre syphilitique est parfois assez minime pour inspirer des doutes, à son tour le chancre syphilitique peut présenter une certaine induration. On aurait donc tort de se servir habituellement des termes de chancre mou et de chancre induré. L'induration ne serait pas un signe diagnostique absolu du chancre syphilitique.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Manuel de technique des autopsies**, par BOURNEVILLE et BRICOU. — In-32 de 240 pages, 1885.

---

Nous avons annoncé récemment l'apparition de ce petit volume ; mais il mérite plus et mieux qu'une simple mention, et il consacre une de ses parties à un point de médecine publique que nous sommes heureux d'avoir ainsi l'occasion de traiter.

Divisé en deux parties, ce manuel s'occupe dans la première des autopsies en général, de leur importance, des nombreux desiderata qui existent dans les différents pays et surtout en France, à ce sujet, de la manière dont leur service est et devrait être organisé ; quelques planches rejetées à la fin du volume montrent l'installation que quelques Facultés ont donné à leur Institut pathologique ; car on sait que dans la plupart des Universités de l'Europe centrale, nous devons ajouter dans quelques-unes des Facultés françaises, le professeur d'anatomie pathologique dispose pour son enseignement des autopsies qu'il pratique sur les cadavres provenant, ou des services de clinique, ou même de tous les services d'un hôpital.

Dans une seconde partie est exposé le manuel opératoire à suivre dans la pratique des autopsies : c'est la partie véritablement *technique*.

Mais nous ne voulons retenir ici que le premier chapitre de la première partie, où il est question de la pratique des autopsies à l'hôpital et en ville. Les auteurs s'y élèvent vigoureusement et avec juste raison contre toutes les entraves que l'on rencontre de la part du mauvais vouloir de certaines administrations ou des préjugés du public.

On ne saurait mettre en doute l'importance des résultats fournis par les autopsies, la nécessité qui s'impose au médecin de pouvoir établir le parallèle entre les signes cliniques et les lésions cadavériques, soit pour faire son éducation médicale, soit pour fournir à la science les matériaux nécessaires à son avancement.

Or, pour que les résultats obtenus fussent complets, il faudrait deux conditions : 1<sup>o</sup> que l'autopsie pût être pratiquée aussitôt après la mort ; 2<sup>o</sup> que le médecin pût faire toutes les autopsies qui lui semblent utiles.

L'autopsie immédiate après la mort s'impose au point de vue

scientifique; c'est d'elle qu'il dépend de dissiper tous les doutes qui peuvent subsister sur la cause de la mort; c'est son absence qui empêche qu'on ne trouve parfois aucune lésion à l'autopsie, ce qui fait croire que la cause de la mort peut être insaisissable (Cl. Bernard). Elle s'impose surtout aujourd'hui que les recherches bactériologiques exigent les précautions que l'on sait pour donner des résultats sérieux.

On connaît les règlements qui, en France, s'opposent à ce que l'autopsie ne soit pratiquée moins de 24 heures après la mort; en usage partout, il est curieux de constater qu'on n'en trouve trace que dans une ordonnance d'un préfet de police de Paris (1839).

La loi (art. 77 du Code civil) ne s'est occupée que des inhumations, pour lesquelles elle fixe le délai de 24 heures. D'un autre côté, antérieurement à l'ordonnance de police à laquelle nous venons de faire allusion, un arrêté du préfet de la Seine (1821) avait dit: « Il ne pourra être procédé à l'ouverture d'un cadavre qu'après la *vérification légale du décès*. » Les hôpitaux de Paris ne sont régis par aucun de ces arrêtés, mais par une décision du *Conseil général des hospices* (1834).

Il en est de même dans les hôpitaux de province, et nous lisons dans le règlement des hôpitaux de Rouen (art. 96): « *Hors les cas d'urgence*, l'autopsie..... ne peut avoir lieu que 24 heures après le décès. Les cas d'urgence sont constatés par le chirurgien-chef, qui les certifie par écrit et en donne connaissance à la Direction ». Il est donc bien entendu qu'il n'y a pas de délai *légal* pour les autopsies, que les hôpitaux imposent arbitrairement à ce sujet des règlements très divers sur lesquels il leur est loisible de revenir, et que, en ville, sauf à Paris, aucun délai n'est exigible après la constatation du décès, à moins d'un règlement municipal spécial, qui ne semble exister à peu près nulle part. On voit, par cette diversité même, de quelle minime importance est l'imposition d'un délai, et à Paris même on a parfois donné l'autorisation de pratiquer certaines autopsies avant 24 heures.

La crainte de l'inhumation précipitée a dû certainement être le prétexte initial de ces réglementations, mais on ne saurait trop vivement réagir contre l'impression que produisent dans le public les racontars des journaux au sujet des inhumations précipitées. L'expérience des pays où l'autopsie est pratiquée immédiatement après la mort, fournit à cet égard des enseignements précieux (à Buda-Pesth, à Tubingue, une demi-heure). Au dépôt mortuaire établi en Bavière pour la conservation des corps, dans le but d'éviter ces inhumations précipitées, on n'a *jamais* eu à constater

de ces « résurrections » dont les journalistes fantaisistes aiment à effrayer l'imagination populaire.

La mort ne peut, en tous cas, être mise en doute, lorsque le malade a succombé à l'hôpital, à la suite d'une longue maladie, d'une agonie prolongée. Dans la pratique ordinaire, il nous semble qu'on pourrait seulement exiger la *constatation officielle* du décès par le médecin de l'état-civil ; un doute exprimé ferait ajourner l'opération.

Le second desideratum formulé a trait aux oppositions si fréquentes à l'autopsie qui sont admises par les administrations hospitalières. Là encore la réglementation est des plus variables ; il faut qu'elle devienne uniforme. Si les administrations d'ailleurs déclaraient qu'à l'avenir tous les corps des malades décédés dans les hôpitaux seront soumis à l'autopsie, elles s'enlèveraient à elles-mêmes de graves soucis, puisqu'elles pourraient se retrancher derrière leur règlement, sans être en butte à des attaques parfois aussi injustes que malveillantes d'un certain public.

C'est ici le lieu d'ajouter combien dans ces choses comme dans beaucoup d'autres, l'esprit public se transforme suivant l'exemple qui lui est donné par les administrations. Il est facile de constater que dans les villes où l'autopsie est obligatoire à l'hôpital, la population, loin d'élever des protestations, comprend si bien l'utilité de cette pratique que, fréquemment, le médecin est appelé en ville à pratiquer des autopsies. On sait combien ce fait est rare en France, et qui ne voit en effet que l'administration, en admettant comme une sorte de *faveur* que les corps soient soustraits à l'autopsie, inspire pour cette opération une grande répugnance.

Les médecins, de leur côté, devraient combattre de toutes leurs forces les préjugés qui se sont peu à peu implantés dans le public à ce sujet, réclamer plus souvent qu'ils ne le font l'autopsie de leurs malades décédés, quand bien même ils seraient assurés d'un refus ; car ce serait encore faire de la propagande. Il existe bien une *Société d'autopsie mutuelle* qui, il y a quelques années, a fait parler d'elle, et a recruté beaucoup d'adhérents ; mais nous ne sachons pas que ceux-ci se soient considérés ou aient été considérés comme très liés par ladite adhésion. Aussi a-t-on en ce moment ce spectacle véritablement singulier, que tous les hommes un peu marquants dans les carrières libérales ou la politique sont autopsiés après leur mort, bien que dans la masse du public on montre comme une horreur de cette opération. Nous

le répétons, c'est aux médecins, dans l'intérêt de la science et de leur instruction personnelle, qu'il appartient de changer ces préjugés, et par leur intervention près des administrations, et par leur propagande privée.

---

## VARIA

---

Le *Journal officiel* a publié le 31 décembre 1885 un décret daté du 30 décembre et intéressant l'organisation des Facultés. A cause de son caractère général sans doute, peu de nos confrères y ont prêté leur attention. Il nous semble cependant utile de signaler quelques points qui paraissent marquer une tendance à la concession d'une certaine autonomie aux Facultés groupées dans un même ressort académique.

Nous citerons les passages suivants de l'exposé des motifs qui nous fournissent des indications plus claires que ne le serait la reproduction du décret lui-même :

« Je vous propose de conférer au Conseil général des Facultés institué par le décret du 25 juillet dernier, au siège de chaque Académie, toutes les attributions d'ordre pédagogique, d'ordre financier, d'ordre administratif et d'ordre disciplinaire, compatibles à la fois avec les lois existantes et avec l'individualité de chaque Faculté prise à part.

« De la sorte, le Conseil général des Facultés sera vraiment l'organe commun des Facultés d'un même centre académique, et l'analogue du Sénat académique des universités étrangères.

« En même temps, en vue d'amener le développement de la vie propre de chaque Faculté, je propose d'instituer dans chacune d'elles un conseil, composé des professeurs titulaires, qui aurait toutes les attributions de la personne morale, et une assemblée composée de tous les docteurs ayant un enseignement officiel, laquelle délibérerait sur toutes les questions qui se rapportent à l'enseignement. »

Les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie auront ce même conseil et cette même assemblée, avec une restriction leur refusant les déclarations de vacances des chaires et la présentation aux chaires vacantes, qui sont accordées aux Conseils des Facultés. (Titres I, II, III du décret).

Dans le titre suivant (titre IV), nous trouvons la même diffé-

rence établie pour la nomination des doyens des Facultés et des directeurs des Ecoles secondaires.

La nomination des doyens est faite par le ministre sur une double liste de deux candidats présentées, l'une par l'assemblée de la Faculté, l'autre par le Conseil général des Facultés. Mais cet article (art. 22) n'est pas donné comme applicable aux directeurs des Ecoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie. Ceux-ci ont cependant les mêmes attributions que les doyens, parmi lesquelles nous citerons les suivantes :

ART. 24. — Le doyen représente la Faculté. Il accepte les dons et legs ; il exerce les actions en justice, conformément aux délibérations du Conseil de la Faculté.

ART. 27. — Le doyen administre les biens propres de la Faculté. . . .

Le titre V, sur les « professeurs et l'enseignement », ne concerne aucunement les Ecoles secondaires, pour lesquelles les décrets du 25 juillet ont été très explicites.

## MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

### Indications de la médication alcoolique dans la pneumonie

1° Pneumonie à forme ou seulement à tendance adynamique, et en particulier : pneumonies secondaires, pneumonies du sommet, pneumonie des vieillards. — Le délire et les phénomènes ataxiques dans les pneumonies à forme adynamique, confirment l'indication.

2° Pneumonie des alcooliques.

3° Pneumonie et surtout bronchopneumonie des enfants du premier comme du second âge; l'indication est encore fournie par l'état des forces.

L'eau-de-vie de vin, le rhum, les vins généreux doivent être employés à l'exclusion des alcools d'autre origine. On les administre en grogs sucrés et aromatisés, dans des potions, en variant les préparations.

#### Potions :

Eau-de-vie. . . . .	80 gr.	Eau-de-vie. . . . .	80 gr.
Eau distillée . . . . .	80	Eau distillée. . . . .	80
Sirop de sucre . . . . .	30	Extr. aq. de quinquina.	4
Eau de laurier cerise. . . . .	30	Sirop d'écorce d'orange	30
		Teinture de cannelle . . . . .	10

La dose pour les adultes varie de 80 jusqu'à 300 grammes d'eau-de-vie pour 24 heures, ou l'équivalent en vin; elle est proportionnée à l'intensité des phénomènes adynamiques.

Dans la pneumonie des alcooliques, il faut pratiquer la médication à haute dose.

Chez les enfants du premier âge, l'eau-de-vie est administrée à la dose de 10 à 15 grammes, mélangée au lait maternel, s'ils sont à la mamelle; on peut lui substituer les vins sucrés additionnés d'eau. — Après 2 ans, on élève progressivement la dose à 15, 20 et 30 grammes.

On doit administrer ces doses en les fractionnant, chaque prise représentant 10 à 20 grammes d'eau-de-vie pour l'adulte; les prises sont plus ou moins rapprochées suivant que la médication doit être plus ou moins active.

---

---

## NOUVELLES

**Conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure.** — Deux importantes questions étaient à l'ordre du jour, dans la séance du 1<sup>er</sup> décembre 1885.

Le Conseil était appelé à se prononcer sur l'influence que pouvait avoir dans le développement d'une épidémie de rougeole, l'épandage des matières fécales nouvellement pratiqué sur les terres labourables et les prairies de la commune de Saint-Etienne-du-Rouvray. Le Conseil a naturellement repoussé toute relation entre cette opération et l'épidémie, et adopté cet avis : que l'épandage direct des matières ne paraissait pas offrir d'inconvénients hygiéniques suffisants pour contrebalancer les avantages qu'en retire l'agriculture; mais il a réclamé la prohibition des dépôts permanents dans des bassins.

L'épandage est largement pratiqué dans certaines régions du Nord, et il y a assez longtemps qu'il est en usage, parce qu'on s'est aujourd'hui assuré que ce n'est point au détriment de l'hygiène, mais encore est-il qu'il doit être sévèrement réprimé.

Le Conseil n'a eu à statuer que sur un cas particulier, et plusieurs membres ont, bien à raison, remarqué qu'il ne convenait pas de s'engager pour l'avenir. Il est à prévoir, en effet, que la pratique de l'épandage se généralisera dans cette contrée, et il y aura lieu alors d'apprécier à quelles conditions elle devra être soumise, en tenant compte de bien des circonstances qui modifient le pouvoir épurateur du sol.

La seconde question étudiée par le Conseil intéresse la ville de Sotteville, qui projette de créer un système d'égouts; mais ne pouvant, pour des raisons

budgetaires, le prolonger jusqu'à la Seine, elle propose de l'aboucher provisoirement dans des fossés qui reversent dans le fleuve après avoir traversé la commune de Rouen.

Le Conseil, appelé à donner son avis sur ce projet incomplet, l'a approuvé tout en insistant sur la nécessité d'appliquer certaines mesures qui en corrigeraient les inconvénients, tels que : curage fréquent des égouts et des cuvettes, défense de jeter des ordures à l'égout.

Il est à craindre que ces inconvénients persistent quand même : l'écoulement par les fossés dont la pente est insuffisante se fera très mal, quand il ne sera pas entravé par le reflux des eaux de la Seine, ainsi que l'a fait remarquer M. Leudet. Les eaux stagnantes dans des fossés non recouverts seront la source d'émanations putrides ; ces émanations pourront bien aussi se produire dans les égouts qui se videront mal dans les fossés engorgés, et dès lors les travaux exécutés n'auront guère amélioré la salubrité de la ville.

— Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts, de Caen. — *Prix Dan de la Vauterie*. La question mise au concours, pour l'année 1885, était : *De la conservation des sujets et pièces anatomiques*. Cinq mémoires ont concouru. L'un a été écarté, l'auteur s'étant fait connaître. Un deuxième portait avec lui la révélation du nom de son auteur, par suite de l'exposition du procédé bien connu à la description duquel il était consacré. Aussi l'Académie a-t-elle mis M. Laskowski, professeur à la Faculté de médecine de Genève, tout en classant son mémoire sous le n° 1, hors concours, en lui décernant un diplôme d'honneur, avec le titre de membre correspondant de l'Académie.

Le prix, de mille francs, a été partagé entre les trois autres mémoires, ainsi qu'il suit : 400 francs à M. Maurice Notta (mort depuis), interne des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire portant comme devise : *Nihil potentius humores nostras corrumpit quam ipsa putrilago* ; 400 francs au D<sup>r</sup> Delassus, de Lille, auteur du mémoire ayant comme devise : *Ex ordine rerum nascitur cognitio* ; et 200 francs au D<sup>r</sup> Vigot, de Caen, pour son mémoire dont l'épigraphe était : *Labore libertas*.

Le rapporteur était M. le D<sup>r</sup> Fayel.

— Ecole de Médecine de Caen. — Un concours s'ouvrira le 8 mars 1886, pour un emploi de chef des travaux anatomiques, à l'Ecole de médecine.

— Ecole de Médecine de Rouen. — M. Dumont, agrégé des sciences naturelles, est délégué dans les fonctions de suppléant d'histoire naturelle.



## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
		DÉCÈS de 0 à 2 ans.	VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPIÈLE	AFF. PUEERP.
<b>Rouen</b> (105,908 hab.)									
Du 20 au 26 déc. 1885.	69	23		8		2		2	
Du 27 déc. 85 au 2 janv. 86	73	27	1	8		1		3	
<b>Havre</b> (105,867 hab.)									
Du 20 au 26 déc. 1885.	62	22							
Du 27 déc. 85 au 2 janv. 86	52	40				1	2		1
<b>Elbeuf</b> (23,152 hab.)									
Du 20 au 26 déc. 1885.	12	7							
Du 27 déc. 85 au 2 janv. 86	12	7							
<b>Dieppe</b> (22,003 hab.)									
Du 20 au 26 déc. 1885.	8	2		1					
Du 27 déc. 85 au 2 janv. 86	23	11		1		3			
<b>Lisieux</b> (16,039 hab.)									
Du 20 au 26 déc. 1885.	20	1	2						
Du 27 déc. 85 au 2 janv. 86	13	2							

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 20 au 26 décembre 1885 : *Variole*, 7 entrées ; *rougeole*, 7 entrées, 5 décès ; *érysipèle*, 1 décès ; *diphthérie*, 4 entrées, 1 décès ; *coqueluche*, 1 entrée.

Du 27 décembre 1885 au 2 janvier 1886 : *variole*, 1 décès ; *rougeole*, 5 entrées, 3 décès ; *scarlatine*, 1 entrée ; *érysipèle*, 2 entrées ; *diphthérie*, 3 entrées, 2 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 20 au 26 décembre 1885 :

*Rougeole*, 4 ; *érysipèle*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 7 ; *coqueluche*, 6.

Du 27 décembre 1885 au 2 janvier 1886 : *rougeole*, 5 ; *scarlatine*, 1 ; *érysipèle*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 3 ; *diphthérie*, 2 ; *coqueluche*, 2.

— On remarquera la fréquence croissante que présente la *rougeole* à la table de mortalité et à celle des maladies régnantes ; une véritable épidémie règne dans la plupart des grandes villes de France, dont nous recevons les tableaux statistiques, et en particulier à Paris. Signalons encore une recrudescence dans les cas de *variole*, bien qu'il n'y ait pas d'épidémie à proprement parler.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS,

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

**AVIS. — Tous les Abonnements partent du 1<sup>er</sup> Janvier. Les Abonnés pour l'année 1886 recevront les numéros parus en 1885, et sont priés de désigner à l'Administration du Journal ceux qui leur manquent.**

---

SOMMAIRE : *Travaux cliniques* : Note sur le cancer latent de l'estomac, par le D<sup>r</sup> Le Clerc. — Faits pour servir à l'étude des affections cutanées d'origine nerveuse, par le D<sup>r</sup> Gendron. — *Thérapeutique oculaire* : Causes et prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par le D<sup>r</sup> Gauran. — *Varia*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX CLINIQUES

---

### Note sur le cancer latent de l'estomac,

Par le D<sup>r</sup> R. LE CLERC (de Saint-Lô),

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

---

Je n'ai pas l'intention, dans cet article, de refaire l'histoire des cancers latents de l'estomac. Tous les cliniciens savent du reste, qu'après le cancer du poumon, c'est la néoplasie stomacale qui prête le plus souvent au doute, j'allais presque dire à l'erreur. D'ailleurs, cette question ébauchée déjà par Loiseaux, dans sa thèse, a été traitée de main de maître par Chesnel en 1877, dans sa dissertation inaugurale.

Je veux simplement relater ici quelques observations dans lesquelles le diagnostic est demeuré incertain, à peu près impossible, pendant la plus grande partie de la vie morbide des malades.

Le premier cas en date remonte à l'année 1878. C'est un souvenir d'études, alors que j'avais l'honneur d'être interne provisoire chez mon excellent maître, M. Desnos.

On amena un matin à la Pitié un homme d'une cinquantaine d'années, qui s'était affaissé dans la rue et avait eu une selle diarrhéique involontaire. Cet homme avait toute son intelligence et répondait parfaitement aux questions, lorsque M. Desnos l'examina; son bilan pathologique était nul.

Il prétendait parfaitement se porter avant l'accident qui l'amena à l'hôpital. Il mangeait et digérait bien, n'avait pas maigri. On ne trouvait rien du côté des viscères thoraciques ou abdominaux. L'habitus extérieur du malade n'offrait rien à signaler; cet homme était hâlé par le soleil, à cause de ses travaux chez les maraîchers de Paris. Le seul et unique symptôme, c'était le méloena, dont on retrouva les traces dans le pantalon du malade. Ce dernier

resta dans le service, avec son appétit normal, buvant son demi-litre de vin par jour, présentant des garde-robés sans caractères bien tranchés. Au bout de huit jours survint une phlegmatia alba dolens à gauche, l'appétit disparut, les forces déclinerent et le malade mourut huit jours après. L'autopsie montra un cancer stomacal situé au niveau de la petite courbure et empiétant sur la face postérieure.

Chesnel, dans sa thèse, considère plusieurs formes au cancer latent : formes dyspeptique, péritonitique, thoracique, cardiaque. N'y aurait-il pas lieu d'ajouter une nouvelle modalité et de créer « la forme intestinale » du cancer latent dont cette observation serait un exemple.

J'ai risqué, sans arrière-pensée, cette forme « intestinale » du cancer latent de l'estomac, en me guidant d'après les divisions de Chesnel. Je n'abuserai cependant pas de cette façon de procéder, et je rapporterai l'observation qui suit telle qu'elle a été prise, au jour le jour, avec les impressions que j'ai retirées de chaque examen, afin que l'on saisisse mieux les méprises que la clinique nous réserve chaque jour.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, marchand de pores, d'une constitution athlétique, ayant toujours mené une existence très active. Grand mangeur, meilleur buveur encore, il n'avait souvenance, en fait de maladie, que de quelques douleurs rhumatismales dans les cou-de-pied et les genoux. J'eus l'occasion de voir cet homme pour la première fois le 24 décembre 1883, en consultation avec M. le Dr Lefranc.

Depuis un an, le malade était dégoûté de la viande et ne vivait que d'œufs, de légumes, de fruits, qui d'ailleurs n'occasionnaient aucun trouble digestif. Cependant, au bout de huit mois de ce régime, il commença à ressentir quelques douleurs épigastriques, et trois mois après, se fatiguant dans ses courses, il resta chez lui et finit par s'aliter, d'autant plus qu'il se plaignait d'accès de fièvre vers la fin de la journée et de nouvelles souffrances dans la région ombilicale.

Voici le résultat de notre premier examen : Langue pâteuse, un peu saburrale ; pas de vomissements ; selles non décolorées, normales et n'ayant jamais présenté d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Les sclérotiques sont légèrement jaunâtres, mais la peau ne présente pas la moindre trace d'ictère.

L'abdomen a la forme d'un ventre de batracien ; il est tendu, sonore, excepté dans la région sous-ombilicale où existe une matité variable suivant les positions prises par le malade, et où l'on ne perçoit au doigt aucune crépitation, mais une sensation de flot. La palpation n'y est aucunement douloureuse et cependant le malade y accuse une douleur spontanée, tensive et continue. Pas de circulation collatérale.

L'examen méthodique de tous les viscères sus-ombilicaux ne donne que des résultats très vagues à cause de l'énorme tympanisme qui existe dans la région.

Rien au cœur; pouls à 100 pulsations.

Quelques râles muqueux aux deux bases.

Urines peu abondantes, rouges, avec un reflet acajou, fortement chargées d'urates, ne donnant ni sucre, ni albumine par l'analyse, mais un peu de pigment biliaire.

Notre diagnostic fut celui de cirrhose du foie; nous instituâmes donc le traitement en conséquence.

30 décembre. — Le malade a été pris hier de vomissements bilieux répétés et de hoquet. Les douleurs hypogastriques ont disparu et se sont localisées à l'épigastre.

Vésicatoire morphiné au creux épigastrique.

Glace et boissons glacées.

2 janvier 1884. — Le hoquet a disparu, mais les vomissements persistent. Les urines sont limpides et beaucoup moins foncées.

Injections de morphine.

3 janvier. — Langue sèche, intolérance gastrique absolue. Dans la journée du 2, un vomissement de sang presque pur. Méléna.

Les matières vomies depuis ce matin et conservées dans des récipients différents sont constituées soit par de la bile brun verdâtre, soit par un liquide marc de café.

Nous nous demandâmes à ce moment s'il n'y avait pas lieu de soupçonner un néoplasme stomacal. Cependant nous nous en tinmes à notre impression première; nous pensâmes que les vomissements et le hoquet étaient dus à une irritation de la séreuse sous-diaphragmatique, que sous l'influence de ces vomissements des varices œsophagiennes s'étaient rompues et avaient été le point de départ des hématoméses et des méléna.

4 janvier. — Facies grippé, tremblement des mains, intelligence obtuse.

Vomissements continus brunâtres, à odeur infecte. Méléna.

Le tympanisme a beaucoup diminué. Ainsi on peut sentir aux confins de la région épigastrique et de l'hypochondre gauche une masse aplatie, dure, dont il est assez difficile d'apprécier les limites.

Léger œdème des jambes.

5 janvier. — La dépressibilité de l'abdomen permet de reconnaître, dans la région épigastrique, une tumeur diffuse qui semble bien appartenir à l'estomac, car le foie ne débordé pas le rebord costal droit.

Mort à 11 heures du matin.

Point n'est besoin de discuter longuement le diagnostic. Il est évident que tout d'abord la cirrhose s'imposait. Mais lorsque nous pûmes toucher du doigt l'induration épigastrique, il me semble que le doute n'était plus permis et que nous devons abandonner l'hypothèse d'affection du foie. En admettant le cancer d'estomac, il était facile de formuler la succession des accidents. Des troubles digestifs ouvrent la scène au mois de décembre 1882 et persistent tels pendant un an. Il est possible que dans ce laps de temps la tumeur ait été appréciable. Vers la fin survient une

phlegmasie péritonéale caractérisée par les douleurs ombilicales, hypogastriques, l'épanchement hydrophlegmasique, le météorisme sus-ombilical, le hoquet, les vomissements bilieux qui bientôt deviennent hématémèses noires de par le fait des contractions gastriques. Cette marche est absolument rationnelle et satisfait mieux l'esprit que le diagnostic d'une cirrhose veineuse évoluant en un an et manquant de signes primordiaux.

En fin de compte il n'y aurait point là de cancer latent, si ce n'est pour nous, observateurs de la dernière heure. A une époque ce cancer devait être parfaitement tangible et n'a fait que donner lieu à une complication péritonitique qui a masqué la vraie nature de la maladie et a terminé la scène morbide.

Ma troisième observation se rapporte à un malade âgé de 59 ans, que je vis avec mon confrère, le D<sup>r</sup> Thomas.

Ce monsieur avait présenté quelques troubles digestifs au mois de février 1884. Ces troubles pouvaient se résumer en pesanteurs d'estomac, aigreurs et régurgitations le soir. Il y avait en même temps une diminution de l'appétit.

En septembre, le malade consulta M. le professeur Hayem, qui constata une dilatation de l'estomac, tout en réservant son diagnostic sur la cause de la dilatation et conseilla des lavages d'estomac et le régime lacté. Ce traitement améliora la situation digestive de notre malade, mais n'empêcha pas les forces de décliner graduellement.

Au mois de décembre, hémiplégie gauche progressive, complète, avec intégrité des sphincters. Je n'insiste pas. Du côté de l'estomac on ne trouva à noter que des douleurs spontanées légères, de la dilatation, mais aucune tumeur.

A ce moment nous faisons deux lavages par semaine ; puis nous les éloignons et nous ne les pratiquâmes plus que tous les douze jours, jusque vers le milieu de mars. L'eau de Vichy revenait à peu près limpide et sans résidus grisâtres. Le malade prenait quatre litres de lait par jour, plus deux bols de gluten. Malgré tout, l'amaigrissement continuait.

Vers le 19 mars, à la suite d'une alimentation solide continuée pendant quatre jours, le malade fut repris de pyrosis, de régurgitations. La dilatation reparut telle, que l'on entendait un bruit de clapotement dans les mouvements exécutés par le malade dans son fauteuil. Cette recrudescence dans les accidents exigea des lavages de plus en plus fréquents, si bien qu'au 26 mars on faisait un lavage par jour.

Le 30 mars, deux heures après un lavage à l'eau de Vichy tiède, il y eut un vomissement couleur de café léger. C'est le seul symptôme qui ait pu nous donner quelque certitude sur l'affection à laquelle nous avions affaire, car jamais nous n'avons trouvé, M. Thomas et moi, la moindre induration stomacale. Nous visitâmes encore le malade deux heures avant sa mort, le 1<sup>er</sup> avril ; notre examen fut aussi négatif que précédemment.

Ce troisième cas n'est tout probablement qu'un cancer. M. Hayem le crut et fit part de ses craintes à un parent du malade; le Dr Thomas et moi n'en avons jamais douté un seul instant. C'est de plus un cancer latent au premier chef, puisque nous n'avons jamais trouvé de signe de certitude, et que le seul symptôme un peu saillant a été le vomissement biléâtre des derniers jours. Enfin, et pour compléter notre diagnostic, nous dirions que c'est un cancer latent à forme dyspeptique ou même à forme ectasique.

Je n'ignore pas les objections que l'on pourrait me faire, et entre autres celle-ci: « que nous avons affaire à un cas de gastrite chronique avec dilatation sans obstacle pylorique. » Mais cette objection, qui prend sa raison d'être dans les observations de M. Bernheim, de Nancy (*Soc. de méd. de Nancy, 1881*), perd, je crois, une grande partie de sa valeur, si l'on songe que les malades de M. Bernheim étaient de vieux dyspeptiques, souffraient depuis dix et quinze ans. Notre malade, au contraire, n'avait jamais eu d'accidents du côté de l'estomac; chez lui l'affection a évolué en treize mois, et cette marche rapide n'est pas le fait d'une gastrite chronique.

Je n'ai qu'un regret en relatant ces deux dernières observations, c'est de n'avoir pu contrôler le diagnostic par la nécropsie. Les faits cliniques n'en restent pas moins; et malgré leur lacune, serviront, par rapprochement, à élucider certains points de diagnose.

---

### Faits pour servir à l'étude des affections cutanées d'origine nerveuse,

Par F. GENDRON.

---

Depuis l'époque assez récente, où il a été démontré que certaines affections cutanées avaient une origine neuropathique, l'étude des faits cliniques et les recherches anatomo-pathologiques nous ont chaque jour fait reconnaître qu'il fallait attribuer un rôle plus important aux lésions nerveuses dans le développement des dermatoses.

Cette découverte a permis d'expliquer la localisation ou la distribution si spéciales que présentent quelques affections de la peau, ainsi que divers symptômes dont elles s'accompagnent. En clinique elle a également ses conséquences pratiques, elle nous

fournit un nouvel élément de diagnostic des maladies du système nerveux.

Les lésions cutanées consécutives aux altérations des nerfs périphériques ont été l'objet des premiers travaux. Après que Parrot, Bærensprung et Charcot eurent fait la preuve de l'origine névritique du zona, les mêmes recherches furent étendues à la pathogénie d'autres affections; elles établirent que beaucoup ne sont que des troubles trophiques secondaires à des névrites.

Cette opinion est aujourd'hui très généralement admise pour le mal perforant. Certaines gangrènes surviennent à titre de complication de névrite, et récemment encore j'observais un malade qui présentait aux deux pieds des plaques multiples de sphacèle superficiel dépendant d'une névrite a frigore; ces faits ont d'ailleurs été bien démontrés anatomo-pathologiquement par Pitres et Vaillard en 1883.

Les éruptions eczémateuses peuvent être liées à des altérations des nerfs périphériques, sans qu'aucun traumatisme intervienne. Un cas d'*eczéma d'origine névropathique* que j'ai communiqué dernièrement à la Société de Médecine de Rouen en est un intéressant exemple.

Une femme C..., âgée de 38 ans, laveuse, commence, le 27 novembre 1885, à sentir au sommet de l'épaule gauche de vives douleurs, sous forme d'élançements, et entravant les mouvements de l'articulation. Ces douleurs persistent le 28 et s'aggravent sans que le tégument de toute la région présente autre chose qu'un peu de rougeur. Le 29, la malade y aperçoit une éruption encore discrète de petits boutons miliaires. Cette éruption s'accrut peu à peu.

Le 2 décembre, lorsque j'observe la malade à la consultation du dispensaire Martainville, l'éruption est très exactement délimitée à la région deltoïdienne; elle s'arrête en haut au niveau de la clavicule et de l'épine de l'omoplate, en avant elle s'étend un peu sur le grand pectoral, en arrière elle gagne la fosse sous-épineuse jusqu'au bord postérieur du deltoïde, sur le bras elle descend jusqu'au dessus de l'insertion du deltoïde en se prolongeant sur la paroi bicipitale de l'aisselle; la face postérieure du bras est tout à fait indemne. Cette éruption est formée de petites vésicules serrées les unes contre les autres, reposant sur un fond érythémateux, et non isolées par groupes. La surface n'est pas sécrétante excepté au niveau de l'aisselle; quand on ouvre les vésicules, elles laissent suinter un peu de sérosité opalescente. Sur toute la région correspondant à l'éruption, il existe de l'hyperesthésie. En explorant la sensibilité du plexus brachial on trouve des points douloureux bien nets sur le bord postérieur du deltoïde, sur son bord antérieur au niveau de l'apophyse coracoïde, dans la gouttière humérale du nerf radial, enfin au-dessus et un peu en avant de l'épicondyle. Les douleurs spontanées ont beaucoup augmenté depuis le début, elles reviennent sous forme d'élançements, de tiraillements, et restent localisées dans l'épaule, elles s'accompagnent d'un fort prurit.

Il y a deux ans, cette femme a présenté, au niveau de la même épaule, des accidents tout à fait semblables, avec douleurs névralgiques suivies d'une éruption eczémateuse qui avait la même distribution que celle-ci, si ce n'est qu'elle descendait jusqu'à la saignée du bras. A part cela, cette femme est d'une bonne santé et ne présente ni dans ses antécédents, ni dans son état actuel, aucune trace d'herpétisme.

Je lui fais pratiquer des applications de liniment chloroformé sur l'épaule.

Les jours suivants l'éruption reste limitée, les vésicules se sèchent; les douleurs spontanées deviennent moins vives puis disparaissent, la sensibilité des points douloureux et l'hypéresthésie persistent un peu plus. Le 12 décembre tous ces symptômes sont très peu marqués.

Les détails de l'observation ne laissent aucun doute sur la nature névropathique de cet eczéma; le mode de début, la distribution, la récurrence sont les principaux caractères sur lesquels on peut s'appuyer pour en faire un eczéma secondaire à une névralgie du nerf circonflexe; l'exploration des points douloureux a montré qu'il s'agissait bien de cette variété de névralgie, et la distribution de l'éruption répondait à la distribution du nerf.

Le fait que je viens de relater n'est pas isolé, pourtant les observations n'ont pas encore été assez multipliées pour qu'on sache si les eczémas développés dans ces conditions, sont des lésions banales secondaires à des altérations accidentelles des nerfs, étrangères à l'herpétisme, ou si, au contraire, les altérations nerveuses ne sont pas le mode pathogénique suivant lequel se développent certaines manifestations de l'herpétisme. Cette opinion, sans devoir être applicable à tous les eczémas d'origine névropathique, serait justifiée par des raisons cliniques que le Dr Rendu a bien fait valoir: « Rien n'est plus commun que de trouver signalées, alternant ou coïncidant avec l'affection cutanée, soit des migraines, soit des névralgies, soit des douleurs nerveuses viscérales, tous accidents qui, d'après Bazin, sont des manifestations de la diathèse arthritique ou herpétique. Mais la diathèse elle-même, cette influence cachée qui se traduit par des phénomènes si différents en apparence, devient bien plus saisissable si l'on envisage le système nerveux comme l'intermédiaire obligé de certaines éruptions arthritiques ou dartreuses. »

L'existence de troubles trophiques cutanés consécutifs aux affections du système nerveux central, moelle ou cerveau, est aussi certaine; cependant les exemples n'en sont pas très communs et nos connaissances sur ce point sont encore très limitées.

Les relations qui existent entre certaines lésions cérébrales et le développement rapide de diverses altérations trophiques ont été mises en évidence par Charcot; c'est lui qui nous a fait connaître le *décubitus acutus* des apoplectiques, et qui a établi que

c'était une altération trophique d'origine cérébrale. Parmi les affections cutanées qui pourraient encore se développer sous l'influence des lésions partielles de l'encéphale, il a en outre signalé le zona ; mais à l'époque où il professait ses leçons, les cas qu'il avait pu recueillir n'étaient ni assez nombreux ni assez démonstratifs pour qu'il pût alors formuler une opinion sans réserves.

Ils ne se sont guère multipliés depuis, aussi vais-je rapporter ici une observation de *zona dans le cours d'une hémiplégié avec hémianesthésie*, que j'ai présentée à la Société de Médecine de Rouen.

Une fille C..., âgée de 20 ans, m'est amenée par sa mère, au mois de novembre 1883. Elle présente un zona cervical gauche formé de quatre groupes vésiculeux dispersés dans le creux sus-claviculaire, en avant du larynx, au-dessous de l'extrémité antérieure de la clavicule et un peu au-dessus du sein.

Cette éruption s'est faite à son insu, elle n'a éprouvé aucune douleur, c'est la mère qui l'a remarquée trois jours avant de venir au dispensaire.

J'ai déjà observé cette malade il y a deux ans, à cette époque je constatai qu'elle était atteinte d'hémiplégié gauche avec hémianesthésie complète du même côté. Cet état remonterait au premier âge. D'après les renseignements fournis par la mère, elle a toujours été inintelligente, et elle est assez fréquemment atteinte d'attaques épileptiformes.

Au moment où je la revois, son état n'est pas modifié. J'explore de nouveau la sensibilité, et je peux constater que l'anesthésie à la piqûre persiste même au niveau des groupes vésiculeux. Malgré son insuffisance intellectuelle, la malade définit assez bien ses sensations, l'insensibilité est absolue même aux piqûres profondes aussi bien dans la région cervicale que sur le reste du côté gauche.

L'évolution de ce zona n'a d'ailleurs présenté aucune particularité, à part son indolence absolue.

Dans les cas recueillis par Charcot, le zona était survenu en même temps que l'hémiplégié; ici il s'est développé très longtemps après; mais, depuis le début de sa paralysie, la malade est restée sujette aux attaques apoplectiformes. Cette remarque n'est pas sans importance, car la même poussée au niveau du foyer cérébral, qui provoque l'attaque apoplectiforme peut avoir déterminé l'éruption de zona.

Cette observation n'est, à vrai dire, guère plus démonstrative que celles qui l'ont précédées; il faut cependant y relever le siège de la lésion cérébrale qui se trouve déterminé par l'association des symptômes. Cette lésion occupe un point confinant précisément à la partie postérieure de la couche optique qu'on a considérée comme un centre trophique.

---

## THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

---

### Causes et prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

PAR LE D<sup>r</sup> GAURAN,

Chirurgien de l'Institut ophtalmique départemental.

---

Parmi les affections oculaires susceptibles de déterminer une cécité complète et irrémédiable, il n'en est aucune qui fournisse à cette redoutable infirmité un contingent plus considérable, que l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. En Allemagne, les statistiques fournies par les établissements d'aveugles évaluent à 40 % de leur population les aveugles par blennorrhée.

En France, ce nombre serait encore plus considérable: 46 % suivant Claisse, 69 % d'après Daumas.

Et cependant, nous pouvons dire aujourd'hui qu'il n'existe aucune autre maladie oculaire à laquelle on puisse appliquer une prophylaxie plus certaine par des moyens plus simples, à la portée des personnes même les plus étrangères à l'art de guérir.

Nous pensons être utile à nos confrères, lecteurs de ce journal, en portant à leur connaissance certains faits bien acquis, encore peu répandus dans la pratique ordinaire, mais dont la vulgarisation nous semble devoir dépasser les bornes mêmes du monde médical.

Souvent en effet, dans les campagnes, les accouchements sont confiés aux sages-femmes, même aux matrones, et c'est parmi ces auxiliaires du médecin-praticien qu'il importe de propager les quelques préceptes d'application si facile qui font l'objet de cet article.

Nos confrères verront ainsi disparaître peu à peu ces pratiques invraisemblables qui dominent encore toute la thérapeutique de l'ophtalmie purulente en dehors du médecin, bien entendu, presque toujours appelé à traiter des cas désespérés.

La prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés devant nécessairement dépendre de la parfaite connaissance des causes de l'infection, nous devons d'abord mentionner celles-ci :

Et tout d'abord il n'en existe qu'une.

Cette proposition n'est absolue que tout autant que le nouveau-né est isolé et non en contact avec d'autres causes d'infection que la mère, — un nourrisson infecté, par exemple, — hypothèse dans laquelle nous nous plaçons ici.

— « Quel que soit le mode de propagation, le principe du con-

tage est seul contenu dans les sécrétions *virulentes* utéro-vaginales de la mère.

— « Les lochies non virulentes ne donnent pas d'ophtalmie purulente. (Expériences de Zweifel). »

L'infection s'opère :

1° Dans l'utérus même (Hausman).

2° Dans le vagin.

3° Par le lavage de l'enfant après sa naissance ;

4° Par les mains de la garde, de la mère, après contact avec la sécrétion lochiale virulente.

Dans le premier cas, la blennorrhée apparaît au moment de la naissance.

Dans les deuxième et troisième cas, dans les trois jours de la naissance.

Dans le quatrième cas, après le cinquième jour de la naissance, et au-delà.

### *Prophylaxie.*

Première indication à remplir :

Désinfection des parties de la mère avant et après l'accouchement. Par quelles substances ?

Le sublimé est un puissant antiseptique, toutefois son emploi répété peut présenter certains dangers, et doit être exclusivement réservé à l'homme de l'art. La solution au 400<sup>e</sup> et même au 500<sup>e</sup> est suffisamment antiseptique.

L'eau phéniquée à 2 0/0 employée deux fois par jour est un excellent moyen de désinfection, qui peut être manipulé sans inconvénients, par tout le monde ; à ce titre, il est à recommander.

Deuxième indication :

Lavage des yeux de l'enfant. Tous les antiseptiques successivement employés : sublimé, acides salicylique, borique, phénique, ont cédé le pas après expériences, à la solution de nitrate d'argent à 1/50.

L'usage de l'acide phénique doit être proscrit. Inefficace à doses faibles, très nuisible à la cornée à doses plus fortes.

*Ne jamais laver les yeux de l'enfant avec l'eau du bain, ni avec l'éponge qui a servi à laver le corps.*

Ces deux moyens prophylactiques se complètent, mais pris isolément n'ont pas une égale valeur. La désinfection seule des organes de la mère est insuffisante ; la désinfection des yeux de l'enfant est seule véritablement préventive.

Que la première indication ait été ou non remplie, la seconde sera toujours nécessaire.

Manière de procéder :

1° Aussitôt que la tête est passée *et avant la section du cordon*, laver les paupières de l'enfant avec de l'eau propre en se servant de linges et d'éponges particulières ;

2° Donner le premier bain en préservant le visage de l'enfant de l'eau du bain ;

3° A la sortie du bain, à l'aide d'un bâton de verre trempé dans une solution de nitrate d'argent à 1/50, instiller une goutte dans chacun des yeux.

Cette méthode connue sous le nom de méthode de Crédé a donné des résultats incomparablement supérieurs à toutes celles conjointement employées. Sur 1,600 nouveau-nés traités par sa méthode, Crédé n'a constaté que 102 cas de blennorrhée, la moyenne ordinaire étant environ de 10 blennorrhéiques pour 100 naissances.

La prévention de la blennorrhée des nouveau-nés par la méthode de Crédé, a été de la part de quelques gouvernements étrangers (Autriche, Prusse, Hongrie, Suisse) l'objet de certaines mesures administratives que l'on désirerait voir imitées chez nous.

En attendant qu'il en soit ainsi, il appartient au médecin-praticien de vulgariser, le plus possible, ces sérieuses connaissances, principalement parmi les sages-femmes et matrones qui sont presque chaque jour aux prises avec la blennorrhée des nouveau-nés.

---

## VARIA

---

Nous parlions dans le précédent numéro de quelques modifications apportées au règlement des Facultés ou Ecoles d'enseignement supérieur. Aujourd'hui, nous devons citer les conclusions d'un rapport présenté à la Faculté de médecine de Montpellier, et adopté par elle, sur *les inconvénients du nouveau régime d'études, institué par le décret du 20 juin 1878*. Cette question d'enseignement a une bien autre importance au point de vue des Ecoles préparatoires, que la réglementation sur la nomination des doyens ou des directeurs. Voici d'abord les conclusions formulées par M. Grasset, au nom de la commission :

« Nous demandons le rétablissement des examens de fin d'année, conformément aux programmes du 8 juillet 1854 ; les éléments de l'anatomie (ostéologie, arthrologie et myologie), nous paraissent en effet devoir être maintenus en première année. Les élèves arriveraient ainsi à leur seconde année, prêts à disséquer,

tandis qu'aujourd'hui ils négligent profondément ces prolégomènes indispensables de l'anatomie et ne sont jamais si embarrassés à leur examen que quand on leur demande de décrire le sphénoïde. En outre, nous demanderions, en plus des examens anciens, un examen de fin de quatrième année, qui devrait porter sur la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale et les accouchements, afin que toutes les branches de l'enseignement fussent d'abord isolément représentées dans les examens de fin d'année avant de reparaitre synthétiquement dans les examens de doctorat.

Les examens définitifs se passeraient tous après le seizième trimestre d'études. La seule modification à introduire dans les anciens programmes porterait sur l'ordre de ces épreuves. En les plaçant, pour cette révision, dans l'ordre même que les matières occupaient dans l'étude analytique, on aurait : le 1<sup>er</sup> examen, consacré aux sciences physico-chimiques et naturelles; le 2<sup>e</sup>, à l'anatomie et à la physiologie; le 3<sup>e</sup>, aux pathologies et accouchements; le 4<sup>e</sup>, à la thérapeutique, à l'hygiène et à la médecine légale, et le 5<sup>e</sup>, aux cliniques et à l'anatomie pathologique.

Il va sans dire que les dispositions du décret de 1878, relatives aux baccalauréats et au caractère obligatoire des travaux pratiques, resteraient en vigueur : ce sont de vrais progrès qu'il ne faut pas abandonner. »

Nous aurions peut-être certaines réserves à faire au sujet du plan général d'études du programme de 1854, et sur l'opportunité qu'il y aurait à y revenir purement et simplement, ou à lui apporter certaines importantes modifications. Mais en laissant de côté pour l'instant ces questions de détail, nous ne pouvons qu'approuver énergiquement les conclusions de la Faculté de Montpellier, si nous nous plaçons au point de vue des intérêts des Ecoles secondaires.

Le décret de 1878 devait être un coup mortel porté aux Ecoles, si l'on venait à adopter ensuite la suppression des officiers de santé. La nécessité d'aller passer tous leurs examens dans une Faculté enlevait en effet aux aspirants au doctorat leurs meilleures raisons de passer dans les écoles leurs premières années d'études; on l'a bien constaté dans la plupart d'entre elles. L'officiat supprimé, à quoi auraient-elles encore servi? De nouveaux décrets ont depuis apporté un certain tempérament au bouleversement excessif du décret de 1878, sous condition de réorganisation. Mais ils ont en même temps créé des impedimenta considérables aux deux examens passés dans les Ecoles, dont quelques-

uns seront bientôt signalés par les nombreux professeurs des Facultés obligés de voyager de ville en ville. Le retour aux examens de fin d'année serait plus net, plus franc, plus commode, et il ne serait pas difficile, croyons-nous, de trouver les moyens de corriger les inconvénients que pouvait avoir l'autonomie des Ecoles dans cette question. Sera-ce une raison suffisante pour que cette réforme se produise? La Faculté de Montpellier aura du moins l'honneur de l'avoir, la première, hautement réclamée.

---

## NOUVELLES

---

— Le fils d'un de nos regrettés confrères de Rouen, M. Nicolle, ancien élève de l'Ecole de médecine de Rouen, vient d'être classé le second dans le concours pour l'internat en médecine des hôpitaux de Paris. Nous adressons nos félicitations et nos compliments de bienvenue à notre nouveau collègue.

— **Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.** — *Réunion extraordinaire du 18 mars 1886, questions à y traiter.* — Très honoré et cher Confrère, nous avons l'honneur de vous adresser, ci-joint, une circulaire relative à l'élection du Président de l'Association générale. Cette élection, vous le savez, doit se renouveler tous les cinq ans. La précédente date du 20 mars 1881; le Conseil général a décidé que la prochaine aurait lieu le 18 mars 1886. Toutes les Sociétés locales devront donc se réunir à cette date.

Afin de leur permettre d'utiliser le mieux possible cette réunion extraordinaire, nous aurons soin de vous faire parvenir, quelques jours à l'avance, les deux Rapports préparés par les Commissions spéciales auxquelles a été renvoyée l'étude des vœux pris en considération par l'Assemblée générale de 1883, et qui ont pour objet, l'un le projet de création d'un ordre des médecins, l'autre la question des déclarations de décès dans ses Rapports avec le secret médical. Chaque société aura ainsi le loisir d'étudier complètement ces deux Rapports avant la prochaine Assemblée générale, qui aura lieu à Paris, le 2 et le 3 mai 1886.

Nous devons encore appeler votre attention sur une question d'une grande importance. A la suite de la confirmation, par la Cour de Cassation, du jugement du tribunal de Domfront et de l'arrêt de la Cour de Caen relatifs aux Syndicats médicaux, plusieurs Sociétés locales ont exprimé le vœu que l'Association générale des médecins de France s'adressât au Parlement en vue d'obtenir que le bénéfice de la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels, fût étendu aux membres des différentes professions libérales et notamment aux membres du corps médical.

Une demande d'intervention, dans le même sens, a été adressée au Conseil général, par M. le Président de l'Union des syndicats médicaux de France. Au lieu d'agir par lui-même, le Conseil a pensé que c'était à la prochaine

Assemblée générale de l'Association qu'il appartenait de se prononcer sur la conduite à tenir dans cette circonstance. Il convient donc que chaque Société locale se prépare à faire connaître son opinion à cet égard, par le ou les délégués qui seront chargés de la représenter dans les séances des 2 et 3 mai 1886. Nous vous prions, très honoré et cher Confrère, d'agréer l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

*Le Président, H. ROGER.*

*Le Secrétaire général, A. FOVILLE.*

— **Statue à Bretonneau, Velpeau et Trousseau.** — La « Société locale de Médecine d'Indre-et-Loire » a décidé dans sa dernière assemblée générale, d'ouvrir une souscription en vue d'élever à Tours un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau. Elle a pensé « que toutes les Sociétés savantes de France, que toutes les Facultés et Écoles de Médecine, que toutes les Sociétés locales agrégées à l'Association Générale, que tous les anciens élèves de ces illustres Maîtres tiendraient à honneur de participer à ce juste tribut offert à la mémoire de savants glorieux qui n'ont pas seulement honoré leur pays natal, la Touraine, mais encore porté au loin le renom de la Médecine française. » Un comité de souscription composé d'anciens élèves de Bretonneau, Velpeau et Trousseau a été constitué à Paris pour faire œuvre de propagande. Ce comité est ainsi composé : MM. Peter, président ; Blondeau, Bouchard, Damaschino, Després, Dieulafoy, Dumontpallier, Guyon, Ed. Labbé, E. Moynier, Martineau, Vidal, secrétaires. Les souscripteurs sont priés d'envoyer leur cotisation à l'un des membres du Comité qui se chargera de la transmettre au Comité de Tours représenté par M. le professeur L. Thomas, à Tours.

— Bouley semble devoir aussi entrer dans l'immortalité par l'érection d'une statue, que projettent ses confrères reconnaissants de l'illustration acquise à son nom. — A la nouvelle de sa mort, la Société de médecine vétérinaire de la Gironde a, la première, émis « le vœu qu'un monument fût élevé à sa mémoire par l'initiative de la Société centrale, comme expression des sentiments de reconnaissance et de respectueuse vénération que tous les vétérinaires de France seront heureux de manifester en faveur du grand Maître qui honora si dignement, toute sa vie, la profession de vétérinaire. » Dès sa première réunion, la Société centrale a été unanime pour nommer une Commission chargée de l'exécution. Cette Commission a décidé : 1° Que par ses soins un monument serait élevé à la mémoire de M. BOULEY. 2° Que ce monument serait placé à l'École d'Alfort, où s'est écoulée la plus grande partie de sa vie scientifique et professionnelle. 3° Qu'il serait fait appel, par voie de souscription, à tous les Vétérinaires de la France et de l'Étranger, au corps médical, à toutes les Compagnies savantes auxquelles M. BOULEY a appartenu, à tous les amis de la science et à tous les amis particuliers, nombreux, du savant à jamais regretté, pour participer à cette souscription, à laquelle la Société de la Gironde s'était déjà inscrite pour une somme de *deux cents francs*. — La souscription est ouverte à la Librairie ASSELIN et HOUZEAU, éditeurs du *Recueil de Médecine Vétérinaire* dont M. BOULEY a été pendant cinquante ans le rédacteur en chef, place de l'École de Médecine, à Paris. Cette souscription sera close après un délai de 3 mois.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÉS	DÉCÉS de 0 à 2 ans.	DÉCÉS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	APP. PUERF.	COQUELUCHE
<b>Rouen</b> (105,908 hab.)										
Du 3 au 9 janvier 1886.	82	30	1	3		3				
Du 10 au 16 janvier . . .	94	41	2	2		4				
Du 17 au 23 janvier . . .	87	23	1	1		2	3	1		
<b>Havre</b> (105,867 hab.)										
Du 3 au 9 janvier 1886.	67	25	2			3				1
Du 10 au 16 janvier . . .	72	18				1	1		1	
Du 17 au 23 janvier . . .	49	10				1	1			
<b>Elbeuf</b> (23,152 hab.)										
Du 3 au 9 janvier 1886.	6									
Du 10 au 16 janvier . . .	13	3								
Du 17 au 23 janvier . . .	9	3								
<b>Dieppe</b> (22,003 hab.)										
Du 3 au 9 janvier 1886.										
Du 10 au 16 janvier . . .	10	3								
Du 17 au 23 janvier . . .	14	4		1	1	2				
<b>Lisieux</b> (16,039 hab.)										
Du 3 au 9 janvier 1886	16	3			1	1				
Du 10 au 16 janvier . . .	8	1					1			
Du 17 au 23 janvier . . .	10									

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 3 au 9 janvier 1886 :

*Variole*, 2 entrées; *rougeole*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 2 entrées; *diphthérie*, 4 entrées, 3 décès.

Du 10 au 16 janvier : *varirole*, 8 entrées, 2 décès; *rougeole*, 1 entrée; *érysipèle*, 2 entrées; *diphthérie*, 3 entrées, 4 décès.

Du 17 au 23 janvier : *varirole*, 3 entrées; *rougeole*, 4 entrées (militaires); *érysipèle*, 2 entrées, 1 décès; *fièvre typhoïde*, 1 décès; *diphthérie*, 3 entrées, 1 décès; *coqueluche*, 1 entrée.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 3 au 9 janvier 1886 :

*Varicelle*, 1; *rougeole*, 2; *fièvre typhoïde*, 4; *diphthérie*, 2; *coqueluche*, 17

Du 10 au 16 janvier : *Varirole*, 2; *varicelle*, 2; *rougeole*, 5; *scarlatine*, 1; *érysipèle*, 2; *fièvre typhoïde*, 4; *diphthérie*, 1; *coqueluche*, 7.

Du 17 au 23 janvier : *Varicelle*, 3; *rougeole*, 1; *diphthérie*, 2; *coqueluche*, 8.

# TAMAR INDIEN GRILLON

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT  
Contre **CONSTIPATION**

et les affections qui l'accompagnent, **hémorrhoides, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal, etc.**

Très agréable à prendre. — Ne contient *aucun drastique*, s'emploie sans rien changer aux habitudes et aux occupations de tous les jours; *indispensable et sans inconvénient* même pour les dames enceintes ou en couches, enfants et vieillards.

Ph. GRILLON, 28, rue Grammont, Paris, et Pharmacies. — Boîte : 2 fr. 50.

## ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

Amers et Ferments digestifs  
MÉDICATION SPÉCIFIQUE CONTRE LES

**DYSPEPSIES ♦ ANÉMIE ♦ ANOREXIE ♦ ÉPUISEMENT**

Vomissements, Diarrhées chroniques, Troubles gastro-intestinaux des enfants, etc.  
DOSES : ADULTES, 1 verre à liqueur par repas; — ENFANTS, 1 à 2 cuillerées à dessert.

Employé dans les Hôpitaux de Paris. — Ph<sup>ie</sup> Grez, 34, r. La Bruyère, Paris, & Ph<sup>ies</sup>

Chaque cuillerée contient 50 centig. de Pepsine titrée. — Envoi franco échantillons par colis postal.

## BLENNORRHAGIE, ECOULEMENTS

Aigus ou chroniques de l'URÈTHRE ou de la VESSIE

Guérison assurée en quelques jours sans fatigue pour l'estomac, ni renvois, ni diarrhée, ni odeur des urines, par les **PILULES DE KAVA FOURNIER**.

**KAVA FOURNIER**

Chaque Pilule est marquée *Kava Fournier*, L'ÉTU, 5 fr  
INJECTION AU KAVA pour assurer la guérison, L'ACON 4 fr  
Exiger la Signature :

Dr FOURNIER, 22, Place de la Madeleine, PARIS.

Médaille d'OR, Paris 1885



## Médailles aux Expositions Paris, Vienne, Philadelphie, Anvers

### HYPNONE OU ACETOPHENONE

### Capsulines préparées par Limousin

2 A 6 CAPSULES SUFFISENT POUR OBTENIR LE SOMMEIL

Le Flacon de 20 Capsules dosées à 0.10 centigr. ou 4 gouttes. — PRIX : 3 FR.

Ph<sup>ie</sup> LIMOUSIN \*, 2<sup>bis</sup>, rue Blanche, PARIS. — (Envoi par poste.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

## OREZZA

Eau Minérale Ferrugineuse acidule,  
la plus riche en Fer et Acide carbonique  
Cette EAU n'a pas de rivale pour la guérison des :

**GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE**

ET TOUTES LES MALADIES PROVENANT DE

**L'APPAUVRISSÉMENT DU SANG**

## EAU DE VICHY SOURCE SAINT YORRE.

La plus froide, la plus gazeuse et la moins altérable pour le transport. Elle est souveraine contre les maladies du foie, de l'estomac et des reins, le diabète, la gravelle et la goutte. 20 fr. la caisse de 50 b. en gare de Vichy. — S'adresser à propriété, M. LARBAUD SAINT-YORRE pharmacien à Vichy, ou dans les pharmacies principales.

## BAIN DE PENNÉS

Hygienique, Reconstituant, Stimulant  
Remplace Bains alcalins, ferrugineux,  
sulfureux, surtout les Bains de mer.  
Kaiser-Timbre de l'Etat. — PHARMACIES, BAINS

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

**AVIS. — Tous les Abonnements partent du 1<sup>er</sup> Janvier. Les Abonnés pour l'année 1886 recevront les numéros parus en 1885, et sont priés de désigner à l'Administration du Journal ceux qui leur manquent.**

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : Note sur un cas de lymphangite chronique de la paroi antéro-latérale du thorax, par le Dr Leprévost. — Des amputations ostéo-plastiques du pied, par le Dr F. Hue. — *Bulletin*. — *Académie des sciences*. — *Correspondance*. — *Thérapeutique*. — *Nouvelles*. — *Erratum*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Note sur un cas de Lymphangite chronique de la paroi antéro-latérale du thorax,

Par le Dr LEPRÉVOST,

Chirurgien-adjoint des hôpitaux du Havre, ancien interne des hôpitaux de Paris.

---

Le chapitre consacré, dans les livres classiques, à l'étude de la lymphangite chronique est particulièrement court. Tous les auteurs n'en font pas mention, et ceux qui en parlent se bornent à rappeler les rares observations d'Astley Cooper, d'Andral et de Hallé. Aucun d'eux n'ose s'appuyer sur ces faits d'ailleurs obscurs et lacuneux, pour risquer même une ébauche de description clinique; et dans son récent et remarquable traité de pathologie externe, Paul Reclus fait tenir toute l'histoire de la lymphangite chronique dans les quatre lignes suivantes : « Cette maladie est des moins connues; il semble ressortir des recherches de ces quinze dernières années, que des poussées successives de lymphangite et d'érysipèle ont pour conséquence un œdème persistant de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Elle serait la cause la plus ordinaire de l'éléphantiasis des Arabes. » C'est un retour à la doctrine, longtemps controversée, d'Allard.

La rareté des observations connues justifie la publication du fait suivant que l'obligeance de mon distingué collègue le Dr Gibert m'a permis d'observer et dont la relation, bien qu'écourtée et malheureusement incomplète, ne sera peut-être pas

inutile à celui qui entreprendra plus tard l'histoire de la lymphangite chronique.

OBSERVATION. — M. de X..., officier de marine, âgé de cinquante ans, a toujours joui d'une excellente santé ; il est très robuste, ne présente aucun des attributs du tempérament lymphatique et n'a jamais eu la syphilis.

Il éprouve depuis environ deux mois, dans le côté gauche, une sensation gênante à laquelle il n'a d'abord accordé aucune attention, mais qui a fini par lui donner de l'inquiétude le jour où il a constaté au niveau du point sensible l'existence de deux cordons durs sur la nature desquels il vient me consulter le 18 août 1885.

Lorsqu'on examine la paroi latérale gauche du thorax, le bras du malade retombant le long du tronc, en adduction presque complète, on n'aperçoit rien de particulier. La peau présente sa coloration et sa tension normales. Si on compare les deux côtés du thorax, on les trouve parfaitement semblables ; mais si on porte le bras gauche en abduction légère, la dissemblance apparaît et s'accroît à mesure qu'on exagère ce mouvement pour arriver à l'élévation complète du membre supérieur.

On voit alors se dessiner sur la paroi costale deux cordons longitudinaux à peu près parallèles, séparés par un intervalle de quatre centimètres environ et s'étendant suivant une légère obliquité des fausses côtes gauches jusque dans l'aisselle correspondante. Par l'élévation du bras, ces cordons, qui paraissent inextensibles, subissent un léger glissement de bas en haut, et entraînent avec eux, comme en un retroussis, les téguments qui les recouvrent ; il en résulte une sorte de plissement de la peau, qui est comme froncée sur le parcours des cordons. De chaque côté de ces cordons, on voit alors de petits plis cutanés, superposés et très rapprochés les uns des autres. Ils sont obliques de bas en haut et convergent vers le cordon à la façon des barbes d'une plume. Vient-on à rendre au bras sa situation première, le plissement, les rides de la peau s'effacent graduellement et ont complètement disparu au moment de l'adduction complète.

Si on porte la main sur les flancs du malade, on sent, par une palpation méthodique, deux cordons durs, roulant sous le doigt, de la grosseur d'une plume de corbeau. Ils sont moniliformes et les renflements qu'ils présentent sont échelonnés assez irrégulièrement et de volume inégal. Parfaitement et facilement mobilisables sur le plan sous-jacent, ils adhèrent au contraire très inti-

mement à la face profonde de la peau qui les recouvre. Ils ne sont pas dépressibles, même sous un effort assez énergique. Ils donnent au doigt une sensation entièrement analogue à celle que fournit la lymphite dorsale de la verge, compagne assez habituelle du chancre infectant.

En bas, ces cordons diminuent un peu de volume sans pourtant s'effiler, et se perdent au niveau des fausses côtes. Par leur extrémité supérieure, ils aboutissent à un ganglion unique, dur, indolent, du volume d'une noisette, situé sur la paroi interne du creux axillaire. Dans l'aisselle droite, il n'existe point de ganglion aussi volumineux; on n'en trouve de semblable ni dans les aines, ni au cou.

La pression exercée au niveau de ces cordons est à peine sensible ou très légèrement douloureuse. Leur évolution a été à peu près indolente, et, je l'ai dit, c'est par hasard que le malade a été amené à les constater, et c'est tout au plus s'il a éprouvé dans les semaines qui ont précédé cette découverte, une sensation gênante, plutôt désagréable que douloureuse. M. de X... assure qu'il n'a reçu aucun choc. Il n'a eu ni fièvre, ni frissons. On ne découvre sur le territoire lymphatique qui aboutit à l'aisselle gauche, aucune cicatrice, aucune écorchure, mais il convient de signaler de nombreux boutons d'acné, semés sur les épaules du malade et jusque dans la région lombaire. On en trouve également quelques-uns au niveau de la ceinture. Un de ces boutons se fait remarquer par son volume et sa coloration d'un rouge vif. Il est situé au-dessus de la ligne ombilicale, à deux ou trois centimètres de l'extrémité inférieure des cordons thoraciques que j'ai décrits. Il est probable que ce bouton est sans cesse irrité par les frottements de la ceinture du pantalon, qui exerce à son niveau une certaine pression, bien que le malade ne fasse usage d'aucun ceinturon.

Je donne au malade le conseil d'isoler ce bouton d'acné au moyen d'une petite plaque de diachylon, je prescris trois bains tièdes et prolongés, par semaine, et enfin, j'engage M. de X... à exercer, au moins pendant la nuit, sur toute l'étendue des cordons, une légère compression à l'aide d'une couche de ouate, soutenue par un bandage de corps modérément serré.

M. de X... devant prendre la mer quelques jours après, il fut convenu que, si aucune amélioration ne se produisait, je le verrais à son retour en France, quelques semaines plus tard. J'ignore si le traitement institué lui a rendu quelques services, toujours est-il que je ne l'ai pas revu.

En raison de leur siège, de leur volume, de leur aspect moniliforme, je n'ai pas hésité à considérer les deux cordons dont je viens de donner la description comme deux troncs lymphatiques atteints d'un épaissement inflammatoire, et je me suis crû autorisé à porter le diagnostic de *lymphangite trajective chronique*; la situation superficielle, sous-cutanée de ces troncs, leur terminaison manifeste dans l'épaisseur d'un ganglion axillaire, l'absence d'œdème de voisinage, écartent, en effet, l'idée d'une phlébite des veines mammaires externes. De même, les varices des troncs lymphatiques, qui ne sont pas sans offrir quelque analogie avec les cordons que je viens de décrire, s'en distinguent par plusieurs caractères. En effet, si leurs parois sont parfois indurées, elles sont toujours plus ou moins dépressibles, et on ne manque pas de trouver sur quelque point de leur trajet des dilatations ampullaires, fluctuantes et molasses, semblables à de petits ballonnets superposés et ordinairement transparents ou au moins translucides. Ici, au contraire, la dureté est telle que, même par une pression énergique, il est impossible de déprimer le vaisseau lymphatique. Il semble qu'il soit transformé en un cylindre plein, que sa lumière ait disparu ou, si sa perméabilité persiste, que ses parois aient subi un épaissement considérable.

Or, comme un examen minutieux n'a pu faire découvrir aucun néoplasme, que le malade n'est atteint d'aucune maladie diathésique, il faut bien admettre comme plausible l'hypothèse d'une altération inflammatoire des vaisseaux, ou, pour parler plus exactement, de deux troncs lymphatiques de la paroi antéro-latérale gauche du thorax. L'existence, dans le voisinage de la lésion, d'un bouton d'acné, tenace, enflammé par des frottements incessants, vient encore étayer cette hypothèse, contre laquelle on objecterait en vain la distance qui sépare l'extrémité inférieure des cordons thoraciques de la petite lésion cutanée. Le Dentu a fait la remarque, en effet, que, parfois, bien que produite par une plaie, la lymphangite apparaît à une certaine distance sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui naissent des parties malades. On pourrait s'étonner, il est vrai, de cette marche silencieuse, de cette indolence persistante, que n'a jamais précédé la phase aiguë, douloureuse, fébrile, habituelle aux lymphangites, si l'on ne savait que dans l'angioleucite, surtout dans l'angioleucite trajective, les symptômes généraux et locaux sont extrêmement variables; tantôt ils sont à peu près nuls, tantôt, au contraire, ils prennent dès le début une grande intensité. Il faut convenir

cependant que dans le cas qui fait l'objet de cette note, le processus morbide a évolué d'une manière singulièrement insidieuse. Cette évolution, pour ainsi dire à *froid*, doit être, à coup sûr, exceptionnelle.

### Des amputations ostéo-plastiques du pied.

PAR LE D<sup>r</sup> FRANÇOIS HUE,

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Rouen.

Depuis quelques années les faits ont répondu victorieusement aux objections présentées contre les amputations ostéo-plastiques du pied. On ne nie plus qu'il est préférable, alors que l'on se trouve dans la nécessité d'enlever ce membre, de conserver dans le lambeau destiné à recouvrir l'extrémité sectionnée des os de la jambe un fragment de calcanéum dont l'adhérence et la suture intime à ces os ménage un moignon solide, aussi apte que possible à supporter le poids du corps. Aussi n'est-ce pas pour défendre cette opération heureusement passée dans la pratique courante que je publie cette nouvelle observation, mais bien pour mettre en lumière certains points du manuel opératoire qui me paraissent appelés à rendre quelques services aux praticiens.

Au mois de juillet 1885, un homme d'équipe de la Compagnie de l'Ouest, âgé de 26 ans, fut apporté un matin à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans le service dont j'étais alors chargé. Deux heures auparavant, il avait eu, pendant une manœuvre de train, le pied gauche pris entre les roues d'un wagon et une aiguille de rail en acier. Le pied était sectionné à peu près au niveau de l'articulation de Lisfranc et le lambeau ne tenait plus au reste du corps que par quelques tendons fléchisseurs. On ne pouvait songer à une amputation de Chopart, étant donné l'impossibilité de trouver un lambeau suffisant. D'un autre côté, les amputations sous-astragaliennes, d'une exécution délicate, ne semblent pas dans les cas de traumatisme devoir être mises en parallèle avec les amputations ostéo-plastiques du pied.

Dans le cas présent, je disposais d'un lambeau suffisant pour tenter le procédé de Pasquier-Lefort qui paraît plus logique que celui de Pirogoff, quand il est possible. On sait qu'il consiste à conserver dans un lambeau plantaire interne qui rappelle celui de Roux toute la partie inférieure du calcanéum scié horizontalement, tandis que Pirogoff, employant le lambeau de Syme, sciait le calcanéum obliquement et ne conservait comme base de sustentation que la partie postérieure du talon.

Le blessé était un homme assez sobre, vigoureux, sans antécédents héréd-

ditaires ou personnels notables, dont les viscères paraissaient sains. La méthode antiseptique fut employée dans toute sa rigueur : bande d'Esmark, antiseptie à l'acide phénique au vingtième du champ opératoire, des instruments, des mains des aides et du chirurgien, spray phéniqué, etc. Bref l'opération se passa suivant les règles que j'avais vu appliquer par le professeur Léon Le Fort alors que j'avais l'honneur d'être son interne, et je me réjouissais d'avance à l'idée d'une réunion par première intention pour laquelle j'avais tout mis en œuvre.

Il n'en fut rien. Malgré un pansement avec les objets antiseptiques classiques, deux jours après, la réunion semblait compromise et la plaie suppura sur certains points ; la température s'élevait, l'état général n'était pas satisfaisant.

Le troisième jour apparaissait un ictere de moyenne intensité qui me paraît devoir donner la clef de cet état local, si l'on se reporte aux publications du professeur Verneuil sur ce sujet. Quant à la cause de cet ictere, il nous a été impossible de la trouver ailleurs que dans l'émotion vive que ressentit le malade et au moment de l'accident et à son entrée à l'hôpital, alors que l'on parla d'opération immédiate. Ce serait un ictere émotif dont l'action aurait retenti sur la plaie opératoire au point d'avoir failli compromettre entièrement la réunion. Toujours est-il qu'il disparut en quelques jours par les moyens habituels ; mais l'état général resta hésitant pendant au moins trois semaines.

Ce ne fut qu'au bout de ce temps que la température redevint normale.

En fin de compte, la guérison complète se fit attendre deux mois. A ce moment la cicatrisation était complète, le moignon indolore et le fragment calcanéen immobile sur l'extrémité inférieure des os de la jambe.

Dans les premiers jours d'octobre, le malade sortait muni d'un soulier qui cachait sa mutilation et lui permettait une marche facile.

En dehors de l'action d'une affection passagère du foie sur la marche d'une plaie opératoire, je désire insister encore sur deux points : la section du tendon d'Achille et la suture osseuse dans ces sortes d'opérations.

J'ai pratiqué la suture osseuse au moyen d'un fil d'argent de gros calibre qui, passant vers le milieu des surfaces osseuses sectionnées, avait ses deux chefs se rejoignant à peu près au milieu de la face externe du moignon. Enroulés cinq fois l'un autour de l'autre, de gauche à droite, il fut facile de les dérouler de droite à gauche au 20<sup>e</sup> jour, quand on crut bon d'enlever la suture.

Malgré tous les reproches que l'on a pu adresser à la suture osseuse : corps étranger, suppuration, nécrose, etc., je pense que c'est un mal nécessaire et qu'elle est de beaucoup plus utile que nuisible en maintenant le fragment calcanéen sous le pansement et pendant les pansements.

J'ai bien regretté, il est vrai, de n'avoir pas sous la main, au

moment de l'opération un de ces longs clous en acier dont se servent les Allemands et avec lequel on cloue logiquement de part en part le calcanéum sur la surface sectionnée des os de la jambe. Je suis persuadé que la suture telle que je l'ai pratiquée et que j'appellerai latérale externe a une tendance à amener un bâillement latéral interne des surfaces osseuses.

Quant à la section du tendon d'Achille, je la considère comme un complément indispensable de l'opération. Laisser ce tendon intact ne peut être utile qu'à une seule chose, amener le déplacement en arrière du fragment calcanéen et en compromettre la consolidation en bonne place. On a objecté à cela que les muscles gastro-cnémiens diminués de toute la hauteur des surfaces osseuses enlevées avaient assez de jeu pour la rétraction sans déplacer le fragment ; mais des faits malheureux où ce déplacement s'est opéré quand même ont failli compromettre la méthode opératoire. De plus, il n'est pas à craindre que la consolidation des extrémités du tendon sectionné, se faisant rapidement, rende ce temps de l'opération inutile, car en même temps que le tendon tend à se reconstituer, le calcanéum adhère et s'immobilise.

Cette section d'ailleurs ne complique en rien l'opération. Il est bon de ne l'opérer qu'à la fin, quand le tendon a servi de point d'appui pour la dissection du calcanéum et l'application du trait de scie qui en enlève la moitié supérieure. Il est loisible de le trancher en toute sécurité en l'isolant de toutes les parties molles et surtout du paquet vasculaire qui passe dans la gouttière interne et doit alimenter le lambeau.

---

## BULLETIN

---

On verra plus loin, aux *Nouvelles*, la première application dans l'Académie de Caen, du décret du 30 décembre 1885, dont nous avons énoncé quelques articles dans notre numéro du 15 janvier. Après une apparence d'hésitation, beaucoup de nos confrères se sont décidés à donner leur avis sur l'esprit et la lettre de ce décret ; nous voulons faire comme eux, en nous plaçant plus particulièrement, comme toujours, au point de vue un peu restreint des écoles secondaires de médecine et de pharmacie, puisque notre région en est dotée.

Tout le monde s'accorde à louer l'excellente intention qui a

dicté les considérations contenues dans l'exposé des motifs. En rappelant que la plupart des facultés ont demandé à être groupées en Universités analogues à celles des autres pays de l'Europe, le ministre ajoute avec raison qu'il « ne croit pas que le moment soit venu de réaliser une telle réforme, qui pourrait paraître porter atteinte à l'unité de l'enseignement national ». On peut dire, en effet, que la décentralisation est dans toutes les bouches, mais qu'elle n'est dans aucun esprit. En la réclamant au point de vue démocratique, on oublie qu'elle ferait disparaître l'égalité si bien entrée dans nos mœurs. Et si on examine en ce qui concerne l'enseignement de la médecine les résultats des efforts tentés dans ce sens par la création de nouveaux centres, nous doutons qu'ils soient bien encourageants.

Mais puisque néanmoins un essai paraît à de bons esprits pouvoir être fait, voyons si quelque organisation un peu nouvelle répond aux intentions du ministre, et quel degré d'autonomie est donné aux Facultés groupées ensemble.

Si nous laissons de côté les dispositions relatives à l'administration des biens que peuvent posséder les facultés et écoles, innovation d'une réelle importance qui a fait l'objet d'un décret antérieur, nous voyons que, en ce qui nous concerne, deux points sont à examiner : 1° l'organisation et les attributions d'un Conseil général des facultés d'un même ressort académique ; 2° l'organisation et les attributions d'un Conseil particulier pour chaque faculté.

I. — L'article 1<sup>er</sup> sur le Conseil général présente tout d'abord une anomalie absolument choquante. L'auteur du décret s'est trouvé dans un très grand embarras vis-à-vis des écoles préparatoires de médecine. Tandis que plusieurs facultés sont toujours groupées au même lieu, les écoles sont tantôt réunies à des facultés, tantôt séparées.

Les négliger complètement lui a paru sans doute une marque de dédain non justifié, les englober toutes lui a semblé probablement difficile à cause de l'éloignement de quelques-unes du chef-lieu académique. Et il a alors adopté ce moyen terme d'adjoindre seulement aux facultés, l'école du département où siège l'Académie. Il s'ensuit qu'une importante école de plein exercice, comme Nantes, que des écoles préparatoires, comme Amiens, Rouen, etc., ne sont pas représentées dans le Conseil général de leur centre académique.

— Mais, dira-t-on, le Conseil général ayant surtout des attributions d'ordre intérieur, l'administration des services communs, ne pouvait comprendre des établissements éloignés par la distance,

mais seulement ceux qui se trouvaient groupés au même lieu. Cependant, que faites-vous donc de ceux qui siègent dans le même département, et non dans la même ville, Marseille, par exemple? Quels sont les services communs à Aix et à Marseille?

Et puis, que deviennent les écoles non représentées dans le Conseil général? Leur Conseil particulier aura-t-il les mêmes attributions que le Conseil général pour les autres, ou celui-ci s'occupera-t-il d'elles sans les englober? ou le recteur est-il substitué au Conseil général? Ce serait l'arbitraire dans ce dernier cas, ou dans le premier elles seraient les plus favorisées, puisqu'elles auraient à exercer seules des droits dont les autres ne possèdent qu'une fraction. En tout cas, c'est l'inégalité, ou plutôt, pour l'instant, c'est l'incertitude, puisque le décret n'en souffle mot (l'article 13 renvoie bien pour ces écoles aux décrets du 30 juillet 1883 et du 28 juillet 1885; mais le premier n'a trait qu'aux mesures disciplinaires et le dernier aux donations et legs faits aux facultés ou écoles).

On a pu même exprimer la crainte que ce décret ne marquât, par une omission volontaire, une intention de ne conserver que les écoles situées près des facultés, elles seules présentant les conditions utiles pour entrer dans une Université? Nous ne voulons pas croire qu'il en soit ainsi. On n'ose pas même marquer l'intention de supprimer une école comme Nantes, et il nous serait trop facile de montrer quelle grande utilité présentent certaines écoles éloignées des chefs-lieux académiques, mais qui puisent leur raison d'être, comme leur origine, dans les agglomérations considérables où elles ont été fondées, dans les hôpitaux actifs qui y trouvent le recrutement d'un personnel médical dont ils sentiraient mieux le prix le jour où ils en seraient privés.

Si l'on veut se reporter à l'exemple de l'étranger, on verra que les Universités naissent, vivent et se développent, lorsqu'elles sont dans une ville qui peut leur offrir des ressources suffisantes, et non ailleurs.

Les attributions du Conseil général, où il nous faut chercher l'application de l'esprit libéral du décret, se réduisent vraiment à bien peu de chose.

Point n'était besoin, pensons-nous, d'une telle institution pour « établir entre les cours et exercices des différentes facultés et écoles la coordination nécessaire au bien des études. » L'avis des doyens ou directeurs, sous la présidence du recteur, est juste tout ce qu'il faut.

ART. 7. — Le conseil général propose au ministre les règlements de la bibliothèque universitaire,

La bibliothèque universitaire existe en peu de villes, et nous ne croyons pas que la Faculté de Paris, par exemple, soit disposée à fusionner sa bibliothèque avec celle des autres facultés. Dans ce cas, le conseil général a-t-il qualité pour s'occuper de toutes les bibliothèques?

En cela comme dans toutes les autres matières dont il est question dans les articles suivants (règlements des cours libres, maintien ou suppression de chaires, projets de budget, attributions disciplinaires), le conseil général se substitue en réalité aux facultés et écoles qui donnent préalablement leur avis particulier. Mais nulle part on ne voit trace d'extension des attributions. C'est l'absorption des individualités de chaque faculté dans leur réunion, et l'autonomie de chacune d'elles est en réalité diminuée. Aussi comprenons-nous bien que des facultés, comme celle de Montpellier, aient déjà protesté contre ce lien dont elles n'éprouvaient nul besoin.

Nous trouvons même dans l'article 12 une atteinte à l'esprit libéral des anciens règlements :

Toutefois (il s'agit des attributions disciplinaires) le recteur est substitué au doyen ou directeur quant à l'exercice de l'action disciplinaire et à l'information. Il saisit le conseil ; il peut déléguer un de ses membres pour procéder à l'information.

Dans ces conditions, le conseil général ne saurait être qu'une chambre d'enregistrement, sous peine de prendre une décision contraire à celle de l'école intéressée et par conséquent de faire mettre en suspicion ses capacités ou son impartialité.

## II. — Conseil de la Faculté ou Ecole.

Nous nous contenterons de citer ici un paragraphe vraiment libéral et pratique :

ART. 16, — Le conseil de la Faculté statue, soit par lui-même, soit par une commission qu'il nomme à cet effet, sur les affaires de scolarité qui, d'après les règlements actuellement en vigueur, doivent être soumises au recteur.

Cette disposition a le grand avantage de supprimer d'une part des lenteurs administratives préjudiciables aux étudiants, d'autre part des occupations absolument inutiles aux recteurs, qui ne pouvaient guère que s'en rapporter à l'avis de l'école intéressée.

Le reste ne marque aucune innovation, sauf ce que nous avons

déjà dit de la nomination des doyens, mais non des directeurs des écoles, par le ministre sur présentation des facultés. Mais là encore pourquoi, à côté de la liste de la faculté, exiger la présentation d'une seconde liste par le Conseil général des facultés? Toujours la tutelle de celles-ci par leur Conseil!

Nous regrettons, au terme de cette étude, de n'avoir pu dire plus de bien de ce décret. Il ne contentera guère ceux qui réclament l'organisation d'Universités, et il contient des dispositions qu'on nous pardonnera d'avoir critiqué avec quelque vivacité, parce que nous pensons sincèrement qu'elles sont fâcheuses ou inutiles.

N.

— Nous avons reçu, à propos de notre précédent article sur les examens, la lettre suivante à laquelle nous donnons bien volontiers l'hospitalité :

« MON CHER CONFRÈRE,

« Dans votre dernier numéro, vous examinez, en en proclamant la justesse et vous avez raison, le rapport fait à la Faculté de Montpellier par M. Grasset, rapporteur de la commission; puis après avoir applaudi à la réforme sollicitée par lui, vous terminez en disant : La Faculté de Montpellier aura du moins l'honneur de l'avoir, la première, hautement réclamée.

« Soit pour les facultés, mais non pour les écoles et en particulier celle de Caen.

« En effet, et à deux reprises, l'École de Caen a, dans un mémoire dont le D<sup>r</sup> Fayel était le rapporteur, signalé et combattu les dangers du décret de 1878.

« Si vous tenez à faire campagne avec elle, je puis vous les procurer. De même, et cette fois avec le concours de l'Association des Médecins du Calvados, l'École de Médecine de Caen a encore par la plume de M. Fayel, toujours rapporteur de la commission, réclamé le maintien des officiers de santé. Le résumé de cette discussion avait même été envoyé à votre Association de Rouen l'année de votre concours régional et vous pouvez le lire dans le Bulletin de 1884 de la Société locale des Médecins du Calvados, comme vous pouvez lire dans celui de 1885 un nouveau vote ordonnant au secrétaire de recommencer la lutte contre le trop fameux projet Lunier. Et si cela vous intéresse, je puis vous

affirmer qu'aujourd'hui, au ministère, il n'est plus question de la suppression des officiers de santé, car j'ai eu entre les mains le rapport de la commission qui conclut à leur maintien. Mais je tenais à revendiquer pour l'École de Caen un peu des éloges que vous décernez à la Faculté de Montpellier.

« D<sup>r</sup> X... »

---

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 8 février 1886*

Présidence de M. JURIEN DE LA GRAVIÈRE.

M. Leudet (de Rouen), lit un travail sur *les effets, au point de vue de la propagation de la tuberculose pulmonaire, de l'admission des phthisiques dans les hôpitaux généraux.*

Les éléments d'étude qui ont servi à rechercher la solution de cette question, sont les observations écrites de 16,094 malades adultes des deux sexes, soignés dans une division médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, de 1854 à 1885. De ces observations il résulte que la proportion des individus devenus tuberculeux après avoir présenté, lors de leurs admissions successives, des maladies variées, ne dépasse que d'une proportion de 5,9 % la proportion du chiffre des admissions pour tuberculose, sur le nombre total des admissions. En se rappelant que ces malades ont été suivis pendant beaucoup d'années, qu'ils ont été exposés, hors de l'hôpital, à des causes nocives multiples, on peut conclure que la propagation de la tuberculose pulmonaire par contagion dans les hôpitaux n'est pas démontrée, et qu'en tout cas, si elle existe, elle est au moins restreinte.

---

## CORRESPONDANCE

On nous écrit de Caen :

Mardi, 2 février, a eu lieu à Caen l'exécution de l'un des trois condamnés à mort lors des dernières assises. Son corps ayant été réclamé par la famille, l'École de médecine de Caen n'a même pu obtenir la permission de mouler la tête pour l'ajouter à sa col-

lection si riche et si complète des suppliciés du Calvados. Il paraît que la loi de 1804 s'y oppose. Nous ne pouvons donc que répéter, en souhaitant qu'on la modifie : *Dura lex, sed lex*. Mais nous nous permettrons une réflexion : qu'un malade meure à l'hôpital, son corps, réclamé ou non, est autopsié. Messieurs les assassins sont plus heureux. On les guillotine, c'est vrai... quelquefois, mais on les enterre sans autopsie. Grand bien leur fasse ! Et avouez que c'est original. Puis, comme c'est agréable pour la famille dont la fosse est à côté ! Car la nouvelle loi sur les cimetières défend toute distinction dans l'ordre des sépultures, et je ne sache pas que le cas des suppliciés y soit prévu. Souhaitons donc que si la loi de 1804 a été observée, on ait pu trouver le moyen à Caen d'éluder celle relative aux cimetières.

---

## THÉRAPEUTIQUE

---

### Du Salicylate de Lithine.

---

Le Salicylate de Lithine a été, dans ces derniers temps, l'objet d'études suivies et de communications importantes qui vont lui faire prendre rang parmi les moyens thérapeutiques à employer dans le traitement de certaines formes de rhumatismes, surtout lorsque les *tissus fibreux sont particulièrement atteints*.

Chez certains malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, il arrive parfois, après qu'on a obtenu une grande et rapide amélioration, que les jointures restent douloureuses et que leur fonctionnement est encore gêné et plus ou moins pénible. Le Salicylate de Lithine peut alors intervenir utilement et faire disparaître en peu de jours les dernières traces de rhumatisme.

Dans le *rhumatisme articulaire subaigu progressif*, des malades atteints de cette forme tenace et redoutable de rhumatisme avaient été soumis, sans succès, aux médications les plus variées et les plus persévérantes ; le Salicylate de Lithine a déterminé chez eux, au bout de 10 à 15 jours, une notable amélioration. On constatait une disparition presque complète des douleurs spontanées, une atténuation de celles que provoquait la palpation ou le mouvement communiqué, une diminution du volume des articulations tuméfiées, une mobilité plus grande de ces jointures,

et, par suite de ces diverses modifications, une facilité plus grande du mouvement volontaire des parties atteintes.

Le *rhumatisme articulaire chronique primitif* lui-même, dans ses périodes avancées, alors qu'un nombre plus ou moins grand de jointures sont déformées, gonflées, à demi ankylosées, douloureuses encore, a paru n'être pas rebelle à l'action du Salicylate de Lithine.

Enfin, le Salicylate de Lithine, ainsi qu'il est dit plus haut, possède une efficacité incontestable dans le traitement des diverses formes de rhumatismes, surtout lorsque les *tissus fibreux sont plus particulièrement atteints*.

Afin d'obtenir les résultats dont il vient d'être question, il est indispensable de pouvoir compter sur un médicament pur, bien défini et très exactement dosé. C'est pour atteindre ce but que le docteur Clin prépare une solution contenant 1 gramme de Salicylate de Lithine par cuillerée à bouche et 25 centigrammes par cuillerée à café.

Cette Solution, toujours identique dans sa composition, permet d'administrer sûrement le *Salicylate de Lithine pur* et de varier les doses suivant les indications qui se présentent.

D'après les observations recueillies jusqu'à présent, la dose quotidienne de Salicylate de Lithine paraît être de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures, soit 3 ou 4 cuillerées de Solution; mais, comme il peut se rencontrer des personnes très sensibles à l'action de ce médicament, il sera bon, au début, de tâter la susceptibilité des malades et de commencer, soit par 2, soit par 3 grammes, et d'augmenter progressivement s'il y a lieu. Dans quelques cas, on peut même être obligé d'aller au-delà de 4 grammes par vingt-quatre heures, lorsque, par exemple, sous l'influence de cette dernière dose, l'amélioration cesse de faire des progrès; il suffit alors d'augmenter de 25 ou 50 centigrammes pour remettre en marche cette amélioration; mais, aussitôt le mieux obtenu, on devra revenir à la dose primitive.

Les moments les plus favorables pour faire prendre la Solution de Salicylate de Lithine de Clin sont le milieu ou la fin du repas.

---

## NOUVELLES

---

Académie de Caen.— Sur la convocation du recteur, les trois Facultés et l'École de médecine de Caen se sont réunies le mercredi 27 janvier pour procéder à l'élection des délégués appelés à constituer, avec les doyens et le

directeur, le nouveau Conseil général des Facultés. Chaque Faculté avait à nommer deux délégués et l'Ecole un seulement. Voici le résultat des élections :

Faculté de droit. . . . .	MM. Toutain et Vaugeois.
— des sciences. . . . .	Ditte et Saint-Germain.
— des lettres. . . . .	Tessier et Chauvet.
Ecole de médecine . . . . .	Fayel.

Aucune protestation ne s'étant élevée contre ces choix dans les trois jours suivant l'élection, le Conseil général a été constitué, sous la présidence du recteur, le samedi 30, et est immédiatement entré en fonctions. Voici le fait capital de cette séance.

Le décanat de la Faculté des sciences, occupé par M. Morière, étant expiré, il a été procédé à un double vote pour la présentation d'un doyen au choix du Ministre. A l'unanimité, M. Morière a été nommé en première ligne et à une grande majorité ; M. Ditte en seconde ligne. C'est dans cet ordre, du reste, que la Faculté des sciences avait, dans sa séance du 27, présenté les deux mêmes candidats.

— Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Caen s'ouvrira le 5 novembre 1886 devant la Faculté de médecine de Paris.

Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale s'ouvrira le 22 novembre 1886 devant la Faculté de médecine de Paris.

M. Montier, suppléant d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 1886.

M. Simon, ancien suppléant de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est provisoirement maintenu dans lesdites fonctions.

— JOURNAL OF CUTANEOUS AND VENEREAL DISEASES (New-York). — Nous recevons avis que M. le Dr Piffard abandonnant la direction de ce journal, le Dr P.-A. Morrow en reste seul éditeur. Seul journal anglais s'occupant de cette spécialité, cette feuille a acquis une haute réputation tant par ses articles originaux que par de nombreuses lithographies coloriées et des gravures remarquables.

ERRATUM. — Dans l'article *Thérapeutique oculaire*, de M. le Dr Gauran, publié dans notre dernier numéro : page 106, ligne 23, au lieu de « solution au 400<sup>e</sup> et même au 500<sup>e</sup> », lisez « solution au 4,000<sup>e</sup> et même au 5,000<sup>e</sup> ».

Page 107, ligne 13, au lieu de « 102 cas de blennorrhée », lisez « 1 à 2 cas de blennorrhée. »

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.	COQUELUCHE
<b>Rouen</b> (105,908 hab.)										
Du 24 au 30 janvier 1886	80	27	1	1			1			
Du 31 janvier au 6 février	95	21	1	1		2				1
<b>Havre</b> (105,867 hab.)										
Du 24 au 30 janvier 1886	54	14				2				1
Du 31 janvier au 6 février	58	15	1			3	2			
<b>Elbeuf</b> (23,152 hab.)										
Du 24 au 30 janvier 1886	10	1					1			
Du 31 janvier au 6 février	21	3								
<b>Dieppe</b> (22,003 hab.)										
Du 24 au 30 janvier 1886	12	4								
Du 31 janvier au 6 février	15	8								
<b>Lisieux</b> (16,039 hab.)										
Du 24 au 30 janvier 1886	19	2					1			
Du 31 janvier au 6 février	10	2								

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 24 au 30 janvier 1886 :

*Variole*, 2 entrées, 1 décès ; *diphtérie*, 1 entrée ; *fièvre typhoïde*, 1 entrée ; *érysipèle*, 1 entrée.

Du 31 janvier au 6 février : *variole*, 3 entrées, 1 décès ; *rougeole*, 5 entrées ; *diphtérie*, 2 entrées, 1 décès ; *fièvre typhoïde*, 2 entrées ; *coqueluche*, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 24 au 30 janvier 1886 :

*Variole*, 1 ; *scarlatine*, 2 ; *érysipèle*, 2 ; *fièvre typhoïde*, 3 ; *diphtérie*, 1 ; *coqueluche*, 12.

Du 31 janvier au 6 février : *rougeole*, 2 ; *scarlatine*, 3 ; *érysipèle*, 5 ; *fièvre typhoïde*, 3 ; *diphtérie*, 5 ; *coqueluche*, 17.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

**AVIS. — Tous les Abonnements partent du 1<sup>er</sup> Janvier. Les Abonnés pour l'année 1886 recevront les numéros parus en 1885, et sont priés de désigner à l'Administration du Journal ceux qui leur manquent.**

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : De l'opération de la hernie étranglée chez les enfants à la mamelle, par le Dr Cauchois. — *Clinique infantile* : De la période d'invasion de la rougeole, par le Dr Gendron. — *Recueil de faits* : Un cas d'hydrargirisme aigu, par le Dr Beaudoin. — *Projet de loi sur l'exercice de la médecine*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

### De l'opération de la hernie étranglée chez les enfants à la mamelle.

PAR LE D<sup>r</sup> CAUCHOIS,

Chirurgien-chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

Je suis demandé, le 26 septembre 1884, à une heure après-midi, pour voir l'enfant Th..., âgé de 57 jours. Je trouve ce petit garçon ayant la face pâle, grippée, les yeux excavés.

La mère me dit que depuis la veille, neuf heures du soir, il n'a pas sali ses couches ; qu'il n'a même pas uriné, mais que, depuis la même heure, il a vomé un certain nombre de fois : vomissements bilieux et ayant déjà présenté l'odeur fécaloïde, au dire de la mère. En ma présence et dans l'espace d'un quart d'heure, il a deux vomissements de matières liquides, verdâtres.

Il n'a pas dormi et n'a presque pas cessé de crier depuis le début des accidents : aussi est-il déjà très abattu, *très déprimé*.

Je constate une tuméfaction notable du côté droit des bourses, se prolongeant dans la direction du canal inguinal où elle se continue par un pédicule assez gros et très douloureux au toucher. La tumeur est mate, rénitente et un peu fluctuante. Au-dessous d'elle, on trouve le testicule bien développé. Celui du côté gauche, au contraire, n'est pas descendu dans le scrotum, mais siège encore au niveau de l'anneau inguinal.

En prenant la tumeur scrotale avec les doigts pour essayer un commencement de taxis, on provoque les cris du petit malade qui s'agite, et les vomissements même surviennent.

Le ventre est tendu, mais semble modérément douloureux. Langue humide et assez bonne.

La mère nous apprend, en outre, que l'enfant criait beaucoup depuis quelques jours et qu'il lui semblait bien que le côté droit des bourses était un peu

plus gros que le gauche. Naturellement elle mettait ces cris de l'enfant sur le compte des *coliques* et ne s'en inquiétait pas davantage.....

J'applique une petite vessie de glace sur la tumeur et j'enveloppe d'une épaisse couche de ouate tout le corps du petit malade. Je viens le revoir deux heures plus tard avec le médecin de la famille qui, tout d'abord éloigné, avait été prévenu dans l'intervalle.

La tension des parties herniées semble un peu moindre, mais aucun des autres symptômes ne s'est amendé et toute tentative de réduction est impossible à cause des cris et des efforts qu'elle provoque.

Je mets l'enfant dans le sommeil chloroformique, et le taxis pratiqué pendant six ou sept minutes n'étant suivi d'aucun résultat, je fais la kélotomie : incisions couche par couche, lentement. Ouverture du sac sur la sonde cannelée. Ce dernier renferme une certaine quantité de liquide. La hernie est constituée par une anse d'intestin grêle distendue, ayant environ 7 ou 8 centimètres de long. Les tuniques intestinales sont saines, mais vivement congestionnées.

L'étranglement siège au niveau de l'anneau inguinal et est très serré. Je le débride en haut sur la sonde cannelée en me servant du ténotome mousse. Lavage antiseptique de la cavité du sac. Après m'être assuré que l'intestin était bien intact au niveau de l'étranglement, je réduis l'anse. Trois points de suture à la soie phéniquée : un petit tube à drainage dans l'angle inférieur de la plaie. Pansement avec de la vaseline boriquée.

Aussitôt après l'opération le petit malade se met à uriner abondamment, ce qu'il n'avait pas fait depuis près de vingt-quatre heures, nous dit la mère. Dès ce moment aussi les vomissements cessèrent tout-à-fait.

Cependant il dort très peu la nuit suivante ; mais il prit deux fois le sein. Une première selle eut lieu le lendemain matin, douze heures après l'opération. Malheureusement elle fut suivie très vite de plusieurs autres selles diarrhéiques, le petit opéré s'affaiblit complètement et succomba dans la prostration, dix-huit heures après l'opération. — L'autopsie ne put être faite.

L'étranglement herniaire se rencontre en somme très rarement chez les enfants à la mamelle puisque, comme Féré l'a noté dans son mémoire <sup>(1)</sup>, Gosselin, Holmes, M. de Saint-Germain ne l'auraient jamais observé et que M. Guéniot n'en a vu qu'un seul cas. Il paraît propre aux garçons, du moins dans les observations relatives jusqu'ici.

On pourrait penser que cette prédisposition du sexe masculin se rattache à la descente du testicule dans les bourses. Il faut noter que toutes les hernies congénitales ne sont pas vaginales : témoin, l'observation même que nous venons de rapporter.

(1) Note sur l'étranglement herniaire chez les enfants à la mamelle, par O. Féré, *Revue mensuelle de chirurgie*, 1881 ; n° 4.

Une particularité déjà signalée par Féré, c'est que l'étranglement, dans les trois quarts des cas, s'est fait du côté droit.

Je n'ai pu relever que 14 cas dans lesquels l'enfant était plus jeune que mon petit opéré. Les âges extrêmes ont été de : 20 jours (Dupuytren, étranglement datant de trois jours, mort [?]); 17 jours (Fergusson, opération avec ouverture du sac, guérison); 14 jours (Dieffenbach, opéré avec ouverture du sac, mort au bout de huit heures); enfin, 8 jours (Heyfelder, opéré avec ouverture du sac, après trois jours d'étranglement, mort).

Il est douteux que l'étranglement d'emblée ait été jamais bien réellement constaté. Il est plus probable, au contraire, que la formation de la hernie précède habituellement de quelques jours l'étranglement. C'est bien de cette façon que les choses semblent s'être passées chez notre opéré; mais il est presque incroyable que la mère, après avoir cependant remarqué le gonflement des bourses, n'ait pas été plus rapidement alarmée par les cris et les vomissements de son enfant.

En général, le début même de l'étranglement ne saurait être précisé, parce qu'il passe inaperçu des parents ou des nourrices. Et c'est là un fait regrettable.

Il y aurait une certaine importance à être renseigné sur ce point, relativement à la question ultérieure de savoir s'il vaudrait mieux ou non faire, dans certains cas, le débridement sans ouverture du sac.

La solution de cette question dépend en effet du siège ou de l'agent de l'étranglement. Ce dernier semble avoir été le plus souvent l'anneau inguinal externe, et l'on pourrait sûrement à l'avance diagnostiquer cette variété s'il était démontré qu'on eût affaire à un étranglement d'emblée. Mais, d'autre part, on a, dans quelques observations, noté l'existence d'un collet du sac, au niveau duquel l'étranglement s'est fait quelquefois. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

Quant au contenu de la hernie, il s'agit toujours d'entéroécèles pures.

La statistique des cas publiés jusqu'à ce jour ne permet pas d'établir des notions précises sur la rapidité des lésions de l'intestin, consécutives à l'étranglement. Pourtant l'observation de Heyfelder signale la gangrène et la perforation des parois intestinales dans un étranglement datant de trois jours chez un enfant âgé seulement de 8 jours....

Relativement aux symptômes, généralement peu étudiés jus-

qu'ici <sup>(1)</sup>, un fait facile à concevoir, c'est l'affaiblissement rapide et profond du petit malade.

Il a pour corollaire évident, la nécessité d'intervenir plus promptement encore que chez l'adulte. Le cas de Gooch, cité par O. Féré : hernie étranglée abandonnée à elle-même et guérie après formation d'un anus contre nature, ce cas, dis-je, peut être considéré comme une exception en dehors de toute règle chirurgicale.

Donc, il faut se décider à opérer, malgré les résultats peu brillants de la statistique, et opérer sans attendre plus de vingt-quatre heures si le taxis avec chloroforme n'a pas amené la réduction. J'estime même qu'il faudra le plus souvent agir avant cette limite de vingt-quatre heures.

Il serait banal, en effet, de faire remarquer que les chances de guérison seront plus grandes si l'enfant est plus vigoureux. L'observation de Defontaine, dans laquelle la kélotomie a été suivie de guérison chez un enfant âgé de 2 mois, signale *l'apparence exceptionnellement vigoureuse* du bébé. C'était le contraire pour mon cas ; mon petit malade était peu vigoureux, très abattu déjà, n'ayant fait que crier sans prendre le sein depuis près de vingt-quatre heures. En outre, il était né d'un père syphilitique et la mère avait fait, avant ce dernier et unique enfant, plusieurs fausses couches....

Les statistiques y compris mon cas, permettent d'établir ce qui suit :

- Sur 54 opérés au-dessous de 2 ans, 19 morts.
- Sur 25 opérés au-dessous de 6 mois, 12 morts.
- Sur 16 opérés au-dessous de 2 mois, 8 morts,

6 guérisons ; 2 résultats non indiqués paraissent devoir être rangés dans la colonne des décès. En effet, il s'agit d'étranglements datant de trois jours, chez des enfants âgés de 42 jours (Erichsen), et de 20 jours (Dupuytren).

Au point de vue opératoire, une question importante, c'est celle de l'ouverture du sac. Nous l'avons effleurée déjà. Il paraît y avoir avantage à ne pas ouvrir le sac, le débridement ne devant intéresser que l'anneau inguinal externe, lequel est le plus souvent le siège de l'étranglement.

Dans le plus grand nombre des cas, il est vrai, un collet du sac

(1) Voir aussi Launois, in *Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1883, et Defontaine, in *France médicale*, décembre 1883.

ne semble pas avoir le temps de se former ; cependant, une observation de Féré prouve bien la possibilité de l'étranglement par le collet du sac.

Sur 12 opérations, sans ouverture du sac, il n'y a que 3 morts ; et sur 42 avec ouverture du sac, 16 morts.

Mais il n'est point prouvé que d'autres facteurs ne puissent être invoqués pour interpréter cette différence dans la proportion réciproque des décès, bien au contraire.....

De plus, au point de vue clinique, on éprouve souvent une réelle difficulté pour déterminer la date de la hernie, nous avons déjà insisté sur ce point fort important dans la question.

En outre, des adhérences peuvent très rapidement s'établir entre le sac et l'intestin, l'observation de Defontaine en fait foi ; par conséquent, il pourrait s'en faire aussi au niveau du collet du sac..... Enfin, je crois inutile d'insister sur la nécessité généralement bien établie de pratiquer une antiseptie rigoureuse du contenu du sac et surtout d'examiner les parties herniées au point de vue des lésions concomitantes, pour peu du moins que l'étranglement ait déjà une certaine durée.

Toutes ces raisons, en vérité, se réunissent pour faire de l'ouverture du sac une règle générale dans la kélotomie chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte. Pour ma part, je ne m'abstiendrais d'ouvrir le sac que si je trouvais réunies les conditions suivantes : étranglement d'emblée bien diagnostiqué, datant de moins de vingt-quatre heures, avec peu de liquide dans le sac..... Tel n'était pas d'ailleurs le cas auquel j'ai eu affaire.

*Conclusion* : La hernie étranglée chez l'enfant du premier âge comporte les mêmes indications que chez l'adulte : taxis avec chloroforme, une seule séance courte et modérée, ou kélotomie immédiate suivant la durée de l'étranglement, — ouverture du sac, sauf dans le cas d'étranglement d'emblée avant vingt-quatre heures révolues, — pour le pansement, lavages antiseptiques fréquents et application de vaseline boriquée.

---

## CLINIQUE INFANTILE

### De la période d'invasion de la rougeole,

PAR F. GENDRON.

Pendant ces derniers mois la rougeole a régné à Rouen en épidémie assez intense et encore à peine éteinte. La clientèle infantile du dispensaire a été sérieusement atteinte et les observa-

tions que j'ai faites sont très nombreuses. Si je cherchais à dégager les caractères de cette épidémie, je signalerais la prédominance très marquée des déterminations broncho-pulmonaires de la maladie ; par leur fréquence et leur intensité, par leur précocité et leur tenacité elles ont différencié l'épidémie actuelle des épidémies quasi annuelles que nous subissons. Même en tenant compte des conditions défavorables dans lesquelles se trouvent les petits malades du dispensaire, de l'encombrement et de la mauvaise aération des logements, des refroidissements auxquels ils sont plus exposés que d'autres, du mauvais état de santé antérieure de beaucoup de ceux qui ont été atteints, il reste manifeste que les accidents thoraciques se sont développés dans une proportion inusitée.

L'interprétation de ce fait ressortit à l'épidémiologie ; je ne le mentionnerais pas autrement, s'il n'avait eu pour conséquence d'appeler mon attention sur tous les morbillieux qui m'ont été présentés. En raison de la diffusion et de la gravité de la maladie, j'en ai guetté plus soigneusement le développement, et les cas se sont succédés d'assez près pour que j'aie pu multiplier les comparaisons en peu de temps.

Ces observations ne m'ont rien révélé de nouveau, mais elles m'ont conduit à étudier de plus près la première période de la rougeole, celle qui ramène si invariablement sur les lèvres du médecin en mal de diagnostic, l'énigmatique *peut être*.

Les malades en sont arrivés si généralement à se contenter de ce mot, que souvent le médecin attend, pour lui substituer un terme plus précis, l'instant où il le trouvera inscrit sur la figure de son malade ; si bien que dans la pratique la période prodromique de la rougeole est devenue une période avec laquelle on compte peu, l'éruption en marque le début, c'est elle qui donne réellement l'éveil sur les dangers que peut courir le malade ou son entourage. Assurément les incertitudes de diagnostic sont bien souvent justifiées pendant l'invasion de la rougeole, et plusieurs des faits que j'ai rencontrés m'ont appris qu'il était difficile de les éviter, mais il est de la plus grande importance de les restreindre aux cas où les éléments d'appréciation sont tout à fait insuffisants ; pour la rougeole, peut-être plus que pour les autres fièvres éruptives, le diagnostic précoce est une des conditions essentielles de la prophylaxie.

Ce qui fait la difficulté de ce diagnostic, c'est que les symptômes sur lesquels il repose ne sont ni constants ni réguliers, c'est que la première période de la rougeole n'évolue pas toujours sui-

vant un cycle défini conforme à la description classique, et si on ne cherche à l'établir en dehors de ces conditions, on risque souvent de l'ajourner jusqu'au moment où il s'impose aux yeux de tout le monde.

Quand, dans le cours d'une épidémie, un enfant qui n'a pas encore eu la rougeole est pris de malaise avec une température qui s'élève progressivement pour osciller autour de 39°, avec une toux sèche, quinteuse, accompagnée d'enrouement et parfois même d'accès de laryngite; quand en même temps les yeux deviennent injectés, surtout sur leur muqueuse palpébrale, et larmoyants, les narines humides, la gorge un peu rouge, il est aisé de se prononcer dès le premier examen. Mais ce mode d'invasion varie très souvent; tantôt la maladie débute avec des symptômes beaucoup plus atténués, tantôt quelques-uns de ces symptômes font défaut, tantôt elle a une allure beaucoup plus lente, beaucoup plus insidieuse, d'où il résulte dans la symptomatologie de la période d'invasion, une diversité qui ne serait point une cause aussi habituelle d'incertitudes ou d'erreur, si elle était moins oubliée, et si surtout, en l'absence d'une symptomatologie classique, on ne se résignait aisément à rester dans l'attente.

Même dans les livres, la description de la première période met trop en relief le tableau que j'ai exposé plus haut; on n'y trouve que brièvement signalées les transformations qu'il peut subir, et qui cependant ne l'altèrent pas tant qu'il ne puisse plus avoir aucune signification. Je rappellerai celles qui se présentent le plus communément, celles du moins qui se sont le plus répétées à mon observation, en notant d'abord que l'existence d'une épidémie, l'absence de rougeole antérieure, la découverte d'une circonstance dans laquelle a pu s'opérer la contagion, sont autant de conditions auxquelles il faut faire une large place parmi les éléments du diagnostic.

L'existence même de ces conditions donne une signification aux symptômes les plus atténués, et bien des fois une fièvre légère associée à un peu de rhume, m'ont fait reconnaître la rougeole chez des enfants que je savais en rapport avec des foyers d'infection, et qui ne tardaient pas à m'en présenter la preuve. Ils ne s'étaient pas montrés avec tous ces phénomènes de catarrhe qui leur donnent une physionomie si spéciale. C'est ainsi qu'il en est encore assez fréquemment: les accidents sont assez légers pour qu'on y fasse à peine attention, si on n'est tenu en éveil, ou pour qu'on n'y distingue autre chose qu'une bronchite très bénigne.

Tout au contraire, les manifestations bronchiques peuvent se développer avec une brusquerie et une intensité bien capables d'égarer les plus prévenus. J'en citerai comme exemple un fait que j'ai observé récemment.

C'était une fillette d'une douzaine d'années qui, la veille du jour où je fus appelé, avait été prise d'une fièvre vive avec des frissons, et d'une toux sèche, fréquente, accompagnée d'oppression ; au moment où je l'abordai, la respiration était fréquente, la température élevée, la toux persistait sans expectoration, brève et pénible, la malade accusait de la douleur dans le côté. La rapidité de développement et la violence de ces symptômes thoraciques me firent soupçonner un début de pneumonie ; mais après une auscultation minutieuse je n'avais pas trouvé dans la poitrine le moindre signe qui pût confirmer cette première idée ; cet examen négatif me causa quelque embarras. En poursuivant mes recherches j'appris que l'enfant n'avait pas encore eu la rougeole ; elle n'en présentait d'ailleurs pas le facies, pourtant je me rattachai volontiers à l'idée qu'elle en était atteinte.

Le lendemain, le catarrhe oculo-nasal confirma cette idée, et le surlendemain l'éruption se montra à la surface de la peau.

Dans ce cas, la maladie s'était rapidement localisée sur la muqueuse bronchique, et avec une certaine intensité ; le fait n'est pas exceptionnel, même avec ce caractère d'acuité, mais on conçoit qu'en dehors de circonstances épidémiques l'embarras puisse être assez prolongé. Rien n'est alors à négliger, ni les anamnestiques, ni surtout l'examen de la gorge qui peut fournir de précieuses indications.

L'absence des signes qu'on a l'habitude de rechercher sur les muqueuses oculaire et nasale, et l'anomalie des symptômes bronchitiques qui tantôt sont d'une excessive bénignité, tantôt se développent avec une intensité telle qu'ils accaparent toute l'attention, sont la source de difficultés de diagnostic dont les exemples pourraient être multipliés.

Lorsque les déterminations muqueuses de la première période de la rougeole restent très légères, la réaction fébrile est en même temps très modérée, parfois insignifiante. Il arrive alors que cette période est à peine appréciable et passe même inaperçue chez les enfants qui ne sont pas attentivement surveillés. Que de fois on m'a présenté des enfants couverts d'un exanthème morbillieux et qui la veille encore n'avaient pas paru malades ; combien y en a-t-il qui restent à l'école pendant toute la première phase de leur maladie, jusqu'au jour où survient l'éruption. Je reviendrai sur

les graves conséquences de ces faits, pour l'instant ils montrent que le début de la rougeole peut être tout à fait silencieux.

On assigne à la première période de la rougeole une durée de quatre jours, quelquefois de six jours. Il n'est pas rare que cette dernière limite soit encore trop restreinte, et si on la considérait comme absolue on s'exposerait à des erreurs assez fréquentes. Les symptômes bronchitiques traînent parfois en longueur et la maladie entre dans sa phase d'éruption cutanée après un retard qui a fait un instant douter de l'exactitude du diagnostic auquel on s'était d'abord arrêté.

Un enfant qui m'avait présenté des symptômes de rougeole au début me fut ramené deux fois sans qu'aucune éruption se fût encore montrée; il présentait toujours un peu de fièvre, du catarrhe bronchique; à la troisième consultation, il y avait une dizaine de jours que tous ces phénomènes avaient débuté, je renouçai à mon diagnostic; le lendemain l'enfant présentait une éruption des plus nettes.

D'autres fois, le développement de l'éruption est retardé par quelque complication. C'est surtout la broncho-pneumonie qui peut survenir avec cette précocité chez les jeunes enfants; dans un cas je l'ai constatée au troisième jour après le début, d'emblée les déterminations bronchiques avaient revêtu une grande intensité.

Les faits de ce genre nous montrent qu'il faut compter avec la période d'invasion de la rougeole. Ce n'est pas une période prodromique, comme on l'a encore appelée; dès le premier jour de cette phase la maladie est en pleine évolution, et si les manifestations cutanées en sont l'expression symptomatologique la plus recherchée, les déterminations sur la muqueuse des voies respiratoires sont les plus importantes par le rôle qu'elles jouent dans la marche de la maladie; il est parfaitement juste de dire que c'est la *rougeole des muqueuses*, et la définition est d'autant plus vraie que ce sont elles qui contribuent le plus à la propagation de la rougeole.

On reconnaît généralement aujourd'hui que cette fièvre éruptive est contagieuse dès le début de la période d'invasion, dès l'apparition des premiers symptômes bronchitiques, et le contagement serait surtout contenu dans les produits de sécrétion de la muqueuse respiratoire. On conçoit alors combien il est urgent de la reconnaître dès qu'elle éclôt, si on veut prendre des mesures de prophylaxie qui aient quelque efficacité.

C'est en effet ce qui me semble donner à la première période de

la rougeole une importance qu'on ne lui accorde pas assez ; elle répond si bien au processus infectieux dans toute son activité, que dès ce moment l'organisme en reproduit le contagé qui se répand autour du malade par l'air qu'il expire.

Il faut remarquer, par contre, que la contagiosité de la rougeole n'a pas une durée très prolongée et qu'elle disparaît avec la période d'éruption. La diffusion du contagé dans l'atmosphère est très limitée, il n'est même pas transportable à une grande distance par les objets ou par les personnes, à cause de sa très faible tenacité ; en peu de temps il perd ses propriétés nocives, aussi ne persiste-t-il pas dans les chambres qui ont été occupées par les malades.

On s'explique mal avec ces seules données, comment la rougeole est si commune et se répand avec tant de facilité dès qu'elle apparaît.

La contagiosité très précoce de la maladie à une période où elle est souvent méconnue, soit qu'on ne prenne pas soin de la découvrir, soit qu'elle ait une allure tout à fait trompeuse, la réceptivité toute spéciale que lui offrent les enfants, tels sont les motifs de sa rapide généralisation quand elle naît au milieu d'une agglomération.

Il ne faut pas chercher d'autre explication à certains faits qu'on a pu observer pendant la dernière épidémie. Dans certaines écoles de la ville, une partie des élèves ont été atteints presque en même temps. Il avait suffi qu'un ou deux enfants au début de leur maladie, trop peu souffrants pour que les parents ou le maître y prennent garde, fussent en rapport pendant quelques heures avec leurs camarades pour contaminer tous ceux qui n'étaient pas réfractaires. Les écoles ont une influence qu'on ne soupçonne pas assez sur la dissémination de la rougeole, ce sont des foyers de diffusion. J'ai pu maintes fois constater qu'elle avait été importée dans les familles, où souvent elle faisait des victimes, par un enfant qui fréquentait une école où régnait la maladie. Et pourtant, on chasse vite l'élève aussitôt qu'on remarque les premières taches de l'éruption ; on exige un certificat pour le laisser rentrer ; mais le mal est fait quand on cherche à l'écarter et il n'est plus à craindre quand on se défend contre son retour.

Sans doute la prophylaxie de la rougeole présente de sérieuses difficultés, elle a pour condition essentielle le diagnostic précoce de la maladie ; aussi ai-je tenté d'exposer les principales irrégularités symptomatologiques dont il faut garder le souvenir ; mais, j'ai été surpris de voir que Hénoch, dans son consciencieux *Traité*

des maladies de l'enfance, ne s'en soucie même pas, et pour lui « le danger beaucoup moindre de la rougeole, et la certitude que les enfants n'y échapperont pas, plaident contre l'isolement. »

Assurément, quand les enfants sont vigoureux, quand ils ont dépassé le premier âge, quand ils sont dans de bonnes conditions hygiéniques, les risques qu'ils courent sont légers, sans être négligeables; mais, sans aller dans les hôpitaux où la mortalité est très élevée, sans prendre les exemples dans les familles pauvres où la rougeole est très meurtrière pour les enfants en bas âge, sans même tenir compte de la malignité de certaines épidémies, n'existe-t-il pas une foule d'états morbides pour lesquels elle est une complication redoutable? Même dans les meilleures conditions de salubrité, tous les enfants au-dessous de trois ans, tous les enfants débiles, maladifs, les scrofuleux, les tuberculeux ou ceux qui sont prédisposés à le devenir, ne peuvent affronter la rougeole sans danger. N'y aurait-il que ceux-là que ce serait assez pour justifier la mesure prophylactique la plus élémentaire, l'isolement; et, pour le réaliser à temps, mieux vaut risquer de le prescrire à tort.

---

## RECUEIL DE FAITS

---

### Un cas d'hydrargirisme aigu.

PAR LE D<sup>r</sup> BEAUDOIN, (d'Alençon).

M<sup>me</sup> F..., blanchisseuse, se frictionne pendant 4 jours avec de l'onguent gris, pour se débarrasser de parasites. Elle en fait une dépense qui représente près de 100 grammes de ce médicament. Les frictions ne sont suivies, à dessein, d'aucun lavage.

15 jours après le début des frictions, survient une salivation abondante et infecte; cette salivation dure 15 jours pendant lesquels la malade salit 2 serviettes par jour par ses crachats. En même temps, gingivite intense et fluxion des deux joues.

8 ou 10 jours après le début de la salivation, c'est-à-dire vers le 10 ou 12 novembre 1885, survient une éruption qui envahit tout le corps. C'est d'abord un pointillé rouge, analogue à celui de la scarlatine (d'après les renseignements de la malade et de son entourage).

Lorsque je suis appelé, l'éruption est modifiée, la face semble envahie par un érysipèle, les paupières sont bouffies, fermées, aissant suinter un liquide purulent; le corps couvert d'une rou-

geur intense, l'épiderme se détache par de larges plaques laissant le derme dépouillé et suintant. Les membres sont douloureux et les jointures raidies; les moindres mouvements arrachent des cris.

Il n'y a plus aucune salivation. La bouche au contraire est absolument desséchée, les mâchoires douloureuses, contracturées; la malade ne peut pas tirer la langue et parle les mâchoires serrées; elle ne peut avaler que du liquide et éprouve une sensation de brûlure au contact de la plupart des aliments, même du lait et du bouillon.

Quoique tout le corps soit douloureux, la douleur de la bouche est ce qui la fait le plus souffrir. — Température 39° environ.

Constipation opiniâtre. Pas d'albumine dans les urines,

*Traitement.* — Potion au chlorate de potasse, 4 grammes par jour; la malade la prend difficilement à cause de la douleur de la bouche. — Lavements au séné. — Huile de ricin dès que la malade peut l'avalier. Bains amidonnés et gélatineux. La malade, trop difficile à remuer, n'a pu prendre qu'un seul bain. Enveloppement de tout le corps tantôt dans des cataplasmes, tantôt dans de la poudre d'amidon. Potion à l'extrait de quinquina. Sirop thébaïque, 2 cuillerées à bouche le soir.

L'état aigu dura une vingtaine de jours; pendant quelque temps la malade put paraître en danger de mort. Enfin la bouche put s'ouvrir, un épiderme nouveau se reforma sur tout le corps; l'amélioration fit alors de rapides progrès. Il y eut seulement de l'œdème des pieds et des jambes, sans albuminurie, pendant la desquamation. La malade est aujourd'hui parfaitement guérie. Les dents ne sont pas ébranlées, mais les cheveux sont presque tous tombés.

---

### Proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

Présentée par MM. Chevandier, Bourneville, Bizarelli, Devade, Frébault, Lyonnais, Chavanne, Michon, Richard (Drôme), Bernard Lavergne, Vacher, députés.

TITRE PREMIER. — *Article premier.* — Nul ne peut exercer la médecine en France ni aux colonies, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par une Faculté de l'Etat, et si, du jour de son élection de domicile, dans le délai d'un mois, il n'a fait enregistrer son titre à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son arrondissement.

*Art. 2.* — Les officiers de santé, reçus conformément au titre 3 de la loi du 19 ventôse an XI ou aux arrêtés et décrets subséquents, auront désormais

le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République, sans être astreints ni à une autorisation ministérielle ni à l'obtention d'un nouveau diplôme. Ils restent soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales.

*Art. 3.* — Les officiers de santé pourront, s'ils comptent cinq années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'Etat pour obtenir le titre de docteur en médecine, après avoir subi avec succès deux examens, présenté et soutenu une thèse.

*Art. 4.* — Nul ne peut exercer l'art dentaire, prendre le titre de médecin ou chirurgien-dentiste, de dentiste, s'il n'en a acquis le droit soit en vertu des articles 1 et 2 de la présente loi, soit en vertu d'un diplôme spécial enregistré conformément à l'article premier. Cette prescription ne sera applicable que du jour où un cours d'art dentaire existera depuis deux ans, dans toutes les Facultés de médecine de l'Etat, Ecoles de plein exercice, Ecoles secondaires mixtes de médecine et de pharmacie; et du jour où, dans chacune d'elles, aura été institué un jury d'examen autorisé à délivrer un diplôme de médecin-dentiste. Les dentistes français ou étrangers exerçant actuellement leur art en France, ceux qui voudront l'exercer à l'avenir devront, dans le délai de trois mois, à partir du jour de la promulgation de la présente loi, faire la déclaration de leur profession de dentiste à la sous-préfecture et au greffe du tribunal de première instance de l'arrondissement de leur domicile et à Paris, à la Préfecture de la Seine, pour conserver le libre exercice de leur profession. Les accoucheuses, munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, continueront à exercer la pratique des accouchements dans les conditions actuelles.

*Art. 5.* — Le Français et l'étranger, reçus docteurs en médecine à l'étranger, ne peuvent être autorisés à exercer en France ou aux colonies qu'après avoir établi qu'ils ont exercé pendant quatre ans à l'étranger; après avoir subi avec succès, devant une Faculté de l'Etat, deux examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales théoriques et pratiques; présenté et soutenu une thèse; produit un certificat authentique de bonne vie et mœurs. La dispense de scolarité ne leur est accordée par le Ministre compétent que sur la déclaration du Comité consultatif de l'Instruction publique de l'équivalence admise par lui des diplômes ou certificats produits par les candidats avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint français. Ils paieront les frais des deux examens et la soutenance de la thèse.

*Art. 6.* — Pourront toutefois être autorisés, exceptionnellement, à exercer la médecine sur le territoire de la République, sans être tenus de subir des examens devant une Faculté de l'Etat : 1° Les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui auraient rendu de grands services à la science. Cette autorisation ne pourra être accordée, par le Ministre compétent, qu'après avis conforme de la Faculté de médecine de Paris et du Comité consultatif de l'Instruction publique. A l'égard des étrangers, cette autorisation sera toujours révocable. 2° Les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs clients dans les stations thermales ou

hivernales françaises. L'autorisation limitera l'exercice de la médecine à la station même ; elle sera toujours révocable. 3° Les médecins étrangers ou français fixés à l'étranger, dont la résidence ne sera pas à plus de vingt kilomètres de la frontière française, à la seule condition que les médecins, résidant en France, jouiront du même droit sur le territoire étranger dans les mêmes conditions. 4° Sont également autorisés à exercer la médecine, durant une épidémie, ou en cas de remplacement, les internes des hôpitaux nommés au concours, ayant douze inscriptions, et les étudiants en médecine munis de seize inscriptions. Cette autorisation ne pourra dépasser trois mois.

*Art. 7.* — L'étranger reçu docteur devant une Faculté de l'Etat exerce librement sur le territoire de la France et des colonies.

*Art. 8.* — Tout étranger ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une Faculté de médecine de l'Etat ou dans une Faculté libre que sur l'autorisation du Ministre de l'Instruction publique. Cette autorisation n'est accordée qu'autant que le Comité consultatif de l'Instruction publique a déclaré l'équivalence des diplômes ou certificats produits, avec le diplôme de bachelier ès lettres pour la prise de la première inscription, avec celui de bachelier ès sciences restreint pour la prise de la cinquième. Le candidat qui se présentera comme ayant déjà commencé ses études médicales à l'étranger, en outre des diplômes et certificats ci-dessus mentionnés, dont l'équivalence aura été reconnue, devra, pour être autorisé à prendre cumulativement un nombre d'inscriptions représentant une partie des études médicales faites à l'étranger, obtenir du Comité consultatif de l'Instruction publique la déclaration d'équivalence de scolarité effectuée avec le nombre d'inscriptions à lui accorder. Il sera tenu de subir les examens correspondant à ce nombre avant d'être admis à prendre des inscriptions nouvelles.

*Art. 9.* — Tout médecin, lorsqu'il en est requis, doit le concours de son art à l'autorité administrative ou judiciaire en cas d'urgence ou de flagrant délit. Dans toutes autres circonstances, il est libre de prêter ou de refuser le concours qui lui est demandé. Ce devoir est commun à quiconque exerce une des branches de la médecine. Le médecin qui a promis son concours, en vertu des dispositions qui précèdent, agit en qualité d'expert et a droit à la rémunération afférente à cette qualité. A cet effet, les tarifs de 1841 seront révisés dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi.

*Art. 10.* — L'action des médecins et de quiconque exerce une des branches de la médecine, pour leurs visites, consultations, opérations et médicaments, quand la loi les autorise à en délivrer, se prescrit par cinq ans.

(A suivre.)

---

## NOUVELLES

**Ecole de Médecine de Rouen.** — Un concours pour une place de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de Médecine de Rouen s'ouvrira le 1<sup>er</sup> juillet 1886 devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris.

---

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÉS	DÉCÉS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 7 au 13 février . . .	77	22					1		1
Du 14 au 20 février . . .	77	19	3	1			1	19	
<b>Havre (105,867 hab.)</b>									
Du 7 au 13 février . . .	74	16				6	2		
Du 14 au 20 février . . .	50	16				2	1		
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>									
Du 7 au 13 février . . .	12	5							
Du 14 au 20 février . . .									
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>									
Du 7 au 13 février . . .	20	10				2			
Du 14 au 20 février . . .	17	7				1			
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 7 au 13 février . . .	12	2				1			
Du 14 au 20 février . . .	9	3				1			

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 7 au 13 février 1886 :

*Variolle*, 3 entrées ; *rougeole*, 2 entrées ; *fièvre typhoïde*, 1 entrée, 1 décès ; *diphthérie*, 2 entrées.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 7 au 13 février 1886 :

*Rougeole*, 5 ; *fièvre typhoïde*, 2 ; *diphthérie*, 1 ; *coqueluche*, 23.

Du 14 au 20 février : *variolle*, 2 ; *rougeole*, 4 ; *scarlatine*, 5 ; *érysipèle*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 4 ; *diphthérie*, 2 ; *coqueluche*, 4.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS,

## MÉDICATION PHOSPHATÉE PHYSIOLOGIQUE (1)

**ANÉMIE P. P. DITE**—PHOSPHATES HÉMATIQUES MICHEL poudre aux repas.  
**NÉVROSES (FEMMES)** — ELIXIR PHOSPHOVINIQUE, par gouttes.  
**NEURASTHÉNIES (HOMMES)** — VIN de QUINETUM PHOSPHATÉ, verre à Madère.  
**LYMPHATISME** — VIN IODO-PHOSPHATE du Dr FOY, par cuillerées (1 à 4).

**Pharmacie JOLLY, 64, Faubourg Poissonnière, Paris**

(1) La brochure : *Les Phosphates, leurs fonctions chez les êtres vivants*, est envoyée sur demande affranchie.

## VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Aussi agréable que les vins de dessert, plus tonique que le vin de quinquina, le vin MARIANI est journellement prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, dans les convalescences longues et difficiles, pour régulariser les fonctions digestives; dans la chlorose, l'anémie, etc. Le Dr Ch Fauvel l'emploie avec succès dans sa clinique de laryngoscopie, comme tenseur des cordes vocales.  
Prix : 5 fr. la bouteille. Chez MARIANI, 41, boulevard Haussmann, à Paris, et dans les pharm.



Médailles aux Expositions: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

### INHALATIONS d'OXYGÈNE APPAREILS DE LIMOUSIN

INHALATEUR, Loc<sup>on</sup> p<sup>r</sup> Paris, 5<sup>e</sup> p<sup>r</sup> semaine. GAZ, 0,40<sup>e</sup> le litre.  
Appareil complet p<sup>r</sup> fabriquer et respirer, avec boîte : 130 fr.  
PH<sup>ie</sup> LIMOUSIN \*, 2<sup>me</sup>, RUE BLANCHE, PARIS

Dans l'odeur ni le saveur des huiles ordinaires. — HOGG, Ph<sup>ie</sup>, 2, r. Castiglione, PARIS

## HUILE DE FOIES FRAIS de MORUE de HOGG

Se trouve dans toutes les Pharmacies en Flacons triangulaires

## CAPSULES DARTOIS

à la CRÉOSOTE de HÊTRE

Ces Capsules ont la forme et la grosseur d'une pilule ordinaire. Elles contiennent chacune 0.05 de créosote dissoute dans 0.20 d'huile de foie de morue, formule reconnue la meilleure. — DOSES : De 6 à 10 par jour au moment des repas, ou matin et soir en faisant boire immédiatement après une petite tasse de lait cru, d'eau rougie ou de tisane (**Bronchites et Catarrhes chroniques, Phtisie.**)

LE FLACON 3 FRANCS, 105, RUE DE RENNES, PARIS, ET LES PHARMACIES

En prescrivant les Capsules Dartois, les médecins procureront à leurs malades un produit pur, exactement dosé et très soluble. — Les Créosotes ordinaires, dont on dissimule souvent l'impureté en les associant à divers produits, sont irritantes et mal tolérées

**SALICOL**  
DUSAULE

Désinfectant Antiseptique

CAPSULES  
**DARTOIS**

à la Créosote de Hêtre

**QUASSINE**  
FREMINT

Apéritif — Diurétique

# LA NORMANDIE MÉDICALE

SOMMAIRE : Hygiène : De la mortalité des enfants du premier âge, à Lisieux, par le D<sup>r</sup> Colombe.— Revue critique : Sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par le D<sup>r</sup> Cerné.— Résultats de la méthode Pastorienne contre la rage.— Toxicologie : Du principe toxique des moules.— Projet de loi sur l'exercice de la médecine (suite et fin). — Nouvelles. — Chronique sanitaire.

## HYGIÈNE

### De la mortalité des enfants du premier âge, à Lisieux,

PAR LE D<sup>r</sup> COLOMBE.

Parmi les départements qui sont le plus favorisés par la loi Roussel, se trouve, sans contredit, le département du Calvados. Aussi, dans un discours prononcé à Caen, le 28 décembre 1884, à la distribution solennelle des récompenses du comité de protection de l'enfance, M. le professeur Brouardel pouvait-il dire : « Dans le Calvados, avant l'application de la loi Roussel, la mortalité des enfants en nourrice dépassait 30 % : en trois ans, elle est tombée à 10, puis à 7. Elle oscille aujourd'hui autour de 6. Chaque année, le Calvados conserve à la France 300 de ses enfants ». <sup>(1)</sup>

Quelques semaines plus tard, l'Académie de médecine mettait à l'ordre du jour la question de la dépopulation de la France, et M. Th. Roussel rappelait que dans notre département, en 1860, la mortalité sur les enfants assistés de moins d'un an, était de 78 %, qu'elle était encore en 1865 et 1866, de plus de 30 % sur les enfants élevés au biberon, et qu'elle est tombée à 5 1/2 % en 1882 sur 3,367 enfants de un jour à deux ans, ayant profité de la loi de protection <sup>(2)</sup>.

A ces résultats brillants, nous venons opposer une statistique beaucoup moins consolante. Il ne faut pas, en effet, que les chiffres cités plus haut laissent ignorer qu'à côté des enfants jouissant des bénéfices de la loi Roussel, il y en a d'autres, en nombre plus considérable, dont on ne s'occupe pas, et que si, en 1882, la mortalité des enfants au-dessous d'un an protégés par la loi a été de 10,72 %, il y a telle ville du département du Calvados où la mortalité de ces mêmes enfants au-dessous d'un an, non protégés, a été de 44,54 %.

(1) Ann. d'hyg. publ., 1884.

(2) Acad. de médecine, 1884.

Les tableaux que nous donnons plus loin établiront cette proportion pour la ville de Lisieux. Mais avant de les présenter, qu'il nous soit permis de faire une réserve au sujet des succès obtenus par la loi Roussel.

On nous dit bien qu'en 1883, par exemple, 1,659 enfants de un jour à deux ans ont été soumis à la surveillance, et que 198 ont succombé; mais ce qu'on ne nous fait pas connaître et ce que nous avons cherché en vain, c'est le nombre des enfants qui, après avoir été quelque temps en nourrice, ont été retirés par leurs parents pour un motif quelconque, et sont morts dans leur famille. Il faut avouer qu'il y a dans la statistique ainsi établie une lacune regrettable. — Ces enfants, dira-t-on, sont décédés chez leurs parents : ils n'étaient plus soumis à la surveillance du médecin inspecteur, donc, leur décès ne doit pas entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats de la loi Roussel. — Mais cependant, le décès a eu lieu quelques semaines, quelques jours peut-être après la sortie de nourrice où l'enfant avait pu contracter la maladie qui a occasionné sa mort. Etablissez, si vous le voulez, une catégorie pour ces cas particuliers : n'omettez pas de les signaler.

D'après le dernier recensement, il y avait à Lisieux, en 1881, 211 enfants au-dessous d'un an.

En 1881, il y a eu 71 décès.

1882	—	94	—
1883	—	65	—
1884	—	96	—
1885	—	68	—

Dans le département, il y avait 7,102 enfants au-dessous d'un an <sup>(1)</sup> et il y a eu 1,267 décès en 1881 <sup>(2)</sup>. Nous ne savons combien d'enfants de cet âge sont morts les années suivantes; mais si nous comparons la mortalité de la ville et celle du département pour 1881, nous voyons qu'elle a été pour Lisieux de 33,64 %, tandis qu'elle n'était que de 17,84 %, pour le département. En 1882 et 1884, le nombre des enfants qui ont succombé à Lisieux a été beaucoup plus considérable : en 1882, il y a eu 44,54 décès % et en 1884, 45,49 %. Quant aux enfants protégés par la loi Roussel, en 1881, la mortalité a été pour la première année de 10,20 %, en 1882, de 10,72 % et en 1883, de 11,56 %.

(1) Résultats statistiques de 1881, p. 121 et 144.

(2) Annuaire statistique de la France, 1884, p. 37 et 41.

Nous pouvons réunir ces chiffres dans les tableaux suivants :

Enfants de 1 jour à 1 an

ANNÉES	LISIEUX			CALVADOS			ENFANTS PROTÉGÉS PAR LA LOI ROUSSEL		
	Nombre des enfants	Nombre des décès	Moyenne des décès	Nombre des enfants	Nombre des décès	Moyenne des décès	Nombre des enfants	Nombre des décès	Moyenne des décès
1881	241	71	33,64 0/0	7.402	1.267	17,84 0/0	1.428	146	10,22 0/0
1882	(1)	94	44,54 0/0				1.629	175	10,71 0/0
1883		65	30,80 0/0				1.583	183	11,56 0/0
1884		96	45,49 0/0						
1885		68	32,22 0/0						

Un second tableau permettra de constater la moyenne des enfants décédés de un à deux ans :

Enfants de 1 à 2 ans

ANNÉES	LISIEUX			ENFANTS PROTÉGÉS PAR LA LOI ROUSSEL		
	Nombre des enfants	Nombre des décès	Moyenne des décès	Nombre des enfants	Nombre des décès	Moyenne des décès
1881	165	19	11,51 0/0	1.241	10	0,80 0/0
1882	(1)	19	11,51 0/0	1.738	10	0,57 0/0
1883		12	7,27 0/0	1.659	15	0,90 0/0
1884		22	13,33 0/0			
1885		10	6,06 0/0			

Enfin, nous inscrirons dans ce troisième tableau, la mortalité générale des enfants de la première et de la seconde année :

Enfants de 1 jour à 2 ans.

ANNÉES	LISIEUX			ENFANTS PROTÉGÉS PAR LA LOI ROUSSEL		
	Nombre des enfants	Nombre des décès	Moyenne des décès	Nombre des enfants	Nombre des décès	Moyenne des décès
1881	376	90	23,93 0/0	2.669	156	5,84 0/0
1882		113	30,05 0/0	3.367	185	5,49 0/0
1883		77	20,47 0/0	3.242	198	6,10 0/0
1884		118	31,38 0/0			
1885		78	20,74 0/0			

(1) Le recensement ne se faisant que tous les 5 ans, nous nous sommes servi du même chiffre pour les cinq années.

On remarquera que le Calvados ne figure pas sur ces deux derniers tableaux ; l'annuaire de la statistique ne fournit pas de renseignements sur la mortalité de un à deux ans, les décès de un à cinq ans sont réunis ensemble.

Notre statistique ne porte nécessairement que sur des chiffres restreints : de plus, elle comprend uniquement les enfants habitant la ville, et l'on sait que dans les villes, les chances de mortalité sont plus grandes pour les enfants en bas-âge. Mais il n'en est pas moins vrai que la moyenne est très élevée, surtout si on la compare à celle des enfants protégés par la loi Roussel.

Peut-on remédier à cet état de choses ? Oui, certainement, si l'on considère que la plupart des enfants qui succombent au-dessous d'un an meurent d'entérite ou d'athrepsie.

ANNÉES	NOMBRE DES DÉCÈS de 1 jour à 1 an	DÉCÈS PAR ENTÉRITE ET ATREPSIE	MOYENNE
1881	71	52	73,23 0/0
1882	94	52	55,31 0/0
1883	65	48	73,84 0/0
1884	96	60	62,50 0/0
1885	68	35	51,47 0/0

Combien de fois les médecins ne sont-ils pas appelés à donner des soins à des enfants atteints de vomissements et de diarrhée depuis plusieurs jours, quelquefois même depuis plusieurs semaines ? Que cette entérite résulte d'une alimentation mal dirigée, ce qui est fréquent, ou qu'elle se développe pendant les grandes chaleurs, l'enfant reste privé de soins médicaux, va en s'affaiblissant, et ne tarde pas à succomber : cela se voit principalement dans les classes pauvres.

A ce sujet, nous croyons qu'il serait bon de répandre les instructions si simples publiées par l'Académie de médecine, ou le formulaire très pratique rédigé par la commission du comité départemental : on y trouve les meilleures règles à suivre pour l'allaitement artificiel. Ne pourrait-on pas aussi installer un dispensaire pour les enfants qui manquent de soins, parce que le Bureau de bienfaisance ne peut donner tous les secours nécessaires, ou parce que les parents souvent chargés de famille n'ont pas le temps de veiller leurs enfants malades. Ces dispensaires rendent de grands services et coûtent peu, le prix de revient de chaque journée de traitement étant des plus minimes. Tous les enfants ne peuvent être conduits à l'hôpital où ils sont d'ailleurs

exposés à contracter des maladies contagieuses (1). Au mois de décembre dernier, pour ne citer qu'un seul cas, un enfant auquel M. le D<sup>r</sup> Notta avait fait avec succès l'opération de la tarsotomie, a failli succomber à la variole qu'il avait contractée à l'hôpital.

Mais nous ne voulons pas aujourd'hui insister sur les mesures qu'il y aurait lieu de prendre. Le but de ce travail était de signaler l'excessive mortalité des enfants en bas âge dans la ville de Lisieux. Quand on saura que l'année 1883 a vu disparaître 45,49 % des enfants au-dessous d'un an, on se décidera peut-être à tenter quelques efforts pour remédier à une des principales causes de notre dépopulation. Si le médecin ne peut rien sur les deux autres causes — le défaut de natalité et l'excédent de l'émigration sur l'immigration — il doit chercher à réduire l'excès de mortalité par tous les moyens qui sont en son pouvoir.

Rappelons, en terminant, que la loi Roussel ne protège qu'un nombre restreint d'enfants; ainsi, dans le département du Calvados, en 1881, sur 7,102 enfants au-dessous d'un an, 1,428 seulement lui étaient soumis.

---

## REVUE CRITIQUE

### Sur le traitement des kystes hydatiques du foie

PAR A. CERNÉ.

Cette question a récemment donné lieu, au sein de la *Société de Chirurgie*, à quelques discussions qui ne semblent point avoir abouti à des conclusions bien nettes; elles étaient soulevées par plusieurs observations communiquées depuis quelques mois en faveur d'une méthode peu en faveur jusqu'ici près des chirurgiens français, par suite sans doute de son apparence audacieuse.

Il n'a point été question, disons-le de suite, des méthodes simples, sans ouverture véritable de la poche, telles que les ponctions capillaires avec ou sans injection iodée, et l'électrolyse. Ces dernières sont bonnes quelquefois, on peut et on doit même les essayer; mais elles ne sont guère destinées à réussir que dans les cas où il s'agit d'un kyste hydatique simple, c'est-à-dire à une seule poche et sans vésicules filles. L'injection iodée n'est pas à conseiller, car elle a souvent amené la suppuration du kyste; enfin toutes les guérisons par ces divers moyens ne sont souvent qu'apparentes et les récidives sont fréquentes.

---

(1) Voir à ce sujet le bulletin publié par la *Normandie médicale*, 1<sup>er</sup> janvier 1886, « De l'assistance médicale par les dispensaires ».

En dehors donc de quelques cas rares, la guérison demande des opérations plus radicales ; il faut pour la procurer *ouvrir une voie suffisante à la sortie des hydatides et amener la rétraction et la cicatrisation de la poche qui les contenait.*

Or et l'opération elle-même et ses suites sont pleines de dangers. Pour parvenir jusqu'au kyste, on doit traverser le péritoine et s'exposer par conséquent aux accidents qui peuvent suivre l'ouverture de cette séreuse. Mener à bien la rétraction de la poche est souvent aussi fort difficile, lorsque la suppuration est trop considérable, que la bile fait issue dans le kyste, que l'état général est trop fortement ébranlé. Mais toutefois les principes généraux du traitement pendant toute cette période ne sont pas sujets à discussion ; des injections fréquentes doivent être faites dans la poche, modificatrices pour activer le bourgeonnement des parois, antiseptiques afin de prévenir l'infection de l'économie.

Les motifs de controverse ne sont pas là. Ils sont dans le choix de la méthode à suivre pour ouvrir une voie *suffisante* et, d'après ce que nous avons dit, le faire avec *sécurité*.

Les méthodes ne sont et ne peuvent être en vérité que de trois, bien inégales en date, mais qui n'en comptent pas moins de zélés et convaincus partisans :

1<sup>o</sup> La méthode de Récamier, longtemps la seule admise, et qui consiste à provoquer préalablement entre la paroi abdominale et le kyste, au moyen de l'application de caustiques, des adhérences qui oblitérent la cavité péritonéale et enlèvent tout danger d'épanchement de liquide à son intérieur.

Elle a un grand, un très grand inconvénient, c'est de demander un trop long temps avant que toute l'épaisseur des tissus ait été détruite par les applications successives du caustique, une trentaine de jours en moyenne ; aussi a-t-on cherché à la modifier en incisant une partie de la paroi abdominale et en déposant le caustique au fond de l'incision. M. Tillaux, après incision jusqu'au péritoine, transperce le péritoine et la paroi du kyste par une flèche de Conquoin d'une consistance suffisante. Nous croyons que la modification n'est pas recommandable, et il nous répugnerait de faire passer au milieu d'un péritoine sain une flèche caustique. N'y a-t-il pas lieu de craindre fortement qu'il ne se produise une rapide diffusion de la substance caustique et que l'inflammation provoquée dépasse les limites que cherche le chirurgien. Le procédé de Récamier a pour lui une règle de prudence que n'a pas celui de M. Tillaux.

2<sup>o</sup> La méthode dite actuellement de Verneuil. mais déjà pro

posée par Boinet en 1851. Ici on enfonce d'emblée dans la tumeur un gros trocart qui sert d'abord à l'évacuation d'une partie du liquide, puis on substitue au trocart une sonde en caoutchouc du plus gros calibre possible, qu'on a introduit par l'intérieur du trocart lui-même.

M. Verneuil ajoute à l'extrémité de la sonde, comme dans le procédé de Reybard pour la ponction de la plèvre, un morceau de baudruche mouillée qui empêche l'air de pénétrer dans le kyste. Lorsque la tension du kyste a disparu par l'évacuation partielle, il n'y a aucune tendance du liquide à pénétrer dans le péritoine, au moins pendant les premières heures, et ensuite il s'est formé rapidement des adhérences péritonéales suffisantes.

Cette méthode n'est pas exempte d'inconvénients et est passible de quelques reproches. Il est certain que la voie ainsi ouverte est à peine suffisante, et que parfois même elle ne l'est pas. Les vésicules contenues dans la poche viennent obstruer l'orifice de la sonde en caoutchouc rouge que M. Verneuil emploie et recommande. L'opéré en est averti par un sentiment de plénitude, quelquefois un accès de fièvre, et si on retire la sonde, on voit s'échapper un flot de liquide avec quelques poches.

M. Verneuil reconnaît lui-même ce fait, puisqu'il se dit disposé à faire deux ponctions voisines l'une de l'autre, qu'il réunirait ensuite de manière à créer une voie beaucoup plus large. Cette sortie difficile des hydatides doit être pour beaucoup dans la prolongation souvent très grande du traitement, ce qui n'est pas évidemment sans inconvénient, puisque le malade reste pendant tout ce temps sous le coup de dangers d'infection.

Il n'en est pas moins vrai qu'entre les deux premières méthodes, la seconde nous paraît de beaucoup préférable. Aussi sûre quant aux adhérences péritonéales, beaucoup plus commode, beaucoup plus rapide, elle mérite de remplacer la méthode de Récamier, à supposer qu'elle ne doive pas être elle-même remplacée par la suivante.

3° La méthode nouvelle, qu'on peut appeler *par incision*, ou méthode allemande. Elle consiste fondamentalement à aller inciser le kyste, à réunir les bords de l'incision à la peau, à faire en somme une laparotomie, que l'emploi d'une rigoureuse antiseptie rendrait innocente.

Suivant le point de vue auquel on se place, il est certain qu'on peut envisager la méthode de l'incision de manière bien différente. Une laparotomie, en thèse générale, est toujours chose grave et bien des médecins en rejettent l'idée, en la comparant

avec le maniement si simple et si usuel du trocart. Et cependant est-il rien de plus rationnel que d'aller chercher la paroi du kyste, de la suturer d'abord à la paroi abdominale et de l'ouvrir ensuite, de manière à éviter tout épanchement péritonéal (méthode de Landau), absolument comme lorsqu'on fait un anus contre nature? Cette opération à ciel ouvert, avec les méthodes d'antisepsie dont nous disposons, n'est-elle pas préférable au procédé, toujours un peu aveugle, du trocart, et cela sans parler de l'immense avantage de pouvoir créer immédiatement une voie très large, par laquelle l'évacuation de la poche se fait avec la plus grande facilité? N'y a-t-il pas là, pour la rapidité de la guérison, une excellente condition que nulle autre méthode ne peut donner? Cela ne nous paraît pas douteux.

Mais cependant, si nous laissons ces considérations générales pour envisager les faits, nous voyons que les observations présentées à la Société de Chirurgie ne sont pas bien comparables. Dans les unes, les plus nombreuses, il s'agit de l'incision simple du kyste, de la manière que nous venons de le dire en essayant d'en exposer les avantages. Dans d'autres, bien au contraire, l'opération a été beaucoup plus compliquée. Le ventre étant ouvert par une large incision, l'opérateur a détaché au besoin des adhérences plus ou moins nombreuses et plus ou moins serrées, a réséqué une portion de la poche et suturé le reste aux parois abdominales, absolument comme pour une ovariectomie incomplète. Et d'ailleurs, on l'avoue, un certain nombre de ces opérations reposent sur des erreurs de diagnostic. Elles ont été entreprises chez des femmes comme s'adressant à des kystes de l'ovaire. Ce n'est pas, il est vrai, une raison pour les rejeter, car c'est bien souvent le hasard qui a conduit à de précieuses découvertes.

Mais pour revenir à ce que nous disions tout à l'heure, il est impossible de confondre dans une même appréciation, sous le même nom de laparotomie, deux choses aussi dissemblables que l'incision simple et l'ablation partielle de la poche.

Or cette dernière est-elle destinée à devenir une méthode de choix? A coup sûr non; les raisons en sont multiples. D'abord, les cas sont rares de poches hydatiques où l'on puisse de propos délibéré se proposer de pratiquer cette incision. Puis, lorsqu'un vaudra le faire, nous croyons qu'il arrivera assez fréquemment qu'on ne le pourra pas. Il n'est pas habituel que ces vastes poches qui remplissent une partie de l'abdomen, qui descendent, comme dans une observation, jusque dans le bassin, se laissent facile-

ment décoller et réséquer. Les adhérences sont ordinairement nombreuses et solides, et presque toujours il est impossible de les vaincre. Il est certain que cela est d'ailleurs extrêmement fâcheux, car la cicatrisation de ces vastes poches est chose impossible; leur ouverture, c'est la mort rapide du malade.

En dehors de ces cas exceptionnels, on ne pourra pas tenter la résection de la poche dans les kystes de moyen volume, car ceux-ci, même lorsqu'ils siègent à la face inférieure du foie, ne sont pas libres; ils sont plus ou moins encore englobés dans le foie, assez souvent même du côté saillant et par lequel on doit les attaquer.

Pour ceux-ci donc, c'est-à-dire pour l'immense majorité, il ne pourra s'agir que de l'incision avec suture des bords à la paroi abdominale. Voilà le procédé qu'il faut vraiment comparer avec la ponction; mais nous voulions montrer d'abord qu'il ne faut pas se faire illusion avec ce gros mot de laparotomie, et concevoir des idées plus grandes que les choses auxquelles elles s'appliquent.

Ainsi définie, la méthode de l'incision simple et directe nous semble, nous le répétons, absolument rationnelle. Sans croire que, comme le disait un orateur, l'opération n'est grave que si l'on a les mains sales, nous ne pensons pas qu'elle présente une plus grande source de dangers que le trocart, et elle en présente moins que la méthode de Récamier. Et elle a sur le trocart l'incontestable supériorité d'ouvrir une large voie. C'est ordinairement une incision de 10 centimètres qui a été pratiquée dans ces cas; les vésicules et la poche peuvent sortir avec la plus grande facilité et les lavages sont très efficaces.

Si l'on voulait toutefois notre sentiment sur l'avenir des différentes méthodes, nous pensons qu'il se passera bien du temps encore avant que les méthodes de Récamier et de Boinet soient abandonnées. L'incision péritonéale ne cessera pas de suite de paraître une audace très grande à la plupart des médecins, tandis que presque tous oseront appliquer le caustique sur une tumeur et ponctionner le ventre avec un trocart.

---

### Résultats de la méthode Pastorienne contre la rage.

Au beau milieu d'une discussion sur la théorie microbienne, qui après avoir débuté avec quelque ardeur a dégénéré en dissertations obstétricales, Pasteur est arrivé à l'Académie de médecine comme pour rappeler qu'une théorie se légitime par les faits et non par les arguments.

Pendant qu'on discute sur sa propre doctrine, qu'on s'efforce d'interpréter par elle tel ou tel processus morbide, et de lui adapter une partie de la pathologie, il se contente de la vérifier sur un point particulier; mais en même temps il poursuit la conséquence pratique, et la connaissance de la nature d'une maladie ne fait que préparer la découverte des moyens pour la combattre.

Dans une précédente revue, nous avons exposé l'ensemble de ses études sur la rage, nous l'avons suivi dans ses laborieuses recherches jusqu'au moment où — ayant établi que les inoculations vaccinales qui rendaient le chien réfractaire à la rage, pouvaient encore l'en préserver, si elles étaient pratiquées après morsure, — il venait de faire sur l'homme une première tentative dont les résultats inspirèrent la plus entière confiance, sans être encore assez multipliés pour s'imposer avec la rigueur d'une démonstration.

Le 25 février dernier, Pasteur commençait les inoculations préventives sur un *trois cent cinquantième* malade. A cette date, cent des malades traités avaient été mordus depuis plus de deux mois et demi; les morsures chez ceux de la seconde centaine remontaient à plus de six semaines et deux mois. Or, à part des exceptions peu nombreuses, la durée d'incubation de la rage est de quarante à soixante jours; encore faut-il noter que beaucoup des malades de Pasteur, soit par leur âge, soit par le siège ou la forme de leurs blessures, réalisaient certaines conditions qui abrègent souvent cette durée. Un seul insuccès a interrompu toute cette série, mais dans de telles circonstances que ce cas ne pourrait fournir qu'une objection très contestable aux adversaires qui voudraient s'en emparer.

Des statistiques très sérieuses établissent que les sujets atteints de rage après morsure sont en moyenne de 1 sur 6 mordus, d'autres donnent une plus forte proportion; en s'en tenant à celles-là, pour avoir une base d'appréciation, on avouera que les résultats énoncés par Pasteur ont toute la valeur d'une preuve irrécusable.

Il a exposé cette admirable découverte dans un rapport laconique où il s'est appliqué surtout à prévenir les objections, en rappelant avec quel soin on s'était assuré que chaque malade nouveau courait réellement le danger d'être atteint de rage. Sa conclusion tient en deux lignes :

- « La prophylaxie de la rage après morsure est fondée »
  - « Il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage. »
- Cette communication a été accueillie par des applaudissements

enthousiastes. Déjà, comme on le verra plus loin, une commission de l'Académie des sciences a voté un projet de création d'un établissement vaccinal, par souscription publique. Sous un tel patronage, la réalisation en sera prochaine, et ce sera le plus beau monument élevé à la gloire de Pasteur.

F. GENDRON.

## TOXICOLOGIE

### Le principe toxique des moules ou mytilotoxine.

Nous croyons être agréables à nos lecteurs en leur résumant ne nouveaux travaux parus sur cette question encore si obscure. M. Salkowski (*Virchow's Archiv*, Bd. C11, H. 3, 1885), chef du laboratoire de chimie de l'Institut pathologique de Berlin, ne paraît pas avoir réussi à isoler le principe actif, mais il a expérimenté des extraits sur les animaux, et a constaté que les symptômes de l'empoisonnement rappellent beaucoup ceux que détermine le curare. Le principe toxique, pense-t-il, serait un alcaloïde volatil, ce que paraît démontrer l'observation suivante : si l'on évapore ou si l'on fait bouillir les solutions actives au bain-marie avec un peu de carbonate de soude, le principe toxique disparaît; mais l'ébullition simple, même d'une solution alcaline, ne suffit pas.

M. L. Brieger (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1885, n° 53), semble avoir été plus heureux dans sa recherche d'un principe toxique spécifique, qu'il nomme la *mytilotoxine*. Cette substance et un certain nombre d'autres composés également isolés par lui, paraissent rentrer dans la classe des *ptomaines*. Il confirme les propriétés curarisantes reconnues par Salkowski, ainsi que la disparition du principe toxique par distillation avec le carbonate de soude.

De cette dernière observation découle ce résultat pratique que les moules peuvent être rendues inactives par l'addition d'un peu de carbonate de soude (3 gr. à 3 gr. 5 par litre d'eau); mais il faut que le sel alcalin soit ajouté pendant l'ébullition; à froid, son action est nulle : il ne s'agit donc pas là d'un véritable contre-poison. L'action sur les moules elles-mêmes est identique. Il est donc très important, si les moules paraissent suspects, de ne pas les manger crues.

Enfin, il y a un moyen de distinguer les moules toxiques de celles qui ne le sont pas. M. Virchow a déjà reconnu que les premières, plongées dans de l'alcool, lui communiquent une coloration jaune d'or beaucoup plus intense que les autres; l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique pur colore l'extrait alcoolique des moules toxiques en vert pré intense et colore à peine la solution obtenue avec les moules inoffensives. Comme le fait remarquer M. Salkowski, ce pigment n'a rien de commun avec le principe toxique, mais il indique l'organe où probablement s'élabore le poison; cet organe, c'est le foie.

Ajoutons, enfin, que l'expérimentation avec des moules de provenance non suspecte a montré que beaucoup provoquaient des accidents, moins redoutables, il est vrai, mais cependant mortels à dose suffisante.

De nouvelles recherches sont évidemment nécessaires : l'hygiène publique y est intéressée.

### Proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

(Suite et fin.)

TITRE II. — *Conditions d'études.* — *Art. 11.* — La durée totale des études pour le doctorat en médecine est de quatre années, non compris le temps des épreuves à subir après la seizième inscription.

*Art. 12.* — Nul n'est admis à prendre la première inscription dans une Faculté, dans une Ecole de plein exercice, dans une Ecole secondaire ou dans une Faculté libre, s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès lettres. Pour y prendre la cinquième inscription, l'étudiant devra présenter son diplôme de bachelier ès sciences restreint.

*Art. 13.* — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officier de santé dans une Faculté ou une Ecole de l'Etat, ou dans une Faculté libre, seront autorisés à continuer leurs études dans les conditions actuelles et à prendre le diplôme d'officier de santé. Ils seront admis à passer tous les examens pour le doctorat, correspondant au nombre de leurs inscriptions, si, dans le délai de trois mois à partir de la promulgation de la présente loi, ils ont déclaré au secrétariat de la Faculté ou de l'Ecole de médecine à laquelle ils appartiennent leur résolution de poursuivre leurs études en vue du doctorat. Les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint ne seront exigibles qu'au moment de soutenir la thèse.

*Art. 14.* — Les élèves visés dans l'article précédent, qui auraient passé les cinq examens pour le doctorat, recevraient, sur leur demande, un diplôme d'officier de santé, portant mention des conditions dans lesquelles il

leur a été délivré et donnant droit à l'exercice de la médecine sur tout le territoire de la République. Le titre de docteur leur serait acquis de droit, sans qu'ils eussent à produire de diplômes ni à subir aucun examen, si, après quatre ans d'exercice de la médecine, ils présentaient et soutenaient avec succès une thèse.

**TITRE III. — Exercice illégal. — Pénalités. — Incapacités. — Art. 15.**  
— Exerce illégalement la médecine : 1° Toute personne qui, sans être munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'une autorisation spéciale, d'une commission ou d'un brevet spécial, ou qui, sans avoir fait enregistrer son titre, a l'habitude de conseiller un mode de traitement, l'usage d'un médicament ou d'une substance quelconque, qu'elle représente comme capable de guérir, ou de se livrer à des manœuvres ou opérations ayant le même but ; 2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées ci-dessus, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

**Art. 16.** — Le délit d'exercice illégal de la médecine ou de l'une de ses branches sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle à la diligence des procureurs de la République. Les médecins intéressés peuvent se porter partie civile.

**Art. 17.** — Le délit d'exercice illégal par défaut d'enregistrement du titre sera puni d'une amende de 25 à 50 francs, et d'une amende double en cas de récidive. L'exercice illégal sans usurpation de titre sera passible d'une amende de 400 à 500 francs. La récidive sera punie d'une amende de 500 à 1,000 fr. et d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

**Art. 18.** — Seront punis : 1° D'une amende de 500 à 1,000 francs ceux qui, à l'exercice illégal, auront ajouté l'usurpation du titre d'accoucheur ou de dentiste ; 2° D'une amende de 1,000 à 2,000 francs l'usurpation du titre d'officier de santé ; 3° D'une amende de 1,500 à 3,000 francs celle du titre de docteur. L'amende sera réduite de moitié si l'usurpation est le fait d'un officier de santé ; d'un tiers si elle est le fait d'une personne exerçant soit la pratique des accouchements, soit l'art dentaire. La récidive, quelle qu'elle soit, entrainera pour tous les cas une amende double.

Elle sera punie en outre : Pour le premier cas, d'un emprisonnement de six jours à un mois ; pour le deuxième, d'un emprisonnement d'un mois à six mois ; pour le troisième, d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'amende et l'emprisonnement seront réduits : de moitié, si la récidive est le fait d'un officier de santé ; d'un tiers, si elle est le fait d'une personne munie d'un diplôme d'accoucheur ou de dentiste.

(*Le Progrès Médical.*)

## NOUVELLES

**Académie des sciences.** — La commission nommée par l'Académie des sciences, dans sa séance du 1<sup>er</sup> mars 1886, a adopté à l'unanimité le projet suivant :

ARTICLE PREMIER. — Un établissement pour le traitement de la rage après morsure sera créé à Paris, sous le nom d'Institut Pasteur.

ART. 2. — Cet Institut admettra les Français et les Étrangers mordus par des chiens ou autres animaux enragés.

ART. 3. — Une souscription publique est ouverte en France et à l'étranger pour la fondation de cet établissement.

ART. 4. — L'emploi des fonds souscrits sera fait sous la direction d'un comité de patronage composé de :

MM. l'amiral Jurien de La Gravière, président de l'Académie des sciences ; — Gosselin, vice-président de l'Académie des sciences ; — Bertrand, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; — Pasteur, de l'Académie française et de l'Académie des sciences ; — Vulpian, Marey, Bert, Richet, Charcot, Hervé-Mangon et de Freycinet, de l'Académie des sciences ; — Camille Doucet, secrétaire perpétuel de l'Académie française ; — Wallon, secrétaire perpétuel de l'Académie des inscriptions et belles-lettres ; — Delaborde, secrétaire perpétuel de l'Académie des beaux-arts ; — Jules Simon, de l'Académie française, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques ; — Magnin, gouverneur de la Banque de France ; — Christophle, gouverneur du Crédit Foncier ; — Alphonse de Rothschild, membre de l'Institut ; — Bécлар, doyen de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; — Brouardel, professeur à la Faculté de médecine, président du comité consultatif d'hygiène publique de France ; — Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

ART. 5. — Les souscriptions sont reçues à la Banque de France et dans ses succursales ; — au Crédit Foncier et dans ses succursales ; — chez les trésoriers-payeurs généraux ; — chez les receveurs particuliers et les percepteurs.

Les noms des souscripteurs seront insérés au *Journal officiel*.

Association des Médecins de France. — La seconde période quinquennale de la présidence de M. le docteur Roger va expirer le 20 mars prochain. Le Conseil général a décidé que l'élection du Président de l'Association Générale serait fixée au jeudi 18 mars prochain.

L'article 9 des Statuts règle la procédure de cette élection :

« Le Président est élu tous les cinq ans par le suffrage direct de tous les Membres de l'Association, dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de toutes les Sociétés agréées.

« Les Membres qui se trouveront empêchés d'assister à cette séance, pourront prendre part au vote, en adressant sous pli cacheté, leur bulletin au Président de leur Société locale.

« L'élection a lieu à la majorité relative des voix exprimées. »

D'après l'article 10 des Statuts, le Président en fonctions est toujours rééligible.

Les Membres de l'Association des Médecins de la Seine-Inférieure sont priés, soit d'apporter leur vote à la séance extraordinaire de la Commission, qui se réunira le jeudi 18 mars prochain, de 4 à 6 heures (Hôtel des Sociétés savantes, rue Saint-Lô), soit d'adresser en temps opportun leur bulletin de vote à M. le docteur Duménil, rue Thiers, 43.

Nécrologie. — M. le D<sup>r</sup> Eugène Nicole, d'Elbeuf, décédé à l'âge de 86 ans.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES								
		nécès de 0 à 2 ans.	VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ERYSIPÈLE	APP. PUEERP.	COQUELUCHE
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>										
Du 21 au 27 février. . .	90	24	4			4				
Du 28 février 6 mars. . .	70	20	3			2				
<b>Havre (105,867 hab.)</b>										
Du 21 au 27 février. . .	59	19			1	5	2			1
Du 28 février au 6 mars.	61	14				1	2			1
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>										
Du 21 au 27 février. . .	12	2								
Du 28 février au 6 mars.	13	3								
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>										
Du 21 au 27 février. . .	23	13		1		2				
Du 28 février au 6 mars.										
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>										
Du 21 au 27 février. . .	16	7				3				
Du 28 février au 6 mars.	20	2				1	1			

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 21 au 27 février 1886 :

*Variole*, 8 entrées, 3 décès ; *rougeole*, 1 entrée ; *diphthérie*, 4 entrées, 2 décès ; *erysipèle*, 1 décès.

Du 28 février au 6 mars :

*Variole*, 2 entrées, 3 décès ; *rougeole*, 2 entrées ; *diphthérie*, 1 entrée, 2 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 21 au 27 février 1886 :

*Rougeole*, 1 ; *scarlatine*, 3 ; *diphthérie*, 5 ; *fièvre typhoïde*, 2 ; *coqueluche*, 12.

Du 28 février au 6 mars : *varirole*, 1 ; *scarlatine*, 3 ; *oreillons*, 3 ; *fièvre typhoïde*, 2.

— Nous appelons l'attention sur les cas de varirole qui se sont montrés assez fréquents à Rouen depuis quelque temps. Il en a été de même à Paris et dans plusieurs grandes villes de province, et on sait qu'à Marseille, il s'est montré une épidémie proprement dite.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS,



Grande Médaille  
d'Or

EXPOSITIONS

Récompense nat<sup>le</sup>  
16,600'



# QUINA LAROCHE

## ELIXIR VINEUX

**APÉRITIF & TONI-FÉBRIFUGE**  
contenant la totalité des principes des  
3 sortes de quinquinas, il relève les  
forces, tonifie l'estomac, combat les  
fièvres pernicieuses invétérées, etc.

**LE FERRUGINEUX**  
MÊME  
aide la croissance, les suites de cou-  
ches, fortifie le sang décoloré, combat  
l'anémie, la chlorose, etc., etc.

Paris, 22 & 19. rue Drouot et les Pharmacies.

# VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Aussi agréable que les vins de dessert, plus tonique que le vin de quinquina, le vin MARIANI est journellement prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, dans les convalescences longues et difficiles, pour regulariser les fonctions digestives; dans la chlorose, l'anémie, etc. Le Dr MARIANI a l'honneur de l'emploi avec succès dans sa clinique de laryngoscopie, comme teneur des cordes vocales.  
Prix : 5 fr. la bouteille. Chez MARIANI, 41, boulevard Haussmann, à Paris, et dans les pharmacies.



Médailles aux Expositions: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

# FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

## TÆNIFUGE

Préparé PAR LIMOUSIN  
Le flacon de 16 Capsules, dosées selon la formule du D<sup>r</sup> CRÉQUY, suffit pour expulser le Ver solitaire. (Envoi par poste.)  
Ph<sup>o</sup> LIMOUSIN \* 2<sup>bis</sup>, RUE BLANCHE, PARIS. — Prix 6 francs.

Sans Odeur ni Saveur des Huiles ordinaires. -- HOGG, Ph<sup>o</sup>, 2, r. Castiglione, PARIS

# HUILE DE FOIES FRAIS

## MORUE

Se trouve dans toutes les Pharmacies en Flacons triangulaires

# QUASSINE FREMINT

**TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE**  
Très efficace contre **Dyspepsie atonique, Chlorose, Débilité générale, Inappétence, Vomissements, Irrégularité des fonctions digestives, Constipation, Coliques hépatiques et néphrétiques, Cystites, etc.**

La QUASSINE FREMINT est sous forme de Pilules exactement dosées à 2 centigrammes de Quassine amorphe. DOSE : de 2 à 4 par jour avant les repas.

3 fr. le Flacon. 18, r. d'Assas, Paris, et les Pharmacies

## PHTHISIE

### BRONCHITES, TOUX, CATARRHES

## CAPSULES CRÉOSOTÉES

Du Docteur FOUAMIER  
VIN & HUILE CRÉOSOTÉS (0.20 par cuill.)  
Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1876  
Ph. de la HABLEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris

Médaille d'OR. Paris 1885

## BAIN DE PENNÉS

Hygienique, Reconstituant, Stimulant  
Remplace Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux, surtout les Bains de mer.  
Exiger Timbre de l'Etat. — PHARMACIES, BAINS

# LA NORMANDIE MÉDICALE

SOMMAIRE : *Clinique chirurgicale* : Du pansement ouaté, par le Dr Duménil. — *Ophthalmologie* : Iritis dans la syphilis héréditaire tardive, par le Dr A. Trouseau. — *Correspondance*. — *Thérapeutique*. — *Nouvelles*. — *Ecoles de médecine*. — *Chronique sanitaire*.

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### Du pansement ouaté,

PAR LE Dr DUMÉNIL,

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rouen.

Je n'ai pas l'intention d'entrer ici dans tous les développements que comporterait une étude complète du pansement ouaté, de rechercher son mode d'action, de déterminer toutes ses indications. Ce travail a été admirablement fait dans les mémoires et thèses des élèves du maître, A. Guérin <sup>(1)</sup>, mieux encore dans l'ouvrage qu'il a publié lui-même en 1885, sous le titre :

*Du pansement ouaté et de son application à la thérapeutique chirurgicale.*

On trouvera aussi une exposition claire de ce sujet à l'article *Pansement* des nouveaux dictionnaires.

J'ai pensé seulement qu'il était utile de rappeler ses titres à un moment où la multiplicité des antiseptiques tend à le faire oublier. C'est une précieuse conquête de la chirurgie française que nous devons conserver et vulgariser avec d'autant plus de soin que ses applications sont de tous les jours et de tous les lieux. Depuis la découverte de ce pansement par A. Guérin, en 1871, je l'ai largement mis en pratique à l'Hôtel-Dieu de Rouen, et une expérience de quinze ans me donne, je pense, quelque autorité pour m'en faire le propagateur.

Peu connu ou mal connu d'un certain nombre de praticiens, il rendrait d'immenses services dans bien des cas où l'abstention n'a même pas pour excuse la difficulté de se procurer les objets indispensables à sa confection.

Plusieurs raisons expliquent le défaut d'empressement à adopter ce pansement : 1° les médecins qui exercent à la campagne ont généralement dans les conditions hygiéniques de leur milieu une

(1) Hervey : *Arch. de Médecine* (1874), et *Thèse* (1873). — Conord : *De la fièvre traumatique dans le pansement ouaté*, Th. 1873).

confiance robuste qui dépasse quelquefois les bornes de la prudence ; 2° quelques tentatives malheureuses dues certainement au défaut des notions exactes qu'exige la pratique du pansement ouaté ont jeté sur lui dans quelques esprits une défaveur qui m'a été exprimée ; 3° dans les centres où l'on peut se procurer les matériaux des divers pansements antiseptiques qui commencent à se faire une concurrence peut-être fâcheuse, on trouve plus commode, moins long et moins pénible d'envelopper une plaie de quelques doubles de tarlatane ou d'un coton antiseptique, que d'emballer tout un membre et même une partie du tronc dans d'épaisses couches de ouate et sous de nombreux tours de bandes.

L'on ne peut faire un reproche aux médecins de préférer les divers pansements antiseptiques au pansement ouaté dans la plus grande partie des cas ; ces pansements font tous les jours leurs preuves ; la préférence se base sur l'expérience de chacun et sur l'appréciation des indications.

Il est peut-être bon cependant de rappeler qu'on peut obtenir des réunions immédiates sous le pansement ouaté, à la suite des grandes opérations, aussi bien qu'avec les autres pansements antiseptiques. A. Guérin, Désormeaux <sup>(1)</sup>, l'ont prouvé, et j'ai moi-même obtenu des résultats semblables <sup>(2)</sup>. Ce qu'il faut qu'on sache bien aussi, c'est qu'avec un pansement bien fait, la suppuration, pour les plaies qui bourgeonnent, est réduite à son minimum et quelquefois même totalement supprimée. J'ai observé un cas d'amputation du bras, sans réunion immédiate, où, au bout de trois semaines, la plaie fut trouvée couverte de granulations vermeilles sans trace de pus à sa surface ni dans le pansement.

Dans bien des cas, on ne voit à la surface interne du manchon de ouate qu'une couche mince de sang et de sérosité desséchés à la manière d'un vernis. Il faut encore mettre à l'actif du pansement ouaté une action préservatrice contre l'érysipèle, plus complète que celle des autres pansements antiseptiques. A. Guérin a maintes fois soutenu cette opinion corroborée par d'autres chirurgiens, et moi-même, dans la discussion que souleva la pathogénie de l'érysipèle au Congrès de chirurgie de Paris, j'ai pu affirmer que je n'avais jamais vu cette complication se développer sous le pansement ouaté, tandis que je l'avais rencontrée un certain nombre de fois avec les autres pansements antiseptiques.

Mais si je tiens à montrer que le pansement ouaté ne le cède

(1) Acad. de Médecine, 27 mars 1877.

(2) Exposé des résultats des grandes amputations dans une période de douze ans. (Gaz. hebdom. 1879.)

pas aux autres dans beaucoup de grandes opérations, il n'entre nullement dans mon esprit d'établir ici un parallèle complet; je reconnais que dans certains cas il peut être avantageusement remplacé par eux et dans mon service on verra appliqués concurremment, suivant les circonstances, le pansement de Lister et celui de A. Guérin.

Mais il est des cas où celui-ci me semble avoir une supériorité incontestable : ce sont les fractures compliquées et les accidents de machines si fréquents dans notre contrée. Je n'invente rien en le recommandant énergiquement dans ces conditions; je ne fais que répéter ce qui a été dit par d'autres, mais j'ai si souvent à regretter de ne pas voir ces notions plus répandues, que je crois utile d'y insister, quitte à encourir le reproche de tomber dans la banalité.

Parmi les avantages nombreux du pansement ouaté dans le traitement des fractures compliquées, un des plus précieux est la facilité de transporter sans danger, sans douleur, des malades à des distances considérables.

Ne serait-ce pas un bienfait pour de malheureux blessés qu'on apporte dans les hôpitaux de localités fort éloignées, dans de mauvais véhicules, quelquefois sans pansement et qui n'arrivent souvent que pour subir une opération grave, trop souvent aussi pour mourir de complications qu'un bon pansement aurait prévenues! Et que faut-il pour cela? Du coton et des bandes, c'est-à-dire des objets qu'on peut trouver partout.

Quoique la technique du pansement ouaté se trouve détaillée dans tous les travaux qu'il a inspirés, je ne crois pas cependant inutile d'en tracer les règles et ce sera le but principal de cet article. Il n'exige pas de la part des aides un degré d'intelligence tel que le médecin puisse rencontrer de ce côté des obstacles sérieux. La partie sur laquelle le pansement doit être appliqué sera d'abord bien nettoyée avec du savon, une brosse, une éponge ou un linge un peu rude, puis lavée avec un liquide antiseptique, solution phéniquée à 4 %, alcool camphré ou même de l'alcool ordinaire, si on est dépourvu des autres moyens.

Les objets de pansement proprement dits sont : le coton et les bandes.

Tout coton n'est pas également propre à cet usage, la ouate gommée du commerce ne peut guère être employée, il faudrait d'abord la dépouiller de son enveloppe de gomme qui nuirait à sa compressibilité et lui ôterait sa qualité de filtre par rapport à l'air, et il ne resterait alors qu'une feuille très mince de coton utilisable.

On trouve encore dans le commerce du coton sous forme de plaques carrées de dimensions trop petites pour pouvoir envelopper entièrement une partie présentant un certain volume ; quoique ce coton soit généralement beau, je l'écarte à cause de la difficulté qu'il y aurait à en recouvrir un membre uniformément et dans une épaisseur suffisante. Ce qu'il y a de mieux est le coton cardé sous forme de bandes larges, longues et épaisses, suffisantes pour envelopper un membre dans toute sa longueur et toute sa circonférence. Ce coton est fourni aux hôpitaux par les établissements industriels si répandus dans notre contrée, qu'on se le procurera aisément presque partout.

Les bandes doivent être en toile solide, d'une largeur moyenne de 8 centimètres. Elles sont taillées très également et si l'on juge utile de faire faufiler les bords, il faut recommander que les points ne soient pas trop serrés ; autrement les bords seraient rétractés, la bande s'appliquerait mal et comprimerait inégalement. Les bandes doivent être longues et nombreuses ; on en fait des rouleaux de 10 à 12 mètres, bien serrés. A. Guérin estime qu'un pansement comprenant tout le membre inférieur en exige environ 120 mètres.

Pour procéder au pansement, le membre étant bien maintenu par des aides, on place sur le lit en les superposant trois ou quatre couches de coton, de telle sorte qu'enroulées elle représentent une masse élastique qui ne permette de sentir que vaguement la forme du membre.

De petits tampons de coton ont été placés préalablement entre les doigts ou les orteils.

Une première bande enroulée en longue spirale peu serrée fixe le coton ; d'autres bandes sont placées avec un degré de force qui augmente à mesure qu'on superpose les plans et qui doit être bien égal pour tous les tours de la même couche.

Des renversés coiffent l'extrémité du membre en manière de capeline.

Ce pansement bien fait doit présenter une fermeté presque incompressible et permettre d'exercer une forte pression du point blessé sans produire de douleur bien appréciable. Il immobilise les fragments d'une fracture aussi complètement qu'un bandage inamovible. Il doit dépasser très loin la région blessée, remonter jusqu'à la racine de la cuisse pour une lésion de la jambe, jusqu'à la base du thorax en enveloppant tout le bassin, pour une blessure de la cuisse.

Les mêmes règles s'appliqueront au membre supérieur. La

partie supérieure de l'appareil doit être aussi fermement appliquée que le reste, pour que l'air ne s'introduise pas entre le coton et la peau, et n'arrive pas ainsi jusqu'à la plaie ou même jusqu'à la couche de pus qui s'altérerait et deviendrait une source de produits septiques.

Si le bandage a été bien appliqué, si l'hémostase a été faite rigoureusement, l'appareil restera sec, ne s'imbibera ni de sang, ni de sérosité, ni de pus, et ne présentera aucune odeur fétide. Quelquefois, malgré le soin mis à arrêter le sang avant le pansement, on en trouvera le lendemain les bandes infiltrées dans le point déclive. Il ne faut pas trop s'inquiéter de cet accident et se croire toujours obligé d'enlever l'appareil. Il m'est arrivé en le renouvelant, dans la crainte d'une hémorragie, de ne trouver que des traces insignifiantes de sang dans le coton; le liquide avait filtré entre ses fibres sans y séjourner et la tache extérieure représentait seule l'importance de l'extravasation sanguine. Il n'y aurait donc lieu de se préoccuper de cet incident que si l'appareil était fortement imbibé, si le sang arrivait jusqu'à sa limite supérieure entre le coton et la peau ou si des symptômes généraux indiquaient un danger.

L'appareil se relâche quelquefois par le tassement du coton, les mouvements du malade ou l'allongement des bandes. Il faut alors en ajouter de nouvelles qu'on serre au degré convenable. Si les liquides imbibent les bandes sur un point du pansement, on en ajoute également de manière à empêcher complètement le contact de l'air avec le pus.

Il est indispensable de suivre le malade avec le plus grand soin dans les premiers jours qui suivent l'application du pansement, d'étudier l'état général, la sensibilité de la région lésée, la température. C'est à cette condition seulement qu'on peut juger de ce qui se passe sous l'appareil. Il ne faudrait pas croire que ce pansement supprime complètement la fièvre traumatique; il m'est arrivé, dans une fracture de cuisse par coup de feu, de constater pendant 16 jours une température s'élevant de 39° à 39°,4 sans cependant enlever le pansement, parce que l'état général restait bon; et, en effet, il n'y eut aucun accident imputable au traitement.

Au bout de 3 semaines, dans les fractures compliquées, on trouve souvent la plaie cicatrisée, ou bien elle est comblée par les bourgeons charnus, il n'y a plus à craindre la communication du foyer de la fracture avec l'extérieur et l'on peut employer les appareils ordinaires.

Une fois seulement, à la suite d'un pansement ouaté pour une amputation, j'ai trouvé les brins de coton tellement incrustés dans la plaie qu'il fut impossible de les enlever. Les bourgeons charnus étaient très volumineux et l'élimination des petits corps étrangers demanda beaucoup de temps. A. Guérin signale aussi ce fait, mais l'inconvénient ne paraît avoir été que très passager chez ses blessés. Pour le prévenir, j'ai pris l'habitude de placer directement sur la plaie un morceau de gaze phéniquée.

---

## OPHTALMOLOGIE

---

### Iritis dans la syphilis héréditaire tardive.

PAR LE D<sup>r</sup> A. TROUSSEAU

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

---

La syphilis héréditaire tardive exerce dans l'organisme des ravages dont la cause première reste bien souvent ignorée. Toutes les questions qui ont trait aux manifestations de la vérole en dehors de la première enfance prennent donc une importance capitale, car la diathèse frappant à une époque de l'existence où on ne songe à elle que rarement a une liberté d'action des plus étendues. Les beaux travaux du professeur Fournier ont appelé l'attention sur ces points. Il y a là un grand service rendu.

Nous voulons ici donner quelques détails sur des troubles oculaires rarement rapportés à leur véritable cause et qui méconnus peuvent avoir les plus funestes conséquences. Il s'agit des différentes formes d'iritis qui surviennent sous l'influence de la vérole congénitale tardive.

C'est au remarquable talent d'observation d'Hutchinson que nous devons la connaissance des rapports qui existent entre ces iritis et la syphilis héréditaire. Si cet auteur n'a pas publié le premier cas de ce genre qui est dû à Lawrance, il n'en a pas moins eu le grand mérite de rassembler des faits démonstratifs, de les comparer les uns aux autres avec un grand esprit de sagacité et de convaincre tous les vrais cliniciens. Pour être juste, il faut dire que depuis le travail de Lawrance quelques cas avaient été rapportés par Jacob, Maunsell et Evansen, Waltier et Dixen.

Cette complication de la vérole congénitale est rare. Hutchinson, au moment où il examinait les yeux de tous les enfants qu'on lui présentait, est resté 7 ans sans en observer un seul cas à

l'hôpital métropolitain, où on amenait pourtant un grand nombre de malades atteints de syphilis héréditaire.

Toutefois, nous croyons à une fréquence plus grande que celle qu'indique le savant chirurgien, car depuis 3 ans que notre attention est éveillée sur ce sujet, nous avons été à même d'observer, tant à notre dispensaire qu'à notre consultation de l'hôpital Péreire (service spécial d'ophtalmologie) et dans les hôpitaux, onze cas d'aspect clinique assez différent pour nous autoriser à établir la classification que nous proposerons tout à l'heure. Néanmoins, il ne s'agit pas d'une affection commune, et c'est bien plus à cette rareté qu'à la négligence des observateurs qu'il faut attribuer la pénurie des documents sur cette question. S'il est relativement facile de trouver des observations concluantes d'iritis chez les très jeunes enfants dans la littérature ophtalmologique, la chose devient presque impossible lorsqu'on cherche à étudier cette affection chez les sujets plus âgés.

Après 2 ans il semble que l'iritis se rencontre rarement, mais à cause de sa marche insidieuse, la maladie passe souvent inaperçue et, même diagnostiquée, elle est fréquemment attribuée à une autre cause. La recherche de l'infection est trop négligée dans ces cas; cependant quelle ne devrait pas être la satisfaction du médecin qui du même coup trouve la cause de la maladie et le moyen de la combattre efficacement?

Essayons de grouper quelques renseignements.

Les individus du sexe féminin semblent plus souvent atteints que ceux du sexe masculin; il y a peut-être là une simple question de série, mais le fait est bon à signaler.

Plus souvent double que monoculaire, l'iritis frappe en général successivement les deux yeux.

Il est difficile d'établir combien il s'est écoulé de temps entre l'infection des parents et la naissance des enfants contaminés, et pourtant il y aurait là une notion intéressante à posséder. Il semble qu'on puisse généralement mettre en cause une syphilis relativement jeune des parents. Dans 2 cas d'Hutchinson cependant, la contamination du père remontait à 5 et à 7 ans.

On constate, en même temps que l'iritis, d'autres accidents syphilitiques tels que cachexie, éruptions diverses, coryzas, mais on rencontre quelques malades jouissant en apparence de la santé la plus florissante. Il ne faudra donc pas conclure de l'absence d'autres signes de vérole à la non existence de la diathèse. Les examens devront être fréquemment répétés et les renseignements sur les ascendants recueillis avec le plus grand soin.

On peut décrire quatre variétés d'iritis hérédosyphilitique tardive :

- 1° L'iritis aiguë.
- 2° L'iritis chronique simple ou compliquée.
- 3° L'iritis gommeuse.
- 4° L'iritis séreuse, aquo-capsulite des anciens auteurs.

Cette classification nous est absolument personnelle, mais nous pensons pouvoir la maintenir en nous basant sur les faits observés.

La première variété est très rare. Elle est caractérisée par une injection conjonctivale assez considérable, des douleurs ciliaires, de la photophobie, de la déformation pupillaire, un changement de couleur de l'iris, en résumé par les signes et les conséquences de l'iritis aiguë vulgaire. Nous avons pu en observer un exemple sur une jeune fille de 12 ans manifestement hérédosyphilitique. Elle présentait un cas typique d'iritis aiguë d'apparence commune. La lésion qui ne s'était pas modifiée sous l'influence des remèdes usuels et du salicylate de soude céda rapidement à l'emploi des frictions et de l'iodure de potassium.

La seconde variété est de beaucoup la plus commune. C'est l'iritis type d'Hutchinson. Le début en est lent, insidieux, sans réaction; la vascularité y est faible, les synéchies se forment peu à peu en déformant graduellement la pupille. La douleur y est presque nulle. Si bien que cette forme, souvent méconnue au début, passe quelquefois presque inaperçue des malades inintelligents ou peu soucieux de leur personne. Il se produit ensuite un exsudat, en général abondant, blanc, jaune ou rougeâtre, en même temps que l'iris se gonfle et change de couleur. On comprend donc avec facilité que cette variété peut aboutir à l'obstruction pupillaire, et par suite à la cécité.

Comme règle, la cornée reste intacte. Parfois cependant elle s'affecte et finit par se scléroser.

Cette iritis peut exister seule, comme aussi se compliquer de lésions profondes, telles que cataractes secondaires, inflammations du corps vitré, rétinites, choroïdites disséminées et diffuses. Il faut toujours avoir présente à l'esprit cette possibilité des lésions profondes et ne jamais négliger l'examen ophtalmoscopique dès que la dilatation pupillaire obtenue par l'atropine rend possible cet examen.

Les gommages de l'iris (3° variété) paraissent rares dans la syphilis héréditaire, mais elles le sont en réalité moins qu'on ne le pense communément. Plus nombreuses seraient les observations,

si beaucoup de ces productions n'avaient été prises pour des tubercules. A ce propos, Nettleship et Fox rapportent (*Transactions of the ophth. soc. of the U. w.*, vol. 1, p. 19) un fait intéressant. Une jeune fille de 13 ans dut subir l'énucléation d'un œil pour de soi-disant tubercules de l'iris; l'autre œil présentait des granulations jaunâtres analogues à celles de l'organe enlevé, ces dernières disparurent par la suite sous l'influence du traitement mercuriel.

Les gommés iriennes se montrent, sur un fond d'iritis, sous la forme de nodules jaunâtres peu nombreux, parfois entourés d'un liseré jaunâtre et siégeant fréquemment au niveau du bord pupillaire à la partie supéro-interne de l'iris. Elles guérissent rapidement sous l'influence du traitement, mais laissent après elles une atrophie et un changement de coloration de l'iris.

La 4<sup>e</sup> variété est l'iritis séreuse ou aquo-capsulite des anciens ophtalmologistes; on la considère aujourd'hui comme une véritable lymphangite oculaire. On remarque sur la couche postérieure de la cornée des petits dépôts pointillés, les autres couches restant transparentes et permettant d'examiner l'iris qui est tuméfié et enflammé. Très souvent aussi l'humeur aqueuse est louche et la membrane irienne n'est vue qu'à travers un voile nuageux.

Cette forme est peut-être la plus rare des quatre. Hutchinson n'a pu en relater qu'un cas à peu près convaincant. Massaloux-Lamonerie (thèse de Paris 1883, obs. VI) rapporte un cas assez probant.

Il faut avouer que des observations plus complètes seraient à désirer, quoique celles qui existent soient de nature à amener une conviction intime sur l'existence isolée de cette forme qui souvent coexiste avec la deuxième variété.

En somme, sur ces quatre types d'iritis, deux, le premier et le second, se présentent avec un aspect banal et ils ne peuvent être rapportés à la vérole que grâce aux symptômes concomitants et à leur facilité à guérir par le traitement.

Le deuxième type a des caractères assez particuliers (marche insidieuse, torpidité), surtout quand il est compliqué de lésions profondes, pour imposer le diagnostic étiologique.

Le troisième type dont nous avons récemment rapporté un très bel exemple (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1886) est absolument typique et ne peut appartenir qu'à la syphilis.

Que dire du pronostic de ces iritis?

Prises au début, elles guériront sûrement sous l'influence du traitement spécifique et des moyens locaux. La seconde variété

(forme chronique torpide) est la plus sérieuse à cause de sa marche insidieuse, de la fréquence des obstructions pupillaires et de la coexistence possible des lésions profondes.

Dans les cas bien nets le diagnostic est des plus faciles ; un simple examen direct aidé de l'emploi de l'écarteur fera reconnaître l'affection. En présence d'une iritis à forme irrégulière et à étiologie embarrassante, il sera toujours utile de rechercher la syphilis héréditaire. Nous n'avons pas à insister ici sur cette recherche, mais nous ne craignons pas de répéter que l'enquête devra toujours être des plus minutieuses et souvent renouvelée. Rarement l'hérédo-syphilis s'impose.

Au début ou dans les cas légers il pourrait y avoir doute sur la présence de l'iritis ; il suffira alors d'instiller quelques gouttes d'un collyre à l'atropine pour voir la pupille se dilater irrégulièrement, et le diagnostic sera définitivement établi.

C'est ce même collyre à l'atropine qui avec les compresses chaudes maintenues sur l'œil malade, fera tous les frais du traitement local. Le traitement général, trop connu pour que nous nous y arrêtions, a une importance sur laquelle il est à peine besoin d'appuyer. Nous avons surtout réussi avec les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à l'intérieur ; le traitement général devra être institué, dans les cas même les plus avancés, et on aura souvent la surprise de le voir réussir là où tout faisait prévoir un échec.

Nous ne voulons pas terminer cette étude sans faire remarquer que, si grande est l'importance de la recherche de la syphilis chez les individus atteints d'iritis à étiologie obscure, non moins grande est celle de l'examen des yeux chez les malades soupçonnés de syphilis héréditaire. Le diagnostic sera facilité par la présence de synéchies ou d'obstructions pupillaires qui restent comme la trace indélébile du passage de la vérole.

---

Par décision ministérielle, un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 9 août, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 6 septembre ; à Nancy, le 13 ; à Lyon, le 16 ; à Montpellier, le 20 ; à Bordeaux, le 23.

## CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le Dr Colombe (de Lisieux), la note additionnelle suivante, destinée à compléter l'intéressant article publié par lui dans notre dernier numéro :

La moyenne des enfants décédés de un jour à un an a été calculée sur le nombre des enfants de cet âge établi d'après le dernier recensement. Toutes les statistiques ne se font pas de cette manière; souvent, la moyenne est faite d'après le nombre des naissances de l'année, et alors, elle est de beaucoup inférieure à celle que nous avons donnée dans notre dernier travail. Ainsi, pour les enfants de 1 jour à 1 an :

## A LISIEUX :

1881.....	Naissances : 330;	décès : 71;	moyenne des décès : 20,28 %.
1882.....	— : 357;	— : 94;	— : 26,33 %.
1883.....	— : 340;	— : 65;	— : 19,11 %.
1884.....	— : 347;	— : 96;	— : 27,66 %.
1885.....	— : 349;	— : 68;	— : 19,48 %.

## DANS LE CALVADOS :

1881..... Naissances : 9,160; décès : 1,267; moyenne des décès : 13,83 %.

La moyenne ainsi obtenue constitue ce que M. Bertillon appelle la dime mortuaire; elle est très élevée pour la ville de Lisieux : en effet « toute mortalité enfantine qui dépasse 9 à 10 % de 0 à 1 an, renferme des causes contingentes de mort que peuvent supprimer ou atténuer les mesures d'hygiène actuellement en notre pouvoir <sup>(1)</sup> ».

— ERRATA. — Dans notre article du précédent numéro :

Page 146, ligne 5, lire 3,242 au lieu de 1,659.

Page 149, ligne 8, lire 1884 au lieu de 1883.

(1) Bertillon, cité par Wintrebort. Mémoire lu à l'Académie de médecine, 1878.

## THÉRAPEUTIQUE

**De la contrefaçon, de ses différentes formes, de ses conséquences au point de vue thérapeutique**

Dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie* (n° du 1<sup>er</sup> mars 1886) nous relevons la communication suivante :

*Bulletin de la Société des Pharmaciens du Calvados et de la Manche.*

M. Charbonnier, pharmacien à Caen, présente à la Société de Pharmacie un échantillon de pilules dites de Gille (c'est-à-dire une contrefaçon des véritables dragées de Gille), ne contenant pas d'iodure de fer.

Il y a quelque temps déjà, un journal de médecine publiait un compte-rendu d'expériences comparatives, faites, disait l'auteur de l'article, entre les préparations ferrugineuses les plus réputées. Au nombre de ces dernières, on signalait les dragées de Gille et à leur égard on concluait à une solubilité incomplète. Or, ce résultat avait lieu de surprendre tous les praticiens qui savent par expérience que les véritables dragées de Gille se dissolvent complètement. Dans ce cas, comme dans celui faisant l'objet de la communication de M. Charbonnier, on se trouvait en présence d'une contrefaçon.

Ces faits nous engagent une fois de plus à appeler l'attention des médecins sur les médicaments délivrés à leurs malades. Car la substitution d'un produit prétendu similaire à la véritable préparation qu'ils ont ordonnée est le plus souvent la cause des résultats négatifs qu'ils obtiennent dans leur thérapeutique.

Les formes usitées par les contrefacteurs consistent surtout dans l'emprunt des formules ci-après : par exemple — Dragées dites de Gille — selon la formule de Gille — d'après le procédé de Gille. M. Gille, justement ému de l'usage qui était ainsi fait de son nom et du préjudice tant moral que matériel que ces agissements lui causaient, a poursuivi un certain nombre de fabricants de produits pharmaceutiques et de pharmaciens assez peu délicats pour recourir à ces procédés déloyaux.

Les différents tribunaux commerciaux ou civils, de Paris et de province, qui ont été appelés à statuer, ont tous jugé que le nom de Gille constituait une marque de fabrique ; qu'il était la propriété propre de M. Gille ou de ses ayant-droit ; que les tiers ne pou-

vaient en faire usage sous n'importe quelle forme, ce nom n'étant pas nécessaire pour la désignation du produit. Ces arrêts, dont quelques-uns ont paru dans la *Gazette des Tribunaux* (19 juillet 1883) et dans le journal *La Loi* (25 novembre 1885), ont causé naturellement une certaine émotion dans le monde médical et dans le corps pharmaceutique. Nous devons nous hâter de dire qu'ils ont été pleinement approuvés par tous ceux qui ont le respect de leur profession.

Malheureusement, ces poursuites ne suffisent pas, on le voit, à désarmer les contrefacteurs, et chaque jour, le médecin est exposé à voir ses malades trompés sur la qualité et sur la provenance des médicaments qu'il ordonne. C'est le cas pour les préparations d'iodure de fer de Gille.

Or, s'il est un médicament qui, en raison de la difficulté de sa préparation et de sa grande altérabilité exige des soins tout à fait spéciaux et une organisation particulière, c'est bien l'*Iodure de fer*.

Il suffit d'ouvrir un traité de pharmacologie pour voir combien la préparation de l'iodure de fer est délicate et sa conservation difficile. Or, pour être efficace, le protoiodure de fer doit être chimiquement pur, exempt d'iode ou d'iodates libres, substances toutes les deux irritantes, et il doit, en outre, rester à l'état de protosel. La facile altération et la prompte oxygénation de ce médicament précieux sont connues et rendent sa préparation, autant que sa conservation difficiles. La préparation, en outre, exige une installation spéciale, un outillage dispendieux et, sauf de très rares exceptions, il est matériellement impossible au pharmacien de pouvoir préparer lui-même dans son officine les préparations à base d'iodure de fer. Aussi le médecin, qui n'ignore pas cette circonstance, lorsqu'il conseille l'iodure de fer, désigne-t-il le plus souvent les produits de Gille qui, sous forme de *Dragées* ou *Sirop*, constituent un iodo-ferrugineux d'une préparation parfaite et d'une efficacité incontestable.

Mais, à raison des faits signalés en tête de cet article, le médecin, pour éviter que sa bonne foi ou celle de ses malades soit trompée, devra toujours formuler comme suit : *Véritables Dragées de Gille* et *Véritable Sirop de Gille*. Docteur LEFRANC.

(France médicale).

## NOUVELLES

**Ecole de médecine de Caen.** — M. le Dr Bourienne, professeur, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur de ladite école.

— Un concours s'ouvrira, le 1<sup>er</sup> octobre 1886, devant l'Ecole de médecine de Caen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

**Ecole de médecine de Rouen.** — M. Thieulin, suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin du concours qui doit s'ouvrir à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, le 1<sup>er</sup> juillet 1886.

**Institut Pasteur.** — Les quatre listes de souscription publiées jusqu'ici par le *Journal officiel* donnent un total de 437,846 fr. 15.

Le Conseil municipal de Rouen, sur un rapport de M. le Dr Gauran, a souscrit pour une somme de 2,000 fr.

**École de médecine de Rouen. — Année 1885-86.**

SEMESTRE D'ÉTÉ. — *Commencant au 1<sup>er</sup> Avril.*

**Physiologie.** — M. Pennefier, Professeur. — Lundi et Mercredi, à 5 heures; Samedi, à 4 heures. — *Conférence*, Samedi, à 5 heures.

**Histoire naturelle.** — M. Blanche, Professeur. — Mardi, Vendredi et Samedi, à 1 heure 1/2. — *Conférence ou Herborisation*, Jeudi, à 1 heure.

**Pharmacie et Matière médicale.** — M. Duprey, Professeur. — Lundi, Mercredi et Vendredi, à midi. — *Conférence*, Lundi, à une heure.

**Pathologie externe et Médecine opératoire.** — M. Delabost, Professeur. — Mardi, à 4 heures; Mercredi, à 3 heures 1/4; Vendredi, à 4 heures; Samedi, à 3 heures 3/4. — *Conférence*, Vendredi, à 5 heures.

**Hygiène et Thérapeutique.** — M. Olivier, Professeur. — Mardi, à 3 heures 1/4; Jeudi, à 4 heures; Samedi, à 3 heures. — *Conférence*, Jeudi, à 5 heures.

**Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.** — M. Thierry, Professeur. — Lundi et Mercredi, à 3 heures 1/2; Vendredi, à midi. — *Conférences*, Lundi et Mercredi, de 4 heures 1/2 à 5 heures.

**Clinique externe (Hôtel-Dieu).** — M. Duménil, Professeur. — Lundi, Mercredi et Vendredi, à 9 heures.

**Clinique interne (Hôtel-Dieu).** — M. Leudet, Professeur. — Mardi, Jeudi et Samedi, à 8 heures.

**Travaux chimiques.** — M. N... — Mardi et Samedi, de 11 heures à 1 heure 1/2; Lundi, à 1 heure.

**Physique médicale (cours complémentaire).** — M. Thieulin, Suppléant. — Mercredi et Vendredi, à 8 heures du soir.

**Chirurgie d'armée (cours complémentaire).** — M. François Hue, Suppléant. — Lundi et Mercredi, à 8 heures du soir.

**Anatomie pathologique (cours complémentaire).** — M. Pétel, Suppléant. — Mardi et Vendredi, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

**Anatomie générale et Embryogénie.** — M. Cerné, Suppléant. — Lundi, à 2 heures; Jeudi, à 2 heures 1/2.

**Histologie végétale.** — M. Dumont. — Lundi, de 4 heures à 5 heures 1/2; Mardi, de midi à 1 heure 1/2.

**École de médecine de Caen. — DEUXIÈME SEMESTRE.**

**Clinique externe ou chirurgicale.** — M. Denis-Dumont, Professeur. — A 7 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. — Les Lundi, Mercredi et Vendredi, leçon clinique.

**Clinique interne ou médicale.** — M. Auvray, Professeur. — A 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. — Les Mardi, Jeudi et Samedi, leçon clinique.

**Clinique obstétricale et Gynécologie.** — M. Bourienne, Professeur. — A 9 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu. — Les Mardi, Vendredi et Samedi, leçon clinique.

**Physiologie.** — M. Fayel, Professeur. — Les Lundi, Mercredi, Vendredi et Mardi, à l'Institut anatomique, à 2 heures.

**Pathologie externe et Médecine opératoire.** — M. Delouey, Professeur. — Les Mardi, Mercredi, Vendredi et Samedi, à 4 heures, au palais de l'Université.

**Pharmacie et Matière médicale.** — M. Charbonnier, Professeur. — Les Lundi, Mercredi, Vendredi et Samedi, à 11 heures, au palais de l'Université.

**Histoire naturelle médicale.** — M. Pihier, Professeur. — Les Mardi, Mercredi, Jeudi et Samedi, à 5 heures du soir, au palais de l'Université.

**Cours complémentaire d'accouchements, etc.** — M. Simon, Suppléant pour les chaires de Pathologie, de Clinique chirurgicale et de Clinique obstétricale. — Lundi et Jeudi, à 4 heures du soir, au palais de l'Université.

**Cours complémentaire de Zoologie médicale.** — M. Catois, Suppléant pour la chaire d'Histoire naturelle médicale. — Les Lundi et Vendredi, à 5 heures du soir, au palais de l'Université.

**Cours complémentaire de Pharmacie et Matière médicale.** — M. Gramond, Suppléant pour la chaire de Pharmacie et Matière médicale. — Mardi et Jeudi, à 9 heures, au palais de l'Université.

**TRAVAUX PRATIQUES.**

**Médecine opératoire.** — M. Simon. — Mardi et Vendredi, à 1 heure, à l'Institut anatomique.

**Histologie normale.** — M. Moutier. — Mardi, Mercredi et Jeudi, de 10 heures à midi, à l'Institut anatomique.

**Physiologie.** — M. Moutier. — Lundi, Mardi et Mercredi, de 3 heures à 4 heures, à l'Institut anatomique.

**Physique.** — M. Picard. — Lundi, Mercredi et Samedi, de 3 heures à 5 heures, au palais de l'Université.

**Chimie.** — M. Picard. — Lundi et Vendredi, de midi à 4 heures, au palais de l'Université.

**Histoire naturelle médicale : Micrographie.** — M. Catois. — Mardi et Samedi, de 1 heure à 3 heures, au palais de l'Université.

**Histoire naturelle médicale : Herborisations.** — M. Pihier.

**Pharmacie.** — Mercredi et Samedi, de 8 heures à 10 heures du matin, au palais de l'Université.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	APP. PUERP.	COQUELUCHE
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>										
Du 7 au 13 mars. . . .	87	21	1			2	1	1		
Du 14 au 20 mars. . . .	134	41	5			1	2			
<b>Havre (105,867 hab.)</b>										
Du 7 au 13 mars. . . .	71	18				1	1		1	4
Du 14 au 20 mars. . . .	73	21				1	2			1
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>										
Du 7 au 13 mars. . . .	14	1								
Du 14 au 20 mars. . . .	26	3								
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>										
Du 7 au 13 mars. . . .										
Du 14 au 20 mars. . . .	16	8		1						
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>										
Du 7 au 13 mars. . . .	17	3								
Du 14 au 20 mars. . . .	22	2				2				

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 7 au 13 mars 1886 :

*Variole*, 9 entrées, 1 décès ; *rougeole*, 1 entrée ; *fièvre typhoïde*, 1 décès ; *diphthérie*, 2 entrées, 2 décès ; *érysipèle*, 1 entrée.

Du 14 au 20 mars :

*Variole*, 5 entrées, 2 décès ; *rougeole*, 1 entrée ; *diphthérie*, 3 entrées ; *fièvre typhoïde*, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 7 au 13 mars 1886 :

*Variole*, 2 ; *rougeole*, 2 ; *scarlatine*, 7 ; *fièvre typhoïde*, 1 ; *diphthérie*, 3.

Du 14 au 20 mars :

*Rougeole*, 2 ; *scarlatine*, 1 ; *érysipèle*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 4 ; *diphthérie*, 3 ; *coqueluche*, 8.

— En dehors des affections contagieuses, la mortalité a été partout augmentée dans des proportions énormes par un grand nombre d'affections respiratoires et particulièrement de pneumonies.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS,

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : De la résection précoce dans l'ostéomyélite avec arthrite, par M. Cerné. — *Bulletin* : Le secret médical et la déclaration des décès devant l'Association générale. — *Revue des journaux* : Du traitement des plaies simples par armes à feu. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

**De la résection précoce dans l'ostéomyélite des os longs en voie de croissance, avec suppuration de l'articulation voisine.**

PAR M. CERNÉ.

---

Cette étude a pour point de départ deux observations d'ostéomyélite <sup>(1)</sup> aiguë avec invasion de l'articulation, où la résection précoce fut heureusement pratiquée : dans le premier cas, par M. Th. Anger, en 1878, alors que j'avais l'honneur d'être son interne; dans le second, par moi, en 1881.

Convaincu que notre conduite a été rationnelle, et non pas seulement suivie de succès, j'essayerai de préciser les indications de cette opération et d'apporter ce tribut à l'étude, très incomplète encore au point de vue thérapeutique, des arthrites qui compliquent si souvent et si gravement l'ostéomyélite.

Les observations analogues, si j'en crois d'assez longues recherches, sont rares; mais quelques-unes, isolément publiées, ont dû m'échapper; je ne pourrai d'ailleurs que donner brièvement l'indication de celles qui me sont connues.

L'inflammation articulaire est très fréquente dans l'ostéomyélite, d'ailleurs à des degrés très divers. M. Gosselin avance <sup>(2)</sup> qu'il n'y a guère d'ostéite du tissu spongieux et surtout d'ostéite suppurée, sans que les articulations soient plus ou moins malades. Les statistiques brutes données par quelques auteurs <sup>(3)</sup> ou qui résultent de la publication intégrale de leurs observations, au moins pen-

---

(1) Depuis les travaux de Lannelongue, on tend à employer presque exclusivement le terme d'*ostéomyélite*, auquel je reconnais des inconvénients; mais ici j'aurai précisément en vue, à moins de dire expressément le contraire, les cas où il y a production de pus dans l'os lui-même.

(2) Gosselin, in *Dict. Jacc.*, art. OSTÉITE.

(3) V. Chassaignac, *Traité de la suppuration*, t. II. — Louvet, Th., Paris, 1867, — Sézary, *Soc. anatom.*, 1870, p. 107, etc.

dant un temps déterminé <sup>(1)</sup>, nous fournissent 37 cas d'arthrite sur 145 cas d'ostéomyélite ou de périostite phlegmoneuse, soit 1 sur 4. Il est intéressant de remarquer que les statistiques récentes les signalent aussi souvent que les anciennes. Il n'est guère possible d'admettre cependant que l'incision hâtive, la trépanation, ne soient pas de nature à en diminuer la fréquence.

La gravité est considérable. Nous répugnons à citer des chiffres qui, en montrant que près de deux tiers des cas où l'on signale de l'arthrite se sont terminés par la mort, ne prouveraient point que celle-ci soit directement la conséquence de celle-là. Mieux vaut en rappeler une preuve clinique d'une haute valeur : c'est que la plupart des chirurgiens, presque jusqu'en ces dernières années, ne connaissaient à cette complication qu'un traitement efficace : l'amputation, lui réservant l'application du précepte général de Chassaignac, depuis longtemps abandonné.

Ce n'est pas cependant qu'il n'y ait longtemps déjà qu'une autre conduite a été préconisée et suivie. M. Ollier <sup>(2)</sup> croit avec infiniment de vraisemblance que c'est à propos d'une ostéomyélite que White <sup>(3)</sup> fit avec succès en 1768, au 23<sup>e</sup> jour environ de l'affection, la résection de la tête et de la moitié supérieure de la diaphyse de l'humérus. L'observation de Vigarous en 1767 me semble moins nette comme étiologie. En 1865, M. Ollier fit lui aussi une résection de l'extrémité inférieure du fémur, chez un homme de trente-huit ans ; son opéré mourut, il est vrai, bien que l'amélioration ait été remarquable pendant sept jours ; mais l'auteur n'en croyait pas moins que l'affection devait être rationnellement traitée par la résection, tandis qu'il formulait contre les résections diaphysaires les mêmes objections que venait de présenter M. Verneuil dans sa critique de l'observation de Holmes.

Cette opinion du chirurgien lyonnais ne fut pas entendue, en France du moins, le résultat ayant pu ne pas paraître encourageant. Dans une seconde observation du même auteur <sup>(4)</sup>, qui enleva cette fois la malléole externe et la portion épiphysaire du tibia, nous voyons malheureusement le malade enlevé au bout de

(1) Lavergne, in *Progrès médical*, 1882. — Saint-Germain et Barrette, *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1883.

(2) *Traité de la régénération des os*, t. II, p. 129.

Je ne cite pas l'observation d'Aubert (de Mâcon), qui enleva en 1860 dix centimètres de la partie inférieure du tibia. Je crois avec Sédillot, contre l'avis d'Ollier, qu'il n'y avait pas d'arthrite tibio-tarsienne, et que l'ablation de l'épiphysaire était inutile.

(3) Vigarous, *Œuvres de chirurgie pratique, civile et militaire*, Montpellier, 1872 ; extrait des *Transactions philosophiques*, pour 1769.

(4) Benoit, Th., Paris, 1876, p. 41.

huit jours par une septicémie gangréneuse (gangrène de la plaie et plaques gangréneuses sur le corps).

Nous voyons d'autres chirurgiens admettre timidement la résection pour certaines jointures. M. Eugène Bœckel <sup>(1)</sup> pense qu'elle serait permise au membre supérieur. Volkmann <sup>(2)</sup> l'a pratiquée trois fois, avec deux succès et une mort; il la conseille dans l'invasion de l'articulation tibio-tarsienne par perforation, mais n'en parle pas pour les autres jointures. Un mémoire ultérieur d'un de ses élèves, Jan Driessen <sup>(3)</sup>, fait penser qu'il l'a pratiquée de plus en plus, principalement à la hanche, mais il conseille l'amputation dans la suppuration du genou. Macnamara <sup>(4)</sup> la conseille à propos d'un cas d'arthrotomie, lorsque le drainage n'a pas amené d'amélioration.

M. Lannelongue <sup>(5)</sup>, dont le mémoire fait date en France dans l'histoire de l'ostéomyélite, croit que « dans certaines régions, au cou-de-pied, au coude, au poignet et à l'épaule même, ce dernier parti (la résection) peut être mis en parallèle avec l'amputation. »

C'était précisément au moment de la publication de ce mémoire que M. Th. Anger faisait la résection du genou que nous publions et que Bockenheimer <sup>(6)</sup> relatait un cas extrêmement remarquable où il enleva tout le fémur et le plateau tibial; quatre mois après, l'enfant se tenait debout sans soutien et ne présentait qu'un raccourcissement de 4 centimètres.

Enfin, pendant que nous préparions ce travail, nous avons été heureux de trouver un article récent de M. Ollier <sup>(7)</sup>, qui n'a pas changé d'avis et qui établit ce précepte : « Les cas auxquels la méthode de l'extraction sous-périostée sera spécialement applicable sont ceux dans lesquels une partie de la diaphyse est envahie avec une des épiphyses correspondantes, c'est-à-dire les cas dans lesquels une articulation est en suppuration et s'accompagne d'ostéomyélite sur une plus ou moins grande longueur de l'os. »

Cette phrase renferme l'exposé presque exact de la thèse que je viens défendre; mais je pense qu'il est nécessaire, pour établir nettement les indications, de classer en plusieurs variétés les arthrites qui compliquent l'ostéomyélite.

(1) Eug. Bœckel, in *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, 1870, p. 319.

(2) Volkmann, *Die Resection der Gelenke*, in *Sammlung klinischer Vorträge*, 1872.

(3) Jan Driessen, in *Centralblatt für Chirurgie*, 1880, n° 42.

(4) *The Lancet*, 23 août 1879.

(5) *Mémoire sur l'ostéomyélite*, 1879, p. 85. M. Lannelongue s'appuie, à tort sans doute, sur un cas heureux d'Ollier (il doit s'agir de l'observation d'Aubert).

(6) In *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1878, n° 50 et 51.

(7) *Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. IV, p. 289.

Ces arthrites peuvent être primitives ou secondaires.

1° Primitives, elles intéressent à peine le chirurgien. Ou bien ce sont des fluxions du début qui en imposent souvent pour un rhumatisme et qui ont une tendance naturelle à rétrocéder quand s'établit la localisation osseuse; ou bien, dans les formes très infectieuses, les articulations semblent frappées au même titre que les os; on croirait à une forme pyohémique d'emblée, qui tue en quelques jours et contre laquelle nous ne pouvons rien. (Lorsque les arthrites pyohémiques apparaissent plus tard, on les distingue plus facilement de la maladie primitive).

2° Secondaires, elles peuvent n'être que des arthrites de voisinage ou bien résulter de la perforation de l'articulation. L'arthrite de voisinage s'accompagne de production d'un liquide séreux, séro-purulent ou purulent, ou bien elle peut amener rapidement la formation de tissus fibreux qui aboutissent à l'oblitération de la cavité et à l'ankylose (Bœckel). L'invasion existe parfois d'emblée et nécessairement, par le fait même de la localisation intra-articulaire de l'ostéomyélite. M. Ollier a montré qu'il en est souvent ainsi à la hanche et au coude, par suite de la situation intra-articulaire des cartilages de conjugaison du fémur et de l'humérus. Mais, dans presque tous les cas, l'articulation est plus tardivement envahie, ou par l'ulcération des cartilages articulaires (Chassaignac), ou par le décollement du périoste jusqu'à la synoviale et la perforation de celle-ci (Gosselin). Par opposition aux arthrites de voisinage, nous pourrions appeler celles-ci des arthrites de communication; on comprend que très souvent celles-ci sont précédées par celles-là.

Étant données ces diverses variétés, nous voulons établir qu'il y a des cas où la résection est nécessaire, c'est-à-dire où les méthodes plus conservatrices sont insuffisantes, et que presque toujours alors elle sera suffisante et pourra remplacer l'amputation.

Certaines arthrites de voisinage peuvent survenir même lorsque l'inflammation osseuse n'aboutit pas à la suppuration, ou lorsque le foyer est assez éloigné de la jointure; séro-purulentes ou même purulentes, elles peuvent alors être guéries par la simple ponction<sup>(1)</sup> suivie ou non d'injection antiseptique et de compression, et par l'arthrotomie.

Sans nous occuper plus longuement de ces cas relativement très bénins guéris par la ponction, demandons-nous quelle place il convient de faire au traitement par l'arthrotomie? Une très grande,

(1) Bouilly, *Revue Mensuelle*, 1879; *Soc. de chirurgie*, 11 mars 1885.

à notre avis, et qui a pour elle un assez grand nombre de cas publiés actuellement.

L'observation de M. Guyon <sup>(1)</sup>, la première peut-être en date, et une des plus importantes, à cause de la communication avec un foyer sous-périostique ; les cas d'Heinecke <sup>(2)</sup>, de Macnamara <sup>(3)</sup>, Laurens Marcus, de MM. Lucas-Championnière, Ledentu et Saint-Germain <sup>(4)</sup>, montrent suffisamment qu'elle est dans beaucoup de cas suffisante, surtout pratiquée suivant la méthode antiseptique.

Un chirurgien américain, M. Senn <sup>(5)</sup>, est allé jusqu'à conclure que l'arthrotomie était seule nécessaire et qu'elle suffisait contre la suppuration franche par communication directe de la jointure avec le foyer. Nous ajouterons d'abord que M. Senn lui-même a tout au moins pratiqué deux fois la résection de la hanche, avec succès d'ailleurs ; mais d'autre part il est impossible de souscrire à de telles conclusions.

Il serait facile de lui opposer des cas où l'on a dû ensuite recourir à l'amputation (Lannelongue, Duplay).

Quelque soit l'intervention, en effet, il est une double indication à remplir, une double raison d'agir : l'état général ou l'état local ou tous les deux ensemble peuvent guider notre décision. L'infection de l'organisme et la nécrose certaine sont ou peuvent être à combattre.

L'infection est la plus pressante ; on est de plus en plus disposé à regarder l'ostéomyélite comme une maladie infectieuse ; c'est une des inflammations où la pyohémie est le plus menaçante, et l'arthrite est à cet égard un nouveau sujet de crainte. Il faut d'abord et avant tout, pour voir s'arrêter les phénomènes alarmants, assurer l'évacuation rapide et complète des produits infectieux.

Or, quand l'épiphyse est en pleine suppuration et communique avec l'intérieur de l'articulation, il est trop évident que son ablation est le seul moyen d'assurer l'asepsie de l'os et de la jointure. Une nécrose très étendue ou totale est aussi absolument fatale dans ce cas, d'autant plus que presque toujours le périoste est aussi très largement décollé. Tel était notre cas.

Voilà donc une indication absolument formelle : « ostéomyélite diffuse de l'extrémité osseuse avec invasion de l'articulation ».

(1) Suarez y Cruz, Th., Paris 1876 ; Charpy, Th., 1882.

L'observation est de 1871, pour la première partie

(2) Analysé dans *Schmidt's Jahrbücher*, 1878, p. 49.

(3) Dissert. inaug., Heidelberg, 1879 ; in *Centralbl. für Chirurgie*, 1880, n° 20.

(4) Soc. de chirurgie, 4 et 11 mars 1885.

(5) In *Chicago medical Journal and Examiner*, January 1880, et analysé in *Centralbl. für Chirurgie*, 1880, p. 253.

Comme le dit M. Ollier, c'est la suppuration de l'épiphyse qui est la plus importante à considérer et à reconnaître. Une observation de M. Lannelongue est instructive à cet égard<sup>(1)</sup>. Dans une ostéomyélite de la partie supérieure du tibia avec arthrite du genou, M. Lannelongue pratiqua l'arthrotomie, puis fit quinze jours après la résection de la diaphyse, mais en laissant l'épiphyse. Quelques jours plus tard, les phénomènes généraux restant graves, il amputa; or, l'épiphyse laissée fut trouvée pleine de pus et le cartilage articulaire perforé; il est évident qu'elle eût dû être comprise dans la résection.

Cette épiphysite sera soupçonnée s'il est possible de constater d'assez graves désordres du côté des cartilages en faisant l'arthrotomie; au besoin, elle sera cherchée directement, car elle constitue le point essentiel. Ce qu'il faut bien retenir, en effet, c'est que, lorsqu'il y a suppuration de l'épiphyse avec arthrite concomitante, on peut toujours regarder la communication comme existant, soit par une perforation bien visible, soit par les mailles du tissu spongieux à peine agrandies.

Dans les cas où le périoste n'est pas décollé dans une très large étendue, on pourra hésiter sur la fatalité de la nécrose totale, et il sera permis, après la résection de l'extrémité articulaire, de faire l'évidement de la diaphyse malade, en laissant, si on la trouve saine, une couche osseuse adhérente au périoste. Il n'y a pas de raison d'enfreindre le précepte général d'enlever tout ce qui suppure et seulement cela, au lieu de décoller d'emblée le périoste.

L'ostéomyélite, avons-nous dit, peut être intra-articulaire d'emblée; il est à peine besoin de dire que nous considérons l'indication de la résection comme d'autant plus formelle ici. D'ailleurs il n'est pas douteux qu'à la hanche, par exemple, un certain nombre de résections pratiquées pour de prétendues coxalgies aiguës l'aient été pour des cas analogues. Plus la résection sera hâtive, mieux cela vaudra, et ce n'est pas tant le choix de l'opération qui pourra être douteux que le diagnostic parfois si difficile de la suppuration, au moins si elle n'a pas gagné une certaine longueur de la diaphyse.

A côté de ces indications formelles, d'autres cas peuvent faire hésiter. Ainsi nous voyons Holmes<sup>(2)</sup> résequer la diaphyse et faire l'arthrotomie, laissant l'épiphyse saine isolée entre deux

(1) Lavergne, *loc. cit.*, obs. I.

(2) Nous croyons cependant qu'il y eut de l'ostéomyélite (on parle de décollement épiphysaire), mais diaphysaire seulement et très limitée.

foyers de suppuration. En effet, l'indication que nous avons posée se trouve remplie; mais il est évident qu'on ne saurait être trop attentif. Cette épiphyse aura de grandes chances de se prendre, et alors il faudra l'enlever. Dans les observations de Holmes, contrairement au cas cité plus haut de M. Lannelongue, l'arthrite n'était survenue que *postérieurement* à la résection.

Ou encore M. Guyon ayant affaire seulement à une périostite communiquant avec l'articulation, guérit son malade par les incisions et le drainage <sup>(1)</sup>. Cependant, ici, la durée de dix-huit mois pendant laquelle le malade resta exposé à toutes sortes de complications, la production de nouveaux abcès au bout de quatre ans, d'une troisième poussée sans abcès au bout de dix ans, peuvent faire douter si une résection précoce n'eût pas été préférable. Nous le croyons, car, même avec une périostite, la communication a trop de chances d'infecter continuellement l'articulation, qui ne peut guérir qu'après une longue suppuration, et la longue persistance de la fièvre et des phénomènes graves montrait bien l'insuffisance du traitement. En somme, dans le cas d'invasion articulaire dans une périostite diffuse, avec ou sans foyer d'ostéomyélite éloigné de l'articulation, on peut tenter l'arthrotomie, mais en étant décidé à réséquer si l'état général ne s'améliore pas rapidement.

Ces derniers cas réclament en effet que le chirurgien se guide sur les phénomènes fébriles. Quand ils ne s'amendent pas, il faut se résigner à une large intervention. (A suivre)

---

## BULLETIN

---

### Le secret médical et la déclaration des décès devant l'Association générale.

---

Dans la prochaine séance de l'Association générale, M. le D<sup>r</sup> Passant présentera au nom d'une commission nommée à cet effet par le Conseil général un rapport sur le vœu suivant émis par M. Langlet, à l'invitation de la Société de la Marne :

« Que le Conseil général mette à l'étude la question des rapports des médecins avec les administrations municipales et départementales en ce qui concerne les déclarations des causes de décès, afin de fixer le point de savoir si les communications

---

(1) *Traité clin. des mal. chir. des enfants*, obs. VII et VIII.

« faites à cette occasion peuvent être considérées comme des violations du secret médical. »

Nous ne pouvons reproduire le rapport de M. Passant. Disons seulement qu'il distingue les villes suivant qu'elles possèdent ou non un bureau d'hygiène, les indiscretions devant être beaucoup à redouter dans celles-ci, peu dans celles-là, et qu'il pense devoir tout sauvegarder en présentant le projet suivant :

1° Aussitôt qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, état civil du décédé, c'est-à-dire s'il est célibataire, marié ou veuf, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habitée par le défunt.

2° Le bulletin sera remis au maire sous enveloppe cachetée, d'un modèle uniforme pour tout le département.

3° Le maire sera chargé de transmettre sur-le-champ au président du conseil d'hygiène de l'arrondissement, par voie administrative, le bulletin ainsi préparé.

4° Tous les trois mois, le médecin du conseil d'hygiène, chargé de ce service, procédera au dépouillement des documents qui lui auront été transmis et les fera adresser, aussi par voie administrative, à son collègue du conseil d'hygiène siégeant au chef-lieu du département, où ils seront centralisés.

Nous espérons que l'Association ne votera pas ces conclusions sans se livrer à un débat approfondi sur la question. Elle l'envisagera plus en face et jugera que l'espèce de *modus vivendi* qu'on lui propose n'est pas digne d'elle.

M. Passant semble n'avoir eu qu'un but devant les yeux : faire quelque chose pour cette malheureuse statistique dont on parle tant et que les médecins ont si souvent et si longtemps réclamée, et cependant ne pas se mettre en lutte avec ce terrible article 378 du code pénal qui impose le secret professionnel, et dont de récents arrêts ont fait une application draconienne dont tout le monde se souvient encore.

Telle n'est point, il nous semble, le sens de la question posée à l'Association. Ce que nous avons à lui demander, c'est une règle pour notre conscience, c'est qu'elle juge si le médecin *peut* déclarer la nature de la maladie de ses clients, ou au contraire s'il *doit* se taire ; c'est un chapitre du code de *morale professionnelle* qui doit être en ce moment fixé parce que certaines conditions nouvelles se présentent.

Envisagée à ce point de vue élevé, il nous importe peu que la réponse se trouve en accord ou en désaccord avec une jurisprudence d'ailleurs nouvelle, d'ailleurs très attaquable et très atta-

quée, et qui semble plus en rapport avec la *lettre* de la loi qu'avec son *esprit*.

D'autre part, le motif du débat devrait être également élargi : les bureaux d'hygiène eux-mêmes, dont parle le rapport, doivent être examinés au point de vue de l'utilité et de la légitimité des déclarations à leur faire. Dire en effet que les bureaux d'hygiène sont une chose bonne et inoffensive si un médecin est mis à leur tête, dangereuse s'ils sont dirigés par un simple chef de bureau, est se payer de mots. Le directeur, s'il est médecin, ne peut faire la besogne d'un employé, et cet employé devra donc avoir sous les yeux tous les documents, Si d'ailleurs le bureau d'hygiène doit aboutir à quelque sanction pratique, ne sera-ce pas en communiquant à l'administration des faits qui entraîneront la violation du secret au même titre que la déclaration des décès ?

L'Association générale doit donc envisager dans toute son étendue la question du secret médical dans ses rapports avec les déclarations de maladies ou de décès réclamées par l'administration, en peser les avantages et les inconvénients et exprimer nettement son opinion. Nous voulons ici dire et motiver la nôtre.

I. — Et d'abord, le but poursuivi par l'administration en demandant au médecin de lui faire les déclarations en question est-il légitime et utile ? Il nous semble difficile que les médecins à qui l'on posera cette question disent non. Il serait curieux que, par un étrange retour, ce fussent les promoteurs mêmes d'une institution qui se fissent ses adversaires. Qui donc, si ce n'est le médecin, a depuis nombre d'années, sans relâche et par tous les moyens, remué l'opinion publique, accusé la tiédeur ou l'indifférence complète des administrateurs pour que l'on s'occupât enfin sérieusement de tout ce qui concerne la santé publique ? Or il est parfaitement évident que : *Qui veut la fin veut les moyens*. Nous n'avons pas seulement entendu que l'administration d'une ville améliore le régime général de la cité, lui donne de meilleure eau, des égouts plus complets et des fosses d'aisances plus salubres. Comme l'hygiène générale d'une ville ne sera jamais parfaite (et le fût-elle que nous ignorons encore si nous serions préservés de toutes les maladies contagieuses), nous voulons aussi que l'administration agisse pour circonscrire une épidémie à son début, pour étouffer son expansion. N'a-t-on pas assez attaqué son inertie, proclamé son incurie dans les récentes épidémies de choléra ? Et qui donc, nous le demandons, peut renseigner l'administration mieux que les médecins déclarant non seulement les décès, mais les cas de maladies qui se présentent dans leur clientèle ?

L'administration est donc absolument dans son droit ; disons

mieux, elle accomplit son devoir, en réclamant le concours des médecins pour une œuvre dont ils ont été les promoteurs.

Néanmoins, il y a lieu de se demander si ces exigences peuvent être poussées très loin et s'étendre à la déclaration exacte de toutes les maladies sans exception. Evidemment, ici, il y a lieu de faire une distinction basée sur l'utilité plus ou moins immédiate de ces déclarations. Un double but, en effet, nous nous plaçons au point de vue médical, peut-être recherché dans la déclaration: but éloigné, n'ayant d'importance que par l'établissement d'une statistique, n'ayant pas d'utilité ou de nécessité immédiate, ou but immédiat, dont l'utilité ne réside pas seulement dans les enseignements qu'en pourront tirer les hygiénistes futurs, mais qui entraîne à l'instant même l'intervention administrative. En deux mots, on peut distinguer, suivant qu'il s'agit des maladies épidémiques ou des autres. Pour celles-ci, nous n'avons et par conséquent les municipalités n'ont d'autre intérêt à être renseignées qu'en vue d'un avenir relativement lointain, lorsque les médecins compulseront les documents pour en tirer des conclusions; tout au plus, d'ailleurs, devront-elles connaître le quartier ou la rue, pour certaines affections susceptibles d'être favorisées par un vice local d'hygiène; jamais elles n'auront besoin de connaître les noms des individus atteints. Tout autres, est-il besoin de le dire, sont les conditions dans lesquelles se présente la déclaration des maladies infectieuses. Si pour les affections non transmissibles les propositions de M. Passant sont acceptables, pour celles-ci elles seraient ridicules.

Voit-on le maire d'une ville informé au bout de trois mois par l'administration départementale qu'il y a eu parmi ses administrés des décès par variole ou choléra?

Dira-t-on que les maladies infectieuses où cette déclaration est exigible sont en très petit nombre, que le choléra est une affection toute spéciale par sa gravité, qui impose des mesures exceptionnelles? Cette opinion ne nous paraît pas soutenable, car chacun sait que si le choléra est plus effrayant par la rapidité de sa marche, par le nombre de victimes qu'il frappe en peu de temps, les autres maladies épidémiques font en réalité beaucoup plus de victimes.

C'est à combattre toutes les affections épidémiques que nous devons tendre. Ce n'est pas à limiter et à entraver l'action administrative dans cette voie que nous devons penser. Si dans quelques villes elle a cédé à nos instances et réfléchi aux moyens de prendre des mesures prophylactiques en s'entourant des renseignements que nous lui marchandons aujourd'hui, dans combien

d'autres ne fait-elle encore que le minimum indispensable et exigé par les lois sanitaires? Dans combien même ce minimum est-il méprisé? On a dit et répété que la France était en cela bien en retard sur d'autres nations voisines; ne l'oublions pas au jour où l'on pourrait peut-être marcher de l'avant.

II.—Et maintenant, sommes-nous liés ici, nous médecins, par le secret professionnel que nous impose, non la loi écrite, mais la conscience?

Observons d'abord que, dans l'état actuel des choses, la voix de la conscience se fait entendre de façons bien diverses. Dans nombre de pays étrangers, ces déclarations se font et il serait au moins téméraire d'accuser nos confrères de manquer à leurs devoirs. Mais en France même, dans nombre de villes, ces renseignements sont fournis, tout au moins pour la presque totalité des décès. Et qu'on ne vienne pas, avec M. Passant, prétendre qu'il y a moins d'inconvénients dans les grandes villes. Il s'agit d'une question de principes, et en principe ce qui est révélé à une personne est révélé à tout le monde.

Eh bien, nous le déclarons, au point de vue de la conscience, nous ne voyons que de très rares cas où la déclaration des causes de décès constituerait une violation du secret. C'est lorsque cette déclaration constitue une révélation de nature à nuire à un individu ou une famille *dans son honneur*. On ne peut même pas ajouter : *ou dans ses intérêts*, s'il y a conflit entre ceux-ci et l'intérêt supérieur de la santé publique et de la vie des autres. Or, nul n'est lésé dans son honneur, parce qu'on déclare qu'il est atteint de variole, de rougeole, de fièvre typhoïde. Il n'y a pas là, il ne peut y avoir de secret confié. Notez qu'au contraire tous les jours ce secret serait absolument violé, car le médecin dit parfaitement aux parents, aux amis, qu'ils n'aient pas à s'exposer ou à exposer leurs inutilement à une contagion. Lui est-il donc seulement défendu d'en prévenir ceux qui, au nom de la Société, peuvent être dans l'obligation de prendre des mesures de précaution contre la propagation du fléau?

Nous voudrions aussi qu'on ne cherchât pas des échappatoires sentant trop la casuistique. Une Société de médecine consultée récemment au sujet de la déclaration des cas de variole, répondait que le médecin ne manquera pas au devoir professionnel, à condition qu'il indiquera seulement le nom de la rue et le numéro de la maison contaminée, mais ne nommera pas le malade. Vraiment, si, comme à l'étranger, un écriteau déclare cette maison contaminée, les voisins, les habitants du même immeuble, du même palier parfois, ne sauront-ils pas immédiatement de qui il

s'agit ? Ce peut être là une manière d'éviter l'application de l'article 378 par une magistrature rigoureuse, mais devons-nous donc être réduits à chercher les moyens de côtoyer le code ?

Nous ne pouvons dans cet article développer davantage les raisons à l'appui de notre thèse. Nous croyons cependant en avoir assez dit pour justifier les conclusions suivantes :

La déclaration des décès peut être légitimement demandée par l'administration et donnée par les médecins quand il ne s'agit pas d'affections dont la divulgation puisse être nuisible.

Cette demande est surtout légitime lorsqu'il s'agit d'affections épidémiques, pour la prophylaxie desquelles les médecins prétendent combattre.

Pour les autres, le mode de déclaration indiquée par M. Pas-sant serait très suffisant et inattaquable au point de vue des lois actuelles.

Telles sont, à notre humble avis, les conclusions que l'Association générale devrait voter. Mais nous souhaitons en tout cas qu'elle ne donne pas à une question aussi importante une solution boiteuse et par là-même sans autorité. Si elle pense que la loi soit mauvaise ou son interprétation erronée, qu'elle le dise franchement et virilement ; mais encore une fois qu'elle n'essaie pas d'accommoder tout le monde.

---

## REVUE DES JOURNAUX

---

### Du traitement des plaies simples par armes à feu.

---

Sur peu de questions les chirurgiens furent autrefois mieux d'accord, mais la révolution thérapeutique amenée par les pansements nouveaux n'a pas épargné celle-là plus que les autres. Les lois d'il y a trente ans ont perdu toute leur autorité ; là où la chirurgie se déclarait impuissante, elle agit activement aujourd'hui, comme elle peut garder une prudente et heureuse réserve dans des cas où l'intervention était de règle autrefois.

Ainsi en est-il des plaies par armes à feu. M. Paul Reclus consacrait récemment quelques pages à la Revue de cette question dans la *Gazette hebdomadaire*, et il arrivait à ériger en précepte formel l'abstention de toutes manœuvres dans les plaies simples par balles de petit calibre, comme les balles de revolver. Diverses communications provoquées par cet article ont prouvé que telle était déjà fréquemment la conduite d'un certain nombre

de chirurgiens. Il faut bien réfléchir d'ailleurs qu'il y a nombre de cas où l'abstention est inévitable, où son absolue nécessité s'impose, et il y a lieu de s'étonner que les résultats souvent heureux dans ces cas, lorsque la lésion d'organes importants ne vient pas imposer sa gravité propre, n'aient pas jusqu'ici plus vivement attiré l'attention.

Déjà depuis quelque temps, et sous la même influence du perfectionnement des pansements, les plaies à deux orifices par armes à feu avaient acquis un pronostic bien plus favorable. Quelques cas montrèrent que le trajet pouvait, en partie au moins, ne pas suppurer, mais se réunir par première intention sous un pansement convenable (occlusion, ouate, pansement de Lister). Nous lisons dernièrement, dans le *Médical Record*, la très intéressante observation d'une plaie de l'avant-bras par arme à feu, avec fracture du radius, restée 26 heures enveloppée dans un simple mouchoir, et qui, lavée alors avec une solution de sublimé et pansée à l'iodoforme, se réunit de telle manière que le chirurgien n'eut plus affaire, après quelques jours, qu'à une fracture sous-cutanée.

Mais on pouvait faire des réserves parfaitement justifiées, semblait-il, au sujet des plaies dans lesquelles le projectile restait enfoncé. A tout prix, il fallait débarrasser l'organisme de ce corps étranger. Ce fut d'abord avec l'addition d'un débridement plus ou moins large, mais suffisant, pour qu'il n'y eût pas de stagnation consécutive du pus, le point occupé par la balle formant le sommet d'un cône dont la base était à la peau. Puis les débridements disparurent, mais l'extraction du projectile, après exploration complète, méthodique, du trajet par le stylet ou mieux par le doigt, restait la règle absolue. Enfin, tout récemment, Poulet et Bousquet, dans leur *Traité de pathologie externe*, proscrivaient en partie les explorations comme pouvant être dangereuses, et se demandaient timidement si l'extraction du projectile était bien toujours obligatoire.

Le chemin est aujourd'hui complètement parcouru : un nombre très suffisant de faits sont maintenant réunis, qui prouvent l'innocuité du séjour de la balle dans les tissus, et le danger au contraire que présentent les explorations prolongées, les manœuvres imprudentes que l'on considérait auparavant comme nécessaires. Le projectile ne porte en lui-même aucune cause de suppuration, à moins bien entendu qu'il ne soit accompagné de corps étrangers plus irritants, de fragments de vêtements par exemple. Mais ceci ne se présente que lors de pénétration de projectiles larges, irréguliers, d'éclats d'obus, et non avec les projectiles petits et ar-

rondis qui se présentent presque toujours, au moins dans la pratique civile.

Si donc la balle n'est pas absolument sous l'œil du chirurgien, il faut la laisser; si elle n'a pas produit de lésions réclamant l'intervention directe, et il n'y aurait guère à ce point de vue que les lésions des gros vaisseaux qui nous forceraient la main, il faut se contenter d'une immobilisation parfaite de la région. La peau étant bien lavée, un pansement phéniqué ou iodoformé appliqué et maintenu avec de l'ouate assurera presque toujours une guérison rapide et sans complications.

## NOUVELLES

**Société de Médecine de Rouen.** — *Séance du 12 avril.* — M. Petel a présenté dans cette séance un enchondrome qu'il a enlevé à une femme de 60 ans, tumeur développée sur la deuxième phalange du petit doigt dans l'espace de 30 ans. Le point le plus intéressant consiste dans le volume vraiment considérable du néoplasme, qui pèse 850 grammes et mesure 38 centimètres de circonférence.

— M. Duménil a relaté un cas fort curieux de réduction d'une inversion utérine incomplète par la ligature élastique. Après des tentatives impuissantes de réduction par la main, pendant le sommeil chloroformique, M. Duménil crut indiqué de faire l'ablation de la partie procidente. Il appliqua dans ce but autour du pédicule véritable formé au niveau du col une anse élastique formée par un bout de caoutchouc rond, de 4 millimètres de diamètre, compris entre deux ficelles destinées à permettre la constriction au moyen de la sonde de Péan. A sa grande surprise, il n'y avait au bout de 16 à 17 jours aucune odeur de gangrène, aucun détritüs expulsé. Le lien se détacha et M. Duménil put constater alors la reformation de la cavité utérine. Il est à penser que la constriction provoqua des contractions du muscle utérin qui, peu à peu, s'exprima en quelque sorte de l'anneau formé par l'anse élastique. Cette méthode serait à tenter comme offrant une chance de réduction tout en assurant la section de la tumeur dans le cas contraire.

**Ecole de Médecine de Rouen.** — Par arrêté en date du 30 mars, M. Lecaplain, professeur de physique au Lycée Corneille, licencié es-sciences physiques et agrégé de physique, est chargé d'un cours de physique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie.

— **Distinctions honorifiques.** — M. le Dr de Miramont, d'Étretat, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— **Institut Pasteur.** — Les quatorze premières listes publiées par le *Journal officiel*, s'élèvent à un total de 568,595 fr. 67.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPÈLE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 21 au 27 mars . . .	102	23	1			3	2		
Du 28 mars au 3 avril .	107	36	3			4	1	2	1
<b>Havre (105,867 hab.)</b>									
Du 21 au 27 mars . . .	74	25				2			1
Du 28 mars au 3 avril .	62	28			1	2	3		1
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>									
Du 21 au 27 mars . . .	19	4							
Du 28 mars au 3 avril .	9								
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>									
Du 21 au 27 mars . . .	17	4				1			
Du 28 mars au 3 avril .	23	8							
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 21 au 27 mars . . .	12	2							
Du 28 mars au 3 avril .	13	3					1		

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 21 au 27 mars 1886 :

*Variole*, 9 entrées, 1 décès ; *diphtérie*, 2 entrées, 2 décès ; *fièvre typhoïde*, 1 entrée ; *érysipèle*, 2 entrées ; *coqueluche*, 1 entrée.

Du 28 mars au 3 avril :

*Variole*, 5 entrées, 1 décès ; *rougeole*, 2 entrées ; *diphtérie*, 3 entrées, 2 décès ; *fièvre typhoïde*, 1 décès ; *érysipèle*, 1 décès ; *coqueluche*, 2 entrées.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 21 au 27 mars 1886 :

*Varicelle*, 1 ; *rougeole*, 5 ; *scarlatine*, 4 ; *oreillons*, 2 ; *fièvre typhoïde*, 3 ; *diphtérie*, 8 ; *coqueluche*, 2.

Du 28 mars au 3 avril :

*Varicelle*, 2 ; *rougeole*, 3 ; *scarlatine*, 1 ; *érysipèle*, 2 ; *diphtérie*, 2 ; *coqueluche*, 1.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.



Grande Médaille  
d'Or

EXPOSITIONS

Récompense nat<sup>le</sup>  
16,600'



# QUINA LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX

**APÉRITIF & TONI-FÉBRIFUGE**  
contenant la totalité des principes des  
3 sortes de quinquinas, il relève les  
forces, tonifie l'estomac, combat les  
fièvres pernicieuses invétérées, etc.

LE **FERRUGINEUX**  
MÈME  
aide la croissance, les suites de cou-  
ches, fortifie le sang décoloré, combat  
l'anémie, la chlorose, etc., etc.

Paris, 22 & 19, rue Drouot et les Pharmacies.

## ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

Amers et Ferments digestifs  
MÉDICATION SPÉCIFIQUE CONTRE LES

**DYSPEPSIES** ♦ **ANÉMIE** ♦ **ANOREXIE** ♦ **ÉPUISEMENT**

Vomissements, Diarrhées chroniques, Troubles gastro-intestinaux des enfants, etc.  
DOSES : ADULTES, 1 verre à liqueur par repas; — ENFANTS, 1 à 2 cuillerée à dessert.

Employé dans les Hôpitaux de Paris. — Ph<sup>ie</sup> Grez, 34, r. La Bruyère, Paris, & Ph<sup>ies</sup>

Chaque cuillerée contient 50 centig. de Pepsine titrée. — Envoi franco échantillons par colis postal.



Médailles aux Expositions Paris, Vienne, Philadelphie, Anvers

## HYPNONE OU ACETOPHENONE

Capsulines préparées par Limousin

2 à 8 CAPSULES SUFFISENT POUR OBTENIR LE SOMMEIL

Le Flacon de 20 Capsules dosées à 0.10 centigr. ou 4 gouttes. — PRIX : 3 fr.

Ph<sup>ie</sup> LIMOUSIN \*, 2<sup>me</sup>, rue Blanche, PARIS. — (Envoi par poste.)

## FARINE LACTÉE NESTLÉ

employée dans les crèches des Hôpitaux de Paris

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas-  
âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage et contribue aussi  
à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la  
conséquence. — En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaires, cet aliment  
constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Pharmacies.

## PILULES DE BLANCARD

à l'Iodure ferreux inaltérable

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Employées dans l'Anémie, la Chlorose, la Leucorrhée, l'Aménor-  
rhée, la Cachexie scrofuleuse, la Syphilis  
constitutionnelle, le Rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la Signature ci-contre :

201

Pharmacies à Paris, 40, Rue Bonaparte.

## SULFO-CARBOL MÉDICINAL

préparé par CHARLARD-VIGIER, Pharmacien-Lauréat des hôpitaux et de l'École de Pharmacie.  
Cette solution de Sulfo-Carbol (acide orthoxyphénylsulfureux pur), permet le dosage facile  
de ce médicament antiseptique. — Mêmes usages que les acides phénique, salicylique,  
borique : le sublimé, etc., sans crainte d'accidents.

AFFECTIONS DE LA BOUCHE, DE LA GORGE, ET DU LARYNX

PASTILLES CHARLARD-VIGIER au BORATE DE SOUDE

(Biborate de soude chimiquement pur 0,10 cent. par pastille).

Ce sel est un énergique désinfectant intérieur, sans danger pour l'organisme (E. de CYON, mé-  
moire à l'Académie). Il s'élimine par la salive, et reste longtemps dans la circulation (F. VIGIER,  
Société de biologie). — PHARMACIE, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. PARIS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : De la résection précoce dans l'ostéomyélite avec arthrite (*fin*), par M. Cerné. — *Recueil de faits* : Pneumonie infectieuse chez un enfant, par M. le Dr Gibert. — *Hygiène* : La coloration artificielle des vins par les colorants de la houille. — *Nécrologie*. — *Thérapeutique*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

**De la résection précoce dans l'ostéomyélite des os longs en voie de croissance, avec suppuration de l'articulation voisine (*suite et fin*).**

PAR M. CERNÉ.

---

Pouvons-nous répondre affirmativement à la seconde question ? La résection est-elle suffisante et peut-elle remplacer l'amputation ?

Au point de vue local, il faut distinguer entre le résultat immédiat et le résultat définitif ; l'ablation du mal doit être totale, accompagnée d'un drainage soigneux des parties molles, s'il en est besoin, et d'une antisepsie parfaite ; à cette condition, nécessaire d'ailleurs, la désinfection locale est assurée. Quant au résultat définitif, il vise la reproduction de l'os. On sait que, pour ce qui regarde les résections diaphysaires, plus nombreuses, les échecs sont très rares ; l'ablation simultanée de l'extrémité articulaire ne semble pas mettre dans de plus mauvaises conditions ; nos deux cas sont très encourageants, et celui de Bockenheimer est extrêmement remarquable. Le traitement consécutif sera quelquefois, il est vrai, long et minutieux, traversé de quelques péripéties dues à la difficulté d'assurer l'antisepsie d'une plaie vaste et souvent anfractueuse ; parfois aussi on se trouvera en présence de conditions générales défectueuses ; mais il est remarquable de voir la vitalité locale qui se manifeste après l'opération.

Il est cependant quelques rares observations où il est dit que le périoste fut trouvé extrêmement ramolli, en bouillie, en gangrène, détruit. Au membre inférieur, nous n'oserions pas faire

une résection avec si peu de chances de reproduction. Mais, tant qu'il ne s'agit que de suppuration abondante, de fièvre élevée, il n'y a pas lieu de douter *a priori* de la régénération.

Ce serait une erreur de penser que l'os nouveau ne se produit pas en pleine période aiguë et même dans un état grave. Dans un cas de R. Petit <sup>(1)</sup> où la mort succéda après environ cinq semaines à des lésions intéressant plusieurs os et plusieurs articulations, il est dit expressément qu'il existait un os en arrière du tibia dans toute sa longueur.

Dans plusieurs observations de résection précoce, dans la nôtre en particulier, l'os commençait manifestement à se former, et, chose bizarre, dans notre cas, c'est après le relèvement des forces et avec un excellent état général que la reproduction fut assez lente à se faire pour nous faire craindre un échec.

Quant à l'état général, nous ne doutons pas qu'il s'accommode mieux d'une résection que d'une amputation. On voit, dans toutes les observations, l'état général se relever immédiatement après l'opération, ce qui n'a pas toujours lieu après une amputation, qui est la cause d'un *choc* considérable (il s'agit si souvent d'amputation de cuisse!). D'ailleurs Ollier et Duplay disent dans leurs observations que l'état général était si mauvais qu'ils n'osaient pas pratiquer une amputation. Dira-t-on que, dans les cas très aigus, l'amputation est la seule ressource, et que la résection n'est que réservée aux cas subaigus, où l'on a tout le temps par conséquent de voir les traitements encore plus conservateurs réussir? Les observations prouvent que, lorsqu'on est obligé à une intervention absolument hâtive, amputation et résection se valent; elles sont impuissantes. M. Lannelongue a pratiqué une résection (humérus) et une amputation le 11<sup>e</sup> jour; les deux opérés sont morts. Le succès le plus précoce est une désarticulation de l'épaule par Chassaignac au 19<sup>e</sup> jour. D'ailleurs il n'y a pas de raison pour que la résection ne soit pas pratiquée d'aussi bonne heure qu'une amputation; l'indication n'a nullement pour élément la limitation de l'affection (Lannelongue); la hâte dans l'intervention ne puise sa raison d'être que dans l'état général.

On a reproché à la résection de ne pouvoir être pratiquée sur toutes les articulations. M. Lannelongue, en particulier, exclut la hanche et le genou de ce bénéfice. Pour la hanche, notre avis est totalement différent. D'une part, il nous paraît certain qu'un cer-

(1) Soc. anat., 1865, p. 326.

tain nombre de résections précoces pour des coxalgies aiguës ont été faites en réalité pour des ostéomyélites primitivement intra-articulaires, et Driessen fait remarquer avec raison que la résection de cette jointure est plus nécessaire qu'ailleurs pour rendre impossible la stagnation du pus et faciliter le lavage régulier de l'articulation. Au genou, le cas de M. Anger répond victorieusement à l'objection, et l'observation de Bockenheimer est concluante pour les deux jointures. Nous ajouterons seulement que l'extension continue est alors une condition essentielle d'un succès brillant, et qu'elle est facile à appliquer pour ces jointures.

La suppression du cartilage d'accroissement pour le genou est plus importante; mais il faut remarquer qu'on n'en supprime qu'un, et d'ailleurs la maladie, à défaut de la résection, l'aura dans ces cas aussi bien annihilé (Ollier). Il n'en est pas moins vrai que plus l'enfant sera jeune, plus il faudra mettre tout en œuvre pour éviter même cette mutilation relative, et qu'au-dessous de dix ans, par exemple, il sera peut-être préférable de pratiquer l'amputation.

Enfin la résection trouve-t-elle une contre-indication dans l'existence d'ostéomyélites multiples? M. Lannelongue dit quelque part que plus il y a de foyers, plus il faut agir vite et énergiquement. Le précepte est évidemment juste, et le succès l'a parfois démontré.

Ce n'est pas à dire cependant que toujours et partout la résection doit suffire et que l'amputation doit être toujours proscrite. Nous avons déjà parlé de l'état local du périoste. Nous finirons en disant avec M. Ollier :

« Si plusieurs os sont pris avec leurs articulations contiguës dans différents segments d'un même membre, si les articulations multiples du pied et de la main sont envahies en même temps que celles du coude ou du genou, si d'autre part les parties molles sont tellement décollées par les fusées purulentes que le membre ressemble à un sac plein de pus, il faudra nécessairement amputer. »

OBSERVATION I. (1) — *Ostéopériostite de l'extrémité supérieure du tibia gauche avec arthrite du genou. Résection. Guérison, par M. Th. Anger, chirurgien des hôpitaux de Paris.* — A..., quinze ans, journalier à Eme-rainville, entre le 26 novembre 1878 à l'hôpital Tenon, n° 11, salle Dupuy-tren.

(1) Ces observations, que nous sommes forcé d'abrégier, ont été communiquées *in extenso* au Congrès de chirurgie de 1885.

De bonne constitution actuellement, il a eu dans son enfance quelques manifestations scrofuleuses, ainsi que la rougeole et la variole.

Dans les premiers jours du mois, sans traumatisme ni surmenage, il ressent de violentes douleurs dans le genou gauche. La marche est pénible, le genou douloureux, enflé et rouge.

Presque immédiatement obligé de se mettre au lit pour ne plus le quitter, il est pris d'une fièvre violente avec délire dans la nuit. Souffrances intolérables. La jambe s'étant rapidement tuméfiée, un médecin pratique sur le tibia une incision qui donne issue à du pus.

Trois semaines après, le malade arrive à l'hôpital. Il est très affaibli et présente un état général grave. L'incision pratiquée à la partie supérieure et interne du tibia laisse couler un pus mélangé de globules huileux. Le genou est très gonflé et très douloureux, surtout à la pression.

Diagnostic : ostéopériostite du tibia suivie d'arthrite purulente du genou.

M. Anger pratique le 27 novembre, avec le concours de M. Périer et après en avoir discuté avec lui l'opportunité, l'opération suivante :

Une ponction faite avec un trocart fin dans l'articulation donne issue à du pus de mauvaise nature. — Une incision en Y embrasse dans ses deux branches la rotule et la partie inférieure de l'articulation ; la branche verticale descend sur le tibia jusqu'à 15 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire. Le périoste, largement décollé au niveau de l'abcès sous-périostique, est intact au pourtour de l'articulation. On le détache facilement, et on peut, après avoir sectionné le tendon rotulien, mobiliser l'extrémité supérieure du tibia, qui est réséqué avec la scie à chaîne à la partie inférieure de l'incision. Le périoste, sain, n'est pas réséqué.

La plus grande partie des incisions est réunie par des épingles, sauf une ouverture de 10 centimètres environ, laissée béante à la partie inférieure. Des drains sont passés dans différentes directions pour assurer l'écoulement des liquides.

Tout le membre est fixé dans une gouttière plâtrée immobilisant jusqu'au bassin lui-même.

Pansement avec la gaze trempée dans deux tiers d'alcool et un tiers d'eau.

L'opération ayant été pratiquée à l'aide de la bande d'Esmarch, le petit malade n'a perdu qu'une quantité très minime de sang ; cependant on a dû lier une des artérielles internes.

L'os enlevé mesure 15 centimètres de longueur, il comprend le plateau articulaire du tibia : on fait une coupe suivant sa longueur, et l'on voit que, même à l'endroit où a porté la section, le canal médullaire est le siège d'une *myélite* bien nette. Toute la partie enlevée d'ailleurs est infiltrée de pus, et le cartilage diarthrodial est profondément altéré.

A la suite de l'opération, amélioration troublée cependant par quelques complications locales, en particulier un peu de pourriture d'hôpital sur la plaie.

31 janvier. — Malgré les tubes à drainage, le pus a tendance à s'accumuler ; on pratique au thermo-cautère deux larges débridements en dedans et en dehors du cul-de-sac synovial supérieur où le pus stagne surtout.

28 février. — Sur la plaie principale, la pression fait sortir une quantité considérable de pus, et l'exploration permet de constater à ce niveau un vaste cul-de-sac se prolongeant jusqu'à la peau de la partie postérieure de la jambe. On passe un drain traversant toute la jambe d'avant en arrière.

15 mars. — Etat général bon : la cicatrisation marche lentement, mais progressivement ; le pus s'écoule toujours en assez grande abondance par le drain ; on continue le pansement à l'alcool, indiqué plus haut.

Jusqu'à la première quinzaine d'avril, la suppuration diminue de plus en plus. Les drains sont retirés les uns après les autres, et, dans les trajets fistuleux qui persistent, on injecte de temps en temps quelques gouttes de liqueur de Villate.

20 avril. — La jambe est placée dans un appareil de toile dextrinée qui se lace par devant en formant jambièrre.

23 avril. — Le malade, qui depuis quelques jours reste assis dans un fauteuil une partie de la journée, marche avec des béquilles.

M. Th. Anger a revu ce malade pour la dernière fois, le 14 décembre 1884. Il a pris un embonpoint voisin de la polysarcie. Il marche facilement à l'aide d'un soulier mécanique élevé de 10 centimètres. Il y a ankylose de la jambe sur la cuisse. Le tibia réséqué dans une étendue de 15 centimètres s'est reproduit dans l'étendue de 8 centimètres. La différence de hauteur vient de ce que la jambe droite a grandi depuis l'opération. Le péroné respecté paraît avoir été arrêté dans son développement.

OBSERVATION II. — *Ostéomyélite suppurée du tibia avec invasion de l'articulation tibio-tarsienne. Résection précoce. Reproduction lente et complète de l'os* (personnelle). — B..., âgé de 15 ans, est entré le 18 août 1882, à l'Hospice-Général de Rouen.

Il est grand, maigre, ne présente pas de traces de scrofule. Ses antécédents personnels et héréditaires ne présentent rien à signaler.

Le 29 juillet, il reçut un coup, en travaillant, sur la jambe gauche. Le 31, il fut vu par un médecin, qui, dès les premiers jours, paraît-il, soupçonna une inflammation osseuse et conseilla de le faire admettre à l'hôpital. Il resta cependant une quinzaine de jours, sur lesquels il ne peut nous fournir aucun renseignement détaillé, car il avait un délire continu et ne se souvient de rien. Ses souffrances lui faisaient pousser des cris entendus dans tout le voisinage.

Depuis son entrée à l'hôpital, il souffre moins. Deux ouvertures spontanées se sont produites, en dedans et en dehors ; la fièvre est moins élevée, mais il est dans un abattement et une faiblesse considérables. En prenant le service chirurgical, le 29 août, nous constatons les phénomènes suivants :

La jambe gauche est le siège d'un gonflement lui donnant une apparence cylindrique, du pied au tiers supérieur de la jambe. Une fluctuation manifeste montre l'existence d'une vaste collection purulente, ouverte spontanément ;

le pus qui s'écoule abondamment est mélangé de gouttes huileuses. L'articulation du cou-de-pied est très gonflée, et le pied œdémateux.

Une intervention active nous semble urgente, et nous la pratiquons le lendemain 30 août.

Le malade étant chloroformé, la jambe est tenue pendant 10 minutes environ dans une position élevée, et le tube d'Esmarch est appliqué à la partie inférieure de la cuisse.

Incision longitudinale dirigée de la fistule interne, située au tiers inférieur, vers le pied. Cette incision répond à la face antéro-interne du tibia, près du bord interne. Elle donne issue à une quantité considérable de pus et permet de constater une dénudation circulaire du tibia, complète dans une certaine étendue au-dessus du cartilage de conjugaison. L'os est ulcéré en plusieurs points et la gouge l'entame avec une facilité surprenante; elle seule nous suffit à enlever une rondelle d'os à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs, et la partie sous-jacente de la diaphyse, complètement détachée de l'épiphyse, est retirée avec une pince. En avant, le doigt pénètre dans l'articulation remplie de pus, et nous enlevons l'épiphyse, qui est restée seulement adhérente au périoste en arrière et au niveau de la malléole interne. Vers le haut, nous poursuivons l'ablation jusqu'à l'os sain ou plutôt raréfié, mais non purulent. L'os enlevé est largement infiltré de pus, ici collecté, là disséminé et cohérent dans les mailles du tissu raréfié au milieu de taches d'un rouge sombre. Le cartilage tibial est entièrement détruit au centre. Celui de l'astragale est aussi très érodé; cependant, le tissu osseux nous paraît sain. Nous nous contentons d'un grattage superficiel.

Le segment enlevé mesure en totalité 13 centimètres. Partout le périoste est intact, sauf en haut et en arrière, où la pointe de la pince lui a fait une petite éraillure. Un peu plus bas et en arrière également existe encore une ouverture spontanée, point de départ d'une fusée purulente intermusculaire.

Cette gouttière périostique, ouverte en dedans et en avant, présente des aspects différents suivant les points. Blanche et nacrée là où nous avons décollé le périoste adhérent, elle est légèrement rosée ailleurs, sauf à la partie moyenne, où existe une couche osseuse papyracée de nouvelle formation et que l'œil et le doigt peuvent apprécier sur les bords de l'incision.

Lavages répétés avec une solution phéniquée à 5 %. Drainage.

La cavité périostique est remplie de charpie phéniquée, recouverte de gaze et enveloppée de gutta-percha laminée. Gouttière plâtrée à l'intérieur. Potion de Todd et extrait de quinquina.

Les suites de l'opération furent extrêmement simples pendant un mois; la fièvre cessa aussitôt et l'état général s'améliora rapidement. Au bout de dix jours, les bourgeons charnus recouvraient l'extrémité de section de l'os, dont de très petites parcelles se détachèrent.

Il n'en fut pas de même pendant les deux mois suivants, d'octobre et novembre. Sans cause apparente, et presque sans réaction fébrile, il se produisit des abcès de chaque côté et assez en arrière, qui nous obligèrent à enlever tout appareil. Ces complications ne cédèrent qu'au drainage, à des

soins très assidus et à la compression ouatée. La malléole externe faisant une forte saillie, la peau s'ulcéra à son niveau, et l'eschare fut longue à guérir.

Enfin, au mois de *janvier* 1883, la cicatrisation était complète, sauf deux fistulettes, l'une en avant, l'autre en arrière; cette dernière se ferme définitivement après sortie d'un petit séquestre au milieu de février.

Transversalement, la cicatrice est large et déprimée en son milieu.

Mais la consolidation marche avec une lenteur manifeste, et la reproduction osseuse ne se fait pas en tous les points. Elle est seulement bien manifeste dans le tiers supérieur de la cicatrice, où elle semble formée par la prolifération de l'os restant. Au-dessous, la jambe est extrêmement grêle; la cicatrice est résistante sous le doigt, mais il n'y a pas de solidité.

De plus, le pied est considérablement dévié en dedans. L'impossibilité de maintenir des appareils a permis au tissu nouveau de se rétracter. Outre cette déviation, le pied est certainement remonté par glissement sur le péroné, en sorte que la pointe de la malléole externe, d'une part, fait une saillie considérable et s'est de nouveau ulcérée, d'autre part, atteint par sa pointe le bord externe du pied.

Le 15 mars, je pratiquai la résection sous-périostée de la malléole externe. Son tissu était très friable, infiltré de sérosité jaunâtre; la partie correspondante de l'astragale était également affectée d'ostéite; il est évident que la destruction d'une partie des ligaments était la cause du glissement du pied. Deux centimètres et demi du péroné furent réséqués et l'astragale ruginée. Réunion, drainage, pansement de Lister.

La réunion immédiate fut presque parfaite. Nous n'avons à signaler que l'apparition, le lendemain même de l'opération, d'une éruption scarlatinoïde avec fièvre peu intense. (Déjà, une éruption analogue s'était montrée, avec réaction fébrile assez marquée, quinze jours environ après la résection du tibia).

Le redressement latéral donné par l'opération était très suffisant. La fistule antérieure se ferma aussi bientôt après, et, à la fin d'avril, nous pûmes appliquer un appareil silicaté.

La nutrition osseuse s'effectuait si mal que notre opéré se cassa la cuisse dans un faux mouvement (la consolidation de cette fracture se fit cependant rapidement et sans raccourcissement).

Le 9 septembre 1883, les deux fragments osseux nouveaux étaient encore distants de 2 centimètres et réunis par des tissus fibreux. Toutefois, B... pouvait se tenir debout à l'aide d'un appareil silicaté et il sortit de l'hôpital pour quelque temps.

Rentré le 5 juillet 1884, il marche sans fatigue et sans canne; il a grandi et est tort. Je constate que la reproduction osseuse est enfin complète (depuis plusieurs mois probablement), et voici son état exact :

Le raccourcissement total du membre inférieur gauche est de 7 centimètres, dont 6 au-dessous du genou. Nous le devons à la fois à la résection du péroné et à une moindre croissance. Le raccourcissement d'un centimètre que nous constatons à la cuisse peut reconnaître deux raisons : ou une croissance un

peu moins active que de l'autre côté (?), ou un léger raccourcissement venant de la fracture dont nous avons parlé. Il existe une atrophie musculaire considérable : la circonférence de la région moyenne de la cuisse est de 6 centimètres moindre qu'à droite. Le pied gauche est moins long que le droit de 2 centimètres, ce qui résulte bien ici d'un défaut de croissance.

L'atrophie musculaire de la jambe est considérable, 9 centimètres de moins qu'à droite, au niveau du mollet.

La cicatrice de la longue incision opératoire a peu de largeur ; son milieu est déprimé, et elle commence à se mobiliser sur l'os sous-jacent. Celui-ci a encore peu de volume et quelque flexibilité, semble-t-il, au niveau du point reproduit en dernier lieu ; mais il est certainement continu, et il s'est en outre considérablement épaissi en bas, sans égaler l'état normal.

La malléole interne est partiellement régénérée, il n'y a pas de malléole externe.

Le pied est immobile sur la jambe, et son bord externe est quelque peu abaissé ; il s'ensuit une cambrure prononcée qui n'empêche pas la sustentation de se faire sur le talon et l'avant-pied. Notons encore une certaine incurvation générale de la jambe en dedans ; la tête du péroné est plus saillante et paraît aussi plus volumineuse que de l'autre côté, mais elle n'est pas remontée.

Enfin, en faisant tenir l'opéré debout, une légère inclinaison du bassin réduit la différence de hauteur des deux talons à 4 cent. 1/2. Nous lui faisons porter un appareil silicaté amovo-inamovible.

C'est en cet état qu'il fut présenté à la Société de Médecine de Rouen, le 15 juillet 1884.

Plus tard, il a pris un métier qui exige la station debout continue ; il peut faire à pied plusieurs kilomètres sans fatigue. Marche facile avec une légère boiterie. A la fin de 1885, il a eu une poussée inflammatoire de courte durée, due à la fatigue, et qui a cédé au repos.

## RECUEIL DE FAITS

### Observation chez un enfant de 16 mois d'une pneumonie double d'origine infectieuse,

PAR M. LE D<sup>r</sup> GIBERT (du Havre).

Je viens d'observer pour la troisième fois en 25 ans un cas bien singulier de pneumonie, dans des circonstances qui ont dû se présenter bien souvent à l'observation d'autres médecins, et que je veux signaler à l'attention des lecteurs de la *Normandie médicale* pour provoquer d'autres observations.

Il s'agit d'un enfant de 16 mois, nourri au sein par sa mère pendant 11 mois, d'une santé parfaite et n'ayant jamais présenté la moindre indisposition.

Au mois de mars dernier, dans les premiers jours, cet enfant fut pris subitement d'un accès formidable de fièvre, avec une température de 40° à 41°, et dès le lendemain il présentait un énorme gonflement de tous les ganglions sous-maxillaires des deux côtés. La rapidité de cette adénite fut singulière, car on voyait le gonflement augmenter presque sous les yeux.

Quand le gonflement fut achevé, au bout de 24 heures, la fièvre était tombée. A ce moment, l'enfant présentait un facies vraiment étrange; les creux sous-maxillaires, le cou tout entier, étaient envahis par une tuméfaction uniforme qui gagnait la face, en sorte qu'entre le thorax et le visage il n'y avait qu'un plan sans dépression, uniforme; la peau était blanche, luisante, tendue. Dans cette masse, la palpation faisait reconnaître des ganglions lymphatiques gonflés, tuméfiés, avec un œdème considérable de voisinage. Pas de compression du larynx, car il n'y avait pas de dyspnée.

Le 5<sup>e</sup> jour, aussi rapidement que la maladie était venue, tout avait disparu, et si je n'avais pas été témoin de l'évolution de cette adénite suraigüe je n'aurais pu y croire; l'enfant reprit quelques heures de gaieté; il n'avait pas de fièvre; ses parents le croyaient sauvé; mais j'étais inquiet et point rassuré. Le lendemain de très bonne heure on me fit appeler en toute hâte. L'enfant était pris d'une dyspnée intense, de fièvre; il ne toussait pas; il poussait des cris plaintifs.

En l'auscultant, je constatai l'existence d'une pneumonie de tout le poumon gauche, dans toute sa hauteur; la matité était absolue; partout un souffle bronchique intense, sans râle. Pas d'égophonie du cri; 48 heures après, le second poumon se prenait comme le premier, et 12 heures plus tard la mort survenait, 4 jours à peine après la disparition de l'adénite et l'invasion de la pneumonie.

L'enfant n'a pas toussé une fois, et sans l'auscultation et la percussion qui permettaient seules de constater les signes physiques de la pneumonie on n'eût pu croire à son existence.

Il me paraît évident qu'il s'agit d'une pneumonie toxique à marche foudroyante. Le poison a atteint d'abord la masse des ganglions sous-maxillaires et par une véritable métastase les deux poumons. Quelle est la nature de cet agent toxique? — Je ne fais aucune hypothèse et livre ce fait à nos lecteurs qui auront peut-être observé des faits analogues.

---

## HYGIÈNE

### La coloration artificielle des vins par les colorants de la houille.

---

— L'incertitude qui règne sur la nocuité plus ou moins grande de certaines matières colorantes employées par les marchands de

vins donne une importance tout à fait spéciale à une communication faite à ce sujet à l'Académie de médecine par MM. Caze-neuve et Lépine, de Lyon. Aussi voulons-nous reproduire la plus grande partie de l'article publié par M. Cazeneuve dans le *Lyon médical* :

Les procédés de coloration par les dérivés de la houille consti-tuent-ils un danger sérieux pour la santé publique?

Les hygiénistes les plus autorisés, Wurtz, Bouchardat, Armand Gantier ont condamné énergiquement la coloration des vins par les dérivés de la houille. Ils ont eu raison.

Quelques colorants renferment du brome et de l'iode (éosine, érythrosine), d'autres de l'hypoazotide (dérivés nitrés), d'autres de l'azote sous une forme particulière (azoïques et diazoïques). *A priori* la prudence était de commande.

L'expérience a prouvé qu'ils étaient dans le vrai.

Quelques colorants sont, en effet, toxiques : le jaune de bini-tronaphtol. D'autres produisent des accidents à haute dose sans être des toxiques violents ; la safranine, le bleu de méthylène. Et nous pourrions multiplier les exemples.

Que se passe-t-il ?

Les falsificateurs s'inquiètent fort peu, dans le choix du colo-rant, de la toxicité ou de l'innocuité de tel ou tel, question d'hy-giène dont le contrôle leur échappe.

Ils recherchent le bon marché, ils acceptent le produit le plus introuvable à l'analyse chimique, celui qui imite le mieux la ma-tière colorante du vin. Il n'est pas rare qu'ils mélangent un rouge, un jaune et un bleu pour que la confusion avec les *gros bleus* du Midi soit plus complète.

Aujourd'hui le falsificateur prend un colorant inerte ou à peu près, demain il prendra un poison. C'est une sorte de tirage au sort dans l'arsenal des colorants extraits des goudrons, où les nu-méros sortent bons ou mauvais, suivant les circonstances. Ajou-tons que souvent on emploie des résidus de fabrication de ces matières colorantes, souillés d'impuretés plus ou moins véné-neuses. On se rappelle les accidents occasionnés par la fuchsine arsenicale. N'est-ce pas là un danger pressant d'être exposé à prendre tous les jours, même des traces de toxiques ?

Les hygiénistes doivent donc être unanimes à condamner sévè-rement ces pratiques.

Je ne sais pas si on trouverait une voix dans les Conseils d'hy-giène pour ne point ratifier cette conclusion.

Mais l'hygiéniste a parfois un autre rôle à remplir. Il n'est

pas seulement appelé à formuler des questions de doctrine dans une enceinte scientifique, dans le Conseil d'hygiène départemental ou municipal, sur l'opportunité ou le danger de ces colorations. Il est parfois convié par la justice à venir répondre dans un procès et dans un cas précis et déterminé. Il a analysé un vin, il a trouvé un sulfoconjugué de la fuchsine à la dose de 1 centigramme par litre, ce qui est le cas le plus habituel. On en trouve souvent moins.

Ce vin est-il falsifié? demande-t-on.

Ce vin peut-il être nuisible à la santé?

La réponse affirmative à la première question n'est pas douteuse.

La réponse à la seconde question est plus délicate.

L'expérience seule peut trancher.

Il ne s'agit plus cette fois, en effet, d'aphorismes, de considérations générales sur les inconvénients et les dangers de la coloration artificielle des vins par les dérivés de la houille. Il ne s'agit plus de faire de l'hygiène et de la prophylaxie, de proclamer les sains principes.

On est en face d'un fait. On a derrière soi un prévenu menacé de deux ans de prison s'il a mis dans le vin un poison, de trois mois seulement s'il a mis dans le vin une substance suspecte, et d'une amende s'il a commis une falsification inoffensive.

Le falsificateur est coupable, personne n'en doute. Mais en bonne justice, il doit bénéficier des circonstances atténuantes s'il a employé un produit inactif au lieu d'un poison, lors même qu'un heureux hasard l'aurait servi dans son choix.

L'homme de science n'a pas à peser la responsabilité. Il laisse ce soin à l'avocat de la République. Il a le devoir d'apprécier un fait, en s'appuyant sur l'expérimentation et l'observation.

Précisément, à la suite d'expériences sur les animaux et d'observations prises chez l'homme sain et malade, en collaboration avec mon collègue, le professeur Lépine, je suis convaincu que c'est se mettre en contradiction avec les faits que de prêter à tous les colorants de la houille et spécialement aux azoïques, comme on le fait trop souvent, le caractère commun d'être dangereux et toxiques.

Les dérivés nitrés sont spécialement toxiques (acide picrique, binitronaphtol, etc.). D'autres dérivés sont simplement nuisibles sans être des toxiques violents (bleu de méthylène, safranine); encore faut-il certaines doses.

D'autres enfin sont tolérés par l'homme sain et même malade (brightique), comme par les animaux (chiens, porcs), sans aucun phénomène appréciable, et à des doses élevées. Nous citerons les jaunes et rouges azoïques suivants : jaune solide, jaune NS, rouge Bordeaux B, pourpre, rouge de rocelline et quelques autres.

M. Lépine et moi avons fait la remarque que les colorants précédents sont des azoïques sulfoconjugués et sodifiés. Est-ce à la sulfoconjugaison et à la combinaison sodique que ces produits doivent leur innocuité ?

L'expérience est à suivre.

On sait que les travaux de Baumann, en Allemagne, ont démontré que beaucoup de produits chimiques s'éliminaient à l'état sulfoconjugué ; c'est le cas, par exemple, du phénol et le phénylsulfate formé n'est plus toxique. Peut-être est-ce là un état chimique compatible avec la vitalité de nos cellules, ou favorisant dans tous les cas l'élimination.

J'ajouterai deux faits à l'appui de ces hypothèses en attendant une généralisation basée sur de plus nombreux exemples.

Le premier a trait au binitronaphtol, qui est toxique, tandis que son sulfoconjugué sodique est inoffensif (jaune NS).

Le second est le suivant : la fuchsine, même pure, ne paraît pas absolument inoffensive à hautes doses. Le sulfoconjugué de fuchsine, qu'on appelle à tort fuchsine acide, produit breveté par la *Badische*, et qui n'est autre chose que du sulfate double de rosaniline sulfoconjuguée et de soude, est une substance tolérée par les animaux, par l'homme sain et malade à des doses énormes, sans phénomène appréciable. M. Lépine et moi, nous poursuivons ces études.

Quelles conclusions à tirer de ces faits ?

Les voici :

1° Il ne faut pas confondre tous les colorants de la houille sous cette rubrique : *Colorants dangereux*.

2° Les experts chargés de déposer devant les tribunaux sur la nocuité ou l'innocuité de tel ou tel colorant trouvé dans un vin devront faire des distinctions, ne pas confondre, par exemple, la safranine avec le sulfoconjugué de fuchsine. Le degré de toxicité du colorant pouvant constituer une circonstance aggravante, il est bon de préciser.

Et je répète ce que j'avais dans une note sur le sulfoconjugué de fuchsine dans les vins :

« Ennemi déclaré de la coloration artificielle des vins qui appelle en principe les sévérités de la justice, nous demandons

que sous prétexte d'élever une barrière contre l'envahissement de ces manipulations frauduleuses, on ne dépasse pas la mesure... Le souci légitime d'aider à la répression ne doit pas faire oublier le respect absolu dû à la vérité scientifique ».

Est-ce à dire maintenant que le sulfoconjugué de fuchsine, pris à un centigramme par jour pendant des années dans un vin, soit une chose indifférente? J'estime qu'on ne peut avancer cela, mais étant donné qu'un brightique a pris 3 ou 4 grammes d'un coup, et plusieurs jours de suite, du sulfoconjugué de fuchsine sans inconvénient, il est à présumer qu'en prenant cette dose en 400 jours, soit 1 centigramme par jour, il n'en éprouvera aucun effet.

Ce sont là des probabilités et de sérieuses probabilités. Mais il faut convenir que ce serait prématuré de généraliser pour toutes les individualités.

En somme, la science ne sait rien encore de positif et de prouvé sur cette question, qui demanderait une étude expérimentale prolongée, dans des conditions très variées, difficile à pratiquer chez l'homme.

---

## NÉCROLOGIE

---

Un des doyens du corps médical de notre région vient de mourir. M. Dajon, né à Rouen le 24 novembre 1806, était officier de santé à Blangy depuis 1829. Agé de près de quatre-vingts ans, il a donc fourni une carrière de 57 ans.

M. le D<sup>r</sup> Duménil, président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure, a prononcé sur sa tombe un discours dans lequel il a rendu un juste hommage « à celui qui a honoré sa profession par la dignité de son caractère et par une longue carrière de dévouement aux intérêts publics... »

« Dévoué à ses devoirs autant que modeste, il ne songeait guère à sortir du cercle où le retenaient ses obligations professionnelles et il semble qu'il craignit de vous dérober quelques instants de son existence. Son esprit cependant ne s'arrêtait pas à ces limites, et il prouva qu'il comprenait la dignité et les intérêts du corps médical auquel il appartenait lorsqu'il entra des premiers dans l'Association des médecins du département... »  
« Je me demande, a dit en terminant M. Duménil, s'il serait possible d'imaginer une vie plus remplie et consacrée à plus d'œuvres généreuses; je me demande si de tels exemples ne devraient pas être livrés à une publicité étendue... »

## THÉRAPEUTIQUE

**Action de l'aconitine dans les névralgies.**

Les propriétés physiologiques si caractérisées de l'aconitine la désignent naturellement pour combattre les affections douloureuses et spécialement les névralgies (Gubler, Franceschini, Laborde, Seguin (de New-York), A. Dumas (de Cette), de Molènes).

L'excellent travail publié par le docteur A. Dumas contient des indications précieuses pour l'emploi de cette substance.

« L'aconitine est un médicament énergique, très efficace dans les névralgies faciales congestives surtout, et dans quelques autres névralgies *a frigore*.

« Elle est utile dans les affections catarrhales en général.

« La tolérance existe pour elle comme pour d'autres alcaloïdes, lorsqu'elle est méthodiquement administrée, sans qu'on ait à redouter des effets d'accumulation dans l'organisme.

« Elle peut être donnée à des doses très réfractées et convenablement espacées.

« Il convient de commencer par des doses faibles et de n'augmenter que progressivement <sup>(1)</sup> ».

L'aconitine n'est pas seulement utile dans les névralgies; on sait qu'elle rend les plus grands services dans les maladies douloureuses, telles que la céphalalgie, la migraine, la pleurodynie, de même que dans les rhumatismes articulaires et les arthrites aiguës. Chez plusieurs malades atteints de ces affections, elle a donné les résultats les plus encourageants.

L'aconitine est un médicament bien défini qui agit chez l'homme d'une manière sûre et régulière; mais à cause de son action énergique, il faut l'administrer à petites doses et largement espacées; on devra aussi s'assurer de la provenance du produit et employer une préparation bien dosée, toujours identique, comme les Pilules Moussette par exemple, dont on a déjà pu vérifier les effets. On évite ainsi certains inconvénients résultant des origines diverses de cet alcaloïde et qui ont été signalés par le D<sup>r</sup> Desnos à la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 22 octobre 1880).

Fréquemment les névralgies sont accompagnées d'accidents intermittents et périodiques bien marqués; c'est pour combattre

---

(1) Docteur A. Dumas, chirurgien de l'hôpital de Cette. *De l'aconitine, de son emploi dans les névralgies faciales et le tic douloureux; sa posologie.*

cette complication que le D<sup>r</sup> Moussette a composé des pilules très exactement dosées, contenant chacune un cinquième de milligramme d'aconitine pure et du quinium dont l'indication est nette dans ces sortes d'affections.

Au début, il sera bon de tâter la susceptibilité du malade et de commencer le premier jour par faire prendre trois pilules : une le matin, une à midi et une le soir.

Si le premier jour on n'obtenait pas une sédation marquée, on pourrait augmenter graduellement d'une pilule par jour, jusqu'à six dans les vingt-quatre heures; on s'en tiendra à cette dose jusqu'à la cessation des douleurs et, à moins de cas exceptionnels, on ne devra pas aller au-delà; s'il survenait un peu de diarrhée, on diminuerait la dose de ces pilules.

En résumé, les expérimentations faites dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Véritables Pilules Moussette possèdent une efficacité incontestable, et qu'elles sont employées avec succès dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué.

---

## NOUVELLES

---

— **Association générale des Médecins de France.** — On sait que dans la réunion des 2 à 3 mai, un des rapports qui seront soumis à l'approbation des délégués, concerne la proposition de M. Surmay (de Ham), sur la création d'un Ordre des médecins. Le rapport, rédigé par M. de Ranse, et fortement motivé, conclut à la négative.

Nous avons eu la satisfaction de voir quelques-uns de nos confrères des plus autorisés arriver à des conclusions analogues aux nôtres, au sujet du secret médical. (V. Bulletin de notre dernier numéro).

— **Institut Pasteur.** — Les vingt et une listes publiées jusqu'à ce jour par le *Journal officiel*, donnent un total de 643,707 fr. 77. On sait, en outre, que le gouvernement a présenté aux Chambres un projet de loi ouvrant un crédit de 200,000 fr., à titre de subvention, pour le même objet.

Plusieurs villes de notre région ont pris part à la souscription. La plupart des organes de la presse politique départementale ouvrent leurs colonnes aux souscripteurs.

— **L'Association française pour l'avancement des Sciences** tiendra sa quinzième session dans la ville de Nancy, du 12 au 19 août prochain, sous la présidence de M. Friedel.

---

## CHRONIQUE SANITAIRE

### MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 4 au 10 avril . . . .	84	23	1			3			
Du 11 au 17 avril . . . .	71	17						2	
Du 18 au 24 avril . . . .									
<b>Havre (105,867 hab.)</b>									
Du 4 au 10 avril . . . .	67	19				1			1
Du 11 au 17 avril . . . .	72	13				4	1		
Du 18 au 24 avril . . . .	70	15				4	3		1
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>									
Du 4 au 10 avril . . . .	10								
Du 11 au 17 avril . . . .	15	8							
Du 18 au 24 avril . . . .	12	3							
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>									
Du 4 au 10 avril . . . .	13	4			1				
Du 11 au 17 avril . . . .	20	10				1			
Du 18 au 24 avril . . . .	12	6		3				1	
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 4 au 10 avril . . . .	14	3				1	1	1	
Du 11 au 17 avril . . . .	6	2							
Du 18 au 24 avril . . . .									

#### MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 4 au 10 avril 1886 :  
*Variole*, 6 entrées, 1 décès; *rougeole*, 2 entrées (militaires); *diphtérie*, 3 entrées, 1 décès; *coqueluche*, 1 entrée.  
 Du 11 au 17 avril :  
*Variole*, 4 entrées; *érysipèle*, 1 entrée, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 4 au 10 avril 1886 :  
*Rougeole*, 5; *scarlatine*, 2; *érysipèle*, 1; *diphtérie*, 5; *coqueluche*, 2.  
 Du 11 au 17 avril :  
*Varicelle*, 2; *rougeole*, 4; *scarlatine*, 1; *érysipèle*, 1; *diphtérie*, 4; *coqueluche*, 3.  
 Du 18 au 24 avril :  
*Rougeole*, 6; *scarlatine*, 1; *fièvre typhoïde*, 3; *diphtérie*, 1; *coqueluche*, 9.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : De la fissure sus-ombilicale, par le D<sup>r</sup> Gibert. — Note sur un symptôme de la période pré-ataxique du tabes, par le D<sup>r</sup> Gendron. — *Bulletin* : La déclaration des causes de décès. — *Hygiène* : La coloration des vins par les colorants naturels. — *Memento thérapeutique*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Contribution à l'étude des malformations congénitales<sup>(1)</sup>.

PAR LE D<sup>r</sup> GIBERT (du Havre).

#### II. — De la fissure sus-ombilicale.

Je désigne ainsi une malformation que je n'ai trouvée décrite nulle part et qui ne m'a été révélée que par la clinique. Aucune autopsie ne m'a permis de donner la preuve anatomique de cette lésion, mais je crois néanmoins pouvoir l'établir par des preuves cliniques suffisantes.

Avant d'étudier anatomiquement la malformation dont je parle et d'essayer de trouver sa nature exacte, je crois qu'il est plus utile de donner d'abord quelques-unes de mes observations qui me feront mieux comprendre.

OBSERVATION I. — En 1874, j'eus à examiner une jeune fille de 14 ans, aujourd'hui religieuse, et qui avait vainement fréquenté le cabinet de bien des médecins sans trouver aucun amendement à ses souffrances. Elle souffrait d'accidents gastriques étranges.

Chaque jour elle vomissait ses aliments, un quart d'heure, une heure, quelquefois plusieurs heures après le repas. Avant de vomir elle était prise d'une douleur vive, souvent atroce, disait-elle, dans la région épigastrique, suivie sitôt après du rejet des aliments. La douleur cessait ordinairement après le vomissement, mais pas toujours ; elle continuait alors sans donner lieu à de nouvelles nausées.

L'attitude de la malade au moment de la douleur était celle qu'on prend instinctivement quand on ressent subitement une douleur abdominale ; elle s'arrêtait net au milieu de ses jeux ou de son travail, pliait son corps en avant, et portait pour se soulager la main sur la région douloureuse. Un instant de repos suffisait pour mettre fin à la douleur qui recommençait plusieurs

---

(1) V. *Normandie médicale*, 1885, n° 3, p. 33.

fois dans la même journée, mais qui cessait souvent aussi pendant plusieurs jours et même pendant plusieurs semaines.

Ces rémissions coïncidant souvent avec des traitements pharmaceutiques toujours nouveaux, on avait cru plus d'une fois tenir la guérison, mais cet espoir s'évanouissait bientôt avec le retour de la douleur et des vomissements.

J'ai dit que la douleur était rapportée par l'enfant à la région épigastrique, mais cela n'était pas fixe; elle s'irradiait vers les côtes de chaque côté, allait jusqu'à l'épaule, de sorte qu'elle avait subi plusieurs médications s'adressant à la névralgie intercostale.

Au milieu de tout cet ensemble d'accidents gastriques, la santé générale restait excellente; les garde-robes étaient régulières et normales; l'embonpoint était conservé; le sommeil excellent.

Je crus d'abord comme d'autres confrères à des douleurs gastralgiques sous la dépendance d'un état de nervosisme, mais une interrogation minutieuse changea mes idées. Sur les huit enfants dont se composait la famille, aucun d'eux ne présentait de phénomènes morbides permettant de supposer une influence hystérique héréditaire; d'ailleurs la soudaineté des accidents, de la douleur, me portait à penser *a priori* à un trouble mécanique.

Quand l'enfant fut déshabillée, je constatai que la forme de l'abdomen au moment de l'effort laissait les anneaux intacts. Qu'elle se mouchât, qu'elle toussât violemment, ni la région inguinale, ni la région ombilicale ne changeait de forme. L'anneau ombilical, examiné avec soin, par moi et par plusieurs confrères avant moi, ne présentait rien d'anormal. J'allais renoncer à cette idée quand une circonstance plus fortuite que cherchée me fit faire la découverte suivante :

La jeune fille était couchée à plat, sur le dos; j'étais à sa gauche, les trois doigts de ma main gauche, l'index, le médus et l'annulaire, étaient placés par leur pulpe le long de la ligne blanche, au-dessus du nombril; à ce moment elle redressa la tête en me disant que je lui faisais mal, et contracta violemment les muscles droits de l'abdomen; je perçus à l'instant la sensation que mes doigts étaient pincés dans une boutonnière, allongée, étroite, et commençant au-dessus de l'ombilic. Je répétai plusieurs fois l'expérience et chaque fois je produisis une douleur, mais moins vive que la douleur spontanée. Je la fis mettre debout, mais alors je ne trouvai plus ma fissure.

Tout s'expliquait dès lors; l'enfant, après ses repas, restait-elle immobile, debout ou assise, elle digérait en paix; jouait-elle, faisait-elle avec ses nombreux frères et sœurs, des courses ou des jeux animés, la douleur se produisait sans qu'elle eût remarqué jusqu'à mon examen que la flexion du corps et son brusque redressement en fussent la cause.

J'insiste une fois de plus sur ce fait qu'à la vue pas plus qu'au toucher il n'y avait aucune apparence d'une hernie ombilicale.

Mon diagnostic était donc celui d'une boutonnière sus-ombilicale, intermusculaire, dans laquelle s'engageait soit une partie d'anse intestinale, soit le péritoine.

Le même jour je fis confectionner par M. Moulon, du Havre, une ceinture

en caoutchouc munie d'une pelote allongée et je l'appliquai moi-même le lendemain.

Dès cet instant la malade fut guérie ; toute douleur, tout accident cessa pour ne plus revenir.

Pendant 2 ou 3 ans, j'ai suivi cette jeune fille, et j'ai appris que depuis qu'elle est dans un couvent elle n'a jamais cessé de porter sa ceinture ; quand elle a essayé de la quitter, et elle l'a fait plusieurs fois, la douleur est revenue.

Mon attention une fois éveillée, je n'ai jamais manqué de procéder, dans des cas semblables, qui sont plus fréquents qu'on ne pense, à un examen méthodique. L'ouverture de mon Dispensaire pour enfants malades, l'année suivante, en 1875, me fournit un champ d'études plus étendu que celui de la clientèle. Dans l'espace de 10 ans, j'ai observé plus de 40 cas se rapportant à la description que je viens de faire, avec quelques variantes que je vais faire connaître.

Obs. II (contrôlée par mes amis les docteurs Lecène, Frémont et Lorentz). — Jeune fille de 12 ans, grande, maigre, bien musclée, d'une très bonne santé. Il y a six mois, ses digestions commencent à se troubler, et bientôt des vomissements alimentaires abondants se produisirent.

La jeune fille, qui est très éveillée, très intelligente, décrit ainsi ce qui lui arrive : « Je mange, dit-elle, d'un très bon appétit, et mon manger ne me fait pas mal, mais il n'y a pas une demi-heure que j'ai fini mon repas que je ressens une vive douleur dans l'estomac et bientôt je vomis ; je ne suis soulagée que lorsque j'ai tout vomi. »

Elle vomit toujours son déjeuner, rarement son repas du soir ; si elle se couche après avoir mangé, elle n'a ni douleur ni vomissement. Détail à noter, quand elle est prise de sa douleur, elle fait comme la jeune fille de l'obs. I : elle plie son corps et *rentre son ventre* instinctivement.

Quand l'enfant est complètement déshabillée, on ne constate aucune déformation du nombril, et à la vue pas plus qu'au toucher, on ne peut constater de hernie ombilicale. D'ailleurs, comme dans la première observation, l'ombilic est parfaitement clos et bien conformé.

Mais en faisant coucher la malade et en procédant comme j'ai dit plus haut, on constate rapidement et sans difficulté l'existence d'une boutonnière sus-ombilicale, de 2 à 3 centimètres d'étendue, et le doigt engagé dans la boutonnière y est fortement pincé quand les muscles droits se contractent par le redressement brusque du tronc.

Chez elle la douleur *n'existe jamais à jeun*, tandis qu'elle se produisait souvent à jeun, chez la première jeune fille.

Le même traitement, à savoir l'application d'une ceinture en caoutchouc avec pelote, amena le jour même la guérison qui ne s'est pas démentie.

Obs. III. — Il s'agit d'une demoiselle de 36 ans, qui depuis son enfance présente des accidents gastriques et nerveux qui n'ont jamais été ni guéris ni même amendés ; cette personne, appartenant à la classe riche, a consulté un

grand nombre de médecins de Paris et d'ailleurs, et elle a naturellement fait choix des plus célèbres.

Il y a 18 mois elle se soumit à mon observation. C'est une personne d'apparence nerveuse, maigre, sèche, *toute en muscles et en nerfs*, dit sa mère. Elle se plaint de douleurs qui ont leur siège dans le côté gauche du thorax, et qui s'irradient constamment vers l'épaule gauche. Aussi l'a-t-on soignée pour une angine de poitrine de nature nerveuse, car le cœur et les gros vaisseaux sont absolument sains.

Les douleurs, qui sont aujourd'hui presque fixées vers le côté gauche du thorax, n'ont pas toujours eu cette fixité. Autrefois, dit la malade, je souffrais constamment dans la région de l'estomac, et j'ai subi tous les traitements qu'on fait subir aux dyspeptiques.

Mais aucun n'a réussi; l'hydrothérapie seule m'a fait quelque bien.

En interrogeant très minutieusement cette malade, je m'aperçus qu'elle avait présenté autrefois les signes caractéristiques de la fissure sus-ombilicale, douleur vive, soudaine, et vomissements après la douleur. Depuis bien des années, les vomissements avaient cessé, mais la douleur, tout en s'étant déplacée, existait toujours.

En examinant l'abdomen, je reconnus facilement l'existence de la fissure, de la boutonnière sus-ombilicale; mais je ne comprenais pas qu'elle pût être la cause de douleurs de l'épaule tellement fixes et pénibles que chaque jour la malade se faisait frictionner cette région avec des liniments divers.

A tout hasard je fis appliquer une ceinture à pelote, et la malade fut aussi étonnée que moi de voir toutes ses douleurs disparaître. Elle regrette amèrement de ne pas l'avoir portée depuis l'âge de 16 ans, car sa vie a été empoisonnée par les douleurs et elle ne s'est pas mariée à cause d'elles.

Il faut ajouter que cette malade a été examinée non seulement par des médecins mais par des chirurgiens d'un grand mérite qui n'auraient pas laissé passer sans la voir l'existence d'une hernie ombilicale, mais qui n'ont pensé ni les uns ni les autres à une fissure sus-ombilicale.

Il semble résulter de cette observation, d'abord que la douleur bien qu'éloignée de la région épigastrique peut reconnaître pour cause une lésion y ayant son siège, ensuite que le temps ne suffit pas à la faire disparaître.

Obs. IV. — Un jeune garçon de 5 ans, de Paris, vient passer ses vacances au Havre, et ses parents me consultent au sujet de troubles singuliers qu'éprouve cet enfant au moment même où il paraît être le mieux portant.

Tout-à-coup, au milieu de ses jeux, on le voit devenir triste, taciturne, il s'assied, se met dans un coin loin de tout le monde et ne veut plus jouer. Quand on lui demande ce qu'il a, il dit qu'il a mal, et c'est tout ce qu'on obtient de lui. Il ne vomit pas, il mange bien, il dort bien.

En l'examinant au moment de ses jeux, je pus un jour saisir chez cet enfant la cause de son mal; il pliait, fléchissait subitement son corps en avant, devenait pâle, et se tenait immobile. En le faisant déshabiller, je reconnus chez lui comme chez les autres, une fissure sus-ombilicale. Depuis 5 ans il porte une pelote et tous les accidents ont disparu.

Il serait fastidieux de pousser plus loin l'énumération d'observations qui se ressemblent toutes, au moins dans leurs éléments principaux.

J'ai observé une quarantaine au moins de cas semblables, depuis l'âge de trois ans jusqu'à l'âge adulte. En résumé :

Il existe chez les enfants, à partir de l'âge de 3 ans (peut-être plus tôt), une sorte d'éventration minuscule, une fissure inter-musculaire le long de la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic qui est clos, formant une boutonnière qui est la cause d'une série d'accidents qu'on peut condenser dans le tableau suivant :

« Douleur dans la région épigastrique, douleur dont l'enfant ne se rend pas toujours compte, qui peut être très aiguë et faire pousser un cri. Quand la douleur est vive, elle provoque des vomissements le plus souvent alimentaires. Pour échapper à la douleur, l'enfant plie son corps, évite de le redresser, quelquefois même applique ses deux mains sur le ventre, indiquant ainsi nettement la cause de son mal.

« La santé générale n'est pas troublée. Le sommeil est excellent. Les accidents ne se produisent que de jour, généralement dans les jeux. »

L'examen pratiqué méthodiquement fait reconnaître :

1° L'absence de toute hernie ombilicale ou sus-ombilicale ;

2° L'existence d'une boutonnière sus-ombilicale.

Je n'ai jamais trouvé d'anse intestinale se herniant à travers cette boutonnière, mais théoriquement la chose n'est pas impossible.

Il me reste à présenter quelques considérations sur la manière dont je comprends la formation de cette fissure.

On sait que l'ombilic n'est réellement consolidé que plusieurs mois après la naissance ; il est fermé alors à sa partie supérieure par un faisceau fibreux très bien décrit par Richet qui avait cru y trouver les éléments d'un vrai sphincter, et par Tillaux qui nie l'existence de fibres élastiques et qui décrit ce faisceau comme un croissant fermant l'anneau ombilical.

Est-il possible que des cris continus de l'enfant pendant les premières semaines ou les premiers mois après la naissance, puissent affaiblir ce faisceau dans sa partie supérieure et ouvrir en quelque sorte la ligne blanche entre les muscles droits ?

Ou bien faut-il croire à une malformation congénitale qui aurait en ce point laissé les muscles droits sans lien fibreux ?

Il est clair qu'une seule autopsie bien faite serait plus utile que toutes les hypothèses, mais en attendant j'ai cru devoir rapporter cet ensemble de phénomènes morbides à une malformation congénitale.

**Note sur un symptôme de la période pré-ataxique  
du tabes,**

PAR LE D<sup>r</sup> GENDRON.

Depuis que Duchenne (de Boulogne) nous a donné des symptômes et de la marche de l'ataxie locomotrice progressive une description qui est restée classique, les investigations cliniques ont conduit à de très nombreuses découvertes sur les diverses manifestations par lesquelles peut se révéler le début de la maladie. Elles nous ont appris surtout que ces manifestations au lieu de se grouper ensemble ou de s'associer aux symptômes classiques, pouvaient rester isolées, être l'unique expression du processus tabétique pendant des années, réalisant ce qu'on a justement appelé les formes frustes de l'ataxie locomotrice.

Le professeur Fournier, dans ses récentes leçons sur la période pré-ataxique du tabes, a bien mis en lumière quelle pouvait être la diversité des accidents qui, de plus ou moins loin, précèdent le développement de l'ataxie locomotrice proprement dite. Suivant son expression, c'est une maladie absolument polymorphe à ses débuts, et on ne saurait être trop prévenu de cette variabilité d'allure; de toutes les recherches nouvelles il semble résulter que la forme classique du début de l'ataxie n'est peut-être pas la forme la plus habituelle.

Parmi toutes ces manifestations pré-ataxiques du tabes, ce sont les troubles du côté de l'appareil nerveux sensitif qui prédominent de beaucoup par leur fréquence; les phénomènes douloureux tiennent toujours la première place, éclatant sous forme de crises, provoquant des désordres réflexes variables, suivant la sphère fonctionnelle où ils se localisent, s'accompagnant ainsi de tout un cortège d'autres symptômes, dont on cherche souvent la cause dans une lésion organique.

De tous ces symptômes prémonitoires, il en est un qui est moins connu, ce sont des *crises myosalgiques* qui surviennent avec tous les caractères que revêtent communément les autres crises douloureuses d'origine tabétique. Fournier, dans ses leçons, les a signalées; Pitres, dans une étude publiée par le *Progrès médical* <sup>(1)</sup>, en a rapporté plusieurs observations.

D'après ces faits, on peut les observer tout-à-fait au début de

---

(1) *Progrès médical*, 1884, n° 28.

l'ataxie; ce sont de véritables accès de courbature musculaire, survenant brusquement, sans cause appréciable, durant quelques heures ou quelques jours, séparés par des intervalles de temps très variables; quelquefois ils ne reviennent qu'après un délai de plusieurs mois ou d'une année. Ils consistent en une sensation de lassitude, de brisement musculaire entraînant une impotence parfois complète. Dans l'un des cas rapportés par Pitres ils avaient pour siège la région sacro-lombaire et rendaient la station debout impossible; dans deux autres cas, ils envahissaient aussi les membres. Ils furent, chez ces trois malades, et pendant près de 8 ans pour l'un d'eux, le seul symptôme précurseur de la maladie.

Ce fut la lecture de ces faits qui me mit sur la piste d'un cas d'ataxie locomotrice progressive, dont je vais donner la relation.

B... (Jules), âgé de 45 ans, se présente, le 19 décembre 1884, à la consultation du dispensaire Martainville. Ce n'est pas la première fois que je l'observe et en jetant les yeux sur sa fiche médicale, je remarque que le diagnostic *lumbago* y a été inscrit à diverses reprises. Cette constatation m'amène à l'interroger plus soigneusement; d'ailleurs, je ne l'ai pas revu depuis un certain temps.

D'après les indications qu'il fournit, il est très probablement syphilitique. Ce qui fait encore moins de doute, ce sont ses habitudes alcooliques qu'il avoue franchement.

Il y a environ 8 ans, il commença à éprouver des douleurs lombaires tout-à-fait semblables à celles pour lesquelles il est plusieurs fois venu réclamer nos secours. Ces douleurs revenaient fréquemment, sous forme d'accès, sans cause, très pénibles, siégeant dans les muscles de la région sacro-lombaire; le malade se rappelle qu'il y a 3 ans, dans le cours d'un traitement de bronchite à l'hôpital, il en fut repris et elles durèrent un certain temps.

Il y a 2 mois, depuis que je l'ai observé pour ces lumbagos répétés, sa vue a commencé à s'affaiblir et pendant quelque temps il a été affecté de diplopie. Depuis la même époque, il ressent dans le côté gauche de la poitrine des douleurs lancinantes; dans la jambe gauche il est fréquemment pris de crampes douloureuses qui surviennent pendant la nuit. Quand il marche, il arrive que ses jambes se fléchissent brusquement sous lui, en même temps qu'une violente douleur traverse brusquement le mollet. Pendant la marche, les mouvements des jambes deviennent parfois subitement désordonnés, elles se jettent de travers et se heurtent l'une contre l'autre. Enfin, par moments et depuis 1 an environ, il éprouve quelque difficulté pour uriner et la miction est accompagnée d'une sensation vive de brûlure, s'irradiant vers les reins.

Actuellement, la vision est complètement abolie pour l'œil droit, pour l'œil gauche elle est très affaiblie. Des douleurs névralgiques se produisent par accès fréquents dans la sphère du trijumeau du côté droit, la pression réveille des douleurs péri-orbitaires aux points sus-orbitaire et sous-orbitaire. La pupille droite est dilatée; il n'existe pas de paralysie motrice de l'œil. A l'exa-

mén ophtalmoscopique, la pupille droite apparaît avec un reflet blanc-nacré. L'œil gauche, dont l'acuité visuelle est très affaiblie, est atteint de dyschromatopsie caractérisée surtout par la perte du rouge.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité plantaire, pas de retard dans les perceptions sensitives; le réflexe rotulien est presque complètement aboli. Pendant que nous le voyons marcher il ne se produit pas de ces mouvements désordonnés dont il nous a parlé, mais la façon brusque dont il projette en avant sa jambe droite rappelle tout-à-fait la démarche des ataxiques.

Nous avons revu ce malade un peu plus tard, sa vue s'était encore affaiblie, en même temps son état général s'altère de plus en plus, il maigrit et présente des signes de tuberculisation pulmonaire.

Ainsi, pendant environ 7 ans, chez ce malade, les crises de lumbago ont précédé l'apparition des autres manifestations tabétiques, puis, au bout de ce temps celles-ci se sont multipliées et en quelques mois il est devenu un ataxique confirmé. Ce n'est pas autrement que procèdent les autres accidents douloureux de la période pré-ataxique; il n'est dès lors pas invraisemblable de considérer avec Pitres ces crises de courbature musculaire comme des équivalents cliniques des autres crises tabétiques, et de leur attribuer la même valeur sémiologique qu'aux crises gastriques, rectales, vésicales, etc., qui sont parfois les premiers symptômes révélateurs de l'ataxie locomotrice.

## BULLETIN

### La déclaration des causes de décès (1)

Il importe, pensons-nous, que nous mettions sous les yeux de nos lecteurs le résultat de la discussion soulevée à l'assemblée générale de l'Association sur cette question. Aussi bien ce résultat pourrait-il, d'après les compte-rendus qui en ont été publiés, sembler un peu équivoque, et ne pas donner la solution franche et nette que nous réclamions dans un précédent article. Nos confrères disent en effet qu'après un échange d'observations dont ils ne donnent qu'un résumé fort succinct, les conclusions du rapport de M. Passant ont été adoptées. C'était ce que nous prévoyions, et ce qui d'ailleurs n'était nullement en contradiction avec ce que nous avons écrit; mais nous tenons à montrer de plus que l'assemblée générale n'en a pas moins adopté les idées que nous avons défendues.

(1) Voir le Bulletin du n° 3, p. 133.

Si l'on veut bien se reporter à la critique que nous avons cru devoir émettre, on verra que nous regardions les conclusions de M. Passant, non comme mauvaises, mais comme très incomplètes; nous disions qu'elles pouvaient satisfaire ceux qui ne recherchaient que les moyens de dresser des tableaux statistiques relatifs à l'histoire de l'épidémiologie, mais qu'elles ne prenaient pas corps à corps la question qui semblait se poser devant l'Association, question plus haute et plus générale, où le secret médical et les nécessités de l'hygiène publique pouvait paraître en conflit.

M. le Dr Duménil, qui représentait à l'assemblée générale l'Association des médecins de la Seine-Inférieure, a posé la question dans les mêmes termes, et il a exposé nettement combien il importait de ne pas considérer comme une violation du secret professionnel le fait de prévenir les administrations compétentes de l'existence de décès ou de maladies de cause épidémiologique. M. Lenglet (de Reims), l'auteur de la proposition en discussion, est venu à la rescousse pour demander aussi à l'Association d'enlever aux médecins et leurs scrupules de conscience et leurs craintes plus ou moins fondées sur la possibilité de poursuites judiciaires.

C'est ici que l'avis d'un juriste autorisé devait intervenir, et c'est ce qui a eu lieu dans un discours de M. Morillot, l'un des conseils judiciaires de l'Association, qui a déclaré qu'à son avis personnel il ne voyait dans ces déclarations aucune infraction au secret, et qu'il ne croyait pas à la poursuite de la part du parquet pour des renseignements fournis aux autorités administratives et sur leur demande expresse. Il est utile en effet de remarquer que dans le cas qui a eu tant de retentissement et auquel nous avons fait une discrète allusion, il y a eu divulgation par la voie des journaux, et que malgré la bonne intention de notre confrère W..., l'extension de pareilles habitudes pourrait ne pas être sans inconvénients.

M. Bertillon a bien invoqué aussi que l'administration, ainsi dépositaire des déclarations, se trouvait par là-même soumise à l'obligation du secret, ce qui est parfaitement vrai; mais n'insistons pas, car comme cette obligation n'est pas inscrite dans la loi, peut-être quelques-uns de nos confrères y trouveraient-ils une garantie insuffisante.

Quoi qu'il en soit, la presque unanimité des médecins présents s'est trouvée d'accord pour proclamer que les scrupules manifestés à ce sujet étaient au moins exagérés. Nous avons à regretter seulement que cette opinion n'ait pas été exprimée d'une

façon moins platonique, et qu'en votant les conclusions de M. Passant, on n'y ait pas explicitement introduit un amendement concernant l'utilité et la légitimité des déclarations immédiates et directes des maladies contagieuses.

Le vœu déposé par M. Lenglet et la réponse qui y a été faite se présentaient d'autant plus à propos qu'une ébauche d'organisation a commencé de se produire, qui si elle n'est pas parfaite, n'est pas à dédaigner; car il est plus facile d'améliorer que de créer. Il y a plusieurs mois déjà, M. le Ministre du commerce à qui, comme on le sait, incombent en France les mesures sanitaires, a prescrit l'envoi régulier dans chaque préfecture de la statistique des causes de décès par maladies contagieuses survenant dans les agglomérations de plus de 10,000 habitants. Les statistiques envoyées comprennent chacune quinze jours et communiquées au Conseil d'hygiène central du département, elles sont remises également au médecin en chef des épidémies. Il y a donc lieu, pour nos confrères qui croient combattre le bon combat en faisant tous leurs efforts pour améliorer l'hygiène publique, de noter avec soin les causes de décès, certains que leurs renseignements ne tomberont pas simplement dans les mains d'une administration municipale indifférente.

Il y a lieu pour les autres de réfléchir et de se décider à suivre la même voie, en renonçant à des errements inexplicables. Nous pourrions citer telle ville en effet où nous avons fait tous nos efforts pour obtenir les statistiques que nous publions ici même et que, comme on le voit, on nous fournit si gracieusement ailleurs. Nous avons échoué ou devant des conditions bizarres que nous ne voulons pas relater, ou devant cette objection parfaitement fondée que les médecins de la ville avaient résolu de ne pas indiquer les causes de décès.

L'occasion, que nous eussions peut-être fait naître, s'est donc présentée tout naturellement pour nous de combattre dans l'esprit de certains de nos confrères des idées que nous croyons absolument fausses. Nous ne cesserons de les pousser à s'intéresser à tout ce qui peut assurer la prophylaxie des maladies contagieuses. Nous les engageons à changer leur manière de voir, au moins en ce qui concerne ces affections et nous sommes heureux de leur faire voir que la règle de conscience que nous demandions à l'Association générale est bien d'accord avec nos conclusions.

## HYGIÈNE

**La coloration artificielle des vins par les colorants naturels (1).**

Dans notre dernier article, nous avons affirmé, après expérience, que le sulfoconjugué de la fuschine n'est pas vénéneux, bien plus, qu'il peut être supporté à hautes doses sans phénomène appréciable. — Et d'autres colorants de la houille sont dans ce cas. — Malgré de sérieuses probabilités d'innocuité, nous avons fait des réserves sur son action à longue échéance même à la dose de 1 centigramme par jour, afin d'obéir à l'extrême prudence qui est de commande en matière d'hygiène.

Mais ne devons-nous pas être réservé, pour les mêmes raisons, sur l'action des colorants naturels que les hygiénistes ont l'habitude de considérer comme inoffensifs? Car enfin il serait singulier qu'on adopte deux poids et deux mesures, ou bien qu'on redoute un corps sous prétexte qu'il est artificiel, et qu'on accorde un blanc-seing à tel autre sous prétexte qu'il est naturel. Dans toutes ces questions, au sujet desquelles on fait généralement trop de sentiment et pas assez d'expériences, l'expérimentation seule doit trancher.

Or, à pouvoir colorant égal, il n'est pas douteux que les baies de sureau ou d'hièble sont plus nuisibles que le sulfoconjugué de la fuschine. On remarquera, en effet, qu'on ne met pas seulement dans le vin la matière colorante du sureau, on met la baie tout entière. Mais ne sait-on pas que ces baies sont purgatives? Et les baies de *phytolacca* qui sont employées parfois pour les vins, ne sont-elles pas purgatives aussi?

Comment agit à la longue sur des estomacs maladifs, que nous prendrons comme pierre de touche, la cochenille dite *préparée* du commerce, *cochenille ammoniacale*, cochenille renfermant des ingrédients aussi mal connus comme nature que comme action physiologique?

Et cependant par une inconséquence inexplicable ces procédés de coloration sont réputés inoffensifs, et les Commissions d'hygiène de sanctionner (2).

(1) V. le numéro précédent.

(2) V. *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène. Rapport de Bergeron 1878, p. 336*

Nous estimons que cette question de coloration artificielle des vins est généralement mal appréciée.

Les hygiénistes disent aujourd'hui : Les vins colorés par les colorants de la houille sont nuisibles à la santé. Les vins colorés par les colorants naturels sont inoffensifs.

C'est là l'opinion qui a cours en hygiène, qui a cours dans le public, acceptée par la plupart des experts, par la plupart des magistrats. Et cependant cette opinion me paraît erronée. Elle ne doit pas servir de base à un jugement en police correctionnelle.

Il est mieux de dire : *Toute coloration artificielle de vin doit rentrer, aux termes de la loi, dans le groupe des falsifications nuisibles à la santé.*

A l'expérimentation maintenant d'apprécier le degré de nocuité. A ce point de vue on ne peut confondre tous les colorants artificiels et tous les colorants naturels. Ce serait trop commode. Confondre tous les rouges entre eux, parce qu'ils sont rouges, c'est confondre tous les alcaloïdes végétaux entre eux, parce qu'ils sont tous blancs et cristallisés.

Dans une expertise médico-légale, il faut être net et précis et ne pas obéir à de pareils préjugés.

Nous disons qu'en principe toute coloration artificielle de vins par n'importe quel colorant doit rentrer dans le groupe des falsifications nuisibles à la santé. Nous parlons, en effet, dans le sens de la loi.

Que disait le rapporteur de la loi de 1851 ? : « Si le breuvage n'est pas malfaisant d'une manière actuelle et positive, *il est nuisible d'une manière négative* en ce que le mélange dérobe à cette boisson une partie de l'effet réparateur que promettaient son nom et son prix. »

Si la matière colorante du vin, substance tonique comme les tannins ses analogues, est remplacée par le rouge Bordeaux, il y a évidemment falsification nuisible aux termes de la loi.

Il y a nocuité et nocuité, et la peine doit être proportionnée au délit.

D'autre part, l'appréciation sévère de la loi se comprend. Elle veut que lorsqu'on donne à un enfant, à un malade, une boisson tonique, nutritive, réparatrice, on ne le trompe pas, on ne lui donne pas une boisson colorée, mouillée, manipulée de cent façons, qui n'a plus les mêmes vertus et peut même être plus ou moins indigeste. La santé publique qui retire de si larges bénéfices d'un bon vin naturel pâtira évidemment de la consommation d'une boisson inférieure, détériorée, dénaturée. Neuf fois sur dix,

ne l'oublions pas, la coloration artificielle des vins couvre, comme le pavillon couvre la marchandise, les mélanges souvent les plus insalubres, où les alcools impurs servant au vinage se marient avec les extraits glycéринés de toutes provenances, mêlés d'acide tartrique en excès ou autres acides.

La coloration artificielle est moins nuisible par elle-même généralement que par les méfaits qu'elle masque et dissimule. La quantité de colorant ajoutée à un vin est limitée par sa nature même : une coloration intense est obtenue avec de très petites doses, tandis que les additions d'alun, de tannin, de glycérine, d'acide salicylique au vin sont moins limitées et sont autrement dangereuses en principe.

Si l'addition d'une matière colorante au vin est si redoutée comme nuisible par elle-même, l'imagination y est pour beaucoup. On boira facilement une solution incolore qui peut receler le poison le plus redoutable, on rejettera avec horreur un verre d'eau colorée avec quelques milligrammes de sulfo de fuchsine. Il semble que le rouge porte avec soi l'enfer. Et le bleu, donc ! Tous les sels de cuivre des laboratoires vous passent par l'esprit.

Ce n'est pas pour gracier la coloration artificielle des vins, cette pratique détestable, que j'appelle l'attention sur les préjugés, c'est pour que l'homme de science sache s'en dégager lorsqu'il témoigne devant la justice, c'est pour qu'il évite ces considérations déclamatoires toujours faciles qui peuvent avoir gain de cause devant une galerie incompétente, mais seraient déplacées dans une société savante.

(Lyon Médical).

---

## MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

---

### Sels de Quinine.

---

La pureté des sels de quinine est d'une importance considérable. En dehors même de falsifications véritables, M. de Vry (de La Haye), membre correspondant de l'Académie de médecine, a porté devant cette assemblée les intéressants résultats qu'il a obtenus par l'analyse des sels de quinine au point de vue de la quantité plus ou moins considérable de cinchonidine qui peut y être renfermée.

Il en résulte que le sulfate *basique* de quinine, qui est à peu

près toujours employé en France, contient une quantité notable de cinchonidine, tandis que le sulfate *neutre*, d'après les lois chimiques, en est *nécessairement* exempt. Pour la même raison, le chlorhydrate de quinine ne pourrait pas contenir de cinchonidine; il y aurait donc lieu de le prescrire avec confiance.

Une autre raison militerait en faveur de ce dernier sel : c'est qu'il serait plus soluble.

## NOUVELLES

— **Conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure.** — M. le Dr Lecoq est nommé membre de la commission cantonale d'hygiène de Caen.

Le 26 juin, à deux heures, aura lieu la réunion générale des conseils d'hygiène et de salubrité de la Seine-Inférieure, qui siègera cette année à Rouen.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène de France, le Ministre du commerce et de l'industrie a décerné un certain nombre de récompenses aux personnes qui se sont signalées par une participation active aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1882. Nous y voyons figurer :

*Médaille d'argent* : M. Clouet, pharmacien, professeur à l'École de médecine de Rouen.

*Médaille de bronze* : M. le Dr Deshayes, secrétaire du conseil central de la Seine-Inférieure.

— **Service de santé militaire.** — M. le médecin inspecteur Gaujat, membre du Comité consultatif de santé, est désigné pour procéder en 1886 à l'inspection générale du IV<sup>e</sup> arrondissement (3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> corps d'armée).

— Le conseil général des Facultés de l'Académie de Paris, dans une séance tenue lundi dernier, sous la présidence de M. Gréard, s'est occupé de la question du service militaire des étudiants des Facultés et Ecoles supérieures.

Après une longue délibération, il a décidé qu'une note serait remise à M. le Ministre de l'instruction publique pour le prier de défendre, dans la mesure de ce qui serait possible, l'intérêt des études scientifiques en France. En voici les points essentiels :

Il reconnaît d'abord le principe général du service militaire obligatoire. Il demande ensuite pour les étudiants immatriculés dans une Faculté qu'au bout de la première année de service militaire, un sursis ou congé leur soit accordé pour deux ans, à la condition de justifier à la fin de chacune de ces deux années qu'ils poursuivent des études supérieures, et à l'âge de 24 ans, d'avoir obtenu le grade de licencié ou un titre équivalent, auquel cas ils prendraient rang dans la réserve de l'armée active. Ceux d'entre eux qui ne fourniraient pas ces justifications, seraient rappelés sous les drapeaux pour compléter leurs trois années de service militaire.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	APP. PUEERP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 25 avril au 1 <sup>er</sup> mai.	92	38	2			3	1	2	
Du 2 au 8 mai. . . . .	85	29	2			4		1	
<b>Havre (105,867 hab.)</b>									
Du 25 avril au 1 <sup>er</sup> mai	72	18		1		2			1
Du 2 au 8 mai. . . . .	53	17		4		2	2		2
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>									
Du 25 avril au 1 <sup>er</sup> mai .	11	5							
Du 2 au 8 mai. . . . .	15	6							
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>									
Du 25 avril au 1 <sup>er</sup> mai .	11	7		2					
Du 2 au 8 mai . . . . .	20	11		1					
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 25 avril au 1 <sup>er</sup> mai.	13	4						1	
Du 2 au 8 mai. . . . .	13	1							

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 25 avril au 1<sup>er</sup> mai :

*Variole*, 6 entrées; *diphtérie*, 1 entrée, 1 décès; *érysipèle*, 2 entrées.

Du 2 au 8 mai :

*Variole*, 5 entrées; *fièvre typhoïde*, 1 entrée; *diphtérie*, 3 entrées, 2 décès; *érysipèle*, 1 entrée, 1 décès; *coqueluche*, 1 entrée.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 25 au 1<sup>er</sup> mai :

*Rougeole*, 16; *scarlatine*, 3; *diphtérie*, 16.

Du 2 au 8 mai :

*Varicelle*, 2; *rougeole*, 10; *scarlatine*, 2; *érysipèle*, 1; *fièvre typhoïde*, 3; *diphtérie*, 3; *coqueluche*, 2.

## OUVRAGE REÇU :

Contribution à l'étude de la *Grefte Dentaire*, par M. Bugnot, D. E. D. P.  
— à Rouen, chez Julien LECERF.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

Grande Médaille  
d'Or

EXPOSITIONS

Récompense nat<sup>le</sup>  
16,600'

# QUINA LAROCHE

ÉLIXIR VINEUX

**APÉRITIF & TONI-FÉBRIFUGE**  
contenant la totalité des principes des  
3 sortes de quinquinas, il relève les  
forces, tonifie l'estomac, combat les  
fièvres pernicieuses invétérées, etc.

LE **FERRUGINEUX**  
MÈME  
aide la croissance, les suites de cou-  
ches, fortifie le sang décoloré, combat  
l'anémie, la chlorose, etc., etc.

Paris, 22 &amp; 19, rue Drouot et les Pharmacies.

## ÉLIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

Amers et Ferments digestifs  
MÉDICATION SPÉCIFIQUE CONTRE LES

### DYSPEPSIES ◊ ANÉMIE ◊ ANOREXIE ◊ ÉPUISEMENT

Vomissements, Diarrhées chroniques, Troubles gastro-intestinaux des enfants, etc.  
Doses : ADULTES, 1 verre à liqueur par repas ; — ENFANTS, 1 à 2 cuillerées à dessert.

Employés dans les Hôpitaux de Paris. — Ph<sup>ie</sup> Grez, 34, r. La Bruyère, Paris, & Ph<sup>ies</sup>

Chaque cuillerée contient 60 centig. de Pepsine titrée. — Envoi franco échantillons par colis postal.

Médailles aux Exp<sup>os</sup> : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

## INHALATIONS d'OXYGÈNE

### APPAREILS DE LIMOUSIN

INHALATEUR, Loc<sup>on</sup> n<sup>o</sup> Paris, 5<sup>e</sup> p<sup>e</sup> semaine. GAZ, 0,10<sup>e</sup> le litre.Appareil complet p<sup>r</sup> fabriquer et respirer, avec boîte : 130 fr.Ph<sup>ie</sup> LIMOUSIN \*, 2<sup>bis</sup>, RUE BLANCHE, PARIS

## FARINE LACTÉE NESTLÉ

employée dans les crèches des Hôpitaux de Paris

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas-  
âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage et contribue aussi  
à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la  
conséquence. — En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaires, cet aliment  
constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Pharmacies.

## PILULES DE BLANCARD

à l'Iodure ferreux inaltérable

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Employées dans l'Anémie, la Chlorose, la Leucorrhée, l'Aménor-  
rhée, la Cachexie scrofuleuse, la Syphilis  
constitutionnelle, le Rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la Signature ci-contre :

501

Pharmacia à Paris, 40, Rue Bonaparte.

## SULFO-CARBOL MÉDICINAL

préparé par CHARLARD-VIGIER, Pharmacien-Lauréat des hôpitaux et de l'École de Pharmacie.  
Cette solution de Sulfo-Carbol (acide orthoxyphénylsulfureux pur), permet le dosage facile  
de ce médicament antiseptique. — Mêmes usages que les acides phénique, salicylique,  
borique : le sublimé, etc ..., sans crainte d'accidents.

AFFECTIONS DE LA BOUCHE, DE LA GORGE, ET DU LARYNX  
PASTILLES CHARLARD-VIGIER au BORATE de SOUDE

(Biborate de soude chimiquement pur 0,40 cent. par pastille).

Ce sel est un énergique désinfectant intérieur, sans danger pour l'organisme (E. de CYON, mé-  
moire à l'Académie) : il s'élimine par la salive, et reste longtemps dans la circulation (F. VIGIER,  
Société de biologie). — PHARMACIE, 12, Boulevard Bonne-Neuve. PARIS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux cliniques* : Insuffisance tricuspidiennne isolée et consécutive à des lésions pulmonaires, par le D<sup>r</sup> Beaudoin. — *Bulletin* : De quelques chiffres de la mortalité à Rouen. — *Recueil de faits* : Quelques observations au sujet de la vaccine, par M. Valin. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX CLINIQUES

### **Insuffisance tricuspidiennne isolée et consécutive à des lésions pulmonaires,**

PAR LE D<sup>r</sup> F. BEAUDOIN, d'Alençon.

Au commencement du mois de mars dernier, j'étais demandé pour un malade dont l'histoire me semble instructive à plus d'un titre.

H..., 46 ans, a exercé plusieurs professions. Tour à tour ouvrier aux hauts-fourneaux, tisseur de chanvre, fondeur, passementier, il a subi ainsi la funeste influence tantôt des changements brusques de température, tantôt des poussières du chanvre et de la passementerie, et, j'insiste sur ce point, il semble n'avoir été gêné que par les poussières. Il y a 41 ans, il est obligé de quitter le tissage, auquel il attribue tous ses maux. Il a gardé depuis lors un peu de toux, d'oppression, de gêne dans la poitrine. Le travail de la fonderie n'a point aggravé ces symptômes. Mais en 1885, après 18 mois ou deux ans de travail à la passementerie, il se sent plus mal, et en janvier et mars de la même année, il accuse des bronchites avec dyspnée intense; puis en juillet, il est pris subitement (après avoir simplement bu un verre de cidre étant en sueur) d'étourdissements et de perte de connaissance. Son éternelle bronchite recommence accompagnée d'une dyspnée de plus en plus intense et de sensation de brûlure dans la poitrine en arrière du sternum.

A part donc cette perte de connaissance, rien ici qui ne rentre à peu près dans le type des emphysèmes ou des phtisies des aiguiseurs ou des tisseurs.

Le diagnostic : bronchite et asthme avec soupçon de phtisie, est le seul que le malade se souvienne d'avoir entendu porter par son médecin. Celui-ci n'a du reste pas ménagé les moyens de traitement; ce malade a été couvert de vésicatoires, il en a eu jusqu'à 3 simultanément sur le corps, et tous d'une belle dimension. Si donc il n'est ni mort ni guéri, il ne faut en accuser ni la bonne volonté du médecin, ni la force de résistance du malade.

Au mois de janvier 1886, nouveaux symptômes, et aussi nouveau médecin, je crois; les urines deviennent rares et chargées; elles se troublent en refroidissant; le ventre est gonflé et H... accuse une douleur persistante du côté droit, dans la région du foie. La dyspnée est très marquée, le malade repose presque assis dans son lit, est réveillé par des crises d'oppression.

L'œdème des jambes précéda de quelques jours un nouveau changement de médecin, et c'est alors que je vis cet homme littéralement étouffant, sujet à des crises nocturnes qui ne lui laissaient aucun repos et menaçaient sa vie.

Outre ces signes subjectifs, je constatai le gonflement de l'abdomen, l'augmentation de volume du foie qui dépasse 16 centimètres; la tuméfaction de la rate qui a environ 4 travers de doigt, l'aspect livide et violacé asphyxique de la face sans œdème, une teinte subictérique des conjonctives, un pouls veineux vrai, des battements hépatiques avec douleur du foie et de l'épigastre à la pression.

Enfin le cœur est dilaté, son bord droit dépasse le sternum d'un bon travers de doigt; la pointe rejetée à gauche n'est pas abaissée; le pouls est parfaitement régulier, mais presque imperceptible (il m'a été impossible d'en prendre un tracé sphygmographique); les battements du cœur sont très faibles, sans souffle; peut-être cependant peut-on soupçonner à certains moments l'existence d'un léger murmure systolique au niveau de l'appendice xyphoïde. L'œdème limité aux chevilles des pieds est presque insignifiant. Les urines rares et rouges sont chargées d'albumine.

Nous sommes évidemment en face d'une insuffisance tricuspidiennne. Malgré l'absence du souffle pathognomique, le pouls veineux vrai, les battements hépatiques, le gonflement du foie et de la rate n'auraient évidemment laissé aucun doute si l'intensité de la dyspnée n'eût rendu d'abord l'examen difficile.

Mais ce qui, croyons-nous, détourne davantage encore le diagnostic de son exactitude, ce sont la plupart des descriptions classiques, très erronées sur l'insuffisance tricuspidiennne. On répète constamment de cette lésion: « elle ouvre la porte à l'asystolie, » en sorte qu'on est tout naturellement porté à confondre ses symptômes avec ceux de l'asystolie commune. Les signes subjectifs propres à l'insuffisance tricuspidiennne semblent ne pas exister et, après M. Peter, chacun de se reporter tout simplement aux phénomènes généraux consécutifs à une maladie valvulaire du cœur gauche.

Si je nomme M. Peter, c'est par abréviation et parce que son affirmation apporte aux doctrines universellement acceptées l'appui d'un grand nom, d'un gros livre, et d'une éloquence toujours écoutée.

D'après une école qui prétend se réclamer uniquement des principes mécaniques dans cette question, l'insuffisance tricuspidiennne est la cause nécessaire et suffisante de l'asystolie classique. Pas d'insuffisance tricuspidiennne, pas de modification, évidemment, dans la pression veineuse, partant pas d'œdème, pas d'asystolie, tout est parfait dans la grande circulation. Sitôt que la valvule

tricuspidiennne reste le moins du monde entrebâillée apparaît tout le cortège de l'asystolie.

Dans l'asystolie cependant on est le plus souvent privé de tous les signes positifs d'insuffisance tricuspidiennne; il n'y a ni battements hépatiques, ni pouls veineux, ni souffle tricuspidein; n'importe. A l'autopsie, on trouve les valvules et l'orifice en bon état, n'importe; l'anasarque était là, donc la théorie régnante déclare que la pression veineuse était augmentée, donc la valvule tricuspidein fermait mal.

Il est vrai qu'au milieu de ce siècle cette opinion avait déjà contre elle Andral et Bouillaud, qui avaient vu l'un et l'autre avec des anasarques manifestes l'orifice tricuspidein et ses valvules en parfait état. La théorie n'en a cure.

Il est vrai encore que pour certains auteurs : Mauriac, Rigal, Péter, l'insuffisance tricuspidein n'est pas suffisante à la production de l'anasarque. Il faut en plus l'affaiblissement du cœur et des vaisseaux (Rigal), l'asthénie cardio-vasculaire (Péter). Néanmoins pour ce dernier l'insuffisance tricuspidein reste « le résultat, l'indice du trouble le plus profond porté à la circulation générale (1) ».

J'ai déjà dans ma thèse inaugurale (2) eu l'occasion d'attaquer cette opinion et d'expliquer les œdèmes résultant des lésions mitrales par le ralentissement de la circulation du sang (3) sans augmentation de la pression, et par conséquent sans avoir besoin d'invoquer une insuffisance tricuspidein latente.

Le cas dont j'ai donné l'observation en commençant cet article est pour ainsi dire la confirmation de cette manière de voir qui est aussi, je le rappelle, celle d'Andral et de Bouillaud, la contrepartie et le complément des faits vulgaires d'anasarque sans lésion tricuspidein (4).

Ici en effet nous sommes en face d'une lésion tricuspidein grave, suffisante pour produire le pouls veineux, le pouls hépatique, la congestion du foie et de la rate, et assez grave pour menacer à brève échéance la vie du malade : nous avons à peine un peu d'œdème des chevilles des pieds.

(1) Peter. — Traité clinique et pratique des maladies du cœur, 1883, page 427.

(2) De quelques troubles mécaniques de la circulation du sang dans les maladies du cœur et la compression des vaisseaux. — 1881.

(3) M. Germain Sée a bien voulu, en citant le nom de l'auteur, reproduire mon explication des anasarques.

G. Sée. — Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur. — (2<sup>e</sup> édit. p. 104).

(4) J'ai signalé dans un autre travail 2 cas d'insuffisance tricuspidein sans anasarque. Dans un cas même le malade portait sa lésion sans s'en apercevoir. — Le cas qui fait le sujet de ce travail n'est donc pas isolé.

Nous avons un pouls régulier. Nous avons de la dyspnée, sans doute, c'est même le symptôme grave, mais une dyspnée différente de celle de l'asystolie, quelque chose qui se rapproche à la fois de l'asthme et de l'angine de poitrine.

En un mot tout le tableau de la vulgaire asystolie nous manque. Il faut donc renoncer à confondre les deux maladies et à faire de l'insuffisance tricuspидienne la lésion de l'asystolie classique; cette dernière est la conséquence ultime des lésions mitrales, compliquée ou non d'insuffisance tricuspидienne.

En revanche, l'insuffisance tricuspидienne se caractérise, et cela dès le début, par des symptômes propres.

Exposés d'une façon complète par MM. Potain et Rendu dans le Dictionnaire encyclopédique, tous les signes subjectifs et objectifs, à l'exception du souffle tricuspидien, se retrouvent chez notre malade.

Ce qui caractérise dès le début la lésion tricuspидienne, c'est que son ralentissement se fait, non sur les extrémités des membres, mais sur les organes de l'abdomen. L'anasarque est un désordre tardif, précédé de longtemps par la congestion du foie, de la rate, du rein, de tout l'abdomen. C'est ce que nous montre l'histoire de notre malade; c'est ce que l'étude des conditions mécaniques créées à la circulation du sang par la lésion tricuspидienne nous fait parfaitement comprendre.

Quel désordre, en effet, apporte l'insuffisance tricuspидienne? Une régurgitation du sang à chaque systole dans les deux veines caves. La veine cave supérieure, mieux protégée par la perfection de ses valvules et dans laquelle le cours du sang est favorisé par la pesanteur ressent moins cette régurgitation. La veine cave inférieure reçoit douc à chaque systole une ondée sanguine qui augmente la pression et retarde l'écoulement du sang. Cette augmentation de pression et ce retard se propagent *de proche en proche*. Les organes les plus proches du cœur sont évidemment les premiers à en souffrir. Ainsi, tandis que l'insuffisance mitrale fait sentir ses premiers effets sur les organes où la circulation rencontre normalement le plus d'obstacles et de retards en raison de l'éloignement du cœur et de la situation déclive, c'est-à-nire sur les pieds, les lésions tricuspидiennes, au contraire, retentissent d'abord sur les organes les plus proches du cœur, qu'atteint les premiers la *marée montante* occasionnée par le reflux sanguin.

C'est ce que nous remarquons chez H...; trois mois avant l'apparition d'un œdème des jambes, passager, presque insignifiant,

le malade sent déjà son foie douloureux. Il est probable que dès lors cet organe était congestionné et augmenté de volume ainsi que la rate. En même temps, la congestion du rein se manifestait par l'anurie, et se traduit maintenant par l'albuminurie, sujette à disparaître et à revenir suivant les alternatives de mieux ou de pire du malade. Aujourd'hui encore le foie mesure 16 centimètres et les pieds sont complètement désenflés.

Malgré la teinte subictérique du malade, les urines ne contiennent pas de pigment biliaire, c'est un ictère hémaphérique, comme M. Gubler l'a établi d'une façon générale pour tous les cas analogues.

Enfin, les veines méseraïques subissent elles-mêmes les effets du reflux du sang, d'où une diarrhée souvent profuse et presque incoercible, modérée et passagère chez notre malade.

Je n'insisterai pas sur les signes physiques de l'insuffisance tricuspidiennne que l'on rencontre chez H... Ils ne donnent lieu à aucune discussion nouvelle.

Un dernier point reste à signaler, parce qu'il établit une nouvelle différence entre les lésions mitrales et les lésions tricuspidiennes.

Le symptôme capital chez H..., celui dont il souffre le plus et qui menace sa vie, c'est la dyspnée.

Cette dyspnée est ancienne, mais elle s'est aggravée depuis quelque temps. Elle est à la fois cause et effet de la lésion tricuspidiennne.

Elle est la cause d'une façon évidente. Depuis bien des années H... est sujet à des bronchites avec oppression, et il n'est pas probable que sa lésion tricuspidiennne remonte à onze ans.

D'ailleurs les lésions du poumon sont signalées depuis X. Gouraud comme cause fréquente de lésions tricuspidiennes. Le cas présent rentre ainsi dans la règle générale. Ce sont les poussières de chanvre qui ont provoqué la première dyspnée. Le retour aux poussières a toujours été suivi d'aggravation et enfin de lésion du cœur droit.

Ainsi, au point de vue étiologique comme au point de vue symptomatique, l'insuffisance tricuspidiennne diffère des lésions mitrales et aortiques. Les lésions mitrales ont presque toujours pour cause l'endocardite rhumatismale, les lésions aortiques l'athérome, et les insuffisances tricuspidiennes graves, si elles ne sont pas congéniales, reconnaissent pour cause les troubles respiratoires. Les insuffisances tricuspidiennes de cause gastrique et hépatique sont rarement des insuffisances graves.

Le mécanisme de la dilatation du cœur droit et de son ori-

ficé (car presque toujours le cœur est simplement forcé et c'est le cas évidemment chez notre malade), est facile à comprendre. La dyspnée, la toux, la congestion fréquente des poumons et des bronches, l'obstruction, la destruction d'une partie du réseau capillaire des poumons (lésion de l'emphysème), mettent obstacle à la circulation pulmonaire. Il arrive donc un moment où le cœur droit ne pouvant plus suffire à sa tâche se laisse dilater d'une façon passive.

Quelle sera la conséquence de cet affaiblissement du cœur droit et de cette insuffisance tricuspidiennne au point de vue du cœur gauche et au point de vue de la petite circulation ?

On a admis que le trouble de la grande circulation que nous avons étudié pouvait retentir de proche en proche jusque sur le cœur gauche et amener alors une dilatation mitrale consécutive. C'est cette vue ingénieuse qui se trouve très clairement exposée dans un petit tableau de la Pathologie de Jaccoud ; c'est ce que répètent tous les auteurs, quoique à ma connaissance, aucune autopsie, aucune observation complète n'ait prouvé cette manière de voir. Nous avons vu au contraire que les troubles de la circulation sont presque limités à l'abdomen, et je demeure convaincu que le malade meurt bien avant que le retentissement de la maladie du cœur droit se soit fait sur le cœur gauche. Aussi le pouls est régulier tout le temps de la maladie.

Le retentissement sur la petite circulation est plus rapide. La dyspnée, cause de la lésion, en est aussi l'effet ; non-seulement le cœur droit affaibli lance peu de sang dans la circulation, mais une partie du sang destiné à l'artère pulmonaire reflue dans les veines caves ; le poumon reçoit donc peu de sang, d'où asphyxie progressive.

J'ajoute que si l'artère pulmonaire reçoit peu de sang, elle en déverse peu par les veines pulmonaires dans le cœur gauche et que celui-ci ne pouvant rendre que ce qu'il a reçu, en renvoie peu dans l'aorte, d'où la faiblesse excessive du pouls.

Nous venons d'analyser une des formes de l'insuffisance tricuspidiennne, attendant l'occasion d'examiner les autres formes. Cette lésion en effet peut se présenter sous quatre aspects :

1° Insuffisance tricuspidiennne tardive et consécutive à l'insuffisance mitrale. Moins fréquente qu'on ne l'a prétendu, elle n'en a pas moins servi de type pour l'histoire de toutes les lésions tricuspidiennes. C'est alors, non pas comme on l'a dit, la porte ouverte à l'asystolie, mais la lésion ultime de l'asystolie ;

2° Insuffisance tricuspidiennne congénitale. Ordinairement elle

est accompagnée d'autres lésions du cœur, souvent de cyanose;

3° Insuffisance tricuspidiennne de cause hépatique et de cause gastrique : lésion légère, presque toujours curable ;

4° Insuffisance tricuspidiennne isolée et consécutive aux lésions pulmonaires ; c'est cette forme que nous venons d'étudier.

Arrivé au terme de ce travail, qu'on me permette de le résumer en quelques mots.

L'insuffisance tricuspidiennne grave, simple et non congénitale, n'est pas la lésion de l'asystolie commune. L'irrégularité du pouls lui est étrangère et l'anasarque presque étrangère. Caractérisée principalement (outre les signes physiques, souffle et pouls veineux) par des troubles pulmonaires et abdominaux, elle ne fait sentir pendant longtemps ses effets que sur les organes voisins du cœur, poumon, foie, rate, reins. Son mécanisme est celui du cœur forcé; curable lorsqu'elle est récente, elle tue à une période avancée, sans avoir retenti sur le cœur gauche et souvent avant d'avoir retenti sur les organes éloignés du centre de la circulation.

P.-S. — 21 mai. La maladie a fait les progrès que l'on devait prévoir, le malade est aujourd'hui atteint d'une anasarque considérable. Les cuisses, les jambes sont démesurément enflées.

Par sa terminaison, la maladie se rapproche donc de l'asystolie vulgaire, elle en diffère cependant encore par quelques points.

La gêne de la circulation se fait surtout sentir sur les organes abdominaux, comme au début. A la congestion du foie, a succédé l'ascite. La diarrhée persiste, modérée, sujette à des périodes d'augmentation et de diminution.

En un mot, la circulation abdominale *seule* gênée au début, demeure *la plus* gênée à la période terminale.

Quant à la gêne de la circulation pulmonaire, elle est de plus en plus *persistante* et l'augmentation de pression des veines du poumon se traduit depuis une dizaine de jours par des crachats sanglants, sans trace de pneumonie.

F. B.

---

## BULLETIN

### De quelques chiffres de la mortalité à Rouen.

Nous annonçons plus loin la publication du *Rapport de M. le Médecin en chef des épidémies pour l'arrondissement de Rouen* pendant l'année 1885. Nous n'avons pas l'intention d'analyser tous les intéressants documents qui s'y trouvent contenus, d'autant

plus que nous savons combien incomplets ils sont nécessairement, et cela malgré les efforts en partie couronnés de succès de M. le D<sup>r</sup> Pannetier.

Le gouvernement et l'Académie de médecine, ainsi qu'il le rappelle en commençant, reconnaissent et récompensent justement toutes les améliorations qu'il s'efforce d'apporter au service qui lui est confié.

Toutefois les statistiques de la ville de Rouen nous donnent des chiffres que nous pouvons regarder comme à peu près complets. Nous nous bornerons d'ailleurs à examiner quelques chiffres que nous croyons bon de mettre en lumière et dont l'exactitude est hors de toute contestation.

La mortalité générale est considérable. C'est un fait bien connu et qui a pu prendre corps aux yeux de nos lecteurs depuis que nous publions les statistiques comparées de la mortalité de quelques villes normandes. On a pu voir par exemple que, comparativement au Havre qui a le même nombre d'habitants, Rouen présentait toujours un nombre plus considérable de décès, et quelquefois en proportion énorme. Le petit tableau suivant, qu'il nous a été facile de constituer, donne les chiffres des décès pendant une période de 7 ans :

En 1879. . . . .	3.450	décès.
1880. . . . .	4.025	—
1881. . . . .	3.606	—
1882. . . . .	3.447	—
1883. . . . .	3.801	—
1884. . . . .	3.765	—
1885. . . . .	3.566	—

La moyenne de ces 7 années se trouve être 3,665, ce qui donne une mortalité moyenne par an de 28.89 par 1,000 habitants. Or, la mortalité moyenne en France est de 22.29 par 1,000 habitants, et pour Paris, qui est regardé à juste titre comme présentant un chiffre mauvais, elle est de 26.49. Il meurt donc à Rouen  $\frac{1}{6}$  de plus de personnes que dans toute la France, et environ  $\frac{1}{12}$  de plus qu'à Paris.

Il ne nous semble pas possible de passer sous silence des chiffres de comparaison aussi désastreux, et nous avons cru de notre rôle de les citer, comme il sera de notre devoir de rechercher leurs causes et les moyens de les combattre. Nous comptons que l'appui et les conseils de nos confrères ne nous feront pas alors défaut.

Le second point auquel nous bornerons aujourd'hui notre exa-

men concerne la mortalité des enfants, soit la mortalité totale, soit la mortalité par athrepsie et entérite.

Nos lecteurs se rappellent l'intéressant article de M. Colombe concernant la mortalité à Lisieux des enfants du premier âge, et paraissant faire craindre que les bienfaits si vantés de la loi Roussel ne soient qu'un trompe-l'œil en ce qui regarde le résultat général. Voyons ce qui existe à Rouen :

Enfants de 0 à 5 ans :	en 1880 :	1.412	décès.
	en 1881 :	1.316	—
	en 1882 :	1.231	—
	en 1883 :	1.388	—
	en 1884 :	1.577	(1) —
	en 1885 :	1.319	(1) —

Les chiffres sont tellement éloquentes que nous ne saurions rien y ajouter. Ce n'est pas à Rouen que la baisse de la mortalité des enfants du premier âge suppléera le défaut de natalité.

Nous ne possédons les statistiques des décès pendant la première année seule que pour 1884 et 1885.

Enfants de 0 à 1 an,	en 1884 :	1.359	décès.
	en 1885 :	1.119	—

Soit en 1884 plus du tiers, et en 1885 un peu moins du tiers du chiffre total des décès.

Toutefois nous sommes ici un peu mieux partagés qu'à Paris, où les décès de 0 à 1 an représentent près des  $\frac{2}{5}$  de la mortalité totale.

Nous eussions voulu poursuivre cette comparaison en ce qui concerne l'athrepsie et l'entérite; ce sont, comme on le sait, les causes de beaucoup les plus nombreuses de mort; ce sont elles qui font le plus varier le taux de la mortalité en même temps que leur diminution indiquerait une réelle amélioration. Malheureusement les rapports des années précédentes ne sont pas assez explicites à ce sujet. De 1881 à 1884, il n'est fait mention que de la diarrhée cholériforme des jeunes enfants :

En 1881 :	468	décès.
En 1882 :	427	—
En 1883 :	457	—

(1) Ces derniers chiffres sont un peu approximatifs, mais plutôt un peu faibles, car de 3 à 5 ans, nous avons pris la moitié des décès de 3 à 7, qui sont ainsi publiés actuellement. En tout cas il n'y a pas une différence de 10 par an.

Ces deux dernières années sont plus complètes. Nous y comptons pour les enfants de 0 à 3 ans :

En 1884	athrepsie,	430	entérite,	260
En 1885	—	310	—	255

Comme on le voit, le chiffre des décès par athrepsie est bien moindre en 1885 qu'en 1884, mais en se reportant aux chiffres généraux, on constate que la mortalité des enfants a été tout à fait exceptionnelle en 1884, et de beaucoup au-dessus de la moyenne.

Nous bornons là notre examen; nous le reprendrons s'il y a lieu sur d'autres points, nous le reprendrons pour d'autres villes, surtout lorsque les chiffres que nous publions ici même pourront nous fournir des points de comparaison intéressants.

## RECUEIL DE FAITS

### Quelques observations au sujet de la vaccine,

PAR PAUL VALIN,

Interne à l'Hospice-Général de Rouen.

Depuis le commencement de cette année, j'ai eu l'occasion de pratiquer un certain nombre de vaccinations à l'Hospice-Général, dans le service de M. le D<sup>r</sup> Ballay, et il ne me semble pas sans intérêt de faire connaître les quelques notes suivantes :

L'âge des vaccinés a varié de 6 semaines à 10 ans. Pas une seule fois l'inoculation de bras à bras par piqûre n'est restée sans résultat.

Dans ces derniers temps, j'ai pratiqué la vaccination par scarification. La plupart ont été faites avec du vaccin en tube et, une fois seulement, l'inoculation ainsi pratiquée est restée sans effet. On sait qu'avec ce procédé, unanimement recommandé aujourd'hui, il est absolument exceptionnel que l'inoculation reste sans résultat. Mais en outre, en faisant au même point deux ou trois traits de scarification, on a pour les vaccinations ultérieures le grand avantage d'obtenir une quantité beaucoup plus considérable de lymphé vaccinale (je recueille couramment de 12 à 15 tubes bien remplis sur les plaques de pustules obtenues par scarification).

Le nombre de mes vaccinés s'élève aujourd'hui à 76, et parmi ces 76 je n'ai eu aucun insuccès dans les vaccinations de bras à bras. Dans les vaccinations avec du vaccin en tube, une seule fois l'inoculation est restée sans résultat.

J'ai fait 11 revaccinations et ces 11 revaccinations ont échoué. Quatre ont été faites sur des sujets de 8 à 12 ans et n'ont rien produit; les sept autres ont été faites sur des sujets de 20 à 27 ans et ont donné lieu à des boutons de fausse vaccine.

Au milieu de toutes ces vaccinations il s'est produit quelques faits particuliers dignes, croyons-nous, d'être publiés.

#### DE LA RÉCEPTIVITÉ VACCINALE.

Au point de vue de la vaccine, il existe de grandes différences entre les individus. Certains types semblent se prêter mieux que d'autres à l'éclosion et au développement de la maladie; à ce sujet, voici ce que je crois pouvoir conclure de mes observations: Lorsque l'on vaccine des enfants forts, robustes et de bonne santé, j'ai remarqué qu'il arrive souvent chez eux que l'éruption vaccinale se fait mal, les boutons sont petits, atrophiés; si au contraire on vaccine des enfants malingres et chétifs, dont on ne voit malheureusement que trop de spécimens dans les hôpitaux d'enfants, il se produit le plus souvent une éruption vaccinale superbe, les pustules sont larges, bien développées et remplies de lymphes. Il en est de même des beaux enfants d'un tempérament lymphatique, les blonds à peau fine, à cheveux longs et fins, à cils soyeux, aux yeux à sclérotique bleuâtre; aussi est-ce parmi ces derniers que j'en ai toujours cherché qui soient exempts de toute tare pathologique pour en faire de beaux vaccinifères.

#### VARIOLE ET VACCINE SIMULTANÉES.

Ce fait n'est curieux que parce qu'il est une exception à la règle générale.

L'enfant L..., âgé de 5 ans, était à la salle Saint-Lazare, lit 31, en convalescence de rougeole. Je le vaccinai, le 20 janvier, de bras à bras. Huit jours après, il présentait aux bras de belles pustules dont je me servis pour vacciner un enfant et en revacciner quatre autres. Quelques jours après l'inoculation, mon vaccinifère avait un peu de fièvre et paraissait malade, mais je mettais son état sur le compte de la fièvre vaccinale et tel était aussi l'avis de M. le D<sup>r</sup> Ballay, quand, le 27 janvier, le soir même du jour où je m'étais servi de son vaccin pour vacciner les cinq enfants dont j'ai parlé, il présentait une éruption de fines papules à la face et aux cuisses; cette éruption augmenta les jours suivants et, le 31 janvier, il était impossible de douter que l'on eût affaire à une éruption variolique. Le 2 février, l'enfant succomba au début de la

période de suppuration, et à ce moment les pustules vaccinales étaient parfaitement développées.

Il est à remarquer que l'enfant fut vacciné le 20 janvier, que l'éruption variolique a paru le 27; si donc on admet selon l'opinion générale que la variole a une période d'incubation de 12 à 15 jours avant l'éruption, on voit que l'infection variolique a dû précéder d'au moins cinq jours l'infection vaccinale. Les deux maladies ont existé simultanément et n'ont eu aucune influence l'une sur l'autre.

Ce fait semble infirmer l'opinion généralement reçue que « les organismes passibles de variole ou de vaccine appartiennent au premier occupant et qu'il suffit que l'une d'elles ait sur sa rivale une avance de quatre jours pleins pour fermer l'accès à celle-ci <sup>(1)</sup> ».

Encore plus ce fait infirme-t-il cette autre opinion qu'ont certains médecins que lorsqu'un individu non vacciné présente tous les symptômes prodromiques de la variole, il n'est pas sans utilité, à ce moment, c'est-à-dire un ou deux jours avant l'éruption, de les vacciner pour arrêter la marche de la maladie ou en atténuer les symptômes.

Les enfants vaccinés le 27 janvier avec le vaccin pris sur l'enfant qui fait l'objet de cette observation ont été revus huit jours après. Celui qui avait été vacciné pour la première fois présentait de belles pustules de vaccin, chez les quatre autres, revaccinés, l'inoculation était restée sans effet.

Je poursuis des recherches sur quelques points encore mal connus et je me propose de les publier ultérieurement.

## NOUVELLES

**Ecole de Médecine de Caen.** — Un concours pour une place de chef des travaux anatomiques s'était ouvert le 8 mars, sous la présidence de M. Bourrienne, directeur, assisté de MM. Gidon, Fayel, Deloney et Denis-Dumont. Il s'est terminé le 24 mai après les épreuves suivantes :

Pièces sèches : aponévroses du cou. — Dissection extemporanée : plexus brachial. — Leçon orale : péritoine. — Composition écrite : de l'action réflexe. — Médecine opératoire : ligature de l'artère cubitale à la partie moyenne. — Préparation histologique : structure du rein.

Le candidat n'ayant pas réuni la moitié des points (61 sur 145), a été refusé.

(1) Warlomont. *Traité de la vaccine.*

— Le conseil d'Etat vient d'émettre un avis défavorable sur le renvoi au Sénat de deux pétitions, tendant : la première, à ce que le privilège accordé aux médecins pour leurs honoraires, s'appliquât à la maladie qui précède la faillite aussi bien qu'à celle qui précède la mort ; la seconde, à ce que la prescription pour les créances médicales fût étendue de un à cinq ans ou subsidiairement à deux ans pour les maladies aiguës et cinq ans pour les maladies chroniques.

Nous pensons soumettre à nos confrères dans notre prochain numéro l'exposé complet de la question.

— Nous donnons, d'après le *Journal des connaissances médicales*, le texte de la délibération du Conseil général des Facultés de Paris, relative au service militaire des étudiants, dont nous avons parlé dans le dernier numéro :

Le Conseil général des Facultés de Paris, au moment où un projet de loi sur le recrutement va être soumis au Parlement, croit qu'il est de son devoir d'examiner les effets que le service militaire de trois ans aurait sur les hautes études dans les Facultés et Ecole qu'il représente.

Il n'entend en aucune façon se faire le défenseur d'un privilège ; il estime, au contraire, que le principe d'égalité exige que tous les étudiants reçoivent l'instruction militaire, soient compris dans les contingents et prennent place sous les drapeaux en temps de guerre. Il est d'autant moins disposé à réclamer pour aucun ordre d'étudiants une exemption de service militaire qu'il sait que les jeunes gens qui ont reçu la haute culture intellectuelle sont tout particulièrement obligés envers le pays.

Le Conseil général considère, d'autre part, que si l'Etat a institué les Facultés, s'il a fait dans les dernières années de grands sacrifices pour les doter de tous les moyens de travail, c'est afin, soit de recruter des professions et des services indispensables au public, soit d'assurer le progrès de la science, qui n'est pas seulement une gloire traditionnelle de la France, mais qui est indispensable à sa prospérité, à sa sécurité.

Examinant l'un après l'autre les divers ordres d'études dont les intérêts lui sont confiés, il constate que pour aucun d'eux, la durée de la scolarité ne peut être inférieure à cinq années et qu'elle est supérieure pour les jeunes gens qui se présentent au concours de l'internat et des diverses agrégations, c'est-à-dire pour l'élite des étudiants.

Le Conseil a la certitude que si trois années de service militaire s'ajoutent aux années d'études, et s'il arrive ainsi que les études ne puissent être terminées que vers la trentième année, il s'ensuivra une désertion des hautes écoles et, par conséquent, des professions et services auxquels elles préparent, ou bien la nécessité d'abaisser les exigences des examens, au point de sacrifier les garanties les plus nécessaires de savoir et d'expérience.

#### En conséquence,

Considérant qu'il s'agit de concilier les besoins de la défense nationale avec ceux de la haute culture et d'assurer le service de l'Etat tout à la fois dans l'armée et dans les services ou professions d'intérêt public ;

Considérant que, même en dehors de tout service ou profession, les études qui préparent des savants dans tous les ordres de connaissances sont de nécessité nationale en un temps où la concurrence entre les nations exige que chaque peuple fortifie son génie propre et défende ses intérêts moraux et matériels ;

Convaincu que toute mesure qui compromettrait les hautes études mettrait immédiatement la France en état d'infériorité à l'égard d'autres pays où l'on a su accorder les exigences les plus rigoureuses du service militaire avec les nécessités de la culture intellectuelle ;

Le Conseil général émet le vœu :

Que les étudiants immatriculés, lors de l'appel de leur classe, dans une des cinq Facultés ou à l'École supérieure de pharmacie soient admis, après une année de service, à demander un sursis pour les deux dernières années s'ils fournissent les garanties d'instruction militaire exigées par le ministère de la Guerre ;

Qu'ils ne soient pas cependant dispensés sans conditions du service actif, et que des mesures soient prises afin que les jeunes gens à qui seront données des facilités pour leurs études, non dans leur intérêt, mais dans l'intérêt de l'Etat et du public, fassent effectivement ces études ;

Qu'à cet effet, ils présentent, à l'issue de chacune des deux années, à l'autorité militaire, un certificat constatant qu'ils ont suivi régulièrement et avec profit l'enseignement d'une des Facultés ou Ecole ;

Qu'un décret, délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique ou en Conseil d'Etat, détermine, en ce qui concerne chacune des Facultés ou Ecole, les conditions nécessaires pour l'obtention du certificat ;

Que les étudiants qui n'auront pas satisfait aux conditions exigées soient reversés dans l'armée active pour y parfaire leur temps de service ;

Que, pour assurer au cours du sursis conditionnel leur éducation militaire, et afin qu'ils ne perdent pas de vue leurs devoirs de soldats, les étudiants sont astreints à des exercices militaires ou à des périodes de service placées pendant les vacances universitaires.

On sait que malgré l'appui du ministre de l'Instruction publique, le Conseil des ministres n'a pas pris ce vœu en considération.

D'après le projet du ministre de la guerre, les étudiants pourraient seulement obtenir un sursis d'appel pendant quatre années de suite. Seuls, les étudiants en médecine ayant obtenu le grade de docteur, ne feraient qu'une année de service en qualité de médecins auxiliaires.

— **Avis aux étudiants.** — A partir du 1<sup>er</sup> novembre 1886, l'épreuve orale de la première partie du deuxième examen (anatomie et histologie), pourra comporter des interrogations sur une préparation histologique qui sera présentée au candidat et que celui-ci aura à examiner et à reconnaître au microscope, de même que cet examen comporte actuellement, pour l'anatomie descriptive, des interrogations sur une pièce du squelette mise entre les mains du candidat.

Les préparations histologiques disposées pour les besoins de l'examen ne sortiront pas de la série des pièces les plus élémentaires, à l'examen desquelles MM. les étudiants sont exercés dans les travaux pratiques d'histologie.

— **Nécrologie.** — M. le docteur Jame, de Lisieux.

**OUVRAGE REÇUS :**

*Rapport de M. le Médecin en chef des épidémies, de l'arrondissement de Rouen, en 1885*, par M. le Dr Pennefier. — Rouen, imp. Cagniard.

*Traité élémentaire d'anatomie médical du système nerveux*, par Ch. Féré ; in-8 de 495 pages, avec 213 figures, prix 10 fr. — Paris, aux bureaux du *Progrès médical*.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÉS	DÉCÉS de 0 à 2 ans.	DÉCÉS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 9 au 15 mai . . . .	68	16					1		
Du 16 au 22 mai . . . .	69	15	3	1		1	2		
<b>Havre (105,867 hab.)</b>									
Du 9 au 15 mai . . . .	66	17				4	2		1
Du 16 au 22 mai . . . .	66	15				1	2		
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>									
Du 9 au 15 mai . . . .	16	8							
Du 16 au 22 mai . . . .	11	2							
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>									
Du 9 au 15 mai . . . .	15	7		1		1			
Du 16 au 22 mai . . . .	16	9		2		2			
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 9 au 15 mai . . . .	7	1							
Du 16 au 22 mai . . . .	10	2							

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 9 au 15 mai :

*Variole*, 4 entrées; *rougeole*, 1 entrée; *diphtérie*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 1 décès; *érysipèle*, 1 entrée; *fièvre puerpérale*, 2 décès.

Du 16 au 22 mai :

*Variole*, 4 entrées; *rougeole*, 1 entrée; *érysipèle*, 1 entrée.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 9 au 15 mai :

*Rougeole*, 2; *scarlatine*, 7; *érysipèle*, 1; *fièvre typhoïde*, 1; *diphtérie*, 4; *coqueluche*, 2.

Du 16 au 22 mai :

*Varicelle*, 2; *rougeole*, 9; *scarlatine*, 1; *fièvre typhoïde*, 1; *diphtérie*, 1.

**LISIEUX.** — On nous signale une épidémie de rougeole extrêmement intense, mais qui ne présente rien de particulier dans ses symptômes.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

Rouen — Léon DESHAYS, imprimeur de plusieurs Sociétés savantes.



Grande Médaille  
d'Or

EXPOSITIONS

Récompense nall<sup>e</sup>  
16,600<sup>e</sup>



# QUINA LAROCHE

## ÉLIXIR VINEUX

**APÉRITIF & TONI-FÉBRIFUGE**  
contenant la totalité des principes des  
**3** sortes de quinquinas, il relève les  
*forces*, tonifie l'estomac, combat les  
*fièvres pernicieuses invétérées*, etc.

LE **FERRUGINEUX**  
MÈMB  
aide la *croissance*, les *suites de cou-*  
*ches*, fortifie le *sang décoloré*, combat  
*l'anémie*, la *chlorose*, etc., etc.

Paris, 22 & 19, rue Drouot et les Pharmacies.

# ELIXIR CHLORHYDRO-PEPSIQUE GREZ

Amers et Ferments digestifs  
MÉDICATION SPÉCIFIQUE CONTRE LES

## DYSPEPSIES ♦ ANÉMIE ♦ ANOREXIE ♦ ÉPUISEMENT

Vomissements, Diarrhées chroniques, Troubles gastro-intestinaux des enfants, etc.  
DOSES : ADULTES, 1 verre à liqueur par repas; — ENFANTS, 1 à 2 cuillerées à dessert.  
Employé dans les Hôpitaux de Paris. — Ph<sup>ie</sup> Grez, 84, r. La Bruyère, Paris & Ph<sup>ies</sup>  
Chaque cuillerée contient 50 centig. de Pepsine titrée. — Envoi franco échantillons par colis postal.



# CASCARA SAGRADA

## CACHETS LIMOUSIN

LAXATIF & PURGATIF nouveau  
EMPLOYÉ CONTRE  
l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.  
Dose : 1 à 2 Cachets par jour pendant 4 à 5 jours.  
La Boîte de 20 Cachets à 0,25 c. .... 5 fr.  
Pharmacien n<sup>o</sup>, 2<sup>me</sup>, rue Blanche, PARIS. — (Envoi par poste.)

# FARINE LACTÉE NESTLÉ

employée dans les crèches des Hôpitaux de Paris

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas-  
âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage et contribue aussi  
à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la  
conséquence. — En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaux, cet aliment  
constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Pharmacies.

# PILULES DE BLANCARD

à l'Iodure ferreux inaltérable

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Employées dans l'Anémie, la Chlorose, la Leucorrhée, l'Aménor-  
rhée, la Cachexie scorbutique, la Syphilis  
constitutionnelle, le Rachitisme, etc., etc.



N. B. — Exiger toujours la Signature et contre :

Pharmacien à Paris, 40, Rue Bonaparte.

# SULFO-CARBOL MÉDICINAL

préparé par CHARLARD-VIGIER, Pharmacien-Lauréat des hôpitaux et de l'École de Pharmacie.  
Cette solution de Sulfo-Carbol (acide orthoxyphénylsulfureux pur), permet le dosage facile  
de ce médicament antiseptique. — Mêmes usages que les acides phénique, salicylique,  
borique : le sublimé, etc., sans crainte d'accidents.

## AFFECTIONS DE LA BOUCHE, DE LA GORGE, ET DU LARYNX PASTILLES CHARLARD-VIGIER au BORATE de SOUDE

(Biborate de soude chimiquement pur 0,10 cent. par pastille).  
Ce sel est un énergique désinfectant intérieur, sans danger pour l'organisme (E. de CYON, mé-  
moire à l'Académie). Il élimine par la salive, et reste longtemps dans la circulation (F. VIGIER,  
Société de biologie). — PHARMACIE, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle. PARIS.

# VICHY SOURCE SAINT-YORRE

La plus froide, la plus gazeuse et la moins altérable par le transport.  
Elle est souveraine contre les Maladies du Foie, de l'Estomac et des Reins, le Diabète, la Gravelle et la Goutte.  
20 FR. LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES EN GARE DE VICHY  
S'adresser au Propriétaire, M. LARBAUD SAINT-YORRE, Pharmacien à VICHY, ou dans les principales Pharmacies.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Clinique médicale* : Du traitement du delirium tremens, par le D<sup>r</sup> Leudet. — *Bibliographie* : De la conduite à tenir dans le cas de placenta prævia. — *Bulletin* : De quelques chiffres de la mortalité à Rouen. — *Variétés* : Ecoles et Hôpitaux. — *Nécrologie*. — *Thérapeutique* : Sur l'emploi du salicylate de soude. — *Maladies régnantes*.

---

## CLINIQUE MÉDICALE

### Du Traitement du Delirium tremens.

PAR LE D<sup>r</sup> E. LEUDET,

Associé de l'Académie de médecine.

La dénomination de *delirium tremens* est due à Sutton (*tract. on delirium tremens*, London 1813). Malgré toutes les attaques, assez méritées du reste, qui ont été dirigées contre cette expression pour désigner le délire aux mouvements violents, hallucinations, etc., se manifestant chez les alcooliques, on continue encore aujourd'hui à user de cette dénomination. Elle n'est point synonyme de délire des alcooliques; en effet l'ivrogne peut délirer de bien des manières. Lasègue a décrit sous le nom de délire subaigu, une forme très curieuse de délire; le malade raisonne souvent à faux, cède à des impulsions involontaires, obéit à des idées hallucinées, au point de commettre des actes de nature à provoquer des poursuites de l'autorité judiciaire. Tout autre est quelquefois le délire de l'alcoolique cachectique, qui se rapproche du délire maniaque, de l'idiotie. On voit que toutes ces variétés d'aberration intellectuelle constituent une gradation, où le caractère dominant est toujours l'hallucination, la panopobie. Dans une communication faite au congrès international de Bruxelles, j'ai déjà insisté sur ce caractère commun des diverses espèces de délire, depuis le plus léger jusqu'au plus grave: le premier n'empêche pas l'alcoolique de vivre de la vie commune, il est bizarre, susceptible, impressionnable, est effrayé du bruit, d'un tunnel; l'autre menace tous les assistants, les frappe, cherche à échapper aux mains qui le retiennent, vocifère des paroles incohérentes, est agité d'un tremblement plus ou moins marqué, et cela pendant un, deux ou trois jours, sans trêve, sans un moment de sommeil. Cette dernière forme, c'est le *delirium tremens*.

Elle mérite réellement une place à part, car ses manifestations sont effrayantes pour l'entourage, effrayantes même pour le médecin. Le delirium tremens peut être mortel en peu de jours, cependant cette terminaison fatale est l'exception, et la guérison est la règle.

Le délire aigu des alcooliques, celui que nous envisageons ici sous le nom de delirium tremens, doit être soigneusement distingué de l'ivresse bruyante observée surtout, comme le dit le vulgaire, chez ceux qui ont le vin mauvais. La différence est tellement caractéristique, qu'il serait superflu d'y insister. Il est plus important, pour bien comprendre le pronostic et l'indication thérapeutique du delirium tremens, de déterminer sa place dans l'évolution de l'intoxication alcoolique.

Jamais un excès quelconque, chez un homme qui n'a pas abusé habituellement des liqueurs alcooliques, ne détermine le delirium tremens. « Ce délire, » comme dit A. Fournier, « est une manifestation de l'alcoolisme chronique, il se produit toujours sur des individus adonnés depuis un certain temps à la boisson; c'est donc à tort qu'on le range habituellement dans les manifestations de l'alcoolisme aigu. Ce n'est en réalité qu'une forme aiguë de l'alcoolisme chronique, c'est pour Falck un épisode aigu de la cachexie alcoolique. »

On comprend que l'accident aigu, enté sur une forme chronique, emprunte à ce substratum non-seulement une partie de ses manifestations, mais encore presque toute sa gravité. L'ivrogne, dont la constitution vigoureuse a résisté aux effets nocifs de l'absorption répétée de l'alcool, qui mange et digère, n'est pas dans les mêmes conditions que celui que l'intoxication chronique a déjà affaibli, dont l'organisation a subi au commencement de dégénérescence, en un mot, qui est déjà arrivé à la période de cachexie.

Spaeth a déjà insisté sur la gravité du delirium tremens chez les ivrognes dont le cœur est atteint de dégénérescence graisseuse, dont le foie est gras, amylicé ou cirrhotique, dont le rein dégénéré laisse passer l'albumine dans l'urine; cette dernière altération sur laquelle ont insisté Dunglison, Gairdner, je l'ai constatée plusieurs fois. Les alcooliques présentent une association fort grave des accidents urémiques avec l'alcoolisme; chez d'autres, l'alcoolisme a provoqué avant le délire une manifestation qui augmente sa gravité, je veux parler de l'épilepsie alcoolique. Cette forme est malheureusement assez fréquente, j'en possède neuf exemples, et d'après le récent travail de Moehli, elle serait encore beaucoup plus fréquente à Berlin.

Toutes ces manifestations antérieures d'alcoolisme qui existent chez le malade avant l'apparition du delirium tremens, peuvent se résumer en un mot : *l'épuisement*.

Je n'ai pas encore terminé l'indication des circonstances prédisposant au développement du delirium tremens; Lasègue, Féré, etc., ont insisté sur le caractère des alcoolisables; avant eux, en 1864, John Andrest (address to the legislature of Massachusetts,) montrait dans son projet de fondation de l'asile des ivrognes à Binghampton que, sur 1179 cas de delirium tremens, 816 étaient héréditaires, c'est-à-dire que 816 avaient un père ou un grand-père ivrognes, ou tous les deux.

Ce que je viens d'exposer a pour but de démontrer quelle différence extrême peut exister entre les cas de delirium tremens, au point de vue des indications thérapeutiques.

Comme tout accident pathologique, le delirium tremens peut présenter, dans sa forme même, des conditions de gravité. Delasiauve a déjà décrit un delirium tremens suraigu, où l'intensité de l'agitation est extrême; « les hallucinations sont tellement rapides, brisées, successives, qu'aucun enchaînement n'est possible; lancé à la fois dans des directions opposées, le malade n'en suit aucune, et se trouve aux prises avec une jactitation continue..... En même temps on observe l'irrégularité du pouls, des sueurs profuses visqueuses, la langue sèche, le visage vultueux, rouge, agité de tremblement, marqué de stupeur. » Cette forme est incontestablement grave.

En 1813, Sutton conseillait comme le médicament spécifique du delirium tremens l'opium à haute dose; il parlait de cette idée que le delirium tremens, quand il guérissait, se terminait par le sommeil, et qu'il fallait, par conséquent, favoriser pour ainsi dire la crise naturelle de la maladie; mais le sommeil n'est pas le phénomène critique, il en est la guérison. La médication opiacée, vantée par Sutton, était en outre une réaction contre une thérapeutique régnant alors en Angleterre, et qui a persisté chez nous plus longtemps que chez nos voisins d'outre-Manche, je veux parler de la médication antiphlogistique.

Les émissions sanguines étaient destinées à combattre la méningite qu'on croyait exister chez les alcooliques et provoquer le délire. Or cette méningite n'existe presque jamais, je ne l'ai jamais constatée dans les autopsies. Tous les médecins savent d'autre part que les émissions sanguines sont mal supportées par les alcooliques. En France, Rayer introduisit la méthode de Sutton et, pendant longtemps, l'opium fut regardé comme le spé-

cifique du delirium tremens. On donnait à dose croissante jusqu'à 0gr.20 — 0gr.30 d'extrait d'opium ; d'autres y substituaient la morphine. Dès 1830, Ware attaquait la méthode dite spécifique par l'opium du delirium tremens ; il prouvait que l'attaque de délire durait en moyenne et sans traitement de 3 à 4 jours, cédait spontanément dans la presque totalité des cas. Son compatriote, le professeur Dunglison, de Philadelphie, en 1841, appuyait par de nouveaux résultats les opinions de Ware ; il fut suivi en Angleterre par Laycock, Peddie et Bennett. En France, Racle, Fournier, Foville se prononçaient contre l'usage exclusif de l'opium, et Gairdner, d'Edimbourg, traitait de vieille routine la panacée de l'opium pour le traitement du delirium tremens.

Ces discussions n'ont pas empêché d'autres médecins de vanter des spécifiques contre le delirium tremens. Ware, Jones, Eaton vantaient la teinture de digitale à haute dose contre le delirium tremens ; la dose journalière pouvait être de *trente* et même de *trente-six* grammes par jour, et par ce moyen Jones prétendait avoir guéri 66 malades sur 67. Ce médicament spécifique a été abandonné depuis longtemps, et je ne trouve guère, parmi les médecins français ou plutôt suisses, que Revilliod, qui ait vanté ce traitement peu de temps après les recherches de nos confrères anglais. Depuis lors cette médication par la digitale est tombée dans l'oubli. La teinture de cannabis indica, vantée par Tyrrell et par Donaud, a subi le même sort. Il en est de même du chloroforme à l'intérieur, conseillé par Mac Dowell, de Dublin. Les inhalations de chloroformes seules ou combinées avec l'opium ont été essayées par Gairdner, mais il ne paraît pas en avoir retiré de véritables avantages.

Tous les médicaments que je viens de passer en revue, et ce ne sont pas les seuls que l'on ait employés, appartiennent à la classe des stupéfiants ; on a eu recours à un autre ordre de moyens. Dujardin-Baumetz a employé les injections hypodermiques de sulfate de strychnine contre le delirium tremens ; il conseille une ou deux, ou même trois injections en 24 heures de 0 gr.005 de ce sel ; il rapporte des succès obtenus par cette méthode.

Aujourd'hui, on ne croit plus guère à l'efficacité d'un traitement spécifique contre le delirium tremens, et l'on redoute même les effets désastreux de la saturation opiacée. Des recherches inédites faites il y a 25 ans m'avaient déjà prouvé que l'absorption de certains médicaments ne s'effectuait guère dans beaucoup de maladies graves : le choléra, la pneumonie, etc. Un travail de

Briquet, publié pendant que je me livrais à ces recherches et qui arrivait aux mêmes résultats, m'a empêché de publier les miens. J'ai donc renoncé depuis près de 20 ans à saturer les alcooliques d'opium, et je crois, comme Gairdner, au danger de cette médication employée quand même.

L'opium, la morphine et ses autres dérivés constituent une ressource pour certains cas graves, encore ne faut-il employer ces médicaments qu'avec mesure. Gairdner et d'autres auteurs anglais ont prouvé par des observations nombreuses que, dans beaucoup de cas, l'hygiène seule suffirait pour faire cesser le délire. Je partage complètement leur opinion, et je pourrais en apporter les preuves cliniques.

Depuis 1854 jusqu'à aujourd'hui, j'ai traité dans mon service 60 cas de delirium tremens; la mortalité a été de 13, ou de 21 0/0. Parmi les malades qui ont succombé, 2 étaient arrivés à la période chronique de l'alcoolisme, 1 était aliéné, 1 autre épileptique, 1 cardiaque, 1 saturnin, enfin un dernier était atteint d'une entérite intense. On peut donc dire que sur 53 malades atteints de delirium tremens sans complication grave, dépendant de leur état de santé antérieure, je n'ai perdu que 6 malades ou 13 0/0.

Dans une première période de ma pratique hospitalière, s'étendant de 1854 à 1869, j'ai fréquemment employé l'opium; or la mortalité pour cette période a été de 4 sur 24, ou de 16 0/0, tandis que dans la période s'étendant de 1870 à 1886, je n'ai perdu que 2 malades sur 29, ou 6 0/0.

Ce résultat est de nature à corroborer mon opinion sur les dangers de l'usage abusif de l'opium contre le delirium tremens.

J'ai eu recours fréquemment, dès le début du delirium tremens, à un médicament qui a seul constitué tout le traitement chez certains malades: je veux parler de l'infusion de quinquina (8 à 10 grammes par litre). Ce médicament habituellement bien supporté, et facilement ingéré, combattait l'épuisement qu'entraîne habituellement la longue durée du délire.

D'autres médicaments, comme le bromure de potassium, l'hydrate de chloral, rendent des services réels; ils n'offrent aucun danger, et ils ne produisent pas l'épuisement comme l'opium. Gairdner, partisan de la méthode éclectique, n'a perdu qu'un malade sur 30, et je crois, comme lui, que, dans beaucoup de cas de traitement opiacé, on a substitué l'empoisonnement par l'opium à l'intoxication par l'alcool.

## BIBLIOGRAPHIE

**De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia <sup>(1)</sup>**

On sait les accidents graves, parfois mortels, amenés par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus ou sur l'orifice même du col, soit dans les derniers mois de la grossesse, soit pendant l'accouchement et à tous les temps du travail. Sans cause appréciable le plus souvent, il survient une hémorrhagie, presque toujours considérable, s'arrêtant souvent pour reprendre au bout de quelques jours; l'absence même de cause appréciable indique mieux que tout autre signe quel accident on a devant les yeux. Le diagnostic positif est en effet des plus difficiles. Le col, disent quelques auteurs, est plus gros et plus mou que normalement. En voulant obtenir le ballotement, on sentirait une épaisseur plus considérable que dans les conditions normales; le seul cas où ce signe ait une réelle valeur est celui où l'épaisseur est inégale des deux côtés. Quant à aller, comme on l'a conseillé, vérifier la présence du placenta sur le col avec le doigt, il faut se rappeler que ces tentatives sont extrêmement dangereuses, et il est préférable de s'en tenir à un diagnostic probable. En effet, si l'hémorrhagie est abondante, on peut dire que c'est vraiment la seule cause admissible, et d'ailleurs ce qu'il faut envisager, c'est moins la cause que le fait de cette hémorrhagie, dont l'abondance nécessite souvent une intervention prompte, résolue, où l'hésitation est une faute que le médecin ne peut pas toujours réparer.

M. Auvaré expose dans sa thèse d'agrégation les nombreuses méthodes d'intervention qu'on a proposées contre cet état pathologique; il n'en compte pas moins de seize. Il les discute longuement, en choisit un certain nombre comme étant les meilleures.

Il a résumé ses conclusions dans un tableau dont nous suivrons l'ordre pour exposer clairement à nos lecteurs quelle doit être la règle de conduite dans les différents cas auxquels on peut avoir affaire.

**A. — HÉMORRHAGIE LÉGÈRE OU NULLE.**

Expectation. — Repos. — Il faut que la malade ait près d'elle une personne capable de faire le tamponnement en cas d'hémorrhagie grave.

(1) Thèse présentée à l'Agrégation de chirurgie et accouchements. Paris, 1886.

## B. — HÉMORRHAGIE GRAVE.

## I. — PENDANT LA GROSSESSE.

1° La méthode française ou méthode de Leroux consiste à opposer un obstacle suffisant à l'issue du sang, dont la coagulation en arrière de l'obstacle amènera l'arrêt de l'hémorrhagie; on fait le tamponnement du vagin.

Le point important réside dans le *modus faciendi* : il ne s'agit pas d'introduire dans le vagin quelques tampons qui paraissent en remplir la cavité; il faut par leur accumulation, par leur placement méthodique, en faire un véritable mur infranchissable.

Si l'on a le temps, on devra préalablement donner un lavement, vider la vessie et enlever aussi les caillots qui remplissent le vagin; mais si l'on est pressé, il faut se hâter de préparer des tampons et d'agir.

Les tampons peuvent être faits de charpie ou de coton, mais préférablement de charpie. M. Auvard voudrait que suivant les règles de la méthode antiseptique, on les eût préalablement désinfectés en les trempant dans une solution antiseptique, la liqueur de Van Swieten en particulier. La recommandation est excellente et la chose possible dans une Maternité; elle le serait souvent moins à la campagne. Il est bon aussi que ces tampons soient enduits d'une matière grasse, qui favorise leur agglutination : l'huile phéniquée et la vaseline sont bonnes, mais le cérat, bien que peu antiseptique, est bien préférable pour remplir le but qu'on se propose.

Le nombre de tampons nécessaire est considérable; il faut, dit Pinard, 200 à 300 grammes de charpie et 200 grammes de cérat. Une partie des tampons, une trentaine environ, destinés à être placés profondément, seront munis de fils.

La femme étant en travers du lit, dans le décubitus dorsal, la tête basse, deux doigts introduits dans le vagin servent à guider le placement autour du col de 4 à 5 tampons, puis d'un autre sur le col même. Pajot imbibe ces premiers d'une solution concentrée de perchlorure de fer. On continue en plaçant d'abord les tampons liés, puis ceux qui ne le sont pas, en remplissant exactement les plus petits vides, en distendant la cavité vaginale jusqu'aux limites osseuses du bassin, malgré les souffrances de la femme et malgré ses cris. On en met ainsi jusqu'à la vulve, on recouvre celle-ci de compresses qui la soutiennent et vont s'attacher à un bandage de corps fixé au défaut des hanches.

Disons encore que Pajot met successivement des couches de tampons et de morceaux d'agaric.

Si ce tamponnement est pénible au moment de son application, son maintien devient rapidement un supplice intolérable. Quand faut-il l'enlever ? On admet généralement une moyenne de 10 à 12 heures ; après son ablation, on vide les réservoirs naturels et on réapplique au besoin si l'hémorrhagie continue. — D'ailleurs ici, il faut distinguer suivant l'époque de la grossesse. Lorsqu'on n'est pas absolument près du terme, le tampon ne détermine pas toujours le travail. Si, au contraire, les douleurs caractéristiques surviennent pendant qu'il est en place, on se conduira comme nous le dirons plus loin.

2° Les Anglais et Barnes, leur représentant, rejettent le tamponnement ; on pense généralement en France que c'est parce qu'ils ne le connaissent pas tel que nous le pratiquons. Quoi qu'il en soit, la méthode anglaise consiste à provoquer l'accouchement prématuré. Le doigt introduit jusque dans l'utérus décolle une partie du placenta, ce qui suffirait pour exciter les contractions de l'utérus, tout en laissant pour la nutrition de l'enfant une partie adhérente suffisante. Puis on introduit dans l'orifice interne un sac en caoutchouc que l'on remplit d'eau de manière à faire une dilatation forcée pour abrégier autant que possible la durée du travail.

3° A cette énumération, nous devons joindre une pratique conseillée par Pinard, qui ne peut qu'être excellente au simple point de vue de l'accouchement et qui aurait, suivant lui, en outre, une influence marquée sur l'arrêt de l'hémorrhagie. Remarquant que très souvent dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, ce n'est pas le sommet, mais le siège et surtout l'épaule qui se présentent, Pinard conseille et a pratiqué la version par manœuvres externes.

La tête amenée au niveau du col y est maintenue à l'aide d'une ceinture spéciale et la pression qu'elle exerce sur le placenta, sans être de nature à interrompre la circulation fœto-placentaire, exercerait une action très favorable. Malheureusement, la palpation abdominale, la version par manœuvres externes sont choses peu connues de la plupart des médecins. Remarquons, d'ailleurs, que ce procédé n'est qu'un adjuvant, un complément du tamponnement. Comme nous le disions, ce dernier est en France le seul usité et on ne voit pas que le besoin d'en changer s'impose, tellement il donne d'excellents résultats, à la condition d'être bien pratiqué, ce qui est beaucoup plus rare qu'on ne pense ;

car il est fréquent, à Paris, de voir arriver dans les services d'accouchements des femmes chez qui un tamponnement incomplet n'a pas produit la cessation des accidents.

## II. — PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

### a. Période de dilatation.

M. Auvard distingue suivant que les membranes sont ou ne sont pas accessibles. En réalité, dans le premier cas, on se trouve dans les mêmes conditions que pendant la grossesse. Nous croyons cependant que ce pourrait être une des raisons pour adopter la méthode anglaise. Mais ici, comme précédemment, on pratique en France le tamponnement. Nous devons nous demander alors à quel moment on devra enlever les tampons. Il faut attendre la période d'expulsion. A la vérité, elle est assez difficile à reconnaître; cependant le changement de nature des douleurs, l'excitation plus vive de la femme, souvent abattue pendant la période de dilatation, annoncent ce progrès du travail. Si l'enfant est vivant, il importe alors d'agir et de terminer rapidement l'accouchement. Mais s'il est mort, il vaut mieux s'abstenir et la femme accouchera à la fois des tampons et de l'enfant.

Dans le cas où la dilatation est vraiment commencée au moment où se produit l'hémorrhagie, si par conséquent les membranes sont accessibles, M. Auvard conseille d'abandonner la méthode du tamponnement pour agir comme le conseillent des auteurs étrangers : laisser le traitement direct des accidents pour solliciter l'accouchement aussi rapide que possible et dans les meilleures conditions possibles.

La conduite à tenir sera différente évidemment suivant la présentation :

1° Si la tête se présente, les conditions sont essentiellement favorables, il ne s'agit que de hâter le travail. Pour cela, on pourra ou se contenter de perforer les membranes (Puzos), ou aider à la dilatation par le sac en caoutchouc de Barnes ;

2° Si le siège ou l'épaule se présentent, il sera bon d'adopter une méthode qu'on pourrait appeler allemande, car à Berlin, elle est substituée à toute autre et employée dans tous les cas (méthode de Braxton Hils). Elle consiste à engager fortement le siège dans l'orifice utérin, en amenant un des membres inférieurs dans le vagin. Comme nous le disions plus haut pour les manœuvres de Pinard, la partie engagée comprime le placenta et la région utérine sur laquelle il s'insère; dès lors, l'hémorrhagie est

conjurée. Si donc le siège se présente, il n'est pas difficile de trouver un membre inférieur près de l'orifice utérin pour le saisir. Mais si le siège ne se présente pas, il faut l'amener au détroit supérieur, pratiquer la version pelvienne, par ce qu'on appelle la méthode bipolaire ou bimanuelle : avec un ou deux doigts introduits dans l'orifice utérin, on repousse la partie fœtale qui se trouve dans le segment inférieur de l'utérus, tandis qu'avec l'autre main, appliquée sur la paroi abdominale, on abaisse le siège pour l'amener au niveau du détroit supérieur du bassin.

En un mot, on fait une version pelvienne à moitié à l'aide de manœuvres externes, et à moitié à l'aide de manœuvres internes, sans toutefois introduire la main dans l'intérieur de la cavité utérine.

Nous avons dit que cette méthode paraît parfois préférable à notre tamponnement, sauf dans les cas de présentation du sommet. Une des indications les meilleures, nous semble-t-il, est la rupture prématurée des membranes, qui crée un danger d'accumulation du sang dans l'utérus.

#### *b. Pendant la période d'expulsion.*

Ici, tous les accoucheurs sont d'accord. Si l'hémorrhagie se déclare à ce moment, ou pour la première fois, ou presque toujours annoncée par d'autres qui l'ont précédée, il faut se hâter de terminer l'accouchement, ou par le forceps ou par la version, suivant la variété de la présentation.

c. M. Auvaré, pour être complet, fait entrer dans son cadre une période de délivrance, qui ne présente rien de spécial au placenta prævia.

### III. — PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

#### IV. — TRAITEMENT EXCITANT ET RÉPARATEUR.

Nous trouverions les deux divisions précédentes mieux placées dans un ordre inverse. C'est immédiatement après l'accouchement en effet qu'il faut se hâter de relever les forces de la parturiente. L'anémie post-hémorrhagique est parfois telle que la transfusion a trouvé très nettement ici son indication. En tous cas, les toniques comme l'alcool, la chaleur, les excitants comme les injections d'éther, sont nécessaires et l'on doit se hâter d'y avoir recours.

Les suites de couches ne présentent pas de ces accidents mêmes d'indications spéciales en dehors des mauvaises conditions créées par l'anémie.

## BULLETIN

## De quelques chiffres de la mortalité à Rouen (1).

Une erreur s'est glissée dans notre précédent article sur ce sujet, portant non sur les chiffres absolus des décès, mais sur le rapport exprimant la mortalité. Il importe de la rectifier parce que l'esprit est précisément frappé par la comparaison de ces rapports ; or, l'erreur était importante et le chiffre réel est bien plus inquiétant.

Les 4,665 décès moyens, sur une population de 105,908 habitants, donnent une mortalité de 34,60 pour 1,000, alors que, nous le rappelons, la mortalité de la France et de Paris est exprimée par les chiffres 22,29 et 26,49, en sorte qu'il meurt à Rouen plus d'un tiers de plus de personnes que dans toute la France et près d'un quart de plus qu'à Paris.

Nous disions de plus que la mortalité était moindre au Havre. Le rapport de M. Gibert, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Havre, qui nous a été communiqué depuis, indique une mortalité de 30,80 pour 1,000. Ce n'est pas que le résultat en lui-même soit bien satisfaisant : il est seulement un peu moins déplorable qu'à Rouen. D'ailleurs, dit M. Gibert, « ce chiffre constitue une amélioration sensible pour le Havre, bien qu'il soit encore un des plus élevés de l'Europe. Le Havre voit chaque année le nombre des décès diminuer, et il faut en faire honneur aux nombreuses institutions d'hygiène publique qui ont été créées depuis quelques années. Quand l'assainissement de la ville aura été réalisé, que le réseau d'égouts aura été complété, ce chiffre, comme dans toutes les villes anglaises ou allemandes, où l'expérience en a été faite, tombera au-dessous de 25 ».

Si le Havre peut concevoir avec vraisemblance un tel espoir, il ne semble pas que Rouen puisse faire de même, car la mortalité non seulement est très élevée, mais *augmente* continuellement. M. le D<sup>r</sup> Duménil a publié en 1863 une étude très étendue sur cette question en prenant la période 1851-1860. La mortalité était alors de 31,50 ; on voit que nous avons fait du chemin depuis lors. Il est encore un autre point où le Havre nous est supérieur. Pour l'année 1885, les naissances y présentent un excédent de 281

(1) Voir le numéro précédent.

sur les décès ; à Rouen, nous avons le chiffre énorme de 560 décès d'excédent. Croit-on que nous puissions envisager la situation de sang-froid, et qu'il n'y ait pas un énergique effort à faire pour l'améliorer ?

## VARIÉTÉS

### Ecoles et Hôpitaux.

Une décision de l'administration des hôpitaux de Rouen vient de mettre à la tête de la Maternité, dont le service médical était devenu vacant, le professeur d'accouchements de l'Ecole de médecine, d'ailleurs médecin des hôpitaux.

Nous en félicitons l'administration, d'abord parce que le choix ne pouvait être meilleur, ensuite parce que cette décision nous paraît tout à la fois marquer un esprit de conciliation très désirable et faire faire un pas considérable à la réorganisation de l'Ecole de Rouen. Une des difficultés élevées, en effet, venait du refus de transformer la chaire d'accouchements en une chaire de clinique, les hôpitaux voulant, pour diverses raisons, scinder le service en deux et en confier une partie à un médecin ou chirurgien qui ne reçût pas d'élèves en médecine dans son service.

L'un des obstacles levé de lui-même par le fait de la vacance du service, la nomination que nous venons de relater nous semble indiquer que l'administration consentira à mettre à la disposition du professeur de clinique tout le service des accouchements, peut-être sous la réserve de quelques mesures d'ordre intérieur que nous ne voulons pas discuter ici.

Ce que nous voulons faire, c'est exprimer l'espoir que l'administration veuille bien persévérer dans cette voie en ce qui concerne tous les services de clinique, et faire cesser certains tiraillements qui existent par suite d'une situation assez ancienne d'ailleurs pour qu'elle n'en soit pas responsable.

Dans l'état de choses actuellement existant, l'administration prête à l'Ecole une *portion* de service qu'elle détache d'une division de médecine et de chirurgie et ce pendant 10 mois de l'année, en sorte que pendant les deux autres mois le service échappant à l'Ecole est fait, non par le professeur de clinique ou son suppléant, mais par le chef de la division auquel il appartient théoriquement.

Nous avouons n'avoir jamais compris de quelle utilité cette distinction pouvait être à l'administration, si elle n'exprimait pas le désir un peu... futile de bien marquer le prêt qu'elle ferait à l'Ecole par cette possession temporaire du service.

En effet, quelles objections peut-on faire à transformer ce prêt en une cession complète? L'administration, pensons-nous, ne peut exiger d'un médecin ou chirurgien que deux choses : une garantie de capacité et la soumission à ses règlements. Pour la garantie de capacité, elle ne pense certainement pas à demander mieux que le concours qui mène à l'enseignement dans l'Ecole ; pour la soumission aux règlements hospitaliers, elle est imposée tout aussi bien aux professeurs de clinique qu'aux médecins propres de l'administration ; il serait impossible qu'il en fût autrement.

En vain cherchons-nous donc la plus petite raison pour le maintien de l'état de choses actuel, état de choses dont nous nous demandons si Rouen ne possède pas un spécimen très rare sinon unique.

A Paris, et sans doute dans toutes les Facultés, la cession est complète ; nous ne voyons pas qu'elle engendre de conflit. Bien plus, l'administration, reconnaissant très spontanément qu'elle ne saurait avoir de meilleurs médecins ou chirurgiens que les professeurs de clinique, ne les soumet pas à la limite d'âge. Ils restent *titulaires* tant qu'ils conservent leur chaire et ne deviennent *honoraires* qu'en cas de démission. Des difficultés n'ont jamais pu venir de là ; elles reconnaissent de tout autre causes, en voie de disparaître d'ailleurs, l'administration mettant depuis quelques années un louable empressement à fournir aux services de clinique et à tous les autres les améliorations et l'outillage scientifique qu'ils ont si longtemps sollicités en vain.

Près de nous, à Caen, les professeurs de clinique sont également en possession de leurs services pendant toute l'année. Afin de favoriser l'enseignement clinique, il est même stipulé que les lits des services de clinique doivent toujours être occupés, c'est-à-dire que les entrants ne vont dans les services hospitaliers qu'après que les cliniques sont au complet.

Partout ou presque partout les administrations comprennent que favoriser l'enseignement c'est contribuer à élever le niveau des études, préparer de meilleurs médecins, servir en un mot la cause de la santé publique, dont ils ont bien assumé la charge pour une bonne partie.

---

## NÉCROLOGIE

L'Ecole de médecine de Caen vient de perdre son professeur de clinique externe, M. Denis Dumont, mort après une très courte maladie, et dans toute la force de l'âge et à l'apogée de sa carrière. Nous avons à peine besoin de rappeler à nos lecteurs quelques productions assez retentissantes, où peut-être brillaient plus de vues ingénieuses que de démonstrations rigoureuses. Quoi qu'il en soit, Denis Dumont s'était créé dans une région étendue de la Normandie une situation chirurgicale très solide, que nul ne paraissait pouvoir lui discuter. Il était docteur depuis 1855.

## THÉRAPEUTIQUE

### Sur l'emploi du salicylate de soude.

De toutes les médications préconisées dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et presque toutes abandonnées après un moment de vogue, une seule est définitivement entrée en pratique : C'est la médication salicylée. Accueillie avec enthousiasme il y a quelques années, elle est aujourd'hui universellement employée.

Sûreté d'action, guérison rapide, voilà les avantages que toutes les observations sont unanimes à reconnaître au salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou chronique et d'autres affections analogues. Si quelques insuccès ont été constatés, ils sont en bien petit nombre ; celui des guérisons est considérable. Voici ce qu'on observe généralement : 1° la cessation rapide des douleurs ; 2° la disparition de la fluxion articulaire qui cède au bout d'un à trois jours, mais jamais avant la douleur ; les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième.

Dans le rhumatisme chronique simple, les résultats obtenus par M. Sée ont été des plus satisfaisants ; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre, soit dans le rhumatisme simple, soit dans l'arthrite noueuse, les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu.

Dans la goutte aiguë et chronique, les résultats sont extrêmement remarquables. Dans les accès aigus, on voit disparaître en deux ou trois jours les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau et la sensibilité au toucher. La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique.

Mais, quelle que soit l'affection contre laquelle on administre le salicylate de soude, on devra s'assurer de la pureté du produit et n'employer qu'une préparation bien dosée, toujours régulière dans sa composition, comme la Solution Clin, par exemple, dont on a déjà pu vérifier les bons effets. Cette Solution contient très exactement 2 grammes de salicylate de soude pur par cuillerée à bouche et 0,50 centigrammes par cuillerée à café.

Dans une leçon faite à la clinique de l'hôpital de la Charité, M. le professeur Hardy a fourni des indications précieuses pour l'emploi du salicylate de soude :

« Le traitement du rhumatisme doit avoir pour but d'abrèger la maladie le plus possible, afin d'éviter toutes complications. Il a varié selon le temps ; je ne ferai pas ici son historique, et j'arrive à la médication véritablement souveraine et employée avec tant de succès depuis deux ans, je veux parler du salicylate de soude. J'ai toujours obtenu par son emploi une sédation prompte, une diminution rapide de la douleur, du gonflement, de la fièvre et de tous les accidents inflammatoires. L'effet est survenu quelquefois vingt-quatre heures après l'administration de la première dose, souvent au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus. Grâce au salicylate de soude, on abrège considérablement la maladie, qui peut ainsi ne durer que trois, quatre ou huit jours seulement au lieu de six semaines autrefois.

« Je commence l'administration par 4 grammes, et, si les résultats désirés sont obtenus, je reste à cette dose ; si, au contraire l'effet est nul ou insuffisant, je vais jusqu'à 5 ou 6 grammes. Ce médicament doit être continué pendant dix ou quinze jours en diminuant progressivement la dose, malgré la guérison, si l'on veut que celle-ci se maintienne. On arrive ainsi à 2 grammes, que l'on continue pendant une dizaine de jours, car le salicylate de soude ne coupe pas le rhumatisme comme le sulfate de quinine coupe les fièvres intermittentes, et si l'on en cesse trop tôt l'emploi, les phénomènes rhumatismaux réapparaissent ».

En résumé, le salicylate de soude pur est le produit le plus efficace que l'on possède contre les affections rhumatismales aiguës et chroniques, et la Solution Clin réunit les conditions voulues pour l'emploi de ce médicament.

---

#### OUVRAGES REÇUS :

*Travaux du conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure pendant l'année 1885.* — Rouen, imp. Cagniard.

*Epidémie diphtéritique intermittente de 14 mois de durée,* par A. Chivé, de Caudebec-en-Caux. — Rouen, imp. Cagniard.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	APP. PUERP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 23 au 29 mai . . .	66	22	1				1	1	
Du 30 mai au 5 juin . .	67	21	2				2		
<b>Havre (105,867 hab.)</b>									
Du 23 au 29 mai . . .	54	19		1		4			
Du 30 mai au 5 juin . .	50	14	1				2		1
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>									
Du 23 au 29 mai . . .	15	4							
Du 30 mai au 5 juin . .	12	9							
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>									
Du 23 au 29 mai . . .	12	5				1			
Du 30 mai au 5 juin . .	10	3		1					
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 23 au 29 mai . . .	15	2							
Du 30 mai au 5 juin . .	16	2		2		1			

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 23 au 29 mai :

*Variole*, 1 décès ; *rougeole*, 3 entrées (militaires) ; *fièvre typhoïde*, 1 entrée ; *coqueluche*, 1 entrée.

Du 30 mai au 5 juin :

*Variole*, 6 entrées ; *rougeole*, 3 entrées (militaires) ; *diphtérie*, 1 entrée ; *érysipèle*, 1 entrée ; *fièvre typhoïde*, 1 entrée ; *coqueluche*, 1 entrée.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 23 au 29 mai :

*Variole*, 2 ; *rougeole*, 2 ; *scarlatine*, 3 ; *érysipèle*, 2 ; *diphtérie*, 5 ; *coqueluche*, 9.

Du 30 mai au 5 juin :

*Varicelle*, 1 ; *rougeole* 12 ; *scarlatine*, 2 ; *érysipèle*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 2 ; *diphtérie*, 4 ; *coqueluche*, 2.

Ainsi qu'à Rouen, l'épidémie de rougeole atteint un assez grand nombre de militaires.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Revue chirurgicale* : De la suture des nerfs, par le Dr Cerné. — *Médecine légale* : Entomologie médico-légale. — *Association des médecins de la Seine-Inférieure*. — *Memento thérapeutique*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## REVUE CHIRURGICALE

### De la suture des nerfs.

Par le Dr CERNÉ.

Des succès retentissants de rétablissement à l'aide de la suture nerveuse de la sensibilité et de la motilité complètement abolies par la section d'un tronc nerveux ont ramené plus vivement que jamais l'attention sur cette question si intéressante pour la physiologie et pour la chirurgie.

Elle semble aujourd'hui résolue en pratique, en ce que la suture des nerfs présente les deux qualités requises pour s'imposer : elle est innocente, et elle facilite au moins le retour des fonctions. Ce qui est et sera peut-être encore plus ou moins longtemps contesté, c'est le mécanisme de cette restitution fonctionnelle.

Quelques-uns nient encore complètement qu'un nerf puisse redevenir actif, soutenant que la dégénération du bout périphérique étudiée par Waller est fatale. Mais en admettant même cette fatalité, il ne s'en suivrait pas que la régénération fût impossible. Elle a été étudiée dans son processus histologique avec le plus grand soin sur de jeunes animaux.

Elle est donc *a priori* possible, et les observations cliniques qui l'affirment sont absolument probantes, selon nous. En rejetant même celles qui ne concernent que les nerfs sensitifs, où l'on invoque toujours la suppléance des anastomoses (et le pourrait-on toujours avec vraisemblance?), des faits de rétablissement de la motilité sont certains.

Le point le plus nouveau, le plus obscur encore et le plus niabile pour beaucoup concerne la réunion immédiate, c'est-à-dire le rétablissement immédiat des fonctions, ou tellement rapide qu'il n'a pu y avoir dégénération et régénération.

A part quelques expériences que des physiologistes et histologistes distingués continuent à répudier, il faut bien convenir que

la réunion immédiate semble en désaccord avec des croyances qui avaient paru jusqu'ici reposer sur des bases définitives.

D'après les données nouvelles, les deux résultats suivants seraient admissibles :

1° En cas de section d'un nerf, si les deux bouts sont immédiatement suturés, les tubes nerveux, en plus ou moins grand nombre, peuvent se souder et rétablir la continuité de l'influx nerveux ; ce qui infirmerait la *fatalité* de la dégénération qu'on regardait comme démontrée depuis Waller.

2° La suture des deux bouts cicatrisés isolément depuis un temps plus ou moins long et avivés donnerait une seconde variété de réunion immédiate, avec rétablissement *immédiat* ou *très rapide* de tout ou partie des fonctions ; ce qui infirmerait cette autre proposition de M. Ranvier, que la régénération ne pourrait se faire que du centre à la périphérie, puisque dans le cas présent il devrait nécessairement exister dans le bout périphérique des fibres intactes, non dégénérées ou régénérées, et prêtes à se réunir par première intention après avivement.

Que les physiologistes ne s'entendent pas entre eux ou que les cliniciens rejettent les succès obtenus chez les animaux, il est évident que les résultats cliniques, toutes causes d'erreur écartées, sont les plus importants au point de vue de la pathologie humaine. Aussi nous proposons-nous d'étudier ici : 1° quelles conditions doit remplir une observation pour être absolument probante et irréfutable ; 2° quel est le mécanisme du rétablissement fonctionnel ; 3° comment on pratique la suture des nerfs.

### I. — Conditions d'observation rigoureuse.

Ces conditions sont tellement importantes, que dans les observations anciennes il en est très peu qui imposent la conviction ; la sensibilité dans toutes ses modalités et la motilité doivent être interrogées minutieusement.

Il faut d'ailleurs et avant tout distinguer si l'on se trouve en face d'une plaie récente ou ancienne. Un malade atteint de plaie récente peut présenter des troubles de sensibilité passagers qui disparaissent d'eux-mêmes, ou la sensibilité peut rester intacte malgré la section du nerf qui se distribue à la région ; il y a suppléance par les branches nerveuses voisines, les territoires des filets sensitifs étant comme enchevêtrés. Parfois même la sensation de contact est due à un ébranlement transmis aux parties voisines dont la sensibilité est intacte.

Donc la sensibilité pouvant indifféremment exister ou être absente dans les cas de plaies récentes, il en résulte qu'après la suture primitive, l'existence de la sensibilité, même de la sensibilité à la douleur, ne prouvera rien : tandis que l'absence persistante de sensibilité après une suture sera au contraire une preuve d'insuccès.

S'il s'agit d'une plaie ancienne accompagnée d'une anesthésie à la douleur persistante, on devra tenir un grand compte du retour de la sensibilité douloureuse après la suture. De même fera-t-on pour la sensibilité à la température.

Les troubles de motilité ont plus d'importance. On peut dire d'une manière générale que les anastomoses nerveuses ne contiennent pas de filets moteurs ; c'est une raison pour insister sur l'exception que présente une anastomose presque constante à l'avant-bras entre le cubital et le médian. En tout cas on devra toujours se mettre en garde contre les causes d'erreur en faisant préalablement l'examen de la motilité. Une erreur en sens inverse pourrait venir de la motilité suppléée, car Letiévant a montré que les mouvements produits normalement par un muscle peuvent être exécutés parfois par les muscles voisins, voire même grâce aux antagonistes. Dans ces cas la connaissance exacte de la distribution nerveuse et des mouvements de chaque muscle est évidemment nécessaire.

Après la suture, quand il s'agit de plaies anciennes, il ne faudra pas non plus croire à un insuccès quand on ne verra pas réapparaître les mouvements après le temps normalement réclamé par la régénération, et qui, en dehors de la réunion immédiate, demande plusieurs mois pour la sensibilité. Les altérations musculaires consécutives aux sections nerveuses sont souvent profondes et longues à réparer ; ce peut n'être qu'après une ou plusieurs années que la motilité sera complète ; les altérations peuvent même être assez étendues pour que les troubles moteurs persistent malgré le succès de la suture, attesté alors par le retour de la sensibilité. Cette conclusion, néanmoins, prête à la critique, à défaut de l'examen des pièces, et nous croyons que la seule preuve indéniable est le retour de la motilité. On sait d'ailleurs que l'on pourra, avant la suture, avoir des données d'une probabilité très sérieuse sur le pronostic, la dégénération de la fibre musculaire étant attestée par la disparition de la contractilité musculaire sous l'influence des courants continus (Erb).

## II. — Mécanisme du rétablissement fonctionnel.

a. Qu'il y ait ou non intervention, que la réunion se soit faite par une cicatrice d'une certaine longueur ou avec un accollement intime des deux bouts, si les fonctions ne se sont pas immédiatement rétablies, la dégénération s'est produite et le mécanisme de la régénération a été depuis assez longtemps étudié et fixé. Comme l'a montré Ranvier, les tubes nerveux intacts du bout central poussent des prolongements dans le bout périphérique et dans toute sa longueur. Quand les bouts ne sont pas en contact, le bout central produit un véritable bourgeon conjonctif et nerveux qui tend à rejoindre le bout périphérique et le rejoint quand il n'y a pas une trop grande distance ou d'autres éléments interposés <sup>(1)</sup> ?

b. En cas de réunion immédiate après une suture primitive, il faut admettre l'accolement, ou l'interposition d'une matière cicatricielle d'une infime longueur et qui peut ne pas réunir tous, mais seulement un certain nombre de tubes parfaitement intacts, nullement froissés et qui doivent se trouver en contact aussi immédiat que possible. tellement les tubes sont nombreux, petits et pressés. Si vraiment les lésions de dégénération ne sont pas immédiatement irrémédiables (après quatre jours chez le chien), pourquoi une réunion qui ne demande pour les autres tissus que quelques heures parfois ne pourrait-elle pas se faire ?

c. Mais s'il s'agit d'une suture secondaire faite longtemps après la blessure après avivement des bouts, nous trouvons une nouvelle difficulté au sujet de la réunion immédiate, qui paraît encore bien plus insurmontable que dans la proposition précédente. En effet, puisque là il y a eu certainement dégénération, comment se trouve-t-il des filets nerveux dans le bout périphérique ? On a d'abord supposé que l'élément actif du tube nerveux, le cylindre axe, ne dégénérerait pas, qu'il n'y avait que des altérations de la myéline : cette hypothèse est abandonnée. On s'appuie aujourd'hui sur des expériences de M. Vulpian que, chose curieuse, celui-ci répudie maintenant. M. Vulpian a prétendu que le bout périphérique, dégénéré par sa séparation du centre qui est la condition de sa nutrition, pouvait se régénérer spontanément sous l'influence d'une sorte de nouvelle excitation nutritive, qui lui est fournie par les anastomoses de filets sensitifs venus des troncs voisins (régénération autogénique). Or, nous venons de le dire,

(1) Cette rencontre des deux bouts a pu être observée avec un écartement de 5 et 6 centimètres.

M. Vulpian a abandonné cette opinion et cependant il n'y a pas, semble-t-il, d'autre hypothèse à admettre. Et il faut bien que cela puisse, si cela est.

Et bien, quelques faits cliniques ne paraissent pas pouvoir laisser le moindre doute sur ces phénomènes de réunion immédiate.

Nous citerons ici comme exemple l'un des faits communiqués par M. Tillaux à l'Académie des sciences :

« Caroline S..., 23 ans, le 2 novembre 1883, en nettoyant des vitres, se fit une plaie transversale profonde à la face antérieure du poignet droit; le nerf médian fut sectionné complètement. On ne pratiqua pas de suture primitive. La plaie guérit, mais il resta une paralysie absolue de toutes les parties de la main innervées par ce nerf.

Le 4 mars 1883, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, cette jeune fille, incapable de travailler pour gagner sa vie, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, demandant qu'on lui rendit l'usage de sa main droite. Voici ce que nous révéla une exploration minutieuse et bien des fois répétée : au poignet existe une cicatrice rectiligne, transversale, douloureuse à la pression; on sent à ce niveau une saillie nette, constituée probablement par le bout central du nerf sectionné. La face palmaire du pouce, de l'index, du médius, de l'éminence thénar, ainsi que la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius sont totalement insensibles au contact, à la douleur et à la température. L'anesthésie est moins marquée, bien que très manifeste, sur la moitié externe de l'annulaire. La malade peut, sans éprouver la moindre sensation, plonger dans l'eau bouillante l'extrémité des doigts paralysés, ou bien ramasser des charbons ardents. Les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés, et le mouvement d'opposition du pouce est aboli. Des troubles trophiques existent sur l'index et le médius. Cette exploration délimite donc exactement la paralysie du territoire innervé par le médian.

Ajoutons que les parties paralysées sont plus froides que celles du côté opposé et que la peau présente une teinte légèrement violacée.

L'opération suivante fut pratiquée le 19 mars. La malade étant chloroformée, les deux bouts du médian furent mis à découvert à l'aide d'une incision verticale. Ils étaient distants l'un de l'autre de un centimètre environ. Le bout central était renflé, le bout périphérique effilé.

Chacun d'eux fut excisé à son extrémité avec des ciseaux, de façon à obtenir une surface de section franche et de même diamètre. Ensuite, sans se servir des pinces qui eussent pu contusionner les tubes nerveux, une aiguille très fine, armée d'un crin de Florence, fut passée d'un bout à l'autre, le fil introduit de façon qu'il ne pût s'interposer entre les deux bouts du nerf. Il fut serré doucement jusqu'à juxtaposition parfaite des deux surfaces de section, évitant soigneusement que le névrilème se repliât vers l'axe du nerf. Le fil fut noué, coupé à ras du nœud et abandonné dans la plaie. La plaie extérieure fut drainée, réunie avec les fils d'argent et recouverte d'un pansement de Lister. La main de la malade fut immobilisée dans la flexion et maintenue ainsi pendant huit jours sans qu'il fût touché au pansement; au huitième

jour, la réunion était complète. Que s'était-il passé du côté du médian ? Dès le deuxième jour, la malade accuse des picotements, des élancements sur la face palmaire de l'index et du médius. Le troisième jour, l'index et le médius sentent suffisamment le contact d'une épingle qu'on promène doucement à leur surface.

La sensibilité reparait de plus en plus les jours suivants.

Bref, le 1<sup>er</sup> mai, six semaines après l'opération, la malade demande sa sortie. La sensibilité et les mouvements sont revenus à ce point qu'elle travaille à l'aiguille et au crochet. Elle se sent en état de reprendre sa profession, les troubles trophiques ont disparu. »

### III. — *Technique de la suture.*

Le manuel opératoire de la suture présente une grande importance, car le succès ou l'insuccès peuvent exclusivement en dépendre.

La chloroformisation et la bande d'Esmarch sont fort utiles, surtout la dernière, qui empêche le sang d'obscurcir le champ opératoire.

La recherche des deux bouts du nerf ne présente ordinairement pas de véritables difficultés sur une plaie récente, surtout si l'on prend le parti d'agrandir franchement la plaie dans le sens de la direction du nerf. La plupart du temps, s'il y a de grands délabrements, le nerf se trouve détruit sur une étendue assez grande; il faudra néanmoins mettre les bouts en contact s'il est possible, non pour rechercher une réunion immédiate, mais pour favoriser une future régénération. Si la lésion est ancienne, l'incision faite suivant la direction normale du nerf, on cherchera les deux bouts, au-dessus et au-dessous de la cicatrice. Le bout supérieur, habituellement volumineux, se trouve plus facilement; le bout inférieur est effilé et se dérobe davantage.

Une fois trouvés ils devront être avivés suffisamment pour que la surface de section soit bien fraîche et hors de la partie effilée. Cet avivement se fera préférablement avec un bistouri bien tranchant, les ciseaux produisant toujours une certaine contusion. L'avivement est assez souvent nécessaire même dans le cas de plaie récente, si la section n'est pas absolument nette.

Il faut alors que les deux bouts puissent être rapprochés l'un de l'autre. Aussi pour obvier à l'éloignement dû à la rétraction et à la perte de substance opératoire, doit-on souvent donner au membre une position fixe, comme une forte flexion du poignet pour les nerfs de l'avant-bras, qui sera maintenue à l'aide d'un appareil plâtré. Il peut malheureusement arriver que la coapta-

tion soit impossible ; il vaudrait peut-être mieux alors introduire, comme Van Lair, les deux bouts dans un tube d'os décalcifié qui peut être enfermé dans la plaie, et s'y résorber.

Une méthode plus simple ou au moins plus à la portée de tous les opérateurs consiste à passer dans les deux bouts trois ou quatre fils de catgut qui, réunis, forment autant d'anses. On met en jeu l'élasticité du nerf dans une limite modérée. Les fils de catgut, avant leur résorption, serviraient de conducteurs aux fibres parties du bout supérieur (Assaky).

Disons encore, mais plutôt pour mémoire, qu'on a aussi suturé le bout inférieur à la surface avivée d'un nerf voisin, ou encore renversé un petit lambeau du bout supérieur, ou même transplanté un fragment de nerf pris ailleurs (sur un autre animal, dans quelques expériences suivies de succès ?).

La coaptation assurée, une aiguille fine, ronde plutôt, est armée d'un fil résorbable, catgut, crin de Florence, et passée transversalement dans les deux bouts du nerf (suture directe), ou seulement dans le névrilème (suture indirecte). Il faut éviter dans cette manœuvre de saisir le nerf avec des pinces, afin de ne point le contusionner. Le rapprochement opéré avec soin, mais sans trop serrer, le fil est noué et coupé au ras du nœud.

Une réunion immédiate doit être cherchée ; c'est elle qui est une des garanties du succès. Aussi après drainage et suture de la plaie extérieure, doit-on appliquer un pansement antiseptique.

Tels sont les points qu'il nous a paru intéressant d'exposer à propos de la suture des nerfs ; son utilité nous semble bien exprimée par ce fait qu'une statistique récente établit que la proportion des succès est au moins de 66 pour 100.

---

## MÉDECINE LÉGALE

### Entomologie médico-légale

M. Brouardel a fait à l'Académie de médecine, dans sa séance du 15 juin dernier, une communication dont le fond et la forme méritent et ont déjà obtenu un égal succès. A propos d'une observation adressée par M. Andouard, professeur de l'École de médecine de Nantes, sous le titre de *Momification d'un cadavre adulte à l'air libre et à la température ordinaire*, le savant académicien a exposé un des côtés les plus curieux de la grande question de la détermination de l'époque de la mort. Dût cet aveu étonner les

magistrats sous les yeux desquels tomberaient ces lignes, nous n'avons en pareille matière que des règles confirmées par trop d'exceptions et que des points de repère singulièrement vagues. Pendant la première période de décomposition cadavérique, les nombreuses conditions physiques et chimiques connues pour exercer leur influence sur la marche de la putréfaction ne semblent même pas suffire pour expliquer tous les cas ; témoin le fait récemment publié par Mayer (d'Heilsberg) de deux vieillards de même âge, s'étant suicidés ensemble par le même moyen, trouvés dans le même lit, couverts des mêmes vêtements, qui présentaient un aspect tellement différent qu'on pouvait, en se fondant sur les données classiques, admettre une différence de 10 jours entre l'époque de la mort de l'un et celle de l'autre. Il semble qu'à mesure qu'on s'éloigne de la date du décès, le problème doive se compliquer ; c'est pourtant à ce dernier ordre de faits que se rapportent les travaux ingénieux dont M. Brouardel a entretenu l'Académie, et qui démontrent une fois de plus l'extension indéfinie des connaissances indispensables au médecin légiste qui aurait la prétention de résoudre à lui seul toutes les questions que la justice lui posera à un moment donné. Bien que l'entomologie paraisse à priori sans rapports avec la médecine légale, c'est à elle que l'on a eu fréquemment recours dans cet ordre d'idées. En 1855, le docteur Bergeret (d'Arbois) publia le premier cas de détermination (confirmée par les recherches de la justice) de l'âge d'un cadavre momifié de nouveau-né en se fondant sur la présence des nymphes et des larves d'insectes qu'il contenait ; ces recherches, restées longtemps isolées, ont été reprises depuis quelques années à l'instigation de M. Brouardel par M. Mégnin, dont la compétence spéciale est indiscutable ; elles se sont multipliées à tel point que MM. Brouardel et Descoust ont fait appel dix fois depuis 1878 à la science de cet entomologiste, et que nous connaissons au moins deux autres faits analogues non cités dans la communication du 15 juin dernier. Nous ne pouvons mieux faire, pour mettre nos lecteurs au courant du point de départ de ces recherches, que de reproduire le passage suivant d'un travail de M. Mégnin paru en 1883 dans la *Gazette hebdomadaire* :

• Lorsqu'un cadavre est exposé à l'air libre, il est rapidement envahi par une foule d'insectes qui viennent pondre à sa surface et surtout à l'entrée de ses ouvertures naturelles ; les larves sorties de ces œufs le pénètrent en tous sens pour se nourrir de ses humeurs et activent singulièrement sa décomposition. Ainsi

agissent les diptères, groupe des sarcophagiens, et quelques coléoptères, dont les adultes de certaines espèces pénètrent même sous la peau, comme les silphes et les histères. Les larves de diptères, connues sous le nom vulgaire d'*asticots*, et celles de coléoptères suffisent pour absorber à peu près entièrement les humeurs liquides du cadavre et l'amener presque à l'état de squelette, imbibé encore d'acides gras que l'on connaît sous le nom de gras de cadavre. C'est à ce moment qu'arrivent les larves de dermestes, qui font disparaître jusqu'aux dernières traces toutes ces matières grasses. L'action des dermestes terminée et le cadavre réduit à l'état de momie, les parties organiques sèches, les tendons, la peau, les parties musculaires épargnées par les précédents insectes, sont attaqués par les anthrènes et les acariens détriticoles des genres *Tyroglyphus* et *Glyciphagus*, qui se montrent alors par myriades et font disparaître tout ce qui reste de matière organique, le remplaçant par une matière pulvérulente qui recouvre les os et qui est entièrement composée de leurs dépouilles, de celles de leurs nymphes hypopiales et de leurs déjections. »

La conclusion se devine et se déduit d'une connaissance exacte du temps nécessaire pour la vie des diverses générations d'insectes qui ont travaillé dans un cas donné à la destruction d'un cadavre, en tenant compte naturellement de l'influence des saisons sur leur vitalité.

Espérons que les expertises de cet ordre sont appelées à se généraliser pour le plus grand profit de la médecine légale, mais à condition qu'elles restent spécialisées aux mains de naturalistes de profession. Nous croyons devoir mettre en garde nos confrères qui, séduits par l'originalité de la question, auraient la tentation de s'en occuper *en passant*. On est frappé à la lecture des observations relatées de la variété d'espèces d'insectes trouvées en pareil cas ; comment alors arriver à une conclusion judiciaire dont la gravité peut être extrême, quand une longue fréquentation avec les travailleurs de la mort ne nous a pas initiés à leurs caractères physiques, leurs habitats, leurs mœurs, la durée de leur vie ? Une connaissance incomplète de ces circonstances a conduit l'auteur d'un fait publié à se tromper d'une année dans la détermination de la mort d'un enfant nouveau-né et lui a attiré de la part de M. Mégnin des critiques d'une vivacité peu commune.

(Lyon médical).

### Association des Médecins de la Seine-Inférieure.

La réunion annuelle de l'Association des Médecins de la Seine-Inférieure s'est tenue à Rouen, le samedi 26 juin, sous la présidence de M. Duménil.

Aucune question nouvelle n'était soumise à l'Assemblée ; aucune affaire épineuse n'avait non plus surgi dans le cours de l'année. Aussi n'était-ce qu'une revue rétrospective que pouvait faire M. le Président dans l'allocution suivante :

CHERS COLLÈGUES,

Notre première pensée doit se porter sur ceux que nous avons perdus dans le cours de l'année. Le rapport de notre secrétaire général vous dira dans un instant leurs noms et leurs titres à nos regrets. Vous trouverez parmi eux des hommes qui dans une longue carrière ont montré le dévouement le plus constant, l'attachement le plus scrupuleux à leurs devoirs, le sentiment de confraternité le plus développé, des collègues de la première heure. Ces pertes ont été compensées par l'admission de huit membres nouveaux ; qu'ils reçoivent tous nos félicitations et qu'ils soient sûrs qu'ils trouveront parmi nous appui et sympathie.

Après ce devoir rendu aux morts, rentrons dans les sphères de la vie pour y chercher des consolations, des encouragements, des modèles qui stimulent notre énergie. Jetons d'abord nos regards sur notre cher et vénéré président dont le zèle et les largesses sont au même niveau. Applaudissons à la double récompense qui est venue couronner les œuvres d'une longue carrière consacrée au bien sans relâche, l'élévation au grade de commandeur de la Légion d'honneur et la réélection à la présidence de l'Association générale ; souhaitons de pouvoir, plus d'une fois encore, lui donner pareil témoignage d'attachement et de reconnaissance.

Le meilleur moyen de se rendre compte de la prospérité d'une œuvre comme la nôtre, est de faire de temps à autre l'examen des progrès réalisés dans une certaine période, de passer en revue les actes accomplis, de faire ce qu'on pourrait appeler l'inventaire des services rendus ; laisser parler avant tout les chiffres et les faits m'a paru la meilleure manière de convaincre les sceptiques et de renforcer la foi des croyants. Je ne ferai pas de grands efforts pour arriver au but. Je prendrai simplement l'annuaire de l'Association générale comme je vous engage tous à le faire et j'en extrairai les points les plus propres à bien mettre en relief le rôle de l'Association.

La prospérité matérielle de toute entreprise est le meilleur criterium de sa fécondité. Si, avec nos cotisations assez modestes pour passer inaperçues dans la bourse de chacun, nous sommes arrivés à la richesse, si nous sommes sur la voie d'assurer à nos pensionnés non seulement des consolations mais de véritables moyens d'existence, n'avons-nous pas atteint notre but principal ? C'est pour tout le corps médical une grande préoccupation qui s'est traduite

par des projets variés ; il est donc important de mettre en regard de ces projets ce que l'Association est arrivée à réaliser et ce que nous pouvons attendre, pour l'avenir, des progrès accomplis.

La fortune totale peut être évaluée à 2,163,698 fr.

La caisse des pensions viagères dont la prospérité nous importe le plus, de 653,365 fr. en 1880, s'est élevée à 955,572 fr. en 1885, soit une augmentation moyenne de 50,334 fr. par an, moyenne qui a été considérablement dépassée cette année puisque l'augmentation a été de 64,318 fr.

Le chiffre des pensions distribuées, de 25,600 fr. pour 65 pensionnaires en 1880, s'est élevé à 33,800 fr. pour 73 pensionnaires en 1885. Cette prospérité a décidé le conseil général à porter cette année toutes les pensions à 600 fr., de sorte que pendant l'exercice présent 67 pensionnaires toucheront 40,000 fr.

600 fr. de pension c'est encore bien peu, dira-t-on ; c'est vrai, mais cette marche ascensionnelle rapide ne fait-elle pas prévoir une élévation de ce chiffre ?

Au point de vue financier, l'Association générale est donc dans une situation qui dépasse de beaucoup les prévisions du début, et cette fortune qui est aussi la nôtre doit nous faire envisager l'avenir avec la plus entière confiance.

Si nous examinons l'influence de l'Association au point de vue des intérêts moraux de la profession médicale, nous verrons que les services qu'elle rend ne sont pas moins considérables et qu'il est opportun de réagir contre une tendance encore trop accentuée à restreindre son rôle à celui d'une société de secours ordinaire ; ce n'est pas certes de l'ingratitude, ce n'est que l'effet d'une connaissance insuffisante des questions complexes soulevées et résolues au sein de notre grande fédération.

Si, à la lettre, nous ne sommes qu'une société de secours mutuels, il est facile de se convaincre que, sous la direction des hommes éminents qui sont à notre tête, nous avons acquis une autorité qui a fait ses preuves dans plus d'une circonstance.

Parcourez les annuaires de l'Association depuis une période de 6 ans et vous serez frappés, étonnés peut-être de tout ce qui s'y est fait. Deux ou trois heures suffiront à ce travail, et ce ne seront pas des heures perdues ; en attendant, permettez-moi de vous tracer rapidement les actes de l'Association dans le domaine des intérêts complexes de notre profession.

La question si importante du secret médical a été étudiée sous toutes ses faces et vous trouverez dans les rapports et les discussions qui tiennent une grande place dans les séances annuelles, tous les renseignements nécessaires pour vaincre les difficultés que la pratique soulève à chaque instant. Les rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels, la question de la double patente qui intéresse surtout les médecins des stations thermales, les conventions relatives à l'exercice de la médecine dans les pays frontières, l'assistance médicale dans les campagnes ont été l'objet d'études des plus consciencieuses dans lesquelles les plus hautes notabilités du barreau de Paris

ont apporté leurs lumières (1) . . . . .

Vous connaissez tous le projet de loi dont je viens de vous parler, destiné à remplacer le detestable régime sous lequel nous vivons et dont M. le D<sup>r</sup> Chevandier a eu l'heureuse initiative. En même temps l'Association, par l'organe du regretté Lunier, en présentait un aussi très semblable à celui de l'honorable député; puis un troisième projet émané de l'initiative du gouvernement venait modifier les deux premiers en maintenant les officiers de santé qu'ils supprimaient. Les choses en sont là, mais l'état actuel de la question vous prouve que l'Association n'est pas restée inactive dans une étude d'une si haute portée.

Vous connaissez aussi le projet de loi sur les Sociétés de secours mutuels, appelé à nous conférer d'immenses avantages; dans le cours de son étude, le président de notre Association générale a été appelé à donner son avis devant la commission du Sénat; cette déférence des pouvoirs législatifs n'a pas besoin de commentaires, elle traduit suffisamment la haute place que l'Association a su se faire.

Deux points me restent à signaler dans cette appréciation du rôle de l'Association au point de vue des intérêts moraux du corps médical: la question des syndicats et celle de la création d'un Ordre des médecins.

La première s'est posée sous la forme des rapports à déterminer entre les deux institutions; l'entente qui s'était établie l'an passé a reçu sa consécration cette année dans l'appui que l'Association a donné aux syndicats, en adressant aux deux Chambres une pétition qui sollicite l'extension du bénéfice de la loi à la profession médicale; l'accord est donc complet: aide mutuelle, sans atteinte à l'indépendance de chaque institution, telle a été la solution donnée à une question qui avait fait craindre un instant quelques orages.

La génération qui nous a précédé, jalouse de la dignité du corps médical, avait cherché à lui donner une garantie dans la création d'un Ordre des médecins; des hommes qui portent aussi haut que leurs aînés le drapeau de l'honneur professionnel, ont repris cette idée et l'ont défendue avec autant d'énergie que de talent. La discussion qui a eu lieu cette année leur a démontré que si leur projet ne répondait pas aux vœux de la majorité, il avait au moins de nombreux partisans. Leurs regrets peuvent être atténués par la pensée que le principe de l'Association, en s'étendant et en s'affermissant, donnera en partie satisfaction à leurs aspirations généreuses.

Enfin, l'Association a montré qu'elle n'était pas complètement impuissante contre l'exercice illégal de la médecine, cette plaie honteuse de notre profession, impossible à guérir avec l'insuffisance de la loi.

Permettez-moi de vous en signaler des preuves en vous citant quelques condamnations sérieuses dues à son intervention:

Empirique condamné à 3 mois de prison.

(1) M. Duménil s'occupe ici de la pétition relative aux honoraires en cas de faillite, sur laquelle nous publierons un article incessamment.

Rebouteur étranger, condamné à 95 fr. d'amende, aux frais et à l'expulsion du territoire français.

Femme condamnée à 1,000 fr. dans l'Aveyron.

Paysan des Landes, condamné à 8 jours de prison.

Si ces exemples sont peu nombreux, ils indiquent au moins par leur sévérité qu'on a pu faire quelque chose.

Vous citerai-je encore les cas d'intervention des associations dans des contestations d'honoraires, dans les questions de responsabilité, pour démontrer une fois de plus qu'elles étendent leur rôle au-delà de l'assistance pécuniaire ? ce n'est qu'un rôle officieux, soit, mais qu'importe, pourvu qu'il soit efficace.

#### CHERS COLLÈGUES,

Tout en célébrant aujourd'hui tout spécialement notre fête de famille, n'oublions pas que nous appartenons à une famille plus grande, qui s'étend à toute la France et même au-delà des mers, qui compte plus de 8,000 membres animés tous du même sentiment de solidarité. Si le nombre est une force, nous l'avons, et nous pouvons constater avec joie qu'elle s'accroît d'année en année. Mais, outre la force du nombre, nous avons celle d'une organisation féconde : le suffrage universel à la base de nos institutions, un gouvernement aussi fort que respecté, un budget toujours en excédent de recettes, la liberté complète de proposition et de discussion, serait-il possible d'imaginer un régime plus sage et plus propre à faire le bien, pourvu qu'on lui accorde le temps de donner tous ses fruits ?

Nous entendons souvent des plaintes sur le nombre encore considérable de médecins qui restent en dehors de l'Association; pour moi, tout en regrettant de ne pas y voir tout le corps médical, je ne puis m'empêcher de m'étonner de l'empressement de tant d'hommes isolés à obéir à ce mouvement généreux où l'intérêt n'a aucune part, et en le voyant amener à nous presque toute la jeune génération médicale de notre contrée, j'y vois le présage, je ne dirai pas de l'âge d'or, mais d'une amélioration progressive dans les conditions morales et matérielles de notre profession.

M. Douvre, trésorier, a exposé ensuite l'état des finances de notre association locale. Elles consistent dans :

1° Un capital, dit *Fonds de réserve*, de 44,425 fr. 25 dont 44,000 fr. placés à la Caisse des dépôts et consignations, et 425 fr. 25 restant en caisse ;

2° Une somme de 478 fr. 34, dite *Fonds disponibles*, restant de l'argent que l'Association a affecté, pendant l'exercice 1885-1886, aux secours qu'elle accorde chaque année à des confrères, veuves ou enfants de co-sociétaires, et qu'elle a dépensé en frais divers d'administration. La somme distribuée en secours pendant l'exercice 1885-1886 s'est élevée à 2,950 fr. répartis entre onze personnes ou familles.

Il suit de cet exposé que l'Association de la Seine-Inférieure occupe le troisième rang parmi les associations médicales de la France par le chiffre de son avoir.

Le président arrivant à l'expiration de ses fonctions, il y avait lieu de procéder à une nouvelle élection. M. le D<sup>r</sup> Duménil a été réélu, nous pourrions presque dire à l'unanimité. Ses confrères l'ont ainsi justement récompensé du zèle et du dévouement qu'il a toujours montré pour les intérêts de l'Association. Mais il est si rare qu'on ne s'use pas un peu au pouvoir, quel qu'il soit, que cette réunion des suffrages était bien de nature à toucher celui qui en était l'objet; les remerciements émus que M. Duménil a adressés à l'assemblée en sont la meilleure preuve.

Le secrétaire-général, M. Pétel, et l'un des vice-présidents, M. Marguerite, ont été également confirmés dans leurs fonctions.

Le soir, un banquet cordial réunissait les membres présents de l'Association, avec notre sympathique conseil, M<sup>e</sup> Gosset.

## MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

### De la Narcéine.

Des physiologistes, MM. Brown-Séguard et Laborde, sont venus rappeler à la Société de Biologie une substance qui semblait presque oubliée : la *narcéine*, et proclamer ses vertus avec un véritable enthousiasme. Rappelons, à ce propos, que ce sont des expériences de Cl. Bernard qui tendent à montrer que la narcéine serait de tous les alcaloïdes de l'opium, le plus somnifère et le moins dangereux.

Une des difficultés de son administration, au moins chez les enfants, consiste dans son peu de solubilité dans l'eau, froide ou bouillante; un acide facilite sa dissolution. On pourra prescrire :

Eau . . . . .	400 <sup>gr</sup>
Narcéine . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,25
Sirup de fleur d'oranger . . . . .	100 <sup>gr</sup>
Acide citrique . . . . .	Q. S.

Chaque cuillerée à bouche contient 1 centigramme de narcéine.  
Dose : deux ou trois cuillerées pour un enfant de 3 à 5 ans.

Chez l'adulte, où la dose peut être de 10, 15, jusqu'à 20 et 30 centigrammes, on préférera les pilules de 4 ou 5 centigrammes.

D'après Constantin Paul, le chlorhydrate serait plus soluble.

La narcéine conviendrait surtout dans les affections respiratoires, en particulier lorsque la bronchite s'accompagne d'hyper-sécrétion notable; elle diminue ces sécrétions, comme l'urine, dont elle abaisse la quantité en très grande proportion, et la sueur vis-à-vis de laquelle elle agit comme la morphine.

## NOUVELLES

**Lisieux.** — A la suite du décès de M. le D<sup>r</sup> Jaime, ont été nommés :  
Médecin du bureau de bienfaisance, M. le D<sup>r</sup> de la Croix.  
Médecin des administrations de l'État, M. le D<sup>r</sup> Lesigne.

**Chambre des députés.** — M. Gouffroy et plusieurs de ses collègues ont, dans la séance du 21 juin, déposé une proposition de loi ayant pour objet d'étendre à toutes les professions et notamment aux professions dites libérales le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

**Société de Médecine légale de Paris.** — Dans la séance du 12 avril dernier, M. Yvon, pharmacien, avait soulevé devant la Société la question suivante : Quelle responsabilité doit encourir le pharmacien qui remplit une ordonnance renfermant des substances toxiques, dont la signature est illisible ou fausse ? Le cas se présente souvent à Paris ; l'ordonnance est fabriquée par des personnes étrangères au corps médical, souvent par le client lui-même.

Dans la discussion qui suivit, des opinions diverses se firent jour, mais tous les membres pensèrent que les pharmaciens devaient s'entourer de toutes les précautions possibles pour s'assurer de l'authenticité de l'ordonnance, chose qu'ils ne font pas certainement toujours.

Une commission fut nommée, qui a proposé, dans la séance du 7 juin, les conclusions suivantes, adoptées par la Société :

1° Le pharmacien, étant comme toute autre personne responsable de ses fautes, doit s'assurer par tous les moyens qui sont en son pouvoir que l'ordonnance renfermant des substances toxiques qu'on lui présente émane réellement d'une personne ayant qualité pour prescrire lesdites substances ; lorsque toutes les précautions qui peuvent l'éclairer sur ce point auront été prises, le pharmacien ne saurait encourir aucune responsabilité.

2° En présence des lacunes qui existent dans la législation actuelle, la Société de médecine légale émet le vœu qu'une disposition légale astreigne tout médecin formulant une ordonnance contenant des substances toxiques à apposer sur cette ordonnance un timbre mobile portant son nom, son titre et son adresse ; des pénalités seraient encourues par le médecin qui négligerait cette formalité ainsi que les personnes qui se serviraient de ces timbres frauduleusement.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	P. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.	COQUELUCHE
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>										
Du 6 au 12 juin . . .	67	18	4			1	1			
Du 13 au 19 juin . . .	47	10					1			
<b>Havre (105,867 hab.)</b>										
Du 6 au 12 juin . . .	56	20				1			1	1
Du 13 au 19 juin . . .	51	12	1	2						
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>										
Du 6 au 12 juin . . .	13	4								
Du 13 au 19 juin . . .	9	0								
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>										
Du 6 au 12 juin . . .	15	9							3	
Du 13 au 19 juin . . .	13	6				1				
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>										
Du 6 au 12 juin . . .	16	4		10						
Du 13 au 19 juin . . .	16	9		7						

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 6 au 12 juin :

*Variole*, 3 entrées, 2 décès ; *rougeole*, 3 entrées ; *diphtérie*, 1 entrée, 1 décès ; *fièvre typhoïde*, 1 décès.

Du 13 au 19 juin :

*Variole*, 4 entrées ; *érysipèle*, 2 entrées ; *diphtérie*, 2 entrées.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 6 au 12 juin :

*Rougeole*, 17 ; *scarlatine*, 2 ; *diphtérie*, 5 ; *fièvre typhoïde*, 1 ; *fièvre puerpérale*, 1 ; *coqueluche*, 14.

Du 13 au 19 juin :

*Variole*, 3 ; *rougeole*, 10 ; *scarlatine*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 1 ; *diphtérie*, 3.

**Lisieux**. — Les chiffres publiés plus haut indiquent que l'épidémie de rougeole que nous avons précédemment signalée est devenue meurtrière.

Notre correspondant nous informe que les enfants au-dessous de deux ans succombent en grand nombre à la bronchite ou à la broncho-pneumonie concomitante.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Déontologie médicale* : Du privilège des médecins dans les faillites, par le D<sup>r</sup> Douvre. — *Revue médicale* : Ptomaines et leucomaines, par le D<sup>r</sup> Cerné. — *Recueil de faits* : Quelques observations sur la vaccine, par M. Paul Valin. — *Memento thérapeutique*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## DÉONTOLOGIE MÉDICALE <sup>(1)</sup>

### Du privilège des médecins dans les faillites

PAR LE D<sup>r</sup> C. DOUVRE.

De temps immémorial, les tribunaux de commerce en général et celui de Rouen en particulier voulaient bien admettre en privilège, dans les faillites, les créances des médecins pour honoraires des soins donnés pendant la dernière maladie; ils les assimilaient au cas prévu par l'article 2101 du code civil, *après décès*; toutefois les juges-commissaires consultaient les créanciers réunis en assemblée de faillite avant de privilégier les créances médicales, et ne prenaient de décision qu'après leur consentement formel; ce consentement, les créanciers l'accordaient, sans difficulté, avec l'acquiescement du syndic, en considération de l'ignorance où se trouvent généralement les médecins sur la situation commerciale de leurs clients dont la déconfiture vient les surprendre sans qu'ils s'y attendent. Tout était donc pour le mieux et les médecins du ressort du tribunal de commerce de Rouen étaient dans une sécurité parfaite.

Mais voilà qu'un beau jour la majorité des créanciers d'une faillite, consultés par le juge-commissaire sur l'admission en privilège de la note de médicaments d'un *pharmacien* de Rouen, s'oppose, ainsi que le syndic de la faillite, à cette admission et ne veut l'admettre qu'en qualité de créancier chirographaire. Le pharmacien au lieu de se tenir coi, et de se rappeler que jusqu'alors c'était par simple faveur qu'il était privilégié, ne se le

---

(1) Dans notre dernier numéro, nous avons laissé de côté, dans le discours que le D<sup>r</sup> Duménil a prononcé à l'assemblée générale de l'Association des Médecins de la Seine-Inférieure, toute la partie qui a trait à la pétition relative aux honoraires des médecins dans les cas de faillite; nous donnons aujourd'hui la parole à l'auteur de la pétition.  
(La Rédaction.)

tient pas pour dit, et intente une action en revendication de privilège contre le syndic de la faillite.

De là procès et jugement fortement motivé du tribunal de commerce, en date du 22 décembre 1882, par lequel le président d'alors, M. P..., après les considérants, s'appuyant sur la loi et le droit strict, déboute M. E..., pharmacien, de sa demande, et le condamne aux dépens.

A la suite de ce jugement, les juges-commissaires ne consultèrent plus les créanciers, et s'appuyant sur la jurisprudence établie dès lors, repoussèrent les prétentions des médecins au privilège dans tous les cas de faillite.

*Dura lex sed lex* : En effet, la loi qui nous privilégie, en cas de décès, avec une série de certains autres créanciers, par l'article 2101 du code civil, admet ces derniers au privilège en cas de faillite, et omet d'admettre les médecins. Il y a-t-il eu oubli du législateur ou omission volontaire.... *Chi lo sa?*

Quoi qu'il en soit, nous pensâmes qu'il n'y avait qu'une chose à faire pour sauvegarder les intérêts des médecins pris dans des faillites, c'était de faire réviser la loi ; mais réformer un texte de loi n'est pas une petite affaire, et cette prétention émanant d'une initiative personnelle avait peu de chances de succès. Pour réussir, il fallait intéresser tout le corps médical de France et s'adresser ensuite à l'initiative parlementaire. C'est ce que nous fîmes. Nous rédigeâmes un projet de pétition qui fut soumis à l'assemblée générale de l'Association des Médecins de la Seine-Inférieure, tenue au Havre le 16 juin 1883.

Cette assemblée approuva notre projet à l'unanimité et délégua les docteurs Gibert, du Havre, Bertrand, d'Elbeuf, et Douvre, de Rouen, pour aller le présenter à l'assemblée générale des médecins du Calvados qui devait se tenir à Caen le 15 octobre suivant.

Là encore le projet fut accueilli avec acclamation ; M<sup>e</sup> Guillaud, professeur de droit à la faculté de Caen, conseil judiciaire de l'Association du Calvados, voulut bien associer son concours à celui de M<sup>e</sup> Gosset, avocat à Rouen, et conseil judiciaire de l'Association de la Seine-Inférieure, pour nous aider de leur science juridique et de leurs connaissances en la matière dans la rédaction définitive d'une pétition.

Cette pétition, d'après le vœu des médecins de la Seine-Inférieure et du Calvados, devait être envoyée à toutes les Associations médicales de France, avec prière de la revêtir du plus de signatures possible.

Nous croyons devoir la donner *in-extenso* :

## MESSIEURS LES SÉNATEURS,

La loi accorde aux médecins un privilège pour les frais de la dernière maladie, et la jurisprudence considère comme dernière maladie seulement celle à laquelle le client a succombé.

Il y a là une anomalie inconcevable ; en effet, tandis qu'un privilège est accordé aux fournisseurs, gens de service, etc., etc., sans qu'il y ait lieu de rechercher si le débiteur est ou non décédé, le médecin n'a de chance sérieuse d'être payé que si son client est mort.

Dans les autres cas, faillite, déconfiture, etc., survenant peu après une maladie dont le client est sorti victorieusement, grâce aux soins du médecin, celui-ci ne sera pas payé.

Or, le médecin peut jusqu'à un certain point prévoir l'issue fatale d'une maladie, et l'on pourrait dire que, dans ce cas plus que dans tout autre, prévenu de l'événement, il a dû exiger ses honoraires ; mais la déconfiture, la faillite, le désordre des affaires sont toujours bien plus difficiles à prévoir pour le médecin ; il n'a pas de références commerciales qui puissent l'éclairer, et s'il n'a pas eu la possibilité ou le don de les pressentir, il est abandonné sans défense.

Ceci reviendrait à dire que le médecin en présence d'une mort certaine n'a pas à se préoccuper de ses droits ; que si, au contraire, la mort n'est que douteuse, si même elle est peu probable, il doit cesser ses soins tant qu'il ne sera pas payé ; mais que la maladie s'aggrave, il peut se rapprocher du lit de son malade, l'intégralité du paiement de ses honoraires étant d'autant plus garantie que l'état de son client a empiré.

Vraiment une telle différence entre les deux situations est inexplicable.

Le médecin, dans aucun cas, ne peut sans inhumanité subordonner ses soins à une rémunération immédiate, quelle que doive être l'issue de la maladie.

Ne serait-il pas juste de lui accorder un privilège dans tous les cas, que son client soit ou non décédé, pour les frais de maladie pendant la dernière année ; la dernière année s'entendant nécessairement de celle qui précède la distribution des deniers ?

Quelques tribunaux de commerce, pour remédier à l'impardonnable oubli dans lequel le législateur a laissé le médecin créancier dans une faillite, admettent ce dernier en privilège avec le propriétaire et les fournisseurs des denrées nécessaires à la vie ; mais faut-il encore que les créanciers, réunis en assemblée d'affirmation de créance, n'y mettent pas d'opposition et y consentent, un seul veto pouvant entraver la décision du juge-commissaire.

Il faut reconnaître que depuis l'arrêt de cassation du 24 novembre 1864 (Vergues contre Pesty), la jurisprudence tend à rejeter d'une façon absolue tout privilège pour le médecin dont le client n'est pas mort. En vain d'éminents auteurs ont protesté. « Il nous paraîtrait souverainement injuste, » dit M. Paul Pont (tome X, art. 2101) *de traiter plus rigoureusement le médecin qui aurait sauvé son malade que celui qui n'aurait pas pu triompher de la maladie.* La jurisprudence paraît aujourd'hui telle-

ment établie qu'une modification législative de l'article 2104 peut seule remédier à la situation choquante faite aux médecins.

Il y a longtemps que cette réforme est demandée en France. En 1844, lors du projet de modification du régime hypothécaire, les Cours d'appel ayant été consultées, plusieurs d'entre elles demandèrent la réforme que nous sollicitons aujourd'hui.

« Les mots **dernière maladie**, disait la Cour d'Amiens, s'entendent, non de la maladie dont le débiteur est décédé, mais de celle qui a précédé immédiatement la distribution des deniers. » La loi doit l'exprimer ainsi.

« Les expressions **frais de dernière maladie**, disait la Cour de Pau, ont donné lieu à des controverses. Les mêmes motifs d'humanité qui ont fait établir ce privilège ne permettent pas de le restreindre aux frais de la maladie dont le débiteur est mort. Il doit s'étendre à la dernière maladie du débiteur tombé en faillite ou en déconfiture. » (Documents relatifs au régime hypothécaire. Paris, 1844, tome III, pages 23 et suivantes).

En Belgique, lors de la révision du régime hypothécaire, l'article 19 de la loi du 16 décembre 1851, qui correspond à notre article 2104 du Code civil, a réalisé législativement la réforme que nous sollicitons. Cet article est ainsi conçu :

« Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont . . . .  
 « 3° Les frais de **dernière maladie pendant un an** . . . . .  
 « 4° Les salaires des gens de service . . . . . etc.  
 « 5° Les fournitures de subsistances . . . . . etc.  
 « Les époques indiquées aux trois paragraphes précédents sont celles qui précèdent la mort, le désaisissement ou la saisie du mobilier. »

Voici maintenant dans quels termes un commentateur autorisé de la loi belge, M. Martou, explique la portée du texte nouveau :

« Une autre question divisait les auteurs sur le Code : par **frais de dernière maladie**, fallait-il entendre seulement ceux de la maladie dont le débiteur était mort, ou de la maladie qui avait précédé l'événement quel qu'il fût : décès, faillite ou déconfiture, qui donnait lieu à la distribution du prix des valeurs mobilières? Cette controverse est encore tranchée par la loi nouvelle. Il résulte du quatrième alinéa de notre article que l'année dont parle le n° 3 est celle qui précède la mort, le désaisissement, ou la saisie du mobilier. »

« Les expressions **dernière maladie**, a dit M. le Rapporteur Leclèvre, ne signifient pas seulement la maladie dont le débiteur est mort, mais également celle qui, sans remonter à plus d'une année, a précédé la faillite ou la déconfiture. . . . un médecin qui a donné ses soins à un malade comptant sur une juste rémunération ne doit pas être privé d'une créance sacrée parce qu'avant l'époque à laquelle, d'ordinaire, se paient les dettes de cette nature, le débiteur est tombé en faillite ou en déconfiture. »

(Martou. *Commentaire de la loi belge sur les Privilèges et Hypothèques*, tome II, page 74, n° 367).

Aussi les médecins soussignés vous demandent-ils la réforme d'un texte qui, avec l'interprétation qu'il a reçue, conduit, comme l'a dit M. Paul Pont, à des conséquences souverainement injustes. Cette réforme, que sollicitaient en 1844 les Cours d'Amiens et de Pau, et que la loi belge a déjà réalisée, est commandée à la fois par la logique, par le bon sens et par l'équité, et les exposants ont la confiance que vous accueillerez favorablement leur pétition.

Cette pétition mit deux ans à faire son *tour de France*; cinquante-deux Associations l'accueillirent avec faveur et remercièrent chaleureusement son auteur d'en avoir pris l'initiative <sup>(1)</sup>. Si elle n'était revêtue que de 2,148 signatures, cela tenait à ce que le bureau seul de certaines Associations l'avait signée collectivement au nom de tous leurs associés.

M. le Dr Dufay, sénateur de Loir-et-Cher, avec lequel le sympathique secrétaire général de l'Association générale des Médecins de France <sup>(2)</sup> avait bien voulu mettre son auteur en rapport, déposa la pétition sur le bureau du Sénat le 26 mars 1885.

Quatre mois après, le 24 juillet 1885, M. le sénateur Libert, rapporteur, après un exposé des motifs et des considérants aussi logiques qu'irréfragables, conclut à sa prise en considération.

Il va même au-delà de la revendication de la pétition, puisque, dit-il : « Il nous paraît équitable de traiter les médecins non  
« moins favorablement que les fournisseurs et de décider qu'à  
« l'avenir ils auront privilège pour leurs honoraires, non seule-  
« ment pour les soins qu'ils auront donnés au débiteur lui-même,  
« mais aussi aux membres de la famille vivant avec lui, attendu  
« que les motifs d'humanité sur lesquels ce privilège est fondé  
« s'appliquent avec la même force au débiteur lui-même qu'à  
« tous les membres de sa famille. »

Voici sa conclusion :

« En conséquence, votre commission a l'honneur de proposer  
« au Sénat de renvoyer cette pétition, et les modifications qu'elle  
« demande à l'article 2101 du code civil, à M. le Garde des  
« sceaux, en la recommandant à tout son intérêt, et convaincue  
« qu'il vaudra bien faire droit à une demande qui est comman-  
« dée à la fois par la logique, par le bon sens et par l'humanité. »

(*Journal officiel du 25 juillet 1885*).

Après un rapport aussi favorable et dont les conclusions avaient

(1) Rapport de M. Libert, sénateur, *Journal officiel du 25 juillet 1885*.

(2) M. le Dr A. Foville.

été adoptées sans opposition au Sénat, nous avions tout lieu de croire que la section de législation du Conseil d'Etat, à qui, naturellement, elle devait être soumise, émettrait, elle aussi, une opinion favorable et que nous obtiendrions gain de cause.

Mais il y avait encore loin de la coupe aux lèvres ..; en effet, quelques jours après nous apprenions, par les journaux politiques d'abord, puis par la *Gazette hebdomadaire de médecine* (numéro du 21 mai 1886), que : « malgré l'avis conforme du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la section de législation et l'assemblée générale du Conseil d'Etat ont successivement émis une opinion défavorable, et que l'on n'a pas cru devoir accorder aux médecins un privilège quelconque en ce qui concerne les honoraires à réclamer à un failli. »

Une autre pétition soumise au Conseil d'Etat en même temps que la nôtre demandant : « que la prescription édictée par l'article 2272 pour les créances médicales fût étendue d'un an à cinq ans ou subsidiairement à deux ans pour les maladies aiguës, et cinq ans pour les maladies chroniques, » n'eut pas un meilleur sort.

Le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire* ajoutait : « On nous informe que le Conseil d'Etat s'est surtout montré blessé de la publicité qui avait été donnée au rapport de sa section de législation, ainsi que de la demande d'avis que le Ministre du commerce et de l'industrie avait adressée au Comité consultatif d'hygiène publique. Dès la rentrée du Parlement, des propositions de loi, émanant soit de l'initiative parlementaire, soit du Gouvernement, réclameront ces réformes. »

Désirant être édifié sur le bien fondé de ces dernières lignes, nous nous adressâmes à un de nos confrères qui fait partie de la députation de la Seine-Inférieure et le priâmes de s'informer auprès du *Groupe médical* de la Chambre si l'intention que lui prêtait le rédacteur de la *Gazette hebdomadaire* était bien réelle. Cet obligeant confrère <sup>(1)</sup> nous répondit qu'il avait entretenu quelques-uns de ses collègues de la pétition déjà rapportée au Sénat, et que M. le D<sup>r</sup> Chevandier, député, président de la commission chargée de l'étude du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine, lui avait promis de l'incorporer dans son travail, « sinon, ajoutait-il, nous ferons de ces réformes qui nous intéressent tous l'objet d'un amendement qui sera certainement adopté par la commission, du moins son président m'en a donné l'assurance. »

(1) M. le D<sup>r</sup> Lesouëf.

Il nous engageait enfin à intéresser directement les Membres de la commission par l'envoi à chacun d'un exemplaire de notre pétition en temps opportun.

Nous avons l'espoir que M. le D<sup>r</sup> Chevandier ne se refusera pas à introduire dans le projet de loi en question la juste revendication que nous demandons et qu'elle fera corps avec l'ensemble du travail de la commission, à côté de la demande de l'abrogation de l'article 2272 du code civil, qui a trait à la prescription des honoraires des médecins, qu'elle contient déjà <sup>(1)</sup>.

Le Conseil d'Etat, en repoussant ensemble ces deux révisions de la loi, a établi une connexité inséparable entre les deux pétitions. Tel est l'état actuel de la question.

La commission chargée de l'étude du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine est saisie, et nous avons tout lieu de croire que, le Groupe médical de la Chambre aidant, la Chambre des Députés ne refusera pas au corps médical de sanctionner par une loi ces deux revendications si logiques et si justes.

---

## REVUE MÉDICALE

---

### **Ptomaines et leucomaines.**

---

Cinq mois durant, l'Académie de médecine a poursuivi une discussion dont le point de départ, je dirais mieux peut-être le prétexte, a été une communication d'un éminent chimiste, M. Gautier, sur les poisons fabriqués par l'organisme vivant. Il nous semble bien que, d'une part, l'intervention de trop d'accoucheurs et la généralisation trop hâtive que des orateurs d'ailleurs éminents ont exposée, d'autre part, les objections toutes d'à côté qui ont été opposées aux résultats de M. Gautier, sont venus obscurcir la question bien plus que la développer, et que finalement la prolongation d'une brillante joute oratoire n'a réussi qu'à rendre assez vague l'impression produite dans les esprits par des faits d'une portée considérable.

Aussi voulons-nous, comme nous l'avons fait pour d'autres questions, essayer de mettre en lumière les vérités acquises dès à présent et les espérances légitimes que l'on peut concevoir au sujet de leur application à la médecine pratique.

---

(1) Proposition de loi sur l'exercice de la médecine, page 14. Voir *Normandie médicale*, n° 5, 1886.

I. L'origine de ces recherches qu'il est permis, suivant le mot final de M. Gautier, de prévoir si « fécondes pour la médecine de l'avenir », est dans la découverte des ptomaines, et remonte à 1872. Avant cette époque, c'était un article de foi que seuls les végétaux étaient doués de la faculté d'élaborer des alcaloïdes « toxiques » ; il en résultait que toute substance de ce genre extraite par les méthodes classiques, au cours d'une expertise médico-légale, était réputée avoir été introduite criminellement pendant la vie.

Simultanément, M. Gautier à Paris, et Selmi, à Bologne, découvrirent que les tissus animaux, en se putréfiant, étaient capables de donner naissance à des substances ayant la même constitution chimique et les mêmes propriétés. M. Gautier avait opéré directement en faisant putréfier de la fibrine du sang, tandis que Selmi, découvrant dans des viscères de cadavres des alcaloïdes qu'il ne parvint à identifier avec aucun de ceux qui étaient alors connus, était amené à penser que leur formation devait avoir lieu dans les cadavres eux-mêmes. Ces substances reçurent le nom de *ptomaines*, qui signifie simplement *bases cadavériques*. Le retentissement de ces travaux fut immense, car leur application à la médecine légale était extrêmement importante, et on ne pouvait penser sans émotion aux erreurs judiciaires que l'ignorance de ces faits a dû nécessairement amener.

Les recherches faites depuis quelques années ont réussi à fixer pour plusieurs de ces substances leur composition chimique et à élucider leurs propriétés physiologiques. Parmi elles, il en est qui présentent, surtout au point de vue des réactions chimiques, des points de ressemblance très frappants avec des alcaloïdes végétaux vénéneux, en particulier la morphine, la codéine, l'atropine, etc., cependant il n'en est aucune jusqu'ici qui ne puisse être définie et reconnue : il n'y a jamais identité, ni de composition, ni de propriétés.

Quant à leur mode de formation, nous avons déjà indiqué qu'elles sont toutes le résultat de la putréfaction des matières albuminoïdes ; cette putréfaction a pour agents des ferments animés, vibrions et bactériens qui décomposent les albuminoïdes en leur enlevant de l'oxygène. Toutes les matières albuminoïdes donnent donc lieu à la formation de ptomaines, bien que ce nom dût être

---

(1) On sait qu'on désigne sous le nom d'alcaloïdes, des combinaisons azotées capables de s'unir aux acides à la façon de l'ammoniaque et de former avec eux des combinaisons définies qui constituent de véritables sels. La chimie en produit artificiellement un grand nombre.

évidemment réservé, de par l'étymologie, à celles qui résultent de la décomposition cadavérique.

Un fait des plus importants et des plus intéressants, c'est qu'un grand nombre de bactériens prenant part au travail de la décomposition putride, chaque espèce agit différemment et produit des ptomaines différentes ; aussi ne trouve-t-on pas les mêmes substances aux diverses époques de la putréfaction. Il semble aussi que les mêmes espèces de bactéries donnent des produits différents, suivant les terrains où on les cultive, suivant qu'il s'agit de la putréfaction de viandes de mammifères ou de poissons. Toutefois, généralement, les espèces bactériennes les plus puissantes et les mieux armées finissent par l'emporter, et certaines bases se retrouvent partout, quelques soient la nature de l'albuminoïde qui fermente et les hasards de l'ensemencement spontané du début.

II. A l'encontre des ptomaines, M. Gautier a désigné sous le nom de *leucomaines* des alcaloïdes que l'on peut extraire des tissus de l'homme et des animaux *vivants* et qui se produisent *durant la vie normale* ; le nom de λευκομαα, blanc d'œuf, se borne à rappeler que ces alcaloïdes dérivent tous des substances albuminoïdes animales.

On peut dire qu'avant d'arriver à la connaissance de ces derniers produits qui sont la nouveauté de la dernière communication de M. Gautier, il y a eu une sorte de période transitoire.

Après la démonstration et la reconnaissance des ptomaines cadavériques, il est venu à la pensée de rechercher si les excréments ne contenaient point de substances analogues.

Cela était *à priori* d'autant plus vraisemblable que la toxicité de l'urine était admise comme amenant, en cas de résorption, les divers troubles nerveux caractérisant l'urémie.

M. Bouchard fit connaître que des alcaloïdes existent en minime proportion dans les urines humaines normales et de plus, qu'ils augmentent très notablement au cours de certaines maladies infectieuses, dans la fièvre typhoïde, par exemple. Il pensa que ces alcaloïdes se formaient dans le tube intestinal où on les retrouve souvent en abondance, et que partiellement absorbés, ils sont éliminés par les reins. M. Gautier rechercha et retrouva les mêmes substances dans les produits des glandes venimeuses des ophiidiens, puis dans la salive, dans les sécrétions glandulaires des vers à soie.

Mais, évidemment, pour intéressants qu'ils fussent, ces produits paraissaient pouvoir rentrer dans la même classe que les ptomaines.

nes; si le tube digestif était leur lieu de formation, ils étaient sans doute le résultat de la putréfaction des matières qui y sont contenues; les tissus n'étaient pour eux qu'un lieu de passage; le danger consistait dans leur absorption et la possibilité d'une production trop considérable; et telle était bien l'opinion de M. Bouchard, qui appuyait sur ces données la nécessité de la désinfection du tube digestif, en particulier dans la fièvre typhoïde.

Mais on pouvait se demander au contraire si ces alcaloïdes n'étaient pas produits par l'organisme vivant lui-même, dont les cellules agiraient comme les agents vivants de la fermentation putride, et *putréfactivement*, suivant l'expression de M. Gautier. Déjà la même hypothèse s'était posée pour les ptomaines, car deux chimistes italiens avaient objecté à Selmi que tout ou partie des alcaloïdes qu'il retirait des matières putréfactives pourrait bien préexister durant la vie.

M. Gautier vient affirmer hautement aujourd'hui que la formation d'alcaloïdes toxiques est une *fonction* chimique importante de tous les tissus animaux. Il a expérimenté dans ces recherches sur le tissu musculaire, qu'il a choisi, « parce qu'il est un des « tissus les plus homogènes de l'économie, que sa fonction est « bien déterminée et qu'il ne représente pas, comme le foie, la « rate et le sang, une totalisation de fonctions diverses ou mal « déterminées. » De plus, on peut facilement s'en procurer de grandes quantités, et les produits d'excrétion de ces organes sont aussi en plus grande quantité que pour tout autre.

En analysant le suc musculaire de grandes quantités de viandes fraîches, M. Gautier en a retiré cinq alcaloïdes nouveaux, parfaitement définis et cristallisés, agissant à la façon des alcaloïdes qu'il avait extraits des venins, mais moins actifs que les alcaloïdes cadavériques. Les différences qu'ils présentent avec ces derniers au point de vue de la composition et de l'action lui permettent d'ailleurs de les en différencier d'une manière certaine.

Pour démontrer comment cette formation est possible, M. Gautier fait observer qu'il a démontré antérieurement que l'organisme excrète plus d'oxygène qu'il n'en emprunte à l'air pendant la respiration et aux aliments. L'oxygène en excès (1/5 environ) provient donc des tissus eux-mêmes. Dans les dédoublements qui constituent la nutrition et la désassimilation, la vie en un mot, la plus grande partie des tissus s'oxyde donc, formant de véritables combustions internes, et une partie se désoxyde, vivant à la façon des ferments putrides. C'est ainsi qu'il a pu dire que nous vivons en partie *putréfactivement*, ce qui ne veut pas dire

que nous sommes habités par les agents de la putréfaction, mais qu'une partie de nos cellules agit chimiquement, vit comme les ferments putrides, en absorbant l'oxygène et produisant ainsi des dédoublements spéciaux (ce que M. Pasteur appelle la vie anaérobie). Cette explication rattache de la manière la plus évidente la formation des leucomaines à celle des ptomaines.

Enfin, M. Gautier ajoute que, quelque actifs que soient ces poisons sur l'économie, il s'est convaincu pendant ses recherches qu'il existe à côté d'eux d'autres substances également azotées, mais non alcooliques, qui les accompagnent toujours et qui sont douées d'une *activité bien autrement grande*.

On voit quelle place prendra sans nul doute la chimie biologique quand elle se sera complétée ; nous verrons dans un prochain article quelles applications pratiques on peut en faire aujourd'hui ou prévoir sans passion et sans parti-pris.

A. CERNÉ.

---

## RECUEIL DE FAITS

### Quelques observations au sujet de la vaccine (1)

PAR PAUL VALIN,

Interne à l'Hospice-Général de Rouen.

#### *Inoculations vaccinales successives.*

Dans un des derniers numéros de la *Normandie médicale*, je citais une observation d'un enfant chez lequel la variole et la vaccine avaient évolué simultanément. Pour expliquer ce fait, ne peut-on pas supposer que le virus vaccinal a besoin, avant d'imprégner complètement l'organisme, de subir une sorte d'élaboration, élaboration qui aurait lieu au niveau des piqûres et pendant la durée de laquelle l'individu serait aussi peu réfractaire qu'avant toute inoculation ?

Cette explication n'est-elle pas admissible pour expliquer la période pour ainsi dire latente qui caractérise le début de la syphilis ? En effet, si l'on inocule la syphilis à un individu en le piquant en un endroit quelconque avec une lancette chargée de pus recueilli sur des plaques muqueuses, si le lendemain et les jours

---

(1) Voir la *Normandie médicale*, numéro 11, 1886.

suivants on répète l'inoculation sur d'autres points, au bout de quelque temps on obtient en ces points des chancres indurés parfaitement caractérisés. Il arrive un moment où l'inoculation reste sans effet, c'est alors seulement que l'on peut dire que le sujet est réellement syphilité.

Quant à la durée de cette période pendant laquelle les inoculations réussissent, on l'ignore encore, parce que l'expérience a été faite sur un nombre trop restreint de sujets pour qu'on puisse en déduire quoi que ce soit de certain.

Le seul cas que j'aie pu retrouver est celui cité par Puche: il fit à un sujet indemne de syphilis 2 inoculations à 22 jours d'intervalle et obtint 39 jours après la première et 17 jours après la seconde deux chancres indurés et plus tard la roséole.

Pour la vaccine, c'est tout autre chose. L'expérience est facile à réaliser et je l'ai faite récemment sur un enfant du service de M. le D<sup>r</sup> Ballay, à l'Hospice-Général.

Le nommé B... (Louis), âgé de 13 ans, est vacciné par moi le 4 juin au soir avec du vaccin conservé en tube. Je lui fais à chaque bras une piqûre.

Le 6 juin, au matin, c'est-à-dire environ 36 heures après la première inoculation, je lui fais de nouveau une piqûre à chaque bras en ayant soin de les marquer d'une lettre au crayon dermatographique.

Le 7 juin, matin, c'est-à-dire 24 heures après la seconde, nouvelle piqûre à chaque bras.

Les 8, 9, 10 et 11 juin, même répétition, de sorte que j'ai fait à cet enfant 7 piqûres à chaque bras.

Toutes ces piqûres ont donné lieu à de belles pustules, sauf toutefois les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> piqûres qui n'ont rien donné. Sur les autres j'ai recueilli du vaccin dans des tubes et j'ai vacciné d'autres enfants avec succès.

De là on peut conclure que, du 4 juin au 9 juin, c'est-à-dire du premier au cinquième jour à partir de la vaccination, le sujet n'a pas été rendu réfractaire à une nouvelle vaccination, et qu'il n'a acquis une immunité réelle qu'à partir du cinquième jour, ce qui revient à dire que la vaccine a besoin de subir une certaine élaboration avant d'imprégner l'individu.

Cette expérience a besoin d'être répétée, et nous nous proposons de le faire prochainement, si nous trouvons un sujet convenable. Néanmoins le fait que nous rapportons ici est positif et il ne reste plus qu'à savoir combien de temps dure la période d'élaboration.

#### *Injection vaccinale hypodermique.*

La vaccination par un procédé autre que la vaccination sous-épidermique a été tentée par quelques expérimentateurs, entre

autres Chauveau. Ils ont essayé de vacciner des animaux en faisant absorber le vaccin par les voies respiratoires, par les voies digestives, par le tissu cellulaire sous-cutané, par les vaisseaux lymphatiques, par les vaisseaux sanguins. Toutes ces expériences faites sur des animaux (chevaux, veaux) ont réussi à produire des éruptions la plupart du temps sur un point éloigné du point d'inoculation.

Je ne crois pas que de semblables expériences aient été faites sur l'homme, et l'on peut se demander, au cas où l'on injecterait de la lymphe vaccinale dans le tissu cellulaire sous-cutané, si l'on obtiendrait des boutons de vaccine ou des éruptions vaccinales en un point quelconque du corps. M. le D<sup>r</sup> Bourgeois, médecin militaire, qui a fait dans le *Bulletin général de Thérapeutique* (avril 1884), une étude de la vaccination sous-épidermique, prétend que le système cutané possède exclusivement l'aptitude à accepter et à faire proliférer le virus vaccinal; il se refuse donc à admettre que le virus injecté dans le tissu cellulaire puisse produire des boutons de vaccine, à moins qu'il n'y ait eu pénétration du vaccin dans les couches superficielles lors du passage de l'instrument, ou reflux de la lymphe vaccinale dans la partie épidermique de la plaie. L'immunité pourrait cependant, d'après lui, être acquise par l'inoculation ou par l'injection dans le tissu conjonctif sous-cutané en l'absence de toute manifestation extérieure. — Cette opinion nous paraît au moins trop absolue et on peut supposer que, si un homme vacciné par la méthode hypodermique peut acquérir l'immunité sans présenter de manifestation extérieure, il pourrait aussi se présenter des cas où l'injection donne lieu à une véritable éruption de pustules vaccinales comme cela s'est vu dans les expériences de Chauveau sur les animaux.

Nous avons pratiqué une fois la vaccination hypodermique sur un enfant, et nous en relatons ici l'expérience dans ses détails. Malheureusement cette expérience n'a pu être complète, comme on le verra plus loin, et par conséquent elle ne peut être la preuve irréfutable de l'opinion que nous émettons ici; néanmoins elle lui donne un certain poids et c'est pourquoi nous la relatons :

Le sujet était l'enfant L..., âgé de 5 ans, non vacciné.

Le 24 février, je fis un mélange à parties égales de glycérine pure et d'eau distillée. Dans 2/3 de centimètre cube environ de ce mélange, je versai le contenu de 5 tubes de vaccin recueilli depuis peu de temps. J'introduisis ce mélange dans une seringue de Pravaz et l'injectai dans le tissu cellulaire sous-cutané de la partie externe du bras gauche au niveau de l'insertion deltoïdienne en prenant toutes les précautions voulues pour ne pas contaminer les bords de la plaie faite par l'aiguille au derme.

Les suites de l'opération furent très simples. Pendant quelques jours, il y eut un œdème généralisé du bras gauche, la température oscilla entre 37°,5 et 38°. — Au niveau de la piqûre on sentait dans le tissu cellulaire un noyau induré de la grosseur d'une amande.

Le 2 mars, une éruption de petites papules apparaît à la partie supérieure des cuisses, sur le scrotum et la verge et à la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure. Les jours suivants, cette éruption devient vésiculeuse, les vésicules sont petites, ombiliquées, remplies de liquide incolore, c'est-à-dire, à part leurs petites dimensions, très semblables à des vésicules de vaccin au 8<sup>e</sup> jour.

Le 7 mars, je pris du liquide dans une de ces vésicules et l'inoculai à un enfant non vacciné.

Les jours suivants, les vésicules se desséchèrent et disparurent en laissant comme trace une coloration brunâtre de la peau, semblable à la coloration que laissent les boutons de varioloïde.

Au niveau de la piqûre faite au bras gauche il se forma une petite escharre qui s'élimina assez vite et au-dessous de laquelle on vit une plaie de bon aspect qui marcha rapidement vers la cicatrisation.

Je me proposais de vacciner de bras à bras le sujet de cette expérience pour voir si l'inoculation réussissait, mais je ne pus le faire, car sur ces entrefaites il contracta la rougeole, puis fut pris de broncho-pneumonie et mourut.

L'enfant vacciné le 7 mars avec de la lymphe prise sur des vésicules quitta l'hôpital à mon insu et je n'ai pu le retrouver pour savoir si l'inoculation avait réussi.

Bien que ces deux preuves de la légitimité de la vaccination hypodermique m'aient fait défaut, je persiste néanmoins à croire que l'éruption qui se présenta le 2 mars sur ce sujet était bien une éruption vaccinale.

---

## MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

### Emploi local de la cocaïne dans les accouchements.

Parmi les nombreuses applications de la cocaïne, celle-ci nous semble mériter une mention toute particulière, vu les inconvénients des anesthésiques généraux et souvent leur infidélité.

Voici comment l'emploi devrait être réglé :

Le chlorhydrate de cocaïne doit être employé en solution aqueuse, et non en pommade, car dans ce dernier cas les résultats sont moins nets. La meilleure solution est une solution au

20°, c'est-à-dire 5 %. Les solutions plus fortes ne donnent pas des résultats plus avantageux, et, plus faibles, 3 %, elles sont souvent infidèles.

A la première période de l'accouchement, on peut se servir d'un spéculum à travers lequel on badigeonne le col de l'utérus, les culs-de-sac vaginaux et les parois du vagin au moyen d'un pinceau ou même d'un tampon de ouate préalablement trempé dans une solution, et qu'on laisse ensuite à demeure.

A la seconde période, le spéculum est inutile; on introduit le tampon directement en ayant soin de le mettre en contact avec toute la muqueuse du vagin et de la vulve.

Il va sans dire que cette opération doit être faite à plusieurs reprises jusqu'à ce que l'insensibilité soit obtenue; car il faut tenir compte de la sécrétion abondante de mucus qui a lieu à ce moment, et qui gêne un peu l'absorption en entraînant le liquide analgésiant. (*Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*).

## NOUVELLES

**Ecole de médecine de Caen.** — M. Delouey, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Denis Dumont, décédé.

M. Simon, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Delouey, appelé à d'autres fonctions.

**Ministère de la guerre.** — Le ministre de la guerre a décidé, le 20 juin 1886, que l'appel des médecins de réserve, en 1886, aurait lieu dans les conditions suivantes :

100 médecins aides-majors de deuxième classe de réserve seront appelés, à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

10 (5 par division) dans chacun des 12<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> corps.

8 (4 par division) dans chacun des 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 14<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> et 17<sup>e</sup> corps.

4 (4 par division) dans le 4<sup>e</sup> corps, dont une seule division fait manœuvre.

4 dans le 2<sup>e</sup> corps (2 pour chacune des 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> divisions de cavalerie indépendante).

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils appartiennent, parmi ceux qui n'ont pas été encore convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade.

La durée de présence des médecins de réserve, y compris le temps du voyage, aller et retour, sera celle des manœuvres auxquelles ils prendront part : vingt jours dans les corps d'armée qui feront des manœuvres d'ensemble; quinze jours dans ceux qui feront des manœuvres de division, et douze jours dans les divisions de cavalerie indépendante.

**Nécrologie.** — M. le Dr Heuchel, de Rouen, qui avait quitté depuis trois ans Cernay (Alsace), pour venir habiter notre ville.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ERYSIPÈLE	AFF. PURP.
<b>Rouen (105,908 hab.)</b>									
Du 20 au 26 juin . . .	57	13	1	1					
Du 27 juin au 3 juillet .	50	14					1		
<b>Havre (105,867 hab.)</b>									
Du 20 au 26 juin . . .	56	18					1		
Du 27 juin au 3 juillet.	61	20		2		3	1		1
<b>Elbeuf (23,152 hab.)</b>									
Du 20 au 26 juin . . .	13	5							
Du 27 juin au 3 juillet .	8	2							
<b>Dieppe (22,003 hab.)</b>									
Du 20 au 26 juin . . .	13	4							
Du 27 juin au 3 juillet.	4	1							
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 20 au 26 juin. . .	18	8		3					1
Du 27 juin au 3 juillet.	11	6		1					1

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 20 au 26 juin :  
*Variole*, 2 entrées, 1 décès ; *rougeole*, 5 entrées (militaires) ; *diphtérie*,  
 3 entrées.

Du 27 juin au 3 juillet :  
*Variole*, 1 entrée, 1 décès ; *rougeole*, 2 entrées (militaires) ; *diphtérie*,  
 1 entrée, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 20  
 au 26 juin :

*Rougeole*, 13 ; *diphtérie*, 3.

Du 27 juin au 3 juillet :

*Rougeole*, 8 ; *scarlatine*, 4 ; *fièvre typhoïde*, 1 ; *diphtérie*, 1 ; *coque-  
 luche*, 1.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : Note sur les épidémies de variole à la prison de Rouen, par le D<sup>r</sup> Delabost. — *Démographie* : Natalité et mortalité en Normandie. — *Recueil de faits* : Note sur une péritomie au thermocautère, par le D<sup>r</sup> Le Clerc. — *Correspondance* : D<sup>r</sup> Auger (de Bolbec). — *Variétés* : De la réclamation en justice des honoraires du médecin. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

### **Note sur les épidémies de variole et les revaccinations dans les prisons de Rouen, depuis 1864,**

Par le D<sup>r</sup> MERRY DELABOST.

Depuis la découverte de Jenner, la vaccine a rendu de tels services qu'il semblerait que ses mérites ne fussent plus discutables, et pourtant ils sont encore discutés. Non-seulement on l'a accusée, sans la moindre preuve, de devenir l'occasion du développement de maladies, comme la fièvre typhoïde; non-seulement on lui reproche, non plus sans preuve, mais avec une grande exagération, de servir de voie de transmission à la syphilis; — mais encore quelques-uns vont jusqu'à lui dénier sa vertu préservatrice de la variole.

Il n'est donc pas inutile d'apporter de nouvelles preuves de son efficacité, car maintenant encore on peut répéter ce que disait Trousseau il y a 25 ans (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu) : « L'étude de la variole reprend aujourd'hui une grande importance, et cette importance grandira probablement de plus en plus, en raison de la négligence que l'on apporte dans la pratique des revaccinations, pratique recommandable s'il en fut jamais, mais rejetée par un grand nombre de médecins et non acceptée par toutes les familles. »

S'il est des endroits particulièrement favorables à cette démonstration, ce sont assurément les prisons; leur population, condensée et séquestrée, suivant une heureuse expression du D<sup>r</sup> Foville, donne, en effet, à l'observation la rigueur et la précision d'expériences de laboratoire, et fournit des résultats d'une netteté absolument démonstrative.

Depuis 22 ans, j'ai assisté à sept épidémies de variole dans la prison de Rouen, en 1864, 1868, 1870, 1876, 1880, 1881 et 1886. Toutes ces épidémies ont concouru à fortifier chez moi la foi

dans l'efficacité des revaccinations ; mais ce sont surtout les quatre dernières qui fournirent des preuves, par la raison que mes documents sont moins complets, et par suite, moins probants pour les trois autres, pendant lesquelles je n'étais pas encore chargé de la direction du service de santé.

La plus importante de ces épidémies, sous tous rapports, durée, gravité, nombre de malades et de décès, etc., fut la première, celle de 1864 ; commencée le 10 août, elle ne se termina qu'à la fin de décembre, atteignit 103 personnes, dont 3 gardiens, l'aumônier et une religieuse-surveillante, et occasionna 12 décès. Mais il convient de rappeler les conditions absolument défavorables de l'installation des infirmeries à cette époque.

La prison de Bonne-Nouvelle, inaugurée en 1860, est construite sur le type des prisons modernes, à forme rayonnante ; en 1864, l'infirmerie des hommes était encore située au centre des rayons, c'est-à-dire à l'endroit où, par suite du rapprochement et de la hauteur des bâtiments, le soleil et l'air pénètrent le plus difficilement ; elle était pourvue des mêmes moyens d'éclairage que le reste de la prison, c'est-à-dire de petites fenêtres grillées, placées à plus de 2 mètres du sol et mesurant environ 1 mètre carré de superficie.

On conçoit aisément les inconvénients multiples de semblables dispositions : insuffisance d'aération, de lumière, de soleil ; prodigieuse facilité d'extension du fléau, le foyer épidémique se trouvant juste au centre de la population, etc. Mais ce qu'on ne peut se figurer, c'est l'odeur nauséabonde et l'impression de dégoût qui se dégageaient de ces salles lorsque plus de 50 varioleux s'y trouvaient réunis, ainsi que cela eut lieu en novembre ; depuis 22 ans, je n'ai pu l'oublier. Heureusement, le 13 décembre, une nouvelle infirmerie, vaste, bien orientée, recevant le soleil et l'air par de larges fenêtres, et placée à l'extrémité de l'aile centrale, fut livrée aux malades ; cette amélioration importante de l'hygiène joignit ses effets à ceux des nombreuses vaccinations qui avaient été pratiquées à diverses reprises ; après avoir eu 56 cas de variole en novembre, nous n'en eûmes plus que 10 en décembre, et l'épidémie s'éteignit.

En 1868, alors qu'il n'y avait pas d'épidémie en ville, il y eut à la prison 39 cas de variole, dont 3 suivis de mort. Ils sont ainsi répartis : 2 en janvier, 2 en février, 8 en mars, 11 dans la première quinzaine d'avril. Le 10 avril, nous pratiquâmes environ 900 vaccinations. Il y eut encore 8 cas en avril, 7 en mai et 1 en juin ; parmi ces derniers se trouve une détenue atteinte le 3 mai,

et qui avait obstinément refusé de se soumettre à l'inoculation ; les autres cas étaient très-légers ; 3 malades présentèrent en même temps des pustules de vaccine et de variole.

En 1870-71, une terrible épidémie de variole sévissait non-seulement sur la ville de Rouen, mais sur presque toute la France. Il y eut à la prison 1 premier cas en septembre, puis 4 en novembre, 25 en décembre ; 24 en janvier, 3 en février, 1 en mai, en tout 58 : 6 décès. Je ne saurais préciser le nombre et l'importance des vaccinations qui furent faites. Nous étions alors en pleine invasion ; d'autres préoccupations m'empêchèrent d'en prendre note : l'impression qui est restée chez moi de leur utilité s'appuie sur des souvenirs et non sur des données écrites.

Il n'en est plus de même pour les quatre dernières épidémies. Trois d'entre elles, celles de 1876, 1880 et 1881, ont fait l'objet d'une étude publiée dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale en 1882*. — Je me bornerai ici à leur faire quelques courts emprunts :

En 1876, il y eut un cas en mai, 4 en juin, 7 en juillet ; aucun ne fut suivi de mort.

Le 28 juillet, avec l'aide de MM. les D<sup>r</sup> Rousselin, Ballay et Quentin, je fis 609 vaccinations ; — le 6<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour après cette opération, deux jeunes détenus entrèrent à l'infirmerie atteints d'une variole très légère et portant, l'un une pustule vaccinale, l'autre deux.

(Ils étaient assurément, au moment de l'inoculation vaccinale, dans la période d'incubation de la variole).

L'épidémie était terminée.

Trois sujets atteints d'éruption furent encore admis, il est vrai, les 11, 16 et 30 août, et purent un moment faire craindre un retour offensif de la maladie ; mais il ne s'agissait que de varioles insignifiantes.

En 1880, nous observons d'abord 3 cas isolés, (le 24 avril, le 29 mai et le 23 juin) ; puis 7 cas en juillet. Le 29 juillet et le 4 août, 307 détenus sont vaccinés ; ce commencement d'épidémie s'éteint immédiatement, sans avoir fait de victimes. L'année suivante, la variole prend des proportions assez rapidement inquiétantes ; 2 cas se manifestent en avril ; 5 du 1<sup>er</sup> au 15 mai ; 18 du 15 au 31 ; 39 dans la première quinzaine de juin : 4 déterminèrent la mort.

Le 11 juin, 931 vaccinations sont pratiquées, à la suite desquelles on voit seulement 9 varioloïdes contractées déjà au moment des inoculations, et l'affection disparaît définitivement.

La dernière épidémie est de date récente. Le 9 février 1886, un

nommé Sw.... entra à l'infirmerie avec une varioloïde; il était depuis plusieurs mois à la prison; j'acquis la certitude qu'aucun détenu se trouvant dans la période de desquamation de la variole n'y était entré récemment; Sw.... n'avait donc pu contracter cette maladie par contamination directe d'homme à homme; mais il y avait quelques cas de variole à Rouen même, et une sérieuse épidémie dans la vallée de Maromme; Sw.... était à l'atelier de chiffons, il se pouvait que ceux-ci fussent les agents de transmission; aussi fut-il recommandé à l'entrepreneur de surveiller attentivement leur provenance, de proscrire ceux qui proviendraient de localités contaminées, et de ne livrer au travail des détenus que ceux dont la propreté ne serait pas douteuse.

Toutes les précautions furent prises pour éviter que Sw.... ne devint un foyer de contagion. Il fut isolé jusqu'à parfaite guérison; ses linges et vêtements soigneusement mis à part, soumis aux vapeurs sulfureuses, etc. Après sa guérison, Sw.... devint infirmier. Il n'y eut, ni à cette époque, ni plus tard, aucun cas développé dans l'infirmerie même. Jusqu'au 19 mars, aucune variole nouvelle ne se manifesta; à cette date, on reçoit à l'infirmerie un nommé H...., écroué le 6 mars, et venant de l'atelier des chiffons; puis le 25, P...., écroué le 10 mars (atelier des prévenus), et Th...., écroué le 29 novembre (atelier des chiffons).

Le 27, M...., écroué le 19 février (atelier des prévenus).

La période d'incubation de la variole pouvant exceptionnellement atteindre une quinzaine de jours, H.... et P.... portaient peut-être le germe de l'affection au moment de leur incarcération, mais il n'en était pas de même des deux autres, dont l'écrou remontait à plus d'un mois pour l'un, à quatre mois pour l'autre. La filiation de ces cas nous échappait complètement; il en fut d'ailleurs ainsi pendant toute la durée de l'épidémie; tous les ateliers successivement fournirent leur contingent de malades sans qu'un seul cas de contagion directe ait pu être constaté. Les quatre détenus furent, avec l'autorisation de M. le Préfet, transférés dans les pavillons d'isolement de l'Hôtel-Dieu; mais cette mesure, qui fut ultérieurement étendue à quatre autres, ne put conjurer le développement de l'épidémie, dont la marche se résume ainsi : 1 cas en février; 5 en mars; 5 dans la 1<sup>re</sup> quinzaine d'avril; 7 dans la 2<sup>e</sup> quinzaine; 13 dans la 1<sup>re</sup> quinzaine de mai; 7 dans la 2<sup>e</sup> quinzaine; 4 du 1<sup>er</sup> au 3 juin; 1 le 14 juin; — 3 décès, dont 1 à l'Hôtel-Dieu.

Des inoculations vaccinales furent entreprises de bonne heure, mais, par suite d'insuccès, ou de départs prématurés de sujets

qui auraient pu fournir du vaccin, elles ne furent pas, dès le début, aussi nombreuses et suivies que je l'aurais désiré. Il y eut 2 sujets (enfants) vaccinés le 11 février; 3 (enfants) le 18 février; 24 le 2 avril; 29 le 9; 1 le 17; 4 le 4 mai; 3 le 8.

Le 15 mai, je vaccinaï une génisse, avec laquelle je comptais faire une vaccination générale; mais l'animal fut pris de diarrhée, et, bien que ses pustules parussent se développer normalement, elles étaient entièrement *desséchées*; il fut *impossible* de s'en servir.

Le 26 mai, avec l'assistance obligeante de M. Philippe, vétérinaire départemental, et de M. le D<sup>r</sup> Gargam, je vaccinaï 338 détenus, et une autre génisse, au moyen de laquelle, avec les mêmes aides et le D<sup>r</sup> Debout, je pratiquai, le 31, 411 vaccinations.

Les 27 et 29 mai, 1<sup>er</sup>, 2 et 3 juin, six détenus qui, étant données les dates, se trouvaient évidemment, au moment de leur vaccination, dans la période d'incubation de la variole, furent pris de cette maladie; cinq d'entre eux n'eurent qu'une varioloïde très légère; le sixième eut une varioloïde cohérente. Chez ce dernier ainsi que chez l'un des autres, l'inoculation vaccinale donna lieu à de belles pustules dont l'évolution ne fut pas modifiée par l'éruption variolique, ainsi qu'on l'observe quelquefois <sup>(1)</sup>.

À dater du 3 juin, l'épidémie était terminée.

Cependant, le 14 juin, un détenu, le nommé W....., entra en encore à l'infirmerie, atteint de variole; mais ce cas fournit bien l'argument le plus irréfutable en faveur de l'utilité et de l'efficacité des vaccinations; W..... m'avoua, en effet, qu'employé au service général, il avait trouvé le moyen de se soustraire à l'obligation commune.

Ainsi donc les revaccinations générales sont immédiatement suivies de la disparition de l'épidémie (sauf les cas en incubation). *Un seul sujet fait exception, et c'est le seul détenu qui n'ait pas été vacciné!*

Il est assurément inutile d'insister plus longuement sur l'importance de ce fait.

Le mouvement de la prison départementale est incessant et considérable (on en aura une idée quand j'aurai dit que le 30 juin je pratiquai encore 141 vaccinations chez les hommes récemment entrés, et 47 chez les femmes, et le 7 juillet encore une soixan-

---

(1) Chez l'un des malades de l'épidémie de 1831, et chez deux de l'épidémie de 1876, j'avais noté aussi le développement simultané des éruptions variolique et vaccinale, mais toutes les deux atténuées et à évolution très rapide, comme s'il y avait eu action réciproque de l'une sur l'autre.

taine, en laissant de côté ceux qui devaient sortir au bout de quelques jours). Les nouveaux arrivés, qui n'ont pas eu le bénéfice de la vaccination, peuvent fournir de faciles aliments au fléau; et c'est ainsi que parfois une épidémie qui semblait éteinte se rallume avec une nouvelle intensité. C'est ce qui eut lieu en 1864; l'épidémie paraissait terminée dans le quartier des femmes vers le milieu d'octobre, quand une fille P..., entrée le 17, atteinte de variole, créa un nouveau foyer, et devint l'occasion d'une recrudescence de la maladie.

Pour éviter qu'il en advint ainsi avec W..., je demandai son transfert immédiat au pavillon d'isolement de l'Hôtel-Dieu. Il ne se présenta plus un seul nouveau cas, et le service du transfèrement, qui avait été interrompu dans la crainte de porter la variole dans d'autres établissements pénitentiaires, put être repris à la fin de juin.

La maladie avait sévi seulement du côté des hommes et dans le quartier corectionnel qui y est annexé.

Une seule femme en fut atteinte; — elle était employée à la buanderie. Il est vraisemblable que le nombre des lessiveuses frappées par le fléau eût été plus considérable si, avant de leur être remis, le linge des varioleux n'avait été préalablement passé au soufre; mais il n'y a pas lieu de s'étonner que cette mesure ne les ait pas préservées toutes, puisque, à l'Hospice-Général, où le linge des malades atteints d'affections contagieuses est d'abord soumis à une température très élevée, dans des étuves spéciales très bien construites, divers cas de variole se sont déclarés également chez les buandières.

Le tableau ci-après résume les quatre dernières épidémies en démontrant nettement l'influence des revaccinations pratiquées en grand nombre sur leur disparition :

---

École de Médecine de Rouen. — Par arrêté en date du 8 juillet 1886, un concours s'ouvrira, le 13 février 1887, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

---

1876	1880	1884	1886.
mai..... 1 juin..... 4 juillet..... 7 12	avril..... 1 mai..... 1 juin..... 1 juillet..... 7 10	avril..... 2 mai { 1 <sup>re</sup> quinz. 5 2 <sup>e</sup> — 18 juin, 1 <sup>re</sup> — 39 64	février..... 1 mars, 2 <sup>e</sup> quinz. 5 avril { 1 <sup>re</sup> — 8 2 <sup>e</sup> — 7 mai { 1 <sup>re</sup> — 13 2 <sup>e</sup> — 7 juin..... 4 42
28 juillet, 609 re- vaccinations. 3 et 4 août, 2 va- rioloïdes. — CESSATION.	27 juillet et 4 août, 307 revaccinations. — CESSATION.	14 juin, 934 revac- cinations. 2 <sup>e</sup> quinz., 9 vario- loïdes. — CESSATION.	26 et 31 mai, 749 revaccinations. du 26 mai au 3 juin, 6 varioloïdes. — CESSATION. (sauf une variole dé- veloppée le 14 mai chez un détenu qui s'était soustrait aux revaccinations.

Nous ferons suivre cet article de l'exposé suivant, concernant l'épidémie de variole qui sévit à Marseille avec tant d'intensité. La même thèse s'y trouvera prouvée, *a contrario*, par les résultats qui suivent la négligence des vaccinations :

L'épidémie a débuté en juillet 1885 et a presque régulièrement augmenté; à la fin de décembre, il y avait 292 décès. Depuis lors, l'accroissement ne s'est pas arrêté; il y a eu 261 décès en janvier 1886, 313 en février, 381 en mars, 325 en avril, 262 en mai.

Or, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 1886, alors que se produisaient 955 décès, les bureaux de vaccination, installés dans les divers quartiers de la ville, n'ont vacciné que 325 personnes.

Voilà qui plaide singulièrement en faveur de la vaccine obligatoire. D'autre part, les antivaccinateurs n'ont pas lieu de se féliciter des résultats obtenus à Zurich où la vaccine, autrefois obligatoire, a cessé de l'être en mai 1883. Alors que les deux années précédentes donnent ensemble 7 décès par variole sur 1,000 décès généraux, résultat d'une petite épidémie, 1883 en donne 8; 1884, 11 1/2; 1885, 72; et le premier trimestre 1886, déjà 85! (La R.)

## DÉMOGRAPHIE

## Mortalité et natalité en Normandie.

Comme préface aux questions d'hygiène et de démographie que nous comptons traiter et voir traiter par nos correspondants, il nous paraît bon d'établir la situation générale des cinq départements de la Normandie, en ce qui regarde la natalité et la mortalité. Nous savons que ces chiffres bruts ne sont pas à l'abri de toute critique, mais ils donnent néanmoins un aperçu suffisant, surtout en les étayant de quelques remarques complémentaires.

Voici quels sont les chiffres de mortalité générale annuelle, pour 1,000 habitants, la moyenne étant faite par période décennale, depuis le commencement du siècle :

	1801 à 1810	1811 à 1820	1821 à 1830	1831 à 1840	1841 à 1850	1851 à 1860	1861 à 1869	1870 à 1881
Calvados.....	21	20	21	20.6	20.5	23.1	22.9	23.7
Eure.....	24	22	28	22	21.6	23.4	22.9	22.7
Manche.....	22	21	22	20.6	20.6	21.7	21.8	22.3
Orne.....	25	21	19	18.7	17.8	20.1	20.9	22.6
Seine-Inférieure.....	24	25	26	25.8	25.4	24.4	27.4	27.1

(Les années 1870 et 1871 ont été retirées de la statistique).

On peut se convaincre que, alors que la mortalité générale de la France diminuait sensiblement, celle de la Normandie ne variait que très peu, en plus ou en moins, sauf pour la Seine-Inférieure où elle a notablement augmenté. Aussi, le rang occupé pas nous dans les départements tend-il à se reculer ; ainsi :

Le Calvados occupe

successivement les	2°, 3°, 12°, 5°, 11°, 22°, 50°	rang (1).
L'Eure,	les 11°, 15°, 28°, 14°, 24°, 39°, 51°	—
La Manche,	les 7°, 6°, 15°, 6°, 12°, 16°, 38°	—
L'Orne,	les 17°, 5°, 2°, 1 <sup>er</sup> , 1 <sup>er</sup> , 2°, 25°	—
La Seine-Inf <sup>re</sup> ,	les 10°, 33°, 61°, 58°, 71°, 72°, 84°	—

Passons à la natalité. Pour 1,000 habitants, les naissances calculées de la même manière, sont annuellement de :

(1) Le dernier rang établi est celui de la période 1861-69. (Bastillon, in *Dict. Encycl. art. France*). Mais la variation doit être insignifiante pour la dernière période ; néanmoins, la mortalité s'est accrue pour le Calvados, la Manche et l'Orne.

	1801 à 1810	1811 à 1820	1821 à 1830	1831 à 1840	1841 à 1850	1851 à 1860	1861 à 1869	1872 à 1881
Calvados .....	24	22	22	21	19.3	19.7	19.7	20.4
Eure .....	26	25	24	21	19.5	19.6	19.6	18.9
Manche .....	26	26	24	23	22.3	21.8	21.3	22.2
Orne .....	26	25	23	21	19.4	19.2	18.8	19
Seine-Inférieure .....	28	29	31	29	28.4	29.1	29.5	29.4

La natalité a diminué dans tous les départements, sauf la Seine-Inférieure. Il est vrai qu'en France la marche générale a été la même, en sorte que voici les rangs occupés parmi les départements :

Le Calvados occupe successivement	les	1 <sup>er</sup> ,	1 <sup>er</sup> ,	2 <sup>e</sup> ,	3 <sup>e</sup> ,	1 <sup>er</sup> ,	5 <sup>e</sup> ,	5 <sup>e</sup>	rang.
L'Eure,	les	3 <sup>e</sup> ,	3 <sup>e</sup> ,	6 <sup>e</sup> ,	2 <sup>e</sup> ,	3 <sup>e</sup> ,	3 <sup>e</sup> ,	4 <sup>e</sup>	—
La Manche,	les	6 <sup>e</sup> ,	6 <sup>e</sup> ,	5 <sup>e</sup> ,	5 <sup>e</sup> ,	9 <sup>e</sup> ,	10 <sup>e</sup> ,	15 <sup>e</sup>	—
L'Orne,	les	5 <sup>e</sup> ,	4 <sup>e</sup> ,	3 <sup>e</sup> ,	1 <sup>er</sup> ,	2 <sup>e</sup> ,	2 <sup>e</sup> ,	2 <sup>e</sup>	—
La Seine-Inf <sup>re</sup> ,	les	10 <sup>e</sup> ,	25 <sup>e</sup> ,	45 <sup>e</sup> ,	40 <sup>e</sup> ,	53 <sup>e</sup> ,	67 <sup>e</sup> ,	72 <sup>e</sup>	—

N'oublions pas qu'ici le rang le plus faible est le plus mauvais, puisqu'il indique la plus faible natalité, et que c'est le contraire pour la mortalité. Ainsi, à part la Seine-Inférieure qui, augmentant légèrement son chiffre de naissances, devient un des meilleurs départements, tous les autres sont parmi les plus mauvais producteurs, et cela depuis le commencement du siècle. Est-ce bien l'idée qu'on se fait généralement de la fertile Normandie ?

On ne sera pas étonné, par conséquent, s'il se fait un véritable dépeuplement de la région, sauf bien entendu pour la Seine-Inférieure ; dans tous les autres, il y a depuis au moins un demi-siècle une diminution de population. Dans les dix dernières années, la diminution de la population est à peu près exactement égale à l'excédent des décès dans le Calvados et l'Eure. La Manche a un excédent de décès insignifiant, et cependant la dépopulation est notable. L'Orne a un excédent de décès considérable et une dépopulation encore beaucoup plus grande. Il y a pour ces deux départements d'autres causes sociales que nous n'avons point à examiner. En sens opposé l'augmentation de la population dans la Seine-Inférieure n'est qu'exactement égale à l'excédent des naissances sur les décès.

Terminons enfin par un aperçu intéressant sur ce que devient la population des chefs-lieux, ou des autres villes ayant plus de

20,000 habitants, avec les rapports de leur natalité à leur mortalité :

Dans les 10 années allant de 1872 à 1881,

Alençon a augmenté de 4.200 hab., bien qu'ayant un excédent de décès de 4.202				
Caen	—	298	—	—
Cherbourg	—	141	—	—
Elbeuf	—	304	—	—
Evreux	—	2.497	—	—
Rouen	—	3.436	—	—
Saint-Lô	—	834	—	—
				594

Le Havre fait seule exception : il a un excédent de naissances de 1,054, et a augmenté (mais en partie par annexion) de 19,042 habitants.

## RECUEIL DE FAITS

### Note sur une Péritomie au Thermocautère

Par le Docteur LE CLERC (de Saint-Lô)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Au commencement de janvier 1886, venait me consulter une femme de 53 ans, fermière à quelques lieues de Saint-Lô. Cette malade souffrait de maux d'yeux depuis deux ans, et dès lors ne pouvait vaquer à ses nombreuses occupations et même à la surveillance nécessaire. Elle avait été en traitement pour une conjonctivite granuleuse double que des cautérisations répétées au crayon mitigé et au sulfate de cuivre avaient guérie du côté droit, laissant la vision de ce côté parfaitement intacte. Il n'en avait pas été malheureusement de même du côté gauche. La conjonctive palpébrale était le siège d'un trachome fort épais d'où partaient de nombreux vaisseaux qui avaient envahi toute la cornée. Celle-ci présentait trois ulcérations à bords irréguliers, infundibuliformes, dont le diamètre variait entre deux et quatre millimètres. Il existait sans doute une perception lumineuse encore assez considérable; mais la malade ne pouvait distinguer nettement aucun objet. Ce qui tourmentait surtout ma cliente, c'étaient des douleurs intolérables qui ne permettaient aucun sommeil. Ces douleurs siégeaient dans le globe même de l'œil, puis s'irradiaient dans la région périorbitaire et jusque dans la tempe; en même temps l'œil droit était parfois le siège d'élançements douloureux passagers. La pauvre femme avait épuisé tous les narcotiques du monde et souffrait toujours.

(1) Depuis le recensement de 1881, Elbeuf a au contraire diminué notablement de population (1,292 hab.).

Devant cet appareil douloureux, je fis une péritomie avec une pointe fine de thermocautère, après avoir insensibilisé l'œil avec une solution de cocaïne. Cette insensibilité fut loin d'être complète, mais elle fut suffisante pour me permettre de faire une cautérisation en couronne complète, à deux millimètres du limbe cornéen. Les douleurs du globe de l'œil cessèrent immédiatement, et la malade put passer une nuit très calme. Cette heureuse modification ne peut pas être rapportée à la cocaïne. J'avais essayé pendant quelques jours préliminaires d'utiliser cet anesthésique; et, n'en ayant retiré aucun bénéfice, j'avais pris mon thermocautère.

Cinq jours après, je fis un débridement de la commissure externe, de façon à bien retourner les paupières, et je promenai le thermocautère sur les granulations conjonctivales. Pour ce second acte de mon opération, je me servis également de cocaïne; les douleurs causées par la cautérisation furent très peu modifiées.

Je ne parle pas des pansements qui consistèrent en applications d'acide borique et bandeau compressif.

Il y eut, comme bien on pense, une suppuration assez notable. Le trachome avait été fortement entamé et ne résista pas à quatre ou cinq séances d'une cautérisation argentine.

Quatorze jours après, c'est à dire le 30 janvier, la malade put distinguer parfaitement les tuiles d'un toit situé à 50 mètres de sa fenêtre; elle dormait bien et n'éprouvait plus les douleurs qui avaient nécessité mon intervention. Au mois de mai, les ulcérations cornéennes s'étaient complètement cicatrisées avec l'aide du précipité jaune. A cette époque, ma cliente reconnaissait les dessins des rideaux de mon cabinet.

Je ne crois pas avoir rien trouvé de bien nouveau dans la série des actes opératoires précédents: les cautérisations conjonctivales au thermocautère ont été pratiquées par M. Dehenne, de Paris, qui en a fait mention en avril 1886, au Congrès français d'ophtalmologie; — la péritomie au fer rouge ou au platine rougi n'est pas neuve, puisque les livres d'oculistique ne manquent pas de mentionner l'abrasion conjonctivale au galvano-cautère. En publiant cette observation, je n'ai eu qu'une prétention, celle de montrer aux praticiens tout le parti que l'on peut tirer de l'excellent cautère Paquelin.

---

## CORRESPONDANCE

---

Bolbec, le 16 juillet 1886.

MON CHER CONFRÈRE,

L'article: *Quelques observations au sujet de la vaccine*, de M. Paul Valin, dans la *Normandie médicale*, du 15 juillet, me remet en mémoire quelques cas que j'ai pu observer dans ma pratique vaccinale.

Je revois les enfants vaccinés le huitième jour, c'est-à-dire sept fois vingt-quatre heures après la vaccination. Il m'est arrivé depuis sept ou huit ans de constater quatre ou cinq fois le fait suivant :

Un enfant inoculé sept jours avant présentait des boutons commençant à peine à se développer ou ne présentant pas tous les caractères de vaccine légitime. Je faisais de nouveau trois inoculations de bras à bras, et la semaine d'après j'étais tout surpris de constater deux éruptions. Les premiers boutons s'étant développés et ayant tout les caractères de pustules de vaccine légitime, les inoculations faites en second lieu évoluaient néanmoins et se montraient sous la forme de vésicules du septième jour. Il est évident que, dans ce cas, l'enfant n'était pas encore *après sept jours* réfractaire à une nouvelle vaccination.

Je n'ai malheureusement pas d'observations détaillées, mais je me propose de noter exactement les nouveaux cas qui se présenteraient à mon observation ; je crois qu'en appelant l'attention de nos confrères sur ce point, on aurait rapidement un certain nombre de cas pareils.

Agréé, etc.

D<sup>r</sup> AUGER,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les intéressantes remarques de notre distingué confrère viennent tout à fait, ce nous semble, à l'appui de l'observation de M. Valin. Elles montrent, en effet, que l'évolution de la vaccine s'étant trouvée ralentie ou retardée, pour une cause quelconque, le sujet n'est devenu réfractaire que plus tard.

Il y aurait lieu, peut-être, dans de nouvelles expériences, de noter, au juste, le temps qui sépare l'apparition du bouton de vaccine de l'acquisition de l'immunité. C'est cet intervalle qui pourrait être fixe. Comme M. Auger, nous appelons sur ce sujet l'attention de nos lecteurs.

## VARIÉTÉS

### De la réclamation en justice des honoraires du médecin

Le *Journal des Sciences médicales de Lille* publie un intéressant article ayant pour objet la réforme par la Cour d'appel d'un jugement du tribunal de première instance de Lille, sur une réclamation d'honoraires.

Non-seulement, ce qui a ordinairement lieu, le tribunal se croyait le droit d'abaisser la note du médecin et de trancher le

différend par un moyen terme, mais il le faisait avec des *attendus* particulièrement blessants pour le réclamant et la profession toute entière, évaluant les soins donnés à tant l'heure, rabaisant la situation du médecin et ne parlant pas de la situation et de la fortune du malade.

La Cour d'appel de Douai a réformé le jugement non-seulement en élevant le chiffre des honoraires, mais en rétablissant une jurisprudence plus équitable, nous dirions volontiers plus polie :

Entre Z..., docteur en médecine, appelant d'un jugement du Tribunal civil de Lille du 19 février 1886, d'une part;

Et X..., ancien notaire, intimé, d'autre part;

La Cour,

Où... etc.;

Attendu que le 1<sup>er</sup> juin 1884, X..., sa femme et ses deux fils ont été gravement blessés; que le docteur Z..., professeur, a donné des soins à X... jusqu'en janvier 1885, à la dame X..., morte cinq jours après l'accident, et aux deux fils qui ont été complètement guéris au mois d'août; qu'il a réclamé une somme de 7,000 fr. pour ses honoraires; que X... a offert 3,500 fr.;

Attendu que les premiers juges, en fixant à 3,000 fr. les honoraires de Z..., n'ont pas suffisamment tenu compte de la position de X..., de la situation professionnelle du docteur et des soins intelligents et dévoués auxquels X... a, du reste, rendu un hommage complet et mérité;

Qu'il y a lieu aussi, en regard du résultat obtenu, si éminemment favorable à X..., de faire état de la durée et des difficultés du traitement qui, s'il ne comportait pas d'opération chirurgicale exceptionnelle, ne comportait pas moins de vingt fractures, en outre de nombreuses lésions;

Que, dès lors, si la demande peut être excessive eu égard aux honoraires que X... a eu à payer aux autres médecins, il échet cependant d'augmenter le chiffre alloué par le Tribunal;

Que la Cour, sans qu'elle ait à recourir à la demande d'expertise sollicitée par Z..., a les éléments suffisants pour fixer la rémunération légitime due au docteur pour les soins donnés et le service rendu à X... et à sa famille;

Par ces motifs, la Cour,

Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé,

Met le jugement à néant;

Émendant et réformant,

Sans s'arrêter aux offres de X... déclarées insuffisantes, à la demande d'expertise de Z...,

Condamne X... à payer au docteur Z... la somme de 5,500 fr. avec intérêts judiciaires;

Condamne X... aux dépens de première instance et d'appel...

## NOUVELLES

Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante relative à l'officiat de santé :

Monsieur le Recteur,

Le décret du 1<sup>er</sup> août 1883, déterminant les conditions d'études et d'admission au grade d'officier de santé, décide qu'à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1886 le régime établi par ce décret sera mis en vigueur.

Il convient de déterminer quelle sera la situation des étudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études.

Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer.

I. Etudiants qui, ayant commencé leurs études avant le 1<sup>er</sup> novembre 1883, seront pourvus, à la fin de l'année scolaire 1885-1886 :

1° Dans les Facultés et dans les Ecoles de plein exercice, d'un certain nombre d'inscriptions, inférieur à douze ;

2° Dans les Ecoles préparatoires, d'un certain nombre d'inscriptions, inférieur à quatorze.

II. Etudiants qui, pourvus de douze inscriptions de Faculté ou d'Ecole de plein exercice, ou de quatorze inscriptions d'Ecole préparatoire, n'auraient subi aucun examen définitif ou qui auraient été ajournés au premier examen définitif à la fin de l'année scolaire 1885-1886.

III. Etudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif ou qui seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou au troisième examen définitif.

Avant d'être admis aux examens définitifs, ces étudiants prendront régulièrement seize inscriptions aux époques trimestrielles réglementaires, et subiront les examens de fin d'année correspondant à leur scolarité, d'après le programme établi par le décret du 1<sup>er</sup> août 1883.

Ces étudiants seront dispensés du troisième examen de fin d'année et seront admis à subir immédiatement les examens définitifs, conformément au programme établi par le décret du 1<sup>er</sup> août 1883.

1° Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, auraient subi avec succès le premier ou le deuxième examen définitif conserveront le bénéfice de ces examens, mais ils seront soumis au nouveau programme pour les examens ou l'examen qu'ils auront encore à subir.

2° Les étudiants qui, à la fin de l'année scolaire 1885-1886, seraient sous le coup d'un échec au deuxième ou troisième examen définitif seront également soumis au nouveau programme.

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les doyens et directeurs des Facultés ou Ecoles de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

Paris, le 12 juillet 1886.

**Chambre des Députés.** — M. Siegfried, député de la Seine-Inférieure, a déposé une proposition de loi concernant l'organisation de l'administration de la santé publique. Nous ne croyons pas devoir, vu sa longueur, reproduire ce document, qui d'ailleurs n'apporte pas de modifications essentielles dans le fonctionnement même des services sanitaires, mais a pour but d'en opérer la concentration dans une *direction générale*, analogue à un véritable ministère. Nous espérons que c'est là le prélude de réformes sérieuses devant faire l'objet d'autres propositions.

Le titre premier indique les attributions de l'administration de la santé publique : assainissement des villes et des campagnes, salubrité des cours d'eau, grands travaux d'assainissement, construction d'édifices publics, salubrité des établissements publics, des manufactures, usines, mines, ateliers, etc., établissements insalubres, travail des adultes ou des enfants employés dans l'industrie, police sanitaire, mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies, propagation de la vaccine, protection des enfants du premier âge, qualité des aliments, boissons et médicaments livrés à la consommation; établissements d'eaux minérales, police médicale et pharmaceutique, surveillance des bureaux municipaux d'hygiène et des laboratoires municipaux et départementaux d'analyse des substances alimentaires, statistique démographique et géographie médicale.

Le titre II institue une direction de l'administration de la santé publique. Le titre III crée un service d'agents de la santé publique.

Le titre IV règle la composition des conseils et commissions de la santé publique. En tête serait un conseil national de la santé publique, avec auditeurs ayant voix consultative. En second lieu viendraient des conseils départementaux et des commissions de la santé publique, en nombre variable pour chaque département.

Les délibérations de ces divers conseils seraient, ainsi que l'indique le titre V, immédiatement transmises à l'administration compétente, chargée de notifier dans les huit jours, aux personnes intéressées, les décisions intervenues.

Le département de la Seine aurait un conseil départemental composé de 23 membres nommés par le préfet de police plus un certain nombre de membres de droit.

Un laboratoire placé sous le contrôle et la surveillance du conseil national de la santé publique serait créé auprès de la direction.

**Distributions honorifiques.** — Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, a été nommé :

Officier de l'Instruction publique, M. Auvray, professeur à l'École de médecine de Rouen.

**Nécrologie.** — M. le Dr Levillain père, médecin en chef de l'hôpital de Lisieux, mort le 11 juillet, à l'âge de 72 ans.

---

# CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ERYSIPELE	AFF. PUEERP.
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>									
Du 4 au 10 juillet . . .	79	38				3			
Du 11 au 17 juillet . . .	63	21			1		2		
Du 18 au 24 juillet . . .	78	37		1		1		2	
<b>Havre (112,079 hab.)</b>									
Du 4 au 10 juillet . . .	67	30					1		
Du 11 au 17 juillet . . .	68	26		2		1	1		
Du 18 au 24 juillet . . .	78	31			1	1			
<b>Dieppe (22,762 hab.)</b>									
Du 4 au 10 juillet . . .	11	6				1			
Du 11 au 17 juillet . . .	19	8					2		
Du 18 au 24 juillet . . .	13	3							
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>									
Du 4 au 10 juillet . . .	13	4							
Du 11 au 17 juillet . . .	18	1							
Du 18 au 24 juillet . . .	7	5							
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 4 au 10 juillet . . .	16	7		1					1
Du 11 au 17 juillet . . .	15	5		3					
Du 18 au 24 . . . . .	11	6		1		1			

— La mortalité subit une recrudescence due comme toujours à cette époque, à des diarrhées cholériformes des jeunes enfants.

### MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 4 au 10 juillet :

*Rougeole*, 1 entrée; *diphthérie*, 2 entrées, 3 décès; *erysipèle*, 1 entrée.

Du 11 au 17 juillet :

*Variole*, 3 entrées; *rougeole*, 4 entrées (militaires); *scarlatine*, 1 entrée, *erysipèle*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 1 décès.

Du 18 au 24 juillet :

*Diphthérie*, 1 entrée; *coqueluche*, 1 entrée.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 4 au 10 juillet :

*Rougeole*, 15; *scarlatine*, 3; *diphthérie*, 2; *coqueluche*, 10.

Du 11 au 17 juillet :

*Rougeole*, 19; *oreillons*, 4; *fièvre typhoïde*, 1; *coqueluche*, 1.

Du 18 au 24 juillet :

*Varicelle*, 4; *rougeole*, 12; *fièvre typhoïde*, 3; *diphthérie*, 3; *coqueluche*, 5.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

*Rouen* — Léon DESHAYS, imprimeur de plusieurs Sociétés savantes.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Revue médicale* : Les ptomaïnes et les leucomaïnes dans la pathologie, par le D<sup>r</sup> Cerné.— *Recueil de faits* : Observations pour servir à l'histoire de la pneumonie contagieuse, par le D<sup>r</sup> Lemaire, du Tréport.— *Ovariectomie*, par le D<sup>r</sup> Buffet, d'Elbeuf. *Thérapeutique* : De la régénération rapide des globules du sang.— *Nouvelles*.— *Chronique sanitaire*.

---

## REVUE MÉDICALE

---

### Les ptomaïnes et les leucomaïnes dans la pathologie <sup>(1)</sup>.

---

Si l'on veut bien réfléchir aux origines des diverses substances toxiques dont nous avons examiné la découverte, on se convaincra que l'antagonisme qu'on a voulu établir entre les recherches de M. Gautier et les doctrines microbiennes n'est qu'apparent, qu'elles doivent former, au contraire, avec elles, une admirable unité, et fournissent plutôt à leur appui des explications que des bactériologistes avaient, sinon affirmées, au moins déjà soupçonnées.

Les ptomaïnes de la putréfaction sont le résultat chimique de la vie d'êtres inférieurs, comme les leucomaïnes sont un résultat chimique de la vie de nos cellules. N'est-il pas logique dès lors d'admettre que les microbes nuisibles, pathogènes, comme on les appelle, doivent agir par le même mode, par le même mécanisme que les espèces putréfactives et que les cellules de notre organisme? Leur mode d'action est encore une des obscurités de la doctrine microbienne. Une des hypothèses proposées a précisément été celle-là, appuyée même (pour le choléra) de recherches qui semblent la confirmer.

Au lieu d'agir sur les substances mortes, en voie de désagrégation, comme les microbes de la putréfaction, les microbes pathogènes agiront sur des substances vivantes, mais qui se défendent mal contre leur action, à cause de certaines circonstances qui en font un *terrain préparé ou propice*, de même que nos cellules agissent sur le sérum même du sang, pour élaborer, à l'aide des matériaux qu'il leur fournit, les leucomaïnes <sup>(2)</sup>.

Ces *circonstances* elles-mêmes, qui favoriseront l'action des

---

(1) V. *Normandie médicale*, n<sup>o</sup> 14.

(2) Nous ne voulons pas dire par là que la seule action nocive des microbes doive être la production d'alcaloïdes, mais seulement que c'est une de leurs fonctions les plus dangereuses, et dont l'importance commence d'ailleurs à être soupçonnée.

microbes pathogènes, ne devront-elles pas naître de modifications des liquides de l'organisme créées par la fatigue, une alimentation vicieuse, une élimination insuffisante, etc., qui ont déjà altéré ces liquides, sinon par des alcaloïdes, au moins par quelques-unes des substances azotées beaucoup plus nombreuses auxquelles a fait allusion M. Gautier. De cette manière, le départ de l'action microbienne comme son aboutissant seraient bien de nature chimique, mais exigeraient, pour certaines affections déterminées, la pénétration et l'activité d'organismes étrangers. Une affection, simple d'abord, la pneumonie, le rhumatisme, pourra devenir facilement infectieuse, parce qu'elle aura créé elle-même ces conditions favorables à la vie de germes infectieux et qui, peut-être, n'auront rien eux-mêmes de spécifique, ce qui expliquerait qu'il y en ait tant qui se ressemblent.

N'avais-je pas raison de dire que les découvertes de M. Gautier viennent donner à une hypothèse naissante un corps et un appui qui devront être des plus féconds ?

Ne prévoit-on pas immédiatement que, dans ce cas, les matériaux toxiques produits par notre propre organisme devront causer les maladies individuelles, propres à chacun, restant confinées au terrain sur lequel elles sont nées, tandis que ceux qu'auront élaborés des organismes qui nous sont étrangers créeront les maladies spécifiques, pouvant se montrer chez tous, se transmettre par la contamination d'individu à individu.

Nous n'avons vu aucun des orateurs de l'Académie faire cette synthèse, et nous nous demandons combien plus féconde n'aurait pas été la discussion, si elle s'était donné la tâche de faire le départ des maladies microbiennes ou non.

Mais je dois peut-être demander pardon à mes lecteurs de m'être, moi aussi, aventuré sur le terrain dangereux des généralités, et je rentre immédiatement dans l'étude des maladies causées par les ptomaines et les leucomaines.

Nous devons distinguer, au point de vue de l'action sur l'organisme, trois modes très différents suivant lesquels ces matières peuvent y pénétrer, et à cause de cela, pensons-nous, trois classes très naturelles, théoriquement au moins, dans lesquelles rentrent les poisons formés.

Dans une première classe, les poisons sont formés en dehors de nous, nous les ingérons. Dans une seconde classe, c'est à l'intérieur de nos cavités naturelles que se produisent ces poisons, par l'action d'organismes étrangers qui nous ont pénétré. Dans

la troisième classe se rangent les auto-intoxications dérivant de l'activité de nos cellules (1).

I. — Les ptomaines produites en dehors de nous et qui peuvent avoir une action sur nous sont à proprement parler les ptomaines cadavériques.

Nous avons indiqué suffisamment dans l'article précédent leur importance au point de vue médico-légal; l'attention éveillée sur elles, c'est au chimiste qu'il appartient de trancher la question, lorsque des soupçons d'empoisonnement non motivés les appellent à rechercher des poisons végétaux.

Au point de vue pathologique proprement dit, il importe davantage de signaler ici les empoisonnements, vrais ceux-là, qu'a pu produire l'ingestion de matières en putréfaction, où s'étaient précisément produites ces ptomaines. Là aussi, l'importance médico-légale est considérable, mais ordinairement les recherches auront à se faire non sur des cadavres, mais sur des matières vomies et sur des aliments que l'on soupçonnera contenir des substances toxiques.

On a décrit en Allemagne, sous le nom de *botulisme*, un empoisonnement qui s'observe à la suite de l'ingestion de mets putréfiés, de charcuterie pourrie, par exemple. Frais, ces aliments sont sains; putréfiés, ils cessent de l'être. En France également, MM. Brouardel et Boutmy ont découvert, dans un fait judiciaire, un empoisonnement par de l'oie farcie putréfiée.

Ne doit-on pas se demander si beaucoup d'accidents qui font moins de bruit, mais que nous observons journellement, si beaucoup d'indigestions vulgaires n'ont pas des causes analogues?

Quoi qu'il en soit, les symptômes de ces empoisonnements doivent être et sont réellement semblables à ceux des empoisonnements vulgaires: des vomissements, de la diarrhée, et souvent un abaissement de la température, de l'*hypothermie*.

II. — Si nous passons à l'étude des ptomaines élaborées par les colonies microbiennes qui se forment dans les cavités naturelles, on conçoit quelles différences séparent cette classe de la précédente, en ce qui concerne la production et l'absorption du poison.

---

(1) C'est dans une classe intermédiaire aux deux dernières que se rangeraient les poisons résultant de l'action des microbes vivant dans nos tissus. Cependant on peut se demander aussi si quelques espèces, vivant ordinairement dans les cavités naturelles, ne peuvent pas, à un moment donné, vaincre les résistances opposées jusque-là à leur pénétration plus intime.

Il nous semble aussi que les produits des microbes introduits dans nos tissus, au lieu de garder le nom de ptomaines, devront plutôt, suivant la dénomination de M. Gautier, prendre le nom de *teucomaines parasitaires* ou *microbiennes*.

Prenons par exemple le tube digestif; il est normalement le siège de fermentations dont l'aboutissant est la formation des substances toxiques en question; ces fermentations peuvent porter tantôt seulement sur des matières alimentaires qui passent inattaquées par les liquides digestifs, tantôt sur ces liquides eux-mêmes. Suivant l'état d'intégrité de la muqueuse de l'intestin, la différence de composition des liquides ou des gaz sécrétés, ces fermentations pourront présenter des variations énormes dans leur intensité et l'absorption de leurs produits. On doit expliquer ainsi les accidents si variés qui accompagnent le séjour prolongé des matières fécales dans l'intestin, ce qu'on a appelé depuis longtemps la stercorémie. A l'état pathologique, l'action de ces substances, surtout lorsque la voie d'absorption leur est largement ouverte par des ulcérations intestinales (fièvre typhoïde, dysentérie), vient s'ajouter à la gravité propre de l'affection primitive. On voit par là quelle importance acquiert l'expulsion au dehors de ces ptomaines ou l'obstacle apporté à leur élaboration, ce qu'avec M. Bouchard on peut appeler l'antisepsie du tube intestinal.

Ainsi s'expliquent également les accidents qui suivent la fermentation bactérienne de l'urine. Il n'est pas prouvé que celle-ci contienne, en dehors d'une altération rénale, des matériaux nuisibles, mais des expériences ont montré qu'il en était tout autrement lorsqu'on introduisait dans la vessie le germe de la fermentation ammoniacale. N'est-ce pas alors la résorption des substances formées qui produit les accidents d'intoxication urinaire?

En résumé, partout où l'air, apportant les germes de putréfaction, pourra pénétrer et rencontrer des substances putréfiables, partout pourront se former ces substances toxiques. Citons encore les cas d'ulcérations, de tumeurs de la bouche, du nez, du larynx, de cavernes pulmonaires.

Quelque peu connues que soient encore ces substances, il n'est pas douteux *a priori* qu'elles doivent produire des empoisonnements tout à fait analogues à ceux de la première classe, mais en différant considérablement, par l'absorption lente et graduelle qui leur enlève tout symptôme d'acuité, sauf dans quelques cas. Ainsi, les phénomènes d'intoxication ne sont-ils pas tout aussi aigus et tout aussi caractéristiques dans la variété d'urémie produite par l'absorption d'une urine altérée? N'avons-nous pas là aussi les vomissements, la diarrhée, l'hypothermie? Mais habituellement, répétons-le, on ne constate qu'une intoxication graduelle, des plus variables dans ses symptômes, avec cet effet commun d'altérer le sang et de créer à coup sûr des prédispositions morbides redoutables.

III. — Bien plus importantes que celles qui précèdent, seront évidemment les maladies produites par les leucomaines et surtout par toutes les matières azotées toxiques auxquelles a fait allusion M. Gautier, curieux poisons formés par nos cellules *normales* pendant leur *vie normale*.

C'est en leur honneur qu'a eu lieu la prise d'armes des adversaires des doctrines microbiennes, puisqu'on a vu le plus éloquent d'entre eux, M. Péter, saisir l'occasion pour proclamer que ce qui le comblait de joie, c'est que ces nouvelles données allaient « nous soustraire à la tyrannie des microbes ».

M. Péter croit-il qu'il fût vraiment préférable de nous ramener à la tyrannie chimique de l'humorisme absolu? Nous ne le pensons pas, mais à nos yeux, on l'a vu, la question n'est pas ainsi posée.

Quoiqu'il en soit, M. Péter, après une digression aussi vraie qu'éloquente et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, faute de place, sur les conséquences des nouvelles découvertes dans la science de la vie, s'est appuyé sur elles pour affirmer la doctrine de la spontanéité de *toutes* les maladies. C'est là, à coup sûr, son grand tort; dans l'état actuel de la science, ses brillantes déductions ne parviendront pas à expliquer la contagion et l'infection d'une manière aussi plausible que par la doctrine microbienne.

Il faut bien avouer que, dans cette circonstance, le chimiste s'est montré médecin bien autrement sagace et prudent que le clinicien.

M. Gautier n'a pas cru pouvoir laisser passer sans protestation des attaques contre les doctrines microbiennes, dont il aurait pu sembler complice, puisqu'il en fournissait les armes.

Il a fait bien finement remarquer que bien certainement « M. Péter n'admet pas que la variole, la scarlatine, soient créées spontanément dans l'économie, sans qu'il s'y introduise un agent virulent spécifique et par conséquent organisé, venu d'un organisme déjà infecté; que la syphilis peut résulter d'une transformation morbide spontanée de nos cellules, en dehors de tout contact d'un organisme étranger *spécifiquement modifié* ».

M. Péter n'a pas répondu, car c'est là, en effet, qu'échoue sa doctrine de la spontanéité. La spécificité des maladies contagieuses est un argument qui paraît aujourd'hui inébranlable en faveur des doctrines microbiennes. Si l'agent de la contagion est un microbe, on peut bien dire que ce microbe est la *cause* de la maladie, M. Gautier ne peut pas nous délivrer des microbes.

« Mais je pense, dit M. Gautier, qu'il existe un grand nombre de

maladies dont la cause est en nous-mêmes et qu'il serait absurde et dangereux, poussant à l'extrême les conséquences de cette grande découverte de la nature organisée et vivante des contagés de la plupart de nos maladies épidémiques, de croire qu'il faut toujours admettre l'introduction de microbes dans l'économie animale lorsqu'éclate la maladie. M. Pasteur n'a jamais tiré ces conséquences de ses belles recherches.

La goutte, l'arthritisme et ses nombreuses manifestations, le rhumatisme aigu, le rachitisme et l'ensemble des dyscrasies acides, l'anémie avec ses accidents si variés, le diabète et les autres maladies résultant d'oxydations incomplètes, la fièvre de famine et les autres maladies par ralentissement de la nutrition, la pneumonie à *frigore* et la pleurésie franche, la fièvre traumatique avec plaies contuses sans déchirures des enveloppes extérieures, le clou de rue, le surmenage physique et intellectuel, enfin toutes les maladies si nombreuses qui résultent d'une atteinte au système nerveux et qui, par son intermédiaire, frappent la sensibilité, la motilité, la nutrition, l'intelligence, sont des maladies fébriles ou non, dont les causes premières sont en nous, ou du moins se développent par des mécanismes dans lesquelles il n'y a nulle intervention d'agents infectieux ».

Cette simple énumération est éloquente ; nous ne dirons pas qu'elle est complète ; on ajoutera sans doute et on retranchera peut-être des noms à cette liste, mais c'est le rôle de l'avenir clinique et expérimental. Pour le moment, ce coup d'œil sur le rôle pathologique des poisons physiologiques est tout ce qu'il est possible d'indiquer rationnellement.

Comment une fonction normale de nos cellules peut devenir la source des plus graves maladies, M. Gautier l'a indiqué avec tout autant de netteté. En état de santé, nous résistons à cette incessante auto-infection, par deux mécanismes distincts : l'élimination du toxique par les reins, la peau, le tube digestif ; et sa destruction par l'oxygène, car la plupart de ces substances sont très oxydables et la plus grande partie sont brûlées dans le sang ou les tissus, sans être éliminées.

Mais qu'une cause quelconque diminue l'accès de l'air jusqu'au sang ou que l'on introduise dans le sang des substances entravant l'hématose, les matériaux toxiques s'accumuleront ; il en sera de même si leur élimination est empêchée. Dans d'autres circonstances, sans doute, la production elle-même devra se trouver augmentée et les émonctoires devenir insuffisants bien qu'ils soient sains.

Un des exemples les plus frappants de l'intoxication par ma-

ladie des émonctoires est celui de l'urémie brightique. A mesure que l'albumine augmente dans l'urine, on sait que le chiffre de l'urée et de matières extractives diminue; il se fait un emmagasinement dans le sang, non-seulement de l'urée, dont l'action n'est pas bien prouvée, mais d'alcaloïdes ou d'autres matières bien plus toxiques que l'urée.

Dans la plupart des cas il y a encore dans l'urémie comme dans les intoxications des classes précédentes, hypothermie, ce qui indiquerait une accumulation d'alcaloïdes, tandis que s'il y a de l'hyperthermie, c'est qu'il y aurait accumulation d'autres matières azotées non alcaloïdiques. Telle est au moins l'opinion de M. Péter, qui la généralise pour montrer les deux modes d'action possibles de poisons différents; nous croyons d'ailleurs que ces affirmations ne doivent encore être accueillies qu'avec réserve.

Un exemple vulgaire de l'intoxication par surabondance de matériaux de désassimilation est la fièvre de surmenage. Enfin il est démontré que l'asphyxie, d'où insuffisance d'hématose, s'accompagne de la présence de matières azotées dans le sang.

Mais évidemment toutes déductions un peu étendues seraient prématurées; il n'en est pas moins important d'indiquer, et là encore la parole est à M. Gautier, au point de vue thérapeutique, « le principe de l'action bienfaisante des agents qui excitent les fonctions des reins, de la peau et des muqueuses intestinales, et plus encore peut-être la puissante désinfection de l'économie par tout ce qui active la respiration et l'hématose. »

A. CERNÉ.

---

## RECUEIL DE FAITS

---

### Observations pour servir à l'histoire de la pneumonie contagieuse.

PAR LE D<sup>r</sup> LEMAIRE, du Tréport.

OBSERVATION I. — M. C..., rentier, 55 ans, sujet autrefois aux gastralgies, n'en souffrant plus depuis très longtemps, tempérament nerveux, passe le 20 février 1886, après midi, environ deux heures auprès d'un poêle chauffé au rouge; en sortant il s'arrête un instant pour lire des affiches, est saisi par le froid, rentre chez lui, dine à peine, a envie de dormir toute la soirée, passe une nuit agitée.

21 février. Je le vois le matin. Embarras gastrique, sensation de froid. Rien à l'auscultation, — ipéca le matin, — jaborandi dans la journée, — prendre le lendemain sulfate de magnésie 30 gr.

Il reste à peu près dans le même état le 22 et le 23, se plaignant d'un point de côté à droite; mais l'auscultation ne fait rien découvrir, malgré des recherches multipliées.

24. Le matin, je perçois un bruit de souffle dans le lobe inférieur droit. — Vésicatoire.

27. Le malade était assez bien; il prenait plusieurs potages, des grogs, du café; ce matin, nouveau point de côté, râles sous-crépitaux fins dans le lobe moyen; — 2° vésicatoire.

28. Mêmes symptômes au sommet; — 3° vésicatoire.

1<sup>er</sup> mars. Jusqu'à présent, la fièvre avait été continue, mais il y a évidemment une recrudescence vers 4 heures. Sulfate de quinine, trois prises de 20 centigrammes à donner en même temps que les potages pour ménager l'estomac.

2. Insomnie, agitation toute la nuit, bien qu'ayant eu la veille une injection d'un demi-centigramme de morphine. Le sommet gauche se prend. — 4° vésicatoire. Sulfate de quinine, 1 gramme en cinq paquets à donner dans la journée. L'accès revient à 4 heures P. M.

9 heures soir : T. 40°1 P. 120. R. 36.

3. Nuit très agitée malgré une injection d'un centigramme de morphine. Nouveau foyer pneumonique vers la pointe de l'omoplate. Les vésicatoires n'ayant pas paru avoir grand résultat, et l'effrayant beaucoup parce qu'ils lui indiquent la marche du mal, je n'en applique pas aujourd'hui.

Matin : T. 39°2 P. 120. R. 32.

Sulfate de quinine, 1 gramme.

Ext. noix vomique, 20 centigr.

en 10 pilules, — une toutes les demi-heures.

A 2 heures, injection de bromhydrate de quinine, 0 gr. 25, répétée le soir.

Soir : T. 39°9 P. 140. R. 38.

L'accès, qui a manqué à 4 heures, vient vers 10 heures, après mon départ, et dure jusqu'à 5 heures du matin.

4. Respiration soufflante dans la moitié inférieure gauche et au sommet droit.

T. 40°4 P. 140. R. 46.

Sulfate de quinine, 2 gr.

Ext. noix vomique, 20 centigr.

F. s. a. 10 pilules, — une toutes les demi-heures; on les commence à 10 heures du matin.

L'accès de 4 heures, qui a été retardé hier jusqu'à 10 heures du soir, revient à 4 heures. J'administre du sulfate de quinine par dose de 0 gr. 20 tous les quarts d'heure, et je multiplie les injections jusqu'à donner 2 grammes de bromhydrate de quinine, sans résultat. Mort à 11 heures du soir.

Obs. II. — M<sup>me</sup> V..., sœur de M. C..., 65 ans, assez souvent souffrante, habite Eu, et vient tous les jours passer une couple d'heures auprès de son frère. Le soir de la mort, elle retourne chez elle en voiture (4 kilomètres), se plaint du froid, se couche le lendemain et meurt dans la nuit du 12 au 13.

Elle a été soignée par le D<sup>r</sup> Leconte père qui constata une succession de foyers pneumoniques sans accès intermittents.

OBS. III. — M<sup>me</sup> C..., 55 ans, nerveuse, sujette aux bronchites, assez débilitee. Elle a soigné son mari jour et nuit, depuis le début de la maladie, prenant à peine le temps de manger, malgré toutes mes recommandations.

Pendant l'agonie assez longue, elle est restée près d'une porte ouverte, souffrant du froid, mais ne s'occupant pas d'elle. Dans la nuit du 4 au 5, vers 1 heure du matin, frisson très prolongé, excessif. On la force à se coucher. Je ne la vois que le 6. Râles sous-crépitaants à la base gauche. Vésicatoire.

7. Bien qu'il n'y ait pas d'accès intermittents, je prescris du sulfate de quinine 0 gr. 40; et, apprenant la maladie de sa belle-sœur, je fais faire toutes les demi-heures des pulvérisations d'acide phénique au vingtième.

	M.	T. 39°6	P. 110.	R. 32.
	S.	T. 40°5	P. 112.	R. 32.
8.	M.	T. 39°	P. 96.	R. 32.
	S.	T. 38° (probablement inexact)	P. 104.	R. 38.
9.	M.	T. 39°4	P. 128.	R. 40.
	S.	T. 39°4	P. 128.	R. 36.
10.	M.	T. 39°2	P. 100.	R. 32.
	S.	T. 38°4	P. 100.	R. 34.

11. Ce matin, râles sous-crépitaants fins au sommet gauche, respiration soufflante le soir. Ces poussées sont accompagnées de fièvre, et, bien que je ne trouve pas le caractère d'accès intermittents, je continue la quinine.

	M.	T. 37°	P. 96.	R. 26.
	S.	T. 38°9	P. 100.	R. 48.
12.	M.	T. 39°4	P. 138.	R. 40.
	S.	T. 38°6	P. 124.	R. 40.

13. Matin. A pris hier sulfate de quinine, 1 gr. 20. Congestion du sommet droit.

	T.	38°2	P. 132.	R. 40.
	Soir. Grande prostration, somnolence.			
	T.	37°	P. 120.	R. 40.
14.	M.	T. 37°	P. 125.	R. 38.
	S.	T. 37°2	P. 130.	R. 40.

15. Toujours grande prostration. Pneumonie de la base droite que je considère comme hypostatique.

	T.	37°2	P. 96.	R. 38.
--	----	------	--------	--------

Cet état dure toute la journée et elle s'éteint le 16, à 2 heures du matin.

Je recommande la mise en bière immédiate, je fais continuer les pulvérisations phéniquées, je fais aérer largement, j'obtiens que personne ne reste dans la chambre mortuaire. Que ces précautions aient été utiles ou non, je l'ignore; toujours est-il qu'il n'y eut pas de nouveau cas.

Cet hiver, nous avons eu de nombreux cas de pneumonies et broncho-pneumonies chez les adultes et les enfants. Le D<sup>r</sup> Légée (d'Abbeville), qui est venu voir M. C..., en a également soigné un certain nombre à cette époque, soit à Abbeville, soit dans les environs.

Bien que cette maladie ait été assez commune, je ne crois pas que l'on doive se contenter de voir là une simple coïncidence, et

je suis plutôt disposé à admettre que nous nous trouvons en présence de cas de pneumonie contagieuse, contagion admise depuis longtemps déjà et surtout depuis quelques années. Si je l'avais recherché, sans nul doute aurais-je trouvé le microbe signalé.

Quant à la forme pernicieuse de la première observation, M. C... n'avait jamais eu d'accès périodiques ni avant son arrivée au Tréport ni depuis ; mais chez nous, comme dans tous les pays où la mer en se retirant laisse une grande étendue à découvert, la fièvre intermittente vient compliquer beaucoup de maladies. On voit quelquefois aussi en pareil cas des accès pernicioeux.

**Ovariectomie chez une femme de 51 ans. — Kyste multiloculaire et adhérences multiples. — Résection de lambeaux considérables d'épiploon. — Guérison.**

PAR LE D<sup>r</sup> BUFFET, d'Elbeuf.

La nommée V<sup>ve</sup> T..., âgée de 51 ans, débitante, m'a été adressée le 20 novembre, à l'hospice d'Elbeuf, par mon collègue et ami le D<sup>r</sup> Kuhn.

Il s'agit d'une femme ayant toujours eu une bonne santé. Ses époques menstruelles ont toujours été régulières ; elle a eu deux enfants. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Depuis deux ans, elle avait constaté que son ventre grossissait de plus en plus. En même temps, elle éprouvait de temps en temps des douleurs gastro-intestinales sous forme de crises durant 8 à 12 heures, pendant lesquelles elle ne pouvait garder aucun aliment.

Le docteur Kuhn, qui la soignait, constata l'existence d'une tumeur kystique probablement double ou multiloculaire et fit à différentes reprises 2 ponctions à droite et une à gauche. Ces ponctions donnèrent toutes les fois issue à un liquide citrin légèrement filant, et albumineux.

A son entrée à l'hôpital, cette femme vient d'être ponctionnée pour la troisième fois et pour la seconde du côté droit.

Je constate l'existence d'une tumeur molle et globuleuse à droite, masse non bosselée, élastique et fluctuante. Il existe également un peu d'ascite qui distend une hernie ombilicale grosse comme une mandarine. A gauche, la paroi abdominale est soulevée par une tumeur dure, globuleuse, de la grosseur de la tête d'un fœtus à terme. On a peine à sentir la fluctuation à travers ses parois. Le docteur Kuhn prétend avoir ponctionné également une fois cette poche qui lui a donné un liquide semblable à celui de la poche principale. Cette tumeur est assez mobile et ne paraît pas adhérente au péritoine pariétal. Les culs-de-sac vaginaux n'étaient pas refoulés, et aucune portion ne paraissait enclavée dans l'excavation du bassin. L'utérus était sain et indépendant. Les règles étaient supprimées depuis fort longtemps.

J'arrêtai le diagnostic de *kyste de l'ovaire multiloculaire ou double*.

Pendant son séjour à l'hospice, la femme T... eut encore plusieurs crises de douleurs vives occasionnant des vomissements abondants et opiniâtres. Elle réclamait l'opération le plus tôt possible.

L'opération fut faite le 11 janvier, à 3 heures du soir, avec l'aide de mon excellent ami Brunon, interne des hôpitaux de Paris, des docteurs Bertrand et Kuhn. M. Petit, chirurgien-major, avait bien voulu se charger de l'administration du chloroforme.

L'incision fut faite sur la ligne médiane, à partir de l'ombilic jusqu'au pubis ; les vaisseaux furent pincés au fur et à mesure et le péritoine apparut percé d'une petite boutonnière par laquelle sortait du liquide ascitique jaunâtre et épais. L'incision du péritoine se fit en haut et en bas sur la sonde cannelée : en bas, s'échappa un nouveau flot de liquide ascitique. J'eus alors sous les yeux une poche kystique à parois ecchymosées. J'introduisis alors la main gauche entre les parois du kyste et le péritoine, et je trouvai à droite des adhérences friables ; le péritoine pariétal était agglutiné ; je séparai sans peine les deux parois ; en haut quelques petites brides assez lâches, à gauche une légère surface agglutinée, cédèrent également au passage de la main. L'existence d'adhérences plus complètes en arrière me fit agrandir l'incision en haut et à gauche en contournant l'ombilic.

Ce travail terminé, je fis la ponction du kyste, d'où il s'écoula un liquide citrin (3 litres environ). La poche étant légèrement soulevée avec le trocart, le kyste fut pincé largement avec la pince à plateau de Péan et je cherchai à l'attirer au dehors. Mais il se déplaçait à peine, malgré les pressions sur les côtés de l'abdomen. Après quelques tractions un peu plus énergiques, nous vîmes au-dessus du kyste principal et y adhérant intimement une tumeur que nous primes d'abord pour le gros intestin ; mais notre erreur fut de courte durée. La surface bosselée et dure paraissait encroûtée de sels calcaires ; nous eûmes de suite la conviction que nous avions affaire à une seconde poche de la tumeur.

La ponction en fut faite aussitôt, mais il ne sortit rien par le trocart. Passant alors la main au-dessus et un peu en arrière, j'amenai en partie au dehors cette seconde poche. J'amenai en même temps au dehors une bande épaisse et large d'épiploon qui était adhérente au côté droit de cette tumeur. J'en fis le décollement avec la spatule et les doigts, mais les adhérences étaient telles qu'il fallut appliquer plusieurs ligatures et couper entre deux. Cette bande d'épiploon, longue de 20 centim. et large de 8, fut laissée au dehors entre deux serviettes mouillées chaudes.

En faisant saillir davantage la tumeur, j'attirai deux nouvelles portions d'épiploon adhérentes à gauche, et je fus obligé sur l'une d'elles d'appliquer 4 ligatures ; sur la seconde, je plaçai une pince courbe hémostatique, et ces deux nouvelles portions de péritoine furent laissées également dans les plis d'une serviette.

Mais nous étions encore loin d'en avoir fini ; il me fallut encore décoller avec la main de nouvelles portions de kyste retenues par des adhérences friables à l'intestin, en arrière, dans le flanc gauche : et après un quart d'heure de nouvelles tractions forcément très modérées, j'amenai au dehors le reste de la tumeur au pédicule de laquelle était unie la trompe gauche. Le pédicule était membraneux, large d'environ 4 centimètres ; une nouvelle portion d'épiploon était presque enroulée autour : elle fut facilement décollée, liée et rentrée dans l'abdomen.

Ce pédicule qui comprenait l'ovaire gauche fut lié en deux faisceaux, puis en masse avec de fort fil de soie, et sectionné.

C'est alors qu'il fallut songer à l'épiploon resté au dehors dans les serviettes. La première portion, la principale, était presque entièrement refroidie, noirâtre; nous décidâmes d'en sacrifier une grande partie: 12 centimètres de longueur furent réséqués après avoir appliqué trois fortes ligatures qui comprenaient toute la largeur de la partie à conserver, et cette partie fut réchauffée vivement et rentrée dans l'abdomen. Je réséquai quelques centimètres des autres portions également refroidies, et le tout fut rentré dans l'abdomen. Je procédai alors vivement à la toilette du péritoine: 12 éponges montées furent promenées dans le petit bassin et ramenèrent au moins les 10 premières gorgées de liquide ascitique.

Il n'y avait pas trace d'épanchement de sang. Je fis 6 sutures profondes et 6 sutures superficielles au fil de soie.

L'opération avait duré deux heures, avec le pansement antiseptique ordinaire. Les suites furent très simples. La température ne s'éleva à aucun moment au-dessus de 37°,5.

L'opérée fut sondée régulièrement trois fois par jour, pendant les cinq premiers jours, après quoi elle put uriner seule.

L'appétit lui vint de suite.

Le premier pansement fut fait le 18, tous les fils furent retirés, la réunion s'était faite par première intention sur toute la ligne, même au niveau de l'ombilic, où nous avons trouvé le tissu cellulaire rempli d'alvéoles contenant un liquide louche, semblable à celui de l'ascite.

La malade demanda à sortir de l'hôpital, le 24 du mois; sa plaie était complètement guérie; par mesure de précaution elle portait une ceinture; sa hernie paraissait complètement guérie.

Je l'ai vue chez elle le 26, elle était à table avec toute sa famille et mangeait de bon appétit. Elle n'a jamais souffert depuis l'opération.

La tumeur est constituée par quatre lobes, dont un beaucoup plus développé qui a été ponctionné le premier; un second lobe, celui qu'on sentait à gauche, à travers la paroi abdominale, d'une capacité de un litre et demi, renfermait un liquide purulent; le troisième lobe, d'une capacité de deux litres, situé à la partie supérieure et un peu en arrière, est celui qui a été ponctionné pendant l'opération, sans résultat. Il contient un liquide noirâtre, épais, collant, environ un litre et demi. Enfin, le quatrième, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, est presque entièrement fibreux et contient une masse de petites logettes, comparées par le D<sup>r</sup> Bertrand aux alvéoles d'une ruche. Ce dernier était adhérent avec l'intestin sur une assez large surface.

---

**École de Médecine de Caen.** — Par arrêté en date du 31 juillet 1886, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'École préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Caen s'ouvrira le 15 février 1887 devant ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

---

**Erratum.** — Aux *Distinctions honorifiques* de notre dernier numéro, lire: M. Auvray, professeur à l'École de médecine de Caen.

## THÉRAPEUTIQUE

**De la régénération rapide des globules rouges du sang.**

Le fer est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie. Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang <sup>(1)</sup>.

Le sang d'un individu bien portant contient environ 3 grammes de fer, et, lorsqu'il vient à diminuer, il y a dépérissement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies, telles que l'anémie, la chlorose, les hémorrhagies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer, et pour guérir ces maladies il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme sans fatiguer les voies digestives et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique <sup>(2)</sup>.

Le D<sup>r</sup> Rabuteau <sup>(3)</sup> a résolu le problème en préparant des dragées, contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune, très exactement, 25 milligrammes de sel ferreux chimiquement pur.

Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez pour l'examen microscopique du sang <sup>(4)</sup>, ont permis aux médecins d'étudier la valeur thérapeutique du Fer Rabuteau.

Parmi les observations publiées à ce sujet, nous rappellerons la suivante qui est pleine d'intérêt.

Il s'agit, dans cette observation, d'une jeune fille profondément chloro-anémique, entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, et mise en expérience le 4 décembre. Son sang, examiné au compte-globules par le professeur Potain, ne contenait que 2,919,000 globules rouges par millimètre cube, la moyenne normale étant d'environ 4,500,000.

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de Paris : *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang. Leçons de thérapeutique faites à la faculté de médecine de Paris.*

(2) Ch. Richet : *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux.* Paris, 1878.

(3) A. Rabuteau : *Traité de thérapeutique et pharmacologie.* Paris 1884.

(4) Robert Moriez : *La chlorose (thèse d'agrégation),* Paris, 1880.

Elle prit, matin et soir, au moment des repas, deux dragées de Fer Rabuteau. Les examens successifs jusqu'au 24 décembre, jour de sa sortie, donnèrent les résultats suivants :

	Nombre de globules rouges par millimètre cube.
4 décembre (jour d'entrée) . . . . .	2.919.000
7 — . . . . .	3.486.000
12 — . . . . .	3.696.000
24 — (jour de sortie) . . . . .	4.578.000

La malade avait donc gagné, en vingt jours, 1,659,000 globules, soit 82,950 globules rouges en moyenne par millimètre cube de sang et par jour.

La guérison était obtenue, attendu que le nombre de globules avait atteint la normale qui est un peu inférieure à 5.000.000 par millimètre cube chez la femme. Nous devons ajouter que, pendant la durée du traitement, l'appétit fut excellent; il n'y eut ni diarrhée, ni constipation.

Cette étude si précise démontre que, dans la chloro-anémie, le Fer Rabuteau régénère les globules rouges sanguins malades avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux; il leur donne plus de valeur physiologique et les rend plus riches en matières colorante.

En outre, n'étant ni styptique, ni caustique, et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni la constipation, ni la diarrhée; comme il ne demande pour être absorbé aucun travail digestif, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac, ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autres préparations.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques; chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état anémique persistant depuis longtemps et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les dragées de Rabuteau, prises à la dose de 4 par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable. Dans les chloro-anémies graves où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

En résumé, les études comparatives et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées de Rabuteau sont employées avec succès dans tous les cas où le fer est indiqué. Elles doivent être prises à la dose de 2 matin et soir aux repas.

## NOUVELLES

**Décret portant création d'un certificat d'études à exiger des aspirants au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe.**

**ARTICLE PREMIER.** — A dater du 1<sup>er</sup> novembre 1887, les candidats aux grades d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe devront, à défaut d'un diplôme de bachelier, produire, en prenant la première inscription de scolarité pour les officiers de santé, ou la première inscription de stage, pour les pharmaciens de deuxième classe, un certificat d'études délivré par le recteur, après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque Académie et composé de l'inspecteur d'Académie, président, et de trois professeurs agrégés de l'enseignement secondaire classique ou spécial, désignés annuellement par le recteur.

**ART. 2.** — Les épreuves écrites sont :

Une composition française sur un sujet simple : lettre, récit, etc.

Une version latine de la force de quatrième, ou, au choix des candidats, une version de langues vivantes (anglais ou allemand) de la force de quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Ces épreuves sont éliminatoires.

Les sujets et textes des compositions sont donnés par le jury.

**ART. 3.** — Les épreuves orales sont :

L'explication d'un texte français tiré des auteurs prescrits dans la division de grammaire de l'enseignement secondaire classique ou dans les quatre premières années de l'enseignement secondaire spécial.

Une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes des trois premières années de l'enseignement secondaire spécial.

Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la deuxième, de la troisième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes de la première, de la deuxième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Pour chacune de ces interrogations, il est proposé au candidat trois sujets différents, entre lesquels il a le droit de choisir.

**ART. 4.** — Chaque épreuve écrite et orale donne lieu à une note spéciale variant de 0 à 20.

Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu 60 points au minimum. Toutefois, quel que soit le total des points obtenus, l'ajournement peut être prononcé, après délibération du jury, pour insuffisance de l'une des épreuves soit écrites, soit orales.

**ART. 5.** — Il est accordé trois heures pour la composition française et deux heures pour la version.

L'ensemble des épreuves orales dure trois quarts d'heure.

**ART. 6.** — Les sessions ont lieu à la fin et au commencement de l'année scolaire, à des dates fixées par le recteur.

**ART. 7.** — L'inscription a lieu au secrétariat de chaque Académie, pendant une période déterminée par le recteur et qui ne peut être inférieure à 15 jours.

**ART. 8.** — Les candidats au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe qui auront obtenu, avant le 1<sup>er</sup> novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique, conformément à l'article 1<sup>er</sup> du décret du 1<sup>er</sup> août 1883, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études institué par le présent décret.

**ART. 9.** — Les dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

— Conseils généraux. — *Calvados* (Falaise), le D<sup>r</sup> Turgis. — *Eure* (Evreux N.), le D<sup>r</sup> Guindey; (Nonancourt), le D<sup>r</sup> Gros-Fillay. — *Seine-Inférieure* (Le Havre), le D<sup>r</sup> Fauvel.

## CHRONIQUE SANITAIRE

### MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÉS	DÉCÉS de 0 à 2 ans.	DÉCÉS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PURP.	COQUELUCHE
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>										
Du 25 au 31 juillet . . .	61	24								
Du 1 <sup>er</sup> au 7 août . . . .	73	28	2			1	2	1		
<b>Havre (112,079 hab.)</b>										
Du 25 au 31 juillet . . .	75	43		1		1	1			
Du 1 <sup>er</sup> au 7 août . . . .	74	42				2			1	1
<b>Dieppe (22,762 hab.)</b>										
Du 25 au 31 juillet . . .	24	13					1			
Du 1 <sup>er</sup> au 7 août . . . .	18	12								
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>										
Du 25 au 31 juillet . . .	12	5								
Du 1 <sup>er</sup> au 7 août . . . .	8	5								
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>										
Du 25 au 10 juillet . . .	12	2				1			1	
Du 1 <sup>er</sup> au 7 août . . . .	6	4		1						

### MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 25 au 31 juillet : *Rougeole*, « entrée; *diphthérie*, « entrées, « décès; *érysipèle*, « entrée. — Du 1<sup>er</sup> au 7 août : *scarlatine*, 1 entrée; *variole*, 2 entrées, 1 décès; *varicelle*, 1 entrée; *rougeole*, 2 entrées (militaires).

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 25 au 31 juillet : *Varicelle*, 1; *rougeole*, 17; *scarlatine*, 5; *oreillons*, 3; *fièvre typhoïde*, 2; *diphthérie*, 2; *coqueluche*, 1. — Du 1<sup>er</sup> au 7 août : *scarlatine*, 5; *rougeole*, 8; *fièvre typhoïde*, 4; *diphthérie*, 2; *coqueluche*, 1.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

**SOMMAIRE :** *Clinique chirurgicale :* Du traitement chirurgical des adénites cervicales chroniques par l'ignipuncture, par le D<sup>r</sup> Duménil. — *Recueil de faits :* Notes sur une petite épidémie de varicelle à l'Hospice-Général de Rouen, par M. Paul Valin. — *Variétés :* Les Compagnies d'assurances et les certificats médicaux. — *Memento thérapeutique.* — *Nouvelles.* — *Chronique sanitaire.*

---

## CLINIQUE CHIRURGICALE

---

### **Du traitement chirurgical des adénites cervicales chroniques par l'ignipuncture.**

PAR LE D<sup>r</sup> DUMÉNIL,

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

---

Chargé pendant douze ans d'un service chirurgical qui recevait les militaires de la garnison, j'eus l'occasion d'observer de nombreux cas d'affections des ganglions lymphatiques. L'antisepsie chirurgicale était peu connue à cette époque, et seulement à sa période d'essai, et la majeure partie des chirurgiens était encore avare d'opérations sanglantes. L'extirpation de tumeurs ganglionnaires que je n'hésiterais pas à pratiquer aujourd'hui m'inspirait alors des craintes suffisantes pour m'arrêter, et, c'est guidé par une prudence qui paraîtra peut-être exagérée à quelques-uns que j'expérimentai l'ignipuncture.

Quoique la méthode plus radicale et plus rapide de l'extirpation puisse rallier aujourd'hui les plus timides, il reste encore cependant des cas où la cautérisation ignée profonde peut avoir des avantages, ceux par exemple où le malade recule devant l'ablation, ou lorsqu'il y a des tumeurs multiples. C'est cette considération qui m'engage à publier les faits où cette méthode m'a donné des succès incontestables.

Je n'ai en vue ici que la thérapeutique chirurgicale des adénites cervicales chroniques. Je laisserai de côté la question du diagnostic avec les autres tumeurs ganglionnaires de la région, lymphadénomes, lymphosarcomes, etc. On me dira, sans doute, que pour être complet, je devrais, avant d'indiquer un procédé de traitement, donner les moyens de reconnaître nettement les cas auxquels il est applicable. Cette marche serait certainement rationnelle, mais je crois que dans la majorité des cas, comme

ceux auxquels j'ai eu affaire, le diagnostic est facile; pour ceux dans lesquels les caractères objectifs et la marche laisseraient quelque doute sur la nature de la tumeur, il vaudra mieux agir de bonne heure par l'extirpation.

Il est bon cependant, avant d'entrer dans l'exposé des faits qui constituent le fond de ce travail, de jeter un coup d'œil sur la signification nouvelle que les recherches modernes ont donnée à ces tumeurs ganglionnaires, au point de vue de leur nature et de leur pathogénie.

Considérées, il n'y a pas longtemps encore, comme des engorgements strumeux, des adénites scrofuleuses, elles prennent place incontestablement, depuis les études récentes sur les tuberculoses locales, dans cette classe importante de maladies infectieuses. Ces belles découvertes de notre époque, destinées à éclairer d'un jour nouveau l'étiologie d'un grand nombre de lésions, ont certainement dissipé bien des obscurités sur l'origine des adénopathies cervicales; et l'on ne verra probablement plus ces explications si insuffisantes des adénites chroniques des soldats, attribuées par les uns au froid, par d'autres à l'équipement.

Les ganglions lymphatiques du cou, recevant les vaisseaux lymphatiques des cavités buccale, nasale et pharyngienne, sont merveilleusement aptes à la réception des principes infectieux que l'air et les éléments entraînent avec eux en traversant ces cavités. Les nombreux diverticules qui s'y rencontrent, les effractions fréquentes, tant celles qu'on peut constater que celles qui échappent forcément à l'examen et plus particulièrement les lésions gingivales, constituent des portes d'entrée que les éléments infectieux peuvent franchir avec la plus grande facilité.

Reste toujours, il est vrai, la raison de la fréquence plus grande des adénites cervicales chez les soldats. La préparation du terrain par des conditions hygiéniques défectueuses, par l'agglomération, l'encombrement, joue certainement un rôle important; mais à côté de cette cause prédisposante incontestable, il faudrait savoir si l'hygiène du soldat ne l'expose pas particulièrement aux érosions de la cavité buccopharyngienne. Ce qui me porte à penser que l'action des causes locales suffit quelquefois à expliquer la production d'adénites tuberculeuses, c'est qu'on les rencontre assez souvent chez des sujets vigoureux dont l'état général ne laisse rien à désirer, et chez lesquels on ne rencontre aucune prédisposition héréditaire.

Sur 14 malades dont j'ai recueilli les observations avec soin, je n'en trouve qu'un dans les antécédents de famille duquel on

puisse signaler quelque indice de manifestations scrofuleuses ; la mère et une sœur avaient eu au cou des abcès qui ont laissé des cicatrices. C'est aux médecins de l'armée qu'incombe la solution de ces importantes questions.

J'ai puisé l'idée de l'ignipuncture appliquée au traitement des adénites chroniques dans les résultats de ce traitement appliqué aux tumeurs érectiles.

J'avais été frappé du peu de difformité des cicatrices consécutives à l'emploi des cautérisations ignées, et j'ai jugé que cet avantage avait une assez grande importance dans des régions découvertes, comme le cou.

J'ai employé d'abord le fil de platine rougi par les piles, puis, comme instrument plus simple, un cautère effilé surmonté d'une boule ; la pointe du thermo-cautère les remplacerait avantageusement.

## OBSERVATIONS.

I. — Q..., soldat, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 janvier 1872. Santé robuste jusque-là. Un an auparavant, atteinte de rhumatisme articulaire aigu, et peu après développement sur le sterno-mastoïdien gauche d'une adénite qui suppura et donna lieu à un trajet fistuleux qui n'est point complètement cicatrisé. Les ganglions de la région cervicale droite se prirent bientôt ; deux masses se développèrent, l'une en arrière du sterno-mastoïdien, à sa partie supérieure, l'autre sur son bord antérieur. La première ne dépassa pas le volume d'une grosse noix, l'autre acquit les proportions d'un œuf de poule. Ces tumeurs étaient peu douloureuses, sans rougeur, sans fluctuation.

Le 4 février, je pratique la cautérisation profonde des masses ganglionnaires avec le fil de platine de la pile Grenet. La tumeur de la partie supérieure est traversée sur deux points, elle ne donne pas de pus. L'inférieure, traversée sur plusieurs points, donne une certaine quantité de pus très épais, grumeleux. Le malade, non anesthésié, n'accusa qu'une douleur très supportable. La cautérisation fut suivie d'une inflammation assez vive et de suppuration abondante. On appliqua des compresses réfrigérantes et la douleur se calma vite.

15 février — L'inflammation est complètement éteinte, la suppuration peu abondante. La tumeur supérieure a complètement disparu, l'inférieure a considérablement diminué.

26 février. — Nouvelle cautérisation de la tumeur inférieure qui est lardée sur trois points. Inflammation très modérée, suppuration assez abondante.

A la fin de mars, la tumeur a complètement disparu.

Le malade sort le 22 avril. Il ne reste que les traces de la cautérisation sous forme de petites cicatrices grandes comme des lentilles, légèrement saillantes.

II. — B..., 22 ans, soldat de la classe 1870, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 février 1873. Depuis un an, il porte à la partie supérieure gauche du cou plu-

sieurs tumeurs ganglionnaires. Rien d'héréditaire ni de personnel dans les antécédents. La maladie a débuté par une petite glande au-dessous du lobule de l'oreille; elle acquit le volume d'une noix et suppura. D'autres glandes situées au-dessous se prirent consécutivement et se réunirent de manière à former une masse qui avait le volume d'un œuf lors de l'entrée à l'hôpital.

Une seule cautérisation au fer rouge fut pratiquée sur deux points; issue de matière caséuse, affaissement prompt de la tumeur.

Le 3 juin, il ne reste qu'un petit noyau à la partie antérieure. La cicatrice des cautérisations est très peu apparente, tout à fait superficielle. Le malade part en convalescence.

III. — J..., 23 ans, soldat, entre à l'Hôtel-Dieu le 9 mars 1875. Pas d'antécédents pathologiques autres que quelques accès de fièvre intermittente il y a deux ans. L'année suivante, apparition d'une petite tumeur au côté droit du cou, au-dessous et en avant de l'apophyse mastoïde; elle reste stationnaire pendant 8 ou 9 mois, puis prend un développement assez rapide.

Elle présente le volume d'un œuf avec une forme ovalaire, s'étend de l'apophyse mastoïde à 4 travers de doigt de la clavicule, limitée en avant par la branche montante du maxillaire et en arrière par le trapèze; elle est très ferme et le toucher ne permet pas de reconnaître de liquide. Etat général excellent, pas de gêne de la circulation.

Des applications de teinture d'iode ne donnent aucun résultat, et le 9 avril je porte trois pointes de feu dans l'intérieur de la tumeur. Le soir, le thermomètre monte à 38°,4 pour descendre le lendemain matin à 38°, et bientôt la température redevient normale.

Après la cautérisation, il se développa un peu de suppuration et le volume ainsi que la consistance de la tumeur diminuèrent rapidement. Quinze jours après apparut à gauche, dans la région sous-maxillaire, une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, indolente et mobile. On y fit des applications quotidiennes d'onguent napolitain; elle diminua de moitié sous l'influence du traitement.

Du côté droit, il ne resta qu'un peu d'épaississement des tissus, formant une légère saillie sur le muscle sterno-mastoidien. Les cicatrices des cautérisations étaient superficielles et très peu étendues.

Le malade demanda son exeat le 18 mai.

IV. — G..., 18 ans, engagé volontaire, entré à l'Hôtel-Dieu le 16 avril 1875. Aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel.

Peu de temps avant son entrée au service, développement d'une petite grosseur près de l'angle du maxillaire inférieur gauche. A son entrée, elle remplit l'espace entre l'angle de la mâchoire et l'apophyse mastoïde; elle est indolente.

A la fin d'avril, cautérisation au fer rouge sur deux points de la tumeur, qui diminue sensiblement à la suite. Une seconde cautérisation amène encore une diminution de moitié, et le malade part pour les bains de mer à la fin de juillet.

1<sup>er</sup> septembre. — Le malade revient de la mer; la tumeur a presque complètement disparu et n'est vraiment plus représentée que par un épaississe-

ment des tissus, appréciable seulement au toucher. Les cicatrices sont superficielles. Le malade part en congé de semestre.

V. — Soldat d'infanterie, de très bonne constitution, teint brun, chairs fermes, formes très bien proportionnées, ne se rappelant avoir eu aucune affection de la bouche, de la face ni du cuir chevelu, capable d'expliquer l'affection actuelle; n'a jamais souffert de privations au régiment, a toujours été suffisamment nourri.

Entré à l'Hôtel-Dieu en 1868 pour une tumeur ganglionnaire sous l'angle droit du maxillaire inférieur, du volume d'un petit œuf de poule, indolente, mobile, non fluctuante, sans rougeur.

Traité plusieurs semaines par des badigeonnages iodés sans résultat.

31 juillet. — Je traverse la tumeur sur 4 points avec un cautère électrique pénétrant jusqu'au centre. La première pointe donne issue à une cuillerée de pus épais, grumelleux. Compresses réfrigérantes. Pas de douleurs à la suite de l'opération; la tumeur est diminuée de moitié par l'évacuation du pus, mais il reste encore un engorgement notable.

16 août. — Les plaies de la cautérisation, sans être cicatrisées, ne donnent plus qu'une suppuration de surface insignifiante; il ne vient pas de pus de l'intérieur. Il y a encore un noyau d'engorgement du volume d'un œuf de pigeon, aplati, peu saillant, mobile, indolent.

1<sup>er</sup> septembre. — Ce noyau est réduit au volume d'une amande, indolent, sans suppuration.

15 septembre. — Tumeur ganglionnaire sous l'angle gauche du maxillaire inférieur, du volume d'un petit œuf de poule, à peu près indolent, sans rougeur, développé spontanément sans troubles appréciables de la santé générale. Badigeonnages iodés.

Janvier 1869. — Cette tumeur atteint le volume d'un gros œuf et présente de la fluctuation sans rougeur ni amincissement de la peau. Cautérisation au chlorure de zinc sur la partie centrale, dans une largeur d'une pièce d'un franc, évacuation de matière caséuse très épaisse. Etat général excellent.

20 janvier. — Un peu de décollement à la partie interne de la plaie; drainage.

4 mars. — J'enlève le drain.

30 mars. — Le malade part en convalescence. La suppuration a cessé complètement.

VI. — Soldat, entre à l'Hôtel-Dieu en mai 1875, profondément débilité, pâle, anémique. Deux tumeurs ganglionnaires à la partie latérale gauche du cou, l'une au-dessous de l'apophyse mastoïde, sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, du volume d'un petit marron, l'autre à la partie moyenne du cou, derrière le muscle, également du même volume. Indolence, pas de rougeur, consistance ferme. Une tumeur semblable existe à la région inguinale gauche, présentant les mêmes caractères et le même volume que les autres.

Une pointe de feu est portée au centre de chaque tumeur et donne issue à du pus épais, caséux. Inflammation légère; guérison prompte, sans accident.

Le malade sort à la fin de juin, ne présentant que de légères cicatrices. La tumeur supérieure du cou laisse seule un peu de relief sans douleur ni suppuration.

VII. — C..., soldat, entre à l'Hôtel-Dieu le 1<sup>er</sup> août 1871, après plusieurs mois de captivité en Prusse. Début de l'affection par des inflammations des gencives et des ulcérations saignant au moindre attouchement. Au bout de 15 jours de ces accidents, gonflement douloureux des ganglions sous-maxillaires; la sensibilité et le volume de la tumeur diminuent, mais elle devient plus dure.

L'état ulcéreux des gencives autour du collet des dents persiste à l'entrée du malade; un seul ganglion induré existe à la région sous-maxillaire. Frictions avec une pommade iodurée, gargarisme à l'alun pendant 2 mois, sans résultat.

1<sup>er</sup> septembre. — Apparition d'autres ganglions dans la région sous-maxillaire et le long de la moitié supérieure du muscle sterno-mastoidien. — Iodure de potassium, 1 gramme.

Novembre. — Les ganglions développés en dernier lieu augmentent de volume, deviennent rouges, douloureux.

Ponction au bistouri dans les deux masses situées : l'une, sous le maxillaire; l'autre, sur le sterno-mastoidien; issue d'une assez grande quantité de pus. Quelque temps avant la ponction, une injection de teinture d'iode avait été faite dans une des tumeurs, sans résultat.

Janvier 1872. — Les ouvertures continuent à suppurer. Première cautérisation au fer rouge, peu profonde, dans un des trajets. Résultat nul : les ganglions ne subissent pas de changement, mais il se fait un engorgement de tout le tissu cellulaire de la région, joue et moitié droite du cou.

Février. — Nouvelle cautérisation plus profonde que la précédente dans un des trajets fistuleux, suivie d'inflammation et de suppuration abondante pendant plusieurs jours.

La tumeur cautérisée diminue sensiblement de volume et le trajet continue à suppurer.

Mars. — Troisième cautérisation aussi profonde que la seconde, dans le deuxième trajet resté à la suite des ponctions. La tumeur diminue, mais la suppuration persiste.

Pendant les deux mois suivants, l'état reste stationnaire; le malade prend toujours l'iodure de potassium.

Le malade part pour Amélie-les-Bains, le 13 juin.

Il rentre à l'hôpital le 24 juillet.

Les ganglions ont notablement diminué, quelques-uns n'ont laissé pour traces que les cicatrices des ponctions ou cautérisations.

Il ne reste de bien saillante, qu'une masse ganglionnaire, située sur le bord postérieur du sterno-mastoidien. Cette masse avait été cautérisée au mois de mars, mais superficiellement, à cause du fonctionnement imparfait de la pile.

29 août. — Cautérisation de cette tumeur, mais encore très incomplètement.

4 novembre 1872. — Le malade a obtenu sa réforme et sort. Les cic-

trices résultant de la cautérisation sont un peu déprimées et entourées de parties encore légèrement tuméfiées, mais souples. La dépression sous-maxillaire est presque aussi bien dessinée à droite qu'à gauche ; les cicatrices sont circonscrites aux points où la cautérisation a été pratiquée. Sous les cicatrices des dernières cautérisations, à la partie moyenne du cou, il existe deux noyaux très durs, gros comme une noisette, mais complètement indolents.

L'état général est très bon.

VIII. — X... , 23 ans, soldat, entré à l'Hôtel-Dieu, le 13 février 1873. Aucun antécédent morbide personnel ; sa mère et une sœur ont eu des abcès qui ont laissé des cicatrices. Prisonnier en Allemagne, atteint à son retour de tumeurs ganglionnaires, pour lesquelles il entre à l'hôpital.

Le cou est considérablement tuméfié par des masses qui soulèvent les sterno-mastoidiens, et s'étendent depuis les apophyses mastoïdes jusqu'au tiers inférieur de la région. Ces tumeurs indolentes présentent le volume d'un gros œuf et déterminent une difformité des plus apparentes. Quoique s'enfonçant profondément, elles sont mobiles sur les parties profondes.

L'état général est très bon.

Le malade fut mis à l'huile de foie de morue, qu'il prit constamment à la dose de deux à quatre cuillerées à soupe par jour ; des badigeonnages iodés furent pratiqués journellement. Les tumeurs diminuèrent lentement et au mois de mai cette diminution était environ de moitié ; mais à la partie inférieure de la masse, du côté droit, il y avait une partie plus saillante, du volume d'une noix, et qui devint fluctuante.

J'y pratiquai une cautérisation au fer rouge à la fin de mai ; il en sortit un peu de pus homogène et fluide. La tumeur s'affaissa rapidement, le malade fut envoyé aux bains de mer au commencement de juillet. Il ne restait à cette date qu'un petit point en suppuration et ce n'était qu'une suppuration de surface.

En septembre, il rentre au corps complètement guéri, mais, au mois de novembre, une nouvelle tumeur ganglionnaire se développa au côté gauche du cou, avec la même indolence et la même mobilité que les précédentes. Il rentre à l'hôpital et je plonge au centre de la tumeur la pointe d'un cautère rouge. Elle disparaît graduellement et complètement et le malade part en convalescence le 10 février 1874.

Au mois de décembre, une nouvelle tumeur reparait à la partie moyenne latérale droite du cou, indolente comme les autres.

Le malade rentre à l'Hôtel-Dieu, le 10 avril, demandant lui-même qu'on lui pratique de nouveau la cautérisation au fer rouge. L'engorgement représente, sur le bord antérieur du sterno-mastoidien, une grosseur du volume d'une noix, mobile, indolente.

Je fais une injection interstitielle avec 1 gramme de teinture d'iode pure ; l'injection provoque quelques symptômes inflammatoires qui s'apaisent laissant la tumeur ce qu'elle était.

Je me rends alors au désin du malade et j'enfonce au centre du ganglion la pointe du cautère.

L'inflammation dépassa un peu les limites du ganglion et il se forma dans

le tissu cellulaire un abcès qui exigea trois ponctions avec la pointe d'une lancette.

Le malade sortit au milieu de juin ne présentant plus qu'une légère induration indolente. Les cautérisations n'étaient indiquées que par des cicatrices très étroites, superficielles, mobiles, peu apparentes.

IX. — R. . . , soldat, entré à l'Hôtel-Dieu, le 7 août 1872. Après un accès de fièvre de quelques jours, au commencement de juillet, caractérisé par des frissons, du malaise, de l'herpès labialis, apparut sur la partie moyenne latérale gauche du cou, un petit ganglion gros comme une noisette. Il se développa vite et atteignit en dix ou douze jours le volume d'une grosse noix; il était très dur et sensible à la pression. Vers le 20 juillet, d'autres ganglions se développèrent de la même façon, du côté droit, sur toute l'étendue du bord postérieur du sterno-mastoidien; l'un plus gros que les autres se trouve à la partie moyenne. La partie supérieure du muscle, jusqu'à son insertion, est soulevée par une autre masse. — Pommade iodurée; 1 gramme d'iodure de potassium à l'intérieur.

29 août. — Cautérisation de la tumeur de gauche et de la masse principale de droite, avec un fil de platine qui pénètre profondément par deux points de chaque côté.

16 octobre. — La tuméfaction de la partie supérieure droite diminue depuis quelque temps. La plaie de la cautérisation de ce côté n'est pas cicatrisée et suppure abondamment; elle est supportée par un noyau d'induration cicatricielle. La plaie de gauche est à peu près cicatrisée et repose sur une base de même nature.

L'état général est très bon. On continue l'administration de l'iodure de potassium.

Il ne s'opère pas de changement jusqu'au mois de décembre.

5 décembre. — Un ganglion du volume d'une aveline s'est développé derrière l'angle du maxillaire droit.

Je pratique une cautérisation dans cette tumeur et trois autres dans la masse principale, mais ici le cautère ne pénètre pas profondément. L'état général reste très bon.

Le malade part pour Amélie-les Bains, sans avoir éprouvé d'amélioration réelle.

Chez tous ces malades, sauf le dernier, l'ignipuncture a donné des résultats satisfaisants; dans presque tous les cas, les tumeurs étaient en voie de fonte caséuse, et c'est dans ces conditions que les effets ont été les plus rapides et les plus frappants.

Quelquefois, cependant, la ponction n'a donné issue à aucun liquide et la résolution ne s'est pas moins opérée, même rapidement, comme dans la première observation où nous voyons une tumeur, du volume d'une grosse noix, disparaître après une seule cautérisation.

Comment agit l'ignipuncture dans ces adénites tuberculeuses ?

Est-ce en détruisant le bacille, considéré comme élément infectieux? Est-ce en modifiant la vitalité des tissus? Probablement de cette double manière.

Il eût été certainement avantageux de suivre ces malades et de voir si les guérisons ont été radicales, s'il n'y a pas eu, plus tard, d'infection viscérale. C'est là un desideratum dont je ne me dissimule pas l'importance. J'ai cru, malgré cela, que ces faits présentaient assez d'intérêt pour être livrés à la publicité.

---

## RECUEIL DE FAITS

---

### Notes sur une petite épidémie de varicelle à l'Hospice-Général de Rouen.

PAR M. PAUL VALIN,

Interne des Hôpitaux de Rouen.

---

J'ai été témoin dans ces derniers temps d'une petite épidémie de varicelle qui a sévi sur les enfants du service de M. le D<sup>r</sup> Ballay, à l'Hospice-Général. La relation de cette épidémie peut présenter quelque intérêt, par cette raison surtout que j'ai pu en observer tous les cas et déterminer leur filiation.

La maladie a pris naissance à la salle Saint-Lazare (garçons) et elle y est pour ainsi dire restée localisée, puisque un seul malade a été observé en dehors de cette salle, et encore avait-il été fort probablement contaminé à la salle Saint-Lazare, où il avait fait un court séjour, comme on le verra plus loin.

La façon dont la maladie a été importée dans la salle Saint-Lazare est assez obscure. Le premier cas qui se soit produit date du 16 juin (date de l'éruption). Comme le sujet est un enfant qui était dans le service depuis longtemps, je ne puis pour expliquer son origine que faire les hypothèses suivantes :

Ou bien il y avait des germes de varicelle dans la salle Saint-Lazare, germes laissés par d'autres enfants atteints antérieurement;

Ou bien des malades ont apporté la varicelle du dehors;

Ou bien il y avait de la varicelle dans le voisinage, et elle a été transmise à l'enfant par un intermédiaire quelconque.

La première hypothèse est facile à réfuter. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1886, il n'y a pas eu un seul cas de varicelle dans la salle Saint-Lazare; or, je ne crois pas qu'on puisse admettre que le principe contagieux de la varicelle puisse rester six mois dans une salle

de malades bien aérée, en conservant sa vitalité sans la manifester par des effets pathogènes.

La deuxième hypothèse tombe d'elle-même; pas un malade atteint de varicelle n'est entré dans la salle Saint-Lazare, du 1<sup>er</sup> janvier au 16 juin.

Il aurait pu également se faire que la varicelle fût transmise au premier malade par une personne venue du dehors les jours de visite; mais mon malade n'a jamais eu de visites depuis qu'il est dans le service.

Reste la troisième hypothèse : il y avait dans le voisinage de notre salle des cas de varicelle, et la maladie aurait été transmise par un intermédiaire quelconque.

En effet, il y avait depuis quelque temps de la varicelle à la salle Saint-Sébastien (chirurgie-garçons), mais la contagion directe ne peut être invoquée, puisque l'enfant qui a été le premier atteint ne se levait pas et n'avait jamais été en rapport avec ceux de la salle Saint-Sébastien.

Y a-t-il eu transport du contagion par l'intermédiaire de l'air? Je ne le crois pas, car la salle Saint-Lazare est assez éloignée de la salle Saint-Sébastien, et bien d'autres fois j'ai vu de la varicelle à la salle Saint-Sébastien sans qu'elle se fût propagée ailleurs. Reste une autre hypothèse, c'est que le contagion a été transmis par les personnes. La salle Saint-Sébastien, comme la salle Saint-Lazare, est une sorte de passage que le chirurgien, le médecin et leurs élèves traversent tous les jours; il peut très bien se faire que les uns ou les autres aient été le véhicule du contagion.

A la vérité, on fera à cette hypothèse les mêmes objections qu'à la précédente. Cependant c'est à elle que je me rallierai plutôt, étant donné que moi-même, un jour, j'ai examiné assez longuement un enfant de la salle Saint-Sébastien atteint de varicelle avant d'aller faire ma visite du soir à Saint-Lazare, et qu'autant que je puis me le rappeler, j'ai fait cet examen une dizaine de jours environ avant que le premier cas se déclarât à la salle Saint-Lazare.

A cette époque, c'est-à-dire vers le 16 juin, l'enfant Théophile C... fut le seul atteint de varicelle.

Le 29 juin, on amène de la classe des garçons l'enfant Alphonse P..., âgé de 10 ans. Cet enfant avait déjà séjourné du 7 au 20 juin à la salle Saint-Lazare pour un embarras gastrique fébrile. Il rentre, dis-je, le 29 juin au matin. Il avait alors de la fièvre, de

la céphalalgie, la langue sale; le soir même de son entrée, il présente une belle éruption de varicelle.

Cet enfant n'a pu contracter la varicelle aux classes, où il n'y en avait pas à ce moment et où il n'y en avait pas eu depuis longtemps; il est plus probable qu'il l'a contractée à la salle Saint-Lazare, lors de son premier séjour, du 7 au 20 juin, puisqu'à cette époque il avait été en contact avec l'enfant Théophile C..., pris le 16 juin de la varicelle. Chez lui donc la durée de la période d'incubation de la maladie a été d'au moins 9 jours et de 13 jours au plus.

Le 30 juin, le frère de cet enfant, Jules P..., âgé de 7 ans, en traitement à la salle Saint-Lazare pour un favus depuis plusieurs mois, est pris également de varicelle. Le 2 juillet, un nouveau casse présente dans la même salle.

Du 2 au 15 juillet, rien. Le 15 juillet, un nouveau cas de varicelle; le 17, un autre. Vers le 25 juin, un enfant, Ernest D..., en dépôt à la crèche des enfants assistés, y est pris d'angine diphtéritique bénigne, ce qui nécessite son transfert à la salle des diphtéritiques (Saint-Lazare annexe); il y reste du 27 juin au 3 juillet <sup>(1)</sup>. Le 18 juillet, alors qu'il est retourné à la crèche depuis 15 jours, il présente une éruption de varicelle.

Pour celui-ci encore, on ne peut dire qu'il ait contracté la maladie à la crèche, où elle n'existait pas depuis fort longtemps; il est bien plus simple d'admettre qu'il l'a contractée pendant son séjour à la salle Saint-Lazare annexe. La durée de l'incubation de la maladie aurait donc été de 15 jours au moins.

Le 5 août, l'enfant L... entre à l'Hospice-Général, salle Saint-Lazare, pour varicelle. Cet enfant avait séjourné du 1<sup>er</sup> juin au 24 juillet à la crèche des enfants assistés, où il était en dépôt. Il avait pendant cette période été en contact avec l'enfant Ernest D... dont nous venons de parler, et lequel avait présenté son éruption de varicelle du 18 au 22 juillet. Il est fort probable que c'est à ce moment qu'il a contracté la maladie pour laquelle il entra à Saint-Lazare le 5 août.

Voici sommairement l'observation de tous les malades dont je viens de parler :

OBSERVATION I. — Théophile C..., 2 ans, vacciné et variolé, en conva-

---

(1) La salle Saint-Lazare annexe, qui est soi-disant une salle d'isolement pour les diphtéritiques, n'est séparée de la salle Saint-Lazare que par une cloison vitrée. Comme la nuit il n'y a qu'une infirmière de veille pour les deux salles, la porte de communication reste continuellement ouverte !!

lescence de broncho-pneumonie. — 15 juin, malaise, fièvre. — 16 juin, éruption très confluyente se produisant d'une seule poussée. — 19 juin, affaïssement et ombilication des pustules.

Obs. II. — Alphonse P..., 10 ans, sujet vacciné. — 29 juin, malaise, céphalalgie, fièvre, vomissements, langue sale ; le soir, éruption très confluyente de varicelle en une seule poussée.

1<sup>er</sup> Juillet, ombilication des pustules. — 2 juillet, dessiccation.

Obs. III. — Jules P..., 7 ans, sujet vacciné, en traitement depuis longtemps à la salle Saint-Lazare pour favus. — 30 juin, fièvre, céphalalgie. Douleur à l'épigastre. — 1<sup>er</sup> juillet, éruption discrète de varicelle sur le tronc et les membres. — 2 juillet, nouvelle poussée éruptive. — 3 juillet, nouvelle poussée éruptive. — 5 juillet, dessiccation.

Obs. IV. — Emile C..., sujet vacciné, en traitement pour impétigo du cuir chevelu. — 2 juillet, sans avoir présenté de période prodromique, éruption discrète de varicelle sur le tronc et les membres. — 3 juillet, nouvelle poussée éruptive. — 5 juillet, dessiccation.

Obs. V. — Albert L..., 3 ans, sujet vacciné, en traitement pour bronchite. — 15 juillet, commencement de l'éruption. — 16 juillet, nouvelle poussée éruptive. — 17 juillet, nouvelle poussée éruptive. — 20 juillet, dessiccation.

Obs. VI. — Paul D..., 2 ans, en traitement pour gale et impétigo, vacciné. — 16 juillet, fièvre. — 17 juillet, éruption discrète sur la face et le tronc. — 18 juillet, nouvelle poussée. — 20 juillet, dessiccation.

Obs. VII. — Ernest D..., 4 ans, vacciné. — 18 juillet, fièvre assez vive, inappétence, langue sale. — 19 juillet, éruption très discrète de varicelle sur le tronc. — 20 juillet, nouvelle poussée. — 22 juillet, dessiccation.

Obs. VIII. — Charles L..., 5 ans, vacciné. — 5 août, entrée à Saint-Lazare pour varicelle ; l'éruption est terminée, l'enfant présente sur la face, les membres et le tronc des vésicules, les unes remplies de sérosité limpide, les autres commençant à se dessécher. Au dire des parents, l'éruption a débuté la veille.

(A suivre).

---

## VARIÉTÉS

### Assurances sur la vie et certificats médicaux.

Nous avons reçu de M. le Président du Syndicat des Médecins du Havre un exemplaire d'un jugement rendu récemment au Havre, dont l'importance n'échappera à aucun de nos lecteurs. Il ne nous semble pas douteux que ce jugement soit des mieux motivés et des plus justes dans ses grandes lignes, en ce qui touche les prétentions des compagnies d'assurances. Mais tout en approuvant également ce qu'il dit des Syndicats médicaux et de leur faculté d'ester en justice, nous nous demandons si le droit proclamé par le tribunal du Havre n'est pas en avance sur la ju-

risprudence admise, et si la Cour de cassation admettrait la théorie du tribunal du Havre, après avoir approuvé le jugement bien connu du tribunal de Domfront.

### TRIBUNAL CIVIL DU HAVRE. — 1<sup>re</sup> CHAMBRE

AUDIENCE DU 30 JUILLET 1886

*Les principes de la liberté professionnelle et la règle absolue du secret médical imposent au médecin l'obligation d'ordre public de se refuser à la délivrance de tout certificat constatant les causes de la mort du client qu'il a traité, alors même que ce certificat serait exigé par une Compagnie d'assurances sur la vie, préalablement à tout versement du capital assuré. La police qui renferme une telle clause n'est pas opposable au médecin, qui est un tiers au regard du contrat d'assurance de son client. — Le secret étant personnel au client décédé, personne, et principalement le tuteur des héritiers mineurs, n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même, contrairement à la jurisprudence, que ce droit pût appartenir au client lui-même qui peut très bien en ignorer la portée et l'étendue, le médecin étant souvent tenu de dissimuler la vérité à son client. — Un syndicat de médecins a qualité pour ester en justice, alors du moins qu'aucune des parties en cause ne s'y est opposée.*

« Attendu que la Compagnie d'Assurances sur la vie *Le Monde*, après avoir assuré le sieur Jean-Félix N..., aujourd'hui décédé, pour une somme de dix mille francs, élève la prétention, en se fondant, paraît-il, sur un article de ses statuts, de ne verser la somme qu'elle doit aux héritiers N..., que sur le vu d'un certificat de médecin constatant le genre et la durée de la maladie qui a entraîné la mort de son assuré ;

Attendu que T..., tuteur des héritiers, les mineurs N..., agissant évidemment à l'instigation et sous la pression de la Compagnie d'Assurances, a assigné le Dr B... qui a soigné l'assuré pendant sa dernière maladie, pour le contraindre à donner le certificat demandé ; que le médecin, se retranchant derrière le secret professionnel qui lui est imposé, se refuse absolument à donner le certificat dont il s'agit et a appelé en garantie le Syndicat des Médecins du Havre qui a prescrit à tous ses membres de ne fournir, ni directement, ni indirectement, aucuns certificats de cette nature aux Compagnies d'Assurances sur la vie ;

« Attendu que, si on admet que le client d'un médecin peut, dans certains cas, relever celui-ci du secret professionnel qui lui est imposé par la loi sous des peines sévères, il semble que ce doit être, dans tous les cas un droit absolument personnel qui ne peut se transmettre aux héritiers ; et, spécialement, dans l'espèce actuelle, à un tuteur de mineurs, qui pourrait compromettre les intérêts de ses pupilles et autoriser maladroitement la révélation de secrets de nature à nuire à leur avenir ;

« Attendu qu'aux termes d'une jurisprudence constante, celui que la loi oblige au secret professionnel est seul juge, dans son âme et conscience, de

la question de savoir s'il a été ou non consulté sous le sceau du secret ; que, dans l'espèce, le Dr B... affirme qu'il se considère comme astreint au secret et qu'il ne peut, dès lors, sous aucun prétexte, être contraint de violer ce secret ; qu'on ne s'explique vraiment pas, d'ailleurs, comment, alors que le ministère des médecins n'est pas obligatoire, et que les familles mêmes ne peuvent exiger d'eux certaines révélations, des Compagnies d'Assurances sur la vie peuvent avoir l'étrange prétention d'obliger ces médecins à fournir des certificats et à violer en leur faveur le secret qu'ils sont tenus de garder ;

« Attendu que l'appel en garantie du Syndicat des Médecins du Havre a été nécessité par les prétentions reconnues mal fondées de T..., qui, succombant, doit supporter tous les dépens ».

Plaidants : M<sup>e</sup> de Grandmaison pour T... —  
M<sup>e</sup> Pellerin pour le Dr B... et l'Association  
des Médecins du Havre.

Cette importante décision, qui mettra certainement un terme aux exigences illégales des Compagnies vis-à-vis des médecins qui ont traité leurs assurés, n'a fait que donner une consécration judiciaire aux règles adoptées par le Syndicat des Médecins du Havre et la plupart des Associations Médicales Françaises, notamment l'Association générale des Médecins de France et la Société de Médecine légale de Paris. Les sommités médicales sont d'accord sur ce point avec les jurisconsultes. (V. notamment : Dr Brouardel, *Du Secret médical* ; Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale, Mai, Juin et Juillet 1886. — Rapports de MM. les Drs Gibert et Chauvel au Syndicat des Médecins du Havre, 1884. -- Rapport de M<sup>e</sup> Rocher, avocat, à la Société de Médecine légale de Paris, séances des 9 juin et 4 août 1884. — Muteau, *Du Secret professionnel*, p. 151, 158 et 209. — Faustin Hélie, Code pénal, t. 5, p. 2, 12, 17 et suiv., et t. 6, p. 537. — Cass., arrêt Watelet, Décembre 1885, S. 85, 2, 121 ; — 11 mai 1884, S. 44, 1, 527 ; — 6 janvier 1885, S. 55, 1, 155. — Dal. rép<sup>re</sup>, V. Médecine, n<sup>os</sup> 33 et 73. — Albert Pellerin, Revue du Notariat, des Assurances sur la vie, 1883, n<sup>o</sup> 6535, p. 22).

## MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

ANTISEPSIE DE LA BOUCHE. — *Le Journal de pharmacie et de chimie* indique les expériences faites par le Dr Muller (de Berlin) pour rechercher quels sont les produits qui stérilisent le mieux la bouche et s'opposent le plus efficacement aux fermentations qui s'y produisent si facilement. De toutes ces substances, la plus active est le sublimé en solution au 1/2500, dont l'absorption répétée, même à cette très petite dose, peut avoir des inconvénients ;

aussi, l'acide borique, à la dose de 3 à 4 %, doit-il souvent lui être substitué; l'on peut le remplacer aussi par une solution d'acide benzoïque (1 pour 175), d'acide salicylique (1 pour 2 ou 300), de thymol (1 pour 1,500). Ces solutions doivent être employées de préférence le soir, en gargarisme, pendant une demi-minute.

Une stérilisation très rapide de la bouche est obtenue par la mixture suivante :

Thymol. . . . .	0 <sup>gr</sup> ,25
Acide benzoïque. . . . .	3 <sup>gr</sup>
Teinture d'eucalyptus. . . . .	12 <sup>gr</sup>
Eau . . . . .	750 <sup>gr</sup>

## NOUVELLES

**École de médecine de Caen.** — Par application de l'article 39 du décret du 28 décembre 1885, M. Maheut, professeur à l'École de médecine de Caen, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et est nommé professeur honoraire.

**Hôpitaux du Havre.** — A la suite d'un concours présidé par M. le D<sup>r</sup> Dunénil, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Rouen, la commission administrative des hôpitaux du Havre a nommé :

M. le D<sup>r</sup> Henri Fauvel, chirurgien-adjoint des hôpitaux.

MM. les D<sup>rs</sup> Bertel et Gouy, médecins-adjoints des hôpitaux.

— **Hôpital de Lisieux.** — M. le D<sup>r</sup> Decornière, chirurgien adjoint, est nommé médecin en chef, en remplacement du D<sup>r</sup> Levillain père, décédé, *tout en conservant son titre de chirurgien adjoint.*

Le D<sup>r</sup> Levillain fils est nommé médecin adjoint en remplacement du D<sup>r</sup> Jame, décédé.

Un de nos correspondants, sans contester l'excellence de ces choix, nous signale l'inconvénient qu'ils semblent présenter, et l'attribue, non sans apparence de fondement, à l'incompétence de la commission administrative. Le concours est aujourd'hui presque universellement adopté. Pourquoi donc les administrations n'y ont-elles pas recours, lorsque le choix est possible? elles éviteraient toute récrimination.

— *Le Journal officiel* a publié les mouvements de la population par département pendant l'année 1885. La Normandie reste dans la situation que nous avons indiquée :

	NAISSANCES.	DÉCÈS.
Calvados . . . . .	8.835	10.071
Eure. . . . .	6.846	8.381
Manche . . . . .	11.338	13.282
Orne. . . . .	6.572	8.386
Seine-Inférieure. . . . .	24.937	22.445

### OUVRAGE REÇU :

*De l'Utilité d'un Dispensaire à Lisieux*, par le D<sup>r</sup> Colombe. — Rouen, imp. Léon Deshayes.

**AVIS.** — Nous prions nos abonnés nouveaux de bien vouloir nous adresser par la poste le montant de leur abonnement, ce qu'ils peuvent faire sans frais. Les frais de recouvrement, relativement considérables pour une petite somme, nous obligeraient d'augmenter de 0.50 centimes le montant du mandat que nous leur ferions tenir.

## CHRONIQUE SANITAIRE

### MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ERYSIPÈLE	AFF. PUEMP.
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>									
Du 8 au 14 août. . . .	75	34					1		
Du 15 au 21 août. . . .	53	23				1	1		
<b>Havre (112,079 hab.)</b>									
Du 8 au 14 août. . . .	84	41				2	1		
Du 15 au 21 août. . . .	68	36				1	2		1
<b>Dieppe (22,762 hab.)</b>									
Du 8 au 14 août. . . .	16	12							
Du 15 au 21 août. . . .	28	18				2	2		
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>									
Du 8 au 14 août. . . .	12	7							
Du 15 au 21 août. . . .	12	7					3		
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 8 au 14 août. . . .	11	6							
Du 15 au 21 août. . . .	10	4							1

— La mortalité est toujours considérablement accrue sur la plupart des points par l'entérite infantile. Le Havre en particulier est très éprouvé ; nous y relevons 28 et 29 décès par entérite ; à Rouen, 20 ; à Dieppe, 12 dans la dernière semaine.

### MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 8 au 14 août : *Fièvre typhoïde*, 2 entrées, 1 décès. — Du 15 au 21 août : *Variole*, 5 entrées, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 8 au 14 août 1886 : *Rougeole*, 3 ; *scarlatine*, 2 ; *érysipèle*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 4 ; *diphthérie*, 3. — Du 15 au 21 août : *Varicelle*, 1 ; *rougeole*, 11 ; *scarlatine*, 4 ; *fièvre typhoïde*, 3 ; *diphthérie*, 1.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

**SOMMAIRE :** *Travaux originaux :* Traitement de l'hypertrophie du corps thyroïde par les injections interstitielles, par le Dr Notta. — *Revue médicale :* Des maladies communes à l'homme et aux animaux et de leur transmissibilité. — *Recueil de faits :* Notes sur une petite épidémie de varicelle à l'Hospice-Général de Rouen, par M. Paul Valin (suite et fin). — *Variétés :* M. Pasteur et la rage. — *Chronique sanitaire.*

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### Traitement de l'hypertrophie du corps thyroïde par les injections interstitielles.

Par le Docteur NOTTA, de Lisieux,

Membre correspondant de l'Académie de médecine.

---

Les brillants succès obtenus par M. Tillaux avec la thyroïdectomie engagèrent les chirurgiens à pratiquer sur une large échelle l'ablation du corps thyroïde hypertrophié ou dégénéré, et firent abandonner en partie un mode de traitement plus modeste, qui, lui aussi, avait donné des guérisons, je veux parler des injections interstitielles. Des faits malheureux sont venus refroidir l'enthousiasme opératoire des premiers jours et, dans un rapport très complet, très étudié, lu à la Société de chirurgie, le 19 novembre 1884, et dans lequel il passe en revue la plupart des faits d'extirpation du corps thyroïde, publiés jusqu'à ce jour, M. Richelot conclut ainsi : « La thyroïdectomie est excellente et « sa valeur n'est plus à discuter : mais quand on passe en revue « les observations et qu'on assiste aux alertes graves et aux acci- « dents mortels qui suivent les opérations les mieux conduites : « collapsus, mort subite, asphyxie, médiastinite suppurée, com- « plications pulmonaires; quand on songe enfin à ces troubles « inattendus et bizarres : œdème, pachydermie, cachexie et cré- « tinisme, qui sont la suite éloignée des extirpations totales <sup>(1)</sup> et « qui ont fait dire : l'intégrité des fonctions de la thyroïde est « d'une importance majeure pour que le corps et l'intelligence se « développent normalement dans la jeunesse et se maintiennent « chez les adultes, on est frappé de la responsabilité qui s'attache

---

(1) Louis Reverdin et Auguste Reverdin, *Rev. méd. de la Suisse romande*, avril, mai et juin 1883.

Heydenreich. — Quelques accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde, *Semaine médicale*, 24 juin 1885.

« à un acte aussi gros de conséquences et on prend la ferme « résolution de ne rien entreprendre sans indications formelles », et j'ajouterai : sans avoir acquis la certitude que tous les autres agents thérapeutiques sont impuissants.

Après avoir épuisé tout ce qui constitue le traitement médical, il est naturellement indiqué d'essayer les injections interstitielles qui ont à leur actif des succès remarquables. Malheureusement, on a cité des accidents plus ou moins sérieux à la suite de leur emploi ; et puis elles sont jugées si différemment par les chirurgiens les plus éminents, que l'on éprouve une certaine hésitation à recourir à ce mode de traitement.

Ainsi, d'après M. Berger, les injections interstitielles dans le corps thyroïde ont donné des accidents si violents qu'on les a abandonnées.

M. Terrier regarde que les injections interstitielles du corps thyroïde sont très douloureuses, à cause de leur brusquerie de distension du tissu.

Au contraire, M. Verneuil déclare que les injections de teinture d'iode lui ont donné de bons résultats dans les cas de goître mou.

Pour M. Richelot, les accidents que l'on a signalés sont beaucoup plus rares, au moins en ce qui concerne les injections de teinture d'iode.

Ces citations, qu'il serait facile, mais qu'il est inutile de multiplier, nous montrent les chirurgiens partagés en deux camps, les uns partisans des injections interstitielles, les autres hostiles à ce traitement. En présence d'opinions aussi tranchées, il m'a semblé qu'il y aurait quelque intérêt à faire connaître l'histoire de quatre malades que j'ai traités, car c'est aux faits seuls qu'il faut demander la solution de la question.

Obs. I. — M<sup>lle</sup> Marie T..., âgée de 26 ans, grande, bien développée, d'un tempérament lymphatique, a remarqué, il y a deux ans, que son cou augmentait de volume. Malgré l'iodure de potassium à l'intérieur et des applications de teinture d'iode à l'extérieur, le mal continua à faire des progrès et la malade vint me consulter, le 6 octobre 1881.

*Etat actuel.* — Le sang des règles est pâle et décoloré, appétit capricieux, faiblesse générale. A la partie antérieure du cou, à gauche de la ligne médiane, existe une tumeur du volume d'un œuf de poule, lisse, dure, ne donnant pas la sensation de fluctuation, non adhérente à la peau, formée par l'hypertrophie du lobe gauche du corps thyroïde. Dans les mouvements de déglutition, elle accompagne le larynx et cause une sensation de gêne. Dans certains moments, elle détermine un embarras de la respiration, tellement

prononcé, que parfois la nuit elle est obligée de se mettre brusquement sur son séant. Elle ne peut dormir que le haut du corps soutenu par deux ou trois oreillers. Il n'y a pas de saillie des yeux. Les battements du cœur sont réguliers, pas de bruits anormaux.

(15 gouttes teinture de mars tartratisée, au déjeuner et au dîner. Une seringue Pravaz de teinture d'iode est injectée dans la tumeur, en deux points opposés). Douleur, un peu de gonflement et un peu de fièvre pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi l'injection.

28 octobre. — Deux piqûres de un quart de seringue Pravaz chaque.

29 novembre. — Deux piqûres de un quart de seringue Pravaz chaque.

22 décembre. — Une seringue de Pravaz en deux piqûres.

8 janvier 1882. — *Ut supra*. La tumeur a notablement diminué de volume. La respiration est devenue très facile, la malade n'est plus réveillée la nuit par des accès de suffocation.

30 mars. — Une seringue de Pravaz en deux piqûres.

14 juin. — *Ut supra*.

29 juin. — *Ut supra*.

9 octobre. — La tumeur a disparu presque complètement, il n'y a plus à son niveau qu'une légère tuméfaction qui n'a rien de disgracieux. Depuis deux mois, la malade n'a plus, comme auparavant, la sensation d'un poids dans la gorge, elle n'a plus d'oppression, et elle dort n'ayant sous la tête qu'un seul oreiller.

Depuis, la santé s'est fortifiée et il n'y a pas eu de récurrence.

Obs. II. — M<sup>lle</sup> M..., d'Evreux, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, vit son cou augmenter de volume, à l'âge de douze ou treize ans. On lui conseilla des frictions avec une pommade jaune. A l'âge de dix-huit ans, la grosseur du cou, située à la partie antérieure, avait augmenté particulièrement du côté gauche. Lorsque je la vis, en 1869, je constatai une hypertrophie simple, mais considérable, du corps thyroïde, plus prononcée à gauche qu'à droite; pendant trois mois je donnai de l'iodure de potassium et de la teinture d'iode à l'intérieur. Je n'obtins aucun résultat. La malade maigrissait et, comme la tumeur causait souvent une gêne marquée dans la respiration, je pratiquai tous les mois, pendant huit mois, une injection de teinture d'iode dans la tumeur. D'abord, un quart de seringue Pravaz, puis, m'enhardissant, j'arrivai pendant les derniers mois, à injecter toute la seringue de Pravaz. Il y avait, au bout de huit mois, une amélioration très prononcée, diminution notable de la tumeur, cessation de l'oppression. On était alors en 1870, les communications furent interrompues par la présence des Prussiens et M<sup>lle</sup> M... ne put venir à Lisieux pendant plusieurs mois. Le travail d'atrophie et de résorption continua néanmoins et la malade se trouva complètement guérie. Et, en effet, le cou qui avant le traitement mesurait 42 centimètres de circonférence, n'en a plus aujourd'hui que 32.

Obs. III. — M<sup>lle</sup> B..., de Saint-Pierre-sur-Dives, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne santé habituelle, a été atteinte,

à l'âge de seize ans, de gonflement de la glande thyroïde. Traitée par les préparations d'iode *intus* et *extrâ*, la grosseur disparut presque complètement et c'est à peine s'il restait une légère tuméfaction de la région antérieure du cou. Elle se regardait comme guérie pendant plusieurs années, lorsqu'à l'âge de vingt-deux ans, le corps thyroïde recommença à augmenter de volume et, dans ces derniers temps, il prit des proportions considérables. Depuis sept ou huit mois, la malade prend de la teinture d'iode à l'intérieur, fait des frictions avec des pommades iodées et n'éprouvant aucune amélioration, elle vient me consulter.

*Le 3 mai 1877*, à la partie antérieure du cou, existe une tumeur du volume du poing, formée par l'hypertrophie du corps thyroïde. Cette tumeur est unie à sa surface, n'est pas adhérente à la peau, on n'y perçoit pas de fluctuation; dans les mouvements de déglutition, elle suit les mouvements du larynx.

Trois piqûres, avec la seringue de Pravaz, sont pratiquées dans le parenchyme de la tumeur et par chacune de ces piqûres sont injectées dix à douze gouttes de teinture d'iode pure, additionnée d'iodure de potassium.

*2 juin.* — Deux piqûres.

*23 juin.* — Trois piqûres.

*11 août.* — Trois piqûres.

*8 septembre.* — Toute la seringue de Pravaz est injectée en trois points différents.

*20 octobre.* — *Ut suprâ*. La tumeur a diminué de moitié depuis le début du traitement.

Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'injection la malade accuse une sensation de chaleur et de douleur, la tumeur augmente de volume et reste plus tendue pendant huit à dix jours; puis à partir du douzième au quatorzième jour, elle diminue.

*14 décembre.* — Une seringue de Pravaz en trois piqûres.

*23 février 1878.* — *Ut suprâ*.

*4 avril.* — Id.

*10 mai.* — Id.

*4 juillet.* — Id. Amélioration marquée. Par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, M<sup>me</sup> B... quitte le pays et ne peut plus venir me voir. Elle n'a depuis fait aucun traitement. Néanmoins, en avril 1885, elle m'écrivit (je copie textuellement) : La grosseur que j'avais au cou et dont vous vous informez est à peine visible pour d'autres yeux que des yeux prévenus. Je crois qu'elle est encore en voie de décroissance.

Obs. IV. -- M. L..., âgé aujourd'hui de 46 ans, d'une bonne santé habituelle, portait sur le côté gauche de la partie antérieure du cou, à l'âge de 20 ans, une tumeur du volume d'une noix, mobile, et complètement indolente. Vers 30 ans, la tumeur a augmenté de volume; à 83 ans, il vint me consulter. Je lui conseillai de l'iodure de potassium et lui proposai une ponction. Il refusa tout traitement. La tumeur resta stationnaire pendant plusieurs an-

nées, puis elle se remit à grossir. Enfin, en novembre 1880, il revint me consulter. La tumeur, située au lobe gauche du corps thyroïde, avait le volume d'un gros poing. Dure, indolente, donnant une sensation de fluctuation profonde, la peau qui la recouvre est mobile, la tumeur elle-même est mobile et n'est point adhérente à la trachée. Elle n'apporte aucune entrave à la déglutition ni à la respiration, mais son volume cause une grande gêne dans les mouvements du cou.

Le 1<sup>er</sup> novembre 1880, une ponction est pratiquée avec un trocart à hydrocèle. On sent que la paroi du kyste est dure et épaisse. Il s'écoule plein deux soucoupes de sang, noir d'abord et d'un rouge vif à la fin. La tumeur diminue tout au plus de moitié.

15 novembre. — La tumeur a repris le même volume qu'avant la ponction. Deux piqûres sont pratiquées et deux quarts de seringue de Pravaz sont injectés. Elles sont bien supportées. Elles déterminent du gonflement pendant les premiers jours qui suivent, puis la tumeur diminue. Ces phénomènes seront d'autant plus accentués que la dose de teinture d'iode sera plus forte.

6 décembre. — Trois piqûres.

10 janvier 1881. — Tout le contenu de la seringue de Pravaz en quatre piqûres.

A partir de cette époque, pendant deux ans et demi, tous les mois ou toutes les six semaines, j'injecte dans le kyste tout le contenu d'une seringue de Pravaz en l'y faisant pénétrer par trois points différents. Après chaque injection, gonflement, puis diminution qui était assez appréciable pour engager le malade à continuer le traitement avec persévérance.

Pendant l'hiver de 1883-1884, les injections furent suspendues et elles furent reprises en avril, continuées jusqu'en novembre, cessées pendant l'hiver. On en a fait encore trois au printemps 1885.

Voici des mesures qui mieux que toute description donneront une idée du volume et de la diminution de la tumeur; elles ont été prises par la femme du malade, qui est modiste et fort intelligente :

En 1872, avant le début de la maladie, les cols de chemise du malade mesuraient 39 centimètres; la tumeur augmentant de volume, il a fallu successivement les élargir et au moment où j'ai commencé le traitement, en 1880, ils avaient 44 centimètres  $\frac{1}{2}$  de circonférence et ils serraient fortement le cou. En juin 1884, ils n'ont plus que 39 centimètres  $\frac{1}{2}$ .

Les quatre cas qui précèdent sont les seuls que j'aie traités jusqu'à ce jour par les injections interstitielles, et je dois dire que chez aucun de ces malades je n'ai vu survenir le moindre accident. Ils venaient chez moi, quelquefois de fort loin, et après l'injection ils retournaient chez eux sans être incommodés; l'injection était composée de teinture d'iode pure additionnée de 3 grammes d'iodure de potassium pour 30. Chez tous ces malades, la première injection n'était que d'un quart de seringue Pravaz,

et aussitôt que l'on s'était rendu compte de l'effet produit, on augmentait rapidement la dose de manière à arriver à la seringue entière, moitié aux deux extrémités de la tumeur. Jamais cette dose n'a été dépassée.

L'injection pénétrait profondément dans la tumeur et préalablement j'avais soin, en comprimant au-dessous de la tumeur, de bien faire saillir toutes les veines afin de les éviter. La plupart du temps, l'injection était peu douloureuse ; si dans quelques cas la douleur a été un peu vive, elle n'a pas été de longue durée. En général, pendant les huit premiers jours qui suivent l'injection, la tumeur augmente de volume et devient parfois sensible, puis la résolution s'opère et est complète huit à quinze jours après, de sorte qu'il faut mettre entre chaque injection un intervalle qui varie suivant les cas entre quinze jours au moins et un mois au plus.

Chez nos trois premiers malades, il s'agissait d'une hypertrophie simple du corps thyroïde (goître mou de Verneuil) et comme lui nous avons eu de bons résultats. Ces trois malades, au bout d'un an et après huit à dix piqûres, ont vu leur tumeur disparaître pour ne plus revenir. Or, dans ces trois cas, il s'agissait de tumeurs qui, aux yeux de bien des chirurgiens, auraient pu être justiciables de la thyroïdectomie.

En effet, Obs. I, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule, et la malade pour reposer était obligée d'avoir trois oreillers et elle était souvent réveillée en sursaut par des accès de suffocation. — Obs. II, malgré un traitement interne énergique, la tumeur continuait à s'accroître et causait une gêne de la respiration qui allait en augmentant. Enfin, Obs. III, la tumeur avait le volume du poing et s'accroissait de jour en jour. Aujourd'hui, tous les accidents ont disparu et la guérison se maintient depuis trois, sept et quinze ans. On peut donc la considérer comme définitive.

Dans notre quatrième observation, il s'agit d'un kyste sanguin. Il n'y avait pas d'accidents de suffocation, mais le développement rapide que ce kyste avait pris pendant les derniers temps causait une telle gêne au malade qu'il réclama lui-même l'intervention du chirurgien. Aujourd'hui, l'amélioration est telle (cinq centimètres de diminution) qu'il est très satisfait du résultat obtenu, lentement il est vrai, puisque le traitement a duré cinq ans, mais sans courir aucun danger, sans interrompre ses occupations, sans s'aliter un jour. Cette lenteur du retrait du kyste s'explique par l'épaisseur de ses parois fort résistantes.

En résumé, nos quatre malades, atteints de tumeurs volumineuses en voie d'évolution, déterminant des accidents plus ou moins sérieux, ont guéri par des injections interstitielles. Aussi, je n'hésite pas à conclure qu'avant d'en arriver à l'ablation du corps thyroïde, on doit essayer les injections interstitielles, hormis bien entendu le cas de suffocation menaçante, comme en a observé M. Tillaux, où alors l'intervention immédiate devient un devoir et une nécessité.

---

## REVUE MÉDICALE

---

### **Des maladies communes à l'homme et aux animaux et de leur transmissibilité.**

---

La pathologie comparée est une des branches les moins avancées des sciences médicales. Son importance, à peine soupçonnée il y a un quart de siècle, s'est cependant affirmée de plus en plus grâce surtout aux efforts de médecins vétérinaires qui ont, par leur valeur et leurs travaux personnels, fait faire à leur art les plus grands progrès et ont forcé pour lui les portes de l'Académie de Médecine. Cependant, on peut sans crainte affirmer que nous ne sommes que très peu avancés sur ces questions, et chaque année apporte quelques faits nouveaux ouvrant de nouvelles voies à des recherches assurément fécondes pour l'avenir.

Le nombre des maladies transmissibles de l'animal à l'homme et réciproquement a paru longtemps fort restreint. La rage, le charbon se présentent avec des caractères de contagiosité tellement évidents que toute discussion serait oiseuse, et qu'il n'est pas besoin d'être médecin pour être édifié à ce sujet. Mais à mesure que s'étudient davantage en pathologie humaine les questions de contagion, on se préoccupe davantage aussi de la similitude ou de l'identité de certaines maladies des animaux et de l'homme.

Ces recherches présentent des difficultés de plus d'une sorte. Les cadres nosologiques tracés des deux côtés ne se correspondent pas, par cette raison que la plupart des signes sont très différents, à cause des différences de réaction de l'organisme tout entier ou d'un tissu en particulier : la peau par exemple, si différente non seulement de l'homme aux animaux, mais d'une espèce animale à une autre.

Quant à l'utilité, elle est incontestable. Si les animaux peuvent être l'origine ou le lieu de passage de certaines maladies humaines, il faut surveiller avec plus de soin que jamais la santé des animaux dont le contact nous est fréquent, ou qui peuvent nous pénétrer par l'alimentation. De plus, l'étude des formes aggravées ou atténuées de la même maladie dans les différents organismes prendra peut-être prochainement une extension immense, si l'on peut persévérer dans la voie ouverte par M. Pasteur pour l'atténuation des virus au point de vue de la vaccination préventive.

L'effort des observateurs et des expérimentateurs s'est donc porté de ce côté. On a cherché à inoculer la syphilis, le cancer, avec des résultats au moins médiocres. La question de la tuberculose, depuis quelque temps plus à l'ordre du jour, a fait des progrès assez sérieux pour que des mesures hygiéniques aient été édictées. Toutes les maladies virulentes pourront ainsi tour à tour attirer l'attention. Après avoir cherché dans les espèces animales les plus rapprochées de l'homme, on doit descendre aussi plus bas dans l'échelle animale, en particulier du côté des oiseaux, dont un grand nombre vivent en domesticité.

Les médecins qui exercent à la campagne sont plus particulièrement bien placés pour résoudre ces difficiles problèmes; c'est pour cela que nous appelons leur attention sur quelques travaux récents touchant des points tout à fait nouveaux et des plus intéressants.

#### *Origine bovine de la scarlatine.*

Il y a quelques mois, à Londres, éclatait dans quelques quartiers voisins l'un de l'autre une épidémie de scarlatine. Une enquête fort bien conduite par un médecin lui fit soupçonner que l'origine pouvait être dans le lait fourni à ces quartiers par certaine ferme. Des particularités on ne peut plus curieuses vinrent à l'appui de cette hypothèse. Un quartier indemne se fournissait de lait à la même ferme; on trouva que les vaches fournissant ce dernier lait n'avaient point été en contact avec les vaches malades. La maladie de celles-ci paraît se manifester localement par des vésicules et des ulcères de la tétine qui laissent, au moins quelquefois, de petites cicatrices; il y aurait également une absence totale de poils en certains points.

Le gérant de la ferme, averti, fit jeter le lait soupçonné; des habitants d'un village voisin subornèrent des employés et se firent donner de ce lait. Quelques jours plus tard, une épidémie de scarlatine se déclarait dans ce village. Un peu plus tard, les vaches

indemnes jusque-là, qui donnaient le lait au quartier épargné par l'épidémie, présentèrent ces mêmes vésicules et ulcères, et le quartier devint infecté.

Cet ensemble de faits ne paraît guère laisser place au doute sur la valeur des observations. Un expérimentateur, qui croit avoir reproduit la maladie par l'inoculation de cultures d'un microbe trouvé dans le liquide des vésicules, pense que le lait des vaches ne contient aucun élément nuisible aussi longtemps qu'il reste contenu dans la tétine, mais l'infection se produit lorsqu'on traite l'animal; le microbe trouve dans le lait un milieu convenable et s'y multiplie rapidement.

#### *De la contagion de la tuberculose par les poules.*

L'observation qui suit, et qui a été publiée par la *Gazette médicale* sous la signature du D<sup>r</sup> de Lamallerée, peut se passer de tout commentaire:

Le hameau de C... compte une dizaine de feux et présente au point de vue hygiénique tous les avantages désirables. Situé à 415 mètres au-dessus du niveau de la mer, sur le versant méridional d'un mamelon cultivé, au centre d'une grande forêt, le sol y est sain, l'air pur et vivifiant.

La petite population qui l'habite est uniquement formée de quelques cultivateurs et de bûcherons, natures robustes et saines, comme l'air que l'on respire en cet endroit.

Les maladies des villes sont inconnues à C... où, de mémoire d'homme, l'on ne meurt que de vieillesse, de pneumonie ou d'accident.

En 1872, un jeune homme, M..., revenant de captivité en Prusse, à la suite de notre malheureuse campagne, vint se fixer à C..., comme ouvrier bûcheron. A cette époque, il avait une bronchite, contractée pendant la guerre et dont il n'avait pu se guérir. Il se maria avec une jeune et vigoureuse fille du pays, âgée de 25 ans, qui devint rapidement mère: elle eut un fils neuf mois après son mariage. Peu après s'être marié, M... eut une première hémoptysie suivie de plusieurs autres à très courts délais. Bref, il mourut phthisique deux mois après la naissance de son fils.

La femme M... avait assidûment soigné son mari, ne sortant pour ainsi dire jamais de l'unique pièce, assez mal aérée du reste, formant leur habitation commune. Quelques temps après avoir sevré son enfant, elle eut, à la suite d'un refroidissement, dit-elle, une bronchite qui devint chronique, et peu à peu les signes manifestes de la tuberculose pulmonaire se montrèrent chez elle, avec leur cortège habituel. L'enfant s'est élevé fort difficilement; il a eu bronchite sur bronchite; actuellement, il est le type accompli du petit tuberculeux d'origine.

Depuis deux ans, la mère a des cavernes qui s'accroissent lentement et qu'elle provoque, chez elle, l'expectoration abondante commune aux phthisiques.

Actuellement, elle marche à grands pas vers la terminaison fatale de sa maladie.

Tout dernièrement, je fus appelé dans une autre maison du même hameau, pour donner mes soins à une jeune femme, voisine assez éloignée de la femme M..., et je dois avouer que je fus assez surpris de trouver chez cette femme les signes du premier degré de la phthisie pulmonaire. Je la connaissais déjà pour une robuste constitution, âgée de 29 ans, indemne de toute diathèse. Aussi, cherchai-je minutieusement quelle cause pouvait avoir déterminé l'écllosion du tubercule chez une personne comme cette femme, qui était allée très peu chez sa voisine, la femme M..., n'y avait jamais couché, n'y avait jamais mangé. Chez elle, il y avait bien évidemment contagion, elle devait même venir du foyer voisin, mais par quelle voie? Après bien des questions et des recherches infructueuses, je finis par apprendre que la femme B... avait mangé 11 poules, péries chez la femme M..., dans l'espace de quatre mois; et que, pour mieux faire, sentant ses forces diminuer, elle les faisait très peu cuire, croyant se nourrir d'une façon plus substantielle en mangeant de la viande saignante.

J'avais récemment lu l'observation de ce garçon de l'Ecole vétérinaire d'Alfort qui, phthisique lui-même, avait contaminé par ses crachats la basse-cour de l'Ecole, et celle publiée [par M. Vallin, dans la *Revue d'hygiène*, ayant également trait à la contagion de la phthisie de l'homme aux poules. N'avais-je point sous les yeux un fait de plus à l'appui de cette donnée, contraire à l'opinion de M. H. Martin? Sous l'influence de cette idée, je me rendis de suite chez la femme M... pour me rendre un compte exact de la façon dont périsaient ses poules et m'assurer qu'elles mangeaient ses crachats. Sur ce dernier point, je fus pleinement édifié et sans peine, car, en approchant de la maison de cette dernière, je l'entendis tousser et, à ce signal, je vis tout un bataillon de poules se précipiter vers la porte grande ouverte, absolument comme elles font dans nos pays à la voix de la femme qui leur porte leur repas. Ces poules étaient se pressant vers le bord du lit de la malade et se disputaient ses crachats.

Il en était péri une le matin même; je me la fis la donner et, séance tenante, j'en fis l'autopsie: l'intestin était le siège de tubercules ramollis, au nombre de 17, disséminés dans toute son étendue; de plus, le foie en était farci. Cette malheureuse poule était émaciée au suprême degré; depuis quelques jours, elle ne volait plus et pouvait à peine marcher. Le liquide purulent contenu dans les tubercules du foie renfermait un grand nombre de bacilles tuberculeux.

Cette poule était donc bien tuberculeuse, et je me crois en droit d'admettre que les poules péries précédemment, après avoir présenté les mêmes symptômes, l'étaient également.

Or, ces poules ont dû servir de véhicule au bacille tuberculeux, pour aller contaminer la femme B..., qui les mangeait. Du moment où l'on admet que la contagion peut avoir lieu par le seul fait de manger dans une assiette ou de boire dans un verre ayant servi à un sujet phthisique, on peut admettre à bon droit la possibilité de l'inoculation des bacilles par le fait de manger un

aliment qui en est chargé. Cet aliment, ayant subi une demi-cuisson, n'a pu être débarrassé des microbes qu'il renferme ; il a donc conservé toute sa létalité ; il joue ici le rôle de cette enveloppe inerte de certaines préparations pharmaceutiques qui enrobent un principe actif et en masquent la saveur pour en permettre plus facilement l'ingestion.

*Étiologie de la diphtérie.* — Les oiseaux présentent une affection pseudo-membraneuse, dont l'analogie avec la diphtérie a également, depuis quelques années, suscité de nombreux travaux. Un vétérinaire distingué, de notre région, M. Léniez, d'Eu, a récemment écrit, sur ce sujet, un livre que nous annonçons ci-dessous. Nous l'analyserons dans notre prochain numéro et nous reproduirons les théories de l'auteur, qui voit dans cette affection des oiseaux, non seulement une diphtérie, mais aussi une manifestation tuberculeuse, et, en lui donnant le nom de tuberculo-diphtérie, croit qu'elle établit un lien, une transition, entre la diphtérie et la tuberculose.

---

## RECUEIL DE FAITS

### Notes sur une petite épidémie de varicelle à l'Hospice-Général de Rouen — (*Suite et fin*).

PAR M. PAUL VALIN,

Interne des Hôpitaux de Rouen.

---

— Maintenant, quelques réflexions au sujet de cette épidémie.

Quelle est la durée de l'incubation de la varicelle ? Nous avons ici trois faits qui peuvent nous l'indiquer. Dans un cas (obs. II), avons-nous dit, la durée de l'incubation a été au maximum de 13 jours et de 9 jours au minimum. Dans le second cas (obs. VII), l'incubation aurait eu une durée de 15 à 21 jours. Dans le troisième cas (obs. VIII), l'enfant Charles L... a eu son éruption le 4 août, il a dû probablement contracter la maladie de l'enfant Ernest D... (obs. VII). Chez celui-ci, la maladie a débuté le 18 juillet ; par conséquent la durée de l'incubation n'a pu être chez Charles L... de plus de 18 jours ; comme d'un autre côté il est sorti de la crèche le 24 juillet, nous pouvons dire que la durée de cette période n'a pu être moindre de 14 jours. Il est impossible de préciser plus exactement quel jour les enfants ont contracté la maladie ; aussi nous ne pouvons fixer une durée exacte à la période d'incubation de la varicelle, remarquons seulement que ces faits sont d'accord avec l'opinion généralement

admise que cette période varie de 10 à 17 jours environ. (C. Picot. — *Dict. de méd. et de chir. prat.* — *article Varicelle*).

Un fait digne de remarque, c'est l'évolution successive ou plutôt la succession périodique des différents cas. Après le premier qui est resté seul au moment de son apparition vers le 15 juin, il s'est passé une période d'une douzaine de jours sans nouveau cas; puis 3 cas se sont présentés du 29 juin au 2 juillet, c'est-à-dire une douzaine de jours après, puis une autre série de 3 cas du 15 au 18 juillet, c'est-à-dire encore une douzaine de jours après la deuxième série. Enfin un nouveau cas se montre le 5 août, une quinzaine de jours après la troisième série. Cela pourrait indiquer, à notre sens, que la varicelle ne doit être contagieuse ou plutôt transmissible, que pendant un temps très court, et que la contagion semble avoir lieu surtout au moment de la poussée éruptive. En effet tous les cas observés s'échelonnent à des intervalles réguliers de 12 à 15 jours. De plus, l'enfant sorti de la salle le 20 juin et pris le 29 juin n'a été en rapport avec l'enfant Théophile C... que pendant que celui-ci en était à la période d'éruption.

Au point de vue clinique, nous n'avons observé rien de bien particulier : absence de complications, succession de plusieurs poussées éruptives chez le même malade, absence de cicatrices, développement de la maladie chez des sujets variolés et vaccinés.

#### *Inoculation de la varicelle.*

Bien des médecins ont essayé d'inoculer la varicelle, mais leurs succès sont douteux et rares; en 1885, à la Société médicale des hôpitaux, une discussion s'éleva sur ce sujet; M. D'Heilly prétendait avoir réussi 3 fois sur 10 inoculations, mais M. Dumontpallier lui reprochait avec raison d'avoir commis une faute de pathologie expérimentale en pratiquant ses inoculations dans le cours d'une épidémie, sans isoler ses inoculés, de sorte qu'il était impossible de faire la part de l'inoculation et de la contagion, et qu'on ne pouvait rien conclure de ses expériences. Dans la même séance (15 novembre 1885), Joffroy et Damaschino disaient avoir également tenté l'inoculation de la varicelle, mais n'avoir jamais réussi. D'autres expérimentateurs furent plus heureux; Steiner aurait réussi ses inoculations dans une proportion de 80 %, mais il est le seul à avoir été si heureux.

D'après Dumontpallier, il devrait y avoir, dans les inoculations qui réussissent, une manifestation locale au point d'inoculation.

J'ai fait plusieurs tentatives d'inoculations de la varicelle et je

les relate ici. La première expérience n'est pas absolument concluante, mais elle mérite d'être signalée, à cause de l'apparition d'une manifestation locale au point inoculé et de l'absence de toute éruption.

L'enfant Adolphe H..., âgé de deux ans, vacciné et variolé en février 1886, était à la salle Saint-Lazare, en convalescence de coqueluche. Le 16 juin, je lui inocule sous l'épiderme de la partie supérieure et interne de la jambe droite, du liquide bien limpide pris dans une des vésicules de l'éruption de varicelle de l'enfant Théophile C... (1<sup>er</sup> cas). Les jours suivants, je n'observe rien de particulier ; à peine voit-on la trace de la piqûre.

30 juin. — Au point d'inoculation existent deux vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, renfermant un liquide absolument limpide, entourées d'une zone inflammatoire de la grandeur d'une pièce de 50 centimes et en tous points semblables à des vésicules de varicelle. Pas d'autres vésicules sur le reste du corps.

2 juillet. — La zone inflammatoire a disparu, le contenu des vésicules se trouble.

Quelques jours après, dessiccation.

Je n'ose affirmer que, dans ce cas, l'inoculation de la varicelle ait été positive et cela pour deux raisons : d'abord, parce que l'on pourrait me dire que deux vésicules ne peuvent pas constituer toute l'éruption d'une varicelle ; et, ensuite, parce que, en supposant que ce soit de la varicelle, on pourrait me répondre que c'est par contagion et non par inoculation que l'individu l'a contractée, puisqu'il est continuellement resté dans la salle où étaient les autres malades atteints de varicelle. Néanmoins, je trouve qu'il est très curieux de voir qu'après une inoculation, ce soit juste à l'endroit de la piqûre, qu'il se soit produit des vésicules et que ces vésicules aient apparu quatorze jours après l'inoculation, c'est-à-dire après un temps qui est regardé comme représentant la durée ordinaire de l'inoculation de la maladie.

Les autres inoculations ont été faites avec plus de précautions : le 6 août, j'ai recueilli, dans un tube à vaccin, du liquide pris dans des vésicules de varicelle (enfant de l'obs. IX), et je l'ai inoculé à trois enfants de la salle Sainte-Marie, où aucun cas de varicelle n'a été constaté depuis cinq mois, et à moi-même. Aujourd'hui, 27 août, sur aucun des sujets il ne s'est encore rien produit, ni au point d'inoculation, ni ailleurs.

#### *Varicelle conoïde.*

Pour terminer, je rapporte l'histoire d'un malade qui se trouvait dans la salle Saint-Lazare au moment de cette épidémie de varicelle et qui presenta une affection qui a quelque ressemblance avec la *varicelle conoïde*, de Willan.

L'enfant, Auguste C..., âgé de trois ans, est entré le 14 juillet, salle Saint-Lazare, pour pneumonie lobaire. Le 20 juillet, la fièvre tombe et le petit malade entre en convalescence. Quelques jours après, le 25 juillet, il présente au front, au cou et sur le tronc, une éruption d'une dizaine de phlyctènes ou

bulles, de dimensions diverses, les unes de la grandeur d'une lentille, les autres de la grandeur d'une pièce d'un franc, renfermant un liquide clair et limpide. Ces bulles s'affaïssèrent au bout de deux jours et, depuis, il ne s'en est jamais reproduit; à leur place on trouve la peau légèrement pigmentée, mais cette coloration disparaît.

Avons-nous eu affaire à une varicelle conoïde, comme en a décrit Willan? Ou bien est-ce simplement une manifestation cutanée d'une dyscrasie individuelle? Nous croyons qu'il est bien difficile de se prononcer; cependant, l'existence de plusieurs cas de varicelle dans la salle Saint-Lazare au moment où l'enfant fut pris de cette affection, la rapidité de la disparition de l'éruption observée, nous font incliner pour la première hypothèse.

## VARIÉTÉS

### M. Pasteur et la rage.

Quelques-uns de nos lecteurs nous ont sollicité de dire notre avis sur les résultats obtenus jusqu'à ce jour par M. Pasteur, et surtout sur les violentes attaques qu'une partie de la presse médicale dirige contre son traitement de la rage. La plupart des organes autorisés se taisent; c'est à peine s'il s'entr'ouvrent de temps à autre à l'écho d'un insuccès indéniable; presque toujours ils semblent ignorer que la méthode pastoriennne soit attaquée par des adversaires actifs, ardents, et dont l'apparente conviction doit entraîner à leur suite nombre d'esprits incertains.

A notre avis, cette attitude est fâcheuse; l'heure semble venue d'émettre de saines appréciations, pour toute publication jalouse de prouver son indépendance et son souci de la vérité.

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'article <sup>(1)</sup> où les travaux de M. Pasteur sur la rage ont été soigneusement analysés, où son esprit de méthode et ses recherches ont été loués sans réserve; où néanmoins la conclusion était réservée au point de vue pratique, car il semblait téméraire de s'engager à fond dans cette voie jusqu'à ce que les faits vîssent d'eux-mêmes éclairer notre religion.

Dès ce moment, de bons esprits avaient été mis en garde contre un enthousiasme trop ardent par ce fait que les ovations faites à M. Pasteur, l'admiration sans précédent qui lui était témoignée reposaient, en ce qui concerne la rage, sur *un seul fait* présentant, il est vrai, tous les caractères de *probabilité* désirables, mais qui n'en était pas moins de nature à entraîner bien plutôt une *conviction* qu'une *certitude*. M. Pasteur aurait dû être d'autant plus prudent dans l'énoncé de ses travaux que, dans cette même question, il n'était arrivé qu'après certains déboires à ce qu'il pensait être un résultat certain.

(1) *Normandie médicale*, 1885, p. 21.

On se souvient qu'après le fameux discours au congrès de Copenhague une commission avait été nommée, qui avait divisé ses travaux en deux parties. Un rapport sur la première partie, entièrement confirmatif, fut publié ; mais, pour la seconde partie, quelques-uns des résultats annoncés n'avaient pas été reconnus exacts d'une manière absolue.

Après quelques perfectionnements, les résultats préservatifs de la vaccination des chiens fut enfin résolue, cela nous semble à peu près irréfutable ; mais en transportant, légitimement nous l'accordons, sa méthode en pathologie humaine, M. Pasteur n'était-il pas téméraire en affirmant, d'après un seul fait, qu'il était en possession d'un moyen curatif de la rage infaillible, même sous certaines conditions déterminées ? Il fut téméraire, à n'en pas douter actuellement ; car ces conditions remplies, il y a des succès avérés, non pas seulement contre la rage des loups, mais contre la rage canine.

Nous n'hésitons pas, d'ailleurs, à désapprouver la campagne menée contre l'illustre savant (cela ne nous empêche pas de lui décerner ce titre), parce que les moyens employés par certains de ses adversaires, semblent au service plutôt d'une haine implacable que d'une discussion scientifique.

Nous croyons que les résultats actuellement annoncés par ses partisans eux-mêmes, se rapprochent de la vérité. Il est probable que nous sommes en possession d'une méthode vaccinale, non pas infaillible, mais destinée à rendre des services. Les principes sur lesquels elle s'appuie ne subissent de certains échecs aucune atteinte ; la méthode de l'atténuation des virus est destinée, nous en sommes convaincus, à rendre par la suite d'immenses services. Ce qui en souffre, c'est la dignité même de M. Pasteur ; c'est aussi, avouons-le, la dignité d'autres savants et médecins qui ont entraîné à la suite de leur enthousiasme, trop d'adhésions irréfléchies. L'Institut Pasteur est légitime ; il se fera et sera une utile fondation ; mais il n'aurait pas dû être fondé pour la guérison de la rage ; il aurait dû l'être pour l'étude des maladies virulentes et des moyens de les combattre.

---

**AVIS.** — Nous prions nos abonnés nouveaux de bien vouloir nous adresser par la poste le montant de leur abonnement, ce qu'ils peuvent faire sans frais. Les frais de recouvrement, relativement considérables pour une petite somme, nous obligeraient d'augmenter de 0,50 centimes le montant du mandat que nous leur ferions tenir.

Nous prions nos abonnés de nous réclamer avant la fin de l'année les numéros qui leur manqueraient. Nous adresserons gratuitement tout numéro qui n'aurait pas été servi par la poste, à condition qu'il nous soit réclamé dans les 15 jours suivant la date d'apparition.

## OUVRAGES REÇUS :

La tuberculo-diphthérie des oiseaux. Ses rapports avec la tuberculose et la diphthérie de l'homme et des animaux, par A. Léniez. — Amiens, typograp. Delattre-Lenoel.

Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice par les pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle, par le D<sup>r</sup> Raison, in-8° de 42 p., aux bureaux du *Progrès médical*. — Prix : 2 fr. 50.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTHÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPIÈLE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>									
Du 22 au 28 août . . .	71	30	1						
Du 29 août au 4 sept. . .	82	38	3			1	1		
<b>Havre (112,079 hab.)</b>									
Du 22 au 28 août. . . .	79	32					5		
Du 29 août au 4 sept. . .	80	46				3	2	1	1
<b>Dieppe (22,762 hab.)</b>									
Du 22 au 28 août. . . .	25	15							
Du 29 août au 4 sept. . .	26	16							
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>									
Du 22 au 28 août . . . .	12	8							
Du 29 août au 4 sept. . .	16	7							
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 22 au 28 août. . . .	13	6							
Du 29 août au 4 sept. . .	7								

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 22 au 28 août : *Variole*, 2 entrées, 1 décès; *scarlatine*, 1 entrée; *érysipèle*, 1 entrée; *diphthérie*, 1 entrée. — Du 29 août au 4 septembre : *Variole*, 1 entrée, 2 décès; *varicelle*, 1 entrée.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 22 au 28 août : *Rougeole*, 3; *scarlatine*, 4; *érysipèle*, 1; *fièvre typhoïde*, 3; *diphthérie*, 2. — Du 29 août au 4 septembre : *Rougeole*, 2; *scarlatine*, 5; *fièvre typhoïde*, 2.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

## LA NORMANDIE MÉDICALE

SOMMAIRE : *Nécrologie* : Le D<sup>r</sup> Gendron, par A. Cerné. — *Pathologie comparée* : La tuberculo-diphthérie des oiseaux, par M. Léniez. — *Assistance publique*. — *Bibliographie* : Anatomie médicale du système nerveux, par M. Féré. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

### LE DOCTEUR GENDRON

Notre dévoué collaborateur, notre bon et cher camarade le docteur Gendron a succombé le 17 septembre à une cruelle maladie qui l'avait obligé à s'éloigner de Rouen il y a quelques mois. Tous ceux qui l'ont connu lui donneront un souvenir plein de sympathie et de regret, et rendront hommage à son esprit plein de verve et d'intelligence, à l'aménité et à la loyauté de son caractère.

Frédéric Gendron commença ses études médicales à Tours, en 1874; à la fin de la deuxième année, il obtint une médaille d'argent. Venu à Paris en 1877, il fut successivement externe, interne provisoire, puis interne titulaire des hôpitaux (1880).

Les fatigues des concours semblent avoir déterminé la première apparition d'accidents que le climat d'Alger enraya, lui faisant peut-être trop illusion sur leur bénignité.

Pendant une de ses années d'internat, passée à l'hôpital des Enfants, il publia dans le *Progrès médical* un certain nombre de leçons de M. Jules Simon, ainsi que la relation d'un *cas rare de guérison de croup suffocant chez l'adulte par la trachéotomie*.

Il prenait en même temps une part active aux travaux de la Société Anatomique et de la Société Clinique, dont il était membre.

En 1883, il passe sa thèse sur la *pyléphébite suppurative*, et vient se fixer à Rouen où l'appelaient à la fois des liens de famille et une heureuse occasion de début pour la brillante situation qu'il n'aurait pas tardé à s'y créer. La municipalité de notre ville venait de fonder un premier dispensaire et voulait mettre à sa tête un médecin qui l'installât avec tout le soin désirable, et qui en fit sa chose, persuadée avec raison que le seul moyen de prouver l'utilité d'une création imposant d'assez lourds sacrifices

était de montrer immédiatement tous les services qu'elle peut rendre; persuadée aussi, ce qui est plus rare, mais ce que démontrait bien le succès du premier établissement de ce genre, que le médecin est tout dans ce mode particulier d'assistance.

Gendron s'adonna à cette tâche avec un zèle qui valut à l'œuvre un succès que personne ne put désormais contester et qui lui valait récemment, à lui-même, dans un rapport de M. le Dr Foville sur les Dispensaires, un éloge qu'il n'a pas même eu le temps de connaître. Mais les longues heures passées chaque jour à répondre aux exigences d'un service devenu rapidement beaucoup plus lourd qu'un service d'hôpital, épuisèrent ses forces et provoquèrent de nouveaux accidents, dont le remirent insuffisamment deux ou trois mois de repos.

Cependant lui-même et ses amis s'abusèrent encore. Il s'était remis au travail, plaidant la cause des dispensaires dans le *Progress médical*, prenant une part active aux travaux de la Société de médecine de Rouen, dont il était secrétaire; plus récemment, l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Rouen, se l'adjoignait comme membre titulaire. Près de dix-huit mois passés sans encombre permirent à notre amitié de fonder ce journal où nous comptions longtemps mettre en commun nos idées et participer, dans la mesure de nos forces, au mouvement scientifique. Au bout de bien peu de temps et probablement sous l'influence de notre climat normand, humide et variable, la santé de Gendron déclinait à nouveau. Ce ne fut pas sans de longues hésitations, trop longues sans doute, mais faciles à comprendre, qu'il consentit à tout abandonner pour demander sa guérison à d'autres climats et à un repos prolongé. Il était trop tard: les progrès foudroyants de sa maladie l'ont enlevé en quelques semaines, âgé seulement de 31 ans.

Nous ne ferons pas son éloge près de nos lecteurs, qui ont apprécié, dans les quelques articles qu'il a pu écrire, l'étendue de ses connaissances, la conscience de ses recherches, la clarté de son exposition.

Si nous le pleurons comme ami, nous devons aussi le regretter profondément pour le précieux concours dont nous prive sa mort prématurée, pour la science, qu'il aimait passionnément et qu'il eût cultivée toujours, nous en sommes certain, nous qui connaissons son esprit généreux, ouvert à toutes les belles et larges idées, amoureux de la vérité, de l'indépendance et du progrès.

A. CERNÉ.

## PATHOLOGIE COMPARÉE

**La tuberculo-diphthérie des oiseaux. — Ses rapports avec la tuberculose et la diphthérie de l'homme et des animaux** <sup>(1)</sup>.

Par M. LÉNIEZ, vétérinaire à Eu.

« Grâce aux recherches de quelques savants, la pathologie des oiseaux est entrée enfin dans le domaine de l'observation scientifique rigoureuse, et a jeté un jour nouveau sur cette classe d'affections parasitaires auxquelles l'organisme humain et celui des divers animaux sont si fréquemment en proie.

« Au premier rang des maladies parasitaires de nos volatiles figure la **tuberculo-diphthérie** dont la gravité et la fréquence nous sont maintenant connues. L'histoire de cette maladie est toute récente : si elle n'a pas échappé absolument à nos devanciers, ceux-ci, du moins, n'en ont dit que fort peu de chose et en ont toujours méconnu la véritable nature. Aussi lui ont-ils donné, dans les quelques lignes qu'ils lui ont consacrées, les noms les plus divers et les moins justifiés ; on l'a, tour à tour, appelée : *angine croupale*, *couenneuse*, *croup des volailles*, *chancre*, *muguet jaune*, *pépie*, *phtisie parasitaire*, *diphthérie*, *tuberculose*, *grégarinose*, *psorosperme*. Nous lui donnerons le nom de *tuberculo-diphthérie*, nom qui, sans exprimer, il est vrai, la nature parasitaire de l'affection, en résume tout au moins les deux manifestations les plus remarquables : la formation des *tubercules*, et celle des *fausses membranes*. » <sup>(2)</sup>

Ces quelques mots du début expriment déjà suffisamment que dans son mémoire, M. Léniez réunit des affections décrites séparément d'habitude, et que cette réunion même est le caractère principalement original de ses travaux.

« A nos yeux, tous les symptômes, toutes les lésions sont la résultante d'une même individualité. Comment en serait-il différemment quand, au cours des nombreuses épizooties dont nous avons été le spectateur attentif, il nous a été donné d'assister au développement de toute la cohorte des faits pathologiques dont parlent les auteurs qui ont décrit l'angine couenneuse, croupale, le croup, la pharyngite pseudo-membraneuse, l'inflammation croupale et diphthérique de la muqueuse des premières voies

(1) In-8 de 200 p., avec 8 planches chromolithographiques. Extrait des *Mémoires de la Société linnéenne du nord de la France*, tome VI. Amiens, 1885.

(2) Ch. I, p. 1 et 2.

respiratoires et digestives, le muguet, la pépie, le chancre, la grégarinose, la psorospermoze, la tuberculose et la diphtérie? Chaque fois — et cela à des époques variées et dans des milieux différents, — on trouve, parmi les malades, des oiseaux tuberculeux, d'autres diphtériques et tuberculeux en même temps et d'autres diphtériques seulement.

« On voit d'ici poindre une objection : « Ce sont, nous dira-t-on, des cas de diphtérie sous ses deux manifestations : forme membraneuse et aspect tuberculiforme. » Cela est possible et même certain. Seulement pour nous, la forme tuberculeuse de la diphtérie n'est pas autre chose que la tuberculose : toutes deux se manifestent dans les mêmes conditions, elles peuvent naître isolément ou frapper de nombreux oiseaux ; l'une et l'autre ont une seule symptomatologie, une structure anatomique et histologique identique ; elles siègent dans les mêmes milieux ; elles nuisent dans les mêmes proportions au fonctionnement des organes, et produisent également des accidents invariablement mortels ; l'une et l'autre sont parasitaires — et d'après MM. Cornil et Mégnin, toutes deux bacillaires ; — la leur comme la nôtre est transmissible et inoculable par les mêmes voies, par des moyens expérimentaux analogues, non seulement aux oiseaux, mais encore à d'autres animaux ; dans les deux cas, la maladie transmise aux animaux peut être reportée sur des oiseaux sains et y revêtir les caractères communs d'origine.

« Et, après cela, l'on voudrait que les deux tuberculoses ne fussent pas identiques. Où est la différence? Nulle part !

« Aussi, à nos yeux, toutes ces affections dont nous nous sommes constitué le modeste historien, ne sont que des formes variables, des modalités diverses d'une seule et unique maladie, véritable protéée qui ne cesse d'être et de demeurer la *tuberculodiphtérie*. » (1).

Cette unité admise, M. Léniez s'efforce de prouver que les deux ordres de manifestations qui se réunissent chez l'oiseau présentent, prises séparément, des analogies telles avec les maladies isolées existant chez l'homme et les autres animaux sous les noms de diphtérie et de tuberculose qu'on peut conclure à l'identité de nature. Ses preuves, l'auteur les trouve d'une part dans le tableau des symptômes, d'autre part dans les résultats de l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique.

« Lorsque, il y a vingt ans, s'ouvrit l'ère des discussions à

(1) P. 49-50.

l'Académie de médecine de Paris, touchant les origines et l'essence de la vaccine, le monde savant était loin de se douter qu'un jour viendrait où serait acquise la certitude que la plupart des espèces animales sont susceptibles de contracter la variole. Bien peu croyaient que ces mêmes espèces eussent chacune une variole qui leur est propre et se rapproche à différents degrés de la petite vérole humaine considérée comme type.

« Il fallait, pour que cette vérité fut démontrable, que MM. H. Bouley et Lafosse eussent découvert ce que l'on avait si longtemps ignoré : la véritable nature de la variole équine.

« Le reste suivit de près.

« Oui, c'est par l'expérimentation et aussi par le *parallèle* établi entre les maladies vaccino-gènes si diverses de manifestation extérieure, qu'on est arrivé à démontrer péremptoirement qu'elles sont *une* dans leur essence et variables seulement de formes suivant les organismes sur lesquels elles s'implantent.

« Or, les études microscopiques expérimentales ne peuvent qu'être l'apanage du petit nombre ; et le monde médical n'ignore pas que les savants français et étrangers qui s'y livrent avec ardeur sont entrés à pas pressés dans un grand mouvement scientifique qui est le présent et qui sera bien certainement l'avenir.

« Tous ces hommes de progrès, pour qui le travail est une loi, ont voulu et su se rappeler les paroles de Bacon :

« En médecine, l'expérimentation appuyée par la raison, est au savoir réel ce que la pierre de touche est au plus précieux des métaux. Elle décèle la vérité. »

« Nous aussi, voulons chercher la vérité. Nous la cherchons, non par l'expérimentation, mais par la simple observation qui se mesure mieux avec les faibles ressources de notre modeste savoir. Nos moyens d'action sont fort limités, ce n'est pas une honte d'en convenir. Ils n'en sont pas moins admis.

« C'est donc en nous basant principalement sur les études cliniques que nous classerons ici, dans une même famille, la diphtérie des oiseaux, le croup humain, la diphtérie humaine et les diphtérités animales ; tout en admettant les liens de parenté les plus étroits entre cette même tuberculo-diphtérie de la volaille, la phtisie humaine et celle de nos animaux domestiques.

« Toutes ces affections constituent, à nos yeux, des individualités seulement différentes d'un même groupe de maladies.

« Voyons d'abord les diphtérités.

« La diphtérie de l'homme, d'après Bretonneau, est un genre de maladie caractérisée par la tendance à la formation de fausses

membranes qu'on observe sur les muqueuses et même sur la peau. D'après lui encore, la diphtérie affecte plus particulièrement la muqueuse de la bouche et des gencives, celle du pharynx, du larynx et des voies urinaires.

« La définition de Trousseau se rapproche très sensiblement de la précédente : « La diphtérie, dit-il, est une maladie spécifique par excellence, contagieuse de sa nature, dont les manifestations se font du côté des membranes muqueuses et du côté de la peau, présentant là, comme ici, les mêmes caractères, etc., etc. »

« Pour ce qui est du croup, le volatile, comme l'enfant, présente d'abord des troubles laryngés, des suffocations bientôt suivies de dyspnée par asphyxie, laquelle est accompagnée de coma ou de convulsions finales.

« Dans les deux espèces encore, l'haleine est fétide, la déglutition difficile; la voix est altérée, — car il y a un cri croupal comme on admet une voix caractéristique de la maladie; — il peut y avoir rejet de fausses membranes et le croup peut se compliquer de coryza et d'angine couenneuse.

« La surdité diphtéritique a été établie pour l'enfant (D<sup>r</sup> Weber) et pour l'oiseau (Léniez).

« Les lésions anatomiques sont également identiques quant à leur nature, leur siège et les complications qui en sont parfois la conséquence : mêmes fausses membranes, les unes granuleuses et lenticulaires, disséminées sur le tissu muqueux, les autres se montrant sous des formes plus étendues de plaques, de bandes et même d'un revêtement continu, — véritable tuyau de substance membraniforme blanc, souple, élastique, consistant, qui adhère facilement à la muqueuse, ou même ne lui est qu'appliqué, s'étendant ainsi de l'orifice du larynx aux dernières divisions des bronches. (Bretonneau, 1818). Or, semblable revêtement morbide a été enregistré plus d'une fois au cours de nos études sur les oiseaux.

« Les sièges ordinaires de ces exsudats ont été bien définis dans l'espèce humaine : ce sont particulièrement la base de l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques, la partie postérieure ou inter-aryténoïdienne, dans les ventricules, à la face supérieure des cordes vocales. Nos remarques personnelles, quant à l'oiseau, ont été moins minutieuses, et nous ne pouvons établir à ce sujet aucun parallèle.

« Dans les deux espèces, la muqueuse sur laquelle s'implante la fausse membrane, offre des caractères analogues : elle peut

paraître saine, c'est-à-dire, n'être modifiée que dans son épithélium aux dépens duquel s'est constitué le produit pathologique ; d'autres fois, elle est tuméfiée ; MM. Rilliet et Barthez l'ont vue ainsi sur plusieurs de leurs malades humains. La muqueuse peut encore être érodée et tachée d'un rouge très foncé, elle peut être aussi hémorrhagique, — la diphtérie sous la forme intestinale nous a offert chez l'oiseau des cas de ce genre, et nous avons en plus observé des saignements du nez ou du bec ayant une similitude remarquable avec l'hémorrhagie nasale qui a été parfois constaté chez l'enfant.

« Les complications du croup de l'enfant ou de l'oiseau sont parallèles : mêmes manifestations cutanées fréquentes chez le second et beaucoup plus rares chez le premier. Néanmoins, on les y rencontre et cela sans que la peau ait été au préalable dénudée. « La diphtérie, dit un auteur contemporain <sup>(1)</sup>, peut évoluer vers la peau indemne de toute lésion antérieure et s'y « manifester sous forme de pustules de la grosseur de boutons de « variole, à base rouge et enflammée, à sommet légèrement « aplati, à couleur jaunâtre, et remplies d'un liquide séro-purulent, qui ne tardent pas à s'excorier, formant ensuite une « surface grisâtre tapissée de plaques diphtériques. »

« Analogie complète aussi entre l'angine diphtéritique ou couenneuse humaine et la forme pharyngée constatée par nous chez les volailles adultes, et rencontrée si souvent chez les jeunes pigeons par M. Mégnin : des deux côtés, il y a frissons, dégoût pour les aliments, difficulté de la déglutition et vomissements. La gêne de la respiration est caractérisée de part et d'autre par l'ouverture de la bouche ou du bec. Le coryza peut accompagner la maladie, ainsi que les gonflements extérieurs de la gorge qui correspondent aux gonflements internes. Chez l'oiseau, comme chez l'enfant, l'exsudation fibrineuse a une grande tendance à envahir de proche en proche les parties traversées par l'air : fosses nasales, larynx et bronches.

« Disons encore que cette entité morbide se termine parfois par la guérison, soit que les fausses membranes aient été rejetées ou absorbées naturellement (Roger et Péter) ; soit, ce qui est plus fréquent pour l'oiseau, qu'elles aient été enlevées par l'opérateur. L'affection peut, au contraire, tuer les sujets, non seulement par l'envahissement des autres organes par le produit, mais encore en restant limitée à la région pharyngée, pour ce qui est des lé-

(1) Perrin. Contribution à l'étude de la diphtérie cutanée essentielle ou primitive. 1879.

sions visibles, bien entendu. Dans ce cas, la maladie tue par infection même de l'organisme, ainsi que Trousseau l'a démontré pour l'espèce humaine. Plusieurs cadavres d'oiseaux présentaient des exsudats pharyngés peu étendus, incapables par conséquent d'obstruer les voies digestives; les sujets avaient donc dû succomber à l'infection.

« Pour MM. Roger et Péter, une première atteinte de diphtérie pharyngée ne crée pas l'immunité. Des observations semblables n'ont pas été relevées pour les volailles, au cours de nos études personnelles; malgré cela, notre intime conviction est que l'animal guéri peut de nouveau contracter la maladie. M. R. d'Imbleval nous en a, du reste, cité quelques exemples <sup>(1)</sup>. »

D'après M. Emmerich <sup>(2)</sup>, un des bactériologistes qui se sont occupés le plus récemment de la question, « un fait de la plus grande importance est que les bactéries de la diphtérie humaine sont *absolument identiques* avec celles de la diphtérie du pigeon, aussi bien pour la forme et la dimension que par rapport aux formes qu'elles présentent dans les milieux de culture artificielle les plus différents, solides et liquides, et aussi sous le rapport de leur action sur les animaux.

« Cette conformité va si loin que les cultures pures des bactéries de la diphtérie humaine sur des substratums alimentaires solides — gélatine, pomme de terre, etc. — ne présentent pas la plus petite divergence ou différence avec celles de la diphtérie du pigeon, de sorte que *ni le profane, ni le savant de profession ne sont capables de les distinguer les unes des autres.*

« Mes constatations, qui ont assuré l'identité de la diphtérie de l'homme avec celle des animaux, ou tout au moins du pigeon, se trouvent en accord avec les faits cliniques et épidémiologiques, et avec ceux de l'anatomie pathologique comparée; ils s'harmonisent avec les faits établis au sujet des micro-organismes spécifiques de ces maladies infectieuses qui, comme l'inflammation de la rate et la tuberculose, surviennent chez l'homme et chez les animaux. »

« L'habile professeur est un de ceux qui ont la prétention très louable, à coup sûr, de donner à la science médicale un caractère positif; aussi, ses recherches sont-elles surtout expérimentales. Il conclut des résultats que lui ont donné ses méthodes qu'il doit

(1) P. 111-121.

(2) Congrès d'hygiène de la Haye. Rapport sur la diphtérie de l'homme et des animaux, 1884.

arriver souvent que des animaux soient infectés par des hommes atteints de diphtérie et par leurs produits morbides, et inversement, que des hommes soient infectés par des animaux diphtériques. M. Emmerich appuie son opinion sur une série d'exemples frappants de transport de cette maladie de l'homme aux animaux, d'où il tire cette conclusion que *la diphtérie des volailles est pour beaucoup dans l'extension si rapide de la diphtérie sur toute la terre* (1). »

« Aussi conseillerons-nous : 1° de surveiller autant que possible l'état des animaux et oiseaux domestiques et leur introduction dans les habitations ; 2° de rechercher toutes les traces des épidémies diphtériques pour procéder à leur destruction immédiate ; 3° de prohiber la vente des animaux et oiseaux domestiques atteints de cette affection.

« De notre côté, ayant pris des informations près des plus anciens médecins de la localité, ils nous ont appris qu'à Eu et dans tout le pays environnant, le croup humain était presque inconnu depuis une quarantaine d'années, et qu'une nouvelle apparition de cette maladie a coïncidé avec les faits observés par nous sur les oiseaux.

« On a dit, dans le but de rejeter cette parenté ou plutôt cette identité, on a dit que l'homme peut manger impunément des volailles mortes de cette maladie. Cela est vrai, et nous avons pu nous en convaincre sur nous-même. Mais l'objection reposant sur cette indemnité a peu de valeur, attendu que l'homme mange les oiseaux infectés alors qu'ils sont cuits, et que le feu purifie fort probablement les aliments en annihilant le pouvoir contagieux des germes diphtériques, comme il le fait d'autres virus plus actifs et plus meurtriers encore que celui-ci.

« Il y aurait, en définitive, pour affirmer ou infirmer scientifiquement nos dires, à tenter à ce sujet de nouvelles expériences qui serviraient de contrôle à celles de MM. Talamon et Emmerich.

« Si le virus des diverses espèces animales est différent de l'une à l'autre, il mourra comme meurt tout virus que l'on cherche à transporter sur un terrain qui ne lui est pas accessible. En admettant ce cas extrême, le parallèle établi entre ces diverses individualités morbides aurait encore quelque valeur, car, si véritablement elles constituent des affections impossibles à transformer l'une dans l'autre, elles n'en restent pas moins pour le clinicien des races modifiées d'un seul genre de maladies.

(1) P. 131-132, 137-138. — Nous ajouterons toutefois que cette identité est encore controversée (Note de la R.).

« Mais, loin de voir échouer l'opérateur, nous espérons au contraire le voir mener à bien son entreprise, sans qu'on ait besoin d'invoquer pour cela l'identité absolue des différents virus mis à l'étude dans cette monographie.

« N'est-ce pas ainsi que se comporte le cow-pox par rapport à la variole ? On l'inocule à l'homme et il le protège contre les atteintes de sa propre variole. Et cependant chacune de ces deux entités procède d'un virus particulier, car toujours la variole naîtra de la variole et n'engendrera que la variole, comme la vaccine ne peut naître que d'elle-même et ne saurait engendrer qu'elle-même.

« Ce rapprochement semble nous ouvrir une nouvelle voie, celle du pouvoir prophylactique de la diphtérie animale cultivée, à l'égard du croup humain.

« On verra ainsi s'étendre et se réaliser dans sa plus large acception, cette prophétie de Jenner : « La vaccination sera le fil « d'Ariane qui nous guidera dans le labyrinthe des maladies « contagieuses ».

« Tels sont les motifs qui nous font classer dans une même famille toutes les diphtéries. C'est dire aussi que nous y groupons la diphtérie des animaux domestiques qu'il faudrait être bien subtil pour ne pas rapprocher complètement de l'affection qui nous occupe plus particulièrement ici.

« Nous renvoyons pour la description du croup, aux ouvrages spéciaux traitant de la matière ; nous ferons seulement ici ressortir les faits communs et à l'homme et aux animaux, faits qui nous ont échappé chez l'oiseau. Comme chez l'homme, les animaux sont exposés au développement des fausses membranes sur la muqueuse génito-urinaire et aussi sur les portions de l'enveloppe cutanée dépouillée accidentellement de son épiderme. — Cela se remarque assez souvent au cours d'une épizootie, dans l'espace inter-digité et sur le bourrelet qui limite la partie supérieure des onglons. — On voit encore, chez les jeunes veaux surtout, la tête, la gorge, l'encolure et le pourtour des ouvertures naturelles, être le siège de tuméfactions considérables qui siègent dans le tissu cellulaire, tuméfactions qui, semblables à celles de l'espèce humaine, sont le résultat de l'exsudation.

« Quant aux autres symptômes et lésions, l'identité est complète avec ce que nous avons observé chez les oiseaux <sup>(1)</sup>.

(A suivre.)

(1) Pag. 142-147.

## ASSISTANCE PUBLIQUE

Dans toutes les villes sans doute, à Rouen en particulier où l'on a pu s'en convaincre par de récents exemples, il ne manque pas de se produire, de temps à autre, un fait de nature à émouvoir l'opinion publique. Un malade n'a pu se procurer immédiatement les secours d'un médecin et bien vite les accusations d'inhumanité ou au moins de négligence coupable, se font jour dans les racontars des intéressés ou de leurs parents et amis, par suite d'une émotion, d'ailleurs légitime, mais facilement inventive, ou d'une véritable malveillance que nous croyons beaucoup plus rare.

L'Association professionnelle des médecins de Rouen s'est émue de cet état de choses. Une commission nommée à cet effet a déposé un rapport que M. le Président de l'Association nous adresse, avec prière de l'insérer :

MESSIEURS,

L'Association professionnelle des Médecins de Rouen avait mis à l'ordre du jour de sa dernière séance, la question de *l'utilité de l'organisation d'un service médical de jour* pour la ville de Rouen. Elle a voulu montrer dans cette circonstance comme dans beaucoup d'autres que si elle tient à défendre les intérêts professionnels, elle a non moins à cœur d'assurer les intérêts du public, d'aller au devant de certains vœux qui lui ont été exprimés et d'éviter des réclamations presque toujours mal fondées, dont le public se fait parfois l'écho.

Car, et je tiens dès le début à le déclarer hautement, le corps médical de Rouen a la juste prétention de faire largement son devoir toutes les fois qu'on fait appel à son dévouement et de ne pas se laisser guider par de mesquines questions de lucre et d'intérêt. S'il est pourtant un regret à exprimer, c'est qu'il y ait encore à Rouen quelques médecins qui ne fassent pas partie de notre Association, car ici comme partout, reste éternellement vraie cette devise d'un pays voisin : *l'Union fait la force*. Et les meilleures résolutions resteront sans effet ou seront d'une application moins facile, si elles ne sont pas adoptées d'une façon commune et unanime.

L'organisation d'un service médical de jour est-elle utile ? votre commission la regarde comme absolument nécessaire.

Il arrive, en effet, parfois, à certaines heures de la journée, qu'il est difficile de rencontrer un médecin chez lui. Si un accident se produit, on voit alors de pauvres gens affolés, courir sans succès d'une sonnette à une autre et attribuer plus tard à l'absence d'un homme de l'art, une mort qu'il eût probablement été impuissant à conjurer.

Mais la difficulté est de trouver une organisation pratique et facilement réalisable. Le fonctionnement du service médical de nuit qui existe dans notre

ville depuis quelques années pourrait nous servir de guide, quoiqu'il motive certaines critiques justifiées et qu'il soit nécessaire d'y introduire quelques modifications, afin qu'il rende tous les services qu'on est en droit d'en attendre. Aussi, votre commission a-t-elle cru que l'occasion était favorable de s'occuper également de cette question, de fusionner ces deux services et de vous proposer une organisation qui leur soit commune.

L'idéal, évidemment, serait que chaque médecin, à tour de rôle, restât chez lui pendant vingt-quatre heures, prêt à répondre au premier appel et à se transporter où sa présence serait nécessaire. Mais il n'y a pas à y songer, ce serait nous imposer un trop lourd sacrifice que de nous forcer à abandonner les besoins de notre clientèle particulière. Seulement ce qu'il n'est pas possible d'exiger d'un médecin, on pourrait le demander aux internes des hôpitaux, jeunes gens près d'obtenir leur diplôme et par conséquent très capables de parer aux premiers accidents. Leur rôle, du reste, consisterait surtout à apprécier la gravité du cas pour lequel ils seraient demandés, à requérir un médecin du quartier s'ils jugeaient sa présence nécessaire et à donner leurs soins en attendant son arrivée.

Il faudrait donc que la commission administrative des hospices consentit à ce que des internes, à l'exemple de ce qui se passe pour le service intérieur des hôpitaux, fussent de garde, à tour de rôle, pendant vingt-quatre heures, dans un local que l'administration municipale mettrait à sa disposition, de préférence à l'Hôtel-de-Ville. Cet interne se transporterait partout où il serait demandé, apprécierait, comme je l'ai dit plus haut, la gravité du cas, ferait demander un des médecins du quartier, s'il jugeait sa présence nécessaire, et donnerait ses soins en attendant son arrivée; et il n'y aurait pas d'exemple qu'un médecin ainsi demandé ne s'empressât d'accourir aussitôt qu'il le pourrait.

Telle est, Messieurs, le principe du projet que nous vous présentons. Quant aux détails de son organisation, aux rémunérations qui seront dues et aux dépenses qu'elle nécessitera, nous n'avons pas à nous en occuper ici; ces dispositions seront réglées de concert avec la commission administrative des hôpitaux et l'administration municipale, dont le concours et l'appui nous sont nécessaires. Connaissant leur dévouement absolu aux intérêts de nos concitoyens, nous avons le ferme espoir qu'elles ne nous le refuseront pas, et qu'elles feront bon accueil à nos propositions.

En tous cas, nous aurons montré notre ferme désir de remédier à un état de choses qui a déjà soulevé bien des plaintes, et nous aurons ainsi dégagé notre responsabilité.

Dans la dernière séance de l'Association, la majorité des membres présents a approuvé les conclusions de ce rapport, mais a pensé toutefois que son adoption définitive exigeait la présence d'une imposante majorité de ses membres et même des médecins qui ne font pas partie de l'Association. Elle les prie donc instamment de se rendre à la prochaine réunion.

Quant à nous, nous nous bornons à insérer cette communication sur une question qui manque peut-être de maturité. Nous accueillerons avec plaisir les opinions que nos lecteurs voudront bien nous exprimer, pour ou contre les idées émises ci-dessus.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

**Anatomie médicale du système nerveux, par Ch. Féré. —**

In-8° de 500 pages, avec 213 figures.

---

Cet ouvrage, que nous avons annoncé récemment, mérite que nous nous y arrêtions quelque peu. L'auteur, ancien élève de l'École de médecine de Rouen, est un travailleur bien connu déjà pour ses nombreuses communications aux Sociétés savantes, pour les monographies qu'il a publiées dans les journaux ou dans des Recueils spéciaux. La plupart ont eu pour objet les affections nerveuses, vers l'étude desquelles il a spécialement dirigé ses efforts, s'étant attaché depuis longtemps à l'École de la Salpêtrière.

L'initiative que vient de prendre M. Féré est heureuse. Il déclare dans sa préface que, si les traités d'anatomie chirurgicale ont rendu de grands services, il est à penser que le même résultat doit être atteint par l'Anatomie médicale dont il a le mérite de tenter le premier essai. Peut-être y a-t-il là une légère confusion. Le système nerveux pourrait bien être le seul où les déductions médicales de sa description anatomique soient prépondérantes et puissent justifier son titre, par suite de ces nombreuses maladies dont la systématisation a fait tant de progrès dans ces dernières années. Aussi, le nom d'anatomie topographique nous eût-il semblé meilleur, car il eût légitimé les nombreuses déductions physiologiques et chirurgicales qui ne pouvaient être laissées de côté; ainsi, l'auteur a bien compris qu'il devait s'occuper de la trépanation, qui est bien chirurgicale, et il n'eût pas hésité, à propos des nerfs périphériques, à donner aussi des applications chirurgicales qui auraient heureusement complété son œuvre.

Quoi qu'il en soit, le livre, tel que M. Féré l'a écrit, est parfaitement ordonné. L'anatomie descriptive et l'histologie n'y tiennent que juste la place qu'il leur était défendu de perdre, et à la suite de chaque détail anatomique sont aussitôt énumérées les conséquences physiologiques et pathologiques qui lui sont liées.

L'aridité de la description est ainsi heureusement évitée et la lecture du livre devient vraiment attachante ; de plus, un nombre considérable de figures soumettent aux yeux les détails de l'anatomie normale ou certaines lésions pathologiques qui, comme on le sait, sont des plus importantes pour élucider la structure compliquée de ces organes.

Nous sommes ainsi mis par l'auteur en possession d'un résumé, fruit d'un labeur considérable, qui condense les résultats définitivement acquis par d'innombrables travaux d'une valeur bien diverse, d'où il a justement élagué ceux que l'avenir ne semble pas devoir confirmer. Aussi, cet ouvrage devra-t-il être dans toutes les bibliothèques médicales qui ne possèdent pas les nombreux mémoires ayant servi à sa rédaction, et les remplacera-t-il avantageusement près des médecins qui n'ont pas le temps de se livrer à une étude approfondie de ces délicates questions.

Nous souhaitons à M. Féré qu'il ait bientôt à faire paraître une seconde édition, où il pourra corriger quelques imperfections de la première, résultant d'ailleurs évidemment d'une certaine hâte dans l'impression et la révision des épreuves.

A. C.

---

## NOUVELLES

---

Le ministre de la guerre a décidé, à la date du 21 septembre 1886 :

1° Que les sursis auxquels les engagés conditionnels étudiants en médecine ou en pharmacie ont droit, aux termes de l'article 57 de la loi du 27 juillet 1872, seront renouvelés tant que l'étudiant n'aura pas vingt-quatre ans accomplis.

2° Qu'à l'expiration de ces sursis, les étudiants, alors âgés de près de vingt-cinq ans, qui, étant reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, ou qui, possédant douze inscriptions pour le doctorat, auront subi, avec succès, l'examen d'aptitude prévu par l'article 2 du décret du 5 juin 1883, ou celui prévu par l'article 2 du décret du 10 janvier 1884, seront admis à réaliser leur année d'engagement conditionnel dans un hôpital militaire ou dans un corps de troupe, suivant les conditions déterminées par le règlement du 25 mai 1886.

Toutefois, les dispositions des articles 17, 18 et 19 dudit règlement ne leur seront pas applicables. Ils n'auront dans la hiérarchie militaire la position de caporal qu'après six mois de présence effective, et, jusque-là, ils ne touchent que la solde de simple soldat.

Ceux de ces jeunes gens qui seront dirigés sur un hôpital seront immatriculés, pour ordre, dans le régiment en garnison dans la ville.

3° Que pour bénéficier de ces dispositions, ils devront en faire la demande dans le premier trimestre de l'année scolaire, et avant le 1<sup>er</sup> octobre au plus tard, *terme de rigueur*, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel ils ont signé leur engagement. *Par exception, cette année, la date sera reculée au 1<sup>er</sup> novembre.*

Ces engagés conditionnels seront appelés individuellement, pour une année, aux époques que fixera le ministre.

**Bourses de doctorat.** — Un décret en date du 16 septembre 1886 fixe au 25 octobre l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat.

Ce concours aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le 16 octobre, à quatre heures.

Conformément aux prescriptions du règlement du 13 novembre 1879, sus-visé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi, avec la note « bien », la seconde partie du deuxième examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien », pourront obtenir sans concours une bourse de 2<sup>e</sup> année.

---

**AVIS.** — Nous prions nos abonnés nouveaux de bien vouloir nous adresser par la poste le montant de leur abonnement, ce qu'ils peuvent faire sans frais. Les frais de recouvrement, relativement considérables pour une petite somme, nous obligeraient d'augmenter de 0,50 centimes le montant du mandat que nous leur ferions tenir.

Nous prions nos abonnés de nous réclamer avant la fin de l'année les numéros qui leur manqueraient. Nous adresserons gratuitement tout numéro qui n'aurait pas été servi par la poste, à condition qu'il nous soit réclamé dans les 15 jours suivant la date d'apparition.

## OUVRAGE REÇU :

Galezowski — *Des cataractes et de leurs opérations, Conférences cliniques.* In-8° de 52 pages, aux bureaux du *Progrès médical*; prix : 4 f. 50.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ERYSIPÈLE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>									
Du 5 au 11 septembre.	62	27	2						
Du 12 au 18 septembre.	54	24							
Du 19 au 25 septembre.	69	30	1			1			
<b>Havre (112,079 hab.)</b>									
Du 5 au 11 septembre.	69	31				2	12	19	
Du 12 au 18 septembre.	60	32		1					
Du 19 au 25 septembre.	50	25				1		3	
<b>Dieppe (22,762 hab.)</b>									
Du 5 au 11 septembre.	23	12					2		
Du 12 au 18 septembre.	20	11							
Du 19 au 25 septembre.	19	13							
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>									
Du 5 au 11 septembre.	14	5							
Du 12 au 18 septembre.	10	4							
Du 19 au 25 septembre.	12	9							
<b>Lisieux (16,039 hab.)</b>									
Du 5 au 11 septembre.	9	6						1	
Du 12 au 18 septembre.	9	5							
Du 19 au 25 septembre.	10	3							

— L'état sanitaire a commencé à s'améliorer sérieusement. Toutefois, la première quinzaine de septembre est encore marquée par un bon nombre de diarrhées infantiles, 37 à Rouen, 34 au Havre, 20 à Dieppe. Il y a de plus 6 décès par variole à Bolbec; la fièvre typhoïde sévit depuis quelque temps à Yvetot, à Sotteville; elle présente un accroissement notable au Havre.

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 5 au 11 septembre : *Variole*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 5 entrées, 1 décès. — Du 12 au 18 septembre : *Variole*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 1 entrée. — Du 19 au 25 septembre : *Variole*, 3 entrées; *scarlatine*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 1 entrée; *diphthérie*, 3 entrées, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 5 au 11 septembre : *Scarlatine*, 1; *fièvre typhoïde*, 4. — Du 12 au 18 septembre : *Rougeole*, 1; *scarlatine*, 1; *fièvre typhoïde*, 2; *diphthérie*, 1. — Du 19 au 25 : *Rougeole*, 1; *fièvre typhoïde*, 10; *diphthérie*, 4.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

Rouen.— Léon DESHAYS, imprimeur de plusieurs Sociétés savantes.

# LA NORMANDIE MÉDICALE

SOMMAIRE : *Travaux cliniques* : Note sur un cas de pemphigus gangrænosus, par M. Caron. — *Pathologie comparée* : De la tuberculo-diphthérie des oiseaux, par M. Léniez. — *Revue chirurgicale* : Traitement des abcès froids, par M. Cerné. — *Memento thérapeutique*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

## TRAVAUX CLINIQUES

### Note sur un cas de Pemphigus gangrænosus,

PAR M. CARON,

Interne au Dispensaire du Havre.

*Synon.* — Rupia Escharotica (Guibout).  
Ecthyma gangréneux (Hardy).

Le Pemphigus gangrænosus est une affection rare, presque toujours mortelle, s'attaquant principalement aux tout jeunes enfants. Elle est encore peu étudiée et son étiologie reste fort obscure.

Guibout, Hardy l'ont à peine signalée et ne lui ont accordé que quelques mots de description. Kaposi n'en parle pas; Ricord la considère comme une variété du Pemphigus syphilitique; nous discuterons plus loin cette opinion. En attendant nous allons donner l'observation d'un cas de Pemphigus gangrænosus typique qu'il nous a été permis d'observer au dispensaire du Dr Gibert, au Havre.

Il s'agit d'un enfant de 15 jours.

*Antécédents.* — La mère s'est toujours bien portée. Elle est primipare et l'accouchement s'est fait dans de bonnes conditions. *Pas de traces de diathèses.*

Le père est petit, maigre, usé. Il exerce la profession de cuisinier, et, comme tel est fortement éthylique (tremblement, cauchemars, crampes nocturnes continuelles, pituités); de plus c'est un fort fumeur qui consomme environ 40 gr. de tabac par jour. *Pas de traces de diathèses.*

*Début.* — L'enfant est né chétif et malingre; il n'a pas été pesé. Il est élevé au sein. Pendant 15 jours il s'est bien porté. Le seizième jour, son ventre étant le siège d'une rougeur intense, sa mère l'apporta à la consultation du dispensaire (2 juillet 1886).

La région hypogastrique était, en effet, envahie par une rougeur érysipélateuse parsemée de vésicules pemphigoides de la grosseur d'une petite tête d'épingle; *pas d'hyperthermie*. L'appétit est conservé. Prescription : poudre d'amidon.

5 juillet. — Les vésicules ont augmenté de volume ; certaines d'entre elles ont la grosseur d'un petit pois. D'un autre côté, une rougeur semblable a envahi le dos et siège particulièrement dans la région dorso-lombaire. L'état général n'a pas changé, pas de fièvre, pas d'anorexie.

9 juillet. — La rougeur épigastrique s'est notablement étendue ; elle atteint en hauteur la région mammaire d'une part et la région sous-ombilicale de l'autre ; en largeur, elle est limitée, à peu près, par le bord interne des reins. Un peu au-dessus de l'ombilic, plusieurs bulles ont crevé et le tissu épidermique s'est rétracté autour d'elles formant un eschare de deux centimètres de diamètre environ.

La rougeur dorsale a également gagné en surface et est parsemée de vésicules pemphigoides. En même temps une phlegmasie identique apparaît symétriquement aux cuisses, à la partie interne et au 1/3 inférieur.

17 juillet. — L'ulcération abdominale est restée stationnaire. Dans le dos siège une vaste eschare piriforme, à pointe dirigée en bas ; elle commence à hauteur de l'apophyse épineuse de la neuvième vertèbre dorsale et descend jusqu'à la deuxième lombaire. Le centre de cette eschare est blafard et la périphérie, formée par l'épiderme rétracté, est entièrement noire.

Deux eschares absolument semblables, grandes comme des pièces de deux francs, siègent aux cuisses, à l'endroit déjà indiqué.

La face dorsale de la main gauche est rouge et recouverte de bulles.

En outre, on constate l'existence d'un phlegmon dans la région inguinale droite. L'empâtement commence à l'épine iliaque antérieure et supérieure et se continue jusqu'à l'anneau inguinal ; en hauteur, il est limité par le pli de l'aîne d'une part et une ligne située à environ deux travers de doigt au-dessus de ce pli, d'autre part.

L'état général est moins bon, l'appétit diminue d'une façon notable ; l'enfant se cachectise. Températ. anale : 38°, 2.

19 juillet. — La rougeur érysipélateuse a disparu de partout. L'aspect des eschares n'a pas changé. La face dorsale de la main gauche s'est entièrement recouverte d'une eschare circulaire pénétrant un peu entre le médium et l'annulaire.

L'enfant a une diarrhée abondante et ne prend plus aucune nourriture. Temp. anale, 36°, 8

26 juillet. — L'enfant est dans le coma et meurt le soir.

Cette observation est malheureusement incomplète ; l'enfant ayant succombé en ville, il nous a été impossible de procéder à un examen *post mortem*, qui eût été si intéressant dans ce cas. Néanmoins, cette observation nous suggère les quelques réflexions que voici :

D'abord, nous adoptons comme dénomination, celle de Pemphigus gangrenosus, comme nous paraissant s'appliquer le mieux à cet état pathologique. Existe-t-il une relation morbide entre le Pemphigus simplex et le Pemphigus gangrenosus ? nous ne saurions l'affirmer, mais, cliniquement, le processus des deux affec-

tions est le même, au début du moins : rougeurs par poussées, vésicules, et, la plupart du temps, apyrexie dans les deux cas.

Nous repoussons donc les noms génériques de *rupia* et d'*ecthyma*, car les vésicules pemphigoïdes ne rappellent guère les pustules rapidement transformées en croûtes noires et écailleuses de ces deux dermatoses.

Quant à l'étiologie, elle reste toujours fort obscure. Guibout et Hardy l'attribuent à la cachexie ; mais, le nombre des athrepsiques et cachectiques de toute espèce est considérable et le Pemphigus gangrænosus rare.

Ricord et certains syphiligraphes rattachent cette affection à la syphilis héréditaire ; la même objection se pose et, dans le cas présent, cette hypothèse doit être rejetée, aucune trace de la diathèse syphilitique n'ayant été retrouvée chez les parents du sujet.

Enfin, on a remarqué que les enfants atteints étaient presque toujours fils d'alcooliques invétérés. Le D<sup>r</sup> Perrichot, chirurgien en chef de la Maternité, du Havre, nous a dit avoir observé dans sa clientèle, deux cas de ces accidents cutanés, chez des enfants de débitants, fortement éthyliques. Là, encore, on peut objecter que ce ne sont pas les ivrognes qui manquent malheureusement et que leurs descendants n'offrent en tous cas que de rares exemples de cette lésion.

Si l'on en croit Littré et Robin, le Pemphigus gangrænosus serait épidémique dans certaines campagnes de l'Irlande où il serait connu sous le nom de « Eating Hive », essaim rongeur. A notre avis, l'épidémicité de cette dermatose exclue toute idée de manifestation diathésique.

Puisque, jusqu'ici, on est resté dans le domaine des hypothèses, nous en voudra-t-on d'en émettre une aussi, à savoir que l'on est en présence d'une phlegmasie distincte, idiopathique, et que c'est dans la recherche d'un germe spécial qu'on découvrira la clef de l'étiologie du Pemphigus gangræneux.

Nous espérons avoir un jour l'occasion de vérifier l'exactitude de cette opinion.

## PATHOLOGIE COMPARÉE

**La tuberculo-diphthérie des oiseaux. — Ses rapports avec la tuberculose et la diphthérie de l'homme et des animaux** (*suite et fin*).

Par M. LÉNIEZ, vétérinaire à Eu.

« Nous avons dit, au début, vouloir faire entrer la tuberculo-diphthérie des oiseaux dans la même famille que la phtisie de toutes les espèces animales, nous avons dit qu'au point de vue de la médecine comparée, l'entité tuberculo-diphthérique semblait être le trait d'union qui reliait entre elles deux formes morbides cependant distinctes : croup humain et croup animal, tuberculose de l'homme et tuberculose des animaux.

« Cette idée sera sans doute accueillie par l'incrédulité, peut-être même soulèvera-t-elle quelques tempêtes bientôt apaisées, quand on saura que, sans prétendre à l'identité absolue de ces affections — ce qui serait par trop généralisateur et par trop téméraire — nous reconnaissons seulement entre elles une très étroite parenté; et si nous nous trompons, notre erreur du moins ne sera pas sans excuse, car la clinique et l'anatomie pathologique se sont déjà trouvées en complet désaccord avec les sciences expérimentales et micrographiques.

« Notre intention n'est pas de tenter ici une description de la phtisie, car ce serait par trop sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Le but que nous poursuivons sera atteint, si nous parvenons à esquisser un rapprochement — par l'énoncé de quelques points de contact saillants — entre des maladies qui semblent se confondre, chez l'oiseau, en une seule affection, que l'on peut appeler par cela même : *tuberculo-diphthérie*.

« En tant que symptômes, il n'y a pas l'ombre d'une différence entre les effets généraux de la tuberculose de l'homme ou des animaux et la phtisie parasitaire de la volaille : des deux côtés, il y a une période de début obscure et latente qui peut durer longtemps, douze mois et plus chez l'homme et huit mois chez l'oiseau; c'est ainsi que certains tuberculeux humains peuvent vivre plusieurs années avec toutes les apparences de la santé et ne voir leurs tubercules se révéler par aucune manifestation extérieure. Suivant l'expression si juste du D<sup>r</sup> Verneuil, ce sont des tuberculeux en puissance. Sont en puissance aussi les animaux d'abattoir qui montrent des lésions tuberculeuses incontestables,

et dont la viande a le plus bel aspect ; sont en puissance encore ces belles volailles qui ont conservé jusqu'à leur mort — naturelle ou accidentelle — un grand état de graisse impliquant les meilleures qualités alibiles de leur chair.

« Vient la toux constatée dans les deux maladies ; la gêne de la respiration est manifeste surtout au moindre effort du sujet malade ; les jetages par le nez ou la bouche et la fétidité de l'haleine sont observés, ainsi que des claudications à cause parfois inexplicable. Autant de symptômes qui s'aggravent lentement ; de même que les poils des animaux phtisiques se piquent, de même le plumage des oiseaux se hérissé, perd tout son brillant et la mue ne s'effectue plus. La nutrition est amoindrie, les malades maigrissent rapidement, on leur voit les os (les côtes chez l'homme ou les animaux, et le sternum chez l'oiseau). C'est alors qu'on remarque ordinairement des diarrhées plus ou moins persistantes, diarrhées dues à une atonie du tube digestif, ou encore à une altération des intestins ; alors aussi le ventre se gonfle et contraste par son volume avec la maigreur décharnée du corps. Les muqueuses sont pâles ou bleuâtres, l'appétit devient capricieux ou irrégulier, la calorification baisse ; l'homme, comme l'oiseau ou l'animal, tombe dans le marasme et la consommation, et ne tarde pas à atteindre le but fatal.

« Nous n'avons jamais vu chez l'oiseau la maladie être enrayée par l'enkystement des exsudats ; mais nous avons vu la mort être aussi la conséquence d'hémorragies pulmonaire ou intestinale et venir à la suite de convulsions, d'accès d'épilepsie et de paralysies analogues aux accidents constatés chez les enfants affectés de méningite granuleuse ou tuberculeuse (Bouchut, Péter, Raynaud, Rendu, Chantemesse).

« La phtisie humaine s'améliore dans les altitudes (Gauster). Or, nous n'avons jamais constaté la tuberculo-diphthérie de la volaille sur le sommet des collines du pays que nous habitons. Nous n'y avons pas vu davantage la tuberculose des vaches, tandis qu'elle règne à l'état endémique dans les deux vallées de la Bresle et de l'Yères qui coupent longitudinalement les plateaux de la même région. » <sup>(1)</sup>

Le siège des lésions est le même ; sauf pour les os, où l'on n'en a pas rencontré jusqu'ici, tous les autres tissus, chez les oiseaux comme chez l'homme et les animaux, ont été trouvés remplis de tubercules. Voici, par exemple, une description de quelques lésions viscérales :

(1) Pag. 147-155.

« Si l'on passe au foie, l'esprit reste confondu à l'aspect des dégâts innombrables causés par les microbes à la surface et dans les profondeurs de cet important viscère : l'ouverture du cadavre faite très soigneusement montre, dans les cas extrêmes, les deux lobes du foie considérablement augmentés de volume. Leur hypertrophie est parfois telle que nous avons vu l'organe remplir les deux tiers de la cavité abdominale, après avoir refoulé tout ce qui gênait son expansion. Chez un dindonneau, le poids du foie était de 420 grammes.

« La couleur du foie malade est un mélange de brun, de jaune et de vert noirâtre ; son tissu est friable et se déchire à la moindre traction. Nous avons vu ce viscère être parsemé de petites taches blanches, véritables ponctuations sablonneuses, les unes en relief, les autres décelant seulement leur présence par un changement de couleur sur la surface unie de l'organe ; nous l'avons vu encore recouvert de grosses plaques jaune grisâtre, qui enlevaient au foie son aspect primitif pour le transformer en une sorte de masse verruqueuse qui n'a rien d'analogue en pathologie comparée ; il s'est enfin montré à nous sanguinolent et déchiré dans sa trame et son enveloppe par le développement énorme du tissu parasitaire, qui avait rompu les vaisseaux hépatiques, pour produire une hémorrhagie dont était mort brusquement l'oiseau malade. En pratiquant des sections sur l'organe atteint, on aperçoit, agglomérés ou disséminés dans la profondeur des lobes, les mêmes tubercules, de dimension variée, qui, selon leur nombre et leur volume, ont parfois simplement modifié ou souvent complètement détruit la trame organique.

« La vésicule biliaire peut se montrer aussi, bien que beaucoup plus rarement, tapissée extérieurement de fausses membranes.

« Viennent les reins ; chez eux, l'aspect change, et si les lésions environnantes n'étaient pas là pour édifier l'observateur, il croirait assez avoir affaire à une dégénérescence graisseuse de l'organe, analogue à ce qu'on constate dans la *maladie de Bright*, chez les humains. Les deux reins sont bien rarement malades à la fois, et un seul exemple de ce genre nous a été révélé par l'autopsie d'un moineau. Le tissu du rein est décomposé en partie ou même en totalité ; sa surface est inégale et mamelonnée et sa trame grisâtre est entourée de petites taches irrégulières, comme celluleuses. Inutile d'ajouter qu'au milieu de ce tout si bizarre, la substance normale interne a presque complètement disparu.

« De même que M. Méguin, nous avons pu constater la présence

des produits morbides dans l'appareil reproducteur du mâle et de la femelle.

« Pour en finir avec cette longue énumération, nous dirons qu'ayant ouvert un certain nombre de crânes d'oiseaux, nous avons rencontré, une seule fois, à la face supérieure du cerveau, chez un pigeon, des nodules diphthéritiques qui étaient sans doute la cause des accès épileptiques auxquels l'oiseau était en proie.

« Si maintenant nous considérons dans leur ensemble la boîte crânienne et les trois cavités splanchniques, nous trouvons les appareils qui s'y abritent, plus ou moins garnis extérieurement et intérieurement de produits morbides identiques : fausses membranes adhérentes ou libres et même flottantes, nodules, tubercules, tumeurs, vastes arborisations, dépôts énormes, quelquefois très durs, qui agglutinent entre eux les divers organes pour les confondre en une masse informe qui n'a plus rien de viscéral <sup>(1)</sup>. Si à cela nous ajoutons des congestions, des hémorrhagies et des hypopisies concomitantes, nous aurons tracé le fidèle tableau des ravages causés par la tuberculo-diphthérie, à la surface et dans les profondeurs de l'organisme malade.

« Toutes ces lésions ne se sont évidemment pas montrées à nous sur le même sujet : chez l'un, la peau et les yeux sont seuls atteints ; chez l'autre, les voies respiratoires sont uniquement compromises ; celui-ci n'est frappé que dans la région antérieure ou postérieure de son tube digestif ; celui-là dans ses organes cérébral, circulatoire, urinaires et reproducteurs.

« Mais il n'en est pas moins vrai que, sous cette grande diversité de formes, on retrouve toujours la même maladie. » <sup>(2)</sup>

Enfin, au point de vue des constatations histologiques, MM. Cornil et Mégnin ont établi nettement que les productions tuberculeuses de l'oiseau sont de même nature que celles de l'homme et présentent les mêmes bacilles.

« La disposition et le siège des bacilles dans les cellules étaient — d'après ces micrographes — tout à fait en rapport avec les lésions de la tuberculose. C'est ainsi que, sur les coupes obtenues après la coloration au violet d'Ehrlich, décolorées par l'acide nitrique, puis colorées par le picro-carmin pour avoir une double coloration, traitées ensuite par l'alcool et l'essence de girofle, montées dans le baume, ils ont vu que les bacilles étaient le plus souvent situés dans des cellules rondes ou ovoïdes ou sphéroï-

(1) Il est évident que ce que l'auteur décrit ici comme des fausses membranes n'est autre que des exsudats provenant de la tuberculose. (La R.)

(2) P. 100-102.

dales. Ces cellules en contenaient un plus ou moins grand nombre. D'après ces savants, elles constituaient ordinairement de petits amas de trois ou quatre cellules, soit situées très manifestement dans un vaisseau, soit dans le tissu réticulé. Ces cellules, du volume de 10 à 12 ou 15 micromillimètres, ne possédaient généralement qu'un seul noyau, mais il y en avait quelquefois deux. MM. Cornil et Mégnin virent que ces bacilles étaient presque tous grenus; ils présentaient de petits grains colorés, quelquefois plus gros que les batonnets mêmes; ils virent aussi parfois un grain isolé ou deux grains isolés comme des *diplococci*. Les deux expérimentateurs constatèrent que les grains sont colorés absolument de la même façon que les bacilles, et, pour eux, ils sont assurément de la même nature.

« Il y aurait également quelques cellules plus volumineuses qui renferment plusieurs noyaux, et qu'on peut assimiler aux cellules géantes de la tuberculose humaine. Elles en diffèrent cependant en ce que les noyaux ne sont pas aussi régulièrement disposés que dans cette dernière.

« MM. Cornil et Mégnin ont fait des coupes de la tuberculose chronique de la poule, qui, colorées doublement par le violet d'Ehrlich et la safranine, présentaient, disent-ils, des lésions tellement nettes et prononcées qu'il était facile de reconnaître la couleur des bacilles à l'œil nu ou à un grossissement de 10 à 12 diamètres.

« Sur ces coupes, à un faible grossissement, les bacilles étant  
« très bien colorés en violet, on voit des taches arrondies, soit à  
« la partie centrale d'un tubercule calcaire, soit à la fois au centre  
« et dans des zones corticales ou des stries violettes. Les bacilles  
« ainsi colorés paraissent situés dans des fentes du tissu ou dans  
« l'intérieur des vaisseaux. Autour des stries et des cavités, on  
« observe une zone colorée en brun foncé par la surcharge du  
« violet et de la safranine. C'est la portion calcaire de la masse  
« tuberculeuse qui forme toujours une seconde zone autour des  
« bactéries. A la périphérie de cette zone calcifiée, on a un tissu  
« inflammatoire, comme au pourtour de toute tumeur. »

« Avec de plus forts grossissements, MM. Cornil et Mégnin ont vu les bacilles de la tuberculose qui sont accumulés au milieu des tubercules calcaires, comme une culture, en amas réguliers, en contact les uns des autres en si grand nombre que, des fentes ou scissures du tissu dans lesquelles on les trouve, ils sortent et deviennent libres au bord de la coupe où ils sont entraînés par les manipulations nécessaires à la coloration et au montage des préparations :

« Ils sont là, aux bords de la préparation, isolés ou accolés en  
« touffes, sans qu'on voie de cellules à côté d'eux. De même,  
« dans les fentes du tissu, sur les coupes, ils sont accumulés sui-  
« vant des figures irrégulières, tantôt en bandes, rarement en  
« forme d'S comme cela a lieu dans les cultures où ils se déve-  
« loppent en liberté, sur le sérum gélatinisé de Koch, par  
« exemple. Ces bacilles ne sont pas compris dans des cellules.  
« Il est probable qu'ils se sont primitivement développés dans  
» des cellules, mais que les cellules ont été détruites et ne sont  
« plus visibles. Ils sont agglomérés en nombre tellement consi-  
« dérable qu'ils sont difficiles à voir isolés au milieu des masses  
« colorées qu'ils forment. Ils sont tous bien colorés par le violet  
« d'Ehrlich. » (1)

« En résumé, les analogies symptomatiques et anatomo-patho-  
logiques, prises isolément, ne fournissent assurément pas une  
base suffisante de comparaison, mais jointes aux autres  
preuves, constituent alors un fort appoint pour les renforcer; en  
réunissant le tout en un faisceau compact, l'observateur attentif  
saisira, nous le pensons du moins, un air de famille entre les ma-  
ladies qui sont l'objet de cette étude.

« La tendance aux recherches de pathologie comparée se ma-  
nifeste de plus en plus; nous demandons donc qu'on veuille bien  
considérer cette étude comme une faible manifestation de cette  
tendance: car tout est exposé trop sommairement pour pouvoir  
fournir des éclaircissements bien utiles à l'important objet auquel  
elle se rapporte.

« Le moment n'est peut-être pas venu pour ces deux maladies  
— dont l'une a été si peu étudiée jusqu'à ce jour — de les com-  
parer avec fruit, comme l'on compare les affections vaccinales,  
charbonneuses, rabiques, typhoïdes et autres de l'homme et des  
animaux. Du reste, nous revendiquons en faveur de la tuberculo-  
diphthérie des oiseaux et de la tuberculose humaine ou animale,  
non l'identité, mais seulement une intime parenté, et nous recon-  
naissons que c'est aux recherches précises de la microscopie qu'il  
appartient de dire le dernier mot sur cette matière délicate. »

— Nous croyons, par la citation des principaux passages de  
M. Léniez, avoir exposé clairement la pensée de l'auteur et le  
résumé de ses observations. On voit par les dernières phrases que  
ce n'est pas une identité complète entre les deux maladies qu'il  
cherche à établir. Nous pensons qu'il a raison. Le travail de  
MM. Corail et Mégnin, plusieurs fois cité par lui, a eu précisé-

(1) P. 39-41.

ment pour but de distinguer dans les productions pseudo-membraneuses et tuberculeuses des micro-organismes différents qui seraient pour eux la preuve d'une nature différente; en même temps, d'ailleurs, elles confirment que, prises isolément, la tuberculose et la diphtérie des oiseaux seraient de la même nature que les mêmes maladies développées chez l'homme. Pour M. le professeur Cornil, la diphtérie des oiseaux créerait chez eux une réceptivité marquée pour la tuberculose, et les diphtériques deviendraient bientôt tuberculeux.

M. Léniez, lui, au nom de l'observation clinique, cherche à établir des liens plus étroits, une *intime parenté*, entre les deux affections, qu'il aurait vues se développer ensemble, se remplacer, dans une même épizootie. Nous avons cru intéressant de reproduire une partie de son étude consciencieuse, afin de provoquer des observations et des recherches qui vussent la confirmer ou l'infirmer.

---

## REVUE CHIRURGICALE

---

### Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé.

---

Depuis quelques années, la chirurgie sanglante semblait avoir réalisé un progrès sérieux dans la thérapeutique des abcès froids, que les plus récents travaux ont montré, comme on le sait, être de nature tuberculeuse. Sous l'influence de la sécurité donnée par les pansements antiseptiques, on ouvrit largement les abcès froids, on les modifia par les désinfectants caustiques, on râcla enfin leur surface pour enlever le tissu malade.

Ces hardiesses, souvent heureuses, ne mettaient pas à la portée de tous le traitement d'affections que l'on rencontre partout et qu'il est bien utile de pouvoir traiter aussi un peu partout.

La nouvelle méthode, préconisée par M. le P<sup>r</sup> Verneuil, présente une très grande simplicité : elle consiste à modifier la vitalité de la paroi tuberculeuse, en portant à son contact de l'iodoforme volatilisé par l'évaporation de l'éther, dans lequel il était d'abord dissous.

Il se fait ainsi une répartition très égale de l'iodoforme, ce qui n'a pas lieu quand on emploie un liquide qui s'accumule en certains points, obéissant à la pesanteur, à la contraction musculaire. Avec l'éther, dont la vapeur distend tous les points rétrécis

et pénètre dans les parties les plus reculées des cavités, il se fait une véritable sublimation de l'iodoforme. De plus, l'absorption s'en fait lentement et cette absorption lente vient aider au traitement en agissant à la façon d'un médicament interne. Plusieurs mois après une première injection, on peut retrouver de l'iodoforme dans le liquide qui s'est reproduit et dont les caractères se sont profondément modifiés : aussi devra-t-on mettre souvent un temps notable entre deux injections.

Depuis son apparition, nous avons entendu louer et décrier le procédé ; une des conditions importantes pour le juger est de le pratiquer d'une manière convenable, ce qui n'a pas toujours lieu, et nous faisons connaître ici les détails du manuel opératoire, tels qu'ils ont été publiés récemment dans la *Revue de Chirurgie*, par M. le D<sup>r</sup> Verchère, chef de clinique de notre éminent maître.

Le pus de l'abcès est d'abord évacué (au moins en très grande partie si la collection est trop considérable), avec l'aiguille n° 3 de l'appareil Dieulafoy. La ponction et l'évacuation achevées, on vide la seringue du liquide purulent extrait et on la remplit d'éther iodoformé qu'on pousse lentement dans la cavité de l'abcès. La quantité de l'iodoforme *injectée* variera nécessairement avec le volume de la tumeur ; mais il faut se garder d'en introduire une trop grande quantité ; on pourrait, en effet, voir survenir des phénomènes d'intoxication. 3 ou 4 grammes au plus d'iodoforme seront toujours suffisants.

Lorsque la cavité de l'abcès est grande, lorsque l'on peut injecter une grande quantité de solution, M. Verneuil emploie une solution faible (5 gr. d'iodoforme pour 100 gr. d'éther). On injecte 50 gr. de la solution, c'est-à-dire 2 gr. 50 d'iodoforme. Lorsque la cavité est petite, qu'il serait impossible d'introduire une aussi grande quantité de liquide, il faut employer une solution plus forte, 10 gr. d'iodoforme pour 100 gr. d'éther, et injecter seulement 20 grammes, 25 grammes de solution.

Enfin, certaines cavités, telles que celles des petits abcès froids superficiels cutanés, petites gommés ramollies, si fréquentes au cou chez les femmes et les enfants, recevront à peine une seringue de Pravaz de la solution.

Aussitôt après l'injection, l'éther se vaporise et la paroi devient sonore, en se tendant d'une manière parfois excessive. Il n'est pas rare que l'on puisse difficilement obturer avec de la baudruche l'ouverture du trocart, qui laisse alors échapper les gaz et l'iodoforme. Pour l'éviter, on peut faire la ponction en traversant les tissus aussi obliquement que possible, de manière que la tension contribue plutôt à fermer le trajet de la ponction.

Cette distension a un autre inconvénient, qui est la douleur. Peu vive ordinairement, elle l'est parfois d'une manière excessive; il ne faudrait pas hésiter alors à créer une issue aux gaz par une ou plusieurs ponctions, avec des aiguilles de la seringue de Pravaz. Il en serait de même si la cavité distendue se trouve en rapport avec des organes importants, trachée, larynx, etc., dont la compression pourrait présenter des dangers.

Lorsque la peau des abcès est ramollie, il est fréquent qu'il s'établisse presque immédiatement une ouverture fistuleuse; cette crainte ne devra pas contre-indiquer le traitement, car les observations tendent à prouver, au contraire, que la guérison se fait plus rapidement et qu'il n'y a jamais eu dans ces cas besoin que d'une seule ponction, tandis que dans les autres il faut parfois revenir trois ou quatre fois à l'injection. M. Verneuil n'en a jamais fait plus de six pour obtenir la guérison.

En terminant, nous reproduisons une observation en sa faveur, qui est son plus bel éloge, car on peut sans crainte qualifier la guérison d'extraordinaire :

B... Joséphine, 44 ans, entrée le 12 septembre 1882 à la Pitié, salle Lisfranc, n° 5.

Depuis une époque indéterminée, cette femme, qui avait toujours eu une bonne santé, a vu apparaître au niveau du pli de l'aîne gauche une tumeur qui peu à peu augmenta de volume, s'accompagnant de douleurs peu intenses vers la région lombaire.

*Au mois de janvier 1883*, elle présente l'état suivant :

Maigrissement notable, figuré pâle, exprimant la souffrance; la malade depuis trois ans ne peut se lever, et reste presque constamment dans son lit, repliée sur elle-même. A l'union de la région dorsale et de la région lombaire, on trouve une saillie de l'apophyse épineuse, douloureuse, caractéristique d'un mal de Poit, avec écrasement des corps vertébraux. La tumeur du pli de l'aîne fait une saillie du volume d'une tête d'adulte, et descend jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. D'autre part, la fosse iliaque est comblée par une poche dure, tendue, communiquant avec l'abcès de la cuisse et remontant jusqu'à la partie supérieure de la région lombaire.

La santé générale n'est pas trop mauvaise; pas de fièvre le soir; traitement tonique.

L'état persista sans trop d'aggravation jusqu'au mois de juin 1883; mais à ce moment la fièvre s'allume le soir, la toux devient fréquente, s'accompagnant de sueurs nocturnes et d'insomnie. Au niveau de l'abcès les phénomènes s'étaient considérablement accentués.

La poche purulente descendait jusqu'au niveau du genou, *la cuisse tout entière était distendue par le pus*. Dans l'abdomen, on percevait une poche qui remontait presque jusqu'au diaphragme et semblait remplir tout le ventre. La fesse était elle-même fortement distendue. Une ponction extrait 5 litres 1/2 de pus sans injection iodofornée. Le liquide se reproduit rapidement.

*Au mois d'août*, M. Pozzi, suppléant M. Verneuil, propose de faire mouler la malade, comme un exemple rare du degré de distension que peut subir la peau.

On juge toute intervention contre-indiquée.

L'état général s'est considérablement aggravé; corps très maigre, yeux brillants, sueurs nocturnes très abondantes.

*Au mois d'octobre*, la pauvre femme semble moribonde.

M. Verneuil, qui reprend le service, étonné de revoir encore la patiente, veut par compassion tenter quelque chose, sans grand espoir de succès. Il essaye, en conséquence, une injection d'éther iodoformé; la ponction donne issue à 6 litres de pus, sans que l'évacuation soit complète, et on laisse certainement 2 à 3 litres de pus. Injection de 200 gr. d'éther iodoformé à 10 p. 100. Occlusion avec baudruche et collodion. Distension immédiate et considérable, sonorité de toute la cuisse, de la fesse, de la fosse iliaque.

Le soir, grand abattement, étourdissements, vertiges, prostration, température 36°. Flagellation, café. Cet état subcomateux dure pendant 24 heures, puis l'état habituel reparait. Au bout de quelques jours, légère diminution de la poche; néanmoins, 15 jours après, on fait une nouvelle ponction qui retire 5 litres de pus. Nouvelle injection d'éther iodoformé; 5 grammes d'iodoforme seulement sont introduits dans la poche. Aucun accident d'intoxication.

*A la fin de décembre*, au mois de février et en mars, furent faites trois nouvelles ponctions, suivies d'injections; aucune n'amena d'incident.

*Au mois de mai 1884*, la malade a subi un changement qui la rend méconnaissable. Elle a engraisé, les couleurs sont revenues, la fièvre a disparu, elle ne souffre plus, l'appétit est excellent, elle se lève depuis le mois de janvier.

On lui a fait en tout 5 injections d'éther iodoformé et 2 ponctions sans injection au début.

La cuisse a repris son volume normal, sauf vers la région externe; à ce niveau existe une collection qui semble isolée et peut contenir à peu près 100 gr. de liquide. Du côté de la fosse iliaque, du triangle de Scarpa, il n'existe plus de fluctuation. En déprimant fortement la paroi abdominale, on trouve une induration peu épaisse, occupant la surface de la fosse iliaque. Cette induration est immobile, indolore.

On fait une nouvelle injection au mois de mai dans la poche isolée de la région externe de la cuisse, après l'avoir vidée; on a retiré 120 gr. de liquide chocolat, rouge acajou foncé.

La malade sort en excellent état en mai 1884 et reprend son ancien métier.

*Au mois de novembre 1884*, c'est-à-dire 7 mois après sa sortie de l'hôpital, on la prie de venir. Sa santé est restée excellente, elle a de l'embonpoint, elle mange avec appétit, la toux a disparu.

En examinant la cuisse, on retrouve une collection liquide vers la région externe, au niveau du tiers moyen, restée stationnaire depuis le mois de mai, époque à laquelle est sortie la malade.

Elle rentre le 25 novembre pour parfaire la cure et guérir cette dernière

collection. On fait une ponction qui donne issue à 50 gr. de liquide. Injection de 20 gr. de solution étherée d'iodoforme à 10 p. 100. M. Béhal examine le liquide et trouve qu'il contient encore de l'iode (1).

La malade reste, après sa ponction, alitée deux jours, puis demande et obtient sa sortie. La poche est encore sonore. Aucune douleur, aucune gêne.

Le 10 février 1885, on fait revenir B... et on constate qu'elle est à ce moment complètement guérie. La petite poche qui avait persisté au niveau du tiers moyen de la cuisse a fait place à une induration étalée, indolore, au centre de laquelle persiste, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs, un point fluctuant. C'est à peine si on peut y introduire un trocart. Celui-ci pénètre d'un centimètre et permet de reconnaître la dimension de la petite cavité, qui logerait à peine une noix. On injecte quelques gouttes d'éther iodoformé et la malade retourne à ses occupations le 19 février 1885.

Revue le 15 mars 1886. Il ne reste plus trace d'abcès.

La saillie tenant au mal de Pott est encore bien marquée au niveau de la 12<sup>e</sup> dorsale.

L'état général est excellent. Sauf quelques douleurs lombaires, la malade est absolument en état normal en apparence. A l'auscultation, on constate quelques lésions. Au sommet droit existe une matité marquée et aussi des craquements.

*Traitement* : huile de foie de morue.

Teinture d'iode en badigeonnage au sommet de la poitrine.

A. CERNÉ.

## MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

### Des corps gras employés comme excipients dans les pommades.

L'axonge a longtemps régné sans conteste pour la confection des pommades; mais depuis quelques années, la découverte de corps gras minéraux, dérivés de la houille, a semblé devoir la détrôner. La vaseline, en effet, ou pour mieux dire les différentes

(1) Voici la note remise par M. Béhal après examen du liquide :

« Liquide blanc jaunâtre, additionné de carbonate de potasse pur, puis calciné au rouge sombre après évaporation à siccité.

« La masse renfermant encore du charbon est reprise par l'eau distillée froide. On filtre; la liqueur filtrée est neutralisée par l'acide chlorhydrique pur. On y ajoute alors une ou deux gouttes de solution d'hypochlorite de soude. La liqueur se colore en jaune. On agite avec 2 ou 3 centimètres cubes de chloroforme, celui-ci se colore en violet améthyste. Il y a donc de l'iode. Le liquide de ponction est agité avec de l'éther, puis celui-ci est décanté et évaporé. Il n'abandonne par coagulation que des globules gras. L'iode n'existe donc pas à l'état d'iodoforme, à moins qu'il ne soit engagé dans une combinaison organique insoluble dans l'éther. »

vaselines ont l'immense avantage de ne pas rancir, d'être parfaitement inodores, de ne pas s'attacher au doigt, et de ne pas tacher. Aussi beaucoup de médecins tendent-ils à substituer la vaseline à l'axonge dans presque tous les cas, sinon dans tous.

C'est un très grand tort, et nous n'hésitons pas à dire que la faveur dont jouit la vaseline est imméritée. Déjà des pharmaciens instruits ont essayé d'en restreindre l'emploi, mais seulement au point de vue de la préparation, faisant remarquer que l'on ne peut obtenir avec la vaseline une pommade toujours homogène, certaines substances se mélangeant mal avec elle, de même d'ailleurs que d'autres avec l'axonge. Médicalement parlant, on doit surtout s'inquiéter si le but qu'on se propose en prescrivant une pommade est rempli. Presque toujours on a en vue l'absorption d'une substance médicamenteuse; or, c'est ici que l'axonge est bien supérieure. Cette onctuosité remarquable de l'axonge, qui la rend parfois si désagréable à ceux qui la manient, vient de son absorption rapide par l'épiderme, qu'elle gonfle et pénètre en particules très fines. C'est de cette manière que la substance médicamenteuse pénètre dans la peau; et la vaseline, qui ne possède cette propriété qu'à un très faible degré, est de beaucoup inférieure.

On réservera donc la vaseline pour les cas où on lui demande seulement un rôle protecteur ou simplement lorsqu'on veut une substance *grasse*, pour le toucher, pour recouvrir les plaies dans les brûlures, dans l'érysipèle, dans les plaies, comme pansement, en la combinant à quelque substance antiseptique, comme l'acide borique.

Rappelons qu'on peut empêcher l'axonge de rancir, en la combinant avec certaines substances (axonge benzoïnée : 1 gr. de poudre de benjoin, pour 25 gr. d'axonge).

Enfin, on a préconisé récemment comme corps gras *animal* la *lanoline*, substance retirée de la laine du mouton, qui présenterait à un degré plus remarquable que l'axonge la propriété de pénétrer les cellules épidermiques et, par conséquent, d'être absorbée avec les médicaments qui lui sont combinés.

---

## AVIS

*Nous prions nos abonnés de nous réclamer avant la fin de l'année les numéros qui leur manqueraient. Nous adresserons gratuitement tout numéro qui n'aurait pas été servi par la poste, à condition qu'il nous soit réclamé dans les 15 jours suivant la date d'apparition.*

## NOUVELLES

Par arrêté ministériel, la franchise est accordée aux maires pour correspondre, dans l'intérêt du service de protection des enfants du premier âge, avec les médecins inspecteurs de ce service; cette franchise est également accordée aux médecins inspecteurs pour correspondre avec les préfets, les sous-préfets et les maires de leur circonscription médicale.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÉS	DÉCÉS de 0 à 2 ans.	DÉCÉS PAR MALADIES CONTAGIEUSES							
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	APP. PUERP.	COQUELUCHE
<b>Rouen (107,463 hab.)</b>										
Du 26 sept. au 2 octobre.	80	35	2			1	2		1	
Du 3 au 9 octobre.....	62	22				1	2		1	
<b>Havre (112,079 hab.)</b>										
Du 26 sept. au 2 octobre.	65	25					4			1
Du 3 au 9 octobre.....	58	26					4			
<b>Dieppe (22,762 hab.)</b>										
Du 26 sept. au 2 octobre.										
Du 3 au 9 octobre.....	45	40					1			
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>										
Du 26 sept. au 2 octobre.	16	5								
Du 3 au 9 octobre.....	6	3								
<b>Lisieux (16,267 hab.)</b>										
Du 26 sept. au 2 octobre.	8	1								
Du 3 au 9 octobre.....	6	1								

La dernière quinzaine de septembre a présenté encore de nombreux cas de diarrhée infantile, par suite de la température exceptionnelle dont nous jouissons; depuis huit jours, cette affection a subitement cessé.

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 3 au 9 octobre : *Scarlatine*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 1 entrée; *diphtérie*, 1 entrée, 2 décès. —

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 26 septembre au 2 octobre : *Rougeole*, 1; *fièvre typhoïde*, 8. — Du 3 au 9 octobre : *Scarlatine*, 1; *érysipèle*, 1; *fièvre typhoïde*, 2.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS,

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : Le 59<sup>e</sup> Congrès des naturalistes et médecins allemands, par le Dr E. Leudet. — *Obstétrique* : De la prophylaxie en obstétrique, par Maurice Notta. — *Nécrologie*. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### Le 59<sup>e</sup> Congrès des naturalistes et médecins allemands à Berlin, septembre 1886,

Par le Dr E. LEUDET,

Associé de l'Académie de Médecine.

---

Cette réunion périodique, fondée en 1822, par Oken, a eu lieu 59 fois depuis cette époque. Les quelques années où elle a été ajournée, ont été marquées par des épidémies ou des guerres. En 1822 le nombre des participants n'était que de 13, en 1886 il a réuni 5651 personnes : ce dernier chiffre est exceptionnel, il est dû en grande partie au choix de la ville où siégeait le Congrès. Les assistants se divisent en 2224 membres, et parmi ceux-ci, on ne comprend que les naturalistes ou médecins, auteurs de publications scientifiques autres que la thèse inaugurale; 1931 personnes assistant aux réunions, nommées participants, étaient ou des savants n'ayant rien publié ou des personnes s'intéressant à la science; enfin 1496 dames assistaient à la réunion. Sous le nom de naturalistes, on comprend, en Allemagne, non seulement les hommes s'occupant de sciences naturelles, mais encore ceux qui cultivent les sciences mathématiques, physiques, chimiques, etc. La composition du Congrès ressemble donc beaucoup à l'Association française pour l'avancement des sciences.

Le Congrès était divisé cette année en 30 sections : mathématiques, physique, chimie, zoologie, entomologie, géographie et ethnologie, anatomie et anthropologie physique, pathologie générale et anatomie pathologique, chirurgie, médecine interne, névrologie et psychiatrie, dermatologie et syphilologie, médecine vétérinaire, et enfin une section d'enseignement des sciences naturelles. Je n'ai pas cité le titre des 30 sections, j'ai tenu seulement à montrer que ce Congrès porte, dans ses divisions, l'empreinte des idées allemandes sur le rôle de chaque partie de la science. Je fais allusion à l'union de l'anatomie pathologique et

de la pathologie générale, de l'anatomie et de l'anthropologie physique.

Tous les Congrès tenus chaque année dans des villes diverses, comme l'Association française des sciences, et l'Association britannique n'ont pas autant de sections qu'en a présenté le Congrès de Berlin. Ces divisions sont établies par les présidents, d'après les prévisions du nombre des assistants.

Les Congrès allemands, comme celui de Berlin, ne sont pas la réunion d'une société comme les nôtres; chaque Congrès organisé par deux présidents désignés dans le Congrès précédent est indépendant de celui-ci; il n'y a pas de capital, mais uniquement un règlement arrêté depuis de longues années, et modifiable suivant les années.

Ces Congrès des naturalistes et médecins allemands n'ont pas été seulement une institution scientifique, ils ont groupé dès 1822, en un seul faisceau, tous les savants de l'Allemagne, à l'exclusion des autrichiens: c'était donc une tentative de fusion scientifique, avant l'union politique.

Le Congrès de Berlin était organisé par un premier président, Virchow, et un deuxième, Hoffman; l'un et l'autre très connus, l'un comme anatomo-pathologiste, l'autre comme chimiste.

Invité depuis plusieurs mois par Virchow, auquel une vieille amitié me lie depuis 1854, je me suis rendu à Berlin pour l'ouverture des travaux. Chauveau, invité en même temps que moi, n'avait pu m'accompagner; je n'ai rencontré au Congrès qu'un français, Alglave, professeur à la faculté de droit de Paris.

Les autres pays étaient plus représentés que le nôtre; parmi les autrichiens, je citerai les viennois Nothnagel, Meynert, Braun; Van Beneden, de Belgique, etc. Les berlinois étaient en grand nombre, 1,444; j'ai regretté l'absence, pour cause de maladie, d'Helmholtz, de Kirchhoff, le célèbre collaborateur de Bunsen, dans la découverte de l'analyse spectrale.

Le Congrès se divise en plusieurs séries de travaux: 1° les réunions générales, où sont faites des conférences, sur des sujets variés de la science, par des savants connus; 2° les travaux dans les sections spéciales; 3° les visites aux établissements intéressants chaque section, et démonstrations dans les instituts spéciaux: de chimie, de physique, de physiologie, d'anatomie pathologique, d'hygiène, etc.; 4° de fêtes, la première, des régates sur un lac auprès de Berlin, la deuxième, une grande fête offerte par la ville de Berlin au Congrès, dans le parc de l'Exposition des arts, un bal. On avait organisé à l'occasion du Congrès, dans le palais de

l'Académie des sciences et des arts, une exposition de tous les appareils nouveaux nécessaires aux études scientifiques : électricité, microscopie, photographie, chimie, préparation et conservation de pièces anatomiques, etc.

Le Congrès a été ouvert dans une immense salle dite le *Cirque Renz*, éclairée à la lumière électrique, en présence des principales autorités, politiques et scientifiques. Le président Virchow a lu d'abord deux télégrammes, l'un de l'empereur Guillaume, exprimant son regret de ne pouvoir ouvrir lui-même la séance, et témoignant de tout son intérêt pour le développement de la science allemande; la deuxième, de l'impératrice Augusta, exprimant les mêmes sentiments d'intérêt que l'empereur. Je laisse de côté les discours des autorités politiques, du premier bourgmestre de Berlin, du recteur de l'Université, j'arrive au discours du premier président Virchow. « Les jours des réunions des savants sont depuis longtemps en Allemagne, dit-il, des fêtes du peuple, et aujourd'hui, comme toujours depuis sa fondation, le Congrès a groupé en un faisceau tous les savants de langue allemande ». Sans pouvoir même reproduire en abrégé ce long discours, j'en signalerai seulement quelques passages. Il insiste sur l'union intime des sciences naturelles et de la médecine. — « On a considéré, dit-il, comme sciences exactes, celles qui s'occupaient d'objets n'ayant pas de vie, et naguère encore les mathématiciens targaient les sciences biologiques de pure spéculation. Aujourd'hui il en est tout autrement : l'anatomie, la physiologie, la thérapeutique, ne peuvent se développer sans connaissances physiques, sans emprunts à la chimie, cette science française, comme le disait le regretté Wurtz. Si les physiciens et les chimistes ont contribué aux progrès de la médecine, les médecins eux-mêmes peuvent revendiquer leur part dans les conquêtes de la physique et de la chimie biologiques. »

Les autres séances générales ont été consacrées, comme la dernière partie de la première, à des conférences scientifiques; quelques-unes de ces conférences méritent d'être indiquées, même brièvement, car elles reflètent l'idée régnante scientifique actuelle, et quelquefois aussi, les idées particulières à l'Allemagne.

Werner Siemens a pris pour titre : « le siècle des sciences naturelles, » et il a montré que les découvertes récentes et les progrès de l'avenir devaient transformer l'état social; ces découvertes substituent aux travaux lents d'un grand nombre d'individus, le travail intelligent des individualités; elles substituent le travailleur de fer au travailleur manuel; elles nécessitent dans le travail-

leur une intelligence et une éducation plus développées qu'autrefois. Aujourd'hui ces progrès techniques entraîneront un excès de production, des troubles économiques, et forcent à traverser une période critique, d'où nécessité de créer des débouchés.

Deux autres conférences complètent celles de Siemens; l'une, celle de Wolff, est une relation d'un voyage dans l'Afrique centrale; l'autre, de Georg. Schweinfurth, porte le titre : « Les devoirs de l'Europe et ses espérances relatives au pays tropical. » Le titre n'est qu'à moitié vrai, on devrait substituer le mot « de Prusse » à celui « de l'Europe », car tout son discours n'a été qu'une glorification de l'Allemagne, et une dénigration des deux pays qui ont fourni les explorateurs les plus célèbres de ce continent; le nom de Livingstone n'est même pas mentionné, de Brazza partage bien entendu son sort; quant à Stanley, je crois que son nom n'a été prononcé qu'une seule fois. Je n'oublierai pas une tirade assez inconvenante sur le Prudhomme français, qui jette un ridicule sur le titre d'aventurier. M. Schweinfurth ignore probablement assez le français pour ne pas savoir que depuis longtemps on désigne en France, sous le nom d'explorateurs, les voyageurs courageux qui paient trop souvent de leur vie la noble mission à laquelle ils se sont voués. Ces remarques de Schweinfurth ne pouvaient pas manquer de blesser un Français dont la ville natale a eu la gloire d'être le berceau des premiers explorateurs du Canada. Je sais du reste que Virchow a trouvé les tirades de son compatriote assez déplacées. Un journal satirique de Berlin publiait, le lendemain même de la séance, un article avec gravures, montrant l'avenir du maître d'école allemand, chargé d'apporter aux petits Camerouns la civilisation allemande; elle leur était inculquée, bien entendu, à coups de bâton; ce qui n'empêchait pas ces jeunes néophytes d'avoir une telle tendresse pour le maître d'école, que pour mieux se l'inféoder, ils finissaient par le manger.

Deux conférences traitaient de sujets très différents. Cohn, de Breslau, a étudié la vie, sa nature, son développement, sa conservation, sa destruction. Son but est de démontrer que les phénomènes de la vie trouvent leur explication dans les lois générales de la nature; que la physique et la chimie et les autres sciences modernes sont les facteurs d'une équation dont presque tous les termes sont aujourd'hui connus.

Von Bergman a traité des rapports de la chirurgie avec la médecine interne; il a montré que les progrès de la chirurgie étaient inséparables de ceux de la médecine. Les découvertes sur les

maladies infectieuses ont une large part dans son exposé ; j'ai regretté de n'entendre le nom de Pasteur mentionné qu'à propos de ses découvertes sur la rage, et cependant le nom de notre illustre compatriote et celui de Davaine méritaient d'être cités.

Le travail dans les sections ne pouvait guère être suivi dans les 30 divisions du Congrès à la fois par la même personne ; d'ailleurs, j'aurais manqué de compétence pour entendre avec profit les communications sur la zoologie, l'entomologie, etc., sans compter celles sur la gynécologie. Cette dernière section est celle qui a tenu le plus grand nombre de séances, et j'en dirai quelques mots plus loin, à propos des communications qui ont été faites.

Chaque section compte un président, portant le titre modeste « de chargé d'affaires, » il est élu pour une seule séance, et à la fin de chacune d'elle, le président sortant propose son successeur pour la séance ultérieure ; c'est ainsi que dans la section de médecine nous avons vu se succéder Leyden, Nothnagel de Vienne, Biermer de Breslau, etc. Dans celle d'anatomie pathologique : Virchow, Recklinghausen, Ebert, etc. Dans la section de névrologie : Westphal, Meynert, etc. Les communications sont toutes orales, recueillies par les secrétaires et publiées le lendemain même, dans un journal, avec la discussion ayant suivi chaque communication ; 15 minutes sont accordées à l'exposant, 10 minutes à chaque argumentateur. L'exposé de chaque question manque de développement dans le journal, la section d'obstétrique a seule donné des développements suffisants pour avoir une notion exacte du sujet traité.

Beaucoup de communications dans la section de médecine n'étaient pas absolument nouvelles ; j'en citerai une d'Emmerich sur la guérison des maladies infectieuses, l'auteur a prouvé qu'un cobaye auquel on a injecté sous la peau une culture de coccus d'érysipèle peut supporter, sans mourir, l'injection d'autres bactéries pathologiques comme celles du charbon. D'autre part, les cobayes auxquels on a injecté des bacilles du charbon guérissent 6 fois sur 10 par l'injection intraveineuse de coccus d'érysipèle. Samuel, de Königsberg, l'auteur bien connu de la théorie des nerfs trophiques, a fait une communication très intéressante sur les arrêts de développement des organes en rapport avec les troubles de la circulation. Il a montré que cet arrêt ne se produisait pas seulement dans les plumes de l'aile des pigeons dont la circulation était troublée, mais dans celle du côté opposé.

Virchow a fait à l'Institut pathologique une communication très

intéressante sur l'hyperostose générale du squelette avec kystes dans l'intérieur des os. Cet exposé s'appuyait sur des démonstrations de pièces appartenant à l'Institut pathologique. Ce sujet des hyperostoses a, du reste, été étudié par ce savant depuis longtemps dans son *Traité des tumeurs*. Dans une autre séance de la même section, Heller, de Kiel, exposait l'histoire de l'endocardite tuberculeuse, mais la nature tuberculeuse de l'inflammation de l'endocarde fut contestée par Recklinghausen, Ebert, Grawitz et autres, s'appuyant sur ce fait que les bacilles de la tuberculose se retrouvent, comme l'a dit Heller, uniquement sur la surface des végétations, et ne sont dues qu'aux dépôts des bacilles contenus dans le sang, sur la thrombose des valvules. Je citerai d'autres communications, celles de Glaz sur l'influence de l'ingestion des boissons sur la température des fébricitants. Suivant cet auteur, les boissons, mêmes froides, élèvent la température des fébricitants. Cette opinion est appuyée sur de nombreux tracés thermiques.

D'autres communications des sections médicales portent sur des doctrines ou des théories de phénomènes pathologiques; telle est celle de Biermer, de Breslau, sur la paralysie aiguë du poulmon et ses rapports avec l'asthme bronchique. Biermer a du reste déjà fait connaître cette doctrine dans d'autres écrits. Strumpel d'Erlangen cherche à démontrer que la compression de la moelle peut seule, sans inflammation des méninges ou du cordon rachidien, donner lieu à des paralysies curables. Quand j'aurai cité l'étude expérimentale de Naumyn sur la pression cérébrale, une communication sur l'antagonisme de l'opium et de la belladone, antagonisme qui est nié par l'auteur, un autre travail assez confus sur l'action de la digitale sur le cœur, j'aurai presque épuisé les principales communications des sections de médecine et d'anatomie pathologique.

Je n'ai pu suivre toutes les séances de la section des maladies nerveuses. On sait quelle place la polynévrite tend à prendre dans l'explication des paralysies, comme celle de l'alcoolisme dont Lancereaux et moi signalions, il y a plus de 20 ans, les premiers exemples; depuis 5 ans, on a publié en Allemagne un grand nombre de travaux sur ce sujet. La France a contribué aussi à ce mouvement; Pitres, Déjerine, Pierret, etc., ont expliqué par des lésions anatomiques les symptômes que nous autres cliniciens avions étudiés depuis 20 ans. Moritz Meyer a voulu aller plus loin, il a prétendu que les névroses, comme le tic douloureux, la migraine, les accès épileptiques, étaient causés par les exsudats

névri ou périnévritiques. Benedikt et Erb se sont élevés contre cette manière de voir, en montrant que l'histoire clinique de la névrite manquait encore de solidité ; d'ailleurs la question est très compliquée, comme le prouve le dernier mémoire d'Oppenheim, l'assistant de Westphal.

Je n'ai point suivi les séances de la section de chirurgie, je mentionnerai seulement, comme se rattachant à la médecine, une communication de Kuster sur la sténose cicatricielle de la trachée ; une autre discussion sur la cachexie myxœdémateuse consécutive à l'ablation du corps thyroïde, cette question a du reste été traitée, il y a quelques jours encore, au Congrès de Chirurgie française par Reverdin, de Genève.

La section de gynécologie s'est occupée de quelques questions qui touchent à la médecine. Ainsi Schroeder a traité de l'ablation des ovaires sains comme moyen de traitement de l'hystéro-épilepsie ; il rapporte avoir fait 12 fois cette opération. Je citerai encore une communication de Gusserow sur l'extirpation des trompes utérines.

Je termine ici l'exposé des communications faites aux sections que j'ai fréquentées. Les journaux français en ont donné déjà l'énumération. J'ai cherché principalement à donner à mes lecteurs français un aperçu de la nature et de l'esprit de ces communications.

Les fêtes données pour le Congrès ont été multiples ; le jour de l'ouverture du Congrès, un grand banquet par souscription réunissait les Membres présents à Berlin. N'étant arrivé dans cette ville que le jour du début des travaux, je n'y ai pas assisté. Il en est de même des régates, n'ayant rien présenté d'extraordinaire, d'après ce que j'ai appris plus tard. Cette fête semblait témoigner de l'intérêt de la population berlinoise et du gouvernement allemand pour la jeune marine de cet Etat. Je ne fais que mentionner plusieurs soirées dans l'immense salle de l'Hôtel Central, où les Membres du Congrès se réunissaient pour manger, boire et fumer au son de la musique militaire. Cette combinaison de différents plaisirs avec ceux de la table existe encore au bal offert par le Congrès. Le centre de l'immense salle de l'Hôtel Central, haute comme la nef du Palais de l'Industrie, éclairée à la lumière électrique, était occupée par les danseurs, les deux extrémités par les congressistes attablés, mangeant et buvant. Une seule restriction était imposée, le tabac et la bière n'étaient permis qu'après minuit et demi. J'ai cru pouvoir me permettre de signaler ce petit trait de mœurs locales.

La plus grande fête était celle donnée aux Membres du Congrès par la ville de Berlin, dans l'immense parc de l'Exposition des Arts, dans un des faubourgs de Berlin. Ce parc, entièrement éclairé à la lumière électrique, contient, outre les panoramas, reproductions de types différents d'architecture, un temple grec où eut lieu une pantomime glorifiant la science et la médecine. Cette pantomime était exécutée par des artistes en costumes grecs et accompagnée de chœurs de pièces grecques d'Aristophane et de Sophocle, avec la musique de Mendelssohn. A huit heures, un immense banquet réunissait dans les salles, sous les bosquets, sous les arches du Métropolitain, 6,000 personnes. Un repas abondant de viandes froides, de coquillages, pâtés, etc., était arrosé de deux vins : l'un de Bordeaux, portait le titre de Lacryma de Virchow ; l'autre de vin du Rhin, de Lacryma de Hoffman. La cérémonie avait été ouverte, bien entendu, par un discours du premier bourguemestre de Berlin, et une réponse du président Virchow. Ce banquet fut suivi d'un feu d'artifice et d'un embrasement général du parc. A l'heure où je quittai le lieu de la fête, l'animation était très vive, beaucoup de savants suivaient mon exemple.

Ce n'était pas le seul don de la ville de Berlin aux membres du Congrès; elle a offert à chacun de nous un splendide volume de 400 pages sur les institutions de Berlin, au point de vue de l'hygiène et de l'enseignement scientifique. Ce volume contient des renseignements précieux sur la nappe d'eau souterraine, le climat, la température, le mouvement de la population, la mortalité par différentes maladies; les hôpitaux, asiles, etc.; les égouts, les conduites d'eau, les champs d'irrigation, les abattoirs, l'éclairage, les jardins publics, et enfin les écoles. Il est probable que ce volume sera analysé prochainement dans un de nos journaux français.

---

**AVIS.**— *Les abonnements à la Normandie médicale partent tous du 1<sup>er</sup> janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. Lorsque l'abonnement est pris dans le courant de l'année, l'Administration expédie tous les numéros parus depuis le 1<sup>er</sup> janvier.*

*Nous réexpédions gratuitement tout numéro qui n'aurait pas été servi par la poste, à condition qu'il nous soit réclamé dans les quinze jours qui suivent la date d'apparition.*

---

## OBSTÉTRIQUE

### De la Prophylaxie en obstétrique (1).

Par MAURICE NOTTA

Interne des Hôpitaux de Paris.

Tout le monde se rappelle les violentes polémiques soulevées à propos de la création de services spéciaux d'accouchement dans les hôpitaux de Paris. A peine nommés, les accoucheurs se sont mis à l'œuvre et, malgré des difficultés sans nombre, en dépit des protestations intéressées des uns, des blâmes et des plaisanteries des autres, ils ont pu, rompant avec les anciens errements et les habitudes d'une routine d'autant plus difficile à détruire qu'elle était plus enracinée, introduire dans leurs nouveaux services des pratiques d'hygiène et d'antisepsie jusque-là dédaignées, et faire profiter les femmes confiées à leurs soins des récents progrès de la prophylaxie. Aujourd'hui que tous ont dû s'incliner devant les faits accomplis, que le calme est rétabli, on peut apprécier plus sainement et avec plus d'impartialité les cas malheureux qui ont pu être portés au passif des nouveaux chefs de service, et il n'est peut-être pas sans intérêt de jeter un coup-d'œil en arrière afin de mesurer le chemin parcouru, de constater les résultats obtenus grâce aux efforts persévérants des accoucheurs, et de rechercher dans quelle mesure l'exemple donné par l'Assistance publique de Paris a été suivi par les autres administrations hospitalières.

Grâce aux merveilleuses découvertes de Pasteur, le génie épidémique, *ce quid ignotum Diabolicum aut Divinum*, qui jusqu'ici prétendait expliquer toutes les questions relatives à la contagion et aux épidémies, va tomber dans l'oubli, ce domaine infini de toutes les erreurs, et la pathogénie naguère si obscure des maladies puerpérales s'éclaire d'un jour nouveau. On sait aujourd'hui que ces affections n'ont point de *génie* qui leur soit propre, et la théorie parasitaire, présentée avec autant de talent que de conviction par Doléris, à l'heure actuelle, s'élève triomphante sur les ruines de la doctrine surannée de l'*essentialité*, unanimement délaissées depuis que d'innombrables observations cliniques sont venues corroborer les recherches de Pasteur et de ses élèves.

(1) La note que nous publions aujourd'hui, bien qu'écrîte depuis plus d'une année par le regretté Maurice Notta, dont ici même l'an dernier, à pareille époque, nous déplorions la perte, ne nous paraît avoir en rien perdu de son actualité ; on s'étonne, en effet, et l'on s'indigne à bon droit qu'un grand nombre d'administrations hospitalières et la plupart des sages-femmes restent indifférentes aux résultats désastreux qu'entraîne l'oubli des règles de la prophylaxie obstétricale et ignorent encore, ou dédaignent, les pratiques d'antisepsie aujourd'hui familières à tous les praticiens.

Pour tous les pathologistes, la puerpéralité n'est qu'une des formes de l'infection, et les maladies puerpérales doivent, sans la moindre hésitation, être rangées dans la classe des maladies infectieuses. Quel que soit l'agent infectieux, qu'il s'agisse d'un microbe spécifique ou d'un principe quelconque appelé miasme, ferment ou germe, il est incontestable qu'ici encore, de même que pour les autres maladies infectieuses, c'est en dehors de la malade, dans le milieu qui l'environne, qu'il faut toujours chercher le principe morbide, l'agent de transmission. Aussi tous les efforts de l'accoucheur doivent-ils tendre à empêcher le contagement d'arriver jusqu'à la parturiente.

On connaît tous les moyens mis en œuvre pour arriver à ce but, et nous n'insisterons ni sur la technique, ni sur les pratiques d'une désinfection devenue banale tant elle est connue dans ses plus minutieux détails.

En ce qui concerne la pratique hospitalière, deux points pourtant nous paraissent devoir être mis en relief; c'est, d'une part, la nécessité absolue de créer dans chaque hôpital, quelle que soit son importance, un *département* spécial pour les femmes en couches, département aussi complètement isolé que possible des services de chirurgie et de médecine, fonctionnant sous la direction de son chef propre et avec un personnel distinct; d'autre part, l'obligation pour l'accoucheur chargé de ce service de ne conserver dans ses salles que les femmes dont les suites de couches évoluent normalement, et d'évacuer, au contraire, sur les services de médecine, toutes les accouchées qui viennent à présenter une élévation thermique de quelque intensité. Quand bien même il ne s'agirait que d'une simple poussée fébrile sans gravité comme sans durée, cette mesure nous paraît devoir s'imposer, car, pendant les suites de couches, on ne sait jamais ce qu'il adviendra de la fièvre qui commence, et trop souvent des troubles légers imputables, avec un peu d'optimisme, à la fièvre de lait (?), ne tardent pas à prendre la tournure inquiétante de la fièvre puerpérale. Transféré dès le début du mal dans un service de médecine, le cas fût vraisemblablement resté isolé, et le chef de service eût mis à l'abri de la contagion non seulement les accouchées en traitement, mais encore les femmes enceintes ou en travail qui, les jours suivants, seront admises dans les salles.

S'agit-il, au contraire, d'un état morbide sans conséquences, le transfert n'est en rien préjudiciable à la malade, puisqu'elle reçoit en médecine tous les soins nécessaires à son état. Il est vrai qu'au contact des autres malades et dans l'atmosphère septique des salles de médecine l'accouchée court de nombreux risques

d'infection, aussi l'idéal serait-il que tout service d'accouchement eût pour annexe un pavillon d'isolement.

On ne peut sans frémir se rappeler quelles hécatombes faisaient ces redoutables épidémies puerpérales qui ravageaient les maternités et les transformaient en antichambres des cimetières; aujourd'hui, grâce aux mesures d'isolement prises par l'administration, grâce aux pratiques minutieuses de désinfection imposées aux gardes par les accoucheurs, ce n'est pas assez de dire que la mortalité a diminué sensiblement dans les maternités parisiennes; les statistiques forcent les plus sceptiques de reconnaître que les décès y sont devenus d'une extrême rareté.

De semblables résultats ne sont-ils pas assez concluants et l'on se demande quelles expériences sont encore nécessaires pour ouvrir les yeux à certaines administrations provinciales qui n'ont jusqu'ici rien tenté dans la voie si féconde que nous venons d'indiquer. Sans doute dans les petites villes, les établissements nosocomiaux étant moins encombrés, la promiscuité des salles communes y est moins à redouter, et les ravages de la puerpéralité y sont moins sensibles; il n'est pas moins vrai que la mortalité qui pèse sur cette catégorie si particulièrement intéressante d'assistées s'y maintient encore à un taux beaucoup trop élevé. C'est un devoir strict pour les administrations de ne pas reculer, pour la réduire au minimum inéluctable, devant les sacrifices nécessaires à la création de services spéciaux d'accouchement et d'isolement.

Dans la pratique civile, la femme en couches échappe heureusement à un grand nombre des périls qui menacent l'hospitalisée, mais de trop fréquentes et trop meurtrières épidémies puerpérales attestent cependant qu'elle est loin d'être à l'abri de toute contagion. Son isolement n'est, en effet, et ne peut être que relatif; il existe entre elle et les autres parturientes de la ville ou du village un intermédiaire obligé : le médecin ou la sage-femme, sans compter un tiers plus suspect et plus dangereux encore : la garde.

Tant d'exemples malheureux ont prouvé la transmissibilité de l'infection puerpérale d'une accouchée à une autre par leur médecin commun, qu'il est inutile d'insister sur ce point désormais acquis, et le médecin sent trop le poids de la responsabilité terrible qui pèse sur lui pour assister une nouvelle cliente, alors qu'une de ses accouchées est déjà en proie à la fièvre puerpérale. C'est pour lui une obligation étroite que de s'abstenir, et pas un médecin soucieux de ses devoirs professionnels, à moins de circonstances graves et imprévues, ne chercherait à s'y soustraire.

Mais n'est-ce pas pousser trop loin le scrupule et perdre de vue

les nécessités générales de la pratique que de demander, comme on l'a fait, à l'accoucheur de n'être qu'accoucheur, de renoncer, par conséquent, à l'exercice de la médecine et de la chirurgie. Trouverait-on des spécialistes en nombre suffisant et, s'il en surgissait, comment ces spécialistes vivraient-ils dans ces pays où le médecin ordinaire, l'homme à tout faire — qu'on pardonne l'expression — vit déjà d'une existence si précaire ?

Tant de rigorisme serait puéril et d'ailleurs n'est pas justifié. Nous sommes, en effet, en possession d'agents désinfectants assez efficaces pour permettre à un praticien scrupuleux observateur des règles de l'antisepsie, de s'adonner à la fois à la médecine et aux accouchements, mais on ne saurait trop lui rappeler que son intervention, loin d'être utile, peut devenir dangereuse, s'il n'a recours pour lui-même et pour ses clients aux plus méticuleuses pratiques de désinfection.

Il faudrait être vraiment aveugle et de mauvaise foi pour nier l'utilité de précautions antiseptiques minutieuses en présence des faits innombrables qui en démontrent la nécessité et dont on trouve la relation dans tous les traités modernes, pour n'en citer qu'un : dans le livre remarquable de M. Siredey, sur les maladies puerpérales.

Mais si ces conseils sont superflus quand ils s'adressent aux médecins, on ne saurait nier qu'un grand nombre de sages-femmes en pourraient tirer profit.

Quiconque a été en situation de voir à l'œuvre les sages-femmes qui exercent parmi nos populations ouvrières ou rurales, peut témoigner du mépris absolu que la plupart d'entre elles professent par les règles les plus élémentaires de l'hygiène et de la prophylaxie. Pour le plus grand nombre, il est vrai, ce mépris est fils de l'ignorance. Sans doute les jeunes, celles dont le diplôme est récent, ne peuvent encore avoir oublié les enseignements qu'elles ont reçu à cet égard ; celles-là connaissent la pratique des ablutions et des injections antiseptiques et sont coupables de négligence quand elles oublient d'y recourir. Mais leurs aînées, celles qui ont quitté les bancs de l'école avant la grande révolution prophylactique qui vient de s'accomplir, sont parfaitement ignorantes des découvertes de Pasteur et de leurs applications à l'obstétrique ; nous demandons, en terminant, si l'administration ne ferait pas œuvre utile en leur enseignant par quelques instructions claires et concises les pratiques les plus usuelles de désinfection. Serait-il même déraisonnable de demander que les sages-femmes fussent, dans une certaine mesure, contraintes d'y recourir, ou que tout au moins on leur facilitât l'emploi des antiseptiques en leur permettant de les formuler et de les prescrire ?

## NÉCROLOGIE

M. Louis, médecin à Livarot (Calvados), décédé à l'âge de 71 ans.

M. le D<sup>r</sup> Morel, de Touques (Calvados), âgé de 54 ans.

Ce dernier jouissait dans sa région d'une situation considérable. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire le discours prononcé sur sa tombe par le D<sup>r</sup> Calvet, de Villers-sur-Mer :

Devant cette tombe encore ouverte, il ne devrait y avoir place que pour le recueillement et le silence ; mais la sympathie que m'a toujours témoignée le docteur Morel, les conseils qu'il m'a prodigués, chaque fois que j'ai eu recours à l'expérience de sa longue pratique, me font un devoir, à moi qui ai pu l'apprécier depuis dix ans, de venir lui rendre un dernier hommage.

Je ne me soustrairai pas à la douloureuse mission de lui rendre les derniers devoirs au nom de ses collègues de l'association des médecins du département, association qui lui avait témoigné sa confiance et sa gratitude en l'appelant à l'honneur d'être son délégué pour cet arrondissement.

Il a été terrassé par un mal implacable qui a enlevé cette nature vigoureuse à notre estime et à notre affection.

Mais, si l'heure qui marque le terme de nos destinées dans le monde a prématurément mis fin à la carrière du docteur Morel, au moins celle-ci a été bien remplie ; l'activité, le travail et la science en ont, pour ainsi dire, doublé l'étendue.

Ah ! c'est que les années s'écoulaient vite, elles comptent double pour les médecins qui exercent dans les campagnes, pour ces modestes praticiens qui ne connaissent le repos ni le jour, ni souvent la nuit. Le sacrifice constant de sa vie est un des premiers devoirs de son art, et nous savons tous combien peu l'a ménagée celui que nous regrettons aujourd'hui. Prodigue de sa santé, prodigue de sa science, il avait donné le droit à celui qui souffrait de compter sur lui. La bienfaisance, qui est à la portée de tous, il a su plus que personne, comme médecin, faire naître l'occasion et trouver le moyen de la pratiquer. Il savait où rencontrer la pauvreté : aussi quel rôle actif a-t-il eu dans toutes les institutions charitables. Il ne leur a jamais ménagé les ressources de son art.

Médecin de l'hôpital de Trouville, à la création duquel il a si largement contribué par ses conseils et ses lumières, il a rendu, dans ce poste, des services qu'on ne saurait oublier. Après avoir consacré plusieurs heures au chevet de ces malades d'autant plus intéressants, qu'ils sont plus dénués de ressources, il reprenait son labeur en visitant sans distinction le pauvre et le riche. La nuit l'a plus d'une fois surpris dans ces nobles occupations ; aussi tous ses clients sont-ils devenus ses amis.

N'est-ce pas le tableau d'une vie doublement remplie ? mais pourquoi nous étendre davantage ; cette foule qui entoure ce cercueil ne dit-elle pas assez, par l'éloquence de son émotion, combien sont grands les regrets que nous laisse le docteur Morel.

Qu'il nous reste toujours de lui, avec le souvenir de ses instructions, les exemples de sa vie. Adieu, cher ami, vous pouvez dormir du sommeil du juste, après votre journée bien remplie. Vous avez fait le bien et vous avez connu les douceurs de la science.

## NOUVELLES

— Le Sénat, sur le rapport de M. Th. Roussel, a adopté le projet de loi suivant :

**ART. 1<sup>er</sup>.** — Un prix sera décerné à la personne qui découvrira un procédé simple et usuel pouvant être mis en pratique par les agents de l'administration, pour déterminer, dans les spiritueux du commerce et les boissons alcooliques, la présence et la quantité des substances autres que l'alcool chimiquement pur ou alcool éthylique.

**ART. 2.** — L'Académie des sciences de l'Institut de France est chargée de déterminer les conditions dans lesquelles ce prix devra être décerné, et de le décerner conformément au programme qu'elle aura arrêté.

— M. le Ministre du commerce a déposé sur le bureau de la Chambre des députés, dans la séance du 21 octobre, un nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine.

**Hôpitaux de Rouen.** — Un concours pour l'internat en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, s'ouvrira le jeudi 16 décembre 1886, à l'Hospice-Général. Le registre des inscriptions sera fermé quinze jours avant l'ouverture du concours.

### École de Médecine de Caen. — Semestre d'hiver 1886-87

**Clinique externe (Hôtel-Dieu).** — M. Delouey, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 7 h. 1/2.

**Clinique interne (Hôtel-Dieu).** — M. Auvray, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures.

**Clinique obstétricale (Hôtel-Dieu).** — M. Bourianne, professeur. — Mardi, vendredi, samedi, à 9 heures.

**Anatomie.** — M. Gidon, professeur. — Lundi, mardi, mercredi et jeudi, à midi.

**Pathologie interne.** — M. X..., professeur. — Lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures.

**Chimie et toxicologie.** — M. Le Petit, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 10 heures 1/2.

**Hygiène et thérapeutique.** — M. Chancerel, professeur. — Mardi et jeudi, à 5 heures ; vendredi et samedi, à 4 heures.

**Physique médicale.** — M. Pauchon, chargé de cours. — Mardi, mercredi, jeudi et vendredi, à 4 heures.

**Anatomie et histologie pathologiques (cours complémentaire).** — M. Gosselin, suppléant. — Mercredi, à 9 heures (Hôtel-Dieu).

**Anatomie (cours complémentaire).** — M. Moutier, suppléant. — Vendredi et samedi, à midi.

**Leçons élémentaires d'ostéologie et d'arthrologie.** — M. X..., suppléant. — Mardi et mercredi, à 3 heures 1/2.

**Physique et Chimie** (cours complémentaire). — M. de Forcrand, suppléant. — Mardi et vendredi, à 9 heures.

**Dissections.** — M. Moutier, chef des travaux anatomiques. — Tous les jours, 1 h. à 4 heures.

**Travaux pratiques de Physique.** — M. Picard. — Lundi et mardi, 2 à 4 heures.

**Travaux chimiques.** — M. Picard. — Lundi et samedi, 7 à 11 heures; vendredi, midi à 4 heures.

### École de Médecine de Rouen. — Semestre d'hiver 1886-87

**Clinique externe** (Hôtel-Dieu). — M. Duménil, professeur. — Mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.

**Clinique interne** (Hôtel-Dieu). — M. Leudet, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures.

**Anatomie** (Hôtel-Dieu). — M. Tinel, professeur. — Lundi, mercredi, jeudi et vendredi, à 4 h. 1/2.

M. Cauchois, chef des travaux anatomiques. — Mardi et vendredi, à 4 h. 1/2.

**Médecine opératoire** (Hôtel-Dieu). — M. Delabost, professeur. — Mercredi et samedi, à 3 h. 1/4.

**Chimie et toxicologie.** — M. J. Clouet, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi, à midi. — Conférence, jeudi, à midi.

**Pathologie interne.** — M. Lévesque, professeur. — Lundi, mercredi et vendredi, à midi. — Conférence, vendredi, à 1 heure.

**Physique médicale.** — M. Lecaplain, chargé de cours. — Médecine : lundi, à 1 heure; jeudi, à 3 heures; — pharmacie : lundi, à 2 heures; samedi, à 3 heures.

**Dissections** (Hôtel-Dieu). — M. Cauchois, chef des travaux anatomiques. — Tous les jours, de midi à 4 h. 1/2.

**Travaux chimiques.** — M. N... — Mardi, jeudi et samedi, de midi à 3 heures.

**Histologie végétale.** — M. Dumont, chargé de cours. — Médecine : mardi, de midi à 1 h. 1/2; — pharmacie : mardi, 2 h. à 4 heures.

---

#### OUVRAGES REÇUS :

*Goître et médication iodée interstitielle*, par le D<sup>r</sup> Duguet, médecin des hôpitaux de Paris. Steinheil, éditeur, Paris.

*Crises épileptiformes provoquées par une otite moyenne chronique simple*, par le D<sup>r</sup> Noquet (de Lille). O. Doïn, éditeur, Paris.

*Kystes des doigts*, par le D<sup>r</sup> Guermontprez (de Lille). Baillièrre et fils, éditeurs, Paris.

*Curage d'un foyer de gangrène sus-diaphragmatique*, par le D<sup>r</sup> Guermontprez (de Lille). Quarré, éditeur, Paris.

*Annuaire et programme des cours de l'École dentaire de Paris, 1886-1887.*

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUEEP.
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>									
Du 10 au 16 octobre....	63	25					3		
Du 17 au 23 octobre....	68	25				1	19		
<b>Havre (112,079 hab.)</b>									
Du 10 au 16 octobre....	58	21				1	2		
Du 17 au 23 octobre....	49	16					4		
<b>Dieppe (22,762 hab.)</b>									
Du 10 au 16 octobre....						2			1
Du 17 au 23 octobre....									
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>									
Du 10 au 16 octobre....	9	4							
Du 17 au 23 octobre....	12	5							
<b>Lisieux (16,267 hab.)</b>									
Du 10 au 16 octobre....	7	2							
Du 17 au 23 octobre....									

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 10 au 16 octobre : *Varirole*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 1 entrée, 2 décès. — Du 17 au 23 octobre : *Varirole*, 1 entrée; *érysipèle*, 1 entrée; *diphtérie*, 2 entrées; *fièvre typhoïde*, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 10 au 16 octobre : *Rougeole*, 2; *fièvre typhoïde*, 1; *diphtérie*, 2; *coqueluche*, 2. — Du 17 au 23 octobre : *fièvre typhoïde*, 6; *diphtérie*, 3.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : Travaux cliniques : De la lymphangite mammaire pendant la lactation, par M. Cerné. — Hygiène publique : De l'alcoolisation des vins. — Recueil de faits : Observation de grenouillette, par le D<sup>r</sup> Omont. — Variétés : Charcuterie teinte. — Memento thérapeutique. — Nécrologie. — Nouvelles. — Chronique sanitaire.

---

## TRAVAUX CLINIQUES

---

### De la Lymphangite mammaire pendant la lactation,

Par M. A. CERNÉ.

---

La pathogénie des abcès du sein est une de ces questions pour la solution desquelles s'accumulent incessamment des documents qui se ressemblent autant qu'ils se suivent, et dont la quantité ne paraît pas suppléer le peu de qualité. On peut dire d'eux aussi : *Non numeranda, sed ponderanda*; et le poids reste léger.

De toutes les hypothèses mises en avant, il semble à la vérité que celle de Nélaton ait constamment gagné du terrain, encore que les livres classiques ne lui accordent qu'une valeur relative et la considèrent comme applicable seulement à une partie des cas. On lui fait toujours des objections théoriques que nous n'avons vu résolues ni par des raisonnements ni par des faits bien appropriés.

Dans cette théorie, comme on le sait, les lymphatiques sont le siège de l'inflammation.

Il faut se rappeler d'abord quelle est la grande richesse de la circulation lymphatique du sein. Les vaisseaux lymphatiques (Sappey), extrêmement nombreux, forment deux plans : 1<sup>o</sup> un plan superficiel ou cutané, constitué par un réseau très délicat qui recouvre le mamelon et l'aréole ; 2<sup>o</sup> un plan profond ou glandulaire d'une prodigieuse richesse, qui enlace de ses radicules chacun des lobules et des lobes de la glande. Tous les troncs émanés de ce réseau se dirigent de la face postérieure et de l'épaisseur de la glande vers l'aréole où ils forment un plexus remarquable par l'énorme volume des vaisseaux qui le composent. Du plexus sous-aréolaire partent deux et quelquefois trois troncs volumineux qui se jettent dans les ganglions de l'aisselle.

Tous les auteurs conviennent que rien n'explique mieux la diffusion rapide de l'inflammation dans la glande mammaire, et

cette marche si remarquablement extensive qui tait qu'alors qu'on espère voir se cicatriser un abcès ouvert, la suppuration se montre dans un autre point. Mais si dans l'intérieur même du sein les lymphatiques jouent bien ce rôle de transmission et de propagation, l'affection est-elle *primitivement* une lymphangite?

A n'en pas douter, le point de départ est le mamelon, si souvent irrité, excorié dans la lactation, principalement chez les primipares. A peu près toujours (les exceptions ne sont pas bien authentiques) il existe ou il a existé sur le mamelon une de ces ulcérations, gerçures, crevasses, plus ou moins remarquées, mais presque toujours l'étant parfaitement, à cause des douleurs souvent atroces que ressentent les patientes au moment où l'enfant prend le sein. A ce point de vue néanmoins, il faut remarquer que précisément on peut avoir comme point de départ de petites ulcérations eczémateuses, siégeant à la pointe et non à la base du mamelon, et qui ne sont que peu ou point douloureuses.

Les prétextes d'inflammation partie de ces points sont multiples : la malpropreté, le lait aigri, le frottement des vêtements, etc. Mais encore une fois, sont-ce bien les lymphatiques qui s'enflamment?

Un bon signe en faveur de la théorie est le début presque toujours brusque, précédé de frissons, entouré d'un cortège fébrile analogue à celui qui accompagne presque constamment la lymphangite. Néanmoins, voici les deux objections *sérieuses* que, d'après Duplay (*Traité de pathologie externe*), cette pathogénie soulève : la première, c'est que, contrairement à ce que l'on observe dans les lymphangites, les ganglions de l'aisselle restent souvent indemnes dans les phlegmons glandulaires de la mamelle; la seconde, c'est que l'inflammation se propagerait en sens inverse du cours de la lymphe, ce qui est absolument contraire à la marche habituelle des lymphangites.

I. — Duplay, pensons-nous, exagère la fréquence des cas dans lesquels les ganglions restent indemnes. Lorsqu'on les recherche avec soin, il est bien rare qu'on n'en découvre pas d'augmentés de volume, mais souvent non douloureux. Il en est de même dans toutes les lymphangites *qui ne s'étendent pas aux troncs principaux*; et à ce titre, cette première objection se confond beaucoup avec la suivante.

Loin de manquer aussi fréquemment, le retentissement ganglionnaire s'observe même parfois dans le phlegmon non suppurant, qui semble favorable à la théorie de l'*engorgement*. Nous en obser-

vions récemment un cas très net : nous y reviendrons d'ailleurs un peu plus loin.

II. — La seconde objection paraît spécieuse, mais nous ne croyons pas qu'elle résiste à la réflexion et à l'observation attentive. Certes la lymphangite des réseaux s'étend *très souvent* aux troncs et aux ganglions ; mais les cas où l'inflammation va directement aux troncs sans envahir le réseau qui entoure le point de départ, sont *des plus rares*. Cela se voit, comme on voit même se produire des adénites suppurées sans presque avoir constaté de lymphangite réticulaire ou tronculaire, mais n'est-il pas d'observation vulgaire, que la rougeur de la lymphangite s'étend plus ou moins loin autour du point de départ, dans une direction tout à fait indéterminable à l'avance. Nous avons vu à plusieurs reprises sur les membres, à la jambe par exemple, la rougeur s'étendre du côté du pied et non vers la racine du membre. D'autres fois une lymphangite ascendante se localisant en un point du trajet des vaisseaux, émet de là des traînées ou des réseaux d'inflammation. En résumé, si la lymphangite ascendante est la plus fréquente, la lymphangite descendante n'est pas exceptionnelle. Et ne conçoit-on pas combien cette propagation sera facile au sein en état de lactation, si on admet, ce qui ne nous paraît pas douteux, que la congestion intense qui se produit alors dans l'organe favorise l'inflammation.

Toutefois, il nous paraît intéressant de reproduire à ce sujet une observation de lymphangite propagée en sens contraire du cours de la lymphe, sur le sein même, et qui soulèvera d'autres remarques :

Une jeune femme de 22 ans se présente à nous avec un abcès en voie de développement à la partie externe du sein gauche.

Elle est accouchée quinze jours auparavant et elle dit avoir eu, presque immédiatement après l'accouchement, des gerçures qui ont été un peu douloureuses, mais qui néanmoins ont guéri spontanément, bien qu'elle continuât à allaiter son enfant, ce qu'elle fait toujours, et sans douleur. On ne trouve plus les traces de ces gerçures.

L'abcès est situé presque à la partie inférieure du sein, au-dessous, par conséquent, de la ligne marquant le trajet des troncs lymphatiques. Il n'est pas profond, mais seulement sous-cutané. Ouverture et pansement phéniqué.

Quelques jours après, une rougeur douloureuse apparaît en deux points semblablement et symétriquement placés sur chacun des deux seins, *en dedans et en haut*. Il n'y a pas d'écorchure apparente.

Au bout de quelques jours, la rougeur du côté gauche diminue ; mais à droite, quelques élancements se produisent et un abcès va se former, lorsque la malade veut sortir de l'hôpital.

Voilà donc deux abcès et un phlegmon non suppuré, de cause certainement lymphangitique dont la propagation s'est faite du mamelon vers les radicules lymphatiques. L'un a eu pour cause des gerçures ; pour les autres, on n'en a pas constaté, ce qui indique combien la lésion originale peut être de peu d'importance, car, il faut y insister, il ne peut pas y avoir eu d'autre point de départ que le mamelon.

Remarquons, il est vrai, que les abcès ont été alors superficiels et sous-cutanés. Il est très probable en effet que la profondeur de la plaie d'où part l'inflammation règle le siège du phlegmon. Les lésions très superficielles donneront lieu à des abcès sous-cutanés ; les abcès glandulaires se produiront plus ordinairement lorsque le mamelon sera ulcéré plus profondément, de manière que les lymphatiques qui accompagnent les canaux galactophores soient mis à nu.

C'est ainsi que nous avons également observé un petit abcès sous-cutané chez une femme non en état de lactation, sur le mamelon duquel se trouvaient de petites lésions dépendant de la gale.

Il est d'ailleurs évident que, suivant le siège, des lésions très superficielles pourront se trouver en communication avec des lymphatiques péri-canaliculaires.

Nous croyons donc que l'on peut admettre la lymphangite mammaire comme absolument plausible, comme présentant dans ses caractères généraux et locaux tous les phénomènes auxquels on reconnaît les lymphangites, et ne contredisant en rien les lois de la physiologie pathologique.

Nous devons ajouter toutefois que le cortège des phénomènes généraux que nous avons invoqué comme servant à caractériser la lymphangite n'existe pas toujours, que la marche est parfois beaucoup plus lente et n'aboutit pas à la suppuration. S'agit-il également dans ces cas de lymphangite ? L'engorgement laiteux n'est-il pas admissible alors ?

Une petite observation à laquelle nous avons fait allusion nous conduit à penser que la lymphangite peut aussi bien alors exister, mais sous un autre aspect. Rien d'étonnant, puisqu'il en est souvent de même sur les autres points du corps. Combien ne voit-on pas de lymphangites sans réaction violente, qui n'aboutissent pas ou n'aboutissent qu'assez tard, et lorsqu'elles ne sont pas soignées, à la suppuration. Dans ladite observation, nous avons vu, à la suite de gerçure *profonde, extrêmement douloureuse*, chez une primipare allaitant son enfant, survenir une dou-

leur vive avec gonflement et induration dans le sein. A l'aide d'un traitement approprié, les choses n'allèrent pas plus loin, mais les mêmes phénomènes persistent pendant fort longtemps, près d'un mois. Nous avons donc, semblait-il, toutes raisons de penser à l'engorgement laiteux, s'il existait. Mais, outre que cette femme donnait régulièrement ce sein à son enfant, les ganglions de l'aisselle étaient *gonflés et douloureux*, ce qui doit bien faire conclure à la lymphangite.

Ce n'est pas à dire que la rétention du lait ne puisse parfois jouer un rôle dans l'apparition et l'acuité de l'inflammation en favorisant la congestion préparatoire. C'est ainsi qu'on observe plus souvent les abcès du sein chez les femmes qui cessent d'allaiter.

D'après ce qui précède, nous sommes disposés à admettre que tous les abcès du sein pendant la lactation (et peut-être en dehors de cet état) sont dus à la lymphangite, sauf bien entendu les cas exceptionnels de traumatisme, de maladie générale fébrile, pendant laquelle une simple rétention peut passer à l'état d'inflammation, etc...

Dans des cas assez rares, le point de départ du phlegmon intra-glandulaire peut avoir pour point de départ non le mamelon, mais un abcès cutané. Vulpian avait déjà signalé ces abcès en *bissac* ou en *bouton de chemise*.

Voici une observation qui présente cet intérêt de s'être montrée en dehors de la lactation et de la grossesse :

Une jeune fille de 17 ans, fraîche, bien portante, n'ayant jamais été et n'étant pas enceinte, niant même tout rapport sexuel, présente une augmentation de volume du sein gauche.

Les deux seins sont assez bien développés ; mais à la partie supérieure du gauche existe une tuméfaction aplatie, rosée, douloureuse, au centre de laquelle est un point plus rouge et aminci. La malade raconte qu'il y a six semaines, elle avait eu en cet endroit un petit bouton qu'elle a écorché et un abcès s'est formé et ouvert. Après une amélioration de 15 jours, de nouvelles douleurs sont survenues il y a 8 jours. — Cataplasmes. — Au bout de quelques jours, ouverture spontanée.

Mais bientôt apparaît à une petite distance une nouvelle tumeur inflammatoire, dure, semblant dès le début plus profonde et située *dans l'épaisseur même du sein*. Environ trois semaines après, l'abcès s'ouvre et permet de constater la présence du foyer à une grande profondeur.

## HYGIÈNE PUBLIQUE

### De l'Alcoolisation des Vins

L'Académie de médecine poursuit au sujet de la nocivité du vinage une discussion des plus intéressantes, mais sur laquelle elle semble vouloir retarder l'heure des conclusions, sans doute par suite de l'embarras où la jette le choix à faire entre des théories très différentes, toutes soutenues par les autorités qu'elle regarde avec juste raison comme les plus compétentes.

Une commission sénatoriale, qui doit s'impatienter, ainsi que l'a fait observer un orateur, a *officieusement* provoqué de la savante Compagnie une consultation d'où elle puisse conclure si les intérêts du Trésor peuvent s'accommoder des prescriptions de l'hygiène au sujet de la consommation de l'alcool. Il y a de cela tout près de huit mois et nous ne voyons pas bien dans quel délai seront votées les conclusions. En réalité cependant, nous croyons que l'intérêt de la discussion est à peu près épuisé, et que les meilleurs et plus substantiels discours ont été prononcés. Le rapport présenté à l'Académie par la commission élue à ce sujet a été tant de fois remanié qu'il est évident que la commission est l'image fidèle de l'Assemblée; elle est absolument indécise. Si un orateur prononce un discours important et dépose des conclusions, elle s'efforce de le contenter en modifiant les siennes. En réalité deux points, mais des plus importants, sont l'objet du litige, tandis que sur le reste tout le monde est d'accord.

On est d'accord à penser qu'au point de vue des dangers de l'alcool, le plus grand mal consiste dans la consommation grandissante des eaux-de-vie et liqueurs qui font pénétrer directement dans le tube digestif et de là dans l'organisme des alcools non suffisamment dilués et très souvent de mauvaise qualité.

On est d'accord à penser aussi que « il y a nécessité de réduire le nombre et de réglementer les cabarets, et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie. »

Mais on cesse de l'être quand il s'agit de fixer la qualité des alcools destinés à la fabrication des liqueurs, et ensuite quand il s'agit de décider si l'addition d'alcool au vin naturel est nuisible.

Sur le premier point, les expériences pratiquées sur les animaux ont révélé une toxicité beaucoup plus considérable des alcools dits *supérieurs*, c'est-à-dire supérieurs au point de vue chi-

mique (1). On regarde habituellement l'alcool de grains, de pommes de terre, de betteraves, comme bien inférieurs à ce point de vue à l'alcool de vin. Or voilà qu'un chimiste vient faire observer que le degré de perfection auquel est arrivée actuellement la distillation des alcools est telle que leur *pureté* est presque absolue, tandis que l'alcool de vin, une vieille et parfaite eau-de-vie de Cognac par exemple (Ordonneau), a décelé à l'analyse une quantité très notable d'alcools supérieurs. On conçoit que cette remarque est bien faite pour dérouter les opinions actuelles. Nous pourrions insister à ce sujet sur d'admirables procédés de rectifications qui sont une merveille de l'industrie moderne : le livre de Gariel sur l'application de l'électricité à cet objet renferme des explications des plus curieuses.

Quoi qu'il en soit, le principe n'est pas moins admis et après avoir édicté une tolérance de 1 0/00 au maximum d'alcools supérieurs, la commission réclame l'interdiction absolue des alcools supérieurs, sur la réclamation conforme de M. Brouardel. Cette conclusion est inattaquable, et elle offre ce grand avantage que son application empêchera l'introduction des alcools étrangers de basse qualité, qui sont un véritable fléau, vu la grande quantité de liqueurs qu'ils servent à composer.

Nous ne doutons donc pas qu'un accord complet se fasse sur cette question, mais il n'est pas probable qu'il en soit de même sur le second point.

L'Académie aborde pour la seconde fois la question de la nocivité du vinage ; en 1870, elle avait admis que cette opération n'était pas nuisible ; doit-elle se déjuger en 1886 ?

Une première raison invoquée par les adversaires du vinage consiste à prétendre que le vin est un aliment vivant, dont l'addition de substances étrangères, quelle qu'elle soit, changera la nature, qu'elle falsifie en un mot. Il paraît certain que l'expression a dépassé la pensée des orateurs qui l'ont employée, car on ne saurait admettre qu'un liquide dont la composition est si variable, d'après ses différentes origines, si différente même d'après son âge, suivant qu'il a perdu *spontanément* plus ou moins de certains principes, puisse être assimilé à un aliment dont il serait interdit de changer la composition.

Le vinage, a dit M. Bergeron, consistait autrefois dans le mé-

(1) La formule des alcools étant exprimée par  $C_n H_{2n} + O$ , la valeur grandissante de  $n$  exprime l'échelle des alcools. C'est dans l'alcool éthylique que  $n$  a la moindre valeur. Les autres alcools sont en proportion d'autant plus grande que le liquide est moins bien rectifié.

lange de deux vins contenant de l'alcool en quantité différente : l'un trop, l'autre pas assez ; ce n'était pas nuisible. Cela s'appelait encore le coupage <sup>(1)</sup>. Croit-on cependant que cette pratique n'altérerait pas à la fois les deux vins en présence, en en faisant un liquide tout autre ? Or, non seulement on ne peut pas dire que ce fût une pratique nuisible, mais elle était essentiellement utile et même hygiénique, car elle corrigeait certaines propriétés de nombre de vins qui, sans elle, n'étaient que difficilement buvables, n'étaient probablement que fort peu hygiéniques et dont la plupart étaient distillés pour fournir des eaux-de-vie. L'alcoolisation pure et simple, qui a aujourd'hui presque complètement remplacé le coupage, qui permet comme lui de consommer ces vins, en diffère-t-elle essentiellement dans ses résultats ? Qui oserait le prétendre ?

Certainement le vinage précipite du vin certains principes solides, mais cette précipitation se fait aussi spontanément en grande abondance. C'est grâce à elle que le bon vin acquiert ses qualités spéciales, que certains éthers se forment, qui développent le bouquet particulier à chacun d'eux. Il faudrait tout au moins, comme le fait remarquer M. Riche, analyser comparative-ment ces précipités, pour savoir si des principes utiles sont ainsi éliminés par le fait de l'alcoolisation. M. Riche ne le croit pas ; il pense qu'on trouverait seulement de la crème de tartre et certains produits altérables qui sont précisément fâcheux dans les vins pour lesquels on réclame le vinage.

Il ne faut pas oublier en effet qu'on ne réclame pas le vinage pour favoriser la fraude et le mouillage des marchands de vin. L'addition de l'alcool a un but louable dans deux cas : donner à certains vins du Midi une faculté de conservation et de locomotion dont ils manquent ; remonter de quelques degrés des vins trop faibles par suite d'une année trop peu ensoleillée, de la submersion dirigée contre le phylloxera, ou de la nouvelle maladie, le midlew, qui fait baisser la quantité d'alcool de 3° à 4° parfois.

Cette nécessité a même pénétré malgré elle la commission hostile, car si elle proscriit le vinage, elle permet le sucrage des moûts par des sucres raffinés (et non pas cristallisés, comme elle avait dit d'abord ; car le sucre cristallisé peut être impur). Or, ce su-

---

(1) Le coupage a essentiellement pour objet de corriger l'acidité de certains vins produits par des contrées froides en y mélangeant des vins riches en extraits, mais sucrés et trop altérables des régions chaudes.

crage n'agit-il pas en donnant de l'alcool par la fermentation? N'est-ce pas une alcoolisation désignée par un autre nom?

Il faut bien en effet se placer à tous les points de vue de la pratique. Les vins qu'il s'agit de permettre de viner, ce ne sont pas nos excellents crus du Bordelais et de la Bourgogne qui perdraient par là-même toutes les qualités qui les recommandent aux gourmets. Il s'agit de produits beaucoup moins agréables, des vins dits de consommation qu'il faut pouvoir expédier et souvent corriger. La question n'est pas : le vinage en fera-t-il une boisson de qualité supérieure? mais en fera-t-il une boisson nuisible ou non?

Malheureusement, il est bien vrai qu'à côté de ce but, que nous pouvons dire louable, l'alcoolisation sert beaucoup trop souvent à favoriser une pratique essentiellement condamnable, le mouillage. Les vins, remontés par l'alcool, sont ensuite coupés d'eau, additionnés de substances colorantes et autres, et données pour du vin naturel. Personne ne nie que cette falsification doive être proscrite, mais ainsi que l'a dit M. Bergeron, elle est du domaine de la morale plus que de celui de l'hygiène, au moins lorsqu'il y a seulement addition d'eau. S'il y a d'autres substances ajoutées et que celles-là soient nuisibles, cela est en dehors de la simple question du vinage.

En résumé, lorsque l'on a suivi attentivement les arguments des orateurs éminents qui se sont succédé à la tribune de l'Académie, nous croyons qu'on se rattache à cette opinion que le vinage ne peut pas être déclaré *nuisible*, s'il est opéré avec un alcool de bonne qualité. La question de la qualité de l'alcool devient donc primordiale ici comme dans les eaux-de-vie et liqueurs. Et alors on doit la trancher par l'interdiction des alcools supérieurs.

Est-il besoin d'ajouter que le vinage serait une question bien secondaire, si l'on pouvait plutôt parvenir à limiter la *quantité* d'alcool absorbée. C'est là bien plus encore que dans la mauvaise *qualité* qu'il faut chercher les causes de l'alcoolisme chronique. Pourra-t-on jamais empêcher l'ouvrier d'absorber sous forme de vin ou d'eau-de-vie surtout une grande quantité d'alcool à jeun, dans l'intervalle du repas? Question vitale pour un peuple, mais qui sera sans doute plus difficile à résoudre pour le législateur que les questions posées à l'hygiéniste, pour délicates qu'elles soient.

## RECUEIL DE FAITS

### Observation de Grenouillette

Par le Docteur OMONT, de Pont-Audemer

Lauréat de l'Académie de médecine.

H. Emile, âgé de 28 ans, ouvrier maçon, s'est réveillé un matin avec une « grosseur » dans la bouche, au-dessous de la langue, entre celle-ci et la gencive du côté gauche. Pendant la journée, elle ne fit que croître, causant une douleur peu intense, une sorte d'agacement qui lui faisait porter le doigt à chaque instant sur cette tuméfaction comme pour l'écraser ou la chasser de la bouche. La nuit, la douleur fut plus vive et persista toute la journée du lendemain sans que la tumeur devint plus grosse. Elle avait le volume d'un œuf de pigeon. Le malade dit qu'il avait alors « plusieurs glandes » à gauche, au-dessous de la mâchoire. Les choses restèrent en cet état pendant un jour, puis la tuméfaction diminua insensiblement, la douleur disparut et au bout de deux jours il n'avait plus rien.

Deux mois plus tard, « la grosseur » reparait au même endroit et met cinq ou six jours à atteindre le même développement que la première fois. Elle s'accompagne des mêmes phénomènes douloureux peu intenses. Il paraît y avoir eu, à cette époque, de la gingivite et même de l'amygdalite du côté où siège la tumeur. A aucun moment, il n'a remarqué de modifications dans la sécrétion salivaire. Il était surtout gêné pour manger, il lui arrivait souvent de pincer sa tumeur entre ses dents qui sont excellentes. Mais la difficulté de la mastication et la douleur qu'il éprouvait à chaque morsure, et celles-ci étaient fréquentes, le firent s'adresser à un médecin. On constatait alors au siège indiqué sur le plancher de la bouche, à un centimètre en arrière du frein de la langue, une tumeur de la grosseur d'une noix, recouverte par la muqueuse parfaitement saine et pouvant librement glisser au-dessus. Elle était fluctuante, mais sans la moindre tension. Elle s'enfonçait verticalement le long de la face interne du maxillaire inférieur, mais il était impossible de la sentir à travers la peau. Il n'y avait ni à la vue ni au toucher aucune tuméfaction de la région sous maxillaire. Le diagnostic de grenouillette s'imposait. C'était le 21 septembre, et le malade fut ajourné à trois jours pour l'opération.

Il revint le 24, ne présentant plus trace de tumeur, mais seulement une petite eschare blanchâtre au point précédemment occupé par celle-ci. Le jour même où nous l'avions vu, il s'était involontairement donné sur sa tumeur un coup de dent si vigoureux que sa paroi avait été déchirée et que tout le contenu s'était échappé au dehors, sous forme, nous dit le malade, d'un sirop de gomme épais, jaunâtre. Il estime qu'il s'en échappa bien aussi gros qu'un œuf de poule.

Le 2 octobre, le malade revient nous trouver. Sa tumeur s'est reproduite telle qu'elle était avant la morsure, et nous décidons de l'opérer le 5 octobre.

Au milieu des procédés si divers décrits dans les ouvrages spéciaux comme traitement de la grenouillette, mon embarras est considérable, je ne sais auquel donner la préférence. N'ayant même pas, pour me guider, le souvenir d'un cas semblable observé pendant mes six années de fréquentation hospitalière, je priai M. le Dr Lemarié de mettre à ma disposition sa longue expérience. J'appris alors que la grenouillette n'était pas moins rare dans la clientèle qu'à l'hôpital, et qu'en 26 ans d'une très vaste pratique, le Dr Lemarié n'avait observé que deux fois cette affection. Il voulut bien venir au secours d'un jeune confrère et diriger lui-même l'opération par l'excision partielle, à laquelle il donnait la préférence. Je transperçai la tumeur d'avant en arrière, dans son plus grand diamètre, à l'aide d'un ténaculum, et soulevant légèrement, je détachai, d'un coup de ciseaux courbes appliqués au-dessous du ténaculum, toute la calotte supérieure de la tumeur. Immédiatement, il s'en échappa gros comme un œuf d'un liquide très épais, gluant, jaunâtre, filant, ressemblant, pour la consistance, à du blanc d'œuf un peu épais. Je trouvai alors une cavité de trois à quatre centimètres de profondeur, de forme ovoïde, descendant le long de la face interne du maxillaire, à paroi lisse non saignante, permettant l'introduction de deux doigts. Je régularisai mon excision et promenai à plusieurs reprises, dans toute cette cavité, un bourdonnet de charpie, imprégné d'un mélange à parties égales d'acide phénique, d'alcool et de glycérine. Je plaçai au fond de la cavité un premier tampon de charpie imprégné de ce même mélange, en le recouvrant d'un autre bourdonnet simplement glyciné. Les jours suivants, le pansement fut renouvelé dans les mêmes conditions. L'opération était faite le matin; il y eut, au dire du malade, un peu de fièvre le soir, de même les deux jours suivants. Puis le fond de la cavité bourgeonna, se combla, et au bout de dix jours, la cicatrisation était complète. Il n'y avait eu d'autre particularité, pendant ces dix jours, que la présence de quelques petits ganglions au voisinage de la glande sous-maxillaire, et cette autre qu'au lendemain de l'opération les bords de la plaie, insuffisamment écartés, s'étaient réunis, enfermant au-dessous d'eux tout un paquet de charpie. Il fut bien facile de les écarter. Jusqu'à ce jour, aucun indice de récidive.

Il me semble bien évident que dans le cas particulier que je viens d'analyser, la grenouillette s'était développée dans une des glandes sublinguales accessoires, découvertes par M. Tillaux. On ne saurait y voir, en effet, ni une dilatation du canal de Wharton, devenu imperméable, ni un épanchement séreux de la bourse muqueuse de Fleischmann. Notre observation démontre encore que le traitement de la grenouillette, si discuté et si variable, doit toujours débiter par la simple excision, avec cautérisation de la poche, procédé d'une extrême simplicité et d'une innocuité parfaite qui permet d'obtenir en quelques jours une guérison le plus souvent exempte de récidive. Nous l'avons cru préférable au séton que M. Després laisse pendant quatre à six mois dans la

bouche de son malade, aux nombreux lavages iodés de M. Trélat, à l'injection de chlorure de zinc de M. Th. Anger, qui est souvent si douloureuse et provoque une réaction inflammatoire si intense, mais surtout aux méthodes autoplastiques, telles que la batracosoplastie de Jobert de Lamballe.

## VARIÉTÉS

### Charcuterie teinte.

L'usage de la viande conservée et notamment de la charcuterie a souvent provoqué des accidents graves et même de véritables empoisonnements. Pour expliquer leur action nuisible, on supposait autrefois que ces viandes renfermaient soit des parasites (trichines, moisissures), soit des sels de plomb ou de cuivre; mais, dans ces dernières années, Arm. Gautier, en France, et Selmi, en Italie, ont démontré que les propriétés nocives des viandes conservées étaient dues à la formation de ptomaines, alcaloïdes pour la plupart excessivement toxiques.

On sait donc, maintenant, que les viandes, lors même qu'elles ont été cuites, salées et fumées, sont susceptibles de devenir vénéneuses au bout d'un temps plus ou moins long, aussi les charcutiers ont-ils plus que jamais intérêt à donner à leur marchandise une apparence de *fraîcheur*. C'est pour cela qu'un grand nombre d'entre eux teignent en rouge la chair de porc qu'ils font entrer dans leurs préparations, afin de masquer la décoloration spontanée qui est un des indices les plus apparents de la vétusté de la viande.

Cette falsification est, depuis longtemps déjà, pratiquée sur une grande échelle, à Lyon du moins, et pourtant je ne sache pas qu'elle ait jamais été signalée. J'ai eu, récemment, l'occasion d'examiner une liqueur rouge vendue pour teindre la charcuterie; c'était une solution aqueuse de cochenille ammoniacale. Une semblable solution teint fort bien les fibres animales : laine, soie, muscles; mais elle ne colore pas du tout les matières grasses. Celui qui fabrique et ceux qui achètent cette teinture seraient donc mal fondés à soutenir qu'elle sert à préparer la graisse rouge avec laquelle les charcutiers *parent* certains de leurs produits.

La teinture de la viande, quelque inoffensifs que soient les colorants employés, est une pratique répréhensible qui devrait être

sévèrement interdite; en effet, déguiser l'altération qu'a subie une substance alimentaire, ce n'est pas seulement tromper sur la nature de la chose vendue, c'est bien souvent se rendre coupable d'empoisonnement.

Je crois utile d'appeler sur ce point l'attention des Conseils d'hygiène et de salubrité publique (*Bull. de Ph. de Lyon*).

A. LAMBERT.

---

## MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

---

### Du fiel de bœuf dans le traitement de l'ictère catarrhal.

---

Le regretté Fonsagrives employait beaucoup le fiel de bœuf, médicament fort distingué sous sa vulgaire apparence; il le considérait comme fort utile, en tirait tous les jours les meilleurs résultats, et il en a essayé la réhabilitation. « J'aurais peine, disait-il, à m'en passer. » Il lui attribuait les applications suivantes : 1° moyen apéritif; 2° moyen supplétif de la sécrétion biliaire; 3° moyen dépresseur de l'action cardiaque; 4° moyen empirique, mais très utile, de traitement de l'héméralopie.

En 1880, j'ai eu l'occasion d'employer trois fois le fiel de bœuf dans le traitement de l'ictère catarrhal (application n° 2 de Fonsagrives) et dans les trois cas le résultat m'a paru assez concluant pour mériter d'être signalé.

Je commence par la pharmacologie et la posologie.

Fiel de bœuf récent

(recueilli depuis quatre jours au plus). Q. S.

Filtrez sur une étoffe de laine et évaporez au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait ferme (on obtient ainsi le huitième environ du poids primitif. Incorporez à la masse q. s. de sirop simple et de poudre de gomme adragante. Divisez en bols d'environ 5 décigrammes que vous mettrez sécher au soleil ou à un feu doux, faute de quoi ils n'auraient pas suffisamment de consistance et s'étaleraient. — De 2 à 8 bols par jour.

FAVIER, in *Journ. de Méd. et Chir. prat.*

---

## NÉCROLOGIE

Le docteur Th. Saint est décédé à Evreux le 1<sup>er</sup> novembre, à l'âge de 55 ans.

Il exerçait la médecine dans cette ville depuis 1861, et y remplissait les fonctions de secrétaire du Conseil d'hygiène, de médecin du lycée, de médecin de la prison, etc.

Un déplorable accident a été cause de sa mort, l'ingestion de quelques champignons ayant déterminé chez lui, après quelques heures, des accidents redoutables d'intoxication, sans doute à cause d'une idiosyncrasie particulière, qui s'était déjà révélée, mais alors avec peu de gravité. Cette fois, l'empressement, les soins tout dévoués de deux de ses confrères, les docteurs Bidault et Guindey, ne purent empêcher le dénouement fatal. Cette mort, survenue d'une manière si soudaine et si malheureuse, a causé une profonde émotion dans la ville où exerçait le docteur Saint et où il était généralement estimé.

Une foule nombreuse, plusieurs députations l'accompagnaient au cimetière, où le docteur Bidault a prononcé un discours retraçant la vie laborieuse de ce confrère si rapidement enlevé à l'affection des siens.

D<sup>r</sup> P.

## NOUVELLES

**Ecole de médecine de Caen.** — M. Montier, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Maheut, nommé professeur honoraire.

**Hôpitaux de Rouen.** — Par décision de la Commission administrative, en date du 20 octobre 1886, M. le D<sup>r</sup> Tinel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, arrivé à la limite d'âge, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux.

Par suite, M. Pétel passe à l'Hôtel-Dieu, et M. Cerné, chirurgien adjoint, est nommé chirurgien de l'Hospice-Général.

— Par modification à la circulaire ministérielle du 21 septembre 1886, relativement aux étudiants en médecine et en pharmacie engagés conditionnels d'un an, le ministre de la guerre a reporté au 15 novembre 1886 la limite, fixée d'abord au 1<sup>er</sup> novembre, pour la remise des demandes de ces engagés conditionnels.

— Postérieurement au dépôt du rapport de la Commission de la Chambre des députés sur le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine (1), une annexe a été distribuée, que nous publions à

(1) *V. Normandie médicale*, 1885.

titre de document. On sait en effet que M. Lockroy a déposé un nouveau projet qui n'a pas encore été distribué aux députés au moment où nous écrivons. Lorsque nous l'aurons publié, nos lecteurs pourront comparer les deux projets :

### Proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

#### ARTICLES ADDITIONNELS.

ART. 19. — Sera considéré comme ayant usurpé le titre de docteur le gradué étranger ou l'officier de santé français qui fera précéder ou suivre son nom de cette qualité, sans en indiquer l'origine, à moins qu'il ne l'ait obtenue devant une faculté française.

Il sera passible des peines inscrites dans l'article précédent, s'il exerce la médecine dans ces conditions.

ART. 20. — Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi, le délit résultant du défaut de l'enregistrement du diplôme excepté.

ART. 21. — En cas de conviction de plusieurs des délits ci-dessus énoncés, les peines ne pourront être accumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite de façon à ce que, par le fait du cumul, l'emprisonnement ne puisse jamais dépasser deux ans et l'amende 3,000 francs.

ART. 22. — Lorsqu'un individu pratiquant la médecine ou l'une de ses branches, aura été condamné à une peine afflictive et infamante ;

Lorsque la condamnation à des peines correctionnelles aura été prononcée pour crimes de faux, pour délits de vol ou d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 333, 334, 335 et 345 du code pénal ;

Lorsque les cours d'assises condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi, la suspension temporaire, ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine ou de l'une de ses branches pourront être prononcées par le tribunal.

En aucun cas cette mesure ne sera applicable aux crimes ou délits politiques.

ART. 23. — Nulle modification ne pourra être appelée à cette loi que par une loi.

---

**AVIS.**— *Les abonnements à la Normandie médicale partent tous du 1<sup>er</sup> janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. Lorsque l'abonnement est pris dans le courant de l'année, l'Administration expédie tous les numéros parus depuis le 1<sup>er</sup> janvier.*

*Nous réexpédions gratuitement tout numéro qui n'aurait pas été servi par la poste, à condition qu'il nous soit réclamé dans les quinze jours qui suivent la date d'apparition.*

---

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	P. TYPHOÏDE	ERYSIPÈLE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>									
Du 24 au 30 octobre....	62	15				3			1
Du 31 oct. au 6 novembre	61	9	1				4		
<b>Havre (112,079 hab.)</b>									
Du 24 au 30 octobre....	64	20				3			1
Du 31 oct. au 6 novembre	48	9				1	1	1	1
<b>Dieppe (23,050 hab.)</b>									
Du 24 au 30 octobre....									
Du 31 oct. au 6 novembre	11	6					1		
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>									
Du 24 au 30 octobre....	21	13							
Du 31 oct. au 6 novembre	18	8							
<b>Lisieux (16,267 hab.)</b>									
Du 24 au 30 octobre....	9	2							
Du 31 oct. au 6 novembre	8								

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 24 au 30 octobre : *Variole*, 2 entrées; *diphthérie*, 3 entrées. — Du 31 octobre au 6 novembre : *Variole*, 1 entrée; *diphthérie*, 1 entrée; *érysipèle*, 1 entrée; *fièvre typhoïde*, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 24 au 30 octobre : *Rougeole*, 1; *scarlatine*, 2; *fièvre typhoïde*, 7; *diphthérie*, 1. — Du 31 octobre au 5 novembre : *fièvre typhoïde*, 8; *diphthérie*, 1.

L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS,

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : *Travaux originaux* : Sur la cure radicale des hernies étranglées, par M. F. Hue. — *Médecine publique* : De l'assistance des enfants en France et spécialement en Normandie. — *Bulletin* : Les Ecoles secondaires de médecine, par M. E. Leudet. — *Nouvelles*. — *Chronique sanitaire*.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### Sur la cure radicale des hernies étranglées,

PAR LE D<sup>r</sup> FRANÇOIS HUE,

Chirurgien des hôpitaux de Rouen.

---

On serait tenté de dire que rien n'est plus commun que l'opération de la hernie étranglée. Il n'est guère de praticien qui n'ait été appelé à la faire au moins une fois, il n'en est guère non plus qui n'ait été tenté de guérir du même coup et l'étranglement et la hernie. La tentative de cure radicale, dans ce cas, nous paraît des plus légitimes, d'autant plus qu'elle n'aggrave pas le pronostic et qu'elle ne consiste que dans une légère modification du mode opératoire.

Il n'en est plus de même des tentatives de cure radicale des hernies non étranglées dont le domaine doit être strictement restreint et peut être délimité, comme l'a fait M. Segond, par cette phrase :

« Dans les hernies irréductibles et non étranglées, l'intervention chirurgicale est indiquée lorsque les inconvénients du mal sont strictement proportionnels aux dangers de l'opération, et lorsque la réduction n'a pu être obtenue autrement. »

On sait combien la cure radicale de toutes les hernies fut en honneur autrefois, avant l'invention des bandages appropriés et perfectionnés que nous possédons aujourd'hui. Tous les auteurs anciens qui se sont occupés de chirurgie ont écrit à ce sujet et il n'en est guère qui n'ait révélé un procédé nouveau. Nous ne rappellerions pas l'histoire de ces tailleurs de hernies ou « herniers » qui parcouraient les campagnes et les villes en castrant tous les hernieux, s'il n'était bon de se mettre en garde, par ces exemples, contre un enthousiasme trop facile. Toutes ces expériences *in anima nobili* eurent du moins l'avantage de permettre de juger

les diverses méthodes employées, de trier entre elles pour en retenir ce qui peut être légitimement autorisé dans la cure radicale pendant la kélotomie. Hâtons-nous d'ajouter, du reste, que l'antisepsie permet de simplifier beaucoup de ces pratiques autrefois jugées utiles.

Quand après l'incision de la peau, des tissus intermédiaires et du sac, on est arrivé sur la masse étranglée, intestin seul ou intestin et épiploon, on doit se comporter différemment suivant que l'on cherche la cure radicale ou non. Nous parlons actuellement en prenant comme type la hernie inguinale étranglée.

Dans l'entéroccèle pure, quel que soit le but définitif que l'on se propose, il n'y a d'abord qu'à réduire avec ou sans débridement. Il semble préférable, au point de vue du manuel opératoire de la cure radicale, que le débridement unique soit remplacé par des débridements multiples et moins profonds, ou encore par la dilatation du collet et de l'anneau au moyen des deux mors d'une pince hémostatique fortement écartés. L'adhérence des surfaces réunies s'en fait ensuite plus facilement. Il est admis aujourd'hui que le meilleur traitement de l'entéro-épiplocèle est, à la suite de la réduction de l'intestin, la résection de la portion d'épiploon contenue dans le sac, après ligature au catgut ou au fil de soie.

Un certain nombre d'auteurs conseillent, après la section et l'hémostase complète, de réduire l'épiploon ainsi ligaturé; d'autres, au contraire, veulent qu'on le laisse dans l'anneau comme un bouchon qui empêchera plus tard toute sortie d'une nouvelle portion d'intestin, toute reproduction d'une nouvelle hernie. Il est nécessaire, dans ce cas, de l'assujettir sur l'endroit même, car, dans les mouvements du malade, il ne saurait manquer d'être attiré à l'intérieur de l'abdomen vers son point d'attache et de perdre tout rapport avec les parties qu'il est destiné à obturer. Le meilleur moyen et le plus simple pour maintenir le bouchon épiploïque en place nous paraît être la ligature du collet du sac juste sur la ligature du bouchon épiploïque.

Mais qu'on nous permette, à ce moment, d'entrer dans quelques développements qui ne seront pas des digressions. On sait, en effet, que la ligature du collet du sac n'est pas prisee par tous les chirurgiens.

On a le tort actuellement, à notre avis, lorsque l'on discute sur les procédés opératoires, de se guider et de s'appuyer sur des statistiques aussi fournies que possible, pour cette raison que l'on ramasse, afin de les faire nombreux, des matériaux dans tous les auteurs. On ne peut manquer par un tel moyen d'arriver

à un résultat erroné, par ce fait que la chirurgie de nos jours n'est pas la chirurgie d'il y a trente ans; et qu'un mauvais opérateur actuel qui saura seulement faire de bons pansements, avec la logique antiseptique, sera vite en mesure de produire des résultats autrement favorables que ceux de nos anciens maîtres, virtuoses du tranchant, qui mettaient si brillamment en pratique le *cito et jucunde*. La kélotomie est une opération sur le ventre dans laquelle on ouvre le péritoine. L'incision, pour être moins étendue que dans l'ovariotomie, n'en ouvre pas moins le péritoine, mettant l'intérieur de l'abdomen en communication directe avec l'air ambiant et avec les sécrétions de la plaie de la paroi. Il est étrange que des auteurs qui recommandent si soigneusement la fermeture hermétique de la séreuse, après l'ablation des kystes ovariens, parlent de la laisser ouverte, avec un drain posté à l'entrée de l'ouverture, dans la kélotomie. Nous estimons, pour notre part, que, dans l'un comme dans l'autre cas, il est urgent de fermer complètement la séreuse. L'événement nous a d'ailleurs toujours donné raison. C'est dire que nous sommes partisan convaincu de la ligature du collet du sac qui ne saurait donner que de bons résultats.

Or la ligature du collet du sac vide à la façon d'une bourse ou d'un sac quelconque suppose l'isolement de ce collet, c'est-à-dire la dissection du sac entier. C'est un point de pratique qui offre parfois de sérieuses difficultés. M. Ramonède, dans sa thèse sur le canal péritonéo-vaginal, a montré que dans les hernies congénitales le sac était en contact direct avec les éléments du cordon et il considère toute tentative de dissection comme excessivement dangereuse pour la vitalité du testicule. C'est au point, dit M. Segond, que dans les cas de ce genre, la castration semblerait encore le meilleur moyen de se tirer d'affaire.

Il est bien entendu qu'elle serait indiquée si le testicule était atteint de néoplasme (Czerny); d'ailleurs les hernies inguinales congénitales étranglées sont infiniment plus rares que les autres, et dans la grande majorité des cas, le sac est distinct des éléments du cordon et peut en être séparé, aussi les considérations précédentes s'appliquent-elles plutôt à la cure radicale en dehors de l'étranglement. Dans tous les cas, il est un détail de pratique qui favorise singulièrement la dissection du sac jusqu'au collet. Il consiste à entourer les bords du sac sectionné par une couronne de pinces hémostatiques qui permettent de tendre le sac, de le convertir en une sorte d'entonnoir dont le bec est situé au collet. On le délimite ainsi facilement, et tandis qu'une des mains de

l'opérateur, tenant le faisceau des pinces placées à un centimètre l'une de l'autre, soulève le sac, l'autre main a la plus grande facilité à le détacher, soit au moyen des ongles, soit au moyen d'une spatule, des éléments qui y adhèrent, et, entre autres, des éléments du cordon.

Le sac ainsi isolé jusqu'au collet peut être lié. Si on lie le collet seul, sans épiploon, on adosse les deux surfaces épilhéliales du péritoine et on se met dans les meilleures conditions pour sa réunion par première intention, comme dans les sutures profondes après l'ovariotomie. S'il existe un bouchon d'épiploon, préalablement préparé, il est logique de lier le collet juste sur la ligature de l'épiploon reséqué. On affronte ainsi péritoine pariétal contre péritoine viscéral et l'adhérence est parfaite, en même temps que la cavité abdominale se trouve hermétiquement fermée. La résection du sac s'impose ensuite et s'opère facilement d'un coup de ciseaux.

Il arrive bien que les choses ne se passent pas toujours aussi simplement, comme chez un homme de 45 ans que nous avons opéré récemment à l'Hospice-Général de Rouen et chez qui le sac, fort volumineux, contenait une portion du gros intestin, très difficile à réduire dans un abdomen très distendu. Les bords de l'anneau auxquels le sac adhérait intimement étaient trop écartés pour que l'on put songer à le froncer comme une bourse. Il fallut faire plusieurs ligatures partielles, qu'il fut ensuite facile de couvrir par une ligature totale. Ces ligatures ayant besoin d'être très serrées et de se maintenir solides un certain temps, ne gagnent rien, à notre avis, à être faites au catgut; elles sont plus solides, plus faciles et tout aussi inoffensives à la soie phéniquée. Les anses de soie s'enkystent avec la plus grande facilité si elles ne se résorbent pas. Chez un de nos opérés, tuberculeux mort 2 mois après une kélotomie parfaitement guérie, une anse de soie fut trouvée intacte sur le moignon du collet. Bien que ce malade eût une toux incessante, aucune apparence de récidence ne se montrait au niveau de la cicatrice. Ce malade présente ce fait intéressant, qui vient à l'appui de la ligature avec résection du sac dans les hernies inguinales, qu'il existait de la péritonite herniaire avec adhérences se prolongeant dans l'abdomen au voisinage de l'anneau, au point que la réduction fut rendue par ce fait beaucoup plus pénible que de coutume. Une grande quantité de liquide péritonéal s'écoula par l'ouverture du collet, nous le fermâmes cependant hermétiquement, nous en fîmes la résection et la guérison eut lieu en six jours.

Il serait téméraire de croire qu'après ligature du collet et résection du sac on a tout fait pour tenter la cure radicale ; il reste encore à fixer cette ligature dans l'anneau et à suturer les bords de l'anneau, de façon à reformer une barrière aussi solide que possible pour résister à la poussée future des intestins. On arrive à ce but de plusieurs façons : soit en suturant d'abord le sac lié aux bords de l'anneau, puis les bords de l'anneau avivés entre eux et enfin la peau, on a ainsi 3 rangs de sutures, soit en suturant la peau, l'anneau, les débris du sac et le bouchon épiploïque, s'il existe, au moyen d'une seule anse de fil métallique, en formant ainsi une ou plusieurs sutures profondes. Il est rare qu'il soit utile d'en faire plus de 3 à un centimètre à peine de distance et l'on achève l'opération par des sutures superficielles. Au cours des sutures un drain suffisamment percé est installé aussi près que possible du bouchon épiploïque ou du moignon du sac.

Il est utile de recommander aux opérés, quand ils commencent à marcher, de porter un bandage afin de fortifier la paroi pendant le temps que le tissu de cicatrice met à se former et à évoluer complètement. Il arrive fréquemment qu'ils peuvent s'en passer ensuite. M. Berger cite des récidives 10 ans et 20 ans après une guérison présumée, comme si 20 ans sans une maladie préexistante n'étaient pas une guérison de cette maladie. Dans tous les cas le mode opératoire de la cure radicale complique si peu l'opération de la hernie étranglée, que nous estimons qu'on est en droit de la tenter dans l'immense majorité des étranglements.

Les hernies crurales et les hernies de l'ombilie sont encore plus favorables que les hernies inguinales pour la recherche de la cure définitive, et le manuel opératoire ne diffère aucunement de celui que nous venons d'exposer aussi brièvement que possible au sujet de ces dernières. Les résultats paraissent surtout encourageants pour la hernie crurale que contiennent si difficilement les bandages ; c'est une conclusion à laquelle arrive M. Segond dans sa thèse d'agrégation et nous pourrions, pour notre part, citer 2 femmes opérées il y a 2 et 3 ans et qui, ne portant actuellement aucun bandage, n'ont aucune trace de récidive.

---

**Nécrologie.** — M. Friard, officier de santé à Rouen, décédé à l'âge de 72 ans, après avoir exercé la médecine pendant 48 ans ; il fut médecin du bureau de bienfaisance sans rétribution, pendant 24 ans.

## MÉDECINE PUBLIQUE

### L'assistance des enfants en France et spécialement en Normandie.

L'assistance publique est, en règle générale, ce qu'on peut imaginer de plus disparate, de plus inégal dans les diverses régions de la France, ou pour mieux dire dans les diverses communes de France, ce qui, avouons-le, est théoriquement un peu injuste. Il est étrange en effet que les malades, les invalides aient plus ou moins de chances d'être assistés, soignés, recueillis, suivant qu'ils ont eu la chance de vivre, non toute la vie, mais seulement six mois ou un an dans tel département ou dans telle ville. Ceux qui réclament le socialisme d'État peuvent trouver là un de leurs arguments, et il est bien probable que dans l'avenir il se fera, de par des lois nouvelles, sous quelque étiquette qu'on les place, une égalisation plus grande des secours donnés aux déshérités de la fortune, égalisation assez contraire d'ailleurs aux principes d'autres politiciens ou parfois des mêmes, chose singulière, réclamant l'autonomie communale.

L'utilité, pour ne pas dire la nécessité de cette réforme, paraît s'être davantage présentée à l'esprit du législateur en ce qui concerne les enfants, non pas que des projets de loi générale sur l'assistance publique n'aient été proposés à diverses époques ; mais aucun n'a jamais été voté.

Aujourd'hui de nombreux projets intéressant l'enfance ont été votés ou déposés ; mais l'un d'eux se remarque principalement par l'application des principes auxquels nous faisons allusion tout à l'heure. Il veut qu'une organisation uniforme soit instituée, et que par suite les dépenses de l'assistance de l'enfance soient entièrement à la charge de l'État, au lieu d'être comme jusqu'ici inscrites au budget des départements et des communes. Sans doute, l'inégalité d'assistance ne disparaîtrait pas d'une manière absolue, car les ressources de la charité privée, plus ou moins abondantes sur tel ou tel point, ne laisseront pas de venir en aide à la parcimonie forcée de l'État ; mais au moins on ne verra plus ces différences extraordinaires qui existent actuellement. Cette idée a été très favorablement accueillie. Certains la rejettent comme devant entraîner un remaniement, ils disent même un bouleversement qui ne peut être que l'œuvre d'études longues et approfondies, tandis que des mesures moins radicales concer-

nant l'assistance en elle-même sont plus faciles et des plus urgentes.

A notre humble avis, l'argument est médiocre. Nos Chambres paraissent toutes disposées à adopter ces mesures humanitaires; mais encore est-il qu'il est nécessaire qu'elles viennent en discussion. Il y a trois ans déjà qu'on leur soumet ces mesures dites plus faciles et des plus urgentes. Quand seront-elles inscrites à l'ordre du jour? Depuis tant de temps, les études nécessaires à une complète révolution auraient bien pu être faites.

Quoi qu'il en soit, nous voulons indiquer quelles sont ces mesures nouvelles qui paraissent devoir entrer *un jour* dans la voie d'exécution, mais auparavant jetons un regard sur l'organisation actuelle, extrêmement complexe.

Les établissements consacrés à la garde et à l'éducation de l'enfance peuvent se diviser en *publics* et *privés*, qu'il s'agisse d'hôpitaux, d'hospices, d'orphelinats, d'ouvroirs, de maisons du Bon-Pasteur, etc., etc.... Mais dans les établissements privés, des enfants peuvent séjourner, qui appartiennent au service public des *enfants assistés*, ou bien être tout à fait étrangers à ce service. Dans ce cas néanmoins, l'État, le département, la commune, aident souvent l'établissement par des subventions n'ayant rien de fixe et qui sont essentiellement amovibles.

Les enfants assistés proprement dits se désignent encore sous le nom de pupilles hospitaliers ou d'enfants des hospices. Ils constituent véritablement le seul service obligatoire incombant au budget. Ils comprennent : 1° les enfants trouvés; 2° les enfants abandonnés; 3° les orphelins pauvres.

Les enfants trouvés n'ont pas besoin de définition.

L'enfant abandonné est « celui dont les père et mère sont morts ou disparus ou inconnus, et qui n'a ni tuteur, ni parents légalement tenus aux aliments, ni amis qui veuillent prendre soin de sa personne.

« Est assimilé au mineur abandonné celui qui, à raison de la maladie dûment constatée, de l'émigration, de la détention ou de la condamnation de ses père, mère ou tuteur, se trouve sans asile ni moyens d'existence. »

A moins de fondations, de dons ou legs spéciaux, les hospices ne doivent en rien concourir aux dépenses des enfants assistés, qui forment un budget spécial, suivant un prix fixé d'avance, supportées comme nous l'avons dit par les communes, les départements et l'État. Il existe de plus un service d'inspection et de surveillance dont les frais incombent à l'État.

Le mot de pupilles hospitaliers ne veut pas dire que les enfants séjournent à l'hospice. Par là même qu'ils sont compris dans les enfants assistés, ils se trouvent jusqu'à leur majorité sous la tutelle des Commissions hospitalières en province, du Directeur de l'Assistance publique de Paris, dans cette ville. Mais ils peuvent être à l'hospice, soit dans les premières années de la vie (crèches), soit en cas de maladie temporaire ou incurable, ou d'infirmité, ou bien, ce qui a toujours lieu au bout d'un certain temps, à l'exception des cas susdits, confiés à des nourriciers, à des patrons, à des établissements privés, à des colonies agricoles ou à des chefs d'industrie.

Une autre catégorie d'enfants émergeant au budget comprend ceux qui sont l'objet de secours temporaires. La misère étant la cause principale de l'abandon, on institua en 1792 les secours aux filles-mères, mais qui se sont étendues aux femmes mariées, qui consentent à conserver l'enfant que sans cela elles eussent abandonné. Ces secours, comme nous le verrons, sont variables comme importance et comme durée, suivant les départements. Ils ont un double avantage sur l'assistance complète : 1° la mortalité est moitié moins élevée; 2° la dépense est en moyenne trois fois moins forte.

Le nombre d'enfants assistés était en France, au 1<sup>er</sup> janvier 1883, de 131,121, dont 84,102 pupilles hospitaliers, et 48,019 enfants secourus.

Nous trouvons pour la Normandie :

POPULATIONS	DÉPARTEMENTS	PUPILLES HOSP.	ENFANTS SECOURUS	TOTAUX
439.330	Calvados	986	603	1.589
364.291	Eure	322	978	1.300
526.377	Manche	782	892	1.674
376.126	Orne	649	91	740
814.068	Seine-Infér.	2.992	546	3.538

On voit combien les proportions varient dans des départements qu'on pourrait regarder comme offrant bien des points de ressemblance. Mais on est encore beaucoup plus étonné quand on entre dans le détail des dépenses occasionnées par ce service. Voici les tableaux dans lesquelles nous exposons les dépenses en Normandie, avec la moyenne pour toute la France, et les chiffres maximum et minimum. Les numéros d'ordre expriment le rang occupé par le département en regard parmi tous les départements français.

Le coût du séjour à l'hospice ne varie pas. De 1 jour à 21 ans, il est en moyenne de..... 0 fr. 57 85 par jour.  
 soit dans le Calvados ..... 0 55 —  
 — l'Eure..... 0 67 —  
 — la Manche..... 0 40 —  
 — l'Orne..... 0 55 —  
 — la Seine-Inférieure ..... 0 65 —

Hors de l'hospice, nous trouvons bien entendu des prix très variables suivant l'âge :

De 0 à 12 mois :

N <sup>OS</sup> D'ORDRE	DÉPARTEMENTS	MOIS de NOURRICE	LAYETTE	INDEMNITÉ	TOTAL p <sup>r</sup> 1 AN
29	Calvados	16 f. 90	30 f. »	18 f. »	223 f. 60
2	Eure	30 »	69 05	18 »	447 05
76	Manche	12 »	20 »	18 »	182 »
60	Orne	13 »	42 65	9 »	207 65
5	Seine-Inférieure	22 »	40 06	18 »	322 06
	Moyenne (France)	15 96	31 45	18 45	238 07

Maximum : Seine-et-Oise..... 525 fr.

Minimum : Morbihan ..... 94 fr.

De 2 à 5 ans :

N <sup>OS</sup> D'ORDRE	DÉPARTEMENTS	PENSIONS (p <sup>r</sup> AN)	VÊTURE	TOTAL p <sup>r</sup> 1 AN
4	Calvados	186 f. »	36 f. »	222 f. »
2	Eure	225 »	39 90	264 90
25	Manche	144 »	17 19	161 19
39	Orne	114 »	30 47	144 47
11	Seine-Inférieure	150 »	35 75	185 75
	Moyenne (France)	118 44	23 67	142 17

Maximum : Seine-et-Oise..... 307 fr. 50

Minimum : Corrèze..... 74 fr. 92

De 6 à 12 ou 13 ans :

N <sup>OS</sup> D'ORDRE	DÉPARTEMENTS	PENSION	VÊTURE	ÉCOLE	INDEMNITÉ	TOTAL p <sup>r</sup> 1 AN
3	Calvados	186 f. »	36 f. »	8 f. 75	12 f. 50	243 f. 25
2	Eure	180 »	53 06	8 57	14 28	255 91
15	Manche	144 »	21 88	8 74	12 49	187 13
28	Orne	108 »	46 17	8 75	6 25	169 16
12	Seine-Inférieure	120 »	58 33	8 75	12 50	199 58
	Moyenne (France)	91 f. 08	30 75	9 17	12 02	144 80

Maximum : Seine-et-Oise..... 277 fr. 85

Minimum : Dordogne..... 58 fr. 83

De 12 ou 13 ans, sauf séjour à l'hospice ou dans les prisons, jusqu'à 21 ans, l'enfant est placé et gagne sa vie, sauf les subventions qui peuvent être accordées aux établissements qui l'emploient.

On peut voir, par un simple coup d'œil, quelles différences énormes expriment les chiffres ci-dessus. On s'y rendra compte en particulier, que la dépense est toujours beaucoup plus élevée dans l'Eure qui, après Seine-et-Oise, donne le coût le plus élevé de toute la France. Y a-t-il des causes qui justifient de tels écarts?

Si nous consultons la dépense occasionnée par les secours temporaires, nous trouverons des divergences encore beaucoup plus grandes, car elles ne porteront pas seulement sur les secours en argent, mais sur l'existence ou non de secours en nature et aussi sur la durée du secours. Dans tels départements, le secours n'est accordé que pendant deux ans, dans tels autres il est prolongé jusqu'à 12 ans. Ici on donne des layettes et des vêtements, là seulement de l'argent. Enfin on encourage la légitimation des enfants par une somme plus ou moins forte.

Notons seulement les chiffres principaux :

DÉPARTEMENTS	TOTAL DES SECOURS POUR 3 ANS	INDEMNITÉ DE LEGITIMATION	PROLONGATION APRÈS 3 ANS
Calvados	312 f. »	60 f. »	12 <sup>e</sup> année
Eure	1.035 20	60	12 <sup>e</sup> —
Manche	288 »	100 »	
Orne	294 65	50 »	12 <sup>e</sup> —
Seine-Inférieure	465 45	300 »	12 <sup>e</sup> —
Moyenne (France)	383 09	67 11	

Le tableau suivant exprime la dépense totale inscrite au budget départemental, et l'évaluation de cette dépense en centimes additionnels, qui sont ajoutés de ce fait au principal des quatre contributions directes. De plus, 27 départements possèdent des fondations ou legs ajoutant un certain revenu au budget :

N <sup>OS</sup> D'ORDRE	DÉPARTEMENTS	DÉPENSE TOTALE	CENTIMES ADDITIONNELS	REVENUS DE FONDATIONS
8	Calvados	227.450 f.	3.673 f.	120 »
21	Eure	135.700	2.663	418 73
30	Manche	114.000	2.248	600 »
41	Orne	94.380	2.512	
3	Seine-Inférieure	560.120	4.826	

On voit que l'ordre n'est plus le même, ce dont on se rendra bien compte en voyant dans le premier tableau la différence du nombre des enfants assistés par rapport à la population : diffé-

rences portant surtout sur la proportion relative des pupilles et des enfants secourus temporairement.

Si nous avons bien fait ainsi toucher du doigt les vices de cette organisation, on comprendra l'importance de l'unité que demande le projet de loi auquel nous avons fait allusion.

De plus, deux autres projets nous paraissent utiles à signaler.

L'un s'occupe d'une classe d'enfants à laquelle il serait nécessaire d'étendre la protection, même et surtout contre le gré des parents : il s'agit des enfants délaissés ou maltraités appelés aussi moralement abandonnés. Le projet les définit ainsi :

« Le mineur délaissé est celui que ses parents, tuteur ou ceux à qui il a été confié, laissent dans un état habituel de mendicité, de vagabondage ou de prostitution.

« Est assimilé au mineur délaissé celui dont les parents ou le tuteur sont reconnus dans l'impossibilité de pourvoir à sa garde et à son éducation.

« Le mineur maltraité est celui dont les parents ou le tuteur, ou ceux à qui il a été confié, mettent en péril la vie, la santé ou la moralité, par leur ivrognerie habituelle, leur inconduite notoire, par leurs sévices ou mauvais traitements, ou qui ont été condamnés pour un des crimes ou délits prévus..... »

L'assistance publique de Paris est depuis plusieurs années déjà entrée dans cette voie ; mais elle ne pouvait le faire légalement *contre* le gré des ayant droit ; les auteurs du projet désirent avec raison que dans toute la France il soit possible de soustraire l'enfant aux parents ou autres ayant droit qui ont encouru une véritable déchéance. Il est d'ailleurs évident que les tribunaux pourront être appelés à juger entre les réclamants et les Conseils qui auront décidé d'étendre sur tel enfant la protection de l'État.

Enfin le dernier projet dont nous voulions parler règle les conditions d'admission des enfants à l'assistance en supprimant les tours (qui n'existent plus en fait), et en prononçant l'admission libre de l'enfant dans l'hospice à bureau ouvert, sur la présentation du bulletin de naissance, avec la garantie du secret absolu.

Nul doute que ces projets soient adoptés, avec ou sans modification, et certes il est permis d'espérer que ces incessantes recherches du mieux amèneront une diminution des fléaux qui pèsent sur l'enfance, et par là sur toute la nation : la mortalité énorme, l'avortement, l'infanticide.

Le médecin est tant et de tant de manières mêlé à tout ce qui touche la protection de la vie humaine, que nous avons cru intéresser nos lecteurs par ce court exposé.

A. C.

---

**BULLETIN**

---

**Les Ecoles secondaires de médecine.**

---

Dans son compte rendu des actes de l'Ecole de médecine, lu à la rentrée des cours, M. le Dr Leudet, après avoir constaté l'état de prospérité croissante de l'Ecole de Rouen, ajoute :

Cette prospérité doit nous encourager à fortifier notre enseignement et à répondre chaque jour de mieux en mieux aux besoins actuels de l'enseignement. Aussi m'est-il difficile de comprendre comment un de mes collègues, directeur d'une Ecole préparatoire du Midi, pouvait signifier à nos Ecoles leur arrêt de mort, lorsqu'il disait dans son discours de rentrée de l'an dernier : « Les décrets de 1875, 1883, 1885 ont révolutionné les traditions antérieures, et les conséquences en sont dès aujourd'hui manifestes. Ces lois nouvelles dans l'esprit, sinon dans la lettre, tendent à ruiner chez nous tout ce qui est de catégorie inférieure, les établissements comme les professeurs, les Ecoles préparatoires comme les officiers de santé et la deuxième classe des pharmaciens ». Faut-il donc désespérer des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie ? Je répondrai hardiment par la négative. Les petits centres universitaires sont multipliés chez d'autres nations bien plus qu'en France, et je pourrais rappeler qu'en 1881-1882, la Faculté de Bâle ne comptait que 100 élèves, celle de Berne 150, celle de Genève 88 et celle de Zurich 180. En Allemagne, beaucoup de Facultés de médecine, comme celles d'Erlangen, de Greifswald, Rostock, Marburg, comptent un petit nombre d'élèves. Personne pourtant ne peut nier que ces Ecoles possèdent un matériel d'organisation complet, un corps professoral actif, et dont les titres scientifiques lui assureront plus tard une place dans les grandes Facultés de l'Allemagne. Cette multiplicité d'Ecoles d'enseignement médical est encore plus marquée en Angleterre. A Londres seulement, je citerai les Ecoles de l'hôpital de Guy, de Saint-Barthélemy, de Saint-Thomas, de Sainte-Maire, de Westminster, de Saint-Georges, du Collège du Roi, du Collège de l'Université, de l'Hôpital de Westminster, etc. Ces écoles ne portent pas, il est vrai, le titre élevé de Facultés, — « elles n'ont pas l'ambition, comme disait notre collègue du Midi, de grandir, de s'élever dans la hiérarchie. » Si les professeurs de ces Ecoles ne revêtent pas la pourpre et l'hermine, ils ont eu l'avantage au moins aussi grand de compter parmi leurs

devanciers des Bright, des Astley Cooper, des Brodie, des Jenner, des Fergusson. D'ailleurs, Messieurs, on aurait tort de croire, comme notre confrère du Midi, que les professeurs des Ecoles préparatoires soient tous « de catégorie inférieure » ; ces Ecoles ont produit des hommes comme Bretonneau, Bonnet, Pouchet, Gintrac, etc. Prenons garde que la multiplicité des Facultés nouvelles conférant le même grade, ne fasse revivre les abus que signalait autrefois notre Collège des médecins à propos de la Faculté de Pont-à-Mousson. Je lisais avec étonnement dans le relevé des Actes des Facultés de France pour l'an dernier qu'une de nos Facultés de province n'avait ajourné *aucun* candidat au 2<sup>e</sup> et au 4<sup>e</sup> examen de doctorat. Je me garderai bien de nommer cette Faculté, j'aurais peur de lui constituer une réclame et de voir nos élèves nous désertir pour se réfugier sur cette terre promise.

Nous sommes à la veille, Messieurs, d'une époque importante pour l'enseignement médical, et même pour l'exercice de la médecine. Le gouvernement, plusieurs mandataires du pays ont déposé sur le bureau de la Chambre des projets de loi qui nous concernent directement. Un des projets, dû à l'initiative d'un député, demande la suppression des officiers de santé ; on s'est appuyé pour cela sur ce fait que le nombre des officiers de santé reçus allait chaque année en diminuant, que par conséquent ce grade s'éteindrait de lui-même. On pourrait dire qu'il est très inutile de tuer un individu qui est à l'article de la mort, mais on n'a pas voulu voir, ce qui est plus important, que cette diminution du nombre des officiers de santé a sa raison d'être, et cette raison tourne à l'honneur de tous ceux qui ont conquis ce grade.

Les jurys médicaux de tous les départements recevaient en 1854, c'est-à-dire la dernière année de leur existence, 287 officiers de santé. En 1856, les Facultés et Ecoles de médecine, chargées de conférer ce grade, n'en recevaient plus que 153 ; cette différence si brusque démontre que les épreuves auxquelles ont été soumis les aspirants à ce grade sont devenues plus difficiles, et j'ajoute qu'elles le deviennent de plus en plus.

De tous temps, la médecine a surtout été pratiquée par des docteurs : ainsi de 1785 à 1885, on a reçu en France 76,719 docteurs contre 16,940 officiers de santé. La proportion est inverse pour les pharmaciens : ainsi de 1803 à 1885, les jurys, Facultés et Ecoles de médecine ont reçu 13,492 pharmaciens de 2<sup>e</sup> classe contre 7,684 pharmaciens de 1<sup>re</sup> classe, reçus de 1795 à 1885 par les Facultés et Ecoles supérieures de pharmacie. Ces pharmaciens de 2<sup>e</sup> classe sont nécessairement reçus en plus grand nombre par les Ecoles préparatoires, qui ont le privilège de conférer le grade

pour les départements de leur ressort. L'École de Rouen est, de toutes les Ecoles préparatoires de France, celle qui a reçu le plus grand nombre de pharmaciens depuis 1855 : ce chiffre est de 383.

Je n'oublierai pas de mentionner que dans les 90 ans écoulés, on a reçu 6,241 sages-femmes de 1<sup>re</sup> classe contre 33,071 de 2<sup>e</sup> classe. Le moment est venu de fournir à notre pays d'utiles praticiens de 2<sup>e</sup> classe : ils auront dorénavant l'éducation scientifique complète, et pourront en se multipliant soulager les populations pauvres au milieu desquelles ils doivent vivre.

Leur présence dans les petites localités ajoute un élément de progrès au développement intellectuel de ces populations, et grâce à leur éducation, leur influence devient tellement prépondérante que nombre d'entre eux sont les mandataires élus du pays.

Telle est, Messieurs, notre situation matérielle. Notre Ecole mérite-t-elle l'anathème prononcé par notre collègue du Midi lorsqu'il disait : « Il faut donc que les Ecoles se traînent, tristement occupées à chercher le soutien d'une mourante vie ou n'ayant pour élèves que des candidats à l'officiat de santé, n'ayant pour maîtres que des professeurs rares sinon introuvables ». — Vous penserez comme moi, Messieurs : les professeurs de l'École de Rouen ne sont pas rares ; il serait difficile de les déclarer introuvables, et ceux qui s'occupent de science sont sûrs de les trouver facilement, car le nom des anciens, comme celui des nouveaux, tient dans la science un rang distingué que nos successeurs ne laisseront pas perdre.

## NOUVELLES

**Université de Caen.** — La rentrée des Facultés a eu lieu le 3 novembre. Le discours d'usage a été prononcé par M. le D<sup>r</sup> Bourienne, directeur de l'École de médecine. Il avait pris pour texte : Les améliorations chirurgicales et obstétricales dues aux doctrines Pastorienues.

Les lauréats de l'école, pour l'année scolaire 1885-1886, sont :

2<sup>e</sup> Année : 1<sup>er</sup> prix, M. Rolland ; mention honorable, M. Rancin.

3<sup>e</sup> Année : 1<sup>er</sup> prix, M. Loisel. — *Concours Le Sauvage* : 1<sup>er</sup> prix (médaille d'or et livres), M. Loisel ; mention honorable, M. Rancin. — *Concours Dan de la Vauterie* : prix, M. Fauvel.

A la réunion du Conseil général des Facultés tenue le 19 novembre, M. le D<sup>r</sup> Fayel a lu un rapport sur les améliorations réclamées par l'École de médecine, et qui ont pour base le retour à l'ancien état de choses avant le décret de 1878, en conservant d'ailleurs de ce décret et de celui de 1883 ce qu'ils ont de bon. L'envoi au Ministre a été voté à l'unanimité.

Dans la même séance, M. Morière, doyen de la Faculté des sciences, a été renommé vice-président pour 1887. Il a été décidé qu'au début de chacune des réunions du Conseil général, il serait rendu compte de ce qui se sera passé d'intéressant dans les réunions du conseil de chaque Faculté, qui ont lieu, pour l'École de médecine, le premier mercredi de chaque mois.

**École de médecine de Rouen.** — La rentrée solennelle des cours des établissements d'instruction supérieure de Rouen a eu lieu le 20 novembre, sous la présidence de M. l'Inspecteur d'académie.

Le discours d'usage a été prononcé par M. Texier, professeur à l'École supérieure des sciences et des lettres. Nous publions plus haut une partie du compte-rendu de M. le directeur de l'École de médecine.

Les lauréats de l'école sont, pour l'année scolaire 1885-1886 :

1<sup>re</sup> Année : 1<sup>er</sup> prix, M. Bourdet ; 2<sup>e</sup> prix, M. Bouju.

2<sup>e</sup> Année : M. de Beaumais.

*Prix Pillore* (médaille d'or et 1,000 fr.) : M. Leroy, interne à l'Hôtel-Dieu.

*Prix des hospices* : 1<sup>er</sup> prix, M. de Beaumais ; 2<sup>e</sup> prix, MM. Rocher, Lireux.

## CHRONIQUE SANITAIRE

### MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÉS	DÉCÉS de 0 à 2 ans.	DÉCÉS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VAROLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPELE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>									
Du 7 au 13 novembre...	54	17				1			
Du 14 au 20 novembre..	64	19						1	
<b>Havre (112,079 hab.)</b>									
Du 7 au 13 novembre...	69	12				1	5		
Du 14 au 20 novembre..	46	12					2		
<b>Dieppe (23,050 hab.)</b>									
Du 7 au 13 novembre...	20	10				2			
Du 14 au 20 novembre..	14	7						1	
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>									
Du 7 au 13 novembre...	11	3							
Du 14 au 20 novembre..	15	6							
<b>Lisieux (16,267 hab.)</b>									
Du 7 au 13 novembre...	11	3							
Du 14 au 20 novembre..	7	1							

### MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 7 au 13 novembre : *érysipèle*, 1 entrée. — Du 14 au 20 novembre : *érysipèle*, 2 entrées ; *variole*, 1 entrée ; *diphthérie*, 1 entrée ; *fièvre puerpérale*, 1 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 7 au 13 novembre : *rougeole*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 7 ; *diphthérie*, 1. — Du 14 au 20 novembre : *fièvre typhoïde*, 8 ; *diphthérie*, 1.

L'Imprimeur-Gérant, **Léon DESHAYS.**

Rouen— Léon DESHAYS, imprimeur de plusieurs Sociétés savantes.

# SOLUTION

## De Salicylate de Soude

### Du Docteur Clin

*Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris (PRIX MONTYON)*

La Solution du D<sup>r</sup> Clin, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le Salicylate de Soude et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette solution très-exactement dosée contient :

2 grammes de Salicylate de Soude par cuillerée à bouche,  
0,50 centigr. — — par cuillerée à café.

Exiger la **VÉRITABLE SOLUTION CLIN**, que l'on peut se procurer par l'entremise des pharmaciens.

## CAPSULES MATHEY-CAYLUS

*À Enveloppe mince de Gluten*

Au Copahu et à l'Essence de Santal,  
Au Copahu, au Cubébe, et à l'Essence de Santal,  
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal,

« Les Capsules Mathey-Caylus à l'Essence de Santal associée à des Balsamiques, possèdent une efficacité incontestable et sont employées avec le plus grand succès pour guérir rapidement les *Écoulements anciens ou récents, la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Leucorrhée, la Cystite du Col, l'Uréthrite, le Catarrhe* et les autres *Maladies de la Vessie* et toutes les affections des *Voies urinaires*.

« Grâce à leur enveloppe mince de *Gluten*, essentiellement assimilable, les Capsules Mathey-Caylus sont digérées par les personnes les plus délicates et ne fatiguent jamais l'estomac.

(*Gazette des Hôpitaux de Paris.*)

VENTE EN GROS, **CLIN et C<sup>ie</sup> Paris**. — DÉTAIL DANS LES PHARMACIES.



## CASCARA SAGRADA

### CACHETS LIMOUSIN

**LAXATIF & PURGATIF** nouveau  
EMPLOYÉ CONTRE

l'Atonie des *muqueuses gastro-intestinales.*

Dose : 1 à 2 Cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La Boîte de 20 Cachets à 0.25 c..... 2 fr.

Pharmacien \* 2<sup>me</sup>, rue Blanche, PARIS. — (Envoi par poste.)

## PILULES DE BLANCARD

à l'Iodure ferreux inaltérable

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Employées dans l'*Anémie, la Chlorose, la Leucorrhée, l'Aménorrhée, la Cachexie scrofuleuse, la Syphilis constitutionnelle, le Rachitisme, etc., etc.*

N. B. — Exiger toujours la Signature et contre :

Pharmacien à Paris, 40, Rue Bonaparte.

## VIN MARIANI

A LA COCA DU PÉROU

Aussi agréable que les vins de dessert, plus tonique que le vin de quinquina, le vin MARIANI est journellement prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris, dans les convalescences longues et difficiles, pour régulariser les fonctions digestives; dans la chlorose, l'anémie, etc. Le D<sup>r</sup> Ch. Fauvel l'emploie avec succès dans sa clinique de laryngoscopie, comme teneur des cordes vocales.

Prix : 5 fr. la bouteille. Chez MARIANI, 41, boulevard Haussmann, à Paris, et dans les pharm.

---

# LA NORMANDIE MÉDICALE

---

SOMMAIRE : Questions professionnelles : Projet de loi sur l'exercice de la médecine. — *Thérapeutique médicale* : Les lavements gazeux dans la thérapeutique. — *Recueil de faits* : Hystérie chez une enfant, par M. Caron. — *Nouvelles.* — *Chronique sanitaire.* — *Table alphabétique des matières.*

---

## QUESTIONS PROFESSIONNELLES

### Projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Nous publions ici le projet de loi présenté par le gouvernement le 21 octobre dernier, ainsi que nous l'avons annoncé. Son examen mérite la plus sérieuse attention; il est le résultat d'une étude attentive, et plus complet à coup sûr que ceux qui ont déjà été proposés au Parlement. Ceci d'ailleurs n'étonnera personne, quand on saura qu'il est l'œuvre du comité consultatif d'hygiène publique.

Ce comité, saisi, il y a un an, par une demande du ministre du commerce, a finalement adopté le rapport qui lui a été présenté au nom d'une commission nommée à cet effet par MM. Brouardel et Martin.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ce rapport d'une clarté remarquable, et dont les conclusions à la fois fermes et sobres peuvent difficilement être attaquées.

Il rejette la suppression des officiers de santé en montrant que le nombre des médecins praticiens va diminuant. Sans doute, les officiers de santé deviennent beaucoup moins nombreux, mais là où ils disparaissent ils ne sont pas remplacés par des docteurs, dont le nombre reste à peu près fixe. Or, supprimer le grade inférieur serait supprimer plus du quart des médecins, déjà insuffisants, comme nous l'avons dit. Ce serait, de plus, fermer à toute une classe de la société l'étude de la médecine; car l'officiat se recrute autrement que le doctorat. Les aspirants à l'officiat appartiennent d'ordinaire à des familles qui sont impuissantes à s'imposer de longues dépenses.

V'ailleurs, il faut observer que les officiers de santé ne méritent pas le stracisme dont on voudrait les frapper. On a d'une manière constatée, et principalement par de récents décrets (1883), relevé le niveau de leurs études, qu'on ne peut plus regarder comme

insuffisantes. C'est même cette tendance à l'égalisation des études pour les deux grades qui est la véritable cause de leur diminution.

Un tableau du personnel médical annexé à ce rapport donne les chiffres des deux ordres de médecins depuis 1847 jusqu'à 1881. Nous reproduisons les données suivantes pour les deux années extrêmes :

	Docteurs		Officiers de santé		Rapport avec la population en 1881	
	1847	1881	1847	1881	docteurs	off. de santé
France....	10.643	11.643	7.456	3.203	1 sur 3.235	1 sur 11.761
Calvados ..	152	114	122	42	3.858	10.472
Eure.....	91	90	98	27	4.047	13.492
Manche ...	174	156	66	22	3.374	23.926
Orne.....	104	103	80	21	3.651	17.910
Seine-Infér.	175	193	178	73	4.217	11.151

Ce projet ne comprend pas, comme celui que nous avons reproduit il y a quelque temps, les dispositions relatives à l'enseignement de la médecine. Le rapport dit excellemment :

« Les conditions d'études et de scolarité changent chaque fois que la science accomplit un progrès; elles doivent donc être susceptibles de subir des transformations fréquentes et qui, pour être utiles, doivent être rapides. Formuler dans une loi les conditions jugées bonnes aujourd'hui serait condamner les générations qui nous suivront à une immobilité préjudiciable à l'instruction médicale. On ne comprendrait pas que le programme des études ne puisse pas être tenu journalièrement au courant de la science. On conçoit, au contraire, qu'une loi doit régir les conditions d'exercice de la médecine, parce que les intérêts du corps médical et de la société exigent sur ce point une certaine stabilité. »

Peut-être, cependant, s'ils l'avaient pu, les rédacteurs eussent-ils émis le vœu qu'on n'abusât pas des changements à coups de décrets !

ARTICLE PREMIER. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou d'un diplôme d'officier de santé, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

ART. 2. — Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir subi les épreuves exigées par les règlements en vigueur dans les Facultés françaises.

Des dispenses pourront être accordées, conformément à un règlement d'administration publique, libéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur la totalité des épreuves.

ART. 3. — Les officiers de santé sont soumis à l'obligation de faire as-

sister par un docteur en médecine, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales.

ART. 4. — Les officiers de santé ont le droit d'exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire, sauf dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les villes dont la population dépasse 10,000 habitants.

ART. 5. — Les fonctions de médecins et chirurgiens-experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

ART. 6. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré dans les conditions stipulées aux articles 1 et 2 de la présente loi.

Toutefois le droit d'exercer cette profession est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste âgé de plus de trente ans et justifiant, par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

ART. 7. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

ART. 8. — Les sages-femmes ne peuvent employer les instruments dans les cas d'accouchements laborieux, sans être assistées d'un docteur en médecine. Elles ne peuvent ordonner des médicaments, avant l'arrivée du médecin, que pour parer à des accidents graves, tels qu'une hémorrhagie. Elles sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations.

ART. 9. — Les sages-femmes de première classe exercent leur profession sur tout le territoire de la République.

Les sages-femmes de deuxième classe exercent leur profession dans toute l'étendue du territoire, excepté dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement, et dans les villes dont la population dépasse 10,000 habitants.

ART. 10. — Les docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes qui veulent exercer la médecine dans les limites tracées à leur profession respective par les articles précédents, sont tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Ceux qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis un certain temps, désirent se livrer à l'exercice de la profession médicale, dans les limites fixées par les articles précédents, doivent également faire enregistrer leur diplôme dans les mêmes conditions qu'au paragraphe précédent.

ART. 11. — Des listes des docteurs en médecine, officiers de santé, den-

tistes autorisés par disposition transitoire stipulée au dernier paragraphe de l'article 7, et sages-femmes dont les diplômes ont été enregistrés à fin d'exercice, sont établies chaque année dans les départements par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire. Des copies certifiées de ces listes sont transmises aux ministres de la justice, du commerce et de l'industrie, et de l'instruction publique, dans le dernier mois de chaque année.

Il est dressé, chaque année, par les soins du ministre du commerce et de l'industrie, une statistique du personnel médical en France et aux colonies.

ART. 12. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine, sans être tenus de subir d'examens spéciaux, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé.

Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois; elle est renouvelable.

ART. 13. — L'action des docteurs en médecine, officiers de santé et sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

ART. 14. — L'exercice simultané de la profession médicale et de la profession de pharmacien est interdit, même en cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

Toutefois, tout docteur en médecine ou officier de santé exerçant dans des localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance de quatre kilomètres peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades sous la condition de se soumettre à toutes les lois et règlements qui régissent ou régiraient la pharmacie à l'exception de la patente.

ART. 15. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré conformément aux articles qui précèdent, ou de l'autorisation stipulée à l'article 12, prend part au traitement des maladies et des affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou application d'appareils ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7, 8 et 9 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qu'un médecin place auprès de ses malades.

ART. 16. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée

au double et les coupables pourront en outre être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.

ART. 17. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1,000 à 2,000 francs; en cas de récidive, elle pourra être portée au double et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.

ART. 18. — Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger, sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ;

2° L'officier de santé reçu en France, ou la sage-femme muni d'un diplôme français qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

ART. 19. — Est considéré comme ayant usurpé le titre d'officier de santé :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi ;

2° La sage-femme munie d'un diplôme français qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

ART. 20. — L'exercice de la pharmacie par un docteur en médecine, par un officier de santé ou par une sage-femme, en dehors des dispositions stipulées à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double, et les coupables pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à un an.

ART. 21. — Il y a récidive lorsque dans les cinq années antérieures le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi,

ART. 22. — Quiconque exerce la médecine, sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 10 de la présente loi est puni d'une amende de 100 à 500 francs.

ART. 23. — En cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les Associations de médecins régulièrement autorisées, intéressées à la poursuite, peuvent se porter partie civile.

ART. 24. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 16, 17 et 20 de la présente loi.

ART. 25. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine capitale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol ou escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 216, 217, 331, 332, 334, 335 et 345 du Code pénal ;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises pour des faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

ART. 26. — L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 16, 17, 18, 19 et 20 de la présente loi.

ART. 27. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure supprimé.

ART. 28. — Les officiers de santé et les sages-femmes de deuxième classe, exerçant au jour de la promulgation de la présente loi, sont soumis à toutes les dispositions de cette loi qui les concernent. Toutefois, ils sont autorisés à continuer l'exercice de leur profession dans le département du domicile où ils se trouvent établis, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme.

ART. 29. — La présente loi est applicable à l'Algérie, sans préjudice des dispositions spéciales à l'Algérie, édictées par le décret du 12 juillet 1851, la loi du 31 décembre 1879 et les décrets subséquents.

ART. 30. — Sont et demeurent abrogés les articles 1 à 4, 12 à 29, 33 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, le premier paragraphe de l'article 2272 du Code civil, en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes dispositions de lois antérieures contraires à la présente loi.

ART. 31. — La présente loi sera applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

---

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

### Les lavements gazeux dans la thérapeutique des maladies respiratoires.

Il s'agit là d'une méthode véritablement nouvelle, destinée à utiliser pour le traitement de certaines maladies l'absorption des gaz par le gros intestin. En supposant une tolérance facile à établir par des moyens appropriés, on comprend toute l'importance que l'on doit attacher à un traitement où il devient inutile de mettre en jeu l'estomac, dont l'intolérance dans les affections respiratoires, principalement chez les phthisiques, est souvent un obstacle invincible à l'administration des médicaments.

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire que de reproduire l'exposé fait par M. le professeur Cornil, à la tribune de l'Académie de médecine :

Le principe de l'action des lavements gazeux et de leur élimination rapide par le poumon a été donné par Claude Bernard. Notre illustre physiologiste a démontré que lorsqu'on injecte par la voie rectale, chez les animaux, de l'hydrogène sulfuré, ce gaz est éliminé par le poumon; il a fait voir qu'on peut en injecter

ainsi d'une manière presque indéfinie sans provoquer d'accidents, tandis que son introduction par l'inspiration amène rapidement des accidents graves et la mort des animaux.

Mais pour faire parvenir dans tous les tuyaux et diverticules de la muqueuse des voies aériennes l'hydrogène sulfuré ou tout autre gaz ou vapeur employé pour la modifier, pour tuer les micro-organismes qui s'y trouvent dans une série de maladies, il fallait trouver un véhicule gazeux inoffensif pour l'économie et facilement toléré par l'intestin.

Le gaz acide carbonique remplit admirablement ce but; il est très facilement toléré par le gros intestin; il y est rapidement absorbé et il est éliminé ensuite par le poumon avec les gaz médicamenteux qui ont été mêlés avec lui. Le gaz acide carbonique joue lui-même, suivant toute vraisemblance, un rôle très important, sinon prépondérant, dans cette thérapeutique nouvelle des maladies pulmonaires.

M. le docteur L. Bergeon, agrégé libre de la faculté de Lyon, qui a inauguré cette méthode, a déjà publié, il y a quelques mois <sup>(1)</sup>, les premiers résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la phtisie pulmonaire par les injections rectales d'acide carbonique chargé de substances médicamenteuses.

Voici une note que notre savant confrère m'envoie et dans laquelle il annonce les résultats qu'il a obtenus et les perfectionnements nouveaux appliqués à sa méthode et qui en rendent le fonctionnement facile :

« Les médecins de Lyon, Paris, Genève, Marseille, qui ont traité les phtisiques par la méthode des injections gazeuses dans le rectum, ont, en général, obtenu la disparition très rapide des phénomènes de suppuration pulmonaire et la marche progressive vers un état de santé qui offre tous les caractères de la guérison.

« Quant aux malades que j'ai traités depuis deux ans par cette méthode, j'ai la satisfaction d'affirmer aujourd'hui que les résultats que j'annonçais il y a trois mois se sont confirmés et généralisés.

« Les phtisiques que je considère comme guéris n'ont plus d'expectoration et n'offrent à l'auscultation que des signes stéthoscopiques secs, dus à la présence de cavernes ou de brides cicatricielles consécutives aux anciennes lésions.

« Quelques-uns de ces malades ont dû reprendre une exis-

---

(1) *Comptes-rendus Académie des sciences*, 12 juillet 1886, p. 176; *Congrès pour l'avancement des sciences*, 17 août 1886.

tence pleine de labeur et de fatigue, néanmoins j'ai pu constater que leur appareil respiratoire avait résisté et que l'amélioration conquise avait été solidement maintenue.

« Chez plusieurs malades, dont l'expectoration ainsi tarie n'est plus représentée que par une expectation quotidienne de 3 à 4 grammes, alors qu'au début du traitement elle atteignait 250 à 300 grammes, on a trouvé des bacilles d'une manière inconstante, il est vrai, mais évidente.

« Il reste à savoir si ces bacilles, qui persistent dans les crachats malgré le retour à la santé, ont conservé leur activité fonctionnelle. »

Quel que soit le mode d'action de l'acide carbonique introduit par l'absorption intestinale dans le sang veineux et expulsé ensuite par le poumon, action qui n'est pas encore expliquée, on peut dire d'après l'observation des malades que ce gaz chargé de substances médicamenteuses convenables modifie profondément le rythme respiratoire, rend l'hématose plus complète et plus facile. Il détermine une sensation de bien-être qui s'accompagne d'une augmentation de force, en même temps que disparaissent les accidents qui accompagnent les phlegmasies pulmonaires, la fièvre, les *sueurs nocturnes*, etc.

Le but de la communication de M. Bergeon étant de faciliter l'emploi clinique de sa méthode et de fournir les explications nécessaires pour qu'on puisse obtenir des résultats constants, il recommande surtout les précautions suivantes :

1° Le gaz CO<sup>2</sup> doit être aussi pur que possible pour ne pas impressionner d'une manière fâcheuse l'intestin. Celui que l'on obtient par une réaction d'acide sulfurique dilué sur le bicarbonate de soude a toujours été parfaitement absorbé par l'intestin sans provoquer le moindre désordre.

2° Le gaz doit être recueilli dans un récipient préalablement bien expurgé d'air; les tubes de l'appareil injecteur doivent être convenablement disposés pour ne laisser pénétrer aucune trace d'air atmosphérique dont la présence dans l'intestin, même en minime quantité, détermine du météorisme et de l'entéralgie.

3° Prendre par rapport à la digestion les précautions ordinaires, e'est-à-dire faire l'injection avant le repas ou trois heures après.

4° Faire usage d'instruments assez sensibles pour que le médecin qui pratique l'injection se rende toujours un compte exact de la pression qu'il exerce sur l'intestin. Cette considération prouve l'importance qu'il y a à ne confier cette méthode qu'à des personnes expérimentées.

Il faut être très circonspect pour l'emploi d'autres substances médicamenteuses, car si l'hydrogène sulfuré est inoffensif, d'autres agents (térébenthine, chlore, ammoniacque, iode, brome) détermineraient une inflammation de la muqueuse intestinale.

Il n'est pas nécessaire que la dose de gaz sulfhydrique soit considérable.

Ainsi, en injectant deux fois par jour quatre à cinq litres de gaz acide carbonique ayant barboté dans 500 grammes d'une eau minérale sulfureuse, on obtiendra rapidement la disparition de tous les phénomènes de suppuration pulmonaire, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

La méthode de M. le D<sup>r</sup> Bergeon a été expérimentée avec succès par M. le D<sup>r</sup> Chantemesse dans son service hospitalier, à Saint-Antoine, pendant les mois d'août, septembre et octobre.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

*Attaques d'asthme guéries par des injections intestinales d'acide carbonique chargé de vapeurs sulfocarbonées.* — Deux malades entrés à l'hôpital pour des attaques d'asthme très violentes ont eu, une demi-heure après l'injection intestinale de gaz carbonique chargé de vapeurs sulfocarbonées, un soulagement très notable de la dyspnée. Le traitement ayant été continué les jours suivants, la respiration est devenue libre; les attaques n'ont pas reparu pendant toute la durée de la médication.

*Tuberculose pulmonaire traitée par des injections intestinales d'acide carbonique chargé de vapeurs sulfocarbonées.* — Neuf malades de mon service présentant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, ont obtenu par ce traitement une amélioration très grande. L'augmentation du poids du corps a été rapide, une livre et parfois un kilogramme par semaine. La toux et l'expectoration ont considérablement diminué.

Les crachats contiennent toujours des bacilles de la tuberculose.

Ces malades sont en traitement depuis deux mois et demi. L'un d'eux a augmenté de 9 livres en un mois et demi (de 65 kil. à 69<sup>½</sup>,500).

Pour faire le traitement du D<sup>r</sup> Bergeon, deux opérations sont nécessaires :

1° Fabriquer du gaz très pur pour éviter les accidents d'intolérance intestinale.

On dispose à cet effet un flacon à large embouchure dans lequel

on introduit préalablement trois cuillerées à soupe environ de bicarbonate de soude; on adapte à ce flacon un bouchon en caoutchouc muni d'un tube à dégagement et d'un entonnoir à brome modifié qui reçoit la solution d'acide sulfurique dilué (200 grammes d'acide dans un litre d'eau environ). Un robinet fixé à l'entonnoir permet de régler l'arrivée du liquide acide et, par suite, du dégagement d'acide carbonique qui est recueilli dans un sac de caoutchouc d'environ 6 litres.

La deuxième opération consiste à reprendre le gaz contenu dans le sac et à l'injecter dans le rectum à l'aide d'une poire aspirante et foulante, après lui avoir fait traverser le liquide médicamenteux dont on veut injecter le principe. Cet appareil a été perfectionné et complété par le D<sup>r</sup> Morel, de Lyon.

Ces résultats cliniques doivent être appuyés par l'expérimentation sur les animaux. Le degré curatif de la médication sulfureuse sur la tuberculose ne pourra être donné que par les expériences faites sur des animaux préalablement rendus tuberculeux. L'action de l'agent thérapeutique sur les microbes ne peut être observée rigoureusement que dans des tubes de culture. Nous avons commencé plusieurs séries de ces expériences que nous nous réservons de communiquer ultérieurement à l'Académie.

Dès à présent on peut dire que les injections rectales d'acide carbonique et de gaz sulfureux constituent une méthode thérapeutique excellente dans la phtisie comme dans l'asthme. On doit l'accueillir avec d'autant plus de faveur que la thérapeutique est plus désarmée en face de la phtisie. Dans cette maladie, en effet, les seuls agents utiles que nous ayons jusqu'ici en notre pouvoir sont les aliments ou les remèdes qui favorisent la nutrition.

— On trouvera dans une brochure du D<sup>r</sup> Morel la description de son appareil gazo-injecteur, qu'il nous serait difficile, sans figures, d'exposer plus clairement que ne l'a fait M. Cornil; en même temps que la description détaillée du manuel opératoire.

Dans une note publiée par la *Gazette des Hôpitaux*, M. Hamon du Fougeray propose de simplifier cet appareil en remplaçant le flacon de fabrication par le vulgaire siphon d'eau de seltz qu'il suffit de retourner pour que le gaz s'échappe. Avec deux siphons au plus, on peut avoir 4 à 5 litres de gaz, c'est-à-dire la quantité nécessaire pour une injection rectale.

---

**Nécrologie.** — M. le D<sup>r</sup> Pescheux (Auguste), médecin de l'hospice et président du syndicat médical de Verneuil (Eure).

M. le D<sup>r</sup> Masson, d'Yvetot (Seine-Inférieure).

## RECUEIL DE FAITS

## Hystérie sans aura chez une enfant.

PAR M. CARON,

Interne au Dispensaire du Havre.

**ANTÉCÉDENTS.** — Père très bien portant; pas de traces diathésiques. — Mère : Elle est très nerveuse et pleure facilement; elle est mal réglée et a parfois des pertes abondantes qui l'affaiblissent considérablement. Elle a deux enfants, une fille, celle dont il s'agit ici, et un petit garçon de 8 ans 1/2 bien portant.

**DÉBUT.** — Joséphine Ch. . . , 10 ans, s'est toujours admirablement portée. Elle est forte, vigoureuse, d'un développement physique notablement au-dessus de la moyenne. Elle est très intelligente, gaie, enjouée, d'une parfaite égalité d'humeur. C'est, paraît-il, une des bonnes élèves de la classe.

Depuis 3 ou 4 mois, elle se plaint fréquemment de migraines et de courbatures dans les jambes, elle a des épistaxies fréquentes et assez abondantes; elle n'est pas réglée.

**ÉTAT ACTUEL.** — Le 10 juillet 1886, un violent mal de tête l'obligea à quitter la classe, à rentrer chez elle et à se coucher. Le lendemain, en s'éveillant, elle s'aperçut qu'elle n'y voyait plus de l'œil droit et vint à la consultation du dispensaire du docteur Gibert.

L'examen ophtalmoscopique ne donnant que des signes négatifs, on pensa aussitôt à l'hystérie et on procéda à l'examen complet de la malade.

**VUE.** — *Œil droit.* — La vue est complètement abolie. La sensation lumineuse n'est même pas perçue. (L'enfant a été placée dans l'obscurité et on a fait passer devant son œil ouvert une allumette enflammée).

*Œil gauche.* — La vue est normale, les couleurs sont nettement distinguées, mais l'acuité visuelle est très faible (3 centimètres en tous sens au punctum proximum).

**ODORAT.** — *Narine droite :* Le sens fonctionne normalement. — *Narine gauche :* L'odorat est complètement aboli. L'ammoniac, fortement aspirée, ne produit aucune sensation.

**GOUT.** — Le goût est considérablement diminué. Ce n'est qu'après avoir goûté, à trois reprises différentes, une pincée de sulfate de quinine que l'enfant dit que « c'est un peu amer. »

Les pastilles de menthe anglaise sont trouvées absolument insipides.

**OUÏE.** — *Oreille droite :* Perçoit le tic-tac d'une montre à 40 centimètres environ. — *Oreille gauche :* Ce même bruit n'est perçu qu'à 3 centimètres.

**ANALGÉSIE.** — La sensibilité est un peu diminuée à droite et presque entièrement abolie à gauche; la malade se dit simplement touchée quand une aiguille traverse en séton la peau du bras, de l'avant-bras, de la cuisse ou de la jambe gauches. On peut toucher la cornée de l'œil gauche sans produire aucune contraction réflexe.

**SENTIMENT MUSCULAIRE.** — Si, les yeux fermés, on met une de ses mains au-dessus de la tête ou le long du corps ou dans tout autre endroit et qu'on dise à l'enfant de toucher cette main avec l'autre restée libre, il y a longue hésitation avant d'arriver au but, ce qui prouve que la malade n'a pas la notion de la place occupée par sa main dans l'espace.

**REFLEXES.** — *Patellaires* : à droite, normal ; à gauche, un peu exagéré. — *Pharyngien* : Complètement aboli.

**SIGNES NÉGATIFS.** — Pas de crises, de points hystérogènes, de troubles digestifs, respiratoires, cardiaques, d'aphonie, d'asthénie musculaire, de tremblement, de contractures, de spasmes. Pas d'anesthésie ; l'enfant reconnaît parfaitement les objets au toucher.

**TRAITEMENT.** — Le repos et la distraction sont conseillées. De plus, on *affirme* à l'enfant et à la mère qu'avec quelques douches tout accident aura rapidement disparu. L'hydrothérapie est commencée le jour même.

Après chaque douche, la malade cherche à voir si la vue est revenue dans l'œil droit, ce point paraissant l'inquiéter plus que tout autre. Le 22 juillet, l'enfant recouvre la vue et revient le lendemain à la consultation où elle est soumise à un nouvel examen.

Les accidents ont disparu, les sens sont redevenus normaux, sauf l'ouïe, qui reste dans la proportion de 5/40. L'analgésie gauche a complètement disparu et le sentiment musculaire est bien revenu.

Le 26 juillet, l'ouïe est normale (40/40), la guérison complète.

Plusieurs points sont intéressants dans cette observation :

Le début brusque des accidents et leur rapide guérison, le manque de lésions locales ne laissent aucun doute dans l'affirmation du diagnostic. Il s'agit bien ici de phénomènes hystériques, phénomènes intéressants dans l'espèce, étant donnés :

1° L'âge de la malade ;

2° Son tempérament si peu névropathique en apparence, quoique sa mère soit extrêmement nerveuse.

Quant à la guérison, peut-on l'attribuer aux quelques douches prises par l'enfant ou ne doit-on pas plutôt la rattacher à une action suggestive ? On se rappelle, en effet, qu'on a affirmé à plusieurs reprises à la malade, et l'on a insisté sur ce point, que quelques douches la guériraient indubitablement.

Tel est notre avis.

Reste un point capital : Est-ce là une manifestation accidentelle du tempérament maternel, est-ce le commencement ou mieux l'avant-coureur d'une affection nerveuse plus grave ? L'avenir élucidera cette question ; aussi sera-t-il des plus intéressants de suivre de près notre jeune malade.

AVIS. — Les abonnements à la *Normandie médicale* partent tous du 1<sup>er</sup> janvier et sont pris pour l'année entière. Si l'abonnement est pris dans le courant de l'année, l'Administration expédie les numéros déjà parus.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous envoyer le montant de leur réabonnement avant la fin de l'année. Nous prenons à notre charge les frais d'abonnement ; mais les frais élevés de recouvrement relative-ment à une petite somme nous obligent à augmenter de 50 centimes le montant de la quittance présentée à domicile par la poste.

## CHRONIQUE SANITAIRE

## MORTALITÉ.

	TOTAL DES DÉCÈS	DÉCÈS de 0 à 2 ans.	DÉCÈS PAR MALADIES CONTAGIEUSES						
			VARIOLE	ROUGEOLE	SCARLATINE	DIPHTÉRIE	F. TYPHOÏDE	ÉRYSIPÈLE	AFF. PUERP.
<b>Rouen (107,163 hab.)</b>									
Du 21 au 27 novembre..	69	7					1		
Du 28 nov. au 4 décembre	51	9				2	1		
<b>Havre (112,079 hab.)</b>									
Du 21 au 27 novembre..	61	12				2			1
Du 28 nov. au 4 décembre	66	16				1	2	1	
<b>Dieppe (23,050 hab.)</b>									
Du 21 au 27 novembre..	17	9						1	
Du 28 nov. au 4 décembre									
<b>Elbeuf (21,860 hab.)</b>									
Du 21 au 27 novembre..	11	4							
Du 28 nov. au 4 décembre	11	1							
<b>Lisieux (16,267 hab.)</b>									
Du 21 au 27 novembre..	6	1							
Du 28 nov. au 4 décembre									

## MALADIES RÉGNANTES.

**Rouen** (hôpitaux : maladies contagieuses), du 21 au 27 novembre : *vari-ole*, 1 entrée ; *érysipèle*, 1 décès ; *diphthérie*, 5 entrées. — Du 28 novembre au 4 décembre : *érysipèle*, 1 entrée ; *diphthérie*, 2 décès.

**Havre** (maladies transmissibles déclarées au bureau d'hygiène), du 21 au 27 novembre : *rougeole*, 1 ; *fièvre typhoïde*, 2 ; *diphthérie*, 1. — Du 28 novembre au 4 décembre : *varirole*, 1 ; *scarlatine*, 5 ; *fièvre typhoïde*, 6 ; *diphthérie*, 1 ; *coqueluche*, 3.

## Table alphabétique des Matières contenues dans le 1<sup>er</sup> Volume (1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> années).

## A

- Abcès froids (traitement des) par les injections d'éther iodoformé, 378.  
 Académie des sciences, belles-lettres et arts de Caen, 95.  
 Adénites cervicales (traitement des) par l'ignipuncture, 321.  
 Affections cutanées d'origine nerveuse, 101.  
 Alcoolisation des vins, 406.  
 Amputations (des) ostéoplastiques du pied, 117.  
 Anasarque scarlatineuse compliquée d'œdème pulmonaire et d'encéphalopathie, 13.  
 Anatomie médicale du système nerveux, 365.  
 Antipyrine (de l'), 54.  
 Antisepsie de la bouche, 334.  
 Assistance (de l') des enfants en France et spécialement en Normandie, 422.  
 Assistance (de l') médicale par les dispensaires, 71.  
 Association des médecins de la Seine-Inférieure, 266; — française pour l'avancement des sciences, 207; — générale des médecins de France, 109, 158.  
 Assurances sur la vie et certificats médicaux, 332.  
 AUGER. A propos de la vaccine, 299.  
 AUVARD. De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia, 246.

## B

- BEAUDOIN. Note sur un cas d'hydrargyrisme aigu, 139. — Insuffisance tricuspидienne isolée et consécutive à des lésions pulmonaires, 226.  
 BERTRAND. Anasarque et encéphalopathie scarlatineuses, 13.  
 BOURNEVILLE et BRICON. Manuel de technique des autopsies, 89.  
 BUFFET. Ovariectomie; résection d'épiploon, 314.

## C

- Cancer latent de l'estomac, 96.  
 CARON. Note sur un cas de pemphigus gangrenosus, 369. — Hystérie sans aura chez une enfant, 443.  
 CAUCHOIS. De l'opération de la hernie étranglée chez les enfants à la mamelle, 129.

- CERNÉ. Traitement des fractures de cuisse par l'extension continue, 40. — Histoire d'un chancre mou induré, 86. — Traitement des kystes hydatiques du foie, 149. — De la résection précoce dans l'ostéomyélite avec arthrite, 177, 193. — De la suture des nerfs, 257. — Ptomaines et leucomaines, 279, 303. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé, 378. — De la lymphangite mammaire pendant la lactation, 401.  
 Certificats d'études pour les officiers de santé, 319.  
 Chancre mou induré (histoire d'un), 86.  
 Charcuterie teinte, 412.  
 Chronique sanitaire, 16, 32, 47, 64, 80, 96, 111, 128, 143, 159, 176, 191, 208, 223, 239, 256, 272, 288, 304, 320, 336, 352, 368, 384, 400, 416, 431.  
 Cocaïne (emploi de la) dans les accouchements, 286.  
 COLOMBE. De la mortalité des enfants du premier âge à Lisieux, 145, 171.  
 Coloration artificielle des vins par les colorants de la houille, 201; — par les colorants naturels, 219.  
 Congrès (le 59<sup>e</sup>) des naturalistes et médecins allemands à Berlin, 385; — d'hydrologie de Biarritz, 79.  
 Conseil d'hygiène de la Seine-Inférieure, 63, 94, 222. — Conseils généraux, 320.  
 Corps gras (des) employés comme excipients dans les pommades, 382.  
 Cure radicale des hernies étranglées, 417.

## D

- Daviel (le monument de), 61.  
 DELABOST. Note sur les épidémies de variole et les revaccinations dans les prisons de Rouen, 289.  
 Delirium tremens (du traitement du), 241.  
 DOUVRE. Du privilège des médecins dans les faillites, 273.  
 DUFOUR. Hémiplegie droite d'origine tuberculeuse, 76.  
 DUMÉNIL. Deux cas de gangrène dans les fractures du membre supérieur, 17, 37. — Du pansement ouaté, 161. — Traitement des adénites cervicales chroniques par l'ignipuncture, 321.

## E

- Ecole de médecine de Caen, 31, 46, 96, 126, 174, 175, 236, 287, 335, 398, 414, 430; — de Rouen, 15, 46, 78, 96, 142, 174, 190, 399, 431.  
 Ecoles secondaires de médecine, 428.  
 Empoisonnement par l'acide oxalique, 38.  
 Entomologie médico-légale, 263.  
 Epidémies de variole et revaccinations dans les prisons de Rouen depuis 1864, 289.

## F

- Facultés (décret sur l'organisation des), 92, 119.  
 FÉRÉ. Anatomie médicale du système nerveux, 365.  
 Fiel de bœuf dans l'ictère catarrhal, 413.  
 Fièvre typhoïde (étiologie d'une épidémie de) à Rouen, 11.  
 Fissure sus-ombilicale (de la), 209.  
 Fractures de cuisse (traitement des) par l'extension continue, 41.

## G

- Gangrène (deux cas de) dans les fractures du membre supérieur, 17, 37.  
 GAUBAN. Pronostic et traitement des hernies de l'iris, 6. — Causes et prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, 103.  
 GENDRON. Recherches de Pasteur sur l'atténuation des virus appliquée à la préservation de la rage humaine, 23. — De l'antipyrine, 54. — Affections cutanées d'origine nerveuse, 101. — De la période d'invasion de la rougeole, 133. — Note sur un symptôme de la période préataxique du tabes, 214.  
 Gendron : nécrologie, 343.  
 GIBERT. Contribution à l'étude des malformations congénitales : I, du rétrécissement congénital de l'intestin grêle, 33; — II, de la fissure sus-ombilicale, 209. — Pneumonie double infectieuse chez un enfant de 16 mois, 200.  
 Grenouillette (observation de), 410.  
 Grossesse gémellaire; mort d'un fœtus et continuation de la grossesse, 28.

## H

- HÉLOT. Grossesse gémellaire; mort d'un fœtus et continuation de la grossesse, 28.  
 Hémiplegie d'origine tuberculeuse, 76.  
 Hernie étranglée (de l'opération de la) chez les enfants à la mamelle, 129.  
 Hôpitaux du Havre, 335; — de Lisieux, 335; — de Rouen, 31, 398, 414.

- HUE (François). Rétentions du placenta, 49. — Amputations ostéoplastiques du pied, 117. — De la cure radicale des hernies étranglées, 417.  
 Hydrargyrisme aigu, 139.  
 Hydropéritonite et ascite aux diverses périodes de la tuberculose, 65, 81.  
 Hypertrophie du corps thyroïde (traitement de l') par les injections interstitielles, 337.  
 Hystérie sans aura chez une enfant, 443.

## I

- Insuffisance tricuspidiennne isolée et consécutive à des lésions pulmonaires, 226.  
 Iris (pronostic et traitement des hernies de l'), 6.  
 Iritis dans la syphilis héréditaire tardive, 166.

## J

- JAUGEY. Empoisonnement par l'acide oxalique, 58.

## K

- Kystes hydatiques du foie (traitement des), 149.

## L

- Lavements gazeux (les) dans la thérapeutique des maladies respiratoires, 438.  
 LECLERC. Note sur le cancer latent de l'estomac, 97. — Péritomie au thermocautère, 298.  
 LEMAIRE. Observations pour servir à l'étude de la pneumonie contagieuse, 311.  
 LÉNEZ. Tuberculo-diphthérie des oiseaux, 355, 372.  
 LEPRÉVOST. Lymphangite chronique de la paroi du thorax, 113.  
 LEUDER. De l'enseignement clinique à la Faculté de Vienne, 2. — De l'hydropéritonite et de l'ascite aux diverses périodes de la tuberculose, 65, 81. — Du traitement du delirium tremens, 241. — Le 59<sup>e</sup> congrès des naturalistes et des médecins allemands, à Berlin, 383.  
 Loi sur l'exercice de la médecine (propositions de), 140, 156, 414, 433.  
 Lymphangite chronique de la paroi du thorax, 113.  
 Lymphangite mammaire (de la) pendant la lactation, 401.

## M

- Maladies (des) communes à l'homme et aux animaux et de leur transmissibilité, 343.

Malformations congénitales (contribution à l'étude des), 33, 209.

Manuel de technique des autopsies, 89.

Médication alcoolique dans la pneumonie, 93.

Mortalité (de la) des enfants du premier âge à Lisieux, 145, 171. — Mortalité à Rouen (sur quelques chiffres de la), 231, 251.

Moules (princeps toxiques des) ou mytilotoxine), 155.

## N

Narcéine (de la), 271.

Natalité et mortalité en Normandie, 296.

Nécrologie, 30, 78, 158, 205, 238, 254, 287, 303, 343, 394, 414.

Nerfs (de la suture des), 257.

NOTTA. Traitement de l'hypertrophie du corps thyroïde par les injections interstitielles, 337.

NOTTA (Maurice). De la prophylaxie en obstétrique, 393.

## O

Obstétrique (de la prophylaxie en), 393.

OMONT. Observation de grenouillette, 410.

Ophthalmie purulente des nouveau-nés (causes et prophylaxie de l'), 105.

Ovariectomie; résection d'épiploon, 314.

## P

Pansement ouaté (du), 161.

Pemphigus gangrenosus (note sur un cas de), 369.

Péritomie au thermo-cautère, 298.

Placenta (rétentions du), 49.

Placenta prævia (de la conduite à tenir dans les cas de), 246.

Piaies simples par armes à feu (traitement des), 188.

Pneumonie contagieuse (observations de), 311; — double infectieuse chez un enfant de 16 mois, 200.

Privilege des médecins (du) dans les faillites, 273.

Ptomaines et leucomaines, 279, 305.

## R

Rage. Recherches de Pasteur sur la préservation de la rage humaine, 23. —

Résultats de la méthode Pastorienne, 153. — Fondation de l'Institut Pasteur, 157. — M. Pasteur et la rage, 350.

Réclamation en justice des honoraires du médecin, 300.

Résection précoce (de la) dans l'ostéomyélite avec arthrite, 177, 193.

Rétrécissement congénital (du) de l'intestin grêle, 32.

Rougeole (période d'invasion de la), 133.

## S

Secret médical (le) et la déclaration des causes de décès, 183, 216.

Sels de quinine, 221.

Service médical de jour à Rouen; projet d'organisation, 363.

## T

Tabes (note sur un symptôme de la période préataxique du), 214.

Table alphabétique des matières, 446.

TROUSSEAU. Iritis dans la syphilis héréditaire tardive, 166.

Tuberculo-diphthérie des oiseaux, 355, 372.

## V

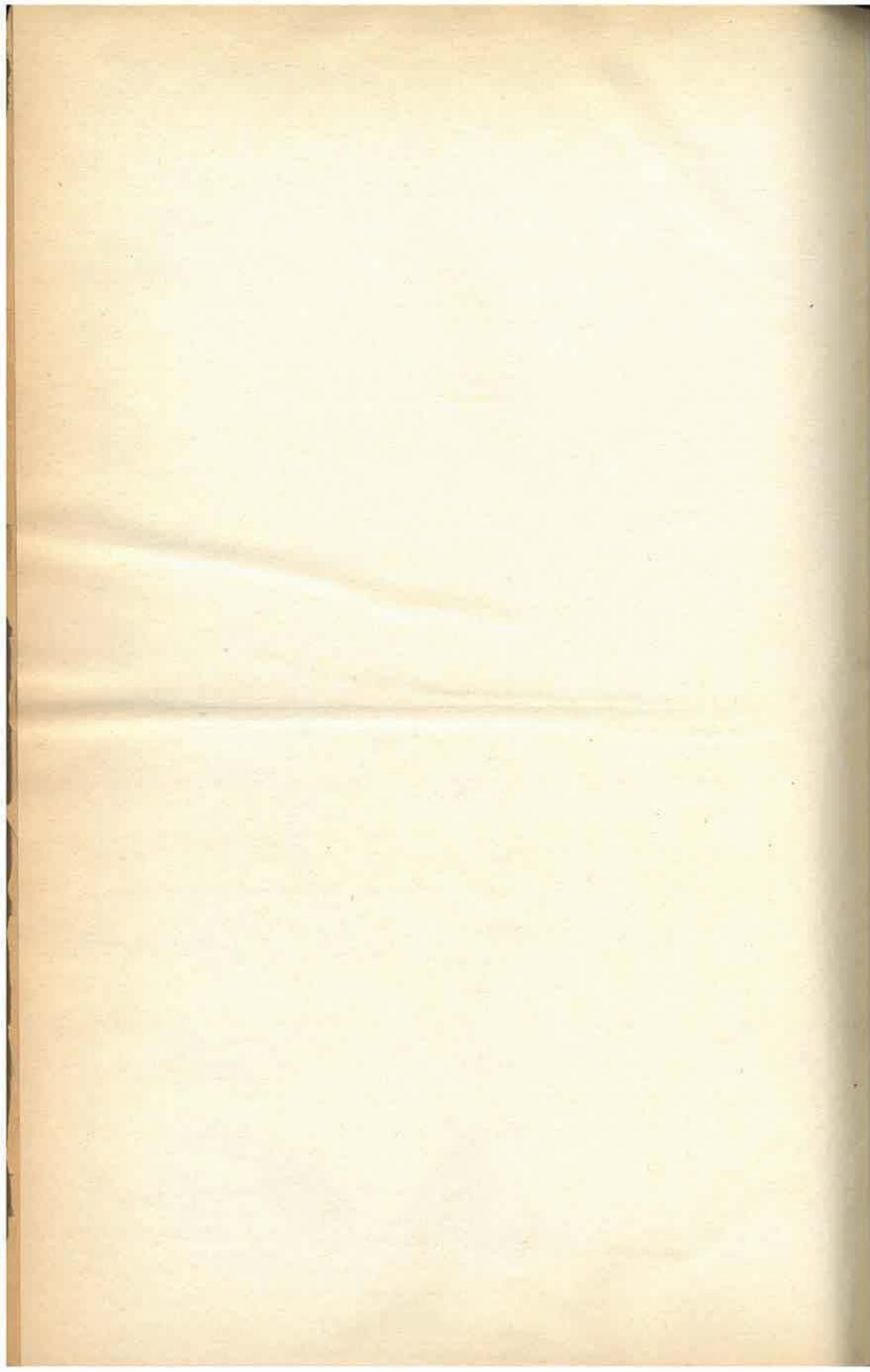
Vaccine (quelques observations au sujet de la), 234, 283, 299.

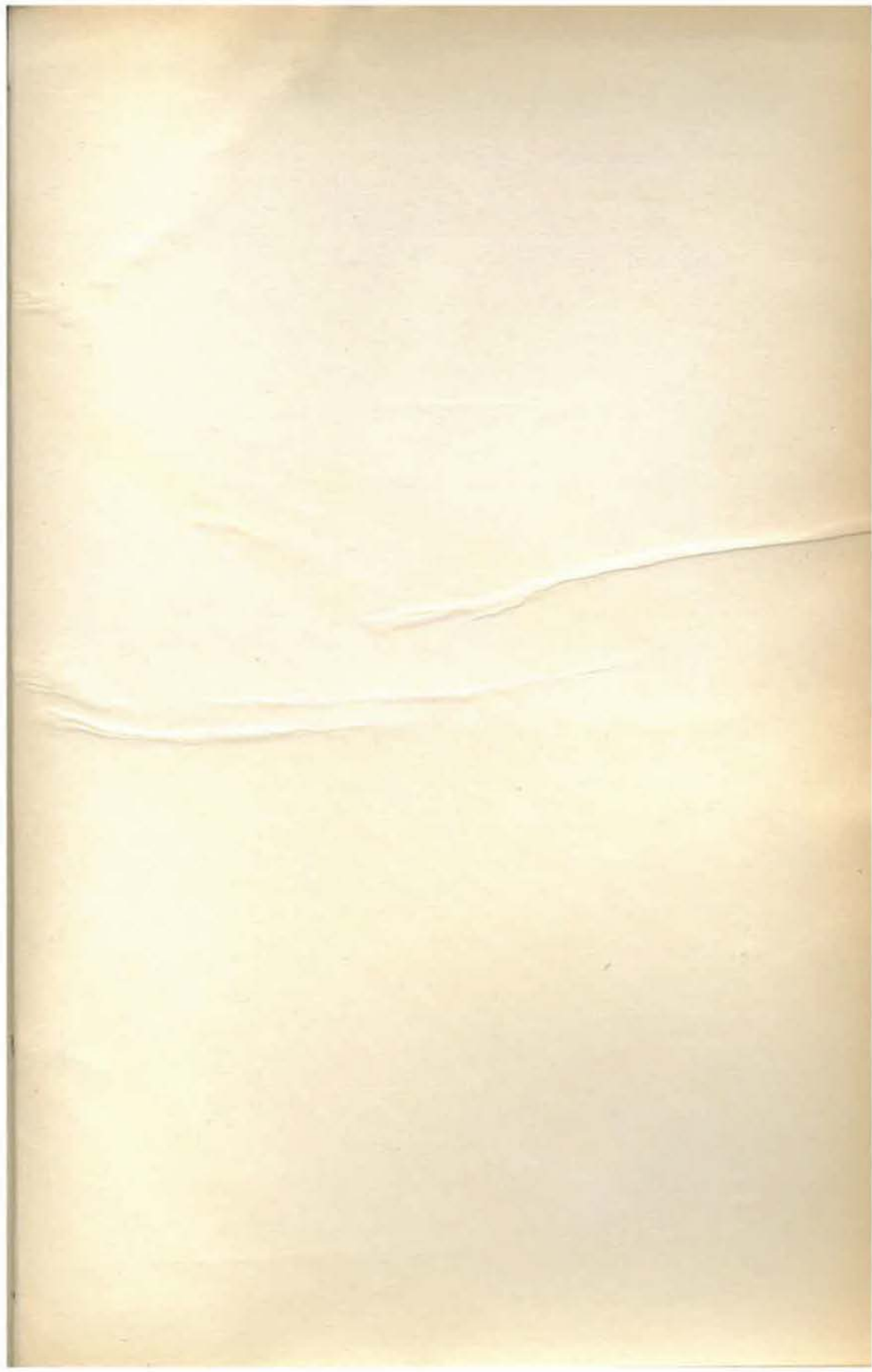
VALIN (Paul). Quelques observations au sujet de la vaccine, 234, 283. — Notes sur une épidémie de varicelle, 329, 347.

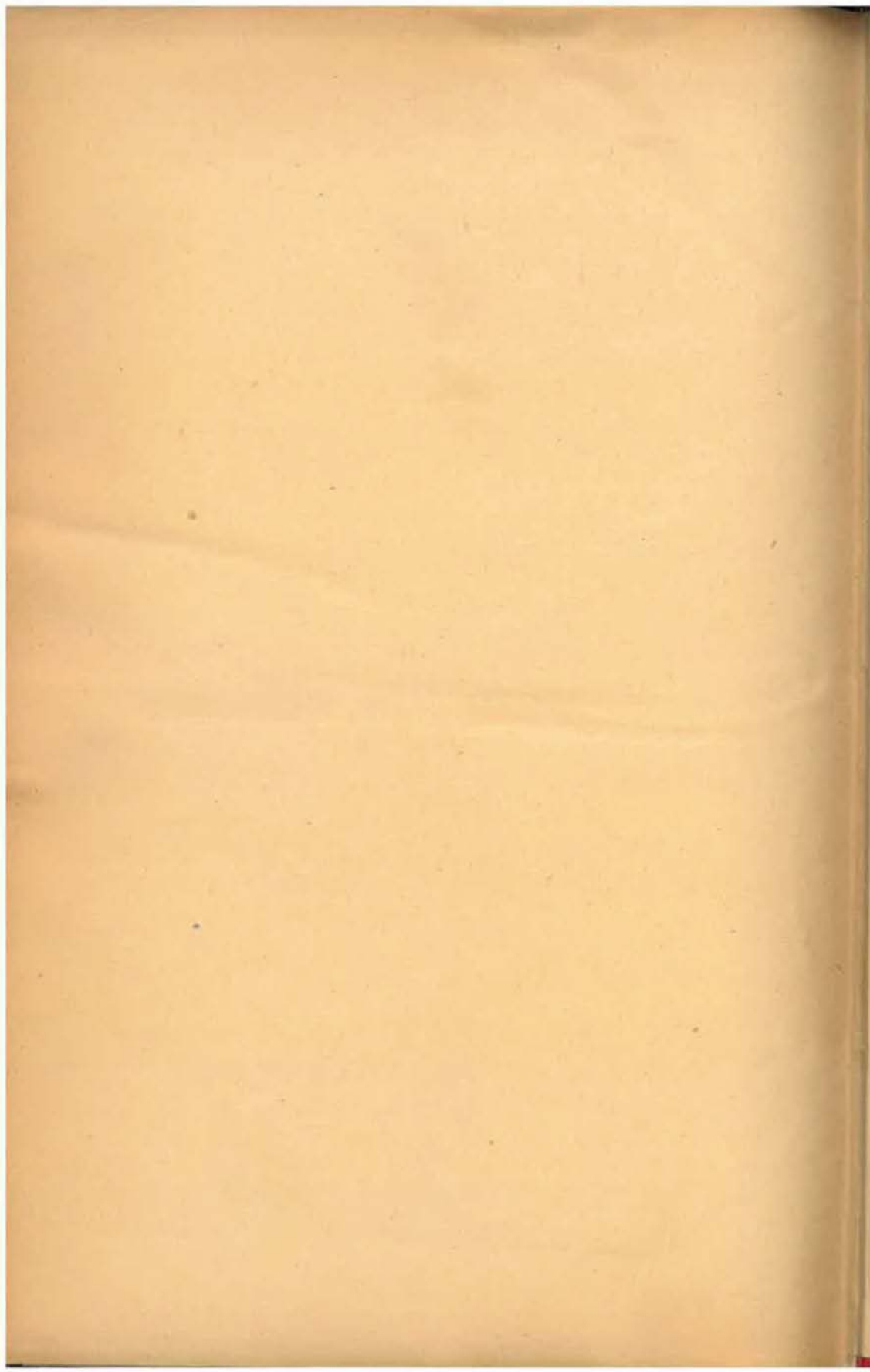
Varicelle (notes sur une épidémie de), 329, 347.

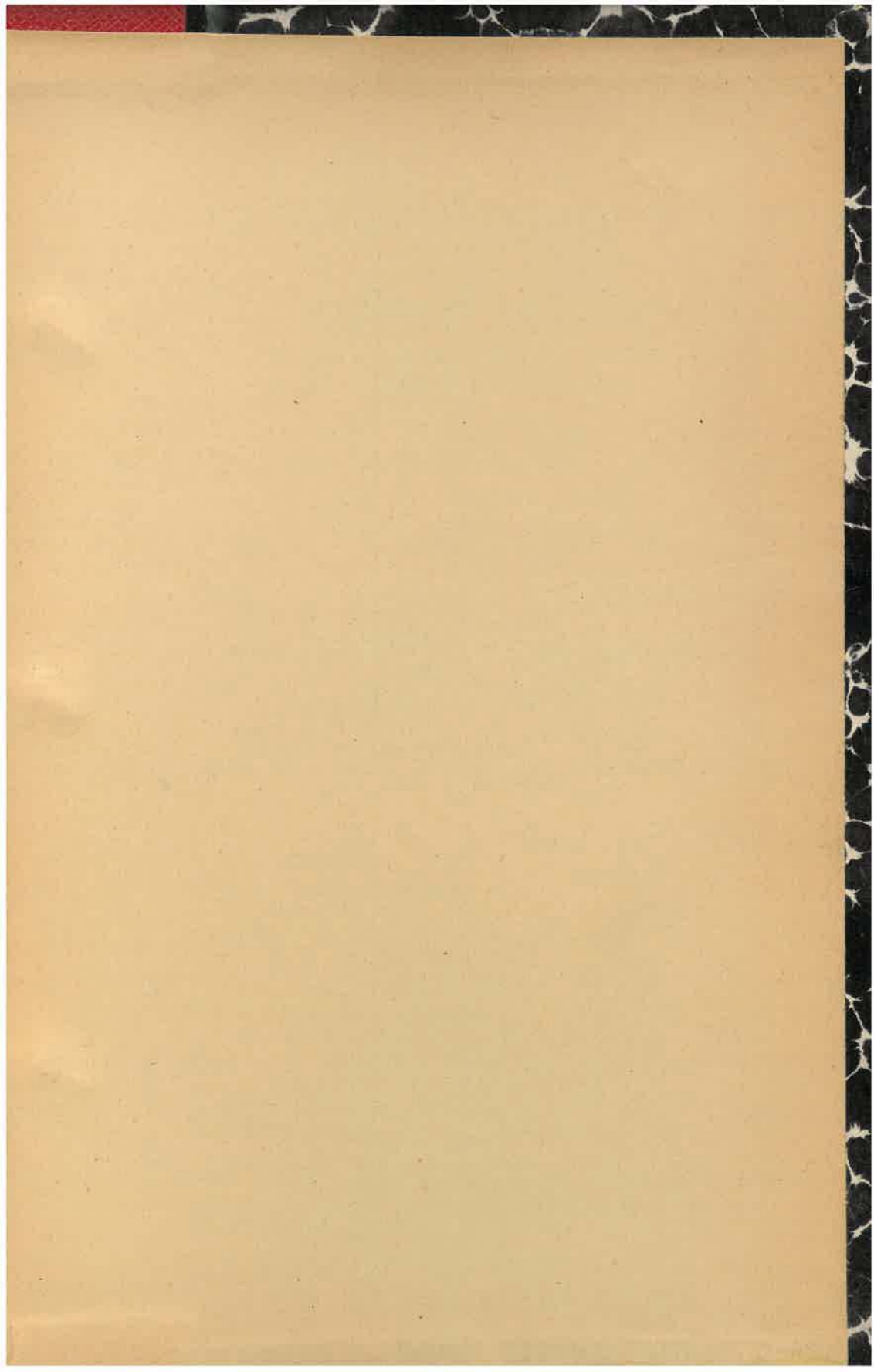
L'Imprimeur-Gérant, Léon DESHAYS,

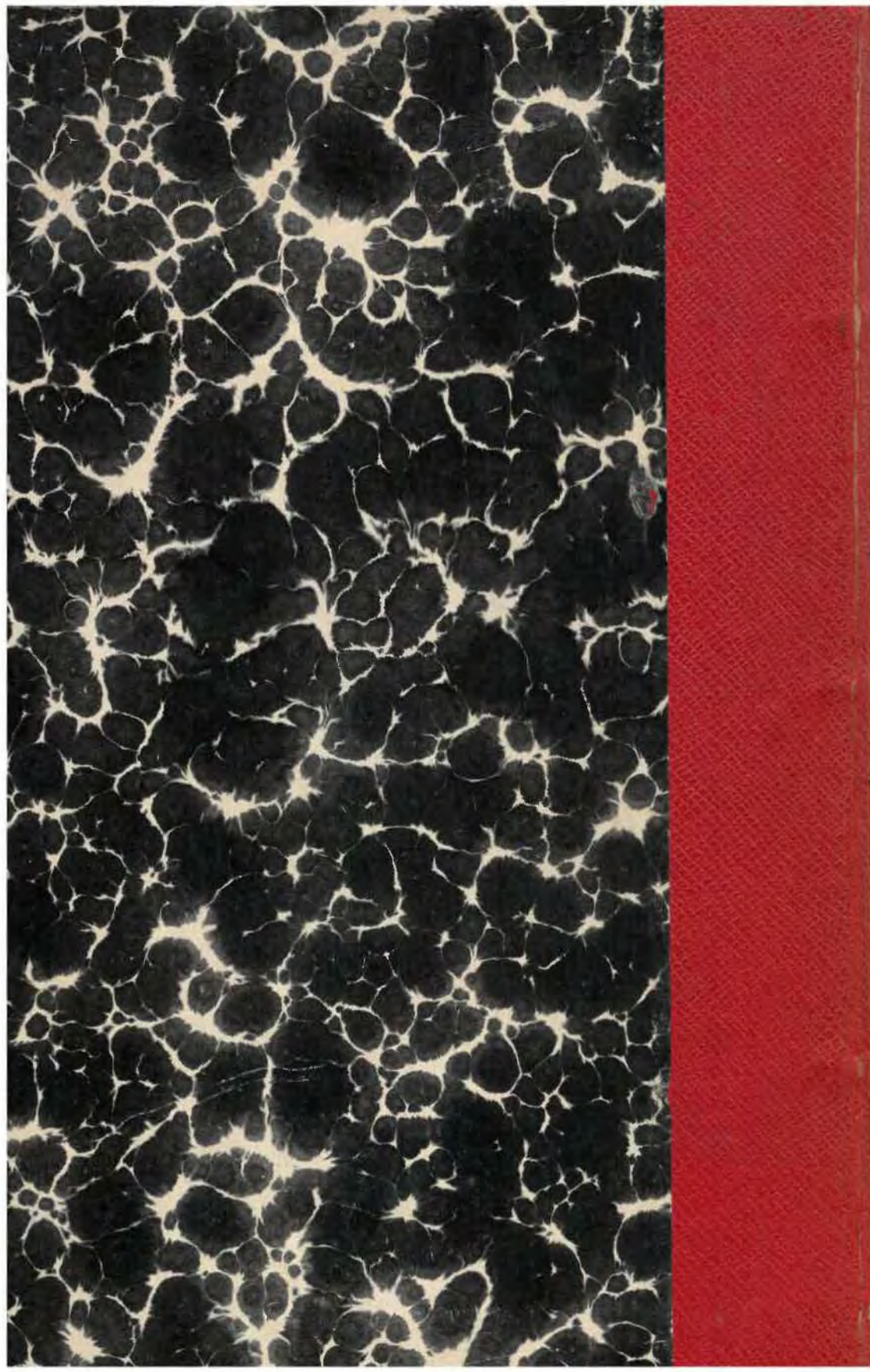












1885-86

LA  
NORMANDIE  
MÉDICALE

DE MÉDECINE  
DE ROUEN