

Bulletin de l'Académie nationale de médecine

Académie nationale de médecine (France). Auteur du texte.
Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 1906.

1/ Les contenus accessibles sur le site Gallica sont pour la plupart des reproductions numériques d'oeuvres tombées dans le domaine public provenant des collections de la BnF. Leur réutilisation s'inscrit dans le cadre de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 :

- La réutilisation non commerciale de ces contenus ou dans le cadre d'une publication académique ou scientifique est libre et gratuite dans le respect de la législation en vigueur et notamment du maintien de la mention de source des contenus telle que précisée ci-après : « Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France » ou « Source gallica.bnf.fr / BnF ».

- La réutilisation commerciale de ces contenus est payante et fait l'objet d'une licence. Est entendue par réutilisation commerciale la revente de contenus sous forme de produits élaborés ou de fourniture de service ou toute autre réutilisation des contenus générant directement des revenus : publication vendue (à l'exception des ouvrages académiques ou scientifiques), une exposition, une production audiovisuelle, un service ou un produit payant, un support à vocation promotionnelle etc.

[CLIQUER ICI POUR ACCÉDER AUX TARIFS ET À LA LICENCE](#)

2/ Les contenus de Gallica sont la propriété de la BnF au sens de l'article L.2112-1 du code général de la propriété des personnes publiques.

3/ Quelques contenus sont soumis à un régime de réutilisation particulier. Il s'agit :

- des reproductions de documents protégés par un droit d'auteur appartenant à un tiers. Ces documents ne peuvent être réutilisés, sauf dans le cadre de la copie privée, sans l'autorisation préalable du titulaire des droits.

- des reproductions de documents conservés dans les bibliothèques ou autres institutions partenaires. Ceux-ci sont signalés par la mention Source gallica.BnF.fr / Bibliothèque municipale de ... (ou autre partenaire). L'utilisateur est invité à s'informer auprès de ces bibliothèques de leurs conditions de réutilisation.

4/ Gallica constitue une base de données, dont la BnF est le producteur, protégée au sens des articles L341-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

5/ Les présentes conditions d'utilisation des contenus de Gallica sont régies par la loi française. En cas de réutilisation prévue dans un autre pays, il appartient à chaque utilisateur de vérifier la conformité de son projet avec le droit de ce pays.

6/ L'utilisateur s'engage à respecter les présentes conditions d'utilisation ainsi que la législation en vigueur, notamment en matière de propriété intellectuelle. En cas de non respect de ces dispositions, il est notamment passible d'une amende prévue par la loi du 17 juillet 1978.

7/ Pour obtenir un document de Gallica en haute définition, contacter utilisation.commerciale@bnf.fr.

Communications.**I. *Des Consultations de nourrissons, leurs résultats,***

par M. PIERRE BUDIN.

Nous avons, à plusieurs reprises, appelé l'attention de l'Académie sur les Consultations de Nourrissons. Dès leur création, en 1892, nous nous sommes proposé : 1° d'y recevoir chaque semaine les enfants jusqu'à l'âge de deux ans, pour les examiner, pour les peser et pour conseiller les mères; 2° d'encourager de toutes nos forces l'allaitement au sein; 3° quand les mères n'ont pas assez de lait ou n'en ont pas du tout, de donner pour l'enfant, en quantité nettement déterminée, du lait stérilisé de bonne qualité.

En 1898, 1904 et 1905, nous avons signalé les résultats de diverses Consultations, mais on sait combien il est difficile d'établir des statistiques qui ne puissent être critiquées d'une façon plus ou moins juste. Nous vous demandons la permission, laissant de côté nos chiffres personnels, de vous en apporter aujourd'hui qui nous semblent à l'abri de toute discussion. Voici comment.

En 1893, alors que nous étudions la possibilité d'établir une Consultation de Nourrissons à Dieppe, il nous sembla qu'il serait possible de faire, dans une ville de population assez limitée, des comparaisons intéressantes concernant les enfants bien dirigés à la Consultation par le médecin et ceux qui n'auraient pas été surveillés. Nous pensions en outre que si le nombre de décès diminuait à la Consultation, si la gastro-entérite, en particulier, maladie essentiellement évitable, ne sévissait plus aussi cruellement, on devrait noter un retentissement sur la mortalité infantile de toute la ville.

Puisque des Consultations de Nourrissons existent maintenant dans un grand nombre de communes, voyons ce qui s'y est passé pour les enfants de 0 à 1 an.

Le maire de la ville d'Arques (Pas-de-Calais), le Dr Alexandre, est un excellent médecin qui s'efforce de réaliser toutes sortes d'institutions philanthropiques, précieuses pour la population ouvrière et pauvre. Il a fondé, au commencement de 1903, une Consultation de Nourrissons et on voit que si, de 1898 à 1903,

la mortalité infantile d'Arques était de 191 pour 1.000 naissances, en 1903, 1904 et 1905, elle est descendue à 101 et à 112 pour 1.000 (voy. fig. 1). La diminution de la mortalité fut donc consi-

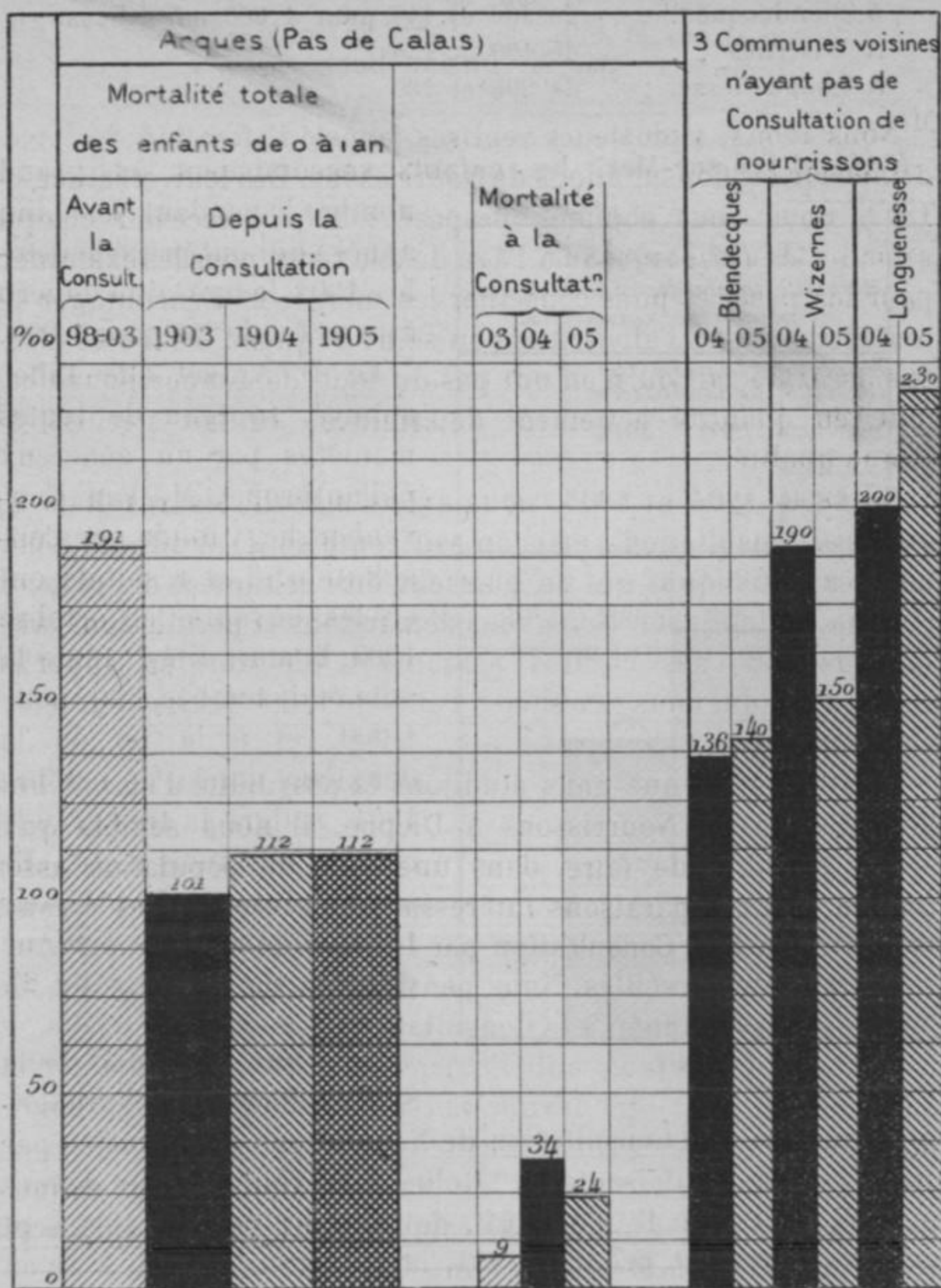


Figure 1.

dérable; j'entends de la mortalité de toute la ville, parce que les enfants qui venaient à la consultation n'ont succombé que dans la proportion de 9, de 34 et de 24 pour 1.000. Et ce qui montre que ces résultats sont bien dus à la nouvelle institution,

c'est que dans trois communes immédiatement voisines où elle n'existe pas, la mortalité de zéro à un an a été pour 1904 et 1903 :

A Blendecques. . .	de 136 et 140	pour 1.000 naissances.
A Wizernes	de 190 et 150	—
A Longuenesse. . .	de 200 et 230	—

A Saint-Pol-sur-Mer, les enfants succombaient en grand

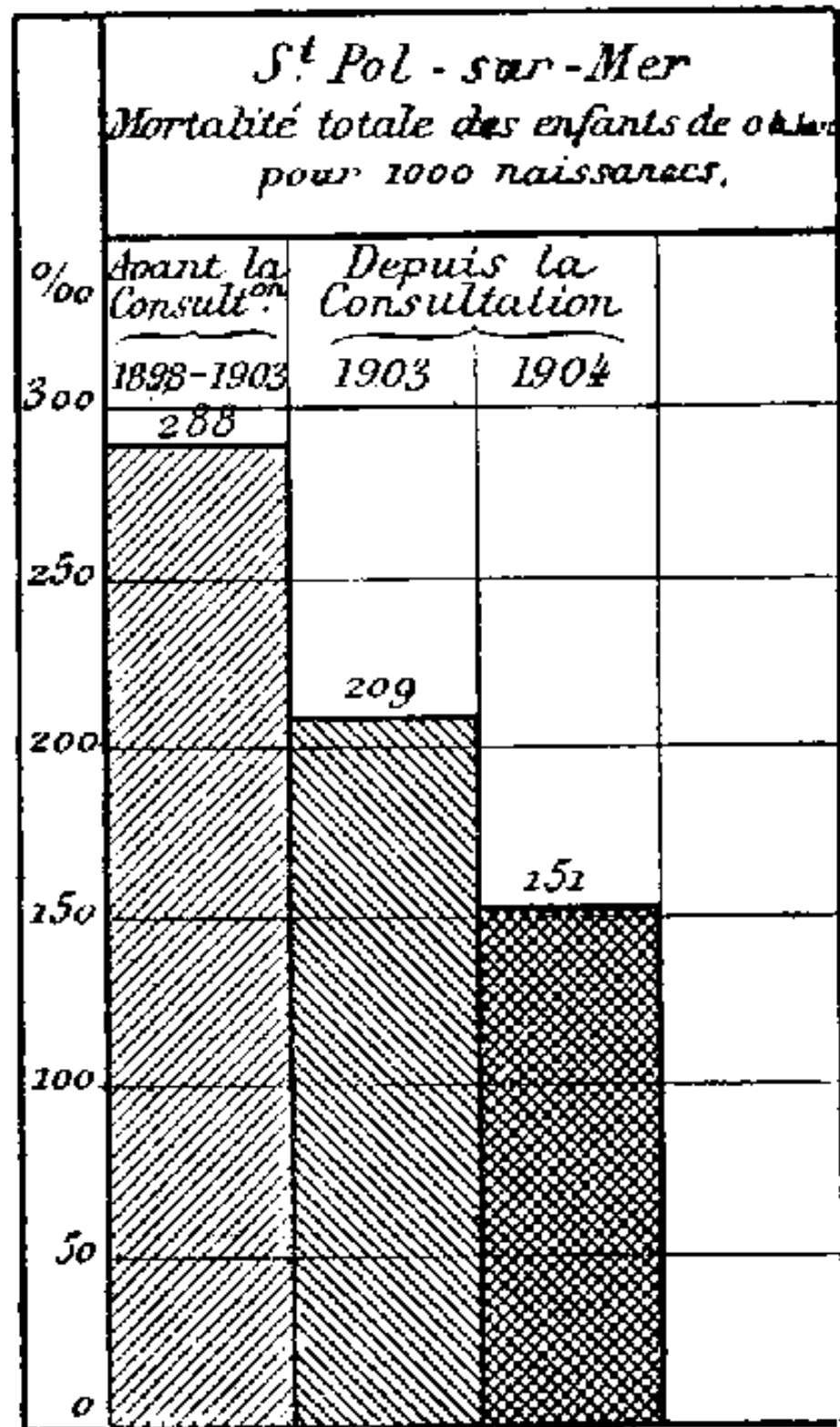


Figure 2.

nombre ; pendant les cinq années qui ont précédé octobre 1902, la mortalité de zéro à un an fut de 288 pour 1.000.

Le Dr Ausset (de Lille) appuyé, soutenu de toutes manières par un généreux philanthrope, M. Van Cauvenberghe, y fonda une Consultation. Les résultats ont été les suivants : en octobre 1903, la mortalité de toute la ville était tombée à 209 pour 1.000, et à la fin de la deuxième année, en octobre 1904, malgré la très grande chaleur des mois d'été, elle n'était plus que de 151 pour 1.000 ; elle avait donc diminué de près de moitié (voy. fig. 2).

Dans une commune de la Seine-Inférieure, à Varengeville-sur-Mer, une Consultation de Nourrissons a été fondée par

une personne bienfaisante, M^{me} Rolle, et surveillée par un de mes anciens élèves, le Dr Poupault, de Dieppe ; pendant les sept années qui avaient précédé 1904, la mortalité de zéro à un an avait été en moyenne de 143 pour 1.000. Aucun des enfants qui, en 1904 et 1903, ont suivi la Consultation de Nourrissons n'a succombé ; de ce fait, la mortalité totale de Varengeville est tombée en 1904, à 77 p. 1.000. Or, en 1898, avec des chaleurs comparables pendant l'été à celles qui ont régné en 1904, la mortalité de zéro à un an avait atteint 283 pour 1.000 (voy. fig. 3).

Dans le département du Pas-de-Calais, sous l'active impulsion du préfet, M. Duréault, un grand nombre de Consultations ont été organisées ; il en existait 71 en 1904. Or, M. Viret, inspecteur départemental de l'Assistance publique, a fait dans onze villes où il existait des Consultations de Nourrissons, la comparaison entre les deux années 1898 et 1904, dont la température fut très élevée. On voit sur la figure 4 que, dans toutes ces communes, la mortalité a été notablement moins grande en 1904 qu'en 1898.

Mais on peut se demander si, réellement, la réduction de la mortalité infantile est due à l'existence des Consultations de Nourrissons. Or, dans onze autres villes (voy. fig. 5) où elles n'ont pas été établies, la mortalité pour les enfants de zéro à un an s'est toujours au contraire trouvée plus élevée en 1904 qu'en 1898. Aussi, en présence de ces résultats, beaucoup de Consultations nouvelles ont-elles immédiatement été créées; 118 ont été fondées en 1905, ce qui donne un total de 189 Consultations, et on ne s'arrête pas là; 33 autres sont en voie d'organisation pour 1906.

Dans le département de l'Yonne, il existe un grand nombre de Consultations. Dans la ville d'Auxerre, en 1898, la mortalité des enfants de zéro à un an fut de 205 pour 1.000. Pendant l'année 1904, qui fut très chaude, une Consultation de

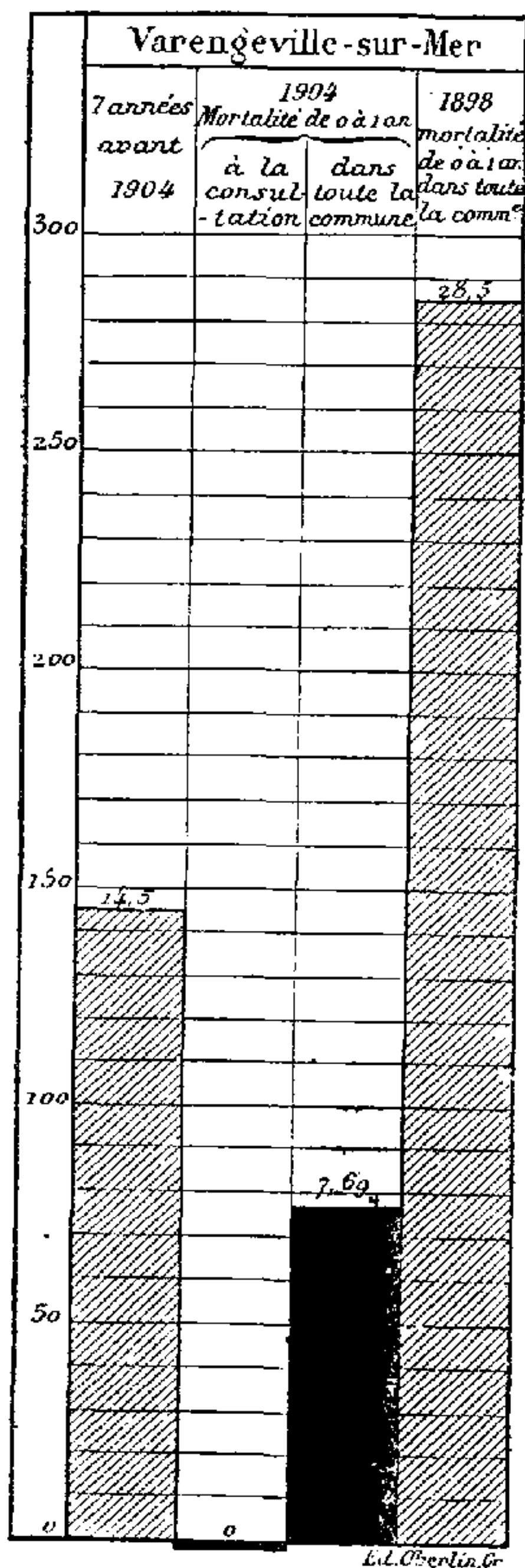


Figure 3.

Nourrissons ayant été organisée, la mortalité infantile tomba à 120 pour 1.000, et, en 1905, elle s'abaissa jusqu'à 60 pour 1.000 ; cet abaissement s'explique par le très petit nombre de décès

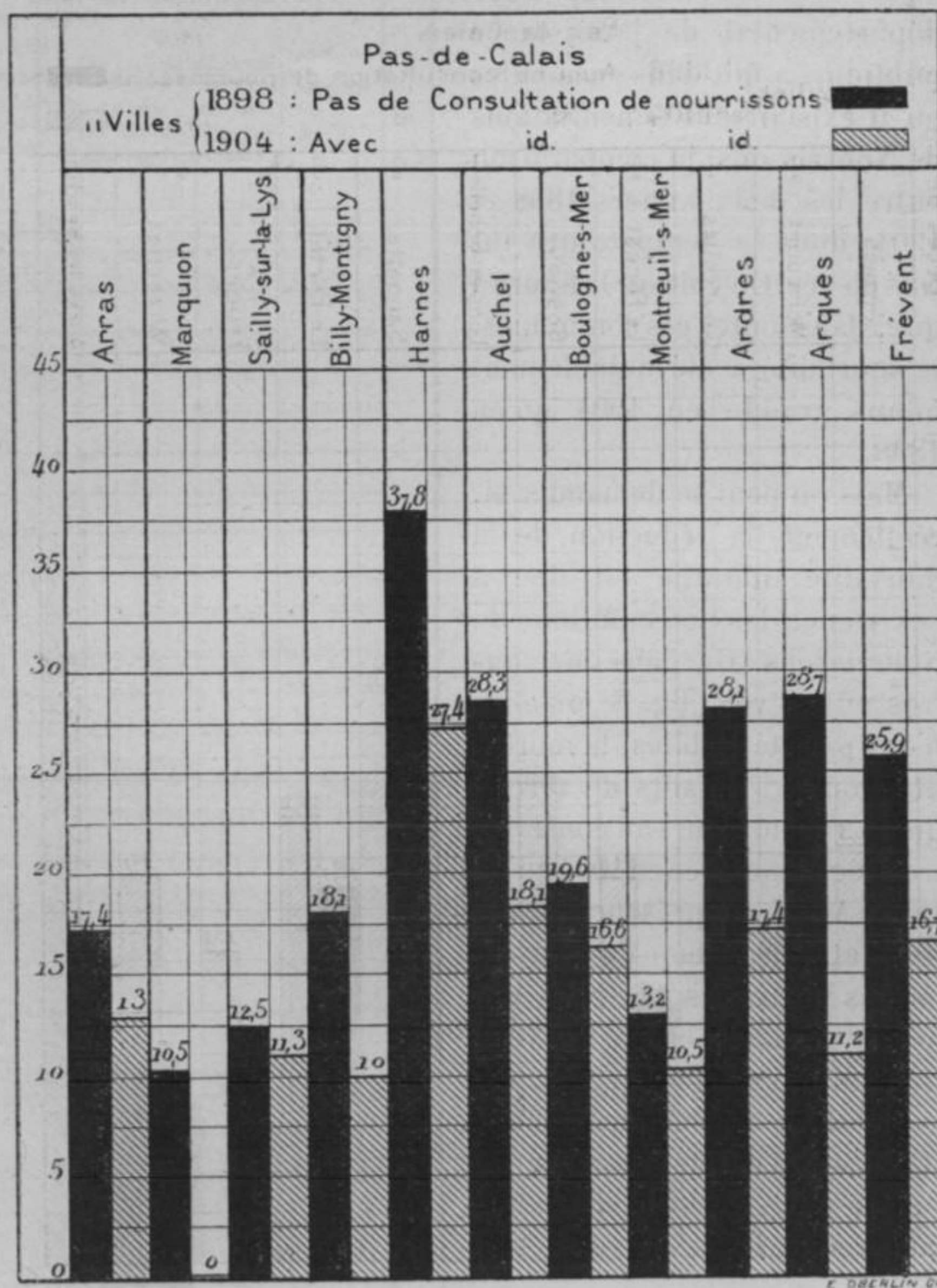


Figure 4.

survenus chez les enfants admis à la Consultation. Pendant cette dernière année 1905, la mortalité dans trois communes de l'arrondissement, qui n'avaient pas de Consultation, fut de 120 pour 1.000 à Toucy, de 157 à Maligny et de 214 à Druyes (voy. fig. 6).

A Sens, où la mortalité infantile était en général peu considérable, on la vit s'abaisser de 116 pour 1.000, chiffre de 1898, à 80 pour 1.000 en 1904 et à 47 pour 1.000 en 1905 (voy. fig. 7).

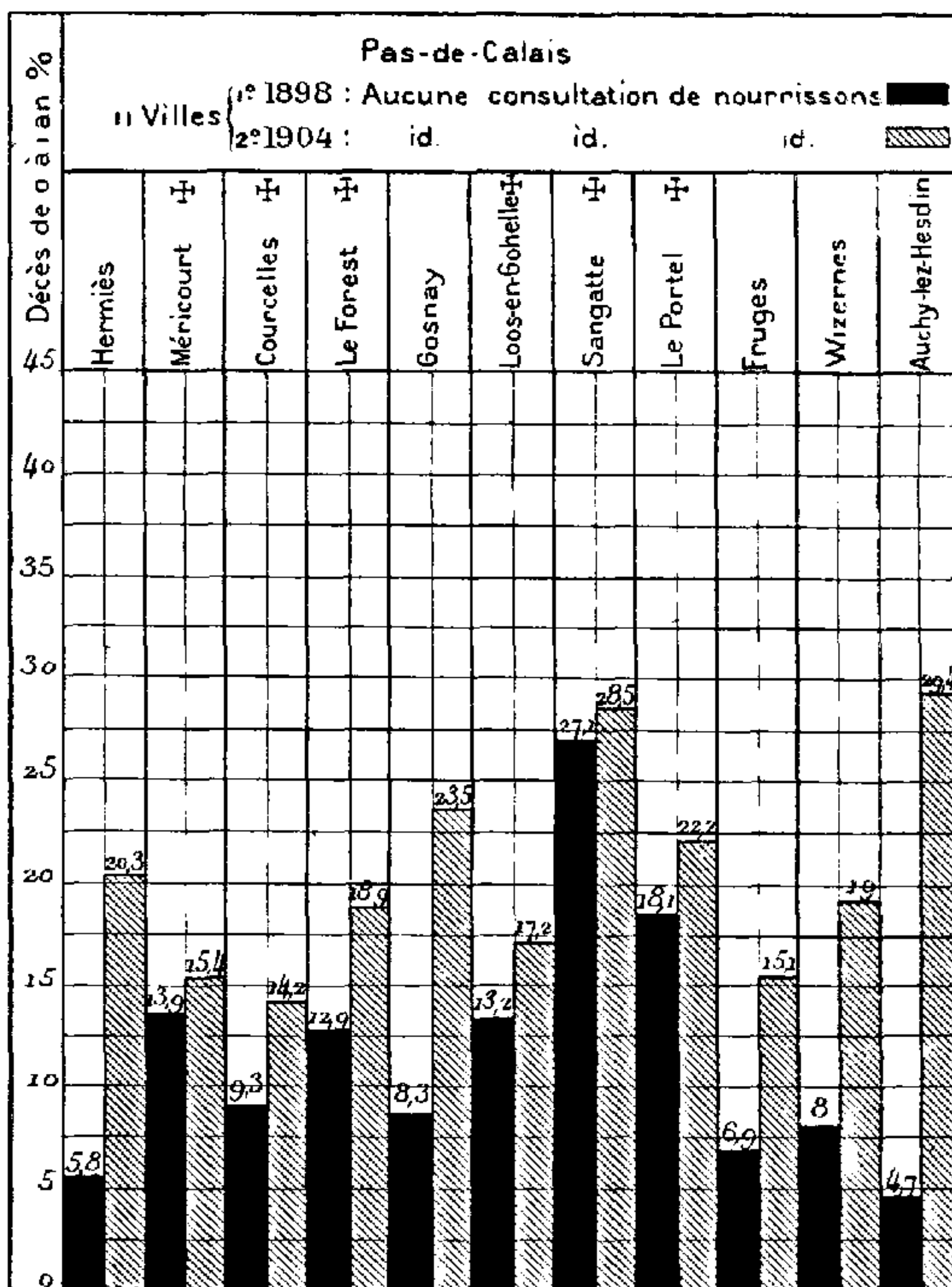


Figure 5.

A Villeneuve-sur-Yonne, la mortalité infantile fut, en 1898, de 163 pour 1.000 ; depuis l'établissement de la Consultation de Nourrissons, elle a été, en 1904, de 82 pour 1.000 et, en 1905, de 37 pour 1.000 ; et pendant cette même année 1905, dans trois communes de l'arrondissement de Joigny qui n'avaient pas de

Consultation, la mortalité a été de 117 pour 1.000 à Migennes, de 163 à Saint-Fargeau et de 176 à Béon (voy. fig. 8).

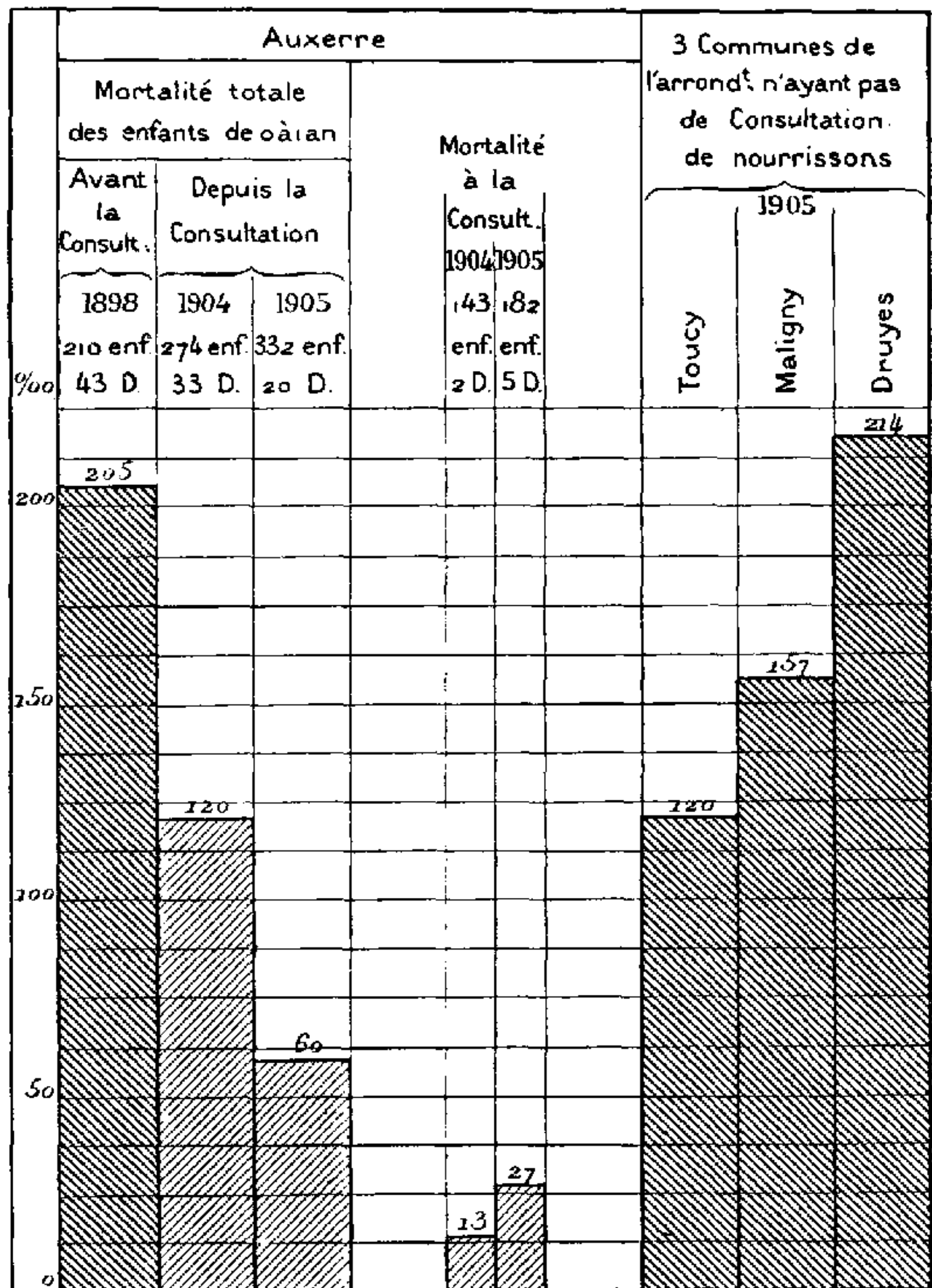


Figure 6.

M. Marois, inspecteur départemental de l'Yonne, qui a montré dans cette lutte contre la mortalité infantile une intelligence et un dévouement au-dessus de tout éloge, a établi la comparaison entre 1905 et les sept années antérieures dans les communes où venaient d'être établies des Consultations de Nourris-

sons. On voit sur la figure 9 que, dans les douze communes de l'Yonne qu'il a citées, la mortalité infantile a considérablement diminué, sauf dans une seule où elle est restée à peu près la même. Il faut évidemment tenir compte de ce que, en 1905, les mois d'été n'ont pas été extrêmement chauds; de plus, si pour quelques communes on voit la mortalité réduite à 0, ce chiffre

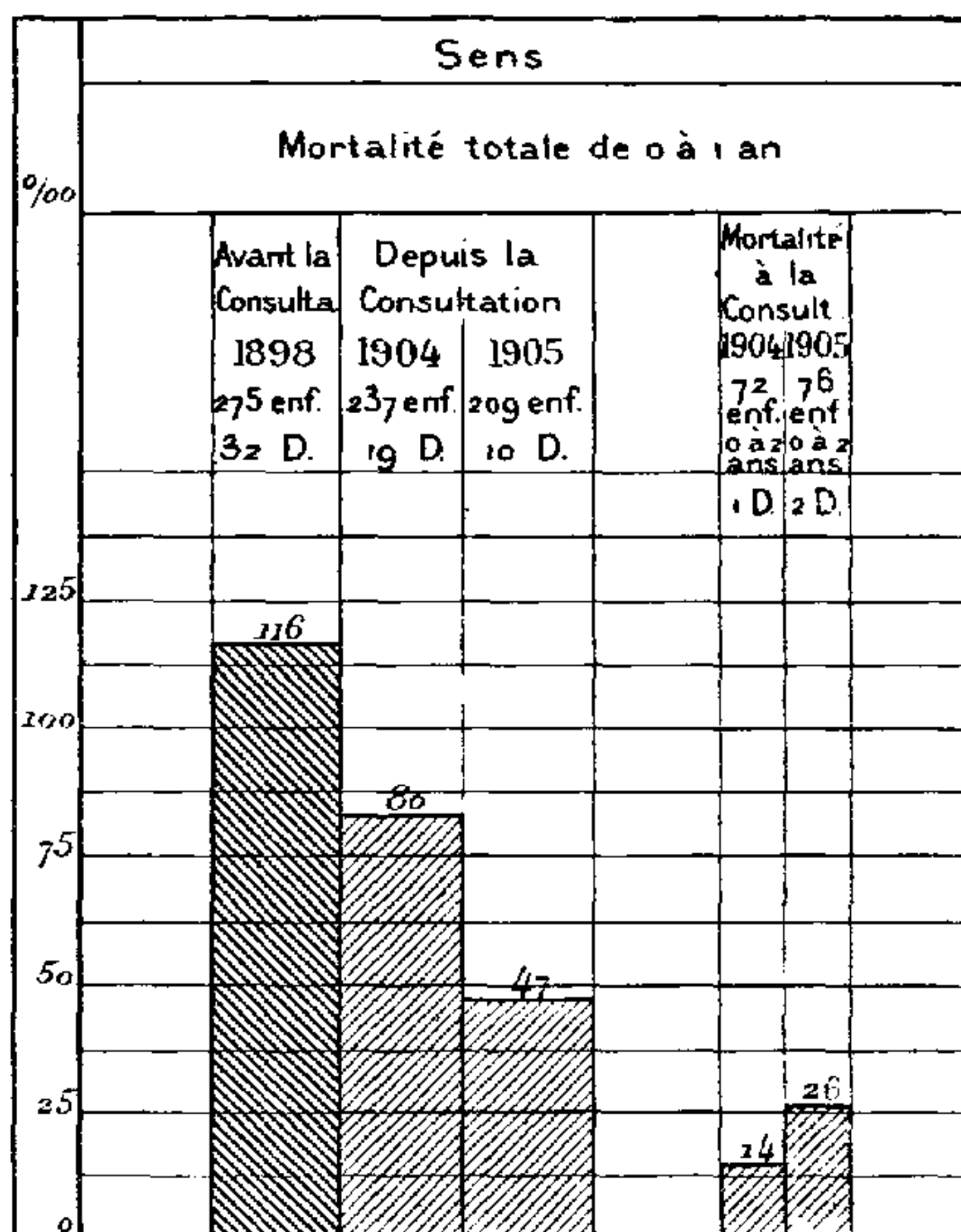


Figure 7.

ne persistera certainement pas dans les années qui suivront : il faut s'attendre à quelques décès inévitables.

M. le Dr Mocquot qui fut, dans ce même département de l'Yonne, l'initiateur des Consultations de Nourrissons, a fait une remarque particulièrement suggestive. Presque toutes les femmes de la commune d'Appoigny, où il se trouve, suivent sa consultation. Sur 78 enfants nés de 1902 à 1905, 69 ont été dirigés par lui; 3 sont morts, ce qui donne une mortalité de 4,34

pour 100; 9 seulement n'ont pas été amenés à la Consultation et parmi eux, 4 ont succombé, ce qui fournit une proportion de 44,4 pour 100, proportion 10 fois plus considérable (voy. fig. 10).

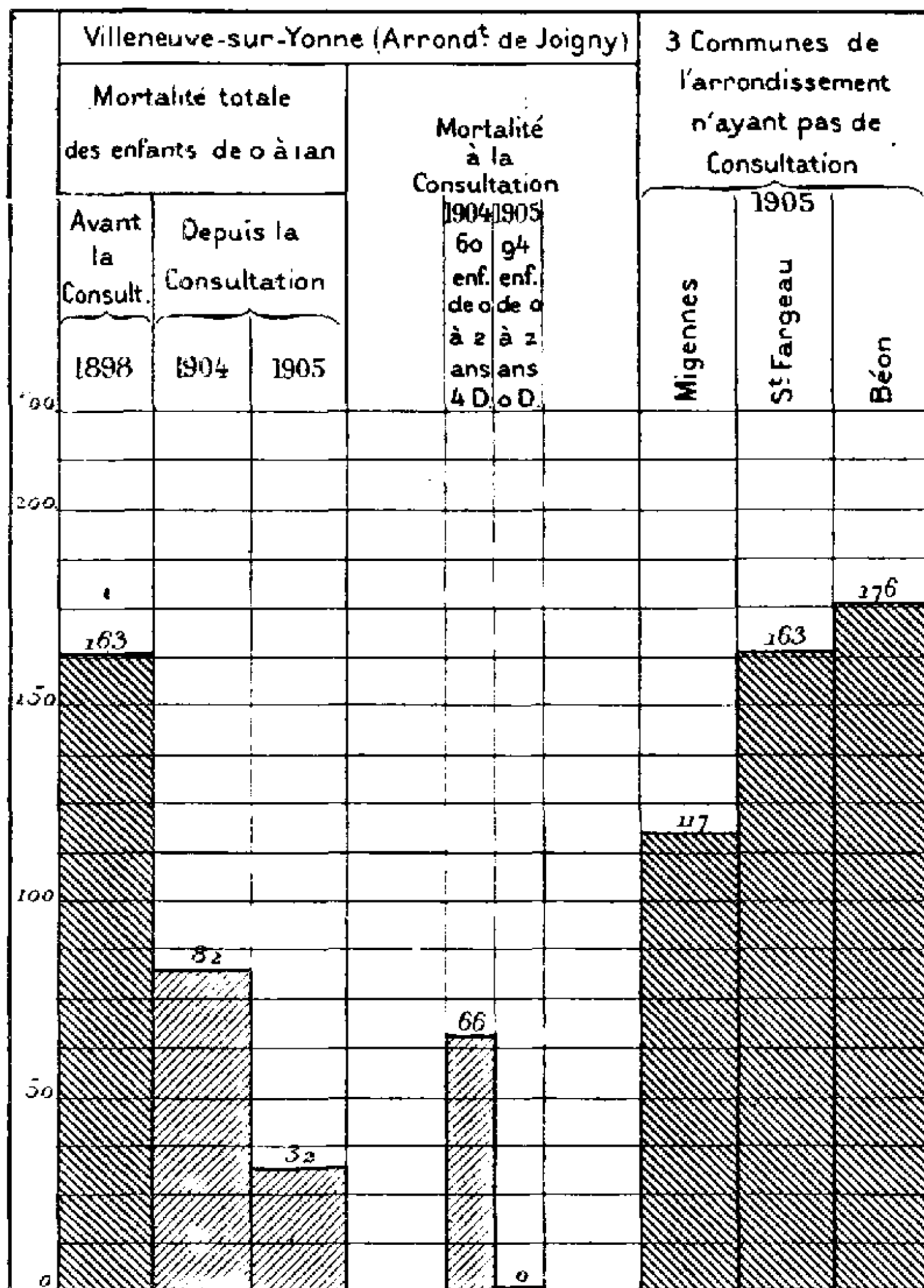


Figure 8.

Evidemment, ces mères étaient peu soigneuses puisqu'elles n'ont point voulu, comme les autres, se rendre à la Consultation, mais le nombre des décès est la preuve évidente de l'intérêt qu'il y aurait eu pour les enfants à y être conduits.

Les résultats heureux des Consultations de Nourrissons sont dus à plusieurs causes et, tout particulièrement, au rétablisse-

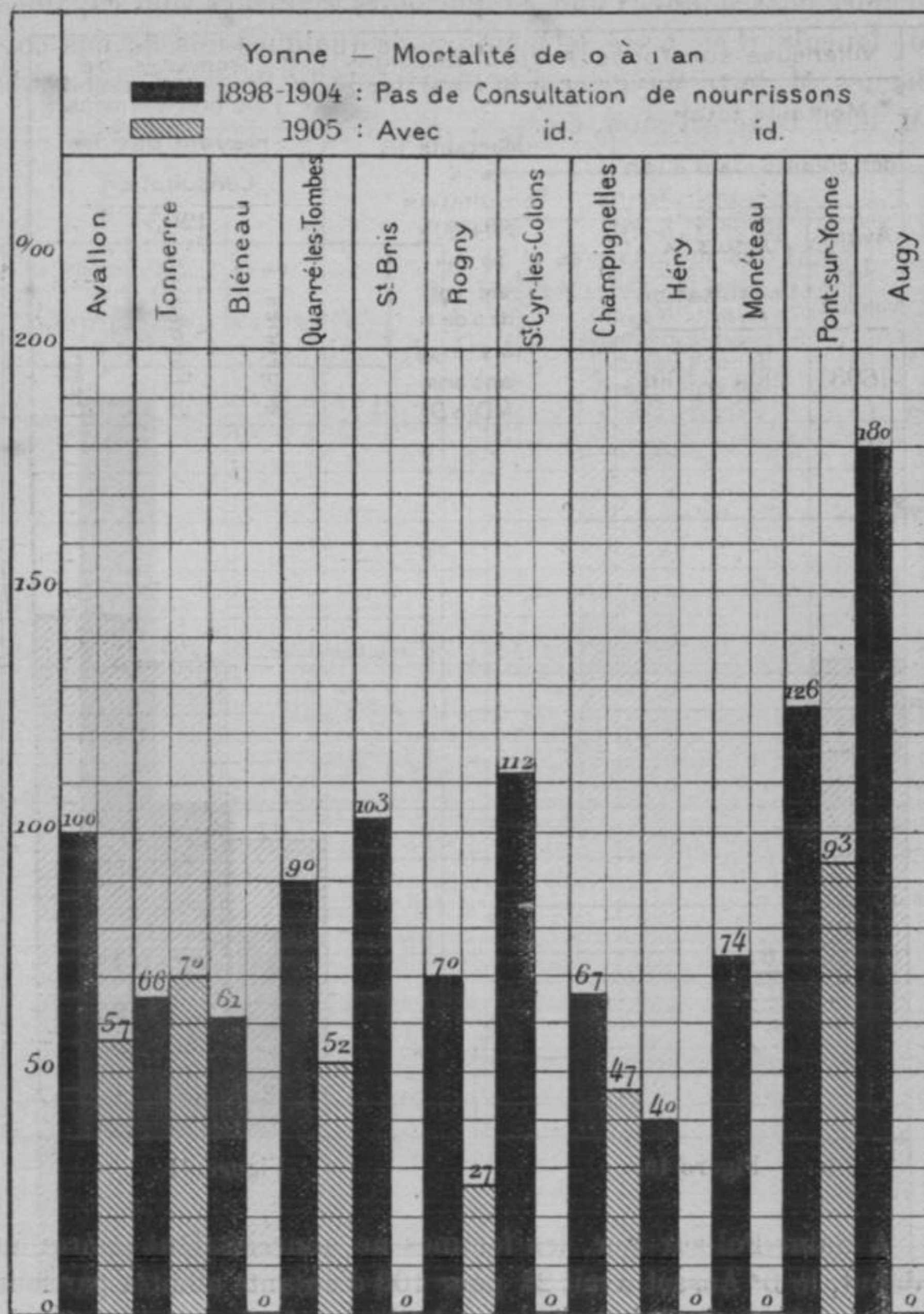


Figure 9.

ment de l'allaitement au sein qui tendait à disparaître de tous les côtés.

En exigeant à l'hôpital que les femmes donnent à téter à leurs

enfants, en les faisant revenir à la Consultation aussitôt que possible après leur sortie, nous avons obtenu que 94 à 95 pour 100 d'entre elles donnent tout ce que leurs mamelles sont capables de fournir; il en a été de même pour quelques-uns de nos collègues, M. le Dr Maygrier à la Charité, le Dr Boissard assisté de M. le Dr Devé à Tenon, etc.

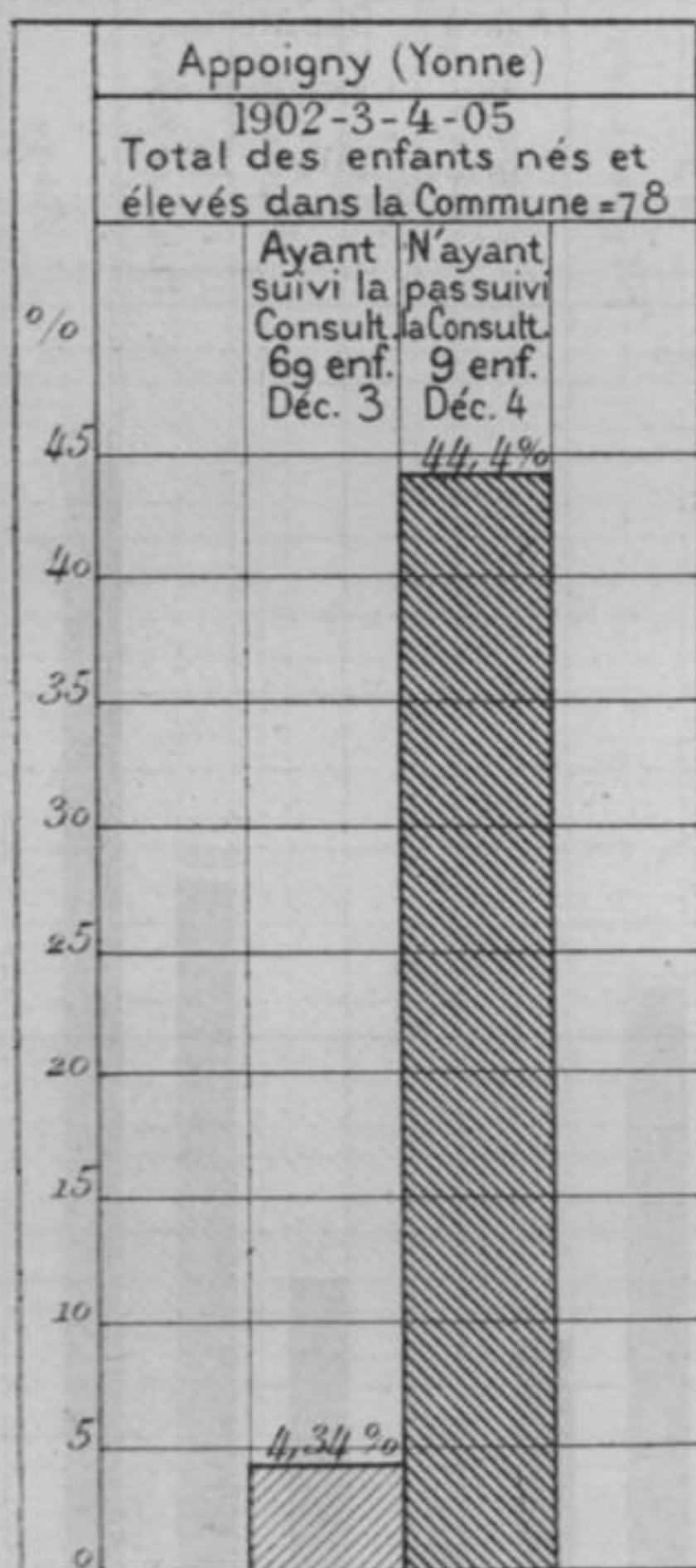


Figure 10.

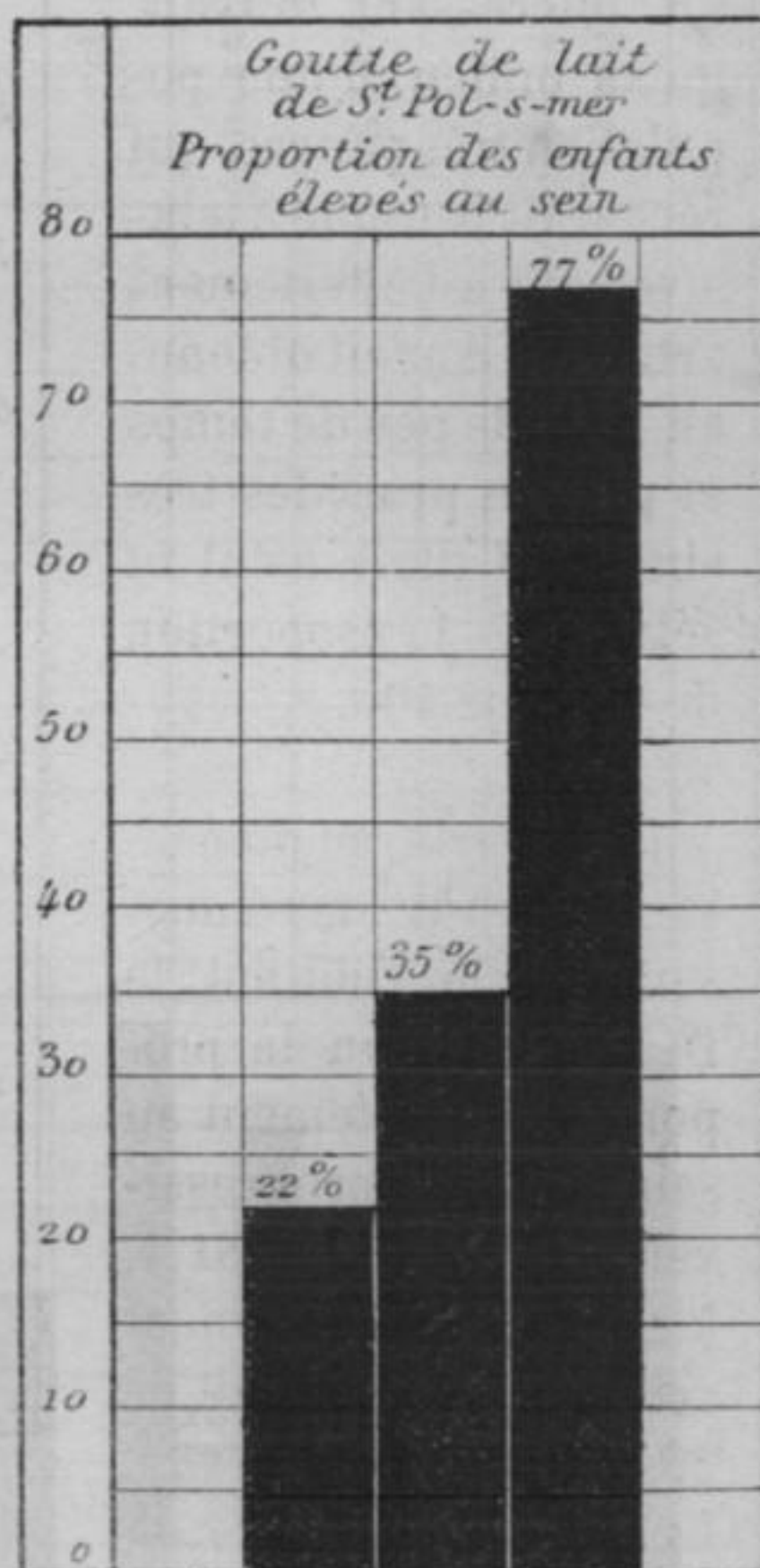


Figure 11.

A Saint-Pol-sur-Mer, les femmes ne nourrissaient guère; au début, le Dr Ausset avait 22 pour 100 d'enfants allaités par leur mère; à la fin de la première année il en eut 35 pour 100, et à la fin de la deuxième année 77 pour 100 (voy. fig. 11).

A Varengueville, aucune femme n'allaitait son enfant avant l'établissement de la Consultation de Nourrissons; depuis la création de cette dernière, la proportion s'est élevée à 47,5

pour 100 en 1904 et à 75 pour 100 en 1905 (voy. fig. 12), et M^{me} Rolle espère que ce chiffre sera bientôt largement dépassé.

Pour que les mères donnent le sein, il faut les y encourager et leur dire tous les avantages qui en résultent pour leurs enfants.

M. le Dr Panel, de Rouen, a montré, dans un intéressant travail, qu'au milieu d'une population très pauvre, qui recourait presque exclusivement à l'allaitement artificiel, il avait obtenu, au bout de peu de temps et par des procédés très simples, l'allaitement au sein dans la proportion de 60 pour 100.

Ici, à Paris, au dispensaire du VII^e arrondissement, rue Oudinot, le Dr Bresset a vu la proportion d'allaitement au sein s'élever progressivement de 61 à 81,4, tandis que l'allaitement artificiel rétrogradait de 36 à 18,4 pour 100 (voy. fig. 13). Il en a été de même dans un autre dispensaire du même arrondissement, dirigé par le Dr Carel; l'allaitement au sein, qui était de 40 pour 100 au début, est arrivé au chiffre de 81,3 pour 100, pendant que l'allaitement artificiel tombait de 58 à 18,6 p. 100 (voy. fig. 14).

Les chiffres qui viennent d'être fournis, il y a quelques jours, par M. le Dr Bresset, chiffres publiés dans la thèse d'un de ses élèves, M. Ch. Flour, montrent ce qu'on peut espérer. Parmi les femmes qui avaient suivi la Consultation du Dr Bresset, 139 y sont revenues après de nouveaux accouchements; elles avaient

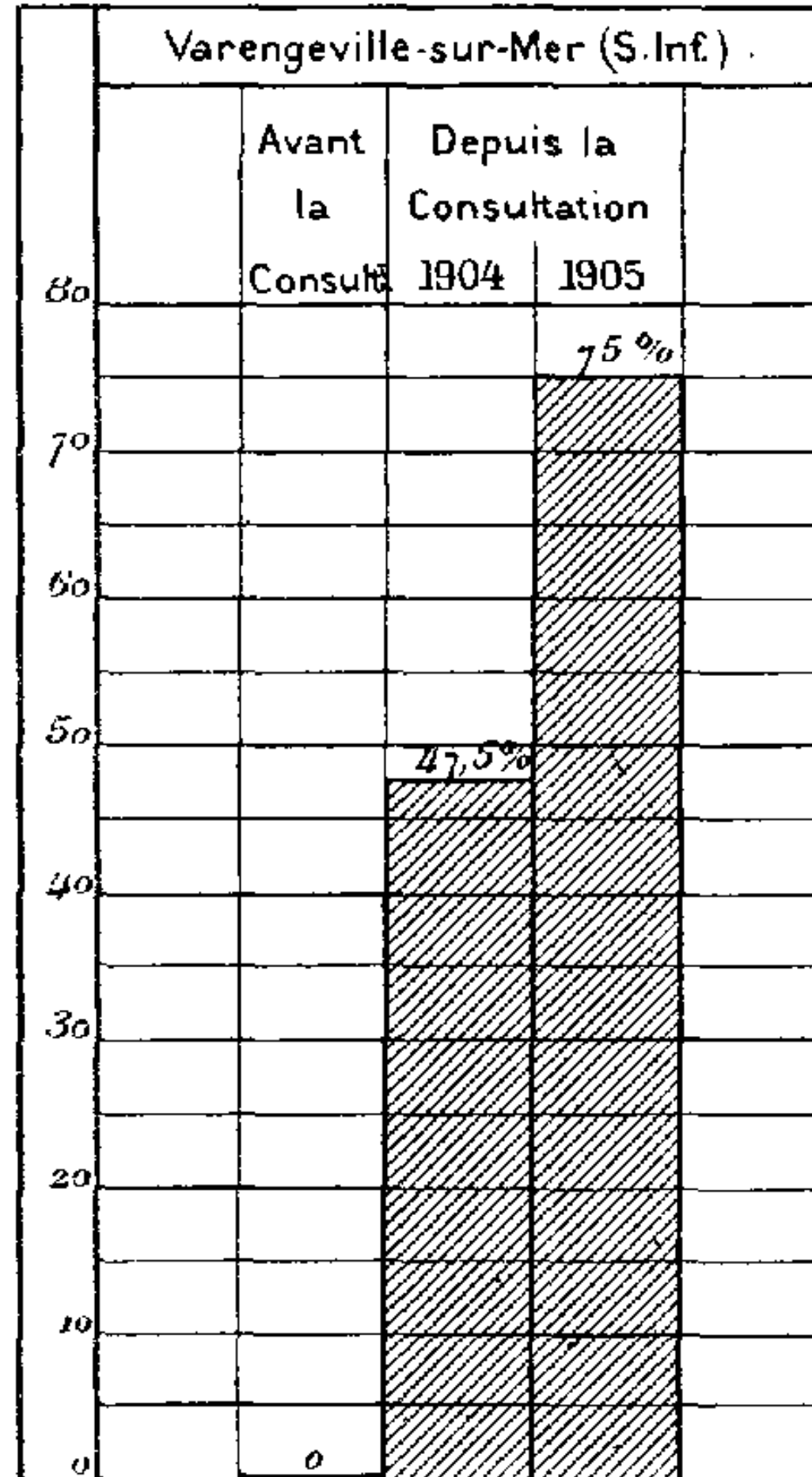


Figure 12.

pratiqué l'allaitement artificiel dans la proportion de 40,7 pour 100. Bien conseillées, bien dirigées, ces mêmes femmes n'ont, pour une deuxième série d'enfants au nombre de 168, donné le biberon que dans la proportion de 6,5 pour 100. Elles ont donc nourri dans la proportion de 93,5 pour 100. Tous ces

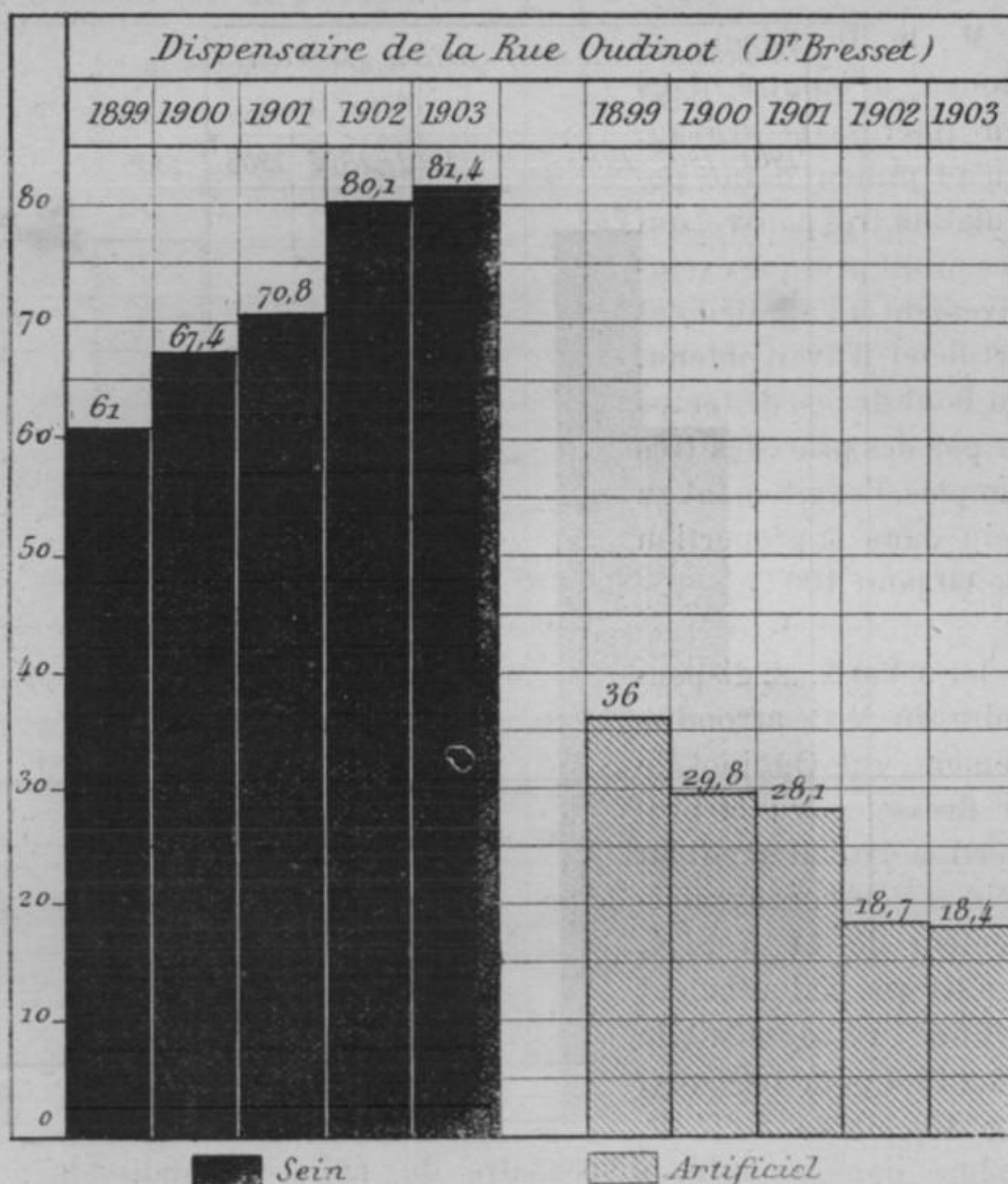


Figure 13.

enfants ont été surveillés presque dès leur naissance et c'est là une condition essentielle de succès.

Vous vous rappelez peut-être que, il y a deux années, en mai 1904, je vous ai parlé de l'allaitement au sein par les ouvrières des usines, des fabriques, des manufactures, etc. L'État a donné l'exemple pour favoriser cet allaitement, il a fondé de nouvelles

crèches : quelques chefs d'industrie marchent dans cette voie et parmi eux j'ai cité MM. Blin et Blin, d'Elbeuf, qui s'efforcent de faire plus encore ; ils accordent un bon de caisse d'épargne de 100 francs à toutes leurs ouvrières qui allaitent pendant une année.

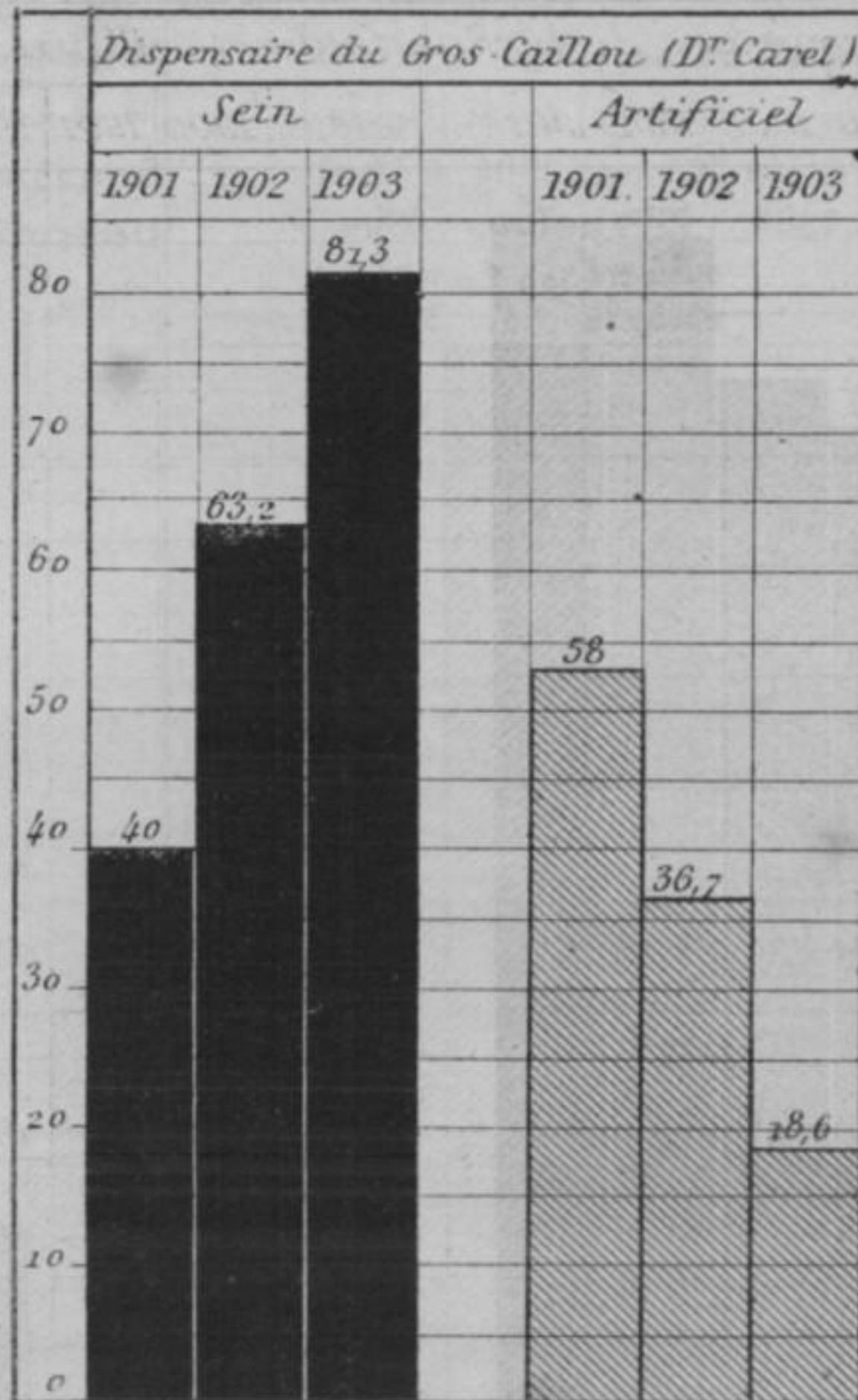


Figure 14.

Voici les premiers résultats qu'ils ont obtenus : du 15 avril 1904 au 1^{er} septembre 1905, 61 enfants sont nés vivants. Alors qu'auparavant aucune ouvrière ne nourrissait, 23 ont donné le sein, ce qui fait une proportion de 37,5 pour 100 ; 38 ont pratiqué l'allaitement artificiel, ce qui fait une proportion de 62,5 pour 100 (voy. fig. 15).

Et si l'on considère le résultat définitif, on trouve :

Pour les 38 enfants élevés au biberon. 8 décès
c'est-à-dire une mortalité de 21 p. 100

Pour les 23 enfants élevés au sein 0 décès
c'est-à-dire une mortalité de 0 p. 100

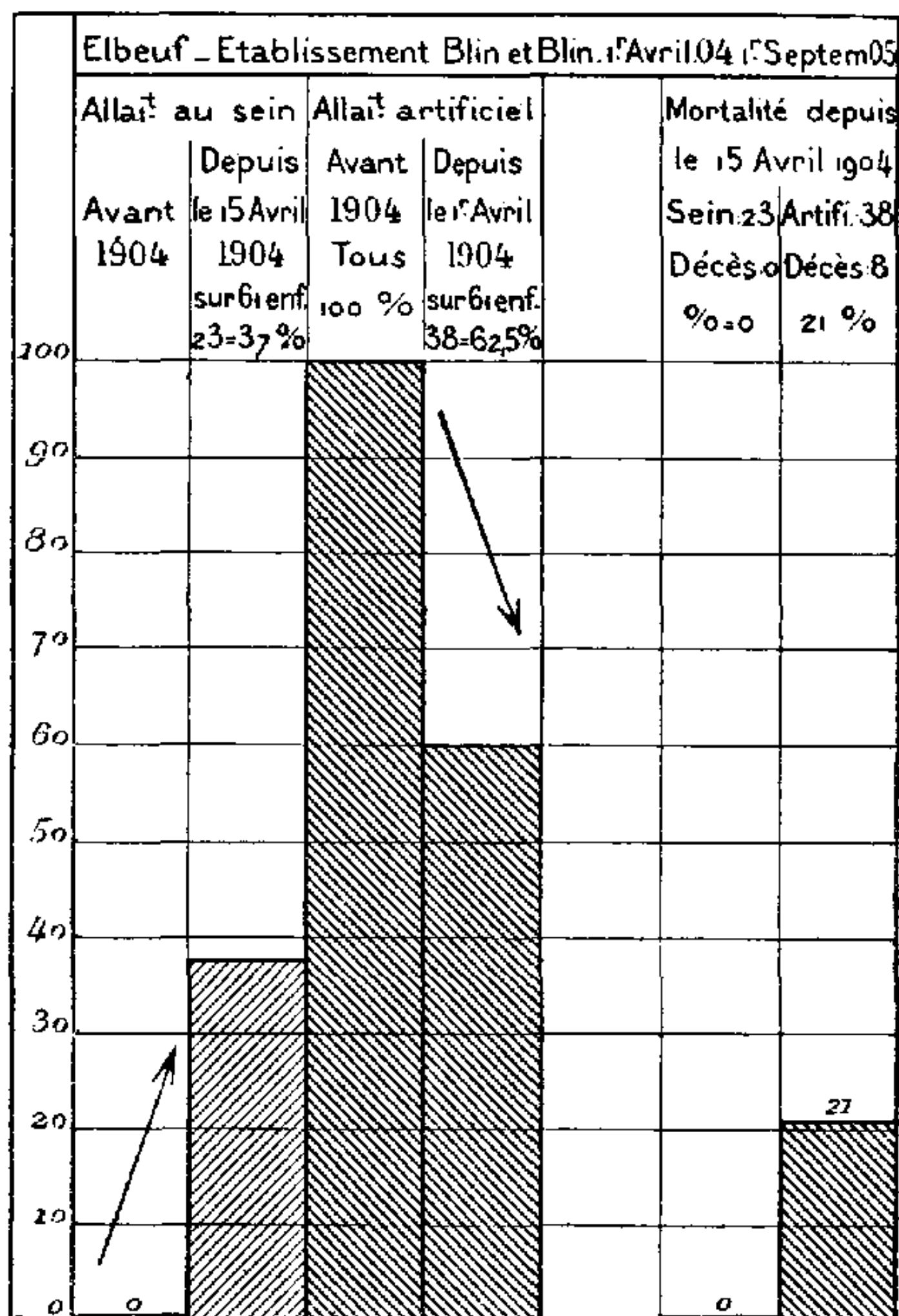


Figure 13.

Comme ces chiffres démontrent qu'il faut favoriser par-dessus tout l'allaitement au sein !

Ces idées, du reste, se répandent de plus en plus, et nous voyons maintenant à Paris des femmes de notre Consultation, ouvrières blanchisseuses ou autres, qui nous apprennent que leurs patrons les autorisent (ce qui n'avait jamais lieu autrefois) à donner le sein à leur nourrisson, soit qu'on le leur apporte, soit qu'elles se rendent jusque chez elles.

Les Consultations de Nourrissons ont encore cet avantage qu'elles peuvent s'adapter à beaucoup d'autres institutions.

Nous citerons, par exemple, les Crèches fondées en 1844 par Marbeau, crèches ordinaires ou Crèches d'usine : elles réalisent la Consultation de Nourrissons de la façon suivante : une fois par semaine, à une heure fixée, le médecin pèse l'enfant alors que sa mère vient l'apporter ou le chercher et il donne à cette dernière les conseils nécessaires. La plupart des crèches s'efforcent aujourd'hui d'encourager le plus possible l'allaitement au sein.

Grâce à la loi Roussel, partout les enfants abandonnés, secourus ou en nourrice sont surveillés par les médecins. Cette loi, il est vrai, a été très critiquée, car il n'est pas toujours facile à nos confrères de bien visiter ces enfants à domicile ; trop souvent ils ne rencontrent pas les nourrices qui sont absentes et ils se lassent. Il est facile, en général, d'organiser des Consultations, comme cela vient d'être fait dans le Pas-de-Calais et dans l'Yonne. Toutes les mères, toutes les nourrices sont convoquées à jour et à heure fixes, dans un local spécial ; les enfants sont déshabillés, examinés et pesés, puis le médecin donne ses conseils. Cette réunion des enfants permet d'en voir beaucoup en peu de temps, ce qui constitue, pour le praticien, un grand avantage ; il peut aussi prendre des notes sur chaque bébé, auquel il porte alors un plus vif intérêt.

Le Dr Goepfert, de Nancy, et le Dr Vannereau, d'Auxerre, ont particulièrement insisté sur l'importance des Consultations de Nourrissons qui permettent de bien surveiller, de bien diriger les nourrices et les enfants soumis à la loi Roussel.

La Société de Charité maternelle, qui, depuis 1784, encourage l'allaitement au sein, fonde pour les mères qu'elle secourt des Consultations de Nourrissons ; elle le fait à Paris et à Rennes. Il en est de même, dans l'Oise, pour la Société d'allaitement maternel sous la direction du Dr Baudon.

Les mutualités maternelles, qui encourageaient déjà par des dons les femmes à nourrir pendant le premier mois et obtenaient de bons résultats, ont résolu de continuer leurs secours pendant plus longtemps aux mères qui allaitent et de fonder des Consultations de Nourrissons où les médecins pèsent les enfants et dirigent leur hygiène alimentaire ; on les surveille ainsi pendant dix-huit mois. Les statistiques de 1903, données par les mé-

decins de ces consultations dans le département de la Seine et publiées tout récemment par M. Félix Poussineau, montrent que sur 1.377 enfants nés vivants et viables, 1.200 ont été nourris au sein par leur mère; cela donne une proportion de 87 pour 100, proportion considérable dans ces milieux ouvriers où l'on estime en général que les mères, de par leur situation sociale, sont dans l'impossibilité d'allaiter leurs enfants.

De tous les côtés, par conséquent, les Consultations de Nourrissons s'adaptent à d'autres institutions qu'elles complètent.

En résumé, les Consultations de Nourrissons rendent de très grands services, puisque dans les villes où elles existent, quoique tous les enfants n'y soient pas conduits, la mortalité de 0 à un an s'abaisse très notablement, parfois d'un quart, d'un tiers et même de la moitié. Ces résultats sont obtenus grâce aux conseils éclairés que donnent les médecins, grâce aussi au développement de l'allaitement au sein.

Les inspecteurs départementaux de l'Assistance publique, en particulier ceux de l'Yonne et du Pas-de-Calais, ont fait connaître par leurs rapports ces résultats à leurs collègues; aussi voit-on non seulement de nouvelles villes mais encore des départements qui veulent organiser sur toute leur surface des Consultations de Nourrissons; je citerai le Rhône, les Alpes-Maritimes et le Nord.

Et je ne veux point aujourd'hui parler de ce qui se passe à l'étranger. Au Congrès d'Assistance publique de Milan, qui siégeait il y a trois semaines, tous les rapporteurs, pour ainsi dire, à quelque pays qu'ils appartenissent, montrèrent la diffusion chez eux de ces Consultations et demandèrent qu'on en créât de nouvelles.

J'ai tenu seulement à vous entretenir des résultats obtenus en France; je le devais à l'Académie qui, depuis 1892, n'a cessé de m'accorder sa bienveillante attention et de m'encourager ainsi dans la voie où je me suis engagé.

II. *Quelques cas d'hématome subit ou de suffusion sanguine brusque de la luette,*

par M. PAUL FABRE (de Commentry), *correspondant national.*

Assurément, il est des questions sur lesquelles j'ai fait plus de recherches et que je connais mieux que celle dont je vais entretenir l'Académie. Mais si je me laissais aller à traiter encore devant vous des sujets relatifs à l'hygiène et à la pathologie des houilleux, sujets à l'étude desquels j'ai consacré trente-quatre ans, je serais entraîné à faire de la critique, sinon de la polémique, pour le moins à contredire des assertions ou des opinions émises ici même par des confrères et des collègues méritants et laborieux. Mais je suis si persuadé qu'il suffira d'un examen plus prolongé et par suite plus approfondi des faits pour ramener les chercheurs consciencieux dans le vrai chemin, que je m'abstiens de revenir sur le résultat de mes études assidues aux conclusions desquelles je ne trouve rien à modifier, car je n'ai jamais affirmé que ce qui est vrai, n'ai décrit que ce que j'ai vu et constaté après des examens attentifs, répétés et contrôlés, sans parti pris, sans la moindre idée préconçue.

Mais en dehors de ses études de prédilection que le médecin peut choisir et continuer activement, il peut se présenter à son observation des faits capables de l'intéresser et d'attirer son attention.

Je vais donc citer quelques cas d'hématome subit de la luette.

De toutes les parties de l'organisme, il en est une, infime, en réalité, quant au volume, et dont les fonctions, les difformités et les affections ont été bien négligées jusqu'ici. Je veux parler de la luette. Et cependant, le père de la médecine, ce grand génie de la pratique médicale, ce voyant de notre science, Hippocrate, avait déjà remarqué que les enfants qui toussent en tétant ont ordinairement la luette volumineuse.

Rien ne doit être indifférent, me semble-t-il, au vrai médecin.

Ayant retrouvé, dans mes notes, cinq observations d'hémorragie interstitielle, de suffusion sanguine brusque de la luette, cinq cas de véritable apoplexie de ce petit appendice, je vais donner une courte relation de ces faits.

Bien que n'ayant pas une grande importance au point de vue du pronostic ni même du diagnostic, ils ne m'en paraissent pas moins dignes d'être mentionnés.

OBS. I. — *Thrombose du sommet de la luette chez un homme de quarante-cinq ans à la suite d'efforts de toux.*

Le 24 novembre 1875, je voyais arriver à ma consultation un entrepreneur (employé au puits Saint-Louis des mines de Commentry), B. E..., âgé de quarante-cinq ans, qui, à la suite d'accès de toux énergiques, survenus après un coup de mine dans les galeries, avait senti une gêne de la déglutition, des envies incessantes d'expectorer, et même des nausées, des efforts de vomissement plutôt, dont il ne se rendait pas compte. Il accusait une gêne considérable dans l'arrière-gorge.

Je prends un abaisse-langue, je trouve une luette turgescente, fortement œdématiée, d'un violet foncé, qui traînait son sommet à la base de la langue. Je saisis un bistouri droit, et je réussis facilement à donner issue à du sang d'une teinte violacée. Je prescris un gargarisme au tannin. Le lendemain cet homme était guéri. Il est mort en 1893, à l'âge de soixante-trois ans, d'une pneumonie grippale.

OBS. II. — *Apoplexie du sommet de la luette chez un homme de cinquante-huit ans. Ulcération du sommet le surlendemain.*

Le 5 juillet 1880, un homme de cinquante-huit ans, employé au lavage du charbon de la mine, N. U..., demandait à me voir à 7 heures du soir (il habitait à 200 mètres de chez moi); il avait éprouvé brusquement, en mangeant, une gêne de la déglutition telle qu'il s'était empressé de quitter la table pour venir me trouver, se plaignant de la gorge. En le regardant, je constate qu'il présente une ecchymose sous-conjonctivale à droite, que la femme du patient qui l'accompagne me dit s'être produite au moment où son mari s'est plaint d'être gêné pour avaler ses aliments.

N. U... était un cardiaque, et avait depuis quelque temps de la constipation et des maux de tête. Je lui prescris un bain de pieds sinapisé avant de se coucher, une purgation sérieuse pour le lendemain matin, et en même temps je formule un gargarisme astringent à l'alun et au miel rosat dont il devra user le soir même. Le lendemain matin, 6 juillet, à 9 heures, la luette avait une teinte d'un violet noirâtre. Le 7, je constate une ulcération du sommet de la luette diminuée de volume. Le 8, l'ulcération était superficielle, et la teinte noire de la veille était passée au rose grisâtre. La base de la langue est bleuâtre, l'hémorragie sous-conjonctivale est pâlie, d'un jaune verdâtre. Le 11, tout était disparu.

N. U... est mort plus de douze ans après, le 19 décembre 1892, à soixante et onze ans et demi, de son affection cardiaque.

OBS. III. — *Apoplexie de la luette chez un jeune homme de dix-neuf ans.*

Le 26 juillet 1883, un jeune terrassier de la mine de Commentry, âgé de dix-neuf ans, N. T..., venait me trouver, me disant qu'en mangeant du pain, de la croûte de pain, il avait senti subitement la présence d'une boule dans le cou. Sans avoir besoin de me servir d'un abaisse-langue, en ouvrant largement sa bouche, il me montre une vraie cerise, une grosse cerise, quant à la couleur et quant au volume, se balançant en guise de luette à partir de son point d'attache, au voile du palais. De la main gauche, je saisis avec une pince l'extrémité inférieure de la susdite cerise, et avec ma main droite la pointe d'un bistouri donne rapidement issue à du sang d'un rouge vif. Tout était disparu immédiatement. Je n'en conseillai pas moins l'usage d'un gargarisme avec de l'alun (2 grammes) et du miel rosat (60 grammes).

La guérison fut complète et sans récurrence. Le sujet est encore aujourd'hui fort bien portant. Il a quarante-quatre ans.

Depuis une dizaine d'années, il est employé à la Compagnie d'Orléans en qualité de poseur.

OBS. IV. — *Thrombose légère de la luette un peu à droite.*

M^{me} X..., âgée de trente-cinq ans, mère de deux enfants, d'une bonne santé habituelle, a eu le 17 janvier 1890 une atteinte assez sérieuse d'influenza : fièvre violente (39°6), courbature générale, toux grippale, angine érythémateuse peu prononcée. Mais la toux persiste, fréquente et quinteuse jusqu'au quatrième jour.

Je constate, le 21 janvier, une tumeur globuleuse de la luette, à la base, débordant surtout du côté droit. La coloration de l'arrière-gorge est dans son ensemble d'un rouge un peu plus foncé qu'à l'ordinaire. La malade se plaint d'un chatouillement désagréable plutôt que d'une douleur vraie à l'arrière-gorge. Je prescris le gargarisme astringent suivant :

Extrait de ratanhia	2 grammes.
Miel rosat.	60 —
Sirop de mûres.	60 —
Décoction de feuilles de ronces.	360 —

F. S. A.

Le surlendemain 23, la luette est d'une teinte rosée à gauche, d'un rouge brun à droite. Le 24, la teinte comme le volume de la luette sont redevenus normaux.

Enfin j'ajoute que j'ai vu, en 1896, un cinquième cas, sur lequel je n'ai pas retrouvé mes notes.

OBS. V. — Il s'agissait de l'apparition subite d'un hématome de la grosseur d'une petite noisette, apparu chez une femme forte, de quarante-huit ans, en plein âge critique. Là, je fis disparaître rapidement par une simple piqure de bistouri la petite tumeur constituée par du sang rouge foncé qui s'écoula. Il n'en fut rien de plus. Le sujet n'eut pas besoin de revenir me voir.

Jusqu'ici je n'avais trouvé mentionné aucun cas se rapprochant de ces suffusions sanguines brusques de la luette. C'est pourquoi j'avais noté les faits que je viens de citer rapidement, lorsque dernièrement, en faisant des recherches bibliographiques, j'ai rencontré dans *l'Union médicale* l'analyse du fait suivant que je suis heureux de citer à la suite de mes observations d'homme non spécialisé.

OBS. VI. — *Cas d'hémorragie aiguë de la luette*, par le Dr Lejeune (*Revue de Laryngologie*, 1892).

Il s'agit d'une dame pour laquelle l'auteur fut appelé en toute hâte, et qui venait, disait-on, d'avaler pendant son souper quelque chose qui lui était resté à l'entrée de la gorge. La malade était en proie à une vive anxiété, la voix étant à peine changée, et la respiration normale.

La sensation de corps étranger s'était déclarée brusquement, en avalant, et depuis les mouvements de déglutition étaient devenus difficiles et douloureux.

Tout l'isthme du gosier avait une coloration normale, mais la luette était énorme. Son extrémité, violacée, de la grosseur d'une olive moyenne, traînant sur la base de la langue, venait d'être le siège d'une hémorragie aiguë. Cette dame, très musicienne, était restée pendant un temps assez long sans exercer sa voix. Elle voulut, deux jours auparavant, se remettre à chanter, et, pour rendre à ses cordes vocales leur élasticité antérieure, elle avait fait des efforts qui fatiguèrent tellement le voile du palais qu'ils occasionnèrent, par tension exagérée et continue, une congestion suivie d'une hémorragie brusque de la luette. Une ponction au bistouri amène sur-le-champ un soulagement complet.

L'hémorragie se reproduisit quelques instants après, mais cessa rapidement, et la luette reprit sa conformation normale (1).

J'avais eu beau chercher, je n'avais pas encore pu trouver d'autres cas analogues, sinon semblables, à ceux que je viens de vous présenter.

(1) D'après *l'Union médicale*, du 23 novembre 1892, p. 279.

On sait, depuis les recherches de Charles Robin et de Magitot, que la llette, sur sa face buccale, présente, non des glandes mucipares, comme on l'avait d'abord prétendu, mais bien des glandules à sécrétion analogue à la salive, et identiques aux glandules du reste de la muqueuse buccale. On n'ignore pas, d'autre part, que la face antérieure de la llette participe aux phénomènes pathologiques de la cavité buccale, tandis que sa face postérieure participe plutôt à la pathologie de la muqueuse rétro-nasale et même aux épistaxis. Or, chez aucun des 5 sujets qui ont présenté les cas d'hémorragie interstitielle de la llette que j'ai observés, il n'y avait ni tendance aux saignements de nez, ni épistaxis récentes, ni même aucun des symptômes que présentent les adénoïdiens.

Il me suffira pour aujourd'hui d'avoir donné ce simple aperçu sur un accident peu connu, atteignant un organe en apparence insignifiant, me réservant de revenir bientôt sur la pathologie de ce petit appendice, la llette (1).

Comme je parlais, il y a quelques semaines, de ces cas d'hémorragie interstitielle subite de la llette devant quelques-uns de mes confrères du Centre, deux d'entre eux me dirent qu'ils avaient connaissance chacun d'un fait semblable à ceux que j'avais observés, et ils ont bien voulu rédiger par écrit leur observation.

Citons d'abord le fait du Dr L. de Ribier, médecin de Châtel-Guyon, fait dont l'intérêt est doublé en quelque sorte par cette circonstance que c'est le narrateur lui-même qui a été le sujet de l'observation. C'est donc un médecin qui raconte lui-même ce qu'il a ressenti.

OBS. VII. — *Suffusion sanguine de la llette chez un sujet très arthritique, âgé de vingt-cinq ans.* (Observation personnelle de M. le Dr de Ribier, de Châtel-Guyon.)

Durant le rigoureux hiver de 1900, je me trouvais à Bort-Corrèze, ville très humide sur le bord de la Dordogne. Je couchais dans une

(1) J'ai spécialement recueilli des notes sur de nombreux cas de llette bifurquée, sur quelques cas de llette bifide seulement à la pointe, sur des cas de llette rudimentaire, sur deux cas de llette en pendeloque, etc. Ces jours derniers, j'ai même eu l'occasion de constater, chez une femme âgée de cinquante-neuf ans et demi et non diathésique, une absence complète de la llette. Le voile du palais avait la forme d'un véritable arc roman.

chambre sans feu dont la large cheminée laissait légèrement pénétrer l'air glacé.

Un matin, après une nuit encore plus froide que de coutume, je fus pris au réveil d'une sensation très pénible dans l'arrière-gorge, au niveau de la luette. J'avais une impression de corps étranger provoquant de continuels mouvements de déglutition avec très légère sensation d'étouffement. Effrayé, je cours montrer ma gorge à un de mes confrères, qui constate que la luette est rouge, tuméfiée, de la grosseur d'une des billes qui servent au jeu des enfants. Il me propose d'y porter le bistouri. Je refuse énergiquement, et la gêne continuant, je prends à cinq minutes d'intervalle trois des paquets suivants :

Ipéca	50 centigrammes.
Tartre stibié.	1 centigramme.

Les vomissements arrivent, et, après le second, une sensation de déchirure dans la luette suivie de l'évacuation d'environ une cuillère à café de sang. Le soulagement fut immédiat, et les besoins de déglutition si pénibles cessent aussitôt. Je me gargarise fréquemment dans la journée avec de l'eau bouillie fortement additionnée de chlorure de sodium.

Le lendemain soir, il n'y paraissait plus.

Comme étiologie, je ne puis retrouver qu'un nombre exagéré de pipes fumées la veille. Pas de mal de gorge.

Depuis lors, il m'arrive fréquemment, à la moindre petite angine, d'avoir la sensation de corps étranger sur la luette. Cela cède toujours aux gargarismes tièdes.

J'ajouterai qu'aussitôt après la narration du fait que je viens de reproduire, je m'empressai d'examiner l'arrière-gorge de mon confrère le Dr de Ribier. Elle ne présentait rien d'anormal.

Un autre confrère, médecin de Clermont-Ferrand, le Dr Piollet, me dit avoir également observé récemment un fait d'hématome du voile du palais, chez un homme de vingt-huit ans soigné par le Dr Guyon qui l'avait fait appeler.

Dans ce cas, l'hématome occupant non la luette mais bien le pilier antérieur gauche du voile du palais, je ne crois pas devoir reproduire la relation de ce fait.

Mais en même temps que M. Piollet m'envoyait cette relation, il y joignait la brève relation d'un autre fait récemment observé par le Dr Guyon (de Clermont-Ferrand).

OBS. VIII. — *Hématome de la luette chez un neuro-arthritique.*

Depuis lors, le Dr Guyon a eu connaissance d'un autre cas chez un de ses clients neuro-arthritique, âgé de quarante-cinq ans, également *très nerveux et atteint de tics de la face*. Mais comme il ne s'en est pas inquiété et l'a traité par le mépris, le Dr Guyon n'a pas eu l'occasion de l'observer. Cet hématome était également survenu brusquement, avait persisté deux jours, puis était disparu. C'était donc un phénomène absolument analogue au cas précédent.

Enfin, comme j'avais laissé à mon fils Charles Fabre, jeune étudiant en médecine, les notes qui précèdent pour qu'il les recopiât, il me dit avoir observé, l'an dernier, un fait du même genre, que sur ma demande il a rédigé comme il suit :

OBS. X. — *Hématome compliquant une angine chez un artilleur de vingt et un ans.*

Vers le mois d'avril 1905, alors que je faisais mon service militaire en qualité d'infirmier au 16^e régiment d'artillerie, à Clermont-Ferrand, il se présentait à l'infirmerie un canonnier conducteur, M..., atteint depuis quelques jours d'une légère angine, et se plaignant d'éprouver depuis son réveil une gêne considérable de la déglutition et de la respiration, en même temps qu'une difficulté dans la parole : il disait sentir comme une boule qui descendait et remontait sans cesse dans la gorge, en occasionnant des envies de vomir continues. Je constatai alors que l'extrémité inférieure de la luette était fortement tuméfiée, de la grosseur d'une noisette et d'un rouge très vif; elle reposait sur la base de la langue, et se balançait à chaque mouvement de celle-ci. Je commençai par le faire gargariser avec une solution tiède de chlorate de potasse.

Quelques instants après, comme M... se présentait à la visite quotidienne, le médecin-major lui fit badigeonner la gorge avec un collutoire de glycérine iodée, et l'envoya à l'hôpital militaire, d'où il sortait guéri peu de jours après.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS. — La luette est parfois le siège d'une suffusion sanguine se produisant brusquement, d'une véritable apoplexie locale, occasionnant une sensation de chatouillement, de présence d'un corps étranger dans l'arrière-gorge, bientôt suivie d'un besoin inconscient de déglutir et plus souvent de rejeter l'objet gênant du fond de la bouche; il survient alors des accès de toux, de vives quintes, des envies de vomir, des nausées, d'affreux efforts de vomissements, des vomissements même, tendant les uns et les autres à rejeter le faux corps

étranger représenté par un petit hématome à forme généralement globuleuse, une vraie boule, une cerise qui se trouve appendue au voile du palais. Cet accident que j'ai constaté cinq fois en trente-quatre ans, et à des intervalles plus ou moins éloignés, a été tantôt la suite de quintes de toux, tantôt le résultat d'un petit traumatisme (par un fragment de croûte de pain avalé trop brusquement et ayant lésé l'arrière-gorge); une autre fois la suffusion sanguine est venue compliquer une angine grippale; dans deux autres cas, elle s'est produite sans cause apparente.

J'ai observé cette apoplexie de la luette trois fois chez l'homme, à dix-neuf ans, à quarante-cinq ans et à cinquante-huit ans; et deux fois chez la femme (trente et quarante-huit ans).

Les phénomènes prédominants qu'ont présentés la plupart des sujets observés sont surtout des phénomènes d'ordre nerveux : légère inquiétude d'abord, puis anxiété plus marquée, angoisse, effarement jusqu'à un véritable affolement. Je n'essaierai pas de préciser la pathogénie ni l'étiologie de cet accident; il me suffira de constater que, quant au traitement, il a suffi trois fois de piquer avec la pointe d'un bistouri la néo-formation vasculaire pour la faire disparaître, en conseillant aussitôt après l'usage de gargarismes astringents (à l'alun, au tannin, au ratanhia). Dans deux cas, il y a eu ulcération de l'appendice uvulaire, bientôt suivie de guérison, sans autre phénomène ultérieur.

Je n'ai pas observé d'inflammation de la luette, d'*uvulite* (suivant la dénomination de Morell-Mackenzie), à la suite de l'apparition de l'apoplexie de ce petit organe.

Donc étiologie obscure, diagnostic on ne peut plus facile, symptômes plutôt désagréables, gênants que dangereux, quoique effrayant parfois le malade, pronostic bénin, et enfin traitement facile par des gargarismes astringents, c'est à quoi se réduit au point de vue nosologique l'histoire de l'hématome de la luette, histoire que j'ai voulu relater brièvement en raison de sa rareté et surtout du silence des auteurs spéciaux sur cet accident.

Discussion

Sur la typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et l'appendicite (1).

M. LE DENTU : Avec l'accent de profonde conviction qu'il a coutume de mettre dans l'exposé de ses idées, mon distingué collègue et excellent ami, M. Dieulafoy, a développé à cette tribune cette affirmation que *quantité de gens simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas.*

La levée de boucliers que cette déclaration a provoquée dans le camp des chirurgiens ne pouvait surprendre personne. M. Dieulafoy s'y attendait à coup sûr. Peut-être même l'a-t-il voulue. En tout cas, s'il ne l'a pas positivement voulue, il doit s'en réjouir, car elle fournit aux chirurgiens l'occasion de s'expliquer sur leur tendance à diagnostiquer et à opérer nombre d'appendicites qu'ils croient réelles, chez des sujets atteints des diverses formes de la colite, et leur réponse amènera M. Dieulafoy à préciser certains points qu'il a cru pouvoir laisser dans l'ombre.

De ce débat sortira, je l'espère, un grand profit pour les médecins et les chirurgiens mis en demeure de porter la plus grande rigueur possible dans leurs diagnostics, et aussi pour le public, qui juge les coups avec une incompétence notoire, et qui incline tout naturellement vers les défenseurs des ventres contre les opérations inopportunes et inutiles.

Sur quelles raisons, sur quels arguments, sur quels documents s'appuie notre collègue? Tantôt sur des constatations cliniques personnelles, tantôt sur des examens histologiques d'appendices extirpés, d'autres fois sur les dires de médecins qui n'ont pas assisté aux opérations incriminées et n'ont pas donné des soins aux malades avant ou après les interventions, enfin sur les plaintes des malades eux-mêmes que les opérations n'ont pas débarrassés de leurs souffrances.

Dans tous ces cas, il suffit que la colite muco-membraneuse ait suivi son cours pour que M. Dieulafoy nie l'appendicite. Je

(1) Voy. p. 597 et 633.

dirai un peu plus loin les raisons pour lesquelles cette conclusion ne peut être acceptée sans réserve.

Que M. Dieulafoy me permette de faire d'abord la critique des faits qu'il a rassemblés. Sur les douze observations que rapporte notre collègue, deux fois seulement il est fait mention d'un examen histologique. Huit fois il est dit sans autre explication que l'appendice était normal.

A ces douze cas, formant le corps de la communication de notre collègue, il faut en ajouter vingt-huit, qu'il tient de plusieurs médecins, et spécialement de médecins exerçant dans les stations d'eaux minérales réputées presque spécifiques contre les entéro-colites. Voilà donc un ensemble d'une quarantaine de cas dans lesquels l'erreur dénoncée aurait été commise. Que, dans ce groupe, figurent quelques méprises, je l'accorde sans peine, mais quarante erreurs, absolues et complètes, c'est peut-être beaucoup! Admettons, néanmoins, que M. Dieulafoy soit dans le vrai. Son affirmation, présentée dans une forme lapidaire, n'en est pas moins attaquable.

Un fait demeure certain, c'est que les opérations auxquelles ces quarante malades ont été soumis n'ont procuré aucun résultat utile au point de vue de la colite muco-membraneuse. Soit; mais s'ensuit-il forcément qu'ils n'aient pas été atteints d'appendicite? Non pas seulement de cette appendicite aiguë dont on s'est occupé tout d'abord, parce que ses symptômes bruyants et ses conséquences formidables ne pouvaient manquer de frapper avant tout les observateurs, mais des diverses formes de l'appendicite chronique, moins bien connues dans leur étiologie et d'un diagnostic fréquemment très délicat?

Je constate avec regret qu'il n'a nullement été question de ces dernières jusqu'ici, et mon regret émane de cette considération qu'à mon sens c'est principalement l'appendicite chronique qui prête à l'erreur. Lorsque M. Dieulafoy parle d'appendicite, est-ce donc toujours à l'appendicite aiguë qu'il pense? Les quarante victimes d'un diagnostic erroné n'ont-elles donc eu que des appendicites aiguës? Je reste dans le doute, faute de renseignements suffisamment précis.

Elles n'ont pas été guéries par l'opération. Sur ce point, pas d'hésitation possible. Mais pourquoi n'ont-elles tiré aucun profit de l'intervention? Parce qu'elles étaient atteintes antérieurement de typhlo-colite muco-membraneuse, et que c'est presque un dogme pour notre collègue, un axiome presque absolu déduit

de l'expérience d'un certain nombre d'observateurs, de la sienne propre, de celle de Potain, que chez les sujets atteints de colite muco-membraneuse, l'appendicite est une *rarissime exception*. Toujours l'appendicite aiguë, je le suppose. Il admet toutefois que l'appendicite vraie peut se déclarer *par hasard* chez un de ces malades. Ce *par hasard* en dit long. La coexistence des deux maladies peut être admise à la rigueur, mais il n'y aurait jamais de corrélation entre les deux états morbides. Qu'y a-t-il de fondé dans cette opinion?

J'aurais mauvaise grâce à opposer ma compétence relativement limitée à celle des médecins spécialistes pour les maladies de l'intestin, des médecins hydrologues, et des chirurgiens largement spécialisés comme opérateurs d'appendicites. Les premiers et les seconds ne croient guère à un enchaînement qui lierait cette dernière aux diverses formes de la colite, et particulièrement à la colite muco-membraneuse. Quant aux chirurgiens, ils admettent plus volontiers cette corrélation; quelques-uns, peut-être un peu trop théoriquement, parce que, *a priori*, il leur semble extraordinaire que l'inflammation du côlon ne s'étende pas, à un moment donné, jusqu'à l'appendice; d'autres, parce qu'ils ont vu des appendicites sur des sujets atteints d'entéro-colite. M. Reclus n'a-t-il pas mentionné, dans la dernière séance, quinze cas de ce genre qui lui ont été fournis par plusieurs de nos collègues de la Société de chirurgie et s'ajoutent à des faits personnels assez nombreux? Il a dû s'adresser à ceux qui ont opéré des appendicites par centaines. Étant donné le nombre formidable des entéro-colites qui courent le monde, on est peut-être un peu autorisé à penser que cette petite poignée de faits sont des exceptions qui confirment la règle.

En ce qui me concerne, j'ai observé quelques cas de cette nature, et en réalité, pour le nombre de colites muco-membraneuses qui m'ont passé sous les yeux, ils ne représentent qu'une minime fraction. Néanmoins, tout en reconnaissant que l'opinion formelle de M. Dieulafoy est basée sur des raisons suffisamment péremptoires, j'ai l'impression que la coexistence des deux maladies est plus fréquente qu'il ne le pense, surtout si l'on tient compte des formes chroniques de l'appendicite. Non seulement je crois cette coexistence plus fréquente, mais je pense aussi qu'il y a, sinon dans tous les cas, du moins dans un certain nombre, corrélation entre les deux maladies. Mais quelle est celle qui commence? Est-ce la colite? Est-ce l'appendicite?

Cette question pourra sembler oiseuse à ceux de nos collègues qui affirment que l'appendicite est toujours d'origine intestinale. Rien de plus simple alors que de comprendre la propagation de l'inflammation ou de l'infection de l'intestin à son diverticule. Je suis bien loin d'en être certain. Si la colite est manifestement primitive, pas de doute possible. Par corrélation ou simple succession chronologique, l'appendicite est secondaire; mais, parfois, il semble bien que ce soit l'appendicite qui ait commencé. Je m'explique.

Un sujet, indemne jusque-là de tout trouble intestinal, a une attaque aiguë d'appendicite bien caractérisée. Il guérit, mais incomplètement. Il ne se remet pas franchement. Les digestions deviennent difficiles. La dyspepsie s'accroît; elle se complique de constipation, puis de colite sableuse, catarrhale ou muco-membraneuse. Cet état fâcheux dure plusieurs années. Un chirurgien, qui connaît la typhlo-colite, diagnostique quand même une appendicite chronique. Il enlève l'appendice, et voici qu'un mois après l'opération, les signes de typhlo-colite muco-membraneuse ont déjà disparu; les selles se sont régularisées. Tous les jours, il y a une garde-robe naturelle; l'état général est redevenu excellent.

Or, c'est ce que je viens d'observer tout récemment. Une dame constipée rendait depuis dix ans des peaux, quelquefois longues de 40 à 50 centimètres. Elle est prise, à la fin de 1903, de douleurs dans la fosse iliaque droite, d'abord intermittentes, puis continues, qui l'empêchent absolument de se lever. Elle n'a ni ballonnement du ventre, ni fièvre à aucun moment. Avec son médecin, je diagnostique sans hésitation une appendicite chronique. Je l'opère et je trouve, en dehors de l'appendice, des adhérences épiploïques étendues avec brides multiples enveloppant et enserrant cet organe et le cæcum; dans l'appendice, deux calculs stercoraux en voie de formation, encore mous, sertis dans une logette limitée par des rétrécissements, et au bout de l'appendice un très étroit canal au centre de l'extrémité sclérosée et atrophiée. Lésions indiscutables, comme vous le voyez. En remontant loin dans les antécédents de cette dame, j'ai su qu'elle avait eu une première crise douloureuse il y a dix ans, avant les débuts de sa colite muco-membraneuse. Or, que s'est-il passé depuis l'opération?

Plus de glaires, plus de peaux, plus même de constipation. Retour franc du gros intestin à l'état normal et santé par-

faite. J'ai revu cette opérée vendredi dernier. Celle-là, je vous en réponds, ne se plaint pas d'avoir été opérée. C'est une unité de plus dans le groupe des balafrees satisfaites, de celles qu'on ne voit ni à Plombières, ni à Châtel-Guyon, qui bénissent leur balafre et la préfèrent à la douloureuse fabrication des paquets de ficelle, des peaux et du sable intestinal.

Le bon état actuel, le résultat fourni par l'opération va-t-il persister? J'ose l'espérer, mais sans en être certain, car, malheureusement, il est avéré que les opérations d'appendicite, de vraie appendicite, pratiquées pendant le cours d'une colite muco-membraneuse, peuvent demeurer sans effet sur cette dernière. Il est avéré aussi que les améliorations très marquées, que les guérisons complètes observées incontestablement à la suite de l'intervention ne sont pas toujours définitives. Des récidives ont lieu. J'en ai sous les yeux en ce moment un exemple frappant.

Une jeune fille de dix-huit ans violemment atteinte de colite muco-membraneuse, il y a quatre ans, pendant une fièvre tyhoïde, constamment constipée depuis lors, mais sans que des signes de colite muco-membraneuse aient attiré son attention, a eu récemment deux attaques d'appendicite aiguë. A la seconde, on me fait venir vers le quatrième jour. Le tableau est complet : douleur vive dans la fosse iliaque droite, hyperesthésie cutanée, défense musculaire, vomissements, fièvre bien caractérisée. Le cas est sérieux, je crains un abcès ou pis encore. Détente au huitième jour, mais incomplète. Le médecin et moi nous laissons refroidir, mais vers le vingtième jour, la douleur est toujours là, et la température n'est pas absolument normale. Il serait imprudent d'attendre davantage. J'opère et je trouve une collection séro-purulente à grumeaux fibrineux, circonscrite par l'épiploon, le cæcum, la dernière anse grêle, et au fond l'appendice coudé, tuméfié, rouge, friable, s'éraillant sous les tractions même les plus prudentes.

A l'incision, un contenu muqueux trouble et noirâtre s'en échappe. La paroi est notablement épaissie, la muqueuse d'un rouge intense, boursouflée, tomenteuse. Dans le canal, ni rétrécissement ni calculs.

L'examen histologique pratiqué il y a une dizaine de jours sur la pièce conservée dans l'alcool révélait dans les coupes une grande quantité de leucocytes.

Pour éviter une rupture secondaire, je suture par-dessus la

surface éraillée du moignon une couche de péritoine et des lobules graisseux de cæcum, puis j'enfouis moignon, sutures et ligatures dans la paroi cæcale, suivant la technique usuelle. C'était donc bien une appendicite.

Or, après une période de guérison de sa colite muco-membraneuse qui commençait un mois après l'opération, et qui s'est prolongée six semaines environ, cette jeune opérée a eu d'abord une angine herpétique, et huit jours après, une violente poussée de colite aiguë *gauche*, accompagnée de douleurs violentes, de ballonnement, de contracture musculaire, d'expulsion de peaux et de fièvre intense; cette poussée n'était pas terminée vendredi dernier, seize jours après le début.

Cette jeune fille est une récidiviste comme il y en a trop. Supposez que sa colite persiste à l'état chronique, et que cet été on l'envoie aux eaux de Plombières ou de Châtel-Guyon; supposez encore qu'au lieu d'avoir été atteinte d'une de ces formes suppurées d'appendicite qui ne laissent aucun doute dans l'esprit de personne, elle ait eu une forme moins caractérisée, moins aiguë, le médecin de Plombières ou de Châtel-Guyon auquel on l'aurait adressée aurait-il donc le droit d'affirmer qu'on l'a opérée d'une appendicite qu'elle n'avait pas, s'appuyant uniquement sur ce fait que la typhlo-colite muco-membraneuse a eu chez elle un retour offensif? Non, n'est-ce pas? Mais alors quelle raison pourrait m'empêcher de penser que beaucoup des malades cités par M. Dieulafoy étaient dans le même cas? C'étaient peut-être, eux aussi, des récidivistes, en dépit de l'opération subie et qui aurait été pratiquée *pour une appendicite qu'ils avaient réellement*.

Il me semble qu'examinées sous cet angle, les quarante observations de mon collègue perdent une bonne part de leur signification. Ce sont autant d'insuccès, soit, au point de vue de la typhlo-colite muco-membraneuse, mais peut-être pas au point de vue de l'appendicite, puisque le manque de détails sur les conditions de l'opération subie laissent la porte ouverte à toutes les suppositions.

Une des raisons que M. Dieulafoy allègue en faveur de son opinion, c'est que, dans les appendices étudiés par lui et examinés autour de lui, il n'y avait pas de lésions. Une autre encore, c'est que, sur 1.100 appendices prélevés au hasard sur des cadavres, M. Letulle a rencontré dans des proportions extraordinaires ces petites lésions qu'on considère comme caractéristiques

de l'appendicite chronique : destructions partielles de la muqueuse, sclérose sous-jacente, amincissement ou destruction de la couche adénoïde, travées fibreuses ou fibroïdes, etc.

Lorsqu'il n'y a rien d'apparent comme lésion, dans un appendice enlevé, je comprends les doutes ; mais, m'appuyant sur mon expérience personnelle et sur les réserves formulées par M. Cornil, je ne puis vraiment admettre la négation que si le microscope a exercé son contrôle. M. Dieulafoy ayant omis de nous dire, pour huit des cas qu'il rapporte, si l'examen histologique a contrôlé ses impressions en face d'appendices en apparence sains, il nous pardonnera certainement de ne pas pouvoir nous contenter d'affirmations aussi laconiques.

Il a du reste de l'appendicite chronique une conception très éloignée de celle que j'ai puisée dans mes observations personnelles. Dans un passage très court de la dernière édition de son *Traité de pathologie interne*, on lit que l'appendicite chronique l'est rarement d'emblée, qu'elle est *toujours accompagnée de lésions de voisinage*, adhérences, fausses membranes, adénites, clapiers purulents, magma d'exsudats divers, liquides et solides, etc. Or, ce n'est pas cela que j'ai vu. Qu'on en juge.

J'ai fréquemment constaté l'absence de toute adhérence et de vascularité superficielle ; à peine dans quelques cas un certain degré de tension et d'érection de l'appendice, avec léger renflement de l'extrémité en baguette de tambour ; mais dans cet appendice, qui semble sain, on trouve du mucus louche, parfois mélangé de pus ou de sang, un magma noirâtre ou franchement noir, véritable *mélæna* provenant d'un suintement hémorragique ancien. Je ne parle pas de lésions plus caractérisées, ébauches de rétrécissement, disparition de la muqueuse, amincissement de la paroi, petits amas de matières fécales, coprolithes formés ou en formation.

Parfois enfin — et ceci est vrai pour des appendicites aiguës refroidies comme pour des appendicites chroniques — tout se réduit à l'aspect tomenteux de la muqueuse, à une vascularité encore un peu exagérée, à des traînées ou à des îlots blanchâtres. Il faut le microscope pour déceler des altérations de tissus plus profondes, des infiltrations leucocytaires. Il faut l'étude bactériologique pour révéler dans cette cavité qui n'est plus close, mais qui a pu l'être à un moment donné, une flore abondante de microbes ayant sans doute perdu leur virulence, mais prêts à la recouvrer à la prochaine poussée d'in-

fection, à la prochaine atteinte de rétention intra-appendiculaire.

Il n'y a donc pas besoin de lésions importantes pour caractériser certaines appendicites? Je le crois sincèrement, et voilà pourquoi il m'arrive quelquefois, avant de commencer une opération, de dire à ceux qui m'entourent : « Voici un cas où l'appendice va vous paraître intact extérieurement. Vous serez tentés de croire à une erreur de diagnostic. Les premiers cas de ce genre que j'ai opérés m'ont troublé momentanément. Aujourd'hui ils ne me troublent plus, du moment que j'ai tiré l'indication opératoire de signes cliniques suffisamment précis. » J'ajoute : « Dans un appendice qu'on a laissé refroidir pendant un mois ou six semaines, les lésions peuvent être réduites à presque rien. Mais laissez-le en place, et une nouvelle crise pourra prendre des proportions dangereuses. Le péril pour l'avenir n'est pas toujours en rapport avec les lésions constatées. »

Ce péril serait-il donc imaginaire?

Il y a une chose qu'on n'a pas assez dite, si on l'a dite, c'est que nous n'avons jamais sous les yeux l'appendice entier. Le moignon reste en place, et avec lui, à la jonction de ce moignon avec le cæcum, la valvule de Gerlach, si capricieuse dans son développement que parfois elle existe à peine, est notoirement insuffisante et laisse pénétrer des matières fécales dans l'appendice, et que chez d'autres sujets elle est de belles dimensions, très complète. Devient-elle alors le siège d'une inflammation aiguë ou chronique, cette inflammation, occasionnant un rétrécissement aigu ou chronique, la transforme en obturateur, et alors voilà l'appendice devenu brusquement ou lentement un vase clos, le vase clos de la théorie de M. Dieulafoy.

Or, je crois à cette théorie, sans préjudice des infections d'emblée, indépendantes de toute maladie intestinale, auxquelles il faut faire une part. Je crois, non pas au vase clos exclusivement par le mécanisme de l'obturation calculeuse, qui en définitive est rare, mais par des rétrécissements fibreux situés dans différents points. Parmi ces derniers, il en est qu'on voit; ceux-là siègent dans toute la portion d'appendice qu'on enlève, mais il en existe aussi certainement *qu'on ne voit pas*, et ceux-ci sont au niveau de la valvule de Gerlach. C'est sans doute cette valvule elle-même, rétractée comme le collet du bulbe de l'urètre, dans les plus fréquents des rétrécissements de ce canal,

qui constitue ces rétrécissements. Tant qu'on n'aura pas vérifié ce fait, l'histoire de l'appendicite demeurera, selon moi, incomplète.

Or, cette rétraction doit déterminer des obturations plus ou moins accentuées de l'appendice et des rétentions momentanées de ses sécrétions muqueuses. A défaut d'explication plus tangible du défaut de lésions caractéristiques, dans certains cas d'appendicite, celle-ci peut être légitimement invoquée. En tout cas n'a-t-elle pas le mérite de concilier les indications d'un examen clinique sérieux avec l'examen négatif ou presque négatif de la pièce enlevée? Elle prépare peut-être un terrain d'accord pour des opinions jusqu'ici contraires.

L'accord se ferait peut-être encore plus vite et plus aisément si le diagnostic des appendicites et des typhlo-colites était encore mieux précisé. Ce qu'il faut dire, à la décharge de ceux qu'on accuse d'erreur, c'est que ce diagnostic est bien loin d'être toujours très simple. Il le serait si l'axiome de M. Dieulafoy pouvait être admis dans sa forme rigoureuse : *la typhlo-colite muco-membraneuse et l'appendicite ne marchent pas ensemble, ou si exceptionnellement qu'il n'y a guère lieu de tenir compte de la possibilité de cette coexistence*. Donc pas d'appendicite ou appendicite bien invraisemblable *a priori*, si les signes de l'autre maladie sont présents : douleurs chroniques ou par crises dans toutes les régions du gros intestin y compris le cæcum, alternances de constipation et de débâcles, évacuations de glaires, de membranes et de sable. La localisation des douleurs dans la fosse iliaque n'implique nullement l'extension de la maladie à l'appendice, mais bien une prédominance de l'état morbide sur le cæcum. Elle affecte les allures de l'appendicite aiguë, détermine quelquefois des vomissements, de la fièvre, sans préjudice de symptômes locaux trompeurs : point de Mac Burney, défense musculaire, ballonnement.

Cette localisation peut affecter aussi les allures de l'appendicite chronique : douleur dans la fosse iliaque continue ou rémittente et, en ce cas, série de petites crises ébauchées, suivies de détentes plus ou moins rapides.

En dépit de ressemblances aussi étroites avec l'appendicite aiguë ou chronique, le diagnostic n'est-il donc pas faisable? Est-il toujours difficile ou ordinairement facile? M. Dieulafoy le croit faisable, puisqu'il reproche à certains médecins ou chirurgiens de ne pas l'avoir fait. Notre collègue rendrait service à

tous en revenant, à l'occasion de cette discussion, sur les caractères qui lui semblent les plus importants.

Voici, pour ce qui me concerne, comment je comprends ce diagnostic. Lorsqu'on observe, en même temps qu'un réveil de douleurs plus ou moins aiguës sur tout le trajet du gros intestin, la prédominance des douleurs dans la fosse iliaque, il s'agit bien d'une poussée aiguë ou subaiguë de typhlo-colite. Les évacuations caractéristiques confirment bientôt le diagnostic.

Si les douleurs occupent presque exclusivement la fosse iliaque droite, et si en même temps les signes réactionnels ordinaires de l'appendicite se manifestent, il faut grandement se méfier de cette dernière. Nous savons qu'elle est possible chez les malades atteints de typhlo-colite muco-membraneuse, comme chez les sujets qui en sont exempts. Il faut oublier en quelque sorte la typhlo-colite, il faut dégager son esprit d'une conception particulière des rapports des deux maladies, pour diagnostiquer la première malgré l'existence de la seconde.

Alors on reconnaîtra, dans les formes très caractérisées de l'appendicite aiguë, que les douleurs sont très intenses, assez localisées pour n'avoir guère de tendance à remonter vers le côlon ascendant, que le maximum correspond bien au point de Mac Burney et à la zone immédiatement voisine. On constatera que les phénomènes réactionnels, fièvre, vomissements, sont très marqués et se prolongent. Je ne parle pas des signes indiquant la formation rapide d'une collection purulente ; ils ont naturellement une grande valeur.

Signes relatifs que tout cela, surtout dans les formes moyennes de la typhlo-colite et de l'appendicite. Je l'accorde, et c'est la raison pour laquelle je considère ces diagnostics comme hérissés de difficultés dans certains cas.

Mêmes difficultés dans les formes chroniques à poussées subaiguës. La fosse iliaque est sensible ; on y sent de l'empâtement un peu vague ou des indurations mobiles sous les doigts au milieu desquelles se trouve certainement l'appendice ; parfois un cordon grêle ou volumineux qui se prolonge vers le petit bassin et descend même dans sa cavité. Est-ce l'appendice tuméfié, adhérent à l'intestin, distendu et allongé ? ou n'est-ce pas plutôt le côlon contracturé, rétracté et réduit à l'état d'un petit boyau incomparablement moins volumineux que le cæcum normal ?

Le diagnostic est quelquefois si ardu en pareille circonstance

que, depuis trois ou quatre mois j'hésite devant un cas pareil. Heureusement l'opération ne s'impose pas absolument, parce que les présomptions relatives à l'appendicite doivent s'effacer un peu devant les signes trop nets de la colite muco-membraneuse.

Heureusement aussi tous les cas ne sont pas aussi difficiles. J'incline vers l'appendicite chronique lorsque la localisation de la douleur est précise, limitée et constante, lorsqu'elle survit aux rémissions de la colite, lorsque dans ses exacerbations elle garde les mêmes caractères de précision et de siège, lorsque ces exacerbations ne sont pas inévitablement suivies d'évacuations glaireuses, muco-membraneuses et sableuses. Il faut qu'il y ait une certaine indépendance dans les symptômes de l'appendicite chronique, par rapport à ceux de la typhlo-colite. Autrement il serait trop à craindre que celle-ci n'affectât simplement les caractères de l'appendicite.

Une fois le diagnostic fait, doit-on toujours opérer? Ici je redeviens médecin. Non, certes, il ne faut pas toujours opérer, d'abord parce que la simple extirpation de l'appendice malade n'aura qu'aléatoirement une influence sur l'état du côlon — l'expérience l'a déjà suffisamment démontré — ; ensuite parce que ces appendicites chroniques en connexion avec la typhlo-colite m'ont paru assez souvent passagères. J'en ai observé plusieurs auxquelles je n'ai pas voulu toucher et qui ont disparu peu à peu ; leurs retours offensifs ne présentaient pas la gravité qui met forcément le bistouri à la main.

Il y a cependant des cas où l'opération est nécessaire. Lorsque les douleurs sont constantes et assez fortes pour entraver la vie des malades, lorsqu'elles s'éveillent sans exacerbation concomitante de la typhlo-colite, lorsque l'état général pâtit de cette situation, et qu'on ne se croit pas autorisé à attribuer le péril uniquement à la maladie du côlon, il faut opérer.

On a le droit d'intervenir, même en cas de doute, si l'on est en possession d'un demi-diagnostic, et lorsqu'il y aurait de graves inconvénients à trop temporiser. Qui, en pareille circonstance, condamnerait sans merci l'incision exploratrice, cette incision exploratrice devenue depuis longtemps pratique courante dans la chirurgie abdominale? Sait-on jamais à l'avance si telle opération n'aurait pas pour résultat la guérison ou l'amélioration durable de la colite, puisque les faits de ce genre, bien que rares, doivent être acceptés? N'est-il donc pas permis de faire entrer pour une petite part la chance à courir

dans les raisons déterminantes d'une intervention chirurgicale ?

Les considérations qui précèdent gagneront peut-être en précision et en portée, si je les résume dans les conclusions que voici :

1° L'erreur dénoncée par M. Dieulafoy a dû être réellement commise un certain nombre de fois, mais j'ai peine à croire qu'elle l'ait été aussi souvent qu'il le pense ;

2° Les faits sur lesquels s'appuie notre collègue manquent de rigueur. Les dires de malades non guéris de leur typhlo-colite muco-membraneuse et de médecins de certaines stations hydro-minérales, sans doute insuffisamment renseignés sur les antécédents de leurs clients, ne sauraient prouver qu'aucun de ces opérés n'avait eu d'appendicite. On pourrait tout aussi bien dire que, débarrassés de leur appendicite, ils ont simplement continué à avoir de la colite-muco-membraneuse ;

3° S'il est exact que cette maladie ne semble pas constituer une prédisposition marquée à l'appendicite, la coexistence et peut-être la corrélation de l'une et de l'autre apparaît comme moins exceptionnelle que ne l'affirme notre collègue. Cette remarque s'applique encore plus aux formes chroniques de l'appendicite, qu'il semble négliger dans ses considérations, qu'aux formes aiguës ;

4° Des cas personnels, joints à ceux mentionnés par certains de mes collègues, me permettent de croire à l'heureuse influence des appendicectomies sur la typhlo-colite muco-membraneuse, mais probablement dans un nombre restreint de cas. Trop fréquemment, cette influence est nulle ou seulement temporaire ;

5° L'examen superficiel et macroscopique d'un appendice ne suffit pas pour qu'on puisse affirmer qu'il n'a pas été atteint de lésions sérieuses quelque temps avant l'opération, et qu'il n'en présente plus au moment de cette dernière. L'examen microscopique et bactériologique est nécessaire pour trancher la question ;

6° De petites lésions justifient encore l'intervention dans les cas aigus ou chroniques, lorsque la répétition des crises ou la persistance des symptômes fâcheux ou périlleux a inspiré des craintes pour l'avenir, et que le diagnostic n'a pu prêter au doute ;

7° Il ne faut pas oublier qu'on n'a jamais sous les yeux l'appendice entier après son extirpation. Une partie échappe toujours à l'examen, c'est le point d'implantation de cet organe sur

le cæcum. L'insuffisance ou la rétraction de la valvule de Gerlach, suivie du rétrécissement de l'orifice appendiculo-cæcal, ferait comprendre bien des particularités cliniques ou anatomiques mal expliquées, si l'on pouvait toujours se rendre compte de l'état de cet orifice et de la valvule; mais la technique courante prescrit de laisser en place un court moignon de l'appendice. On ne sait donc jamais quelles lésions existent à sa base;

8° Si avec de l'attention on parvient à diagnostiquer la typhlo-colite de l'appendicite aiguë et chronique, il est des cas où ce diagnostic est fort difficile. Lorsque la fixité des symptômes locaux permet un demi-diagnostic et que la santé des malades semble de plus en plus compromise, l'incision exploratrice est aussi légitime que s'il s'agissait de tel autre cas de chirurgie abdominale;

9° Si les symptômes sont assez nets pour qu'on puisse diagnostiquer une appendicite aiguë ou chronique, compliquant une typhlo-colite muco-membraneuse, il faut intervenir, *non pas dans le but de guérir la typhlo-colite par l'appendicectomie*, résultat trop aléatoire, mais *pour parer aux inconvénients et aux dangers de l'appendicite abandonnée à elle-même*.

Encore un mot pour finir.

Personne ne me contredira si je dis que la typhlo-colite muco-membraneuse est un des pires fléaux qui sévissent sur l'humanité, et principalement sur l'humanité féminine.

Personne ne me contredira non plus si j'ajoute que la thérapeutique médicale n'a que bien peu de prise sur elle. N'est-ce pas là l'excuse des chirurgiens qui, sur la foi d'une autre affirmation parfois exacte, à savoir que l'appendicite chronique engendre et entretient les diverses colites, ont pensé pouvoir guérir ces dernières en supprimant l'appendice? Ils ont peut-être eu tort de se laisser guider par une conception erronée dans un grand nombre de cas. Ils ont pu aussi, entraînés par leur désir de prouver la supériorité de la thérapeutique chirurgicale sur la thérapeutique médicale, voir des appendicites là où il n'y en avait pas, et pratiquer quelques opérations inutiles.

Le cri d'alarme plein de franchise et certainement très bien intentionné de M. Dieulafoy aura pour résultat de les rendre, de nous rendre tous plus rigoureux encore dans la recherche des signes diagnostiques et dans celle des indications opératoires. Nous lui devons des remerciements pour nous avoir crié casse-cou. Les malades atteints de typhlo-colite muco-membraneuse à

qui dorénavant on parlera d'intervention se rappelleront, en l'appliquant à leur chirurgien, le dicton si profondément vrai : Un bon averti en vaut deux.

M. PAUL REYNIER : Messieurs, c'est avec un très grand intérêt que j'écoutais l'autre jour, comme vous tous, la communication de M. le professeur Dieulafoy, admirant le talent d'exposition de notre éminent collègue, et partageant sur un certain nombre de points sa manière de voir.

C'est ainsi que j'ai été heureux de l'entendre, lui qui a poussé tant d'appendices sous le couteau, faire un plaidoyer chaleureux, pour que ce couteau ne se lève plus qu'avec circonscription.

C'est également avec plaisir que je le voyais par sa communication montrer que ce fameux point de Mac Burney, que naguère il regardait comme pathognomonique, ne l'est toutefois que si concomitamment avec lui on relève tout un ensemble de symptômes vous permettant d'affirmer le diagnostic.

Il y a longtemps, en effet, que j'ai montré à mes élèves que ce point se rencontre dans certaines salpingites, et qu'alors le diagnostic est particulièrement difficile. On le voit encore symptomatique, comme j'en ai cité des cas, d'urétérite, de calculs urétéraux, on le trouve dans les tuberculoses iléo-cæcales, dans la typhlite typhique; dans la pleuro-pneumonie de l'enfance, comme l'enseignait mon cher maître M. Behier, et aujourd'hui M. Dieulafoy le signale dans la typhlo-colite membraneuse; M. Lancereaux ajoute qu'il l'a vu dans l'hystérie, l'absinthisme.

Symptomatique de tant de lésions, il est difficile qu'il soit pathognomonique d'une seule; et le point de Mac Burney, je le répète, ne peut nous donner qu'une présomption et non une certitude d'appendicite.

De le démontrer, la communication de M. Dieulafoy n'aurait-elle atteint que ce but, que nous devrions tous y applaudir.

Mais à regret nous allons nous séparer de notre éminent collègue sur la conception qu'il se fait de l'entérite muco-membraneuse.

Il semblerait, d'après sa communication, que faire le diagnostic d'entéro-colite membraneuse doit presque exclure toute idée d'appendicite, puisque d'après lui celle-ci serait exceptionnelle.

Or, si je reconnais avec lui que bien des entérites muco-membraneuses sont indépendantes de l'appendicite, toutefois je crois avec M. Richelot, M. Le Dentu, M. Reclus et la grande majorité

de mes collègues, qu'on ne saurait nier la réalité d'une entérite muco-membraneuse assez fréquente d'origine appendiculaire.

M. Reclus vous a cité toute une série d'observations où cette entérite a disparu l'appendice enlevé. A ces observations je pourrais en ajouter de personnelles, où j'ai vu les phénomènes d'entéro-colite membraneuse disparaître par l'ablation d'un appendice contenant, dans un cas des calculs stercoraux, dans un autre un abcès. Je vois encore une jeune femme qui a été complètement guérie par l'ablation de son appendice malade.

Or, ces faits se comprendront aisément si on admet avec nous que l'entérite muco-membraneuse, comme dernièrement le faisait remarquer, dans une leçon, M. le professeur Robin, comme le disait l'autre jour M. Richelot, n'est pas, à proprement parler, une maladie de l'intestin, mais une entéralgie catarrhale réflexe, un spasme intestinal, qui se produit chez certains nerveux par le fait de lésions fort diverses, mais qui auront toutes pour caractère de gêner sur un point la circulation intestinale. C'est ainsi que nous voyons cette entérite membraneuse se produire à la suite de salpingo-ovarites, d'utérus métritique rétrofléchi, appuyant sur et comprimant la partie inférieure du gros intestin; que nous la voyons compliquer certains rétrécissements tuberculeux du gros intestin, comme je peux vous en citer deux observations : une, relevée sur un malade de M. Lancereaux, qui avait crises d'entérite muco-membraneuse et rétrécissement tuberculeux de la valvule iléo-cæcale; une autre sur un malade que j'ai encore dans le service, qui a une sigmoïdite probablement tuberculeuse et, de temps en temps, des crises d'entérite muco-membraneuse, pour lesquelles il est entré.

Nous verrons encore ces crises d'entérite muco-membraneuse avec un rein mobile appuyant sur le côlon ascendant, ou avec des brides épiploïques, comme je vous en citerai plus loin un exemple probant.

On ne voit donc pas pourquoi l'appendice malade, comme une salpingite, ne pourrait pas être, soit parce qu'il est adhérent au cæcum, soit par le fait d'adhérences, le point de départ initial de ces réflexes intestinaux.

Encore une fois, des faits indéniables de guérison d'entérite muco-membraneuse par l'ablation de l'appendice sont là pour le prouver.

Ce qu'il importerait donc surtout de faire, serait le diagnostic étiologique de ces entéro-colites membraneuses, et j'aurais été

heureux d'en voir donner les éléments par un maître comme l'est M. Dieulafoy.

Mais revenons à l'entéro-colite muco-membraneuse d'origine appendiculaire.

Si, pour nous, elle est nettement démontrée par les faits où elle guérit par l'ablation de l'appendice, toutefois nous reconnaissons qu'elle persiste souvent, celui-ci étant enlevé, comme elle peut persister à la suite de l'ablation de la salpingo-ovarite.

Mais est-ce pour cela une raison de dire que l'appendice n'a été pour rien dans la genèse de cette affection?

Je ne le crois pas.

Car à cela je peux répondre que quelquefois des adhérences persistent qui entretiennent l'entéralgie. Il m'est ainsi arrivé de réopérer dernièrement un malade auquel j'avais enlevé l'appendice malade, qui avait des crises d'entéralgie membraneuse persistantes, et qui furent amendées et disparurent finalement par le fait de la section de brides épiploïques, qui unissaient la partie inférieure du cæcum à l'intestin, et comprimaient sa valvule iléo-cæcale.

D'autre part, j'ai vu des malades continuant à souffrir, que j'ai envoyés à Châtel-Guyon et à Plombières grossir le nombre de ceux que M. Dieulafoy appelle les balafrés. Mais, pour ceux-là, j'ai pensé que nous devions être en présence de ces algies douloureuses qui, *sublata causa*, persistent, comme nous en avons la preuve dans la sphinctéralgie persistant quelquefois, comme le faisait remarquer Gosselin, la fissure anale guérie.

En faveur de cette idée, je peux citer deux cas où les crises d'entéralgie muco-membraneuse continuant après l'ablation de l'appendice ont peu à peu, dans l'année qui suivit, diminué et les malades ont fini par guérir complètement.

Il ne faudrait donc pas conclure trop vite que l'ablation de l'appendice n'ayant pas arrêté l'entérite muco-membraneuse, celui-ci n'a été pour rien dans son origine.

J'arrive enfin, Messieurs, au reproche qui a particulièrement été sensible à beaucoup de nos collègues, lorsque M. Dieulafoy a semblé accuser un certain nombre d'entre nous d'enlever des appendices sains par erreur, et de chercher dans l'examen microscopique une excuse à leur opération.

M. le professeur Cornil, mieux qu'aucun de nous n'aurait pu le faire, a répondu à cette accusation en montrant que ces

lésions que révèle le microscope sont le reliquat d'anciennes inflammations, et il nous a cité une observation où on trouvait trois rétrécissements fibreux, correspondant à chacune des crises; il nous montrait ainsi qu'on ne saurait regarder comme absolument guéri un appendice qui aurait fait des lésions folliculaires et qui, par le fait qu'il en a fait, semble prédisposé à en faire de nouvelles.

Mais j'ajoute alors ceci. Bien souvent il nous est arrivé après des crises appendiculaires indéniables nettement caractérisées par des symptômes très graves, d'opérer à froid, et de trouver à notre grande surprise des appendices qui, à l'œil nu, ne paraissent plus malades, chez lesquels cependant le microscope décelait des cicatrices, une paroi épaissie, voire même contenant des microbes, preuves de l'inflammation que nous avions soignée.

Devant ces appendices souvent nous nous sommes tous demandé si on n'aurait pas pu ne pas intervenir. Et, en effet, ces appendices ne paraissent plus dangereux, ni bien malades, et s'ils ne sont guéris, bien près de la guérison.

Mais à ces cas, de suite dans notre esprit viennent s'opposer ceux où après la crise le malade n'accusait plus aucune douleur, où nous avons pour les décider à se faire opérer à lutter contre l'entourage, contre le médecin de la famille, et le jour où on les opérerait on trouvait un appendice très malade contenant encore un foyer enkysté, un calcul stercoral, ou avec des parois très amincies menaçant la perforation.

Autant dans les premiers cas on regrettait l'opération, autant dans ceux-là on s'applaudissait d'être intervenu.

Malheureusement, pour ne pas intervenir dans les premiers cas, il faudrait savoir quand, à la suite d'une crise d'appendicite, un appendice peut être considéré comme guéri. Il faudrait pouvoir faire un diagnostic qu'il nous est à l'heure actuelle impossible de faire. Et dans l'incertitude où nous sommes, devant la bénignité de l'opération à froid, nous devons opérer. Car pour un appendice que nous trouverons revenu presque à l'intégrum ne présentant que des lésions microscopiques, nous en trouverons cinq dont la conservation aurait pu occasionner la mort, ou de nouveaux accidents.

Qu'on prenne donc garde en nous reprochant ces appendices peu altérés, de jeter la suspicion sur des opérations que nous faisons en toute conscience et en toute honnêteté.

M. RICHELOT : Le point dangereux de la doctrine de notre collègue Dieulafoy, c'est l'antagonisme qu'il cherche à établir entre l'appendicite et la colite muco-membraneuse. Nous sommes d'accord avec lui pour dire que les deux maladies sont, dans bien des cas, indépendantes et qu'on a tort de conclure de l'une à l'autre, ce qui entraîne à des opérations inutiles. Mais il va beaucoup trop loin quand il écrit cette phrase que j'ai citée : « Si on observe de l'entérite glaireuse au cours d'une crise intestinale, on n'a rien à redouter de l'appendicite. » Voilà l'erreur et le danger; dans la dernière séance, j'ai cité une observation qui prouve la relation de cause à effet entre les lésions appendiculaires et l'entérite glaireuse, et la guérison des troubles intestinaux par l'extirpation de l'appendice. Reclus, à son tour, a montré par des exemples à quels désastres peut conduire ce parti pris de nier l'appendicite quand on voit l'entérite glaireuse.

Or, je reçois d'un de mes anciens internes, le D^r Maurice Hepp, une observation qui vient tout à fait à l'appui de notre thèse, et que je vous demande la permission de vous communiquer, à titre de document nouveau. C'est sa propre histoire que Maurice Hepp nous raconte; je lui laisse la parole.

« Je me suis fait opérer d'appendicite, il y a un an, par mon ami Gosset. Les symptômes de mon mal s'étaient bornés à ceux de l'entéro-colite muco-membraneuse, avec glaires sanguinolentes, coliques, dépression générale; j'avais eu une seule petite crise fébrile de deux jours, avec nausées et sensibilité assez vive de la fosse iliaque droite, m'obligeant tout juste pendant trente-six heures à interrompre mes occupations. A peine sorti de cette crise légère, pendant laquelle la température n'avait pas dépassé 38 degrés et le pouls 80, je priai Gosset de m'enlever mon appendice. L'opération eut lieu huit jours après, et entre temps je continuai à voir mes malades.

« Or, malgré cette indigence extrême de symptômes, Gosset trouva un appendice très adhérent, présentant à sa surface deux larges taches noires, et du liquide si louche dans le péritoine, qu'il dut me drainer pendant six jours. La coupe de cet appendice a été faite par mon ami Marcel Garnier, et elle est conservée comme un exemple d'appendicite au laboratoire de Roger à la Faculté. La muqueuse est entièrement détruite, et au niveau des taches sphacéliques qui semblaient truffer l'appendice, la séreuse elle-même est entamée, de telle sorte que, sans autres

symptômes que ceux d'une entéro-colite banale, j'avais une appendicite qui menaçait mon existence d'une minute à l'autre.

« Depuis cette opération je me porte parfaitement bien, et un mois après ma guérison toute trace de peaux et de glaires avait disparu de mes selles.

« Enfin, voici qui confirme tout ce que vous avez dit sur l'origine intestinale de l'appendicite : depuis 1898, l'année même où je fus votre interne, je souffrais de crises diarrhéiques consécutives à une dysenterie que j'avais contractée en Bretagne pendant mes vacances, et qui a été certainement l'origine de mon appendicite.

« Je crois qu'il eût été impossible à n'importe quel clinicien de discerner, dans les troubles dont je souffrais, rien de particulièrement inquiétant, et les soucis assez sérieux que j'avais eus lorsque débuta ma typhlo-colite auraient suffi à beaucoup de nos collègues pour mettre au compte de la névropathie mes désordres intestinaux. Je n'en avais pas moins la forme la plus sévère de l'appendicite et l'ablation de mon appendice n'en a pas moins radicalement guéri ma typhlo-colite.

« A mon exemple personnel je pourrais en ajouter au moins une dizaine d'autres de ma pratique, presque aussi frappants. En toute conscience, je ne crois pas pouvoir me reprocher d'avoir encore enlevé un appendice sain, bien que j'aie opéré nombre de malades atteints d'entéro-colite. »

Il me semble que l'observation de Maurice Hepp nous fait assister à l'évolution ordinaire de l'appendicite et nous la fait bien comprendre : infection dysentérique première en date, contamination de l'appendice et progression lente de ses lésions histologiques, enfin développement des phénomènes nerveux réactionnels, de la névrose sécrétoire et motrice appelée colite muco-membraneuse, entretenue par la présence de l'appendice malade et disparue avec lui. A cause de sa précision, ce nouveau fait m'a paru digne d'être versé au débat.

M. LE PRÉSIDENT : La discussion continuera dans la prochaine séance.

— A quatre heures quarante minutes, l'Académie se réunit en comité secret, afin d'entendre la lecture d'un rapport de M. Reynier sur les titres des candidats dans la première division (Médecine) des correspondants nationaux.

— A quatre heures cinquante-cinq minutes, la séance est levée.

Le Secrétaire perpétuel, S. JACCOUD.

Le Gérant, PAUL BOUCHEZ.

SÉANCE DU 19 JUIN 1906

PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT

SOMMAIRE : *Correspondance officielle :* M. le ministre de l'Intérieur, *Eau minérale.* — *Correspondance manuscrite :* M. Denizet, *Vaccinations*; M. Pierre, *Eau minérale*; M. Brou de Laurière, *Suette*; M. D. Olivier, *Silice.* — *Présentations d'ouvrages manuscrits et imprimés :* M. Teissier, *Casernements*; M. Rouvier, *Grossesse*; Société obstétricale de France, *Annales*; MM. Lagrange et Valude, *Ophthalmologie*; M. Barrabé, *Eau minérale.* — *Elections de deux correspondants nationaux dans la première division de médecine :* MM. Armaingaud et Trolard sont élus. — *Communications :* I. MM. Daremberg et Perroy, *Indican et Scatol urinaires*; II. M. Thierry, *L'avortement épizootique, ou infectieux, des femelles domestiques peut-il être une cause d'avortement chez la femme?* III. MM. Reynier et Brumpt, *Observation parisienne de pied de Madura*; *Discussion :* MM. Cornil, Laveran. — *Discussion sur la typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et l'appendicite :* M. Dieulafoy.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu par M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL, est adopté.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL communique les pièces de la correspondance :

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'Intérieur envoie une demande d'autorisation pour la source dite « la Châtelaine », située à Dornas (Ardèche). — (*Commission des eaux minérales*).

Correspondance manuscrite.

I. M. le Dr Denizet adresse l'état des vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées à Château-Landon en 1905-1906. — (*Commission de vaccine*).

II. M. le D^r Pierre, médecin aide-major de 1^{re} classe, envoie un mémoire imprimé sur l'action physiologique et thérapeutique de l'eau thermale de Bourbonne-les-Bains. — (*Commission des eaux minérales*).

III. M. le D^r Brou de Laurière adresse une brochure sur le traitement de la suette par le froid et les purgatifs.

IV. M. le D^r D. Olivier envoie un travail imprimé sur le silice et le silicate de soude dans l'organisme.

Présentations d'ouvrages manuscrits et imprimés.

I. M. KELSCH : M. le D^r Teissier, médecin-major de l'armée, à l'honneur de vous offrir, par mon intermédiaire, un mémoire intitulé : *Exigences hygiéniques des casernements. Un quartier de cavalerie*.

L'auteur débute par une étude critique des divers systèmes de casernement, actuellement en usage en France et chez les principales nations de l'Europe. Puis il établit magistralement, en médecin d'armée expérimenté et en observateur judicieux, les conditions hygiéniques que doit remplir un bon casernement, notamment s'il est affecté à la cavalerie. C'est le plan d'une caserne idéale, conçu d'après tous les principes de l'hygiène moderne, au fond, c'est une véritable étude de la prophylaxie des maladies épidémiques, qui fait le plus grand honneur aux connaissances théoriques et pratiques de M. Teissier. Mon jeune collègue de l'armée m'est connu depuis longtemps : c'est un médecin militaire des plus distingués; son travail retiendra certainement l'attention de la commission des épidémies à laquelle j'ai l'honneur de vous prier de l'adresser. — (*Commission des épidémies*).

II. M. PORAK : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie les *Annales de la Société obstétricale de la France*, pour la session de 1905. Mes collègues, en m'appelant à diriger leur travaux, avaient bien voulu mettre à l'ordre du jour trois questions se rapportant aux *dystrophies osseuses congénitales, aux infections chez le nouveau-né, aux ruptures utérines*. Les deux premières questions ont été l'objet de mes constantes recherches depuis de nombreuses années. Je pense que les rapports qui ont été rédigés sous ma direction par mes élèves et par mes amis donnent le tableau fidèle et complet de l'état actuel de nos connaissances. M. Brindeau s'était chargé de rédiger le rapport sur

les ruptures utérines. Ces rapports ont donné naissance à des discussions approfondies.

Les communications, présentées à cette société, ont été trop nombreuses pour que j'en fasse ici l'énumération et, pour la plupart, trop importantes pour que j'essaie de les analyser.

On pourra les consulter dans le bulletin que je dépose sur le bureau de l'Académie.

III. M. BUDIN : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, de la part de M. le Dr J. Rouvier, professeur de clinique obstétricale à l'école de médecine d'Alger, une intéressante observation manuscrite, ayant pour titre : *Grossesse utéro-interstitielle diagnostiquée au début du quatrième mois. Avortement.*

Ce travail vient s'ajouter aux titres nombreux que M. Rouvier possède comme candidat au titre de correspondant national. — (*Commission spéciale*).

IV. M. CHAUFFARD : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie le sixième volume de l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie*, publiée sous la direction de MM. F. Lagrange et E. Valude.

Dans ce nouveau volume sont décrites : les maladies du tractus urinal, traitées par le professeur Venneman, de l'Université de Louvain; les maladies du corps vitré par le professeur Rohmer, de l'Université de Nancy; les maladies de la rétine par le professeur Dufour, de Lausanne, en collaboration avec son assistant le Dr Gonin.

Le Dr Lagrange a étudié les tumeurs de ces différentes parties de l'organe visuel.

L'importance des sujets traités dans ce volume est d'autant plus grande que la connaissance et le diagnostic des maladies de l'iris, de la choroïde, de la rétine, jouent en médecine générale un rôle capital et peuvent apporter à l'examen clinique l'appoint de signes vraiment révélateurs.

Je signale, de plus, les nombreuses et belles planches en couleurs, hors texte, qu'illustrent le chapitre des maladies de la rétine.

V. M. LÉON LABBÉ : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie, deux brochures fort intéressantes de M. le Dr Barrabé, médecin aux Eaux de Bagnoles-de-l'Orne. L'une est intitulée : *Traitement des phlébites et des varices aux eaux minéro-thermales de Bagnoles-de-l'Orne.*

Dans cette brochure, M. Barrabé rappelant, à juste titre, l'action absolument spéciale et puissante des Eaux de Bagnoles dans la cure des suites de la phlébite, insiste sur ce point que les travaux de Curie et de Laborde semblent démontrer que cette action spéciale serait due surtout à la *radio-activité* de ces eaux. Il insiste sur l'efficacité de

traitement par l'usage de l'eau en boisson, et en bains, et est très réservé sur l'appréciation de l'utilité du massage. Pour mon compte, témoin depuis bientôt trente ans de l'efficacité du traitement de la phlébite par l'usage des Eaux de Bagnoles, je suis convaincu que les pratiques du massage, employées dans cette station depuis quelques années, n'ont rien ajouté à la puissance du traitement thermal et peuvent au contraire présenter des inconvénients sérieux.

Dans une seconde brochure après avoir rappelé en quelques pages les principales propriétés des Eaux de Bagnoles-de-l'Orne, le Dr Barrabé nous présente un guide illustré des plus intéressants de Bagnoles-de-l'Orne et de ses environs.

Je demande que ces deux brochures soient renvoyées à la Commission des Eaux minérales. — (*Commission des eaux minérales*).

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie qu'elle se réunira en comité secret afin d'entendre la lecture : 1° D'un rapport de M. Netter sur les candidats à la place déclarée vacante dans la VIII^e section (Hygiène publique, médecine légale et police médicale); 2° d'un rapport de M. Motet sur le concours pour le prix Baillarger en 1906.

Élections

de deux correspondants nationaux dans la première division (Médecine).

L'Académie procède aux élections de deux correspondants nationaux dans la première division (*Médecine*), d'après la liste suivante des présentations, dressée par la Commission spéciale :

En première ligne	M. Armaingaud (de Bordeaux).
En deuxième ligne	M. Trolard (d'Alger).
En troisième ligne (<i>ex-æquo</i> et	{
par ordre alphabétique) . . .	
	M. Abelous (de Toulouse).
	M. Baumel (de Montpellier).
	M. Manquat (de Nice).
	M. Nicolas (de Nancy).

PREMIÈRE ÉLECTION.

Nombre de votants : 77.

Majorité : 39.

Ont obtenu :

MM. Armaingaud	51 voix.
Manquat	8 —
Nicolas	7 —
Baumel	5 —
Trolard	3 —
Abelous	1 —

Plus 1 bulletin blanc et 1 bulletin nul.

En conséquence, M. ARMAINGAUD, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, est proclamé correspondant national dans la première division (*Médecine*).

DEUXIÈME ÉLECTION.

Nombre de votants : 76.

Majorité : 39.

Ont obtenu :

MM. Trolard	41 voix.
Manquat	14 —
Nicolas	13 —
Baumel	8 —

Plus 1 bulletin blanc.

En conséquence, M. TROLARD ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés, est proclamé correspondant national dans la première division (*Médecine*).

Communications.

1. *L'Indican et le Scatol urinaires* (1),

par MM. G. DAREMBERG, *correspondant national*,
en collaboration avec M. Th. PERROY,
directeur du laboratoire municipal de Cannes.

L'étude des chromogènes de l'urine a fait de grands progrès depuis la publication des récents travaux de L. C. Maillard sur l'Indoxyle urinaire et de Porcher et Hervieux sur le rouge scatolique. Les médecins peuvent maintenant rechercher dans les urines l'Indican et le Scatol à l'aide d'un matériel très simple ; quelques tubes à essai, de l'acide chlorhydrique, de l'alcool amylique, du chloroforme.

L'indican est soluble dans le chloroforme et le colore en bleu ; le scatol est soluble dans l'alcool amylique et le colore en rouge. On produit l'un et l'autre de ces corps en traitant l'urine par une quantité égale d'acide chlorhydrique concentré.

L'indican ou l'indigo urinaire se présente dans les urines sous deux aspects différents : l'indigotine, qui se développe immédiatement, et l'indirubine qui se développe tardivement.

Si dans un mélange par parties égales d'urine et d'acide chlorhydrique on ajoute du chloroforme qui devient immédiatement bleu après quelque agitation, ce qui est très rare, on est en présence de l'Indican classique, de l'*Indican immédiat*.

Si le chloroforme reste incolore, il faut bien se garder de croire que l'urine ne contient pas de chromogène bleu. Il faut attendre pendant une dizaine d'heures et on constate le plus souvent que le chloroforme agité avec l'urine chlorhydrique devient violet. Cette teinte est due à un mélange d'indigotine bleue et de son produit d'oxydation, l'indirubine rose. Ce violet tire tantôt sur le bleu, tantôt sur le rose, selon la prédominance de l'indigotine ou de l'indirubine dans le mélange, c'est l'*Indican tardif*.

L'indirubine se forme lentement aux dépens de l'indigotine.

(1) Cette communication a été faite en l'absence de M. Daremberg, par M. Budin.

Quand on traite par l'éther une urine mélangée avec l'acide chlorydrique, si cette urine contient de l'indigotine immédiatement décelable, l'éther se colore en bleu, et si on examine cette solution bleue une ou deux heures après, on voit un cercle rose vif se former au contact de la couche urinaire et de la couche éthérée, tandis que la solution éthérée perd sa couleur bleue.

Si on verse l'acide chlorhydrique sur de l'urine chaude contenant de l'indigotine immédiate, le chloroforme ou l'éther ajoutés se colorent en rouge; l'indigotine bleue s'est transformée par oxydation en indirubine rouge. La même oxydation se produit souvent si dans une telle urine non chauffée on ajoute de l'eau oxygénée.

MM. Porcher et Hervieux ont récemment étudié le *rouge scatolique* des urines qui est soluble dans l'alcool amylique, insoluble dans le chloroforme et l'éther.

Lorsqu'on a traité l'urine par une partie égale d'acide chlorhydrique, si on agite le mélange avec de l'alcool amylique, cet alcool amylique surnageant se colore en des teintes variables qui vont du rouge très foncé au rouge très clair. La teinte obtenue après le contact immédiat des trois substances se fonce et en un quart d'heure elle a atteint son maximum d'intensité.

Nous avons recherché chez les sujets sains et malades si les quantités d'indigotine émises par les urines variaient avec l'alimentation carnée; si la digestion les influençaient, si les acides et les alcalins les modifiaient et nous n'avons constaté aucun rapport appréciable. Il est facile de juger ces quantités en constituant une échelle colorimétrique; on établit cinq teintes de violet, allant du plus clair, presque rose, au plus foncé, tirant sur le bleu noir, on a ainsi les quantités évaluées de 1 à 5 du mélange d'indigotine et d'indirubine lentement décelables et observées toujours douze heures après le mélange d'urine et d'acide chlorhydrique.

On agit de même pour le rouge scatolique en établissant cinq teintes rouges graduellement croissantes d'intensité.

Nous n'avons jamais observé un sujet chez lequel l'indigotine bleue immédiatement décelable se manifestait à toutes les heures de la journée. Pendant le mois de décembre 1905, nous avons examiné tous les trois jours les urines de trois sujets, tuberculeux en bon état, émises à 8 heures du matin, midi, 7 et 9 heures du soir. Chez ces trois malades nous avons constaté dans l'urine de chaque matin la présence d'indigotine bleue immédiatement

développable. Aux autres heures de la journée, l'urine ne renfermait que de l'indigotine et de l'indirubine tardive, donnant une solution chloroformique violette, dont la teinte atteignait la plus grande intensité à midi et décroissait progressivement jusqu'à 9 heures du soir, heure à laquelle elle était souvent à peine perceptible. La teinte violette est toujours moins intense le soir que le matin.

Le maximum horaire du scatol est très variable, tantôt il existe à midi (comme celui de l'indigotine), tantôt il se développe à sept heures du soir, quand l'indigotine disparaît, mais en tout cas, à neuf ou dix heures du soir, il disparaît avec l'indigotine.

Le rouge scatolique n'augmente pas avec une alimentation carnée intensive. Mais chez les sujets qui mangent beaucoup de viande, nous avons vu le rouge scatolique augmenter, si on leur donne du bicarbonate de soude ou du jus de citron.

Les urines ictériques donnent par l'acide nitrique la réaction de Gmelin qui fait naître toute la gamme des couleurs du spectre solaire.

Si on traite ces urines ictériques par l'acide chlorhydrique, le chloroforme présente quelquefois la coloration bleue immédiate de l'indigotine, d'autres fois une teinte immédiate violette due au mélange de l'indigotine et de l'indirubine, d'autres fois une couleur jaune due à la bilirubine; l'éther est aussi coloré en jaune pâle par cette substance.

Si l'on chauffe une urine ictérique qui contient du bleu d'indigo, le chloroforme surajouté devient immédiatement violet; cette teinte est due au mélange d'indigotine et de son produit d'oxydation, l'indirubine.

Si on décante le chloroforme bleu ou violet de telles urines ictériques des malades atteints de cirrhose, et si on verse sur l'urine chlorhydrique restante de l'alcool amylique, on le voit devenir jaune, parce que l'urine contient de la bilirubine.

Si on agite l'alcool amylique avec l'urine chlorhydrique non traitée par le chloroforme, la solution amylique surnageante se colore en vert plus ou moins foncé, parce qu'une trace d'indigotine bleue est soluble dans l'alcool amylique et a formé du vert en se mélangeant avec le jaune de la bilirubine.

Les urines ictériques d'un cardiaque cirrhotique ne contenaient pas d'indigotine, mais une quantité énorme de rouge scatolique. De sorte que dans les urines ictériques on rencontre

de fortes doses tantôt de substances indoxyliques, tantôt de substances scatoliques. On voit combien sont complexes et différentes les couleurs qui donnent aux urines leur teinte ictérique, et il est probable que leur étude différentielle pourra être utile à la séméiologie du foie et du rein.

Car nos recherches nous ont démontré que la présence de l'indigotine bleue et du rouge scatolique immédiatement développables dans les urines indiquait un trouble dans le fonctionnement du rein et du foie.

Nous avons un moyen simple de savoir si le rein fonctionne mal, c'est de rechercher l'albumine dans l'urine. Tous les rénaux n'ont pas d'albumine urinaire, mais tous les albumineux sont des rénaux, ainsi que l'un de nous l'a récemment démontré dans la *Revue de médecine*.

Pendant l'hiver qui vient de s'écouler, nous avons eu l'occasion d'examiner environ 600 urines appartenant à 300 malades différents. Sur ces 300 malades, 89 présentaient dans l'urine de l'albumine dosable, et 90 de l'albumine non dosable.

Or, parmi les urines contenant de l'albumine dosable, 15 p. 100 contenaient de l'indigotine immédiatement développable, 8 p. 100 du rouge scatolique, et 5 p. 100 contenaient à la fois un excès d'indigotine et de scatol.

Parmi les urines contenant des traces d'albumine non dosable, 8 p. 100 contenaient un excès d'indigotine, 5 p. 100 un excès de rouge scatolique, et 3 p. 100 un excès d'indigotine et de rouge scatolique.

Or, sur ces 600 urines examinées, nous n'avons trouvé que 18 urines contenant un excès d'indigotine et, sur ces 18 urines, 10 appartenaient à des albuminuriques ayant de l'albumine dosable, et 7 à des sujets ayant des traces d'albumine; une seule urine indigotique ne présentait aucune trace d'albumine.

Sur les 600 urines examinées, 13 contenaient un excès de rouge scatolique; et sur ces 13, nous en trouvons 7 contenant de l'albumine dosable, et 4 contenant des traces d'albumine.

De sorte que nous avons constaté qu'environ 95 p. 100 des urines contenant un excès de scatol ou d'indigotine étaient des urines albumineuses.

On peut donc en conclure que l'excès de scatol ou d'indol indique un trouble dans le fonctionnement du rein.

Mais comme un quart seulement des albuminuriques présentaient dans leurs urines un excès de scatol ou d'indigotine, on

peut dire aussi que les troubles rénaux ne sont pas suffisants pour faire naître cet excès d'indigotine ou de scatol, *et nous pensons que ces excès pigmentaires ne se produisent que chez les sujets ayant à la fois des troubles rénaux et hépatiques.*

Il nous a semblé que plus le scatol était abondant, plus le fonctionnement du foie était défectueux.

Donc, en présence d'un excès d'indigotine bleue, cherchez du côté du rein ; en présence d'un excès de scatol, cherchez du côté du foie.

Et alors, nous sommes bien obligés de détruire la légende de l'origine intestinale des dérivés de l'indol et du scatol, et de regarder l'indol et le scatol, non pas comme des générateurs, mais bien comme des noyaux résiduaux provenant, comme le phénol, de corps chimiques d'une constitution beaucoup plus compliquée.

II. *L'avortement épizootique, ou infectieux, des femelles domestiques peut-il être une cause d'avortement chez la femme ?*

par M. EMILE THIERRY, correspondant national.

Telle est la question que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie de médecine.

Dans aucun des travaux des auteurs français que j'ai pu consulter, je n'ai trouvé le moindre fait pouvant faire soupçonner cette cause. Flandrin, Zündel, Saint-Cyr, Violet, Nocard, Galtier Ory, Lignières, qui ont étudié avec soin l'avortement épizootique, ne rapportent aucune observation de transmission du microbe de cet avortement infectieux des femelles domestiques à la femme.

Cependant, le professeur Moussu, d'Alfort, auquel j'ai posé la question, m'a dit dernièrement posséder dans ses dossiers deux ou trois observations, d'ailleurs inédites, tout à fait identiques à celle que j'apporte aujourd'hui à l'Académie. Je dois ajouter que le fait a été recueilli par M. le Dr Devoir, de Villeneuve-sur-Yonne, auquel j'en laisse tout le mérite.

Il y a quelques jours, cet honorable praticien me fit demander si je connaissais des faits de contagion de l'avortement épizootique de la vache à la femme ; je lui répondis négativement,

ajoutant que je croyais parfaitement à la possibilité d'une telle infection, plusieurs maladies contagieuses étant transmissibles des animaux à l'homme, ou de l'homme aux animaux. Je lui demandai en même temps de me donner quelques renseignements complémentaires sur son observation, que je soumis verbalement au D^r Moussu.

Chez la vache, sous le coup de l'infection abortive, l'accident arrive avec peu ou pas de symptômes prémonitoires. Quelquefois cependant, notamment chez les primipares, on observe les signes précurseurs d'une parturition normale.

La bête a toutes les apparences de la santé ; l'appétit et la rumination ne sont point troublés ; la sécrétion mammaire n'a subi aucune modification ou altération apparente ; il n'y a ni coliques ni violents efforts expulsifs ; le rejet du fœtus se produit très facilement, et s'il est jeune les enveloppes fœtales complètes l'accompagnent ; c'est-à-dire que l'œuf est expulsé en bloc. Les choses se passent de cette façon quand l'accident a lieu au quatrième mois de la gestation ou environ. Si au contraire elle est plus avancée, il peut survenir quelques complications comme la rétention des enveloppes fœtales dont l'extraction donne beaucoup de peine à l'opérateur. Le fœtus, qui n'a que quatre mois, est ordinairement mort. S'il a six mois, ou plus, il peut sortir vivant, pour mourir, en général, après une, deux ou trois heures au plus.

L'avortement infectieux, disent Nocard et Leclainche, est surtout observé chez la *vache* ; la *brebis* est moins exposée et l'accident est rare chez la *chèvre*. L'infection est assez fréquente chez la *jument*, bien que les conditions habituelles de l'entretien soient peu favorables à la contagion. Elle est exceptionnelle chez la *truie*. Il est douteux que des avortements d'origine infectieuse soient observés chez la *chienne* et chez la *chatte*.

Voici l'observation textuelle transmise par le D^r Devoir, et qui montre, sinon une identité absolue, du moins la plus grande analogie avec ce qui se passe chez la vache, seule femelle chez laquelle j'ai plusieurs fois observé cet accident :

C'est en janvier 1905, dit M. Devoir, que j'ai été appelé auprès de la vachère du château de B..., pour un avortement survenu sans cause connue au quatrième mois. Expulsion de l'œuf *en bloc*, c'est-à-dire

membranes intactes et placenta expulsés en même temps que le fœtus. Celui-ci était mort et n'a pas, comme il arrive quelquefois, fait quelques mouvements des membres.

Je n'ai pu incriminer ni la syphilis, ni l'anémie, ni la tuberculose chez cette femme très robuste. Le mari est également très solide. Je ne crois pas non plus avoir eu affaire à une insertion vicieuse du placenta, car dans ce dernier cas l'expulsion se serait faite plutôt en deux temps et eût été précédée d'une hémorragie qui n'a pas eu lieu. L'écoulement sanguin a suivi et non précédé l'expulsion fœtale.

Bien entendu je n'ai trouvé aucun signe d'avortement criminel.

C'est donc en recherchant les causes que j'ai appris ceci :

A cette époque même et depuis plusieurs mois, les 3 à 6 vaches de l'étable étaient atteintes d'avortement épizootique et avaient été soignées par M. Boulé, vétérinaire à Villeneuve-sur-Yonne, lequel avait ordonné la désinfection. Il est probable que celle-ci a été insuffisante, car à l'heure actuelle toutes les vaches de cette étable continuent à avorter, et cette maladie se transmet aux vaches nouvelles qu'on y introduit. C'est du moins ce que m'a dit hier, 23 mai 1906, M. Boulé que j'ai interrogé à ce sujet.

Si la démonstration scientifique de la transmission ou de la non-transmission des espèces animales à l'espèce humaine de l'avortement infectieux n'est pas faite, elle doit pouvoir se faire. Et si les observations de la nature de celle dont il vient d'être question sont rares et inédites, elles pourront sans doute être bientôt publiées. Il est bien évident que seuls les médecins exerçant à la campagne peuvent observer de tels accidents. Dans le cas d'un avortement paraissant n'être pas ordinaire, il doit leur être facile, en en cherchant les causes, de se renseigner auprès des vétérinaires traitant le bétail des mêmes clients. On peut, en tout cas, faire ou faire faire l'analyse bactériologique des enveloppes fœtales provenant d'une femme ayant avorté et au besoin tenter l'épreuve de la transmission sur une brebis pleine de deux à trois mois.

Il y a là, me semble-t-il, des recherches intéressantes à entreprendre, et la question serait ainsi bientôt résolue par l'affirmative ou par la négative. Je suis bien convaincu que les quelques faits communiqués au professeur Moussu, ainsi que celui du Dr Devoir, seront prochainement suivis d'observations assez nombreuses pour permettre de formuler une opinion précise sur cette contagion particulière.

Quant au mécanisme de la contagion, il serait des plus sim-

ples. On sait que chez les femelles domestiques l'infection a lieu par les voies génitales externes; que le microbe est répandu partout, sur les litières et, par conséquent sur la peau des animaux. Ne se peut-il que, dans le cas observé par M. Devoir, la femme, ayant donné ses soins à une vache avortée, ait eu besoin, pour une raison ou pour une autre, de porter une main dans ses propres régions génitales, ou que cette femme se soit acculée pour uriner sur la litière, comme cela arrive souvent, et qu'un fétu de paille dressé ait touché la région vulvaire. Tout cela est possible. Mais je laisse à l'Académie le soin de chercher et de donner une interprétation rationnelle, sinon certaine, aux faits que je me contente de lui signaler.

Quoi qu'il en soit, à la suite de cette dernière observation et de celles que possède déjà M. Moussu, il n'y aurait, je pense, aucun inconvénient à indiquer certaines mesures prophylactiques et hygiéniques. C'est aux médecins, exerçant dans les campagnes et particulièrement dans les régions où sévit l'avortement infectieux, qu'il appartient de prescrire ces mesures se résumant d'ailleurs en quelques précautions et soins d'extrême propreté, que devront prendre les femmes grosses, ayant des vaches à soigner. Aussi bien les médecins pourront facilement être édifiés par les vétérinaires exerçant respectivement dans les mêmes localités.

III. *Observation parisienne de pied de Madura.*

par MM. PAUL REYNIER et BRUMPT.

Messieurs, je viens aujourd'hui en mon nom et au nom de M. Brumpt, le distingué préparateur des cours de parasitologie de l'Ecole de médecine, qui avec sa compétence indiscutée a bien voulu étudier cette pièce avec moi, vous apporter la première observation qu'on ait recueillie en France de pied de Madura, la seconde qu'on ait publiée en Europe.

Sous ce nom de pied de Madura, on a désigné une déformation hypertrophique particulière du pied, due au développement d'une tumeur parasitaire, connue sous le nom de mycétome.

Assez commune dans les pays chauds, dans les pays où on marche surtout les pieds nus, elle a été décrite par Carter

dans l'Inde en 1870, signalée à Saïgon et à la Réunion par Ollivier, au Sénégal par Béranger Feraud et le Dantec, en Algérie par Vincent, Gennuy, Legrain; en Tunisie par Nicolle et Brunswick le Bihan, dans les pays somali par Bouffard, Brumpt et Chabaneix, en Abyssinie par Brumpt; dans le Yemen, par Frank, J. Clemow; à Madagascar par Bruas; au Canada par Adami et Kirkpatrick; en Colombie par Montoya y Florez; à Cuba par Desverine et Albertini; en République Argentine par Sommer et Greco; mais elle était inconnue en Europe lorsque Bassini, en 1888, signala un premier cas de pied de Madura à grains noirs sur un paysan italien.

Or, aujourd'hui nous vous apportons le second cas qui ait été observé en Europe, le premier relevé en France reconnu sur un homme qui n'a jamais quitté Paris.

Tout en étant cliniquement un type de pied de Madura il diffère toutefois de celui de Bassini et de ceux qui ont été décrits, par la nature du champignon. C'est donc une observation princeps dans toute l'acception du mot, et à ce point de vue elle nous a paru mériter de vous être rapportée en entier.

Mais tout d'abord, permettez-moi de vous parler de la nature de cette tumeur parasitaire, connue sous le nom de mycétome, à laquelle est dû ce pied de Madura.

L'analyse des faits connus jusqu'à ce jour a permis de reconnaître trois variétés de mycétomes : 1° le mycétome à grains noirs produit par un champignon cloisonné voisin des vulgaires *aspergillus*, mais que l'absence de culture n'a pas permis d'identifier plus exactement. C'est pour lui que notre collaborateur M. Brumpt a créé le genre *Madurella*.

2° Le mycétome à grains blancs, qui est beaucoup plus fréquent que le précédent, et qui est produit par un champignon très inférieur voisin de l'actinomyose. C'est le *Discomyces madura* de notre distingué collègue M. Vincent.

Tout dernièrement, Nicolle et Brunswick le Bihan, de Tunis, ont décrit un mycétome à grains blancs produit par un champignon se rapprochant de celui qu'on trouve dans les grains noirs, le parasite a pu être cultivé et identifié avec le *Sterigmatocystis nidulans* qui jusqu'ici n'avait été rencontré que dans les *Otomycoses*.

Brumpt qui a pu étudier un grand nombre de mycétomes de diverses provenances a ainsi reconnu sept champignons différents capables de produire l'aspect clinique mycétome; deux

espèces produisent le mycétome à grains noirs, cinq espèces le mycétome à grains blancs. Toutes ces espèces feront d'ailleurs l'objet d'une étude détaillée qui sera publiée par M. Brumpt ultérieurement dans les *Archives de parasitologie* de notre collègue Blanchard.

Ceci dit, voyons l'histoire clinique de notre malade que je transcris ici d'après les notes que ce malade, très intelligent, m'a données.

A l'heure actuelle, c'est un homme de cinquante et un ans.

Il a toujours été valet de chambre, et n'a jamais quitté Paris, il n'a jamais marché pieds nus, si ce n'est dans sa chambre en se levant et en se couchant. Et quand on l'interroge pour savoir s'il a souvenance d'une plaie au pied, il répond qu'il n'en a eu aucune. Il quittait quelquefois son soulier, conservant ses chaussettes pour frotter. Est-ce dans cet exercice que l'inoculation a pu se produire.

Toujours est-il que c'est en 1892 que le mal a débuté par un petit point rouge de la grosseur d'une lentille au milieu de la plante du pied, point qu'il prit pour un furoncle. Il perça, il s'écoula un peu de sérosité purulente et il ne s'en inquiéta pas tout d'abord, mais peu à peu se formait un petit durillon, qui ne lui faisait mal que quand il mettait le pied sur un caillou. Ce durillon augmentant et le pied commençant à ce niveau à se tuméfier une élevation, il entra dans le service du D^r Ducastel à Saint-Louis, qui lui mit de l'emplâtre de Vigo et quelques pointes de feu qui ne firent rien diminuer. Deux ans après, en 1896, il entra de nouveau dans le même hôpital chez le D^r Danclos, qui mit des compresses de sublimé et fit faire cette reproduction en cire par M. Baretta, reproduction que j'ai trouvée au Musée de l'hôpital Saint-Louis, et que je vous présente aujourd'hui.

En 1901 le pied se mit à enfler, il doubla de volume, il resta ainsi, nous dit le malade pendant cinq ans, pendant lesquels le malade souffrit, d'après son dire, des douleurs atroces. En 1903, il entra dans mon service; j'avais alors comme assistant notre regretté collègue M. Bouglé.

Nous fûmes frappés de l'aspect œdémateux, dur, de ce pied, doublé de volume, de la peau qui était à la face plantaire épaissie et formant des plis, à la face dorsale tendue et semblant infiltrée. Si le pied avait l'aspect œdémateux, cependant l'impression du doigt n'y laissait pas de trace. Ce gonflement dur s'arrêtait alors

au niveau des malléoles. L'articulation tibio-tarsienne était mobile.

A la surface de la peau se voyaient de petites saillies verruqueuses violacées ressemblant à des dilatations superficielles. Certaines saillies, quand on les pressait, laissaient sourdre un peu de sérosité sanguinolente. Au niveau de la malléole interne existaient des veines variqueuses qui donnaient l'aspect de certains pieds violacés à dilatations veineuses succédant à des thromboses veineuses.

Devant cette lésion, nous avons pensé tout d'abord à la tuberculose. Mais bien vite nous rejetâmes ce diagnostic, car la radiographie nous montra des os sains et nous n'avions là aucun caractère d'une tuberculose des parties molles.

Après avoir discuté tuberculose et syphilis, nous pensâmes à l'actinomycose et nous demandâmes au Dr Josué de nous faire des examens histologiques et bactériologiques qui, malheureusement, ne nous renseignèrent qu'imparfaitement. Dans une série de préparations on crut voir des débris d'actinomyète. Mais cependant, M. Josué ne voulut pas être affirmatif.

Nous fîmes prendre au malade de l'iodure de potassium pendant deux mois sans résultat. Le malade nous quitta à ce moment, souffrant moins, cette diminution de douleur était due au repos. En effet, dès qu'il essayait de marcher, les douleurs revenaient et, ne pouvant travailler, il se décidait à rentrer de nouveau à Saint-Louis, dans le service du Dr Hudelo, qui de nouveau, comme nous, eut recours aux pansements humides et à l'iodure de potassium et, comme nous, n'en obtint aucun résultat.

Au mois de juin 1905, il fut vu par Poncet, de Lyon, qui en fit de l'actinomycose et l'envoya à Schwartz qui de nouveau remit à l'iodure de potassium le malade pendant deux mois sans obtenir plus que ses collègues. C'est alors que le malade souffrant toujours, désespéré, revint me trouver et me demanda de lui-même l'amputation, dont j'avais parlé devant lui avec mon pauvre ami Bouglé.

L'amputation s'imposait encore plus lorsqu'il entra à la fin d'avril de cette année dans mon service.

Le pied avait augmenté, la lésion paraissait plus diffuse. Lorsqu'il était venu la première fois, le maximum du gonflement correspondait au tarse. Lorsqu'il revint, l'œdème dur du pied était remonté au-dessus des malléoles. La région tibio-tarsienne était dure, infiltrée, la peau laissait voir des veines variqueuses;

le pied était violacé, comme il le serait dans une jambe dont, par le fait d'une phlébite, la circulation veineuse se ferait mal.

Sur le pied existaient toujours des petites élevures violacées; par quelques-unes, en pressant, il sortait un peu de sérosité.

Le 26 janvier, je l'opérais.

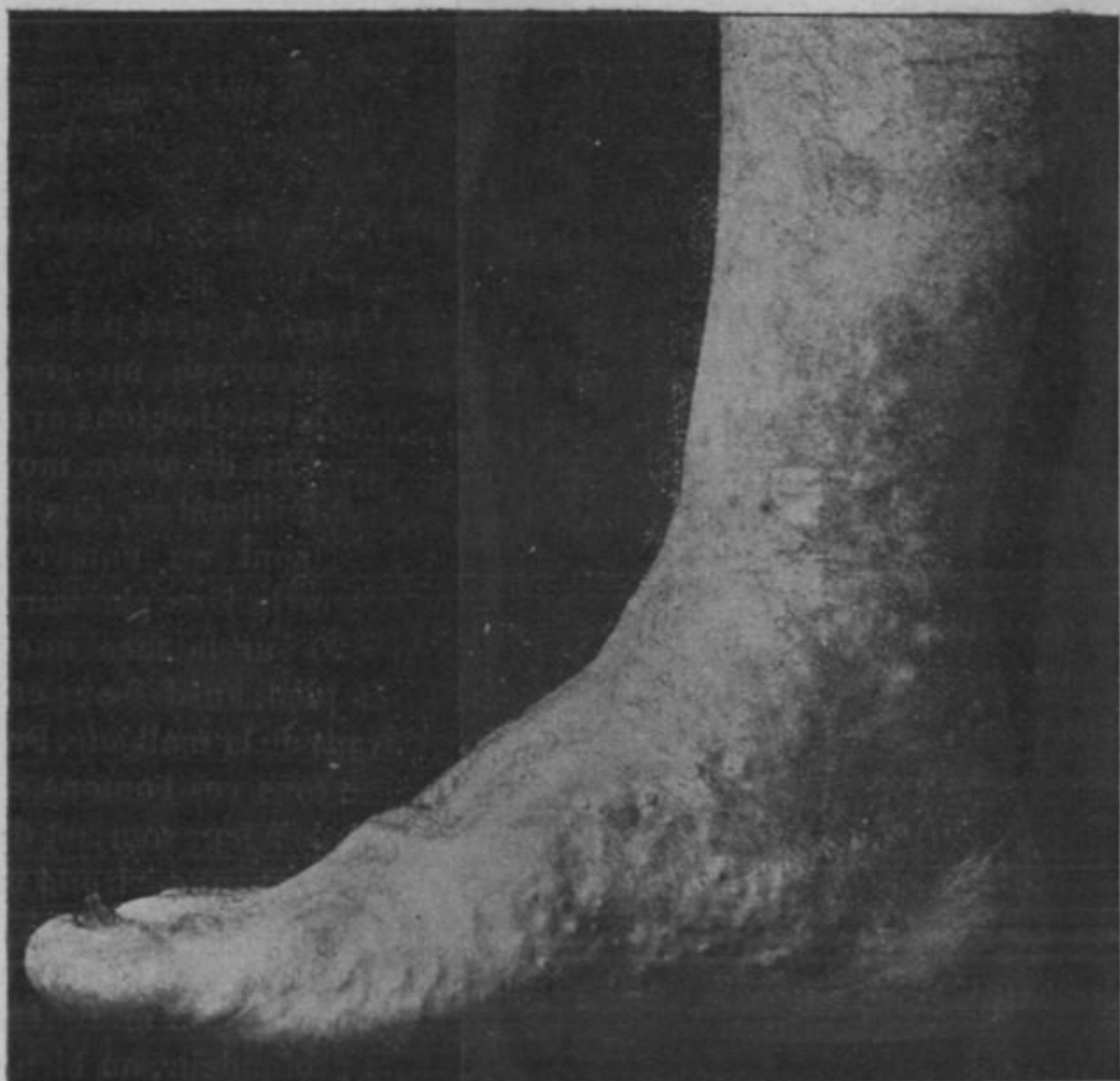


FIG. 1.

Tout d'abord, j'essayai de faire une désarticulation tibio-tarsienne, mais, la peau coupée, je me trouvai sur un tissu fibreux, dans lequel étaient englobés, confondus, les tendons, les vaisseaux, les nerfs, dont la dissection était impossible. Incisant la peau de la jambe verticalement, j'essayai de voir où s'arrêtait le processus fibreux, et je vis que les tissus ne reprenaient leur aspect normal qu'à 3 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne. C'est là que je me décidai à amputer la jambe, faisant en somme une amputation au tiers inférieur. Les suites opératoires furent

simples, le malade ne suppura pas. et, un mois après, il quittait le service ne souffrant plus, muni d'un pied artificiel.

Mais, revenons au pied que nous avons enlevé, et que nous avons confié à l'examen de M. Brumpt qui m'a remis la note suivante :

Note sur le mycétome opéré par M. le Dr Reynier,

par M. E. BRUMPT.

Le pied opéré présentait à sa surface un certain nombre de boutons arrondis, d'un diamètre moyen de 3 millimètres. Ces boutons sont au nombre de 65 sur la face plantaire et de 20 sur la face interne du pied, au-dessous et en avant de la malléole. Presque tous ces boutons sont percés à leur sommet d'un orifice ayant environ 1 millimètre de diamètre. A cet orifice fait suite une cavité de 2 ou 3 millimètres de profondeur, ou bien un trajet fistuleux très grêle pouvant aller assez loin dans le pied en s'anastomosant de temps à autre avec d'autres canaux. Ces fistules ne renferment qu'une quantité insignifiante de pus, et on com-

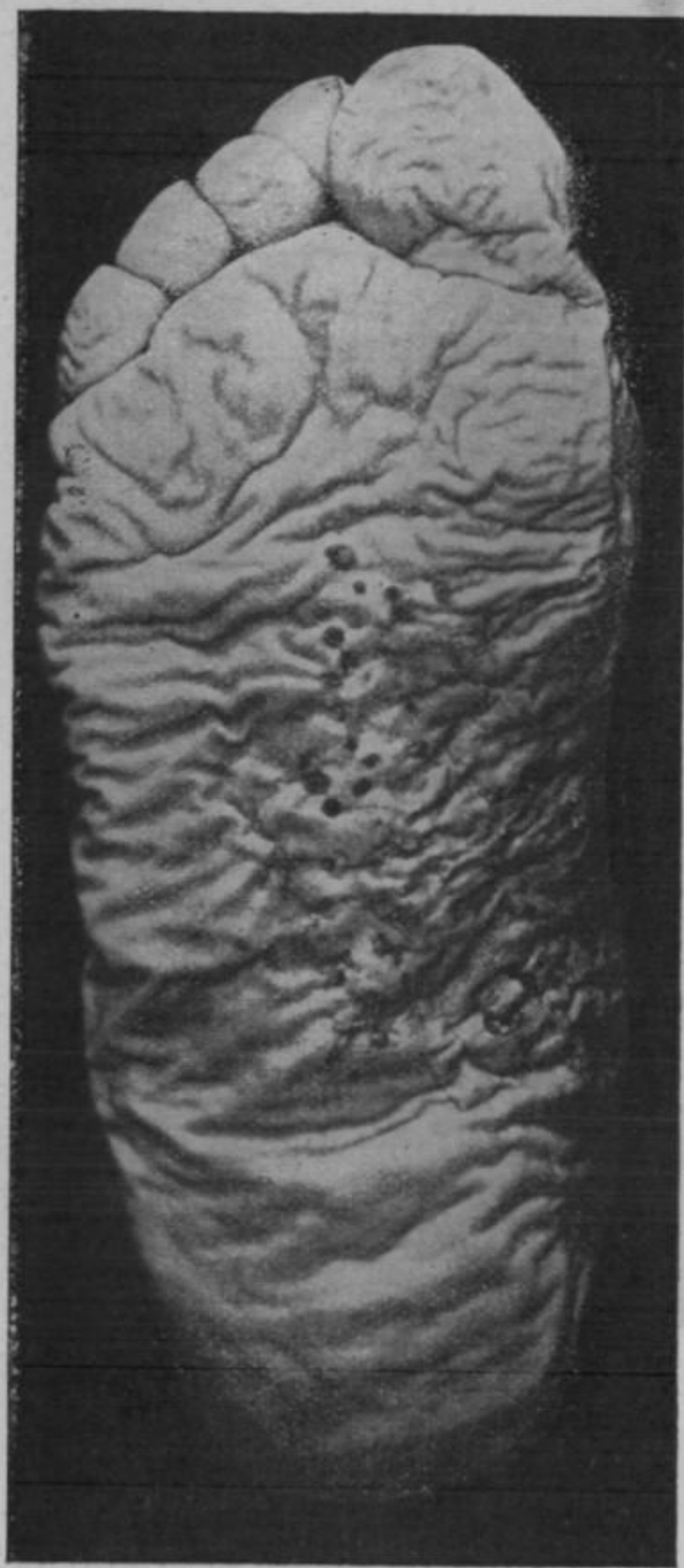


FIG. 2.

prend que le malade n'ait jamais éprouvé la nécessité de porter un pansement.

Ces boutons représentent simplement des tubercules parasitaires sous-cutanés, ayant anémié et distendu la peau. Ceux qui sont fermés contiennent leur grain caractéristique, ceux qui sont ouverts

l'ont évacué à l'extérieur. Certaines de ces minuscules fistules sont en voie de cicatrisation. Il est probable que depuis le début de l'affection, la trace de beaucoup de tubercules vides a dû disparaître après cicatrisation.

Pour étudier la topographie des nodules parasitaires dans l'intérieur du pied, nous avons effectué dans celui-ci une coupe sagittale médiane passant entre le deuxième et le troisième orteil.

On aperçoit sur la coupe trois foyers malades. Le premier est situé sur la sole plantaire au niveau de nombreuses fistules signalées ci-dessus (foyer plantaire); le second se trouve à la base du second

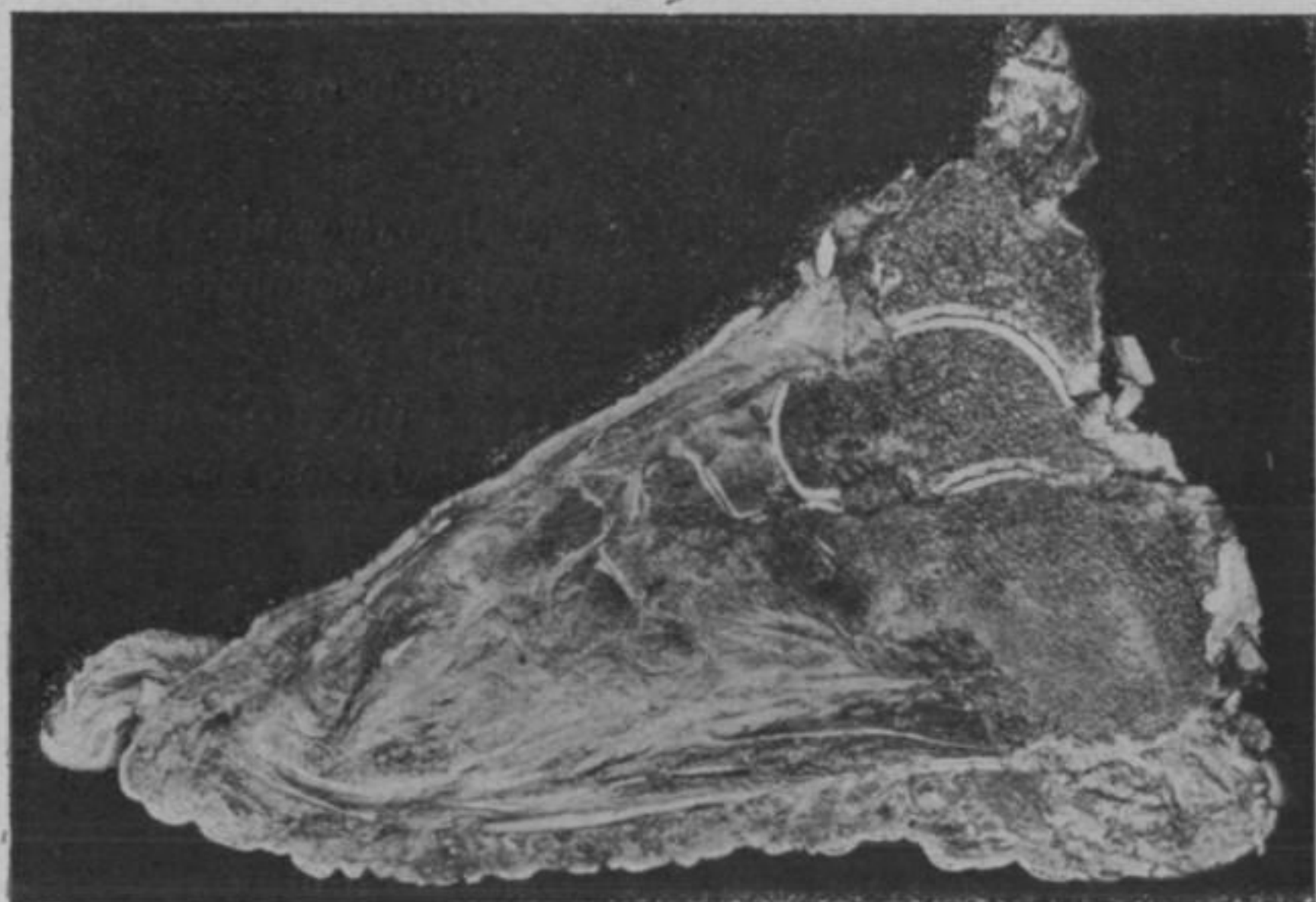


FIG. 3.

métatarsien (foyer tarso-métatarsien); le troisième, de petite taille, est placé au-dessus de la tête du second métatarsien (foyer métatarso-phalangien). Tout le reste du pied est sain.

Dans les points envahis par le parasite, le tissu conjonctif est partout sclérosé et le bistouri le coupe en criant; le tissu adipeux, si abondant surtout sur la sole plantaire, a disparu. Tous les autres tissus du pied, os, cartilages, muscles, tendons, nerfs, semblent sains, malgré la longue durée de l'affection.

Le foyer tarso-métatarsien semble ancien, car on y rencontre de nombreux trajets fistuleux anastomosés entre eux ayant de 2 à 5 millimètres de diamètre, et dans lesquels se trouvent des grains parasitaires assez volumineux, baignant dans un liquide purulent peu abondant. Ces différents foyers semblent communiquer entre eux par des trajets passant entre les tendons et les aponévroses.

Nous avons incisé le pied sur sa face interne au-dessous de la malléole, au niveau des fistules signalées précédemment; l'aspect est le même que sur la coupe sagittale; les nodules parasitaires nombreux



FIG. 4. — Préparation montrant les trajets fistuleux et l'ouverture d'un de ces trajets à la peau.

sont séparés les uns des autres par des faisceaux scléreux denses, le tissu adipeux a disparu et la malléole interne est intacte.

Anatomie pathologique. — Nous avons effectué de nombreuses coupes sur dix fragments prélevés en divers points malades du pied. Certaines de ces coupes passent par des fistules en voie de cicatrisa-

tion, d'autres, au niveau de tubercules superficiels encore intacts.

Malgré nos recherches, il nous a été impossible de trouver des tubercules au début de leur développement. Dans un seul nodule qui semblait vidé de son grain, nous avons rencontré un certain nombre de cellules géantes disposées irrégulièrement, et entre lesquelles il nous a été impossible de rencontrer des filaments mycéliens. Dans certains autres mycoses, ces filaments sont faciles à mettre en évidence au milieu de cellules géantes.



FIG. 5. — Coupe montrant la disposition des nodules, avec le grain central.

Tous les nodules que nous avons observé présentaient à peu près la même structure. Leur diamètre, quand ils sont isolés, est d'environ 3 ou 4 millimètres; au centre du nodule se trouve le grain, entouré d'un peu de pus formé de polynucléaires et de quelques grands mononucléaires; autour de cette masse se trouve un tissu friable, formé d'un réseau conjonctif très lâche infiltré de cellules embryonnaires, de grands mononucléaires et de polynucléaires; ce tissu est fortement vascularisé par de nombreux capillaires néoformés, qui se déchirent facilement; les petites hémorragies sont communes. Autour de ce tissu vascularisé, le tissu conjonctif se tasse; il est réduit aux seuls éléments fibrillaires et forme une enveloppe scléreuse résistante. Certains nodules, formés par la fusion de plusieurs autres, renferment plusieurs grains.

Grains. — Les grains parasites qui caractérisent les mycétomes sont, dans ce cas particulier, petits et blancs. Leur taille varie de 1/10 à 1 millimètre au maximum; les gros semblent d'ailleurs formés par l'agglutination de plusieurs petits. Ce qui frappe au premier

abord quand on les examine au microscope, à un faible grossissement, c'est leur forme, qui rappelle les excréments des vers de terre. Un aspect semblable, quoique différent à certains égards, a déjà été signalé par Bouffard, dans une étude fort complète sur un cas de mycétome à grains noirs (1). Les grains du cas que nous examinons sont formés par l'enroulement d'un cordon de $1/4$ à $1/5$ de millimètre de diamètre; ils sont mous et se laissent écraser facilement

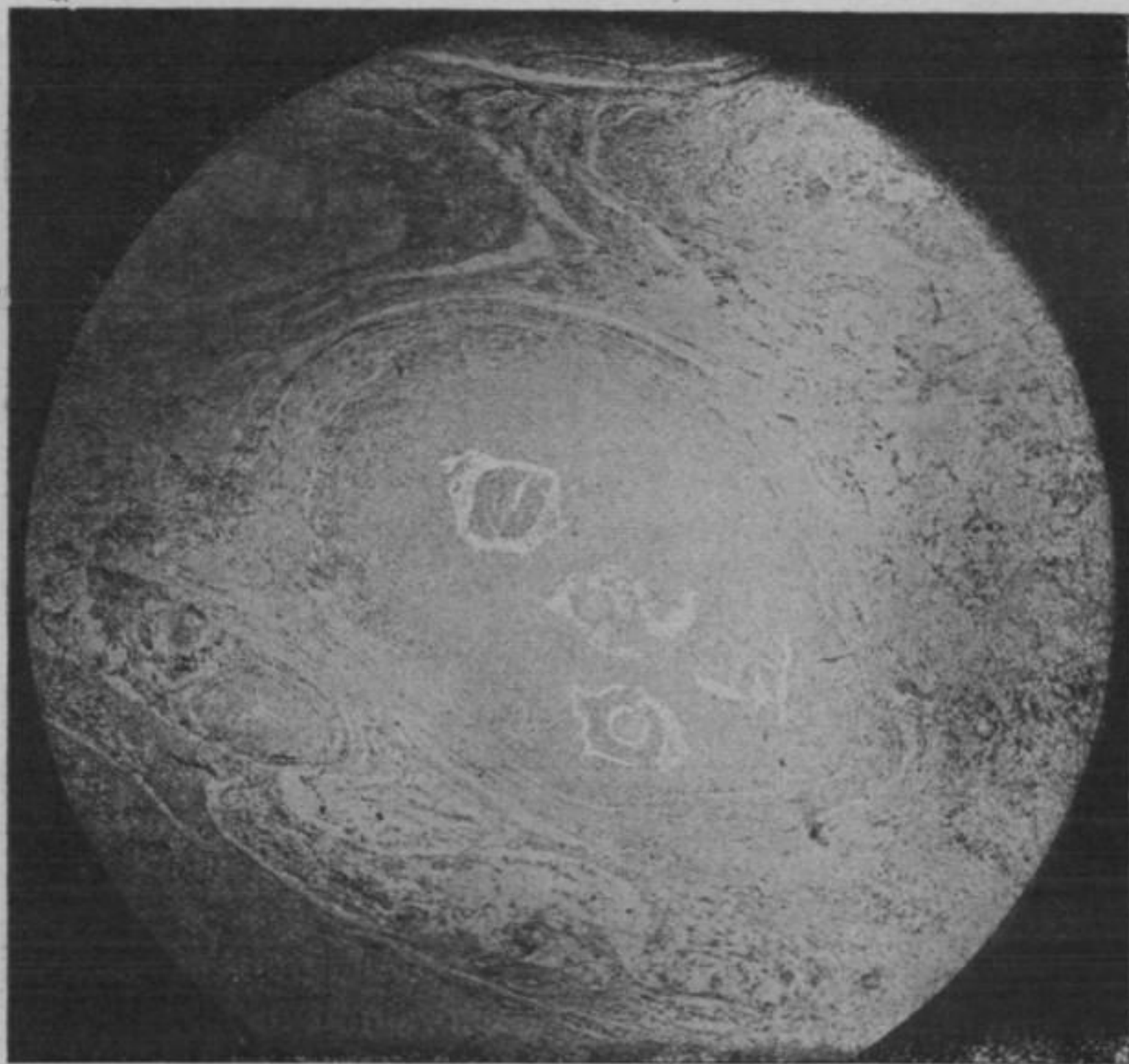


FIG. 6. — Nodule agrandi, avec le grain central.

entre lame et lamelle. Ils sont constitués par un feutrage très serré de filaments mycéliens cloisonnés, qui se terminent généralement par un renflement périphérique. Ces filaments sont réunis entre eux par un ciment peu abondant, dont il est facile de se débarrasser par l'ébullition dans une solution de potasse caustique.

Sur les coupes, les grains se montrent sous forme de petites masses circulaires, elliptiques ou réniformes, suivant le point du grain par

(1) Du mycétome à grains noirs en Afrique, *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1905.

où passe la section. Ils sont constitués par un feutrage dépourvu de pigment.

Mycélium. — Le champignon parasite qui constitue les grains est caractérisé par des filaments grêles, d'un diamètre moyen de $1\ \mu$ à $1\ \mu\ 1/2$; ces filaments présentent des cloisons distantes d'environ 10 ou 12 μ ; vers la périphérie, les filaments deviennent irréguliers, moniliformes; leur extrémité libre se renfle du protoplasme, s'accumule à leur intérieur et forment ainsi des chlamydospores.

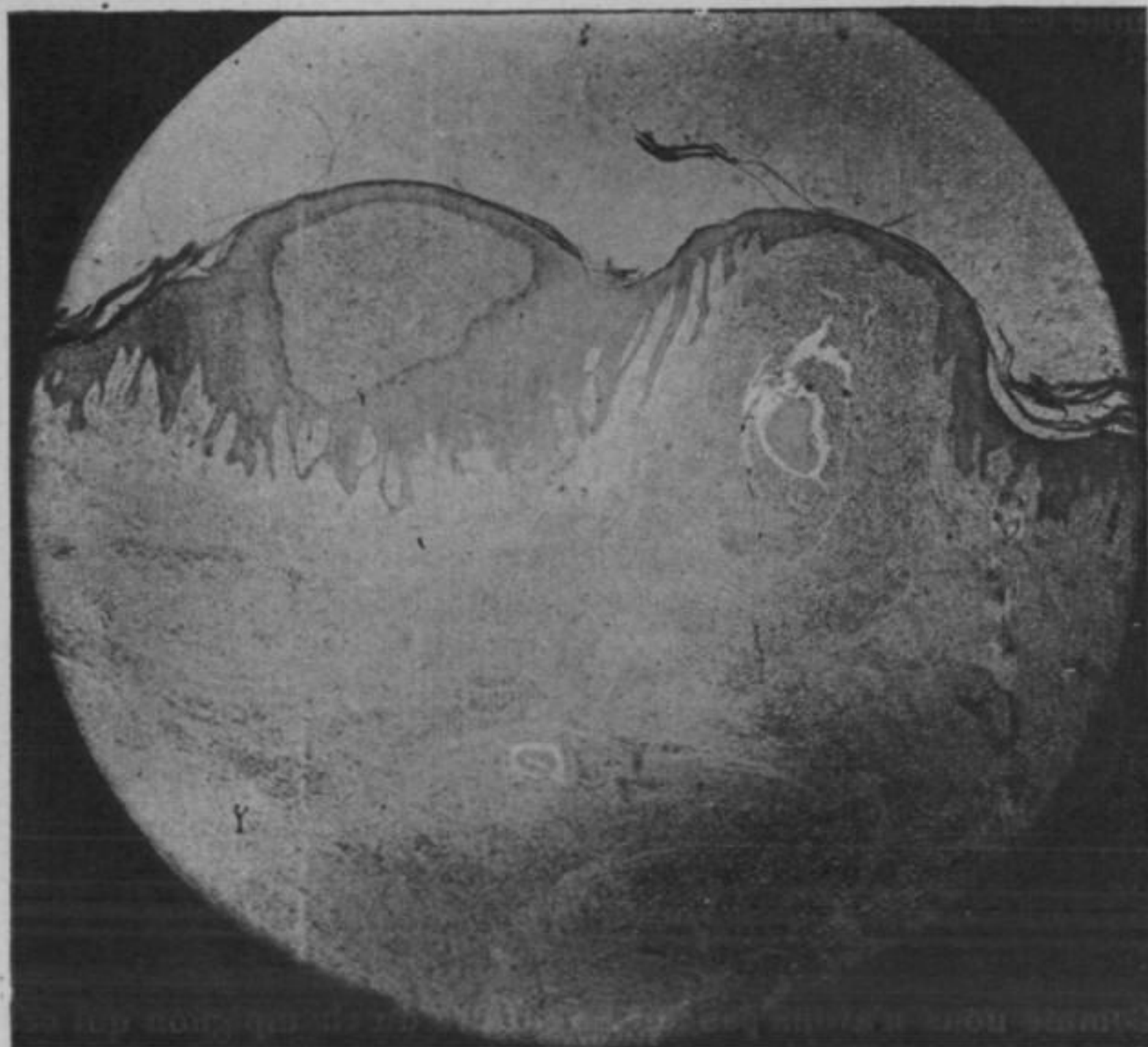


FIG. 7. — Montrant la formation d'une fistule, nodules sous-cutanés, ulcérant la peau.

Certaines de ces chlamydospores se forment sur la continuité des filaments; elle sont souvent divisées en deux ou trois loges par des cloisons; leur diamètre varie entre 5 et 20 μ .

Sur les coupes, les filaments ne prennent pas le gram, et ils se colorent mal par l'hématéine-éosine. Par contre, on arrive à bien colorer leur contenu par le bleu Borrel et l'éosine, ou par le bleu coloré à l'acide lactique. Ces dernières méthodes permettent de montrer que les sclérotas ou grains des champignons observés sont bien vivants, puisqu'ils renferment un grand nombre de filaments et de chlamydospores remplis de protoplasma.

A quelle espèce de champignon avons-nous affaire? — Le champignon que nous venons d'étudier est ramifié et pourvu de cloisons; il s'éloigne considérablement du champignon de l'actinomycose ou de celui qui produit le mycétome à grains blancs de Vincent. Les caractères du sclérote ou grain trouvé dans les tumeurs, la disposition des chlamydospores à la périphérie lui donnent la plus grande ressemblance avec les champignons de l'ordre des Ascomycites et de la famille des Perisporiacées, qui comprend non seulement les nombreux champignons des teignes, mais encore des formes parasites comme les *Aspergillus* et les *Sterigmatocystis*.

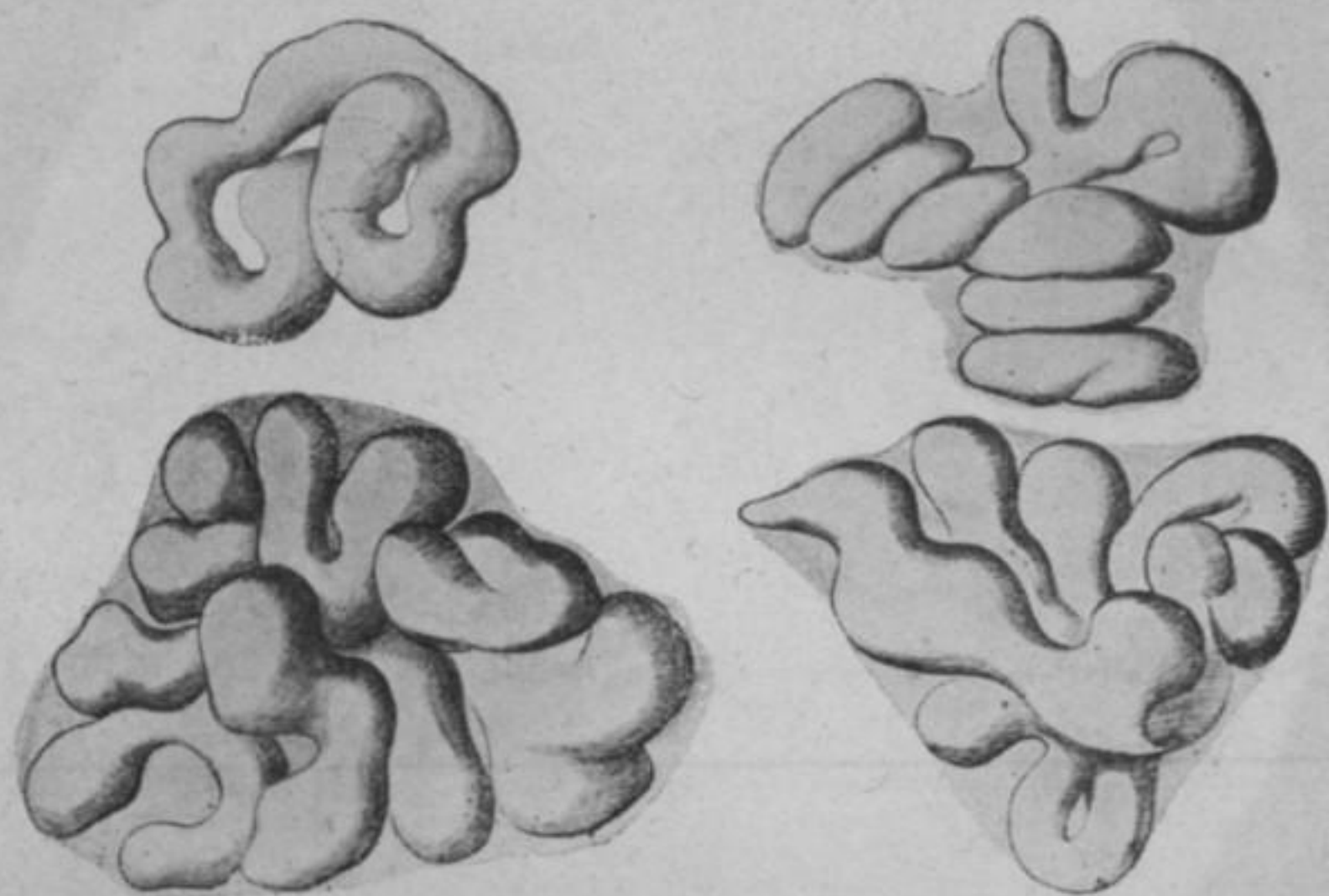


FIG. 8.

Comme nous n'avons pas fait de culture du champignon qui occasionne le mycétome présent, il est impossible de dire si c'est un *Aspergillus*, ou un champignon d'un genre plus ou moins voisin; nous le ferons rentrer dans le genre *Indiella*, que nous avons créé pour un champignon parasite qui produit un mycétome indien; l'espèce que nous étudions est d'ailleurs totalement différente de toutes celles qui ont été décrites ou que nous avons observées; nous proposons de lui donner le nom d'*Indiella Reynieri* n. sp., Brumpt.

Il est probable, pour ne pas dire certain, que cette espèce est l'une des nombreuses moisissures que nous avons l'occasion de rencontrer autour de nous; le jour où un nouveau cas de mycétome identique à celui que nous venons d'étudier se présentera, la culture permettra peut-être d'identifier le parasite avec un des nombreux *Aspergillus* ou *Sterigmatocystis* qui nous entourent; ce jour-là, notre espèce devra tomber en synonymie; elle aura eu tout au moins l'avantage

de permettre de classer les nombreux champignons capables de produire des maladies parasitaires chez l'homme.

Telle est cette observation, qui nous montre malheureusement le rôle pathogène de certaines moisissures qui se développent sur

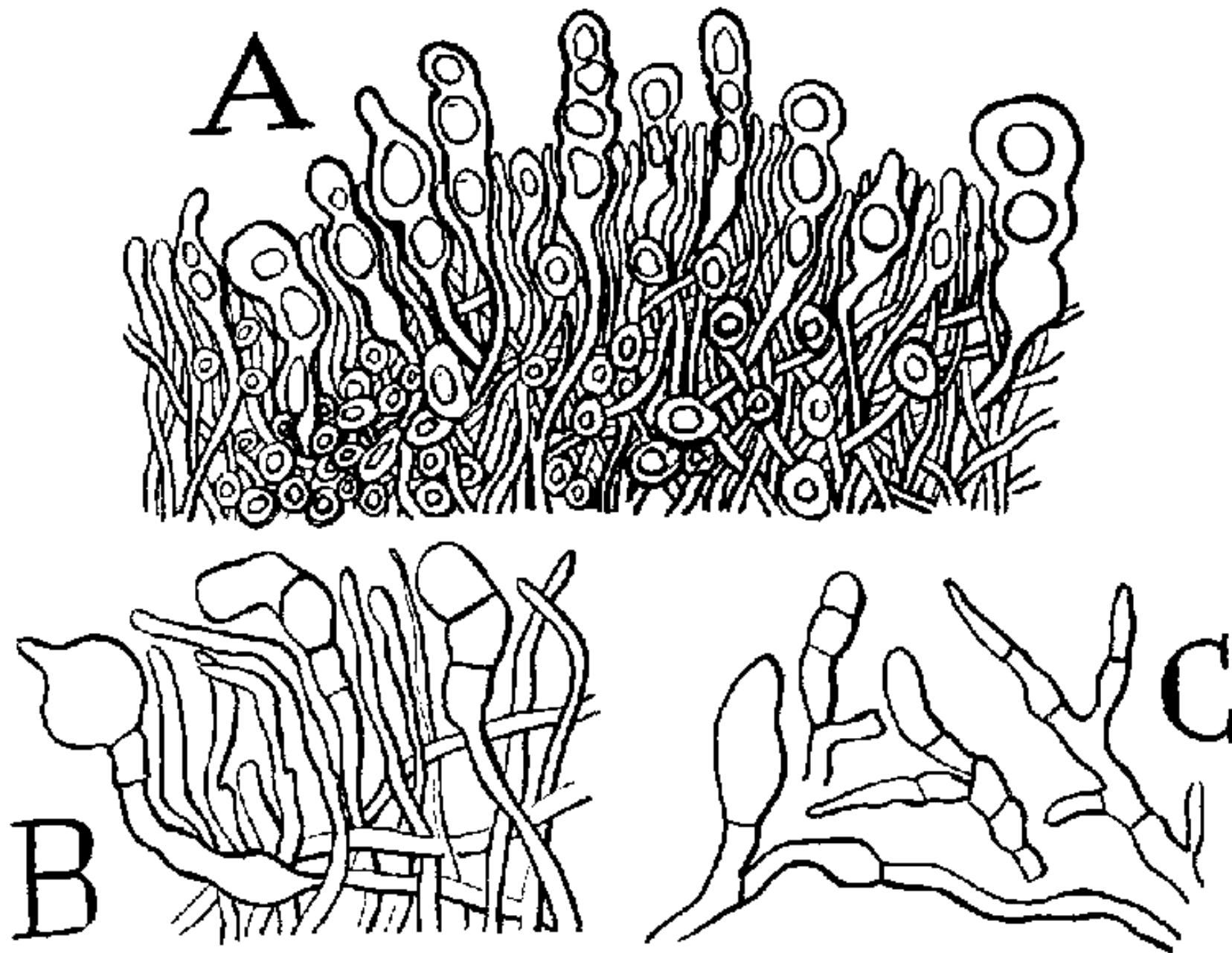


FIG. 9. — A, mycélium; B, chlamydospores, C, filaments cloisonnés.

tout ce qui nous entoure, et dont, il y a quelques années, nous étions loin de soupçonner le danger.

L'étude de l'actinomycose avait déjà éveillé l'attention sur ce point.

Mais, comme on le voit, cette étude a besoin d'être complétée par celle de ces pseudo-actinomycoses avec lesquelles on est tenté de la confondre.

Toutefois, en dehors du diagnostic histologique, nous avons à faire remarquer, d'après ce cas, certaines particularités qui le distinguent de l'actinomycose : 1° l'absence des lésions des os après un aussi long laps de temps, lorsque nous savons que l'actinomycose attaque au contraire le tissu osseux facilement;

2° La non-efficacité du traitement par l'iodure de potassium longtemps prolongé, traitement qui, dans l'actinomycose, a été prôné comme spécifique.

Les faits sembleraient donc différencier cliniquement de

l'actinomycose les mycétomes, nom préférable à celui de pied de Madura, car le pied de Madura peut, en effet, nous l'avons dit plus haut, être produit par des parasites fort différents.

La preuve en est donnée aujourd'hui une fois de plus, puisque, à la liste déjà longue des champignons qu'on a signalés dans le pied de Madura, nous en ajoutons aujourd'hui un nouveau dont M. Brumpt, très aimablement, veut bien, jusqu'à nouvel ordre, me donner le parrainage.

M. CORNIL : L'examen a-t-il permis de savoir s'il se trouvait des microbes dans la tumeur ?

M. REYNIER : Il n'y en avait pas.

M. LAVERAN : Comme vient de le dire notre collègue M. Reynier, la dénomination de *Pied de Madura* est très mauvaise; la maladie n'est pas limitée à la région de Madura, de plus elle ne siège pas toujours au pied. La dénomination de Mycétome me paraît devoir être adoptée.

En 1902, j'ai communiqué à l'Académie de médecine une observation de Mycétome à grains noirs. La pièce anatomique m'avait été envoyée de Djibouti par M. le D^r Bouffard. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que j'ai pu examiner une tumeur à grains noirs typique qui ne s'était pas encore ulcérée. Or on discutait encore à cette époque la question de savoir si certaines bactéries ne jouaient pas un rôle dans le mycétome, parce que les observations avaient toujours été faites sur des tumeurs ulcérées dans lesquelles les microbes de la suppuration abondaient naturellement; j'ai montré que, dans la tumeur non ulcérée, on ne trouvait que le champignon dont les amas forment les grains noirs et que, par conséquent, les bactéries ne jouaient qu'un rôle secondaire; j'ai insisté en outre sur ce fait que le champignon du mycétome à grains noirs est nettement distinct du champignon du mycétome à grains blancs qui avait été bien décrit par M. le D^r Vincent. Ma note sur le mycétome à grains noirs me paraît donc mériter de figurer dans l'historique des travaux concernant les mycétomes.

M. REYNIER : Je connaissais le travail de M. Bouffard, et je l'ai cité. Il a décrit en effet un mycétome à grains noirs dont le grain avait beaucoup d'analogie comme forme avec celui que

nous avons trouvé et décrit. Mais, je le répète, ici on avait affaire à un mycétome à grains noirs, tandis que dans notre cas il s'agissait d'un mycétome à petits grains blancs.

Enfin je remercie M. Laveran d'avoir confirmé par son observation, et pouvant affirmer avec encore plus d'autorité que moi, cette absence d'autres microorganismes. Et si dans quelques cas, comme le dit M. Cornil, on en a trouvé, il y avait là une infection surajoutée toujours possible.

Discussion

*Sur la typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse
et l'appendicite (1).*

Quantité de gens, simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse, sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas,

par M. DIEULAFOY.

Ma communication a eu la bonne fortune d'attirer à cette tribune plusieurs de mes collègues. Je les remercie et je vais avoir l'honneur de leur répondre. J'avoue que lorsque je me suis décidé à faire cette communication, ça n'a pas été sans quelque hésitation. Je ne voulais pas qu'on pût supposer que je venais ici formuler un réquisitoire contre la chirurgie ou contre les chirurgiens. Loin de moi cette pensée; je suis l'ami des chirurgiens, j'ai pour la chirurgie une tendresse qui a fait ses preuves, les études médico-chirurgicales ont toujours tenu une large place dans mon enseignement de l'Hôtel-Dieu, et je suis le champion le plus fervent de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite.

Mais quand j'ai vu que cette question de l'appendicite déviait de son vrai chemin, quand j'ai constaté qu'une quantité de gens simplement atteints de typhlo-colite étaient opérés d'appendicite qu'ils n'avaient pas, quand j'ai vu les erreurs de diagnostic et les erreurs opératoires s'abriter derrière de fausses appendicites

(1) Voy. pp. 597, 633 et 677.

pour lesquelles, au mépris de la clinique, l'examen histologique se chargeait de tout absoudre, alors j'ai pensé que mon devoir était de parler.

On me rendra, je pense, cette justice que ma communication ne s'est en rien écartée des règles élémentaires d'un débat académique et j'ai soigneusement évité toute allusion directe, car j'aurais été désolé qu'un confrère pût se sentir même effleuré par mes paroles.

Aussi ai-je été péniblement surpris quand j'ai entendu un collègue dont on connaît les idées généreuses, me prendre directement à partie, et me rendre responsable, ici, en pleine Académie, de la mort d'un homme que je n'ai jamais ni vu ni connu. Le malade en question était atteint d'une appendicite terrible à laquelle il a fini par succomber, parce que le père, qui est médecin, a fait appeler le chirurgien trop tard. Et on insinue que je suis cause de la mort de ce pauvre garçon, sous prétexte que le père était imbu de mes idées sur la typhlo-colite. Mais si le père, en face de cette appendicite terrible, avait été imbu de mes idées sur l'appendicite, il n'aurait pas appelé le chirurgien trop tard, il aurait su que je ne suis pas de ceux qui prêchent la temporisation, il aurait su que je ne suis pas de ceux qui laissent l'appendicite « refroidir » parce que, attendre pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer les malades aux pires catastrophes.

Veuillez excuser, Messieurs, cette digression relative à un fait personnel et entrons maintenant dans le vif de la discussion.

M. Cornil nous a fait une remarquable conférence sur l'histologie pathologique des lésions de l'appendice iléo-cæcal. Nous l'avons écouté avec intérêt car nul, mieux que lui, n'était autorisé à traiter pareil sujet. Mais notre collègue se trompe, qu'il me permette de le lui dire, quand il a cru comprendre que je parlais « un peu dédaigneusement » du rôle de l'histologie en matière d'appendicite. Il y a là un malentendu que je tiens absolument à faire cesser. M. Cornil se rappelle certainement que j'ai été jadis l'un de ses élèves au laboratoire d'histologie de la rue Christine (1). Il y a quelques années, quand j'ai été chargé de la chaire de clinique, j'ai eu soin de m'entourer d'histolo-

(1) Le professeur Vergely, dont j'ai parlé à la dernière séance, était un des élèves du laboratoire et est devenu un histologiste distingué.

gistes hors pair dont plusieurs sont élèves de M. Cornil. Dans mes publications, l'histologie pathologique tient une place honorable et le nom de notre collègue y est souvent prononcé. Tout cela pour dire en quelle estime je tiens l'histologie pathologique.

Mais je réserve tout mon dédain pour cette fausse appendicite, *cliniquement inexistante*, dont j'ai parlé dans ma précédente communication et dont j'aurai l'occasion de reparler dans quelques instants. C'est elle que j'ai nommée par ironie appendicite microscopique.

J'ai écouté avec la plus grande attention la communication élégante et courtoise de M. Richelot, la communication un peu nerveuse de M. Reclus, la communication pleine de bonhomie et de franchise de M. Le Dentu et la communication de M. Reynier.

Un premier grief se dégage de toutes ces communications, c'est que je méconnaissais les rapports qui existent entre l'appendicite et la typhlo-colite. Ce grief ne date pas d'hier, il a été formulé en 1897; depuis lors, il s'est accentué avec des formules variées et il en est résulté une sorte de légende qui peut se traduire de la façon suivante : « M. Dieulafoy est dans l'erreur quand il prétend que les gens atteints de typhlo-colite n'ont jamais l'appendicite, alors au contraire que l'appendicite succède couramment à la typhlo-colite. » Eh bien, je ne suis pas fâché de m'expliquer une bonne fois à ce sujet.

Mes chers collègues, vous avez cité un certain nombre de cas où l'appendicite (j'entends la vraie appendicite aiguë ou chronique) était survenue chez des gens enclins à l'entéro-colite muco-membraneuse. Pour compléter la collection M. Reclus a battu le rappel à la Société de chirurgie, il a bien fait; je peux moi-même ajouter deux cas à cette collection d'exception; l'un m'a été signalé par mon élève M. Lacaille, l'autre concerne un de nos confrères. Non seulement je n'ai jamais nié qu'un même individu puisse être atteint des deux maladies, mais j'ai dit et j'ai écrit que je suis surpris que cette coexistence ne soit pas plus fréquente. Mais nous ne sommes pas ici pour faire des théories, nous sommes ici pour établir des faits précis.

Or, Messieurs les chirurgiens (je m'adresse à mes honorables contradicteurs), laissez-moi vous dire que vous êtes mal placés pour juger cette question des rapports de l'appendicite avec les

typhlo-colites. Vous ne voyez que le côté chirurgical de la question et le côté médical vous échappe à peu près complètement. Vous opérez d'appendicite quelques individus sujets à l'entéro-colite et vous en concluez que l'appendicite est la conséquence fréquente des entéro-colites. C'est là qu'est votre erreur. On pourrait vous citer des centaines de malades, oui, des centaines, atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse, malades qui ont été suivis par leurs médecins pendant des années et qui n'ont jamais été atteints d'appendicite.

Dans la discussion académique de 1897, le professeur Potain, dont nous connaissions tous le diagnostic scrupuleux, a présenté sa statistique concernant 103 malades atteints de colite muco-membraneuse, sans un seul cas d'appendicite. Et comme M. Reclus récusait la valeur des observations de M. Potain, il s'attira du grand clinicien la riposte que voici : « J'en demande pardon à M. Reclus, les 103 malades dont j'ai parlé ne sont pas des malades d'hôpital; ce sont, pour la plupart, des malades venus à ma consultation, revus et suivis pendant des années; et je prie M. Reclus de croire que des accidents graves, tels que ceux décrits autrefois sous le nom de pérityphlite, et aujourd'hui sous le nom d'appendicite, ne m'auraient pas plus échappé jadis qu'ils ne m'échapperaient aujourd'hui. »

Aux affirmations de M. Potain, me sera-t-il permis de joindre les miennés? Depuis une dizaine d'années, j'ai vu plus de deux cents cas de typhlo-colite muco-membraneuse; bon nombre de ces malades ont été suivis par moi pendant des années; c'est même l'étude spéciale que j'ai faite de ces malades qui m'a permis de faire à l'Académie une communication sur la typhlo-colite sableuse; d'autre part, on sait avec quel soin et avec quelle ardeur je traque l'appendicite partout où je la trouve, afin de la livrer au chirurgien; eh bien, je déclare que sur ces deux cents cas de typhlo-colite, je n'ai surpris qu'une fois la typhlo-colite en flagrant délit d'appendicite, je n'ai pas eu d'autre occasion de livrer le malade au chirurgien et, s'il y a eu de ma part erreur commise, les malades n'ont pas eu à s'en repentir.

Qu'on aille dire maintenant que l'appendicite est la cause fréquente de typhlo-colites! Une telle assertion est en grande partie basée sur la quantité d'erreurs de diagnostic qui ont fait prendre la typhlite pour l'appendicite. Je peux donc rassurer les nombreuses personnes qui sont atteintes de typhlo-colite; certes,

elles peuvent avoir la vraie appendicite, mais qu'elles sachent que c'est une très rare exception.

J'arrive maintenant à une autre partie du débat. Ma communication a eu pour but de démontrer que quantité de gens atteints de typhlo-colite sont opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. Vous pensez bien qu'avant de formuler à cette tribune une assertion aussi précise, je me suis entouré de documents irréfutables.

Les treize premières observations qui servent de base à ma communication sont impeccables. Tantôt l'examen histologique de l'appendicite n'a donné que quelques hypertrophies folliculaires ou quelques travées fibreuses dont nous connaissons maintenant la valeur négative clinique, tantôt l'examen histologique n'a rien décelé du tout, pas même l'innocente hypertrophie des follicules. De plus, et ceci a une valeur considérable, dans la plupart des observations (je passe sous silence deux malades qui ont succombé aux suites de l'opération), je dis que, dans la plupart des observations, on voit qu'après un temps variable, les crises de typhlo-colite ont reparu chez les opérés, avec leur cortège de symptômes et avec la même localisation douloureuse à la fosse iliaque droite. La conclusion est facile à tirer; on a pris pour une appendicite ce qui n'était que de la typhlite, et l'erreur de diagnostic a entraîné une erreur opératoire.

Eh bien! M. Reclus récuse toutes ces observations (une seule le satisfait complètement), il les récuse comme il récusait il y a quelques années les observations de M. Potain. C'est une manière de se donner raison; tout ce qui gêne, on le récuse. Mais mon cher collègue, laissez-moi vous dire qu'en matière scientifique *récuser n'est pas argumenter*. Allez-vous récuser aussi les vingt-deux observations si concluantes concernant les *balafres* de Plombières qui sont un peu gênantes pour vos théories; récusez-vous les cas de M. Apert, notre collègue des hôpitaux, de M. Deléage, de M. Conchon? Puisque vous y êtes récusez aussi le cas de M. Esmonet, cela fera plaisir à l'un de vos collègues des hôpitaux. Voulez-vous que je vous donne encore matière à récuser? Ça m'est facile, car les erreurs de diagnostic et les erreurs opératoires ne manquent pas.

J'ai vu, le 1^{er} juin, un monsieur qui habite Amiens et qui est atteint depuis plusieurs années de typhlo-colite muco-membra-

neuse classique avec prédominance de typhlite; on lui a fait le diagnostic d'appendicite et on l'a opéré d'une appendicite qu'il n'avait pas. « La preuve que je ne l'avais pas, dit-il, c'est que je continue à avoir les mêmes douleurs dans le même endroit, et les crises douloureuses sont suivies des mêmes débâcles avec glaires. » Je l'examine : le cæcum était distendu et très douloureux et je constate sur le ventre la balafre caractéristique; il avait été indûment opéré d'appendicite.

Le Docteur Regnault m'a communiqué les deux cas suivants dont il a été témoin. Chez une jeune femme atteinte de typhlo-colite muco-membraneuse on diagnostique une appendicite; on fait l'opération et l'appendicite est trouvé sain. Pendant trois ans, les crises continuèrent comme par le passé et disparurent après plusieurs saisons à Luxeuil. Une autre jeune femme fut opérée dans les mêmes conditions pour une appendicite qu'elle n'avait pas; l'appendice était sain et les crises de typhlo-colite muco-membraneuse continuèrent après comme avant l'opération.

Veuillez méditer cette dernière observation : Un de nos confrères, qui occupe une place élevée dans l'enseignement, fut pris au commencement du mois de mars de typhlo-colite muco-membraneuse avec prédominance de typhlite. Un chirurgien porta le diagnostic d'appendicite et fut d'avis d'opérer. L'idée d'appendicite devint pour le malade une obsession. L'opération fut faite à la fin du mois de mars et notre confrère comme les quarante-cinq malades dont j'ai cité les observations, n'avait pas d'appendicite : son appendice fut trouvé absolument sain et à l'examen histologique *on ne trouva même pas de folliculite*.

Au cours de son argumentation, mon excellent collègue M. Reclus m'a fait dire des choses que je n'ai pas dites. Voici la phrase que M. Reclus a insérée dans le *Bulletin* : « Ce n'est pas pour guérir la typhlo-colite que nous extirpons l'appendice ainsi que semble le croire M. Dieulafoy. » Mais je n'ai jamais cru et je n'ai jamais dit que les chirurgiens enlèvent l'appendice dans le but de guérir la typhlo-colite. J'ai dit, ce qui est tout différent, que trop souvent on commet une erreur de diagnostic : on prend la typhlite pour l'appendicite, on ouvre le ventre, on extirpe l'appendice, et la typhlite continue.

Dans une autre partie de son argumentation, M. Reclus semble regretter que ma communication ait mis le public au courant de la question qui nous occupe, attendu « que le public lui semble

peu qualifié pour trancher ces délicates questions ». Et qu'auriez-vous pensé, Messieurs, si au moment de faire ma communication, je vous avais demandé de transformer la séance de l'Académie en comité secret? Je trouve, moi, que ce bon public est le premier intéressé aux discussions qui nous agitent; dans sa logique inflexible, il sait à quoi s'en tenir quand on lui ouvre le ventre alors qu'il n'a pas d'appendicite et il me paraît fort bien qualifié pour s'intéresser à cette question.

Et encore, ce public, dont vous parlez, il représente les heureux de la terre, les fortunés de la vie, il représente ceux qui peuvent s'entourer de conseils et qui, suivant l'expression de M. Reclus, peuvent « ne pas se livrer trop complaisamment aux entreprises de chirurgiens trop agressifs »; mais pensons aussi aux malades de nos hôpitaux, qui, eux, n'ont aucun recours et qui, par suite d'une erreur de diagnostic, peuvent être exposés à se voir ouvrir le ventre; n'oublions pas que ces hommes et ces femmes ne gagnent leur vie qu'au prix de pénibles labeurs, et à ce point de vue une opération abdominale inutile peut avoir pour eux des conséquences regrettables. J'ai eu, il y a quelques semaines, salle Saint-Christophe, un de ces malades atteint de typhlo-colite qui avait été inutilement balaféré.

J'ai vu le 6 juin, une jeune femme, de condition moyenne, qui venait me demander conseil. Elle a depuis des années des crises de typhlo-colite muco-membraneuse, et dans certaines crises la typhlite prend le dessus et les douleurs s'exaspèrent à la fosse iliaque droite. Elle est entrée dans un service de chirurgie que je n'ai pas besoin de nommer, on a fait le diagnostic d'appendicite et on l'a opérée, le 19 octobre 1903, d'une appendicite qu'elle n'avait pas. Sept semaines après l'opération, les crises de typhlo-colite muco-membraneuse ont reparu. Quand ces malades vous racontent leur histoire, on entend toujours le même refrain: « Je vois bien, Monsieur, que je n'avais pas l'appendicite, car ça n'a servi à rien de m'opérer, j'ai les mêmes crises douloureuses dans les mêmes endroits. » Et la pauvre femme ajoutait: « Depuis l'opération, mon ventre n'a plus la même résistance, il me semble que mes organes vont tomber. »

Arrivons à la question du diagnostic; mes collègues me demandent de les éclairer sur ce point. C'est beaucoup d'honneur qu'ils me font, mais ils oublient que c'est moi, qui, lors de ma première communication, leur ai posé cette même question. Faisant allusion à ces fausses appendicites (et rien qu'à celles-là) qui ne

sont constituées histologiquement que par des trouvailles de follicules hypertrophiés ou par quelque travée fibreuse, appendicite, *qui sont cliniquement inexistantes*, j'ai demandé aux opérateurs d'après quels symptômes ils en font le diagnostic et quelles sont les indications cliniques qui les autorisent à opérer.

M. Reclus s'est bien gardé de me répondre, et cependant c'était là le nœud de la question. Quant à moi, je suis incapable de diagnostiquer une chose qui n'existe pas. Quand je suis en face d'une typhlo-colite avec les symptômes classiques de la typhlo-colite, sans adjonction de symptômes d'appendicite vraie, je me contente du diagnostic de typhlo-colite et je n'ai jamais eu à le regretter. Mais le jour où tel malade, enclin à la typhlo-colite, aurait une appendicite vraie, je ferais, je le crois du moins, le diagnostic d'appendicite et le chirurgien serait vite appelé. Néanmoins, je terminais ma première communication en reconnaissant qu'il peut y avoir des cas dont le diagnostic est fort difficile. Mais, en clinique, où n'y a-t-il pas de cas difficile?

En terminant, je fais remarquer que je ne suis pas seul, il s'en faut, à signaler les erreurs commises. M. Achard, agrégé de notre Faculté et médecin des hôpitaux, me disait dernièrement qu'un chirurgien des hôpitaux lui avait demandé de faire l'examen histologique des appendices qu'il enlevait; M. Achard a fait ces examens histologiques et il lui est assez souvent arrivé, me disait-il, de trouver des appendices absolument sains.

M. Hartmann, agrégé de notre Faculté et chirurgien des hôpitaux, a signalé dans un article (1) les erreurs de diagnostic relatives à l'appendicite et à l'entéro-colite.

Si j'ai pris la parole, c'est pour venir à mon tour appeler l'attention sur ces erreurs. Mon collègue Le Dentu a fort bien résumé la situation à la fin de sa remarquable communication quand il nous dit : « Le cri d'alarme plein de franchise et certainement bien intentionné de M. Dieulafoy aura pour résultat de nous rendre tous plus rigoureux encore dans la recherche des signes diagnostiques et dans celle des indications opératoires. Nous lui devons des remerciements pour nous avoir crié casse-cou. Les malades atteints de typhlo-colite muco-membraneuse à qui dorénavant on parlera d'intervention se rappelleront, en l'appliquant à leur chirurgien, le dicton si profondément vrai :

(1) Hartmann. *Revue générale des sciences*, 1903, p. 1000.

« Un bon averti en vaut deux. » M. Le Dentu ne pouvait pas mieux résumer ma pensée.

Mon collègue M. Richelot a, lui aussi, interprété ma communication avec sa bienveillance habituelle. Voici ce qu'il en dit : « De la communication de notre collègue Dieulafoy, j'ai retenu d'abord un fait qu'il est impossible de nier : nombre de malades, depuis quelques années, ont été opérés d'une appendicite qu'ils n'avaient pas. Il faut avoir le courage de le dire et, n'eût-il que cette conclusion, le discours que vous avez entendu était chose utile. » Et M. Richelot termine sa communication par la déclaration suivante : « Je veux m'associer une fois de plus, en terminant, à la condamnation prononcée par notre collègue contre les diagnostics portés à la légère et les opérations mal justifiées. »

Je remercie mes éminents collègues de m'avoir prêté ici, avec tant de bienveillance, le concours de leur grande autorité.

M. LE PRÉSIDENT : La discussion continuera dans la prochaine séance.

— A quatre heures cinquante-cinq minutes, la séance est levée.

ERRATUM

Discussion sur la typhlo-colite.

Page 690, 11^e ligne (réponse de M. Paul Reynier), *lire* : circonspection *au lieu de* : circonscription.

Le Secrétaire perpétuel, S. JACCOUD.

Le Gérant, PAUL BOUCHEZ.

SÉANCE DU 26 JUIN 1906

PRÉSIDENCE DE M. GUÉNIOT

SOMMAIRE : *Correspondance officielle* : M. le ministre de l'Intérieur, *Remède, Lèpre*. — *Correspondance manuscrite* : M. Hédon, *Candidature*; MM. Lepage-Viger, Coreil, *Bureaux d'hygiène*; MM. Römer, Fédon, Rouyer, Chabenat, *Épidémies*; MM. Szczypiorski, Fédon, Degrave, *Vaccine*; M. Bauzon, *Hygiène de l'enfance*; M^{me} Chellier-Castelli, *Assistance aux femmes musulmanes*. — *Présentations d'ouvrages manuscrits et imprimés* : M. G. Martin, *Variole et vaccine*; M. Lucien-Graux, *Eaux minérales*; Société protectrice de l'enfance, *Rapports*; M. Liberstein, *Dentiers*; M. Cornil : *Amiral Paul Jones*. — *Présentation d'appareil* : M. J.-J. Matignon, *Poire en caoutchouc pour vider les tubes de lymphé vaccinale*. — *Décès de M. Josias* : *Allocution de M. le Président*. — *Rapport* : M. Sevestre, *Sur un mémoire de M. Rousseau Saint-Philippe concernant la tuberculophobie et quelques-uns de ses effets en médecine infantile*. — *Communications* : I. M. Lancereaux, *Anévrysmes des gros vaisseaux, étiologie et pathogénie, traitement par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné*; H. M. Boinet, *Maladie des scaphandriers*. — *Discussion sur la typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et l'appendicite* : MM. Reclus, Pinard, Dieulafoy, Duret.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu par M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL, est adopté.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL communique les pièces de la correspondance :

Correspondance officielle.

M. le Ministre de l'Intérieur transmet : 1^o un dossier de remède secret, présenté par M. Gouvain. — (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*);

Correspondance manuscrite.

I. M. le Dr Hédon (de Montpellier) se porte candidat au titre de correspondant national dans la première division. (*Médecine*). — (*Commission spéciale*.)

II. Un mémoire manuscrit de M. le Dr Römer, médecin en chef de l'hôpital de lépreux de Médan (Côte orientale de Sumatra), sur les lèpres. — (*Commission des épidémies.*)

III. M. le Dr Le Page Viger, directeur du Bureau municipal d'hygiène d'Orléans, envoie un rapport sur ce service, en 1905. — (*Même Commission.*)

IV. M. le Dr Coreil, directeur du Bureau d'hygiène et du Laboratoire municipal de Toulon, adresse un rapport sur ces services, en 1904-1905. — (*Même Commission.*)

V. M. le Dr J. Fédon (à Azille, Aude) envoie un mémoire manuscrit sur une épidémie de rougeole, en 1905. — (*Même Commission.*)

VI. M. le Dr Rouyer, médecin-major de 2^e classe, adresse un mémoire manuscrit sur la rougeole en 1905, dans la garnison de Saint-Dié. — (*Même Commission.*)

VII. M. le Dr Chabenot envoie un rapport manuscrit, sur les épidémies dans l'arrondissement de La Châtre, en 1905. — (*Même Commission.*)

VIII. M. le Dr Szczypiorski (à Mont-Saint-Martin, Meurthe-et-Moselle) adresse la statistique des vaccinations qu'il a pratiquées en 1904, 1905 et 1906. — (*Commission de vaccine.*)

IX. M. le Dr Fédon (à Azille, Aude) envoie un rapport manuscrit sur les vaccinations et revaccinations qu'il a faites en 1905. — (*Même Commission.*)

X. M. le Dr Degrave (à Lagasse, Aude) adresse une note manuscrite sur l'application de la loi du 15 février 1902, en ce qui concerne la vaccine. — (*Même Commission.*)

XI. M. le Dr Bauzon (à Chalon-sur-Saône) envoie plusieurs mémoires, sur l'hygiène de l'enfance. — (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

XII. M. le Dr Chellier-Castelli (à Algèr) adresse une brochure sur l'assistance médicale féminine chez les musulmanes, pour le concours du prix Monbinne, en 1907. — (*Commission spéciale.*)

Présentations d'ouvrages manuscrits et imprimés.

I. M. KERMORGANT : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, au nom du Dr Gustave Martin, médecin-major de 2^e classe des troupes coloniales, un mémoire intitulé : *Variole et Vaccine en Guinée, en 1905*.

La variole existe à l'état endémo-épidémique dans toute l'étendue de la Guinée, où elle cause chaque année de nombreux décès. La maladie est entretenue par les variolisations très en honneur dans le pays, surtout parmi les Foulahs et les musulmans. C'est en vue de combattre cette pratique désastreuse que notre confrère a été chargé d'assurer un service de vaccine dans cette possession. Le vaccin mis à sa disposition, provenait du centre vaccino-gène créé récemment à Saint-Louis (Sénégal) et de l'Institut Pasteur de Lille, mais il ne lui a servi qu'à pratiquer des ensemencements sur des animaux. M. Martin s'était muni, à cet effet, de lapins. Il n'a obtenu aucun succès sur ces animaux, qui sont tous morts au cours d'un voyage assez mouvementé; il n'a pas réussi davantage sur les chèvres; seul, un chimpanzé, vacciné au bras, lui a donné trois belles pustules. C'est grâce à des passages successifs sur des génisses, que notre confrère a dû de ne jamais manquer de vaccin. Dès son arrivée dans un centre important, il inoculait une génisse qui le suivait jusqu'à ce que l'évolution se fût produite. La lymphe était en général bonne à récolter quatre jours et demi à cinq jours après l'ensemencement sur l'animal.

Le Dr Martin fait remarquer que l'état et la couleur de la peau des animaux a une grande importance; les éruptions ont toujours meilleure apparence chez ceux dont la peau est fine et souple, dont la robe est de couleur blanche ou rousse avec poils courts et soyeux. Il a également pu contrôler une opinion déjà émise par quelques-uns de ses collègues, à savoir que les succès ont été moins nombreux chez les enfants vaccinés en plein midi que chez ceux qui ont été inoculés à l'ombre ou aux heures extrêmes de la journée. D'où cette conclusion, que la chaleur n'est pas seule en cause dans l'altération de la lymphe vaccinale, et qu'il faut y faire entrer également l'action de la lumière et du soleil. Il serait préférable, par suite, de procéder aux vaccinations le matin de bonne heure, ou vers cinq heures du soir. En tout cas, il sera prudent de tenir les enfants à l'ombre, avant, pendant et quelques moments après l'inoculation.

Le chiffre global des vaccinations pratiquées s'est élevé à 19.700, avec des pourcentages de succès variant entre 70 et 90 p. 100. Pour les revaccinations, les succès ont oscillé entre 28 et 50 p. 100.

Je demande à l'Académie le renvoi de ce mémoire très intéressant à la Commission de la vaccine. — (*Commission de vaccine.*)

II. M. CHANTEMESSE : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie deux ouvrages intéressants du Dr Lucien-Graux. Le premier a pour titre : *Application de la cryoscopie à l'étude des eaux minérales*, et contient de nombreuses expériences personnelles. Le second est un rapport présenté à la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques instituée près le ministère de l'Intérieur; l'auteur y étudie les *Modifications à apporter aux articles 7, 11, 19 et 20 de la loi du 15 février 1902*.

Je demande que ces deux ouvrages soient renvoyés à la Commission des eaux minérales. — (*Commission des eaux minérales.*)

III. M. SEVESTRE : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, de la part de la Société protectrice de l'enfance, une série de Rapports adressés à cette Société par ses médecins inspecteurs. — (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

IV. M. GABRIEL : J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie un volume intitulé : *Inconvénients et danger des dentiers, et maladie du caoutchouc*, par M. L. Eilerstein, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris. Cet ouvrage se divise en deux parties; dans la première, l'auteur fait une étude générale de l'hygiène de la prothèse dentaire et signale certaines habitudes professionnelles que le souci de la santé du public demanderait à voir modifier.

La seconde partie est consacrée à la maladie dite du caoutchouc, stomatite spéciale qui apparaît chez un certain nombre de personnes qui portent des dentiers en caoutchouc durci. L'auteur montre, par une série de faits expérimentaux, que cette maladie est due à l'attaque par les fermentations intrabuccales du sulfure de mercure employé pour colorer la vulcanite : ce serait donc une stomatite mercurielle, et l'auteur insiste sur la nécessité d'interdire l'emploi de cette matière colorante dans la fabrication des dentiers.

V. M. CORNIL : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie les communications relatives à la découverte et à l'identification des restes de l'amiral Paul Jones.

La Commission du Vieux-Paris a pu identifier le cadavre et la tête de l'amiral Paul Jones, mort en 1793, grâce à un buste fait d'après nature par Houdon. Comme le cadavre avait été immergé pendant un temps dans l'alcool ou un liquide alcoolique, j'ai pu examiner les organes au microscope et déterminer, en particulier pour le rein, l'existence d'une néphrite chronique avec état fibreux des glomérules.

Présentation d'appareil.

M. LAVERAN : J'ai l'honneur de présenter, au nom de M. le Dr J.-J. Matignon, une *poire en caoutchouc pour vider les tubes de lymphé vaccinale*.

Il est souvent difficile de faire sortir la lymphé vaccinale des tubes très fins dans lesquels elle est contenue. Il faut souffler par une des extrémités; si on souffle trop fort, on expulse brusquement tout le contenu du tube sur la lancette.

La maison Mathieu a construit, sur les indications de M. Matignon, une poire très simple munie d'une tétine très épaisse, à lumière virtuelle, dans laquelle les tubes les plus fins entrent à frottement. Un capuchon métallique recouvre cette tétine. Un orifice ménagé au sommet laisse passer le tube vaccinal, et l'épaisseur des parois du capuchon imprime au tube la direction exacte pour qu'il arrive sur l'orifice de la tétine.

Une prise d'air est ménagée sur les parois de la poire. De la sorte, quand le caoutchouc revient sur lui-même, il n'y a pas de phénomène d'aspiration et d'appel de la lymphé dans l'intérieur de la poire.

Le tube vaccinal peut servir à charger un certain nombre de lancettes; il suffit, chaque fois, d'une très légère pression de la poire pour faire sortir la quantité de lymphé désirée.

Le tube est enfoncé au travers de la tétine, après que l'une de ses extrémités a été brisée.

Je demande le renvoi de ce petit appareil à la Commission de la vaccine. — (*Commission de vaccine.*)

Décès de M. Josias.

M. LE PRÉSIDENT : Mes chers collègues, déjà vous avez appris avec émotion la perte douloureuse que vient de faire l'Académie. Notre sympathique collègue, Albert Josias, naguère encore si débordant de bonne humeur et d'entrain, est mort le 20 de ce mois, à l'âge de cinquante-trois ans.

Ses obsèques ont été célébrées vendredi dernier, devant une immense assistance. Votre Bureau en entier, ainsi que les membres de la section d'hygiène et de médecine légale, y représentaient l'Académie. De plus, un grand nombre de nos collègues s'étaient mêlés librement à cette multitude attristée.

Josias avait demandé que l'on s'abstînt de discourir sur sa tombe, et sa volonté fut religieusement respectée.

Aujourd'hui, en venant retracer ici les faits qui sont à sa louange, je ne crois pas trahir ses intentions dernières. Avec sa nature bienveillante et généreuse, comment admettre qu'il nous eût refusé d'honorer sa mémoire et d'inscrire dans nos annales le fortifiant exemple de sa vie?

Quoique pratiquant spécialement la médecine des enfants, notre très regretté collègue n'était assurément pas un *spécialiste* ordinaire, car c'est avec un égal succès qu'il s'appliquait à l'étude des questions d'hygiène, de même qu'à des recherches expérimentales et bactériologiques. Pour ces dernières, il est permis de penser que la maîtrise de Nocard en ces matières ne fut pas sans influence sur l'orientation des travaux de son beau-frère. Quoi qu'il en soit, s'il fallait montrer comment une application soutenue, la discipline de l'esprit et l'énergie de la volonté sont de merveilleux agents de succès, la carrière de Josias pourrait en fournir un éloquent témoignage.

A ses débuts, rien ne faisait présager la haute situation que son mérite, toujours croissant, lui devait conquérir. Mais, grâce à son esprit de décision, il sut bientôt mettre en valeur ses belles facultés. Et c'est ici l'un des traits particuliers de sa vie scientifique : à mesure qu'il avance, son talent grandit, se précise et se perfectionne. Ses travaux prennent alors un caractère de clarté, de logique et de finesse d'analyse tout à fait remarquable. Les rapports si lucides et si merveilleusement ordonnés que nous lui devons, sur de nombreux sujets d'hygiène, mettent ces heureuses qualités en pleine évidence.

Chose singulière, Josias, qui, plus tard, devait circonscrire ses travaux de médecine pure à la pathologie de l'enfance, consacra sa thèse inaugurale à l'étude de la *fièvre typhoïde chez les personnes âgées*. A cette date sans doute (1881), il n'avait pas encore choisi sa voie définitive.

En 1887, étant âgé de trente-quatre ans, il fut nommé médecin des hôpitaux, et, le 1^{er} janvier 1893, il entra comme chef de service à l'hôpital Bretonneau. C'est là que, pendant treize ans, il poursuivit ses recherches de clinique et de thérapeutique, jusqu'au jour où la maladie le contraignit d'y mettre fin.

En 1889, Josias avait été chargé de l'inspection des établissements sanitaires de la ville de Paris. Ceux-ci venaient d'être

créés; tout, dans ce service, restait à organiser. Notre collègue s'y distingua par d'heureuses initiatives, et, quatre années plus tard, il pouvait en montrer les bienfaisants résultats pour la santé publique.

Avant son élection à l'Académie, en novembre 1901, Josias s'était fait connaître par des publications très diverses; mais la notoriété qu'il s'était acquise avait trait surtout aux maladies de l'enfance et aux questions d'hygiène. De cette première série de travaux, je me borne à citer ses essais : sur l'*Emploi du suc musculaire dans le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les enfants*; — sur la *Transmissibilité de la rougeole aux animaux*; — sur le *Traitement du tétanos par la méthode de Baccelli*.

De même, et plus encore, les publications suivantes méritent d'être rappelées : *Études bactériologiques sur le sang dans la rougeole*; — *Importance de l'examen bactériologique des eaux potables au point de vue de la genèse des épidémies typhoïdes*; — *Études sur les gommes scrofuleuses* (en collaboration avec M. Brissaud); la nature tuberculeuse de ces dernières — fait très important — s'y trouve nettement démontrée, etc.

Enfin, je signalerai tout spécialement son *Traité de thérapeutique infantile*, en deux volumes, dans lequel il fait une part, aussi large que justifiée, à l'hygiène et à la sérothérapie.

Mais c'est surtout par la lecture de nos Bulletins que l'on peut juger de son ardeur scientifique et de sa rectitude d'esprit, au sujet des communications et nombreux rapports dont il fut l'auteur.

En mai 1902, c'est une observation du plus grand intérêt sur un cas de *Fièvre aphteuse chez un enfant âgé de treize mois*; — et en octobre de la même année une étude remarquable sur la *Diphthérie à l'hôpital Bretonneau pendant l'année 1901-1902*; — puis, en janvier 1903, ce *Rapport* (déjà tant de fois cité) sur l'*application de la loi du 15 février 1902*, relative à la protection de la santé publique; — puis encore cet autre *Rapport sur le lazaret du Frioul* et les mesures de défense contre la peste; — enfin, toute une suite de travaux de même ordre, qu'il me paraît superflu de mentionner et qui, établis avec la même rigueur et le même esprit critique, en font de véritables modèles.

Dans son ensemble, l'Œuvre écrite de Josias ne présente pas un grand volume; mais on peut dire que c'est une œuvre de qualité. Elle comprend surtout des sujets d'actualité, toujours savamment étudiés, et d'après les méthodes les plus modernes.

Quant aux Rapports qui en forment une part importante, je viens de signaler leur belle ordonnance et le haut mérite de leur exécution.

Comme le regretté Nocard qui, aussi, mourut à cinquante-trois ans, Josias est tombé avant l'heure, dans le plein épanouissement de ses facultés. De son dévouement à la science, on pouvait attendre encore d'utiles productions. Sa fin prématurée anéantit de telles espérances.

Doué de toutes les qualités qui rendent l'homme sympathique et attachant, il comptait de nombreuses amitiés et jouissait de l'estime universelle. L'Académie perd en lui un de ses membres les plus fidèles, les plus actifs et les plus aimés.

Puisse sa famille en larmes trouver quelque consolation dans l'hommage de nos respectueuses sympathies et de nos sincères condoléances! (*Assentiment unanime.*)

Rapport.

Sur un travail du D^r ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE, intitulé : *De la tuberculophobie et de quelques-uns de ses effets en médecine infantile,*

par M. SEVESTRE.

Dans le travail qu'il a lu à l'Académie, à la séance du 22 mai dernier, le D^r Rousseau Saint-Philippe examine les conditions dans lesquelles se pratique la lutte contre la tuberculose, et proteste contre ce que l'on pourrait appeler la tuberculophobie ; sous le prétexte que les malades doivent être isolés, mais en réalité bien plutôt par crainte de la contagion, on se trouve en quelque sorte autorisé à les abandonner, à se désintéresser d'eux. Certes, oui, il faut craindre la contagion, il faut fuir le bacille, mais à condition que ce ne soit pas aux dépens du malade ; car c'est lui qu'il faut avant tout chercher à traiter et à guérir, et pour arriver à ce résultat, le meilleur moyen est encore de le rendre plus vigoureux, afin de lui permettre de résister. C'est dire que le diagnostic doit être fait de bonne heure, pour attaquer le mal dès le début, mais encore importe-t-il de ne pas se laisser prendre à de simples apparences, et considérer comme tuberculeux des enfants atteints de maladies qui n'ont aucun rapport avec le bacille de Koch.

Ainsi les lésions de la peau les plus banales donnent souvent lieu, chez les enfants, à des adénites que l'on peut croire tuberculeuses ; il en est de même des adénites cervicales survenant à la suite des altérations du nasopharynx, de l'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques consécutives à des lésions banales des bronches ou du poumon (coqueluche, grippe prolongée, etc.).

On rattache trop facilement à la tuberculose des péritonites chroniques non bacillaires, des arthrites prolongées liées simplement à l'arthritisme des parents ou à l'existence d'une fièvre éruptive telle que la scarlatine. Enfin, pour la méningite tuberculeuse, « on oublie trop, dit M. Rousseau Saint-Philippe, que certaines maladies infectieuses s'accompagnent de phénomènes cérébraux trompeurs qui peuvent prêter à la confusion ; j'ai dans mes notes une dizaine d'observations d'erreurs de ce genre qui prouvent au moins qu'il faut tâcher d'asseoir son jugement sans hâte, sans idée préconçue et sur des bases certaines ».

« De tout ce qui précède, dit-il encore, on peut conclure que, si le public imparfaitement éduqué, est menacé de devenir tuberculophobe, les médecins subissant un entraînement irréfléchi, semblent présenter un état d'esprit inquiétant, une sorte de tuberculomanie, qu'il serait grand temps d'arrêter. »

Cela est fort bien, mais n'est-il pas permis de se demander si, dans l'ardeur qu'il met à combattre l'entraînement général, M. Rousseau Saint-Philippe ne s'est pas laissé entraîner quelque peu en sens inverse.

Comme il le dit lui-même : « Excès en tout est un défaut ; ne soyons pas des outranciers, n'exagérons rien. La victoire est à ce prix, et cette victoire sera surtout celle du bon sens. »

Sachons donc garder la mesure, et exerçons-nous à la précision du diagnostic. Gardons-nous également d'employer le mot de prétuberculose, qui constitue moins un état morbide qu'une expression inexacte du langage médical.

En terminant, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie :

1^o D'adresser des remerciements à M. Rousseau Saint-Philippe ;

2^o D'inscrire son nom en bonne place, sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

— Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

Communications.**1. Les anévrysmes des gros vaisseaux. Étiologie et pathogénie; traitement par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné,**

par M. LANCEREAUX.

I

La connaissance exacte de l'étiologie et de la pathogénie des anévrysmes a forcément pour base la connaissance des désordres anatomiques des artères qui en sont le siège, car, en dehors du traumatisme, la rupture d'un vaisseau sain ne se voit pas.

Les artères, comme tous les organes, sont exposées à des lésions multiples; mais celles qui donnent naissance aux anévrysmes, en général peu nombreuses, se rapportent aux types anatomiques suivants :

- 1° Les artérites circonscrites;
- 2° Les artérites en plaques;
- 3° L'artério-sclérose ou endartérite généralisée.

Les *artérites circonscrites* se rattachent à deux maladies nettement définies, la syphilose et la tuberculose. Elles ont pour caractère, ainsi que toutes les déterminations morbides de ces maladies, de se localiser sur un ou plusieurs points d'un vaisseau, sous forme d'épaississements circonscrits, de nodosités miliaires, lenticulaires ou pisiformes, tout d'abord grisâtres et résistantes, plus tard jaunâtres, molles et susceptibles de résorption.

Constituées par de jeunes cellules de tissu conjonctif, qui souvent ne tardent pas à dégénérer, ces lésions ont pour siège de prédilection les vaisseaux de moyen calibre : les artères de l'encéphale dans la syphilose, celles des poumons et du cerveau dans la tuberculose. La tunique externe de ces vaisseaux ou mieux la gaine lymphatique en est le point de départ habituel, mais parfois, aussi, la tunique interne se prend à son tour et

s'épaissit, tandis que la tunique moyenne, comprimée, s'atrophie, et, en raison de sa moindre résistance, favorise un certain degré d'ectasie.

Dans d'autres cas, cette tunique est envahie par les éléments de nouvelle formation de la tunique externe et ceux-ci, venant à la pénétrer dans toute son épaisseur, enlèvent à la paroi artérielle, sur un ou plusieurs points, une grande partie de sa résistance à la tension sanguine.

Alors, de deux choses l'une : ou bien, le sang, en vertu de cette tension, rompt le vaisseau et il survient une hémorragie, ce qui est rare ; ou bien, ce qui est plus commun, il s'introduit à travers la tunique moyenne, refoule la tunique externe et les tissus du voisinage qui le retiennent et lui forment paroi, et il s'accumule, ainsi, au pourtour du vaisseau sous forme d'une tumeur dite anévrysmale.

En somme, c'est l'altération de la tunique externe du vaisseau qui a été la condition pathogénique de l'anévrysme.

Les *artérites en plaques* ont pour siège habituel les gros vaisseaux et, de préférence, l'aorte et les gros troncs qui en émanent. Leurs causes ne sont pas absolument déterminées ; néanmoins, si on fait exception du traumatisme, on en arrive à reconnaître qu'elles se rattachent à deux maladies principales : la syphilose et la paludose.

Ces artérites sont caractérisées par des épaississements des tuniques artérielles, disposés sous forme de plaques allongées ou circulaires, d'une étendue de plusieurs centimètres, à bords festonnés saillants et plus ou moins réguliers. Fortement injectées à leur surface externe et parfois adhérentes aux parties voisines, les parois du vaisseau lésé sont tantôt lisses à leur surface interne, tantôt surmontées de mamelons, de nodosités du volume d'une lentille ou d'un pois, et groupées à la façon de certains tubercules syphilitiques de la peau. Ces plaques, généralement séparées par des intervalles vasculaires entièrement sains, ont pour siège ordinaire la portion ascendante ou la crosse de l'aorte ; elles se retrouvent encore dans la portion descendante de ce même vaisseau où elles occupent, quand elles viennent à se réunir, une large étendue, sans toucher à l'aorte abdominale. Inversement l'aorte abdominale peut être affectée et l'aorte thoracique conserver son intégrité, comme si chacune des parties de ce grand vaisseau, dont le développement a lieu par l'inter-

médiaire d'arcs vasculaires différents, avait la propriété de s'altérer isolément.

Tout d'abord, opalescentes ou même semi-transparentes, puis de couleur grisâtre ou jaunâtre, les saillies vasculaires, de consistance ferme, élastique, se ramollissent parfois sur certains points, en donnant naissance à des foyers à contenu semi-liquide, qui se vident à l'intérieur du vaisseau, laissant à leur suite des ulcères plus ou moins profonds.

Toutes les tuniques artérielles prennent part, le plus souvent, à ce processus, mais à des degrés fort divers. La tunique externe, qui en est le point de départ, s'injecte, s'épaissit, comprime les nerfs qui la parcourent; puis la tunique interne se prend à son tour et devient le siège de saillies mamelonnées, tandis que la tunique moyenne, comprimée des deux côtés, s'atrophie si elle n'est envahie à son tour.

La composition histologique de cette lésion varie nécessairement suivant le moment où on l'examine. La tunique externe, particulièrement intéressée, s'infiltre d'éléments embryonnaires de tissu conjonctif qui, dans certains cas, envahissent la tunique moyenne et même la tunique interne.

Disposées sous forme d'amas ou de foyers disséminés de préférence sur le trajet des vaisseaux, les jeunes cellules de la tunique externe pénètrent dans la tunique moyenne sous forme de traînées qui la perforent de part en part, formant ainsi comme de petits puits qui viennent détruire sa résistance. Ajoutons que ces éléments sont susceptibles d'organisation, puisqu'il nous est arrivé d'observer des ecchymoses ou de petits épanchements sanguins entre les tuniques moyenne et interne. Cette dernière membrane, d'ailleurs, est le siège d'un épaississement formé par la présence d'éléments de nouvelle formation.

En état de moindre résistance, la tunique moyenne finit par céder à un certain moment, principalement sous l'influence d'efforts, et par entraîner à sa suite, soit une hémorragie grave, soit plus souvent un anévrysme.

Ainsi, dans l'artérite en plaques, comme dans l'artérite circonscrite, l'anévrysme est l'effet d'une péri-artérite, c'est-à-dire d'une lésion qui, débutant par la tunique externe des vaisseaux, envahit la tunique moyenne sous forme de traînées cellulaires qui la perforent et permettent ainsi au sang de se frayer un passage à travers cette membrane. La tunique externe se rompt alors et il se produit une hémorragie, ou bien elle est refoulée

par le sang, et aidée des tissus voisins, elle forme une poche qui le maintient au pourtour du vaisseau.

En raison de son siège et de ses localisations diverses, la péri-aortite est l'occasion de désordres fonctionnels variables. Au niveau des orifices des artères coronaires du cœur, elle tend à rétrécir ces orifices et à produire des phénomènes d'ischémie cardiaque à savoir : douleurs précordiales à la suite d'efforts ou d'une marche rapide, dyspnée pénible et douloureuse ; au niveau de la crosse, les troncs artériels inégalement rétrécis donnent lieu à l'inégalité des deux pouls ; dans la portion ascendante de l'aorte, elle a pour effet de comprimer et d'altérer le plexus cardiaque, en donnant naissance au syndrome douloureux connu sous le nom d'*angine de poitrine*, avec ses intermittences parfaites et ses retours, même à l'état de repos absolu. Située dans la région abdominale, l'aortite en plaques entraîne à sa suite des troubles divers qui résultent de l'altération ou de la simple compression des plexus solaire, gastro-intestinaux, etc.

La différenciation étiologique des anévrysmes de l'aorte n'est pas sans offrir de réelles difficultés, car, en l'absence de localisations distinctes, il ne reste guère que les antécédents et les manifestations concomitantes pour éclairer le praticien. Mais cela importe peu, attendu que la médication ne varie pas, puisque l'indication principale, dans tous les cas, est de favoriser la coagulation du sang dans la poche anévrysmale.

L'*artério-sclérose ou endartérite généralisée*, déjà différente des péri-artérites, tant par sa localisation à la tunique interne que par sa tendance à la généralisation, se distingue encore par les conditions qui président à son développement. Membrane dépourvue de vaisseaux, l'endartère est peu exposée à l'action des agents infectieux et par contre, de même que les cartilages et les tissus fibreux, très sujette aux troubles trophiques.

C'est pourquoi nous voyons ses désordres coexister fréquemment avec les altérations de ces tissus et, au même titre qu'elles, se rattacher à la grande névrose sympathique désignée sous le nom d'*herpétie* ou encore d'*arthritisme*.

L'endartérite commence souvent par l'aorte, et de préférence par l'aorte abdominale, puis elle s'étend peu à peu à une grande partie du système artériel. Les artères, celles des membres surtout, sont d'ordinaire, à la façon des veines variqueuses, allon-

gées, flexueuses, épaissies ou amincies, dilatées ou rétrécies, et fréquemment annclées.

Leur surface interne est semée de petites saillies mamelonées ou allongées qui se rencontrent de préférence, du moins dans l'aorte, à l'origine de ses branches collatérales. — Une section transversale de la paroi vasculaire permet de constater que ces saillies ont pour caractères de siéger dans l'épaisseur de la membrane interne et d'être constituées par une substance grisâtre, semi-transparente, qui, au bout d'un certain temps, devient jaunâtre, se ramollit par transformation graisseuse et finit par ulcérer les vaisseaux.

Composée de cellules rondes allongées ou étoilées, disposées au sein d'une trame aréolaire, cette altération envahit peu la tunique moyenne, mais elle l'atrophie et prédispose les vaisseaux à des ectasies partielles; la tunique externe n'étant qu'exceptionnellement touchée, les anévrysmes vrais sont alors des plus rares.

L'étude qui précède nous montre tout à la fois la diversité des artériopathies et la liaison qui existe entre leurs diverses formes et les causes qui leur donnent naissance. Elle établit, en outre, que toutes les lésions artérielles sont loin d'avoir les mêmes conséquences, du moins en ce qui concerne les anévrysmes. A ce point de vue, il existe une distinction manifeste entre celles de ces affections qui débutent par la tunique externe, et celles qui se localisent plus spécialement à la tunique interne. Effectivement, si ces dernières présentent exceptionnellement cette complication, les premières en sont l'origine à peu près constante.

Les causes des anévrysmes sont ainsi la plupart du temps microbiennes, et leur pathogénie provient de la localisation des agents syphilitiques tuberculeux et paludiques à la tunique externe, et non pas, comme on le croit trop généralement, à la tunique interne des vaisseaux.

C'est l'irritation déterminée par la présence de ces agents dans la tunique externe qui, en se propageant à la tunique moyenne, donne naissance aux éléments qui la pénètrent, affaiblit sa résistance et permet au sang de la traverser et de former la poche anévrysmale.

En dehors de ces agents, le traumatisme est dans certains cas une cause d'anévrysme, comme aussi, plus rarement, la propa-

gation d'une inflammation du voisinage à la tunique externe et à la tunique moyenne d'un vaisseau.

II

Le traitement des anévrysmes est préventif et curatif. Le traitement préventif s'adresse naturellement à la lésion artérielle dont l'anévrysme n'est que la conséquence. Il varie suivant la cause et la nature de cette lésion. Peu efficace lorsque celle-ci est tuberculeuse ou paludique, il est d'une utilité incontestable lorsqu'elle est syphilitique.

Le traitement de l'artérite syphilitique ne diffère pas de celui de toutes les manifestations spécifiques; il consiste dans l'emploi de préparations mercurielles et iodurées. La quinine, qui est le moyen héroïque pour combattre les manifestations de la paludose caractérisées à l'état aigu par des fluxions des organes, demeure sans action contre les lésions scléreuses de l'état chronique; mais celles-ci, comme la plupart des scléroses jeunes, peuvent être influencées ou même arrêtées à leur début par l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes.

L'anévrysme une fois constitué, toute restauration de la paroi artérielle devient impossible et l'emploi de l'iodure de potassium n'est indiqué qu'autant que l'on redoute la formation d'un nouvel anévrysme.

Il ne reste au praticien d'autre alternative que de pratiquer la ligature du vaisseau, ou de renforcer les parois de la poche anévrysmale par la coagulation du sang qui s'y trouve contenu. Or, si la ligature est un procédé efficace dans les cas d'anévrysmes des petites artères, ce procédé devient inapplicable lorsqu'il s'agit de vaisseaux volumineux, comme l'aorte et les gros troncs artériels, en raison des graves accidents auxquels il expose le malade.

La seule ressource, alors, est de chercher à arrêter l'accroissement de la poche anévrysmale et à la consolider par la coagulation du sang à son intérieur.

Depuis Valsalva qui préconisa la saignée, de nombreux moyens physiques ou autres ont été employés dans ce but, mais sans succès certain. Leur énumération étant sans utilité, vous me dispenserez de vous les rappeler. Une seule méthode, jus-

qu'ici, m'a paru répondre à cette indication ; elle repose sur une expérience déjà longue, et mérite de vous être exposée à nouveau, tant, pour ce fait, que pour réduire à néant les critiques souvent mal fondées dont elle a été l'objet.

Mise en pratique et préconisée par le D^r Paulesco et par moi, dès l'année 1899, la méthode des injections hypodermiques de sérum gélatiné dans le traitement des anévrysmes des grosses artères n'a pas toujours reçu un accueil favorable, et a soulevé de nombreuses objections. Tout d'abord, on a contesté que la gélatine, dont l'action coagulante ne pouvait être mise en doute, n'était pas absorbée ; nous avons démontré l'erreur de cette manière de voir. On a prétendu, ensuite, que la coagulation du sang dans la poche anévrysmale pouvait être une cause d'embolie. C'était là une autre erreur à laquelle a répondu l'expérience. Enfin, l'objection la plus grave, je dirai la seule sérieuse qui ait été adressée à notre méthode, c'est le développement du tétanos chez plusieurs malades auxquels avaient été pratiquées des injections de sérum gélatiné, bien que la plupart de ces injections aient eu pour objet de combattre des hémorragies et non de lutter contre les anévrysmes. Cette objection, pourtant, est sans valeur, car, ainsi que me le disait un étranger venant me demander de traiter par les injections gélatinées un énorme anévrysme de l'aorte abdominale : « Si le tétanos a été quelquefois transmis par des injections de sérum gélatiné, cela ne peut être attribué à la méthode, mais à la préparation défectueuse de la substance injectée. » En effet, sur près de douze cents injections de sérum gélatiné pratiquées par mes élèves et par moi, tant en ville que dans mon service hospitalier, il ne m'a pas encore été donné de voir un seul cas de tétanos. La raison en est que j'ai soin de n'employer que du sérum gélatiné parfaitement aseptisé. Je ne reviendrai pas sur les procédés suivant lesquels doit se faire l'asepsie, sans pour cela décomposer la gélatine ; vous les trouverez décrits dans nos Bulletins pour l'année 1904, sér. 3, t. LII, p. 24. Je ferai remarquer seulement que la solution gélatinée que j'emploie aujourd'hui a été portée parfois de 2 gr. 50 à 3 gr. 50 p. 100.

Cette dose ne gêne nullement l'absorption ; elle pourrait sans doute être élevée à 3 p. 100. Une injection de 200 grammes de sérum gélatiné, pratiquée tous les cinq ou six jours, dans la fesse, ne détermine aucun accident, si ce n'est, dans certains cas, un état fébrile passager, relativement rare actuellement, en raison,

sans doute, d'une meilleure préparation du médicament. L'absorption est, en général, terminée au bout de vingt-quatre heures; jamais elle n'a été suivie du moindre abcès et, par conséquent, la méthode des injections sous-cutanées de sérum gélatiné, lorsqu'on a soin de se servir de gélatine convenablement aseptisée, n'offre aucun danger.

Mais cette méthode est-elle efficace, et dans quelle mesure? Quel est son mode d'action?

L'efficacité du traitement des anévrysmes des gros vaisseaux par la méthode des injections sous-cutanées de gélatine est, selon nous, incontestable, parce qu'elle repose sur de nombreux faits, et que ses effets sont toujours identiques. S'agit-il d'anévrysmes douloureux, comme c'est la règle pour les anévrysmes des premières portions de l'aorte? Toujours on constate la cessation de la douleur après quatre, cinq ou six injections. Est-on en présence d'anévrysmes de la partie supérieure de l'aorte abdominale avec troubles digestifs? Ceux-ci cessent, en général, après quelques injections.

Dans tous les cas où nous avons eu à traiter des tumeurs anévrysmales faisant saillie en avant du sternum et tout à fait liquides, avec peau amincie, il nous est arrivé de voir cette tumeur commencer à durcir après une dizaine d'injections, et le durcissement être total après trente à quarante injections.

Or, ces modifications, observées dans tous nos cas, indiquent manifestement qu'il n'y a pas là une simple coïncidence, et l'on conviendra avec nous que la gélatine joue un rôle efficace dans la coagulation du sang au sein des poches anévrysmales, même les plus volumineuses.

Voici, d'ailleurs, quelques nouveaux faits qui plaident en faveur de cette manière de voir.

OBS. 1. — *Anévrysme de la partie supérieure de l'aorte abdominale. Traitement par les injections de sérum gélatiné. Un an plus tard, anévrysme de la partie inférieure de l'aorte descendante. Même traitement.*

La femme d'un lieutenant de vaisseau, âgée aujourd'hui d'une quarantaine d'années, sans antécédents spécifiques manifestes, fut atteinte de paludose, à Saïgon, en 1888, et traitée par la quinine. Deux ans plus tard, elle rentra en France, et, sans être forte, elle se portait relativement bien. Dans les premiers mois de l'année 1904, elle vint me consulter pour des troubles digestifs et des douleurs à

l'épigastre, que n'améliora aucun traitement. Vers la fin de l'année elle me fut amenée à l'hôpital par le Dr Pouvreau, de Bois-Colombes. Elle présentait alors, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du diaphragme, une tumeur molle du volume d'une grosse orange, animée de mouvements d'expansion et accompagnée d'un bruit de souffles systoliques des plus manifestes. Il ne pouvait y avoir de doute, il s'agissait bien d'une tumeur anévrysmale, avec menace de rupture et de mort. Il n'y avait pas à songer à la ligature du vaisseau : les injections de sérum gélatiné nous parurent seules capables de remédier à cette grave lésion. Elles furent commencées le 11 mars 1905 et cessèrent le 25 juin suivant. Dans cet intervalle de temps, il fut fait vingt injections de 200 grammes de sérum à 7 p. 1000 de chlorure de sodium renfermant 5 grammes de gélatine. Au bout de la troisième ou quatrième injection, la douleur s'éteignit et les troubles digestifs ne tardèrent pas à disparaître; puis, peu à peu, les mouvements d'expansion cessèrent et il ne resta plus que des soulèvements de la tumeur, devenue très dure. A ce moment le traitement fut abandonné.

Un an plus tard, la tumeur épigastrique était demeurée au même point, mais il apparaissait, à la partie inférieure de la cavité thoracique, sur les côtés du sternum, une saillie diffuse avec mouvements d'expansion, sans souffle appréciable. Vingt nouvelles injections furent pratiquées dans l'espace de trois mois, à la suite desquelles les mouvements d'expansion disparurent. Quant à l'ancienne tumeur, elle présente toujours une grande dureté et son volume est beaucoup inférieur à celui qu'elle avait au début du premier traitement. Depuis lors, j'ai pu revoir cette malade, dont l'état local n'a pas changé, et dont l'état général est excellent.

OBS. II. — Anévrysme de la première portion de l'aorte avec tumeur présternale du volume d'une petite noix. — Rentrée de la tumeur dans le thorax à la suite de trente injections de sérum gélatiné. — Deux ans plus tard, efforts violents, réapparition d'une tumeur douloureuse et reprise des injections de sérum gélatiné.

E. G..., âgé de cinquante-quatre ans, maçon, né de parents décédés à un âge avancé, a été atteint, à dix-neuf ans, alors qu'il était occupé à creuser un puits, d'accès fébriles qui reparaissaient chaque jour entre une et deux heures de l'après-midi, débutaient par de violents frissons avec sensation de froid, suivis de chaleur et de sueurs abondantes. Ces accès, qui durèrent deux mois, n'ont pas reparu depuis lors. Un frère plus âgé que lui et qui prenait part au même travail éprouva les mêmes accidents ainsi que plusieurs habitants de la même commune. A vingt et un ans, E. G. est atteint de variole, mais il n'a eu aucun accident syphilitique. C'est un travail-

leur laborieux et sobre qui n'offre aucun signe d'intoxication, ni par les alcools, ni par les apéritifs.

La chute d'un madrier sur son épaule détermine des souffrances qui l'obligent à demander son admission à l'hôpital où il est reçu le 26 novembre 1903.

Il existe alors au niveau du deuxième espace intercostal droit à 7 millimètres de la ligne médiane, sur une étendue de la dimension d'une pièce de 2 francs, des battements et des mouvements d'expansion, qui se sentent encore dans le creux sus-sternal. La clavicule droite est soulevée et légèrement saillante et il existe une subluxation de l'articulation sterno-claviculaire droite. La percussion permet de délimiter une zone de matité qui s'étend de la clavicule à la troisième côte et de la ligne médiane à quelques centimètres du sternum. Les veines sous-cutanées de la région sous-claviculaire droite sont quelque peu dilatées. La pointe du cœur se fait sentir dans le 4^e espace intercostal à 10 centimètres de la ligne médiane; il n'est constaté aucun souffle pas plus au niveau de cet organe que de l'anévrisme. Les poumons sont intacts, le foie ne déborde pas, et tous les autres organes sont sains.

Le diagnostic d'un anévrisme de l'aorte ne pouvant être mis en doute, le malade est soumis à la méthode des injections de sérum gélatiné et, après la dixième, les douleurs cessent entièrement.

Le 10 juin à la suite de la trentième injection, il n'existe plus de mouvement au niveau de l'anévrisme, et le malade quitte l'hôpital, pour retourner chez lui, dans la Creuse. Là il se livre à des travaux de jardinage et reste plus d'une année sans souffrir et sans voir reparaître sa tumeur; se trouvant bien, il se met à bêcher, puis à fendre du bois sans éprouver ni douleur, ni fatigue; mais cependant vers le mois de mars 1906, les douleurs reparaissent, irradient de la poitrine vers l'oreille et dans le cou; puis apparaît de nouveau au devant de la poitrine une tumeur, tout d'abord, du volume d'une noix, mais qui augmente progressivement, jusqu'à atteindre celui d'une grosse orange. Le 22 mars 1906, le malade juge bon de revenir à l'hôpital; il présente à droite de la ligne médiane une tumeur qui s'étend transversalement depuis le milieu du sternum jusqu'à la moitié interne de la clavicule et descend jusqu'au troisième espace intercostal. Cette tumeur, molle, oblongue, est formée de deux lobes saillants, séparés par un sillon; elle est pulsatile et ses battements sont appréciables à la vue et au palper. Recouverte uniquement par la peau qui paraît amincie au toucher elle n'est le siège d'aucun souffle non plus que le cœur qui est à peine hypertrophié.

Le pouls du côté droit, très perceptible en 1905, est difficile ou impossible à sentir, les veines sous-cutanées du thorax sont peu dilatées.

Les injections de sérum gélatiné sont reprises le 24 mars, le

malade est tenu au repos. Une injection est pratiquée tous les cinq jours, d'abord avec 5 grammes de gélatine pour 200 centimètres cubes de sérum gélatiné, et à partir de la septième injection avec 7 grammes pour la même quantité de sérum. Ces injections, parfaitement tolérées, ne déterminent pas de mouvements fébriles bien appréciables, puisque la température n'est jamais, le soir de l'injection, au-dessus de 37°5. L'absorption, d'ailleurs, généralement rapide, s'opère dans l'espace de quelques heures, et, souvent, elle est terminée au bout de deux heures et demie à trois heures. La tension artérielle du malade, mesurée avant et après l'injection nous apprend que celle-ci s'élève manifestement puisque de 15, 16 ou 17 avant l'opération, elle monte à 22, 24 et 26 une heure plus tard. Après la sixième injection, la poche commence à durcir, les mouvements d'expansion diminuent, mais les battements persistent encore; on continue les injections.

Obs. III. — *Anévrisme de l'artère ophtalmique siégeant au delà de l'artère centrale de la rétine. — Exophtalmie, diplopie, troubles de la vision. — Injections de sérum gélatiné, rentrée de l'œil dans l'orbite, cessation de la diplopie et des troubles visuels.*

A. A..., âgée de cinquante-deux ans, ménagère, est née de parents sains et n'a pour tout antécédent personnel que des troubles digestifs, des migraines, des varices et quelques poussées articulaires. Mariée à vingt-deux ans, elle a eu trois enfants, et n'a jamais fait de fausse couche et elle n'a jamais présenté ni antécédents syphilitiques, ni accidents paludiques, bien qu'elle ait habité certaines contrées où règne la paludose. C'est, en somme, une femme dont la santé a toujours été bonne, et qui accuse simplement une atteinte de grippe en 1889.

Cette malade reçut il y a onze ans (1893), par le fait de la chute d'un bras de pompe sur l'arcade sourcilière droite un coup violent qui donna lieu à une douleur et à une ecchymose dont la durée ne fut pas moins de vingt-cinq jours, sans qu'il y eut toutefois de fracture appréciable. En février 1903, cette même malade tombe de toute sa hauteur sur une porte et le choc se fait sentir surtout à la région occipitale.

En août 1903, elle éprouve pour la première fois, dans toute la région fronto-occipitale droite la sensation de ce qu'elle compare au bruit du scieur de long, au cri de la pintade et au son des cloches. Cette sensation, peu douloureuse, avait son maximum d'intensité, le soir, dans la position couchée, et troublait fréquemment son sommeil. En septembre 1903, il s'y ajoute des battements comparés par la malade à des battements de cœur, qui voilaient quelque peu les bruits. L'œil, à part quelques douleurs passagères, n'offrait jusqu'à ce jour, aucun trouble; mais il devenait de plus en plus saillant et, en décembre la malade commence à s'apercevoir qu'elle

voit double et que son œil droit, est projeté en avant et déjeté en dehors. La diplopie et l'exophtalmie ne faisaient que s'accroître, les objets, d'ailleurs, étaient vus comme à travers un nuage et c'est dans cet état, que le 11 janvier 1906, cette malade nous est adressée par le Dr Leclerc, de Levallois-Perret. L'œil fait alors saillie en avant et en dehors, sa face antérieure est sur le même plan vertical que l'arcade sourcilière, la fente palpébrale est élargie, la conjonctive fortement injectée; la pupille, non déformée, réagit normalement à la lumière et à l'accommodation. La diplopie est constante et la vision, légèrement troublée à droite; un bruit de souffle systolique se perçoit lorsqu'on vient à appliquer l'oreille sur la partie droite du front et de la tête. Le globe oculaire se laisse refouler lentement, il est le siège d'un soulèvement intermittent: le côté droit de la tête est plus chaud que le côté gauche, et, au dire de la malade, l'œil droit est plus sensible au froid que l'œil gauche. Cependant, l'examen du fond de l'œil droit, pratiqué par le Dr Rochon-Duvignaud, permet de constater l'intégrité des vaisseaux de la rétine, à part peut être un léger épaississement des veines par rapport à celles du côté opposé; il existe, en outre, une légère diminution du champ visuel. En présence de ce fait qui ne pouvait laisser de doute au point de vue du diagnostic, et de la difficulté d'une intervention chirurgicale, notre parti fut rapidement pris et, à partir du lendemain de son entrée à l'hôpital, la malade reçut tous les cinq jours dans les régions fessières une injection de 200 centimètres cubes de sérum à 7 p. 1000, renfermant 2 gr. 50 de gélatine p. 100, soit 5 grammes de gélatine. Ces injections furent très bien tolérées, car, à la suite des deux premières seulement, on constata une ascension thermique (37°8 à 38 centigrades). Une heure et demie après l'injection la malade était prise du besoin d'uriner et au bout de deux heures et demie à trois heures l'absorption était complète. Les douleurs de tête et les battements si pénibles pour la malade, s'affaiblissent peu à peu, s'éloignent et, à la dix-septième injection pratiquée le 5 avril, l'œil paraît manifestement rentrer dans l'orbite, tandis que la perception des sons existe à peine pour la malade et le bruit de souffle pour le médecin. A la vingt-deuxième injection, l'œil est rentré de plus de la moitié, ses mouvements s'exécutent normalement et la diplopie a totalement disparu.

Aujourd'hui, après la trente-cinquième injection, l'œil droit est à peine plus saillant que le gauche, la diplopie n'a pas reparu et la vision est nette; la malade ne perçoit plus aucun son, le bruit de souffle a disparu et si ces phénomènes se reproduisent encore, c'est à des intervalles éloignés.

Rapprochés des faits publiés antérieurement par nos collègues

les D^{rs} Le Dentu et Reynier, par nous, en collaboration avec le D^r Paulesco, et par plusieurs autres médecins, ces observations mettent en parfaite évidence l'efficacité de la méthode des injections de sérum gélatiné dans le traitement des anévrysmes des gros vaisseaux. Cette efficacité n'est pas seulement constatée dans les cas légers, mais même dans les cas les plus désespérés, alors que la tumeur anévrysmale, après perforation thoracique, fait saillie sous la peau amincie. En pareille occurrence, qu'il s'agisse d'une tumeur visible à l'extérieur ou d'une tumeur renfermée dans les cavités thoraciques, abdominales, orbitaires, etc., le traitement par la méthode des injections de sérum gélatiné est nettement indiqué; l'hésitation ne peut être permise: elle serait coupable.

Done, le praticien doit, sans aucune inquiétude, recourir à cette méthode, d'autant plus que, en dehors d'elle, dans les anévrysmes vrais de l'aorte, tout au moins, il n'existe aucune chance de salut pour le malade si le sang ne parvient à se coaguler au sein de la poche anévrysmale.

Dire exactement comment agit la gélatine dans ces conditions nous serait difficile; nous savons, toutefois, que cette substance a la propriété de coaguler le sang à son contact et qu'elle a, en outre, celle d'arrêter les hémorragies, même lorsqu'elle est administrée en injection sous-cutanée. En conséquence, il y a lieu de croire que dans tous ces cas, elle exerce une action directe sur le liquide sanguin.

Nous avons voulu savoir quelle influence pourraient avoir nos injections sur la pression artérielle et s'il ne serait pas possible d'attribuer à l'hypotension sanguine la coagulation du sang dans les anévrysmes que nous avons eus à traiter. La communication que vous a faite récemment notre distingué collègue, le D^r Huchard, nous a conduit naturellement à faire cette recherche. Or, l'observation de nos deux derniers faits a clairement démontré qu'il n'en était rien, puisque la tension sanguine, constatée avec le même instrument, nous a démontré que, à chaque injection de sérum gélatiné, la tension sanguine s'élevait de plusieurs degrés, et baissait ensuite. Le repos au lit ne nous a pas paru davantage suffire à rendre compte des bienfaits de notre méthode; nous avons pu suivre en effet des malades soumis au repos absolu pendant un certain temps, sans constater d'amélioration sensible jusqu'au jour où des injections de gélatine étaient pratiquées, et d'autres malades, traités par ces mêmes injections, et dont la

poche anévrysmale durcissait même en l'absence d'un repos complet.

Tels sont les faits nouveaux et les réflexions qui nous ont paru dignes de vous être présentés, en faveur du traitement des anévrysmes des gros vaisseaux par la méthode des injections de sérum gélatiné.

De ces faits et de l'esquisse que nous avons faite de l'étiologie et de la pathogénie des anévrysmes vrais des gros vaisseaux, il est possible, ce nous semble, de tirer les conclusions suivantes :

1° L'artério-sclérose généralisée, ou endartérite, n'est qu'exceptionnellement suivie d'anévrysmes des gros vaisseaux. Les conditions pathogéniques de ces accidents sont des péri-artérites qui gagnent en profondeur et finissent par perforer la membrane élastique des artères. Leurs causes, à part le traumatisme, ont une origine infectieuse; celles que nous connaissons dès maintenant sont les agents de la tuberculose, de la syphilose et de la paludose.

2° La rupture est le mode de terminaison fatale des anévrysmes des gros vaisseaux, à moins de la coagulation spontanée du sang dans la poche anévrysmale. Cette coagulation étant rarement spontanée, l'indication formelle est de chercher à la provoquer; c'est à quoi répond la méthode des injections de sérum gélatiné, Cette méthode ayant la propriété de favoriser la coagulation du sang au sein des anévrysmes vrais, s'oppose, ainsi, à leur rupture, si le malade a soin d'éviter des efforts par trop violents.

3° Contrairement à ce qui a pu être avancé par quelques auteurs, la méthode des injections de gélatine est sans aucun danger, à la condition que le sérum employé soit parfaitement aseptisé. Son indication est d'autant plus formelle dans les anévrysmes des gros vaisseaux que l'intervention chirurgicale est le plus souvent impossible ou dangereuse, et qu'il n'est, jusqu'ici, du moins, aucun autre moyen d'arrêter sûrement le progrès de ces graves désordres.

II. *La maladie des scaphandriers,*

par M. BOINET, *correspondant national.*

Nous avons relevé trente cas d'accidents dus à une décompression trop brusque; une douzaine ont été mortels et dans l'espace d'un mois, deux scaphandriers, pêcheurs de corail dans la rade de Marseille, ont succombé assez brusquement à leur sortie de l'eau.

Une surveillance sérieuse de l'état de conservation et du mode de fonctionnement des scaphandres et l'application rigoureuse des mesures prophylactiques, dont la principale est la lenteur de la décompression, auraient permis d'éviter la plupart de ces accidents, dont voici le résumé.

GAS MORTELS

I. — Ange Cappadona, âgé de trente-trois ans, vigoureux, en bonne santé, avait commis l'imprudence, le 6 juin 1906, de faire une marche de 6 kilomètres et de manger avant de plonger. Il opéra trois descentes à côté de l'île de Riou; la *première*, à 15 mètres de profondeur et d'une durée de 20 minutes; la *seconde*, une demi-heure après, à 55 mètres. Il resta 12 minutes dans ces grands fonds. La troisième fut exécutée à 2 heures de l'après-midi, après deux heures de repos, à une profondeur de 35 mètres. Au bout d'un quart d'heure, il remonte rapidement, en moins d'une minute, en *bombe*, en *balle*, pour employer les expressions des scaphandriers. Au moment où il émerge, sa pâleur est livide; le casque est dévissé aussitôt, A. C... peut monter sans aide sur le pont du bateau, il ressent de vives douleurs musculaires dans tous les membres, exhale quelques plaintes, ne peut prononcer qu'une courte phrase, fait 2 à 3 inspirations rauques, présente de la cyânose des lèvres et des oreilles et meurt subitement (par décompression brusque).

II. — Lubrano (Vincent), âgé de vingt-six ans, en bon état, habitué aux plongées de 40 mètres, pêchait le corail au cap Couronne, le 21 juin 1906. Vers midi, il opéra plusieurs plongées successives ayant de 10 à 15 minutes de durée. A 3 heures, travaillant à 35 mètres de profondeur, depuis 25 minutes, il demande à remonter; il revient très rapidement à la surface, subit une décompression très brusque. Il est livide, se sent mal, pousse un soupir étouffé, tombe en syncope et, malgré d'énergiques frictions, meurt quelques heures après.

En 1903, deux scaphandriers qui retiraient des cadavres du vapeur *Le Liban* coulé dans le golfe de Marseille, moururent dans les mêmes conditions; l'un en quelques minutes, l'autre en quelques heures.

III. — Anticerwistch, âgé de cinquante ans, trop vieux pour un tel métier, plongea quatre fois à 35 mètres. Après chaque plongée, il se plaignait de douleurs musculaires généralisées que les gens de profession appellent simplement « les douleurs » et dont l'apparition fait craindre un accident et doit faire renoncer à une nouvelle descente. La quatrième plongée fut immédiatement suivie de fortes douleurs dans le membre supérieur droit, de dyspnée avec cyanose, puis de syncope. La mort arriva brusquement, avant que le casque ait pu être enlevé. Comme dans les cas précédents et suivants, il était remonté rapidement, en bombe.

IV. — Pittorino, son camarade de travail, exécuta aussi quatre plongées aux mêmes profondeurs et de même durée. Il remonta trop vite, se hissa avec difficulté sur le bateau, tomba dans un état syncopal qui persista deux heures, revint à lui, présenta une paraplégie complète avec rétention d'urine et des matières. Un médecin qui l'examina peu après l'accident constata de nombreux râles de congestion aux bases des deux poumons, des battements du cœur petits et précipités, une forte prostration aboutissant à la mort qui survint le lendemain.

Les deux cas mortels suivants se sont encore produits à la pêche au corail, c'est la répétition des précédents :

V. — Pittorino (Joseph) fit plusieurs plongées à 40 mètres; à la dernière, il remonta en moins d'une minute et, sous l'influence de cette décompression brusque, il eut des vertiges, fut pris d'un état syncopal passager, puis d'hémiplégie avec aphasie et succomba au bout de 12 heures.

VI. — Après trois descentes à 36 mètres, un scaphandrier grec, trop rapidement décomprimé, tombe sans connaissance, au moment où on lui enlève son casque; la respiration est pénible, stertoreuse, l'état comateux s'aggrave et la mort arrive 5 heures plus tard.

VII. — Berutti, âgé de cinquante-trois ans, n'avait plongé que trois fois, à 18 mètres de profondeur, avec des intervalles de repos d'une heure. Pendant la troisième plongée, il se sent mal à l'aise, remonte en quelques secondes, se plaint de douleurs dans la poitrine, d'un

fort tympanisme abdominal; est atteint d'une paraplégie complète avec rétention d'urine et douleurs plus accusées aux membres inférieurs et meurt le douzième jour.

Les nombreux scaphandriers que nous avons interrogés nous ont encore rapporté cinq autres cas mortels, en tout semblables aux précédents.

CAS NON MORTELS

Ils se divisent en paralysies : 1° *permanentes*, 2° *passagères*. Les paralysies *permanentes* comprennent deux cas de *paraplégies*, trois cas de *monoplégies* d'un membre inférieur, un cas d'*hémiplegie avec aphasie*.

Les paralysies *passagères* ou *transitoires* englobent cinq cas de paraplégies non durables, trois cas d'hémiplegie et aphasie, deux cas de paralysie faciale, deux cas de quadriplégie.

Paralysies permanentes des scaphandriers

Paraplégies

OBS. I. — L. Ferricelli, âgé de trente-cinq ans, a été victime de sept accidents :

Premier accident (5 juillet 1904). — Quadriplégie passagère, puis paraplégie durable avec phénomènes spasmodiques persistants dans les membres inférieurs et en particulier dans le membre inférieur droit avec anesthésie dans les trois premiers doigts de chaque main. Ces troubles sensitivo-moteurs sont survenus après trois plongées à 37 mètres et sont décrits dans l'observation XII de notre premier mémoire (1).

Deuxième accident (5 décembre 1904). — Après une plongée de 60 mètres, rupture du tympan, déviation de la face et des lèvres à droite, contracture momentanée avec flexion prononcée des membres supérieurs.

Troisième accident (2 janvier 1905). — Une plongée à 40 mètres est suivie d'une déviation des lèvres persistant 13 jours, d'une paraplégie avec prédominance du côté droit. On note de l'anesthésie pharyngée et on constate de vastes ecchymoses sur la poitrine et l'abdomen.

(1) Boinet (en collaboration avec M. Audibert). Les paralysies des scaphandriers. (*Archives générales de médecine*, Paris, 1905, pp. 2689 à 2710).

Quatrième accident (8 mai 1905). — A la suite d'une plongée à 50 mètres avec décompression rapide, vertiges, sifflement d'oreille, congestion pulmonaire, hémoptysie.

Cinquième accident (18 mai 1905). — Au cours d'une plongée à 55 mètres, tremblement généralisé, puis insensibilité marquée avec paralysie des deux membres inférieurs plus prononcée à droite, exagération des réflexes rotuliens, tremblement épileptoïde, démarche spasmodique, incontinence de l'urine et des matières, diminution de tous les modes de sensibilité dans les trois premiers doigts de chaque main; paresthésie, en zone, dans la région ombilicale; anesthésie complète du membre inférieur droit, diminution de la sensibilité à la douleur avec retard de la perception de plus d'une seconde dans le membre inférieur gauche, perversion de la sensibilité (un objet froid donnant une sensation de brûlure), abolition du réflexe pharyngé, excitabilité faradique et galvanique normale quantitativement et qualitativement.

Sixième accident (22 juin 1905). — Après un séjour de 28 minutes à 40 mètres, endolorissement dans le membre inférieur droit, abondante hémoptysie se renouvelant avec moins d'intensité pendant trois jours, sans traces de tuberculose. Il vient dans notre service de clinique de l'Hôtel-Dieu où nous notons : démarche difficile, traînante, titubante, presque ébrieuse, spasmodique; les membres inférieurs sont contracturés, atteints de paraplégie spasmodique avec varus équin, exagération plus marquée des réflexes rotuliens, à droite; trépidation épileptoïde; sensation de fourmillement pendant la marche; diminution de la sensibilité à la piqure sur le membre inférieur gauche, avec zone longitudinale plus marquée et disposée en bande de pantalon; anesthésie de la partie externe du pied, de la jambe, de la cuisse, de la région sous-ombilicale du côté droit; diminution de la sensibilité tactile aux trois premiers doigts, des mains, incontinence d'urine partielle.

Septième accident (août 1905). — Pendant une plongée à 50 mètres au bout de 14 minutes, malaise, mal au cœur, puis déviation de la bouche, vertige, perte d'équilibre en arrivant à l'air. Depuis octobre 1903, état stationnaire, légère atrophie des cuisses plus accusée à gauche, contracture marquée des adducteurs, trépidation épileptoïde des deux membres inférieurs, exagération des réflexes rotuliens, paraplégie spasmodique classique avec diminution des diverses sensibilités aux membres inférieurs, mais surtout à la partie postérieure des jambes; diminution des troubles sphinctériens; réflexe pharyngé aboli et zone d'hypoesthésie sur le conduit auditif externe et le pavillon de l'oreille gauche, dont le tympan a été rompu. Il reste impotent.

Obs. II. — Bénidès (Nicolas), âgé de vingt-cinq ans (dont le cas est rapporté dans l'observation XIII de notre premier mémoire et dans *le Lyon médical* du 23 juin 1905), est un cas type de *paraplégie spasmodique des scaphandriers* avec contracture spasmodique, trépidation épileptoïde, varus équin, incontinence d'urine. La lésion anatomique est une hématomyélie à forme centrale spinale latérale de Catsaras.

Premier accident (1904). — Après la troisième plongée à 40 mètres de profondeur, bourdonnements d'oreilles, vue trouble, écume à la bouche, perte de connaissance, convulsions, évanouissement pendant une heure et demie, fourmillements dans tout le corps avec très légère faiblesse des membres inférieurs n'empêchant pas la marche; il reprenait son travail au bout de dix jours de repos.

Second accident (1904). — Après s'être grisé la veille et à la suite d'une seconde plongée à 72 mètres de profondeur, où il resta 4 minutes, il eut, 3 minutes après avoir enlevé son scaphandre, des bourdonnements d'oreilles, des nausées, de la paraplégie avec rétention d'urine. Au bout de quatre heures, quadriplégie comme dans le cas précédent. La paralysie des deux membres supérieurs disparaît quinze jours plus tard, mais la paraplégie flasque avec rétention d'urine persistait. Après quatre mois de séjour au lit, la raideur des jambes apparaît, puis augmente.

A son entrée à l'hôpital, contracture extrême des membres inférieurs qui les raidit en extension avec légère flexion des genoux et pieds en équinisme. Démarche difficile (en canard), réflexes exagérés, trépidation épileptoïde, réflexe de Babinski des deux côtés. Anesthésie des téguments pour les trois sensibilités au niveau des membres inférieurs et du tronc. Incontinence d'urine, si le besoin d'uriner n'est pas immédiatement satisfait.

Monoplégies

I. — Bonnicot, âgé de quarante-deux ans, plonge trois fois à 38 mètres, remonte trop vite, se plaint de douleurs musculaires vives, généralisées, d'ecchymoses avec bosse sanguine sur la poitrine et de paralysie du membre inférieur droit qui s'atrophie, se rétracte et reste impotent.

II. — Zagami (Gaëtan) fut atteint de la même monoplégie avec atrophie et impotence permanente, à la suite d'une plongée très prolongée à 25 mètres.

III. — Cappadona (Barthélemy) (observation IX de notre premier mémoire) a conservé une paralysie durable d'un membre inférieur avec troubles spasmodiques et exagération.

Hémiplégie

I. — Cappadona (Joseph) (observation X du premier mémoire), après trois plongées à 30 mètres de profondeur est atteint d'hémiplégie, de paralysie faciale et d'aphasie. Deux ans plus tard, la paralysie du membre supérieur et inférieur persiste, l'aphasie n'a pas disparu et le malade a renoncé à son métier de scaphandrier.

Paralysies transitoires des scaphandriers

Nous trouvons, dans notre premier mémoire, un cas de paralysie de la face passagère (observation XI), deux cas de quadriplégie transitoire (observation XII et XIV); quatre cas de paraplégies non durables avec hyperesthésie (observations XV et XIX), troubles sensitifs et rétention d'urine (observation XVII), anesthésie (observation XVIII); enfin une observation de parésie passagère du membre supérieur gauche avec fourmillements et sensation de broiement. A ces faits, nous pouvons ajouter les deux accidents suivants survenus à trois ans de distance, chez le scaphandrier Philippe Pittorino qui, ayant reçu une certaine instruction, peut rapporter son observation avec détails.

I. — Pittorino (P.), chargé de retirer les cadavres et les dépêches du vapeur naufragé *Le Liban*, fit cinq plongées à 35 mètres de profondeur, avec des intervalles de repos trop courts. Après la quatrième plongée, remontant trop vite, il ressent des douleurs dans le bras gauche. Après une demi-heure de repos, il redescend à 35 mètres, fait un séjour de 30 minutes à cette profondeur et, à peine revenu à la surface, il éprouve des douleurs très vives dans la poitrine avec poussées paroxystiques. Un médecin constate de nombreux râles de congestion pulmonaire et des signes de congestion cérébrale. A ce moment se déclare une hémiplégie droite avec fortes douleurs et aphasie. Cette paralysie ne dura que trois jours. Il conserva, pendant deux semaines, une vaste ecchymose sur l'abdomen tenant (comme celle qui est notée dans le troisième accident de Ferricelli) à une compression trop forte exercée sur le vêtement peu rigide du scaphandre employé et à une décompression trop rapide.

II. — Ce même scaphandrier opère, le 15 mai 1906, une plongée à 46 mètres de profondeur, qui dure 15 minutes et remonte en bon

état, mais, au moment où on lui enlève son costume, il éprouve une forte douleur au creux épigastrique et il ressent dans la main droite une sensation de froid, d'engourdissement s'accompagnant d'une paralysie des doigts. Ces troubles sensitivo-moteurs s'accroissent rapidement et gagnent successivement les divers segments du membre supérieur droit pour s'arrêter à l'épaule. Une toux sèche, quinteuse, sans expectoration, se déclare. Il existe une grande pâleur du visage. Il accuse une vive douleur vers la partie inférieure de la région dorsale de la colonne vertébrale, en rapport avec l'apparition d'une paraplégie. (Cette sensation nous a été signalée par plusieurs scaphandriers dans des cas semblables). La paraplégie dont est atteint Pittorino est complète avec anesthésie totale correspondante. Elle s'accompagne d'une aphasie passagère et de douleurs, de tiraillements et de sensation de distension et de brûlure dans la poitrine. Cette paraplégie diminue progressivement et l'anesthésie est remplacée par une forte hyperesthésie qui s'étend sur tout le corps, s'accentue sur le thorax et ne dure que deux jours. Une rétention complète d'urine persiste 48 heures. Quelques jours après, il replongeait dans des fonds de 10 à 15 mètres et il eut des vertiges, des tournements de tête, des sifflements d'oreille avec sensation de déchirure du tympan, en allant à la recherche du scaphandrier Liberator Raudo, mort récemment asphyxié dans son appareil, dont le tuyau adducteur d'air avait été pris par une hélice. Cette dernière victime, qui succomba au fond de l'eau, avait la face violacée, fortement cyanosée et les lèvres couvertes de bave et d'écume.

Ces nombreux accidents ne sont pas cantonnés au golfe de Marseille; plusieurs autres se sont produits sur les côtes de Provence et de Corse. *L'hématomyélie* (1) est la lésion habituellement observée dans la maladie des scaphandriers et dans celle des caissons (2). Dans le cas que nous avons rapporté, en 1891, au Congrès pour l'avancement des sciences, il existait aussi de vastes foyers d'hémorragie méningée. La *pathogénie* de ces accidents par la formation d'embolies gazeuses dans les vaisseaux, à la suite d'une décompression trop brusque, a été bien établie par Paul Bert. Récemment, Lorrain Smith a invoqué une toxémie produite par l'oxygène accumulé dans le sang, sous trop forte pression. Mais, dans les caissons, la pression n'est pas assez élevée pour que l'oxygène y devienne toxique. Du reste si, après une décompression brusque, on examine au microscope

(1) Jean Lépine. Étude sur les hématomyélies. *Thèse de Lyon*, 1900.

(2) Oliver. La maladie des caissons. *Bulletin médical*, 9 mai 1906.

les capillaires de la membrane interdigitale d'une grenouille, on voit, au bout de quelques minutes, apparaître des bulles gazeuses qui envahissent peu à peu un espace notable du vaisseau. C'est à la présence de ces bulles gazeuses (formées d'azote d'après Paul Bert), dans les capillaires et les organes internes, que sont dus les accidents de l'air comprimé. Cette pathogénie s'appuie encore sur les bons effets des mesures prophylactiques (que nous avons indiquées dans un premier mémoire) et qui consistent surtout en une *décompression lente* empêchant le dégagement rapide de bulles gazeuses dans les vaisseaux. On peut aussi invoquer en sa faveur les résultats fournis par la *recompression graduelle et immédiate* suivie d'une décompression excessivement lente, en cas d'accidents. Les avantages de la recompression, préconisée par Catsaras, sont bien connus des scaphandriers. Le malade, Ferricelli, nous demandait, quand il était dans notre service à l'Hôtel-Dieu, quelques permissions de sortie pour aller plonger dans de petits fonds et il déclarait que chacune de ces descentes améliorait notablement sa marche et ses paralysies.

Des conditions qui prédisposent à la maladie des scaphandriers sont : l'âge (au-dessus de quarante-cinq à cinquante ans), les affections pulmonaires, la fatigue, l'alcoolisme, les repas avant l'immersion, surtout s'ils sont copieux, les excès, la durée du travail, la profondeur des plongées et, en première ligne, la rapidité de la décompression.

Les scaphandriers avisés devront tenir grand compte de l'apparition des *douleurs spéciales* consécutives aux plongées et surtout des *paralysies temporaires*. Ces signes avertisseurs sont une menace d'accidents ultérieurs plus graves. Ils indiquent à ces plongeurs que les grands fonds sont désormais dangereux pour eux et leur imposent de grandes mesures de prudence.

L'appareil actuel Rouquerol-Denayrouze est pratique pour les fonds ne dépassant pas 35 à 40 mètres; mais assez souvent les pêcheurs de corail, peu fortunés, achètent au rabais ces scaphandres, lorsqu'ils sont un peu usés et médiocrement réparés. La surveillance administrative rigoureuse des appareils à scaphandres serait donc utile et indiquée. Le nouveau scaphandre Buchanan-Gordon (1) est plus coûteux, moins maniable; mais, grâce à sa rigidité, à sa valve d'échappement fixée à un tuyau

(1) Le nouveau scaphandre de Buchanan-Gordon. *La Nature*, 1898.

immergé à niveau variable, d'après les indications que le plongeur peut donner avec un téléphone, il permet des plongées plus profondes, des séjours plus prolongés; il expose moins aux dangers de la décompression rapide; c'est le scaphandre des grands fonds.

En résumé, *la lenteur de la décompression est la base de la prophylaxie de la maladie de l'air comprimé.*

Discussion

Sur la typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et l'appendicite (1).

M. PAUL RECLUS. — Mon ami, M. Dieulafoy, a trouvé ma première réponse « un peu nerveuse ». Je serais désolé si la seconde ne lui paraissait pas apaisée et d'esprit conciliant. Il sait en quelle estime je tiens son talent et son caractère et il me sera facile, je vous l'assure, de reconnaître sa courtoisie par une égale courtoisie.

Donc, pour notre collègue, l'appendicite compliquant l'entéro-colite est une exception « rarissime », rarissime au point que si un individu est atteint d'une crise intestinale suspecte et si l'on constate chez lui des preuves d'entéro-colite avec glaires, membranes, sable, « soyez tranquilles, nous dit M. Dieulafoy dans ses cliniques de 1898, soyez tranquilles, l'appendice n'est pas en jeu ». — Nous, nous présentons alors nos observations indiscutables qui prouvent la coexistence des deux affections. — Exceptions qui confirment la règle, nous réplique-t-on; et que pèsent ces quelques douzaines de faits personnels devant cette marée montante de colite, cette affection « follement abondante » et dont les faits passent sous les yeux des médecins par centaines et par milliers!

Et M. Dieulafoy invoque alors la grande autorité du profes-

(1) Voy. p. 597, 633, 677 et 723.

seur Potain qui, dans la discussion de 1897, apportait 103 observations d'entéro-colite au cours desquelles il ne rencontra pas d'appendicite. Je fis remarquer alors à notre maître que ses observations dataient d'avant 1887, époque où l'appendicite n'était pas encore rentrée dans la nosographie; or, comme l'a si bien dit notre collègue Huchard, « en médecine on ne trouve que ce que l'on cherche », et il n'est pas étonnant que, ne l'ayant pas cherchée, on n'ait pas trouvé l'appendicite. M. Dieulafoy vous a rappelé la vigoureuse réplique du grand clinicien, auquel je répondis à mon tour, et si je reviens sur cet incident, c'est que dans le raccourci qu'en a donné M. Dieulafoy, on pourrait se méprendre sur le ton qui régna dans cette discussion. Est-il besoin d'affirmer que je parlais avec la respectueuse déférence due à cet homme admirable? Si je ressentais quelque orgueil d'appartenir à votre Compagnie, c'est qu'on y rencontre des hommes tels que M. Potain.

Après s'être appuyé sur l'opinion de M. Potain, M. Dieulafoy nous oppose un nouvel argument. Vous êtes mal venus, vous, chirurgiens, nous dit-il, pour dissenter sur l'entéro-colite, affection essentiellement médicale. L'objection a du poids, et j'en méconnaissais si peu la valeur que je me serais tu sans discussion si la plupart de mes collègues de la médecine partageaient l'opinion de M. Dieulafoy. Mais on ne compte plus ceux qui, en France et hors de France, admettent les relations étroites qui unissent l'appendicite à la colite, et si j'en crois les discussions de la Société médicale des hôpitaux, presque tous ses membres se sont prononcés en ce sens. Sans m'incliner devant le principe d'autorité, je constate que les gros bataillons sont avec nous, et c'est presque, pour M. Dieulafoy « le splendide isolement ». Il est vrai que pour qui sait attaquer et se défendre comme lui, cette situation n'est pas pour déplaire.

Mais ne remarquez-vous pas combien sont imprécis ces termes de « rare et rarissime » employés par notre adversaire, de « fréquent » que nous lui opposons? Ils ne signifient vraiment pas grand'chose, et nous aurions profit à les remplacer par une bonne statistique. En attendant que médecins et chirurgiens s'unissent pour en dresser une imposante d'après quelques milliers de cas, je dois vous citer celle de M. Félix Bernard, ancien interne des hôpitaux, lauréat de notre Faculté et de notre Académie, et médecin consultant à Plombières: sur 1.100 malades atteints d'entéro-colite et qu'il a lui-même observés, 76 ont eu

des crises d'appendicite démontrée soit par l'examen direct du vermium après ablation, soit par des signes cliniques incontestables. Donc, nous aurions une proportion de près de 7 p. 100, et ce chiffre n'est pas méprisable.

Il semble s'accroître encore lorsque nous considérons, non plus la colite dans ses rapports avec l'appendicite, mais l'appendicite dans ses rapports avec la colite. Les observations abondent alors. M. Dieulafoy nous disait que, après avoir « battu le rappel » à la Société de chirurgie, j'arrivais avec un maigre bagage. Je n'ai point battu le rappel; au lieu d'interroger tous mes collègues qui, tous, m'auraient fourni des cas, je ne me suis adressé qu'à six, et encore ont-ils choisi, parmi une foule d'autres, quelques observations typiques et Jalaguier, à lui seul, m'en a fourni sept. Je vous rappelais que sur mes trois derniers opérés d'appendicite, encore dans mes salles, un avait la colite; depuis, je suis intervenu chez une jeune fille de vingt-deux ans, une bretonne, qui avait eu plusieurs crises de colite avec glaires et fausses membranes: le vermium que j'ai enlevé était gros, court, friable, adhérent et sa cavité était remplie de pus.

Ici encore nous voudrions une statistique régulière pour savoir combien d'appendicites ont pour origine une colite muco-membraneuse. Talamon a trouvé 29 fois l'entérite liée à l'appendicite, ce qui nous donnerait la proportion énorme de plus de un sur trois; mais toutes les entérites ne sont pas muco-membraneuses et, de ce fait, le déchet est important. De mes impressions et de celles de plusieurs de mes collègues de la Société de chirurgie, une, sur quatre, sur cinq ou six de nos appendicites, auraient pour cause une colite muco-membraneuse. Voilà ce que nous pouvons vous dire en attendant un relevé précis d'autant plus facile à dresser qu'il n'y a qu'à se baisser pour en recueillir les éléments.

Je me demande depuis le début de notre discussion comment un tel écart, une divergence si profonde peuvent exister entre des observateurs d'une bonne foi aussi évidente. Verneuil et Hanot sont morts avant d'avoir perçu le frémissement hydatique; mais les kystes hydatiques sont rares, plus rares encore les kystes « frémissants », et nous pouvons comprendre comment ces deux maîtres ont nié ce symptôme. Mais nous ne comprenons plus lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi « folle-

ment abondante » que l'entéro-colite et d'une complication aussi fréquente que l'appendicite.

Peut-être en ai-je trouvé une des raisons, et je me demande si M. Dieulafoy n'éprouve pas quelques doutes, je ne dis pas sur la réalité, mais sur la fréquence de l'appendicite chronique. Non pas qu'il les ait exprimés dans aucun de ses discours, mais ses épigrammes sur « l'appendicite microscopique », sur « les fausses appendicites » et « les appendicites cliniquement inexistantes » me paraissent significatives. La discussion serait intéressante : mes collègues Le Dentu, Richelot et Reynier y prendraient part, le professeur Cornil voudrait bien nous développer les points les plus importants de sa remarquable description ; on pourrait recourir aux magistrales recherches de M. Letulle, et les échos des discussions de la Société de chirurgie arriveraient sans doute jusqu'à nous.

Mais il est certains faits sur lesquels il faudrait s'entendre au préalable ; mon ami, M. Dieulafoy, me dit : « Récuser n'est pas argumenter ». D'accord ; mais en récusant je dis pourquoi je récusé, et j'appuie ma récusation sur des arguments. En vérité est-ce une exigence exorbitante de demander que dans toute observation ou dans tout groupe d'observations, on nous dise si l'examen histologique a été pratiqué ou non ? Car enfin notre maître, le professeur Cornil, nous a affirmé avec toute l'autorité qui s'attache à son nom, qu'un appendice peut être malade sans que ses altérations se révèlent à l'œil nu. L'examen microscopique est indispensable et nous réclamons cet examen microscopique.

Il ne nous est pas possible non plus de rejeter comme sans valeurs « les trouvailles histologiques » telles que les travées fibreuses, les hypertrophies, les atrophies des follicules clos, les dégénérescences glandulaires que M. Dieulafoy semble dédaigner. Vous savez l'importance que leur attribuent au contraire MM. Cornil et Letulle. Nous aussi nous les retenons au nom de la clinique parce que nous avons vu mainte fois des malades qui avaient eu des appendicites incontestables, à marche aiguë, à foyer inflammatoire évident, ne nous livrer, dans les opérations à froid pratiquées six semaines ou deux mois après la crise, qu'un vermium d'apparence sain, sans adhérences, sans pus, et n'ayant comme vestige du violent orage dissipé que cette production de tissu fibreux et cette hypertrophie folliculaire décelées par le microscope.

Aussi, lorsque vous me demandez si je récusé les observations de vos balafres de Plombières, je suis forcé de vous répondre : mais oui, mon cher collègue, je les récusé ; je les récusé parce qu'il n'y est pas dit que l'appendice enlevé a été trouvé sain tant à l'œil nu qu'au microscope et s'il n'y avait aucune de ces « trouvailles histologiques » caractéristiques pour nous de l'appendicite chronique. Je les récusé parce que vos correspondants de là-bas se contentent d'affirmer, — et cette preuve paraît leur suffire, — que les opérés souffrent après l'intervention tout autant et des mêmes souffrances qu'avant l'intervention.

Et ici, Messieurs, je m'insurge, encore, au nom de la clinique et je récusé cette preuve ; je la récusé car nous avons tous opéré des malades atteints à la fois d'appendicite et d'entérocolite ; l'une et l'autre de ces affections était incontestable. Nous avons enlevé l'appendice grossièrement malade, friable, adhérent, vascularisé ou purulent et qui faisait courir au malade les plus graves dangers. Et, malgré cette extirpation, les douleurs d'entéro-colite n'en ont pas moins persisté. J'ai publié depuis longtemps l'histoire d'une jeune fille de Provins, qui fut, pour moi, le premier exemple de cette persistance de la colite après extirpation de l'appendice enflammé. Auguste Broca, avec beaucoup d'autres, n'a-t-il pas écrit qu'il ne compte plus les cas où l'entéro-colite persiste malgré l'extirpation de l'appendice enflammé ?

Nous récuserons enfin et nous rejetterons du débat les observations basées sur de simples assertions des malades : il est anormal et presque choquant de subordonner à leur opinion l'opinion du médecin, car vous savez mieux que moi comment ils se trompent et comment ils nous trompent. Nous ne pouvons, en vérité, accorder la valeur d'un diagnostic scientifique à l'assertion d'un opéré qui nous dit qu'on lui a ouvert le ventre pour le guérir d'une appendicite qu'il n'avait pas. Sa douleur persiste, c'est possible, mais nous venons de voir que cette preuve n'est pas une preuve.

C'est dans ce sens, mon cher collègue, et dans ce sens seulement, que je vous parlais du public auquel vous faites appel, et que vous voulez éclairer par vos communications. Certainement la question l'intéresse puisqu'il s'agit de sa sécurité. Mais cet intérêt évident ne lui assure malheureusement pas une compétence correspondante et comment ce malade d'hôpital,

dont vous nous tracez le juste et émouvant tableau, pourra-t-il savoir si sa colite s'est ou non compliquée d'appendicite, et s'il ne serait pas par hasard le déplorable exemple de cette rarissime exception dont vous admettez vous-même la possibilité? Après comme avant nos discussions, il n'aura jamais comme garantie que la science et la conscience de ceux à qui il s'est confié. Et vous savez que dans nos hôpitaux cette garantie n'est pas illusoire.

Un dernier fait et j'ai terminé : opère-t-on des malades pour des appendicites qu'ils n'ont pas? Je n'ai pas encore répondu à cette question et je le regrette, car j'aurais pu m'attirer une partie des éloges que M. Dieulafoy a distribués si justement à mes amis Le Dentu et Richelot. Mais je croyais inutile de répéter ici mes vieilles professions de foi conservatrices.

Eh bien, comme mon maître Verneuil, avec moins d'autorité, mais avec une égale conviction, je trouve qu'on opère trop de tout, trop d'ovaires et de trompes, trop d'utérus, trop de mamelles, trop de membres; je trouve qu'on ouvre trop de péritoines, de plèvres, de cavités crânienne et rachidienne, et certainement, aussi, qu'on incise trop de fosses iliaques pour en extirper trop d'appendices ! Je le crois d'autant plus que les chirurgiens sans scrupules interviennent alors sous le couvert des obscurités et des équivoques d'un diagnostic parfois incertain. Mais ce n'est plus une question de doctrine, c'est une affaire de conscience.

Je cherchais, dans une de nos séances, un terrain d'entente où me rencontrer avec mon ami, M. Dieulafoy. Evidemment, je n'avais pas réussi, puisque s'il trouvait ma réponse « un peu nerveuse » la sienne manquait peut-être un peu de liant. Je serai plus heureux aujourd'hui et je m'enrôle sous sa bannière pour combattre de toutes mes forces, les chirurgiens de rencontre, chercheurs de bruit et d'aventure, ignorants ou inconscients, dupes ou complices, qui, sans indications formelles, sans diagnostic précis, au hasard du couteau, pratiquent des opérations coupables par cela seul qu'elles sont inutiles.

M. A. PINARD : J'ai demandé la parole, non point pour prendre part à cette si intéressante discussion, qui me paraît du reste devoir se terminer par l'entente presque complète de tous les

orateurs, mais simplement pour répondre par un mot au désir de mon excellent collègue et ami Reclus.

M. Reclus réclame avec raison des statistiques sérieuses. Je ne viens point lui en apporter une présentant tous les caractères scientifiques désirables, mais ce que je tiens à lui dire, c'est que j'ai pu depuis plus de vingt ans, voir et suivre un nombre considérable de femmes atteintes d'entéro-colite, de typhlo-colite membraneuse, et que chez elles, l'appendicite a été extraordinairement rare. Laissant de côté ce que j'ai pu constater pendant la puerpéralité, j'ai vu *cinq* de mes clientes, ayant été opérées dans ces dernières années, pour des appendicites, m'ont-elles dit. Du reste, elles continuèrent à souffrir après l'opération. Donc, ce que j'ai vu confirme absolument ce qui a été si bien mis en relief par mon éminent ami Dieulafoy.

M. DIEULAFOY : Notre collègue M. Duret, correspondant de l'Académie de médecine et professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille, me charge de déposer sur le bureau de l'Académie un travail concernant la question qui nous occupe.

Dans ce remarquable travail, M. Duret cite des cas d'appendicite vraie, justiciable de l'opération, survenus chez des gens enclins à la typhlo-colite; il rapporte également des cas d'appendicite chronique vraie, ayant entretenu des troubles intestinaux qui ont cédé à l'opération. Mais il insiste sur la typhlo-colite prise à tort pour l'appendicite, il cite quelques faits très suggestifs et il se range à la conclusion suivante : « Le fait clinique annoncé par M. Dieulafoy est d'une vérité incontestable : quantité de gens atteints d'une typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse sont indûment opérés d'appendicite. Dans l'intérêt général, il fallait faire machine arrière, et en mécanicien prudent et sagace M. Dieulafoy a serré les freins. »

Et en effet, Messieurs, ma communication à cette tribune n'a pas eu d'autre objet, je suis venu serrer les freins, suivant l'expression de notre collègue, M. Duret. Je suis venu crier casse-cou, suivant l'expression de notre collègue M. Le Dentu, je suis venu enfin demander, au nom de la clinique, qu'on ne confonde plus la typhlite et l'appendicite, et qu'on apporte plus d'attention aux diagnostics afin d'éviter les erreurs opératoires.

Mon appel a été entendu, puisque j'ai recueilli l'approbation de mes éminents collègues Lancereaux, Le Dentu, Richelot et Duret, auxquels vient de s'ajouter, à ma grande satisfaction,

mon excellent collègue et ami M. Reclus. En sorte que le « splendide isolement » dont me gratifiait il y a quelques instants M. Reclus, se trouve transformé en un « splendide entourage » dont il fait lui-même partie.

Nous avons pu différer, mes collègues et moi, sur des questions de détail ou d'interprétation, mais nous sommes absolument d'accord, on le voit, sur le fond essentiel du débat que j'ai eu l'honneur de soulever à l'Académie.

Voici la lettre de M. Duret :

Lettre à M. Dieulafoy du Dr Duret.

20 juin 1906.

Mon bien cher maître,

Vous avez été quelque peu bien inspiré, en parlant à la tribune académique des trusts des appendicectomies.

Ce n'est pas que les opérateurs aient manqué de savoir et de conscience : ils obéissent au précepte lancé jadis : « Que, dès qu'une appendicite est diagnostiquée, il faut l'opérer ».

Dans l'intérêt général, il fallait faire, un peu, machine en arrière, et, en mécanicien prudent et sagace, vous avez serré les freins.

Le fait clinique, que vous avez annoncé, avec votre éloquence habituelle, est d'une vérité incontestable : « *Quantité de gens atteints d'une typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse, sont indûment opérés d'appendicite* ».

Vous citez des exemples incontestables empruntés à votre pratique ou à celle de Thiroloix, de Quiserne, de Divaris, etc.

Bien plus, les malheureux qui ont subi l'opération, ceux que vous dénommez « les balafrés du ventre » n'en ont retiré aucun bénéfice. Ils continuent de souffrir, *après comme avant*, de leurs douleurs intestinales et de leurs crises : et, à cet égard, les témoignages des médecins des stations thermales sont concordants, tels ceux de Déléage à Vichy, Esmonet et Couchon à Châtel-Guyon, Bottentuit à Plombières.

Il y a longtemps que, pour mon compte, j'étais arrivé à la connaissance de *l'erreur clinique*, que vous formulez aujourd'hui si à propos.

Comme nombre de mes collègues en chirurgie, j'étais parvenu d'abord, à bien connaître *l'entéro-colite muco-membraneuse*, compagne aussi malheureuse qu'assidue des affections pel-

viennes chroniques, que nos interventions les plus heureuses ne parvenaient pas toujours à expulser. Des semaines, des mois, après les opérations, nous étions assaillis de ce cri de nos pauvres patientes : « Docteur, je souffre encore de mon ventre, malgré votre opération !... » J'en étais arrivé à utiliser comme le meilleur remède *le régime des pâtes... Ces cataplasmes internes, comme je les dénommais.*

Plus tard, *l'entéro-colite muco-membraneuse* en ennemie tenace et perfide, s'est présentée à nous sous un autre aspect, déguisant ses traits. « C'était, disait-on, des *appendicites*, qu'il fallait opérer, et on était pressant. « Le patient en avait assez de souffrir ; la famille ne voulait plus être témoin de ses crises pénibles... et le médecin, *ayant reconnu l'appendicite, croyait l'indication formelle* ».

Laissez-moi vous montrer sommairement comment, dans deux cas, je ne crus pas devoir céder aux sollicitations.

Il y a cinq ou six ans, je fus appelé au dehors, près d'une jeune fille de dix-huit ans, depuis deux mois sortie de pension, présentant des crises douloureuses dans tout l'abdomen, mais surtout localisées dans la fosse iliaque droite. Elles s'étaient accentuées dans les derniers temps, et le médecin croyait à l'existence d'une appendicite.

La jeune malade, auparavant, pendant son séjour en pension, avait présenté *tout le cortège symptomatique d'une entéro-colite muco-membraneuse* : constipations opiniâtres, glaires, douleurs abdominales, intolérance gastrique, etc.

Je ne trouvais pas le ventre distendu, mais douloureux, un peu contracté à droite principalement ; on pouvait déterminer un *point de Mac Burney*, et on croyait percevoir l'*appendice*, sous forme d'un petit cylindre, du volume d'une plume de corbeau.

Je *m'abstins de toute intervention*, affirmant qu'il s'agissait seulement de *l'évolution d'une entéro-colite*, avec lésions maximum sur le *cæcum* et l'*appendice*.

La maladie fut sévère, et les accidents tenaces... L'amaigrissement fit des progrès, se prononça ; et survinrent : de la *neurasthénie* et même de véritables *troubles mentaux* (lypémanie, scrupules, délire religieux, etc.).

Nous mîmes plus de trois années à obtenir une guérison satisfaisante : il fallut trois séjours à Plombières, et les soins expérimentés du D^r Langennager.

Qu'eût pu faire en ces circonstances une appendicectomie ?

Le second fait est d'une allure plus impressionnante.

Jeune fille de dix-neuf ans, n'ayant eu antérieurement aucun passé intestinal. A peine un peu de constipation.

Quand on nous manda près d'elle, elle en était arrivée à cet état de *crise aiguë* d'entéro-colite muco-membraneuse, qui se caractérise par des accidents péritonéaux sérieux et des symptômes gastro-intestinaux tels qu'on eût pu croire aux débuts d'une péritonite ou d'une dothiéntérie : ventre ballonné, sensible, douloureux surtout dans la fosse iliaque droite, où il existe du gargouillement ; contractions spasmodiques de la paroi avec vomissements alimentaires, biliaires, porracés, incessants ; intolérance gastrique absolue, même pour le champagne ; pendant plus de huit jours la malade put à peine supporter quelques gorgées d'eau chaque jour ; nous dûmes la soutenir par des lavements alimentaires, bon gré mal gré, car il y avait une constipation opiniâtre, récidivante, avec matières ovilées, glaireuses, obtenues difficilement, ou débâcles diarrhéiques fréquemment accompagnées de *crises douloureuses et fébriles*.

Cependant la *région cæcale et appendiculaire* était particulièrement douloureuse et semblait être *le foyer et le point de départ des crises*, l'appendice roulait sous le doigt comme un gros cordon.

On avait parlé d'*appendicite à forme grave*, et, l'on conçoit quelle force de volonté nous dûmes développer pour ne pas céder aux pressantes instances.

Du côté de la famille, c'était un étonnement pénible de nous voir garder une telle expectation, et il lui fallait faire des actes de foi répétés que nous n'aurions pas obtenus sans le concours d'une personne amie, nous ayant vu à l'œuvre dans un cas semblable.

Le traitement employé consiste essentiellement, dans l'application permanente de sacs de glace sur l'abdomen, particulièrement sur la région cæcale ; et, en des entéroclyses d'infusions chaudes et calmantes.

La lutte *dura six semaines*. Il n'y eût jamais d'*appendicite vraie*.

Les accidents aigus passés, la cure définitive fut obtenue par un seul séjour à Châtel-Guyon, sous la direction du Dr Conchon.

Il y a de cela *quatre ans*. L'aimable et jolie jeune fille s'est mariée, est accouchée heureusement et jamais n'a présenté ni

typhlo-colite, ni appendicite, ni trouble intestinaux d'aucune sorte. Sa santé est restée excellente.

Des faits, que vous avez présentés, de ceux que nous avons observés, résulte cette première déduction irréfragable :

A). — Il existe des *entéro-colites muco-membraneuses*, ou des *typhlo-colites*, à l'évolution desquelles l'*appendice cæcal* peut prendre une part plus ou moins grande, mais qui guérissent par les moyens médicaux, sans que jamais une intervention chirurgicale du côté de l'appendice, soit manifestement indiquée.

Il est arrivé, dans nombre de cas semblables, qu'on a pratiqué l'*appendicectomie*, sans que cette opération ait eu une influence heureuse sur l'évolution des accidents : les crises douloureuses ont continué après comme avant l'opération. On peut considérer comme vous l'avez indiqué, que ces malades ont été indûment opérés d'appendicite.

B). — Il est, cependant, une *seconde catégorie* de faits cliniques, où l'*action chirurgicale* est amplement justifiée.

Une *entéro-colite muco-membraneuse*, une *typhlo-colite* évoluent depuis un certain temps avec leurs symptômes propres et caractéristiques, quand apparaissent des manifestations plus ou moins accentuées du côté de l'appendice : une *appendicite vraie* est déclarée.

Je fais allusion aux cas si judicieusement présentés dans la discussion académique par MM. Reclus, Richelot, Le Dentu, Reynier. L'entéro ou typhlo-colite muco-membraneuse, a été accompagnée ou compliquée d'une appendicite, justifiant pleinement l'intervention chirurgicale.

C). — Mais, il est encore un *troisième ordre* de faits : l'*appendicite* est primitive seule existante d'abord ; puis, secondairement elle engendre une *typhlo-colite*, le plus souvent à allures chroniques.

Si on supprime l'*appendice malade*, l'évolution de la *typhlite* est jugulée du coup.

J'ai vu un certain nombre de jeunes malades, de huit à quinze ans et plus, ayant habituellement des douleurs dans le flanc droit, de la distension gazeuse avec gargouillement du cæcum, et des troubles dyspeptiques très manifestes. Parfois, ils présentaient des phases alternantes de distensions et de contractions douloureuses du cæcum. Les crises surviennent quatre à cinq heures après les repas, soit l'après-midi, soit la nuit.

Dans les circonstances, très souvent, l'*appendice* est primiti-

vement malade ; il est le siège d'une de ces folliculites, ou de ces petits ulcères fongueux, dont il serait imprudent de méconnaître l'importance.

J'ai été récemment témoin d'un cas de ce genre, bien suggestif.

Une jeune fille de vingt-quatre ans entrant en mars dans mon service. Elle nous apprend que, depuis deux ans, elle souffrait de douleurs dans le flanc droit, douleurs continues, mais avec des exacerbations, qui la forçaient, de temps à autre, à suspendre son travail pendant quelques jours.

Depuis trois mois, l'état de souffrance s'est tellement accentué, qu'elle a dû cesser tout travail ; elle est ordinairement constipée.

A l'examen : flanc droit un peu contracturé, sensible ; point de Mac-Burney évident : mais peu de fièvre.

Sous le chloroforme, on palpe une tuméfaction allongée, paraissant constituée par le cæcum, distendu par des matières.

Au moment de l'intervention, sollicitée instamment par la malade, le cæcum apparaît sain ainsi que l'appendice. Mais je fais remarquer que celui-ci présente une certaine érectilité, qui pourrait cacher une lésion interne.

En effet, il contenait une sérosité très purulente, et le microscope montra une folliculite intense avec fongosités et ulcérations.

Suites opératoires excellentes. Guérison absolue, persistante depuis trois mois.

Ainsi, voilà une jeune fille qui souffrait depuis deux ans de coliques cæcales et de troubles dyspeptiques : l'appendicectomie les fait cesser aussitôt.

Elle était donc manifestement indiquée.

En résumé,

Le clinicien peut se trouver en présence de trois états pathologiques différents :

1° Entéro-colite classique, avec manifestations douloureuses du côté du cæcum et de l'appendice, sans localisation spéciale.

2° Typhlo-colite se compliquant d'appendicite vraie, suppurée ou non.

3° Appendicite primitive, ordinairement simplement muqueuse, amenant secondairement des crises douloureuses et persistantes du typhlo-colite.

Dans le premier cas : abstention et traitement médical.

Dans les deux derniers, l'*appendicectomie* est indiquée et tout à fait justifiée.

Et comme conclusion générale :

La fréquence si extraordinaire à notre époque, des *entérocolites* et de toutes les affections intestinales (y compris le cancer), nous paraît être le résultat non seulement du surmenage, de nos mauvaises méthodes d'alimentation, de notre déplorable hygiène, mais peut-être aussi des falsifications alimentaires (boissons et aliments), auxquelles dans un but de lucre ou de conservation, on ajoute des produits peu assimilables, fut-ce même des quantités trop grandes d'acide borique ou d'acide salicylique...

Les Packers n'existent pas seulement à Chicago, et notre législation pour l'hygiène attend son Roosevelt.

M. LE PRÉSIDENT : La discussion continuera dans la prochaine séance.

— A quatre heures trente minutes, l'Académie se forme en comité secret : 1° pour entendre la lecture d'un rapport de M. Netter sur les titres des candidats à la place déclarée vacante, dans la VIII^e section (*Hygiène publique, médecine légale et police médicale*); 2° pour discuter et voter l'adoption d'un don.

— A quatre heures cinquante minutes, la séance est levée.

ERRATUM

Le mémoire de M. Daremberg a été lu à la dernière séance, en son absence, par M. Hanriot et non par M. Budin, ainsi qu'il a été dit par erreur à la page 702.

Le Secrétaire perpétuel, S. JACCOUD

Le Gérant, PAUL ROUCHEZ.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES

ET DES NOMS D'AUTEURS

A

- ABELOUS. Candidat dans la première division des correspondants nationaux, 519.
- Acide carbonique (Dosage de l') dans les atmosphères confinées, 164. — (Absorption de l') contenu dans l'air confiné, 302.
- Adénomes d'origine tuberculeuse, 501, 502.
- ALEXANDRE. Consultations de nourrissons à Arques, 565.
- Aliénés (Physionomie et mimique chez les), 130.
- Alimentation et nutrition, 482.
- Allaitement maternel, 566. Voy. Consultations de nourrissons. Enfance.
- ALMY. Candidat dans la section de médecine vétérinaire, 585.
- Anatomie clinique et technique opératoire, 410.
- Anesthésie (Appareil pour l') générale de courte durée par le chlorure d'éthyle et les corps analogues, 542.
- Anévrismes guéris par la médication hypotensive, 545. — des gros vaisseaux traités par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné, 742.
- Aortite abdominale par propagation, 529.
- Appendicite (Typhlo-colite-mucomembraneuse ou sableuse et), 597, 633, 677, 723, 764.
- Arcachon, 4.
- ARMAINGAUD. Elu correspondant national dans la première division, 700.
- ARMAIGNAC. Autosynoptomètre à miroir, 72, 74.
- Argent (Nouveaux sels d') en thérapeutique oculaire, 587.
- Armée (Hygiène dans l'), 104, 584, 698. — japonaise en campagne (Eau potable dans l'), 564.
- ARNEUILLE. Eaux d'Uriage, 440.
- Arsenic et eaux chlorurées sodiques arsenicales contre le diabète, 523.
- ARSONVAL (D'). Membre de la commission du prix Apostoli, 424; et du prix Daudet, 424.
- Arthritisme et neurasthénie, 2.
- Arthrotomie (Luxation récidivante de l'épaule guérie par), 559.
- Assainissement de Casabianda, 298.
- Assistance à Madagascar, 206; en Cochinchine, 299. — médicale féminine chez les musulmanes, 734.
- Asthme et grossesse, 440.
- Autosynoptomètre à miroir, 72, 74.
- Avariés, 520. Voy. Syphilis.
- Avortement épizootique, 706.

B

- BACCELLI. (Fêtes en l'honneur de M.), 336.
- BAILLET. Vaccine dans la Gironde, 336. — Instinct et intelligence des animaux, 499.
- BAILLY. Vaccinations à Madagascar, 650.
- BALLAND. Voy. PILLÉ.
- BALLENGHIEN. Opération de Gigli en obstétrique, 2.
- Ballon de Champetier de Ribes (Inversion utérine traitée par le), 485.
- BARBARY. Mécanisme de l'hémoptysie tuberculeuse, 3.
- BARLERIN. Lait de femme et extrait des graines de colonnier, 409.
- BARBARÉ. Eaux de Bagnoles-de-l'Orne, 699.
- BATTESTI. Paludisme en Corse, 408.
- BAUDOUIN. Voy. LÉVY.
- BAUZON. Hygiène de l'enfance, 734.
- BÉNECH. Aortite abdominale par propagation, 529.
- BENJAMIN. Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 304. — Membre de la Commission du prix Monbinne, 425.
- Béribéri, 74, 162.
- BESNIER. Membre de la Commission du prix Clarens, 424.
- Bibliographie analytique, 542.
- Bile (Influence de la rate sur la sécrétion de la), 107.
- BILLARDON. Remèdes, 589.
- BINET-SANGLÉ. Prophètes juifs, 45.
- BLANCHARD. Rapport sur un cas de mycétome d'origine aspergillaire observé en Tunisie par MM. Nicolle et Brunswic-le-Bihan, 132.
- BLIN. Allaitement maternel, 566.
- BOINET. Maladie des scaphandriers, 756.
- Boîte de secours immédiats, 567.
- BOREL. Voy. CHANTEMESSE.
- BORREL. Tumeurs cancéreuses et helminthes, 591.
- BOUCHARD. Membre de la Commission du prix Civrieux, 424.
- BOUCHARDAT. Membre de la Commission du prix Orfila, 425.
- BOURQUELOT. Membre de la Commission du prix Capuron, 424.
- BRAULT. Lupus et épithélioma chez les indigènes musulmans d'Algérie, 255. — Candidat au titre de correspondant national, 407.
- BRICARD-DUCOURNEAU et RICHARD-CHAUVIN. Prothèse dentaire et végétations adénoïdes, 539.
- BROU DE LAURIÈRE. Suettes, 698.
- BROUARDEL. Prophylaxie réglementaire du choléra, 71. — Conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 90. — Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 124, 128. — Délégué au Comité consultatif d'hygiène publique de France, 165. — Membre de la Commission de réforme du Code civil, 651. — Membre de la Commission du prix Boullard, 425, et du prix Lorquet, 424.
- BRUNON. Sérothérapie de la fièvre typhoïde, 275.
- BRUMPT. Voy. REYNIER.
- BRUNSWIC-LE-BIHAN. Voy. NICOLLE.
- BUCQUOY. Membre de la Commission du prix Godard, 424.
- BUDIN. Consultations de nourrissons, leurs résultats, 652. — Membre de la Commission du prix Tarnier, 425.
- Bureau de l'Académie pour 1906 (Installation du), 6. — d'hygiène d'Orléans, de Toulon, 734.

C

- CADIOT. Discours aux obsèques de M. Mégnin, 8. — Rapport d'élection, 588. — Membre de la Commission du prix Saintour, 425.
- CALMETTE. Epuration biologique et chimique des eaux d'égout, 45. — et GUÉRIN. Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire, 46.
- CAMBIER. Voy. KELSCH.
- CAMUS. Appareil pour anesthésie générale de courte durée par le chlorure d'éthyle et les corps analogues, 542.
- Cancers (Traitement des), 440. — et helminthes, 591.
- Candidatures : à des places de membre titulaire, dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale : MM. Dupré, Lemoine, Mosny, Thoinot, Vallon, Vincent, Vidal, Wurtz, 609 ; Thibierge, 650 ; dans la section de médecine vétérinaire : MM. Martel, Mollereau, 515 ; Kaufmann, 519 ; Petit, 527 ; Almy, Mouquet, Moussu, 585. — Au titre de correspondant national, dans la première division : MM. Brault, 407 ; Abelous, 519 ; Hénon, 733 ; dans la deuxième division : MM. Eustache, 519, 528 ; Couteaud, 542. — Au titre de correspondant étranger, dans la première division : M. Mayor, 564.
- Caoutchouc (Maladie du), dentiers, 736.
- CAPDEVILLE. Cuisine militaire, 590.
- Cardiographie, 47.
- CARLES. Arcachon, 4.
- Casernements (Exigences hygiéniques des), 584, 698.
- CASTEX et MARCHAND. Surdimutité, 438.
- CASTUEIL. Vaccinations, 481.
- CAZAUX. Eaux minérales, 651.
- Cellules fines du tissu conjonctif (Nouvelle fonction glandulaire des), 396.
- Centenaire de la naissance de Franklin (Deuxième), 129.
- CHABENAT. Epidémies, 734.
- Champ de bataille (Hygiène du) chez les Japonais, 590.
- CHAMBRELENT et POUSSON. Décapsulation rénale et néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie, 489.
- CHAMPTASSIN (DE). Voy. ROCHARD.
- CHANTEMESSE. Abcès dysentérique, 275. — Membre de la Commission du prix Alvarenga, 424 ; et du prix Vernois, 425. — et BOREL. Récente épidémie de choléra en Allemagne et ses enseignements, 63. — Emigration et santé publique, 167.
- Charité (Histoire de la), 129.
- CHARRAY. Remède, 297.
- CHATIN. Membre de la Commission du prix Alvarenga, 424.
- CHAVIGNY. Diagnostic des maladies simulées, 255.
- CHAUFFARD. Mortalité par la tuberculose et prophylaxie, 152, 189, 430. — Rapport sur les conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 50, 83. — Membre de la Commission du prix Clarens, 424 ; et du prix Stanski, 425.
- CHAUVEL. Mortalité et prophylaxie de la tuberculose, 178. — Chargé de l'examen d'un mémoire de M. Armaignac, sur un autosynoptomètre à miroir, 72 ; Rapport sur ce mémoire, 74. — Chargé de l'examen d'un mémoire de M. Couteaud, relatif à un cas de luxation récidivante de l'épaule guérie par arthrectomie, 159 ; Rapport sur ce mémoire, 559. — Chargé de l'examen d'un mémoire de M. Sulzer, 566. —

- Membre de la Commission du prix Daudet, 424; et du prix Monbinne, 425.
- CHELLIER-CASTELLI. Assistance médicale féminine chez les musulmanes, 734.
- CHIAÏS. Traitement à Evian, 590.
- Chiens errants (Rage dans ses rapports avec la capture des), 584.
- Chimie (Introduction à l'étude de la), 163. — organique (Cours de), 106.
- Chirurgie infantile (Précis de), 106. — d'urgence, 530.
- Chloroforme (Mélanges titrés de) et d'air, 595.
- Choléra en Allemagne, 65.
- CHRYSOVERGIS. Arthritisme et neurasthénie, 2.
- Cochinchine (Assistance en), 299.
- Code civil (Révision du), 617.
- COLIN (Léon) (Décès de M.), 288. — (Notice sur M.), 586.
- Colonies françaises (Maladies endémiques, épidémiques et contagieuses dans les) en 1904, 441.
- Comité consultatif d'hygiène publique de France (Délégation de l'Académie au), 128, 165.
- Commissions : pour les concours de prix en 1906, 424. — pour l'étude de la statistique et de la prophylaxie de la tuberculose, 478. — pour l'étude de la réforme du Code civil, 651. — pour l'examen d'un mémoire de MM. Bricard-Ducourneau et Richard-Chauvin, 534.
- Communications : MM. Chantemesse et Borel, Récente épidémie de choléra en Allemagne et ses enseignements, 65. — M. Albert Robin, Mortalité par tuberculose en France et en Allemagne, 115. — M. Raymond. Traitement de la névralgie faciale par les injections profondes, 167, 264. — MM. Chantemesse et Borel, 167. — MM. Vaillard et Dopfer, Sérum antidysentérique, 265. — M. Brunon. Sérothérapie de la fièvre typhoïde, 275. — M. Gréhan. Absorption de l'acide carbonique contenu dans l'air confiné, 302. — M. Armand Gautier, Genèse des eaux thermales, 337. — MM. Poncet et Leriche, Rhumatisme tuberculeux, 364. — M. J. Renaut, Fonction rhagocrine, 396. — M. Landouzy, Poussières et tuberculose, 425. — M. de Hanse, Prophylaxie des maladies contagieuses dans les stations balnéaires, 428. — M. Kermorgant, Maladies endémiques, épidémiques et contagieuses dans les colonies françaises en 1904, 441. — M. Molais, Verres jaunes dans l'hyperesthésie rétinienne, 465. — MM. Poncet et Leriche, Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique, 502. — M. Huchard, Anévrismes guéris par la médication hypotensive, 545. — MM. Metchnikoff et Roux, Recherches sur la syphilis, 554, 570. — M. Gréhan, Mélanges titrés de chloroforme et d'air, 595. — M. Dieulafoy, Quantité de gens simplement atteints de typhocolite, muco-membraneuse ou sableuse, sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas, 597. — M. Lacassagne, Révision du Code civil, 617. — M. Budin, Consultations de nourrissons, leurs résultats, 652. M. Fabre, Hématome subit de la luette, 669. — MM. Daremberg et Perroy, Indican et scatol urinaires, 702. — M. Thierry, Contagiosité à la femme de l'avortement épizootique, 706. — MM. Reynier et Brumpt, Observation parisienne de pied de Madura, 707. — M. Lancereaux, Etiologie, pathologie et traitement par le sérum gélatiné des anévrismes des gros vaisseaux, 742. — M. Boinet, Maladie des scaphandriers, 756.
- Concours de prix en 1906 (Liste des mémoires et ouvrages pour

- les), 412. — Commissions d'examen pour les, 412.
- Congrès international de l'assainissement et de salubrité de l'habitation en 1904, 49. — international de médecine à Lisbonne en 1906, 162, 407. — de chirurgie en 1905, 481. — de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, 333, 520, 541.
- CONOR. Epidémies, 650.
- Conseil sanitaire de la Perse (Travaux du), 520.
- Consultations médicales, 4, 255.
- COREIL. Bureau d'hygiène de Toulon, 734.
- CORNIL. Conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 85. — Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 234. — Typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 633. — Pied de Madura, 722. — Membre de la Commission du prix Chevillon, 424.
- Correspondance officielle : Ministère de l'Instruction publique, des Cultes et des Beaux-Arts : Congrès, 541 ; Décret d'élection, 649 ; Médicaments héroïques, 127 ; Remède, 73. — Ministère de l'Intérieur : Conseil supérieur d'hygiène publique, 128, 287 ; Eaux minérales, 1, 103, 251, 295, 477, 499, 541, 563, 585, 589, 697 ; Epidémies, 159 ; Mortalité par tuberculose, 128 ; Remèdes, 103, 335, 439, 479, 527, 589, 733 ; Tuberculose, 73 ; Vaccine, 97, 195, 479, 515. — Préfet d'Oran : Services hospitaliers de radiographie, radioscopie et radiothérapie, 563.
- COSTA. Goîtres d'origine tuberculeuse, 501.
- COSTE. Paludisme à Arzew, 46.
- Cotonnier (Extrait de graines de) dans l'alimentation des nourrices, 516.
- COURGEY. Hygiène de l'enfance, 104.
- COURTADE. Hygiène de l'enfance, 650.
- COUSTAN. Hygiène à Fabrègues, 297.
- COUTEAUD. Candidat dans la deuxième division des correspondants nationaux, 542. — Luxation récidivante de l'épaule, arthrotomie, guérison, 559.
- COUTHON (Maladie de), 2.
- Crachoirs, 501.
- CREUTZ. Vaccinations, 564.
- Cuisine militaire, 590.

D

- DALCHÉ. Puberté chez la femme, 253.
- DARDEL. Eaux de Marlioz, 252.
- DAREMBERG. Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 237, 436. — et PERRÔY. Indican et scatol urinaires, 702.
- DARIER. Nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire, 587.
- DEROVE. Conditions légales de l'emploi médical des rayons de Röntgen, 92. — Membre de la Commission du prix Godard, 424 ; et du prix Laval, 424.
- Décapsulation rénale dans le traitement des formes graves de l'éclampsie, 489.
- Décès : de M. Mégnin, 7 ; de M. Renou, 13 ; de M. Léon Colin, 288 ; de M. Paulet, 523 ; de M. Josias, 737.
- Décortication du poumon, 514.
- DECOUVELAERE. Epidémies à Hazebrouck, 564.
- Défense sanitaire de la Ville de Paris, 588.
- DEGRAVE. Vaccinations, 734.
- DELAUNAY. Vieux médecins mayennais, Monde médical parisien au XVIII^e siècle, 2, 131.

DELÉPINE. Voy. GAUTIER (ARMAND).
 DELORME. Membre de la Commission du prix Buignet, 424, et du prix Vernois, 425. — Chargé de l'examen d'un mémoire de M. Picqué, 514, et d'un mémoire de MM. Lemoine et Simonin, 584.
 Démence, 205.
 DENIZET. Hygiène de l'enfance, 585. — Vaccinations, 697.
 DENOS. Hygiène de l'enfance, 407.
 Dentiers (Inconvénients et dangers des), 736.
 Dermatoses diathésiques, 411.
 DESCRIMES. Vaccinations, 439.
 DESTOR. Poignet et accidents du travail, 297.
 Diabète (Action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le), 523.
 Diagnostic chimique, microscopique et parasitologique, 483.
 DIEULAFOY. Typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 597, 723. — Membre de la Commission du prix Chevallier, 424, et du prix Saintour, 425.
 Diphtérie dans les collectivités, 45.
 DIZÉ (Notice sur M.), 586.
 DOLÉRIIS. Membre de la Commission du prix Tarnier, 425. — Chargé de l'examen d'un mémoire de M. Ballenghien, 2.
 DOPTER. Voy. VAILLARD.
 DRESCH. Traitement thermal sulfureux de la syphilis, 564.
 DUCOURNEAU. Hygiène de l'enfance, 162.
 DUGUET. Membre de la Commission du prix Chevallier, 424; du prix Itard, 424; et du prix Monbinne, 425. — Chargé de l'examen d'un mémoire de MM. Bricard-Ducourneau et Richard Chauvin, 539.
 DUPARD. Scarlatine, 201.
 DUPLAY. Membre de la Commission du prix Meynot, 424.

DUPRÉ. Candidat dans la section d'hygiène publique, 609.

DURÉT. Typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 771.

DUVAL (MATHIAS) et GLEY. Traité de physiologie, 298.

Dysenterie (Sérum contre la), 265.

E

Eaux d'alimentation (Purification des), 130. — potable dans l'armée japonaise en campagne, 564. — d'égout (Epuration biologique et chimique des), 45.

Eaux minérales (Cours sur les), 522. — (Genèse des) thermales, 337. — (Prophylaxie des maladies contagieuses dans les villes d'), 428. — (Cryoscopie des), 736. — (Législation sur l'hygiène des stations d'), 736. — (Récompenses pour le service des) en 1904, 295. — Annuaire des), 590. — Aix-les-Bains (Rapport sur la source Raphy-Saint-Simon à), 258. — Ax, 564. — Bagnoles-de-l'Orne, 699. — Bellerive-sur-Allier (Demande d'autorisation pour la source Boussange à), 103, 481; rapport sur cette demande, 536. — Bourbonne-les-Bains, 698. — La Bourboule, 523. — Budaörs (Demande d'autorisation pour la source Hercules à), 251, 481; rapport sur cette demande, 537. — Buis-les-Baronnes (Rapport sur la source la Provençale à), 258. — Cestona (Rapport sur une demande pour les sources San Ignacio et la Natividad de Nuestra Señora à), 532. — Chambon (Rapport sur la source Montfras à), 260. — Contrexéville (Rapport sur la source Châtillon-Lorraine à), 262; (Demande d'autorisation pour la Great source à), 585. — Dornas (Demande d'autorisation pour la source la Chatelaine à), 697.

- Enghien, 206. — Evian, 590; (Demande d'autorisation pour la source Cristal à), 499; (Demande d'autorisation pour la source du Châtelet à), 563. — Fuencaliente (Demande d'autorisation pour une source dite), 589. — Hammam-R'hira, 482. — La Roche-Posay, 523. — Marlioz, 252. — Pecq (Rapport sur la source Henri IV au), 261. — Pouillon (Rapport sur la source Bidas à), 261. — Romanel (Rapport sur une demande pour la source Providence à), 538. — Saint-Sauveur-de-Montagut (Demande d'autorisation pour la source Dupré à), 541; rapport sur cette demande, 533. — Saint-Sylvestre (Rapport sur une demande pour la source du Dr Berthomier à), 535. — Vals, 481; (Demande d'autorisation pour la source Béatrix à), 103; (Demande d'autorisation pour les sources Magali et Saint-Marc à), 585; (Rapport sur une demande pour la source Minerve à), 531; (Rapport sur une demande pour la source Félix Potin à), 530, 563. — Varennes-sur-Allier (Rapport sur la source Charneil à), 257. — Vernet-les-Bains (Rapport sur des demandes pour les sources la Comtesse, Barréra, Vaporarienne, Elisa du Parc et Saint-Sauveur à), 534. — Vichy, 542, 590. — Vittel (Demande d'autorisation pour les sources Belle-Source et Bonne-Source à), 541, 563; Demande d'autorisation pour une source à), 1; (Rapport sur la source Bienfaisante à), 259. — Uriage, 440.
- Eclampsie (Décapsulation rénale et néphrectomie dans le traitement des formes graves de l'), 489.
- EDGREN. Cardiographie et sphymographie, 48.
- EHLERS. Elu correspondant étranger dans la première division, 610.
- EILERSTEIN. Inconvénients et dangers des dentiers; 736.
- Elections : comme membre titulaire, section de médecine vétérinaire, M. Kaufmann, 591. — dans la première division des correspondants nationaux : MM. Armaingaud, Trolard, 701. — dans la première division des correspondants étrangers : MM. Mosso, Ehlers, 610.
- ELIACHEFF (M^{me}). Matières extractives non dialysables des urines, 2.
- Emballeurs (Tuberculose chez les), 425.
- Emigration et santé publiques, 167.
- EMPIS. Membre de la Commission du prix Herpin (de Genève), 424.
- Enfance (Hygiène et protection de l') (Services de), 2, 74, 104, 162, 401, 542, 585, 734; Crèches, 252; Consultations de nourrissons, 565, 590, 650, 652; Dispensaires, 528; Mutualité des enfants assistés, 609, 736.
- Epaule (Luxation récidivante de l'), guérie par arthrotomie, 559.
- Epidémies, 519, 542, 564, 734. — (Lutte contre les) à la ville et à la campagne, 542, — dans la population civile et l'armée, 650. — (Récompenses pour les services des) en 1904, 159.
- Epithélioma chez les indigènes musulmans d'Algérie, 255.
- Epuration biologique et chimique des eaux d'égout, 45.
- Errata, 333, 406, 731, 776.
- ETIÉVANT. Traitement dans l'ozène par les injections de paraffine à froid, 205.
- EUSTACHE. Candidat dans la II^e division des correspondants nationaux, 519.
- Extraits organiques injectables (Rapport sur des demandes d'autorisation pour des), 165.

F

- FABRE. Hématome subit de la luelle, 669.
- FÉDON. Rougeole, Vaccinations, 734.
- FERNET. Mortalité et prophylaxie de la tuberculose, 176. — Membre de la Commission du prix Guzman, 424.
- Fièvre hémoglobinurique bilieuse (Urologie de la), 499. — typhoïde, 542, 564; (Sérothérapie de la), 275, 301.
- FLEURY. Enghien, 206. — Hamman-R'hira, 482.
- FLORER. Consultations de nourrissons, 650.
- Foie (Hypertrophies lobaires du), 528.
- Fonction rhagiocrine, 396.
- FOURNIER. Traité de la syphilis, 300. — Syphilis secondaire tardive, 47. — Tuberculides, 514.
- FOURNIER. Crachoirs, 501.
- FRAIKIN. Rééducation psycho-motrice, 528.
- FRANCIS. Tuberculose, 481.
- FRANCK (FRANÇOIS-). Membre de la Commission du prix de l'Académie, 424.
- FRANÇOIS-DAINVILLE. Troubles de la nutrition et élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques, 411.
- FRANKLIN. (Deuxième centenaire de la naissance de), 129.

G

- GAGNIÈRE. Tuberculose, 481. — Vaccinations, 297. — Prophylaxie des épidémies à la ville et à la

campagne, 542. — Lait de chèvre, 650.

GAUVAIN. Remède, 733.

GARIEL. Conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 90. — Membre de la Commission du prix Apostoli, 424.

GARRIGOU. Cours d'hydrologie, 522.

GAUSSEL. Mouvements associés des yeux, 299.

GAUTIER (ARMAND). Genèse des eaux thermales, 337. — Rapport sur un mémoire de M. Lara, relatif à deux alcaloïdes vénéneux retirés des urines de lépreux, 263. — et DELÉPINE. Cours de chimie organique, 106.

GAUTIER (LÉON). Médecine à Genève jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, 4.

GÉRARD. Technique de la stérilisation à l'usage des pharmaciens, 411.

GERMAIN. Livret de vaccination, 201.

GILBERT. Membre de la Commission du prix Godard, 424.

GLÉNARD. Traité des ptoses viscérales, 202. — Symptomatologie des localisations lobaires hépatiques, 528.

GLEYS. Membre de la Commission du prix Bourceret, 424. — Voy. DUVAL (MATHIAS).

Goîtres d'origine tuberculeuse, 501.

GOLDSCHMIDT. Variole et vaccine dans le Bas-Rhin pendant le premier tiers du XIX^e siècle, 109.

GRANCHER. Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 612. — Membre de la Commission du prix de l'Académie, 424.

GRAUX (LUCIEN-). Cryoscopie des eaux minérales. Législation pour l'hygiène des villes d'eaux, 736.

GRÈGES. Hygiène de l'enfance, 542.

GRÉHANT. Absorption de l'acide carbonique contenu dans l'air confiné, 302. — Mélanges titrés de chloroforme et d'air, 595. —

- Membre de la Commission du prix Buignet, 424.
- GRIMBERT. Voy. GUIART.
- GROS. Vaccinations, 252.
- Grossesse (Asthme et), 440. Voy. Obstétrique.
- GUÉNIOT. Allocutions : en installant le bureau, 6 ; pour les décès de M. Mégnin, 7 ; de M. Renou, 13 ; de M. Léon Colin, 288 ; de M. Paulet, 523 ; de M. Josias, 737. — Résumé des travaux de l'Académie en 1905, 13. — Membre de la Commission du prix Laval, 424.
- GUÉPIN. Prostatites guéries par la grippe, 516.
- GUÉRIN. Voy. CALMETTES.
- GUIART et GRIMBERT. Précis de diagnostic chimique, microscopique et parasitologique, 483.
- GUICHARD. Vaccinations, 515.
- GUIGNARD. Membre de la Commission du prix Nativelle, 425.
- GUYON. Membre de la Commission du prix Campbell-Dupieris, 424.
- GUYOT. Extrait de graines de cotonnier dans l'alimentation des nourrices, 516.
- H**
- HALLOPEAU. Syphilis, 558. — Membre de la Commission du prix Itard, 424.
- HAMY. Membre de la Commission de la réforme du Code civil, 651. — Membre de la Commission du prix Hugo, 424.
- HANRIOT. Membre de la Commission du prix Capuron, 424 ; et du prix Orfila, 425.
- Haut Laos, 254.
- HAYEM. Membre de la Commission du prix Guzman, 424.
- HÉBERT. Fièvre typhoïde, 542.
- HÉDON. Candidat dans la première division des correspondants nationaux, 733.
- Hématome subit de la luette, 669.
- Hémoptysie tuberculeuse (mécanisme de l'), 3.
- HÉRARD. Membre de la Commission du prix Chevallier, 424.
- HÉRISSEY. Glucoside cyanhydrique des feuilles de laurier-cerise, 131.
- HERVOT. Médecine et médecins à Saint-Malo, 49.
- HIRIGOYEN. Epidémies, 519.
- Histoire de la Charité, 129. — de la médecine : Vieux médecins mayennais, 2 ; Monde parisien au XVIII^e siècle, 2, 131 ; Médecine à Genève, 5 ; Prophètes juifs, 45 ; Médecine et médecins à Saint-Malo, 49 ; Titre de noblesse du Dr Michelet en 1701, 542.
- HUCHARD. Consultations médicales, 4, 255. — Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 469. — Anévrismes guéris par la médication hypotensive, 545. — Rapports sur des remèdes, 497, 545. — Membre de la Commission du prix Guzman, 424.
- HUTINEL. Membre de la Commission du prix Herpin (de Metz), 424.
- Hydarthrose (Traitement de l') par le travail musculaire, 438.
- Hydrologie (Cours d'), 522.
- Hygiène dans l'armée, 104, 698. — de l'enfance. Voy. Enfance. — des stations balnéaires, 428.
- I**
- Indican et scatol urinaires, 702.
- Instinct et intelligence des animaux, 499.
- Inversion utérine traitée par le ballon de Champetier de Ribes, 485.

J

- JOB. Voy. ROUSSELET.
- JOFFROY. Membre de la Commission du prix Baillarger, 424.
- JOLY. Fièvre typhoïde dans la garnison de Bar-le-Duc, 564.
- JONES (Découverte et identification des restes de l'amiral Paul), 736.
- JOSIAS. Sérothérapie de la fièvre typhoïde, 301. — Membre de la Commission du prix Laval, 424. — (Décès de M.), 737.
- JUNGFLEICH. Membre de la Commission du prix Nativelle, 425.

K

- KANELIS. Urologie de la fièvre hémoglobinurique bilieuse, 500.
- KAUFMANN. Candidat dans la section de médecine vétérinaire, 519. — Elu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire, 591.
- KELSCH. Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 136, 241. — Rapport sur un mémoire de M. Goldschmidt relatif à la variole et à la vaccine dans le Bas-Rhin pendant le premier tiers du XIX^e siècle, 409. — Rapport sur un mémoire de M. Vincent concernant le tétanos dit médical ou spontané, 34. — Notice sur M. L. Colin, 586. — et CAMBIER. Vieillessement glycérolé du vaccin, 572.
- KERMORGANT. Rapport sur le fonctionnement de l'assistance médicale et de l'hygiène publique à Madagascar en 1904, 206. — Maladies endémiques, épidémiques et contagieuses dans les

colonies françaises en 1904, 441. — Membre de la Commission du prix Lamy, 424.

KIESOW. Remède, 335.

KIRMISSON. Précis de chirurgie infantile, 106. — Membre de la Commission du prix Meynot, 424. — Chargé de l'examen d'un mémoire de MM. Bricard-Ducourneau et Richard-Chauvin, 539.

L

LABBÉ. Conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 91. — Emigration, 171. — Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique, 509. — Membre de la Commission du prix Chevillon, 424.

LACASSAGNE. Précis de médecine légale, 104. — Revision du Code civil, 617.

LAGRANGE et VALUDE. Encyclopédie française d'ophtalmologie, 699.

Lait de femme et extrait de graines de cotonnier, 409.

LALLEMAND. Histoire de la Charité, 129.

LALOY. Parasitisme et mutualisme dans la nature, 587.

LAMBERT (F.) et RAYMOND (V.). Vichy, 590.

LANCEREAUX. Dysenterie épidémique, 275. — Prophylaxie de la tuberculose, 433. — Typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 607. — Anévrismes des gros vaisseaux, étiologie et pathogénie, traitement par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné, 742. — Rapport sur un mémoire de M. Paulesco relatif à l'influence de la rate sur la sécrétion de la bile, 107. — Membre de la Commission du prix Daudet, 424; et du prix Hugo, 424.

- LANDOUZY. Statistique, mortalité et prophylaxie de la tuberculose, 142, 180, 193, 309. — Poussières et tuberculose, enquête de morbidité et de mortalité portant sur 257 menuisiers, emballeurs, parqueteurs entrés à l'hôpital Laënnec en 1900-1904, 425. — Membre de la Commission du prix Herpin (de Genève), 424; et du prix Itard, 424.
- LARA. Ptomaïnes extraites des urines des lépreux, 125, 263.
- LAURENT. Purification des eaux d'alimentation, 130.
- LAURENT. Physionomie et mimique chez les aliénés, 130.
- LAURENT. Anatomie clinique et technique opératoire, 410.
- Laurier-cerise (Glucoside cyanhydrique des feuilles de), 131.
- LAVERAN. Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 278. — Pied de Madura, 722. — Membre de la Commission du prix Barbier, 424. — du prix Herpin (de Metz), 424; et du prix Stanski, 425.
- LEBEAUPIN. Méthode de Jennings pour le traitement de l'intoxication par l'opium et la morphine, et cure de Vichy, 542.
- Lectures : M. Armaignac, Auto-synoptomètre à miroir, 72. — M. Lara, Ptomaïnes extraites des urines des lépreux, 125. — MM. Rochard et de Champtassin, Traitement de l'hydarthrose par le travail musculaire, 438. — MM. Castex et Marchand, Surdimutité, 438. — M. Picqué, Décortication du poumon, 514. — MM. Bricard-Ducourneau et Richard-Chauvin, Prothèse dentaire et végétations adénoïdes, 538. — M. Conteaud, Luxation récidivante de l'épaule guérie par arthrotomie, 559. — MM. Lemoine et Simonin, Rapports de la morbidité militaire avec l'habitation du soldat, 584. — M. Martel, Rage dans ses rap-
- ports avec la capture des chiens errants, 584. — M. A.-J. Martin, Défense sanitaire de la Ville de Paris, 588. — M. Rousseau Saint-Philippe, Tuberculophobie, 588.
- LE DENTU. Conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 92. — Typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 677.
- LEGRAND. Officier hygiéniste, 104.
- LEJARS. Traité de chirurgie d'urgence, 530.
- LEMAITRE. Eaux de Vals, 481.
- LE MOAL. Moustiques en Afrique occidentale française, 254.
- LEMOINE. Candidat dans la section d'hygiène publique, 609. — et SIMONIN. Rapports de la morbidité militaire avec l'habitation du soldat, 584.
- LE PAGE VIGER. Bureau d'hygiène d'Orléans, 734.
- Lépreux (Stomaïnes extraites des urines des), 125, 263.
- LERAITRE. Crèches, 252.
- LEREBoullet. Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 246. — Membre de la Commission du prix Herpin (de Metz), 424.
- LERICHE. Voy. PONCET.
- LÉVY et BAUDOUIN. Technique des injections intra-craniennes dans les névralgies faciales rebelles, 46.
- LÉVY (ALBERT) et PÉCOUL. Appareil portatif de dosage automatique d'acide carbonique dans les atmosphères confinées, 164.
- LOMBROSO (Jubilé de M.), 519.
- Luette (Hématome subit de la), 669.
- Lupus chez les indigènes musulmans d'Algérie, 255.
- Luxation récidivante de l'épaule guérie par arthrotomie, 559.

M

- Madagascar (Assistance médicale et hygiène à) en 1904, 131, 206.
- Maladies simulées (Diagnostic des), 255.
- MAGNAN. Membre de la Commission du prix Baillarger, 424; du prix Herpin (de Genève), 424, et du prix Lorquet, 424.
- MANGENOT. Maladie de Couthon, 2.
- MANOUVRIEZ. Hygiène des tramways 252. — Tuberculose à Valenciennes, 481.
- MANTEL. Hygiène de l'enfance 590. — Inversion utérine traitée par le ballon de Champetier de Ribes, 485.
- MARCHAND. Voy. CASTEX.
- MARIE. Démence, 205. — Paralyse générale et syphilis chez les Arabes, 592.
- MARAI. Consultations de nourrissons dans l'Yonne, 565.
- MARQUEZ. Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 239, 483.
- MARTEL. Rage dans ses rapports avec la capture des chiens errants, 584. — Candidat dans la section de médecine vétérinaire, 515.
- MARTIN (A.-J.). Défense sanitaire de la Ville de Paris, 588.
- MARTIN (G.). Variole et vaccine en Guinée en 1903, 735.
- MARTY. Membre de la Commission du prix Buignet, 424.
- MATIGNON. Eau potable dans l'armée japonaise en campagne, 564. — Hygiène du champ de bataille chez les Japonais, 590. — Poire en caoutchouc pour vider les tubes de lympho vaccinale, 737.
- MAUREL. Alimentation et nutrition, 482.
- MAYOR. Thérapeutique expérimentale, 482. — Candidat dans la première division des correspondants étrangers, 564.
- Médecine (Histoire de la), 2. — légale (Précis de), 104.
- Médicaments héroïques (Unification de la formule des), 256.
- MÉGNIN (Décès de M.), 7.
- MEINARD. Variolisation et vaccination en territoire indigène, 590.
- Mémoires et ouvrages pour les concours de prix en 1906 (Liste des), 412.
- MÉNARD (SAINT-YVES). Membre de la Commission du prix Barbier, 424.
- Ménisiers (Tuberculose des), 425.
- METCHNIKOFF et ROUX. Recherches sur la syphilis, 554, 570.
- MIREUR. Avarie, 520.
- MOLLEREAU. Candidat dans la section de médecine vétérinaire, 515.
- MOISSAN. Membre de la Commission du prix Capuron, 424.
- MONNET. Radio-activité universelle, 336.
- MONOD (Ch.). Membre de la Commission du prix Chevillon, 424.
- MONOD (H.). Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 172, 327.
- MORACHE. Responsabilité, 49.
- MORICE. Annuaire des eaux minérales, 590.
- MORICHAU-BRAUCHAUT et AIGONOMO. La Roche-Posay, 523.
- MOSNY. Candidat dans la section d'hygiène publique, 609.
- Mosso. Elu correspondant étranger dans la première division, 610.
- MOTAIS. Verres jaunes dans l'hypéresthésie rétinienne, 465.
- MOTET. Rapport sur un mémoire de M. Marie concernant la paralyse générale et la syphilis chez les Arabes, 592. — Membre de la Commission de la réforme du Code civil, 651. — Membre de la

Commission du prix Baillarger, 424, du prix Civrieux, 424 et du prix Sainton, 425.

MOUQUET. Candidat dans la section de médecine vétérinaire, 585.

MOUSSU. Candidat dans la section de médecine vétérinaire, 585.

Moustiques en Afrique occidentale française, 254.

Mouvements associés des yeux, 299.

Mortalité des enfants assistés, 609.

Mycétome d'origine aspergillaire, 432.

N

Néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie, 489.

NETTER. Rapport sur la statistique et la prophylaxie de la tuberculose, 644. — Rapport d'élection, 776. — Membre de la Commission du prix de l'Académie, 424, et du prix Orfila, 425.

Neurasthénie (Arthritisme et), 2.

Névralgies faciales (Technique des injections intra-crâniennes dans les), 56, 264.

NICOLLE et BRUNSWIC-LE-BIHAN. Mycétome à grains noirs, 432.

NICOLAS. Asthme et grossesse, 440.

Nourrices (Extrait de graines de cotonnier dans l'alimentation des), 516.

O

Obstétrique (Opération de Gigli en), 2, 694.

OLIVIER. Silicates en thérapeutique. — Dons d'ouvrages, 542, 650, 698.

OLIVIER (E.). Ectromélie, 650.

Ophtalmologie : Traitement des opacités cancéreuses par les agents physiques, 566. — Nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire, 587. — (Encyclopédie française d'), 699.

OUI. Dispensaire à Lille, 528.

OSTWALT. Traitement des névralgies faciales par les injections intra-crâniennes, 46, 264.

Ozène (Traitement de l') par injections de paraffine à froid, 205.

P

Paludisme, 163. — à Arzew, 46. — en Corse, 408. — au Tonkin, 586.

Paralysie générale et syphilis chez les Arabes, 592.

Parasitisme et mutualisme dans la nature, 587.

Paris (Défense sanitaire de la Ville de), 588.

Parqueteurs (Tuberculose chez les), 425.

PAULESCO. Influence de la rate sur la sécrétion de la bile, 107.

PAULET (Décès de M.), 523.

PÉCOUL. Voy. LÉVY (ALBERT).

PÉGUET (M^{me}). Vaccinations, 590.

PÉLISSIER. Bérubéri, 162.

PERALDI. Vaccinations, 484.

PERALTA. Lèpre, 550.

PERIER (CH.). Membre de la Commission du prix Campbell-Dupieris, 424.

PERRIER (ED.). Membre de la Commission du prix Bourceret, 425.

PERROY. Voy. DAREMBERG.

PETIT. Candidat dans la section de médecine vétérinaire, 527.

PEYROT. Membre de la Commission de la réforme du Code civil, 654.

- Physiologie (Traité élémentaire de), 298.
- PICQUÉ. Décortication du poumon, 514.
- Pied de Madura (Observation parisienne de), 709.
- PIERRE. Eaux de Bourbonne-les-Bains, 698.
- PILLAS et BALLAND. Notice sur M. Dizé, 586.
- PINARD. Conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 76. — Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 281. — Typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 769. — Rapport sur un mémoire de M. Mantel concernant un cinquième cas d'inversion utérine traité avec succès par l'application du ballon de Champetier de Ribes, gonflé avec de l'air, 405. — Rapport sur un travail de MM. Chambrelent et Pousson relatif à la décapsulation rénale et à la néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie, 489. — Membre de la Commission de la réforme du Code civil, 651; du prix Larrey, 424; du prix Sainton, 425; et du prix Tarnier, 425.
- Pince dilatatrice laveuse, 609.
- PITANCE. Hygiène rurale, 297.
- Poignet et accidents du travail, 297.
- Poire en caoutchouc pour vider les tubes de lymphé vaccinale, 737.
- POIRIER. Membre de la Commission du prix Meynot, 424.
- PONCET et LERICHE. Rhumatisme tuberculeux, 364. — Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Adénomes du sein, du corps thyroïde, etc., d'origine tuberculeuse, 502.
- POUCHET. Syphilis, 570. — Membre de la Commission du prix Bui-gnet, 424, et du prix Orfila, 425.
- PUJOL. Vaccinations, 586.
- Poumons (Hygiène des), 4. — (Décortication du), 514.
- Poussières et tuberculose, 425.
- POUSSON. Voy. CHAMBRELENT.
- POZZI. Membre de la Commission du prix Alvarenga, 424.
- Prothèse dentaire et végétations adénoïdes, 539.
- Prostatites guéries par la grippe, 516.
- PRUNIER. Membre de la Commission du prix Nativelle, 425.
- Ptoses viscérales, 202.
- Puberté chez la femme, 253.
- PUJOL. Bérubéri, 74.
- Q
- QUIDET. Boîte de secours immédiats, 567.
- R
- Radioactivité universelle, 336.
- Radiographie, radioscopie et radiothérapie (Services hospitaliers de), 563.
- Radiothérapie. Voy. Rayons Röntgen.
- Rage dans ses rapports avec la capture des chiens errants, 584.
- RANSE (DE). Prophylaxie des maladies contagieuses dans les stations balnéaires, 428.
- Rapports : M. Chauffard, sur les conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 50, 83. — M. Yvon, sur l'unification de la formule des médicaments héroïques, 256. — M. Yvon, sur des demandes d'au-

- torisation pour des eaux minérales, 256, 530. — M. Huchard, sur des remèdes secrets, 497, 545. — M. Cadiot, rapport d'élection, 588. — M. Régnier, rapport d'élection, 608. — M. Netter, rapport d'élection, 776. — M. Roux, sur des demandes d'autorisation pour des extraits organiques injectables, 165. — M. Netter, sur la statistique et la prophylaxie de la tuberculose, 611. — M. Sevestre, sur un mémoire de M. Rousseau Saint-Philippe concernant la tuberculophilie, 740. — M. Kermorgant, sur le fonctionnement de l'assistance médicale et de l'hygiène publique à Madagascar en 1904, 206. — M. Kelsch, sur un mémoire de M. Vincent concernant le tétanos dit médical ou spontané, 34. — M. Chauvel, sur un mémoire de M. Armagnac concernant un antosynoplimètre à miroir, 74. — M. Lancereaux, sur un mémoire de M. Paulesco relatif à l'influence de la rate sur la sécrétion de la bile, 107. — M. Kelsch, sur un travail de M. Goldschmidt concernant la variole et de vaccine dans le Bas-Rhin au XIX^e siècle, 109. — M. Blanchard, sur un cas de mycérome d'origine aspergillaire observé en Tunisie, par MM. Nicolle et Brunswic-le-Bihan, 132. — M. A. Gautier, sur un mémoire de M. Lara concernant des ptomaines extraites des urines des lépreux, 263. — M. Pinard, sur un mémoire de M. Mantel concernant un cas d'inversion utérine traitée par le ballon de Champetier de Ribes, 485. — M. Pinard, sur un travail de MM. Chambrelent et Pousson relatif à la décapsulation rénale et à la néphrectomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie, 489. — M. Motet, sur un mémoire de M. Marie relatif à la paralysie générale et à la syphilis chez les Arabes, 592.
- Rate (Influence de la) sur la sécrétion de la bile, 107.
- RAULIN. Etudes chimiques sur la végétation, 106.
- RAYMOND. Traitement de la névralgie faciale par les injections profondes, 167. — Membre de la Commission du prix Boullard, 424; et du prix Longuet, 424.
- RAYMOND (V.). Voy. LAMBERT (F.).
- Rayons Röntgen (Conditions légales de l'emploi médical des), 50, 76; vœux de l'Académie, 94.
- RECLUS. Typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 636, 764. — Membre de la Commission du prix Campbell-Dupieris, 424.
- Rééducation psycho-motrice, 528.
- REGNARD. Membre de la Commission du prix Apostoli, 424.
- RÉGNIER. Paludisme, 163.
- Remèdes, 73, 103, 297, 325, 481, 733. — (Rapports officiels sur des) proposés, 497, 527, 545, 589.
- RENAUT. Fonction rhagiocrine, 396.
- Responsabilité, 49.
- REYNIER. Conditions légales de l'emploi médical des rayons Röntgen, 78. — Typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 690. — Rapport d'élection, 608, 696. — et BRUMPT. Observation parisienne du pied de Madura, 709. — Membre de la Commission du prix Barbier, 424; et du prix Bourceret, 451.
- Rhumatisme tuberculeux, 364.
- RICHARD-CHAUVIN. Voy. BRICARD-DUCOURNEAU.
- RICHER. Membre de la Commission du prix Buignet, 424.
- RICHER. Membre de la Commission du prix Boullard, 425.
- RICHELOT. Typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 640, 694. — Membre de la Commission du prix Saintour, 425.

- ROBIN (ALBERT). Mortalité et prophylaxie de la tuberculose en France et en Allemagne, 115, 154, 190, 307. — Membre de la Commission du prix Buignet, 424.
- ROCHARD et DE CHAMPTASSIN. Traitement de l'hydarthrose par le travail musculaire, 438.
- RODIER. Œuvres d'assistance et de bienfaisance en Cochinchine, 299.
- RÖMER. Lèpre, 734.
- Rougeole, 734. Voy. Epidémies.
- ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE. Tuberculophobie, 588, 740.
- ROUSSEL et JOB. Diphtérie dans les collectivités, 45.
- ROTILLON. Vaccinations, 520.
- ROUVIER. Obstétrique, 565. — Grossesse utéro-interstitielle, 699.
- ROUX (E.). Bibliographie analytique, 542.
- ROUX (P.). Rapports sur des demandes d'autorisation pour des extraits organiques injectables, 165. — Chargé de l'examen des mémoires de M. A.-J. Martin, 588; de M. Borrel, 592. — Membre de la Commission du prix Stanski, 425. Voy. METCHNIKOFF.
- ROUYER. Rougeole, 734.
- S**
- SALANQUE. Paludisme au Tonkin, 586.
- Scaphandriers (Maladie des), 756.
- Scarlatine, 201.
- Scatol (Indican et) urinaires, 702.
- SÉE. Membre de la Commission du prix Larrey, 424.
- SERVEL. Traitement de la tuberculose et du cancer, 440.
- Sérothérapie de la fièvre typhoïde, 275, 301.
- Sérum antidysentérique, 265. — gélatiné (Traitement des anévrysmes des gros vaisseaux par le), 742.
- SEVESTRE. Chargé d'un rapport sur un mémoire de M. Rousseau-Saint-Philippe, concernant la tuberculophobie, 588; Rapport sur ce mémoire, 740.
- Silicates en thérapeutique, 542, 650, 698.
- SIMONIN. Voy. LEMOINE.
- SLOMNESCO. Remèdes, 103, 481.
- Société des laboratoires Henneberg à Genève. Remède, 439. — obstétricale de France (Annales de la), 698. — protectrice de l'enfance (Rapports de la), 736.
- Soldat (Rapport de la morbidité militaire avec l'habitation du), 584. Voy. Armée.
- SOULA. Epidémies, 46.
- Sphygmographie, 47.
- SPIRE. Haut-Laos, 254.
- Stérilisation (Technique de la) à l'usage des pharmaciens, 411. Voy. Eau, Epuration.
- Suette, 698.
- SULZER. Traitement des opacités cancéreuses par les agents physiques, 566.
- Surdimutité, 438.
- SYLVESTRE. Vaccinations, 129.
- Syphilis, 520. (Traité de la), 300. — (Recherches sur la), 554, 570. — (Traitement thermal sulfureux de la), 564. — (Paralysie générale et) chez les Arabes, 592. — secondaire tardive, 47.
- SZCZYPORSKI. Vaccinations, 734.
- T**
- TEISSIER. Exigences hygiéniques des casernements, 698.

Tétanos dit médical ou spontané, 34.

Thérapeutique expérimentale, 482.

THIBIERGE. Candidat dans la section d'hygiène publique et médecine légale, 650.

THIERRY. Avortement épizootique, 706.

THIERRY (DE). Introduction à l'étude de la chimie, 163.

THOINOT. Candidat dans la section d'hygiène publique et médecine légale, 609.

Travaux de l'Académie en 1905, 13.

Tramways (Hygiène des), 252.

TROISIER. Membre de la Commission du prix Civrieux, 424.

TROLARD. Elu correspondant national dans la première division, 701.

Tuberculides, 514.

Tuberculose (Mécanisme de l'hémoptysie dans la), 3. — (Mortalité par) en France et en Allemagne et sa prophylaxie, 115, 128, 136, 172, 228, 278, 304, 402, 430, 469, 483; (Vœux de l'Académie), 611. — (Poussières et), 425. — à Valenciennes, 481. — (Traitement de la), 440, 481. — Goitre d'origine tuberculeuse, 501. — Adénomes d'origine tuberculeuse, 502. — inflammatoire à forme néoplasique, 502. — inflammatoire et ses localisations ostéo-articulaires, 364. — pulmonaire (Origine intestinale de la), 46.

Tuberculophobie, 588, 740.

TURQUEM. Mutualité des enfants assistés, 609.

Typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse et appendicite, 597, 633, 677, 723, 764.

U

Urologie de la fièvre hémoglobi-nurique bilieuse, 499.

Urines (Matières extractives non dialysables des), 2. — Indol et scatol dans les), 702. — des lépreux (Ptomaines extraites des), 125, 263.

V

Vaccinations et revaccinations : 129, 252, 297, 439, 481, 515, 520, 564, 586, 590, 697, 734. — dans la Gironde, 336. — à Madagascar, 650. — en Guinée, 735. — Obligation en Alsace au commencement du XIX^e siècle, 109. — et revaccination obligatoires en Algérie, 515. — Poire en caoutchouc pour vider les tubes de lymphé, 737. — (Livret de), 201.

Vaccin (Vieillessement glycérolisé du), 572.

Vaccine (Récompense pour la) en 1904, 193.

Variole et vaccine dans le Bas-Rhin pendant les premiers temps du XIX^e siècle, 109.

Variolisation et vaccination en territoire indigène, 590.

VAILLARD. Membre de la Commission du prix Vernois, 425. — et DOPTER. Sérum antidysentérique, 263.

VALLIN. Statistique et prophylaxie de la tuberculose, 156, 402. — Discours aux obsèques de M. Léon Colin, 290. — Membre de la Commission du prix Clarens, 424; et du prix Orfila, 425.

VALLON. Candidat dans la section d'hygiène publique et de médecine légale, 609.

VALUDE. Voy. LAGRANGE.

VAYSSE. Hygiène et assistance médicale à Madagascar en 1904, 131, 206.

Végétations adénoïdes (Prothèse dentaire et), 539.

Végétation (Etudes chimiques sur la), 106.	WURTZ. Candidat dans la section d'hygiène publique et médecine légale, 609.
VERDALIE. Action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsenicales sur le diabète, 523.	
Verres jaunes dans l'hyperesthésie rétinienne, 465.	Y
VINCENT. Tétanos dit médical ou spontané; influence de la chaleur, 34. — Candidat dans la section d'hygiène publique et médecine légale, 609.	Yvon. Rapport sur l'unification de la formule des médicaments héroïques, 256. — Rapports sur des demandes d'autorisation pour des eaux minérales, 256, 530. — Membre de la Commission du prix Hugo, 424.
VIRET. Consultations de nourrissons dans le Pas-de-Calais, 565.	
VON SCHRÖTTER. Hygiène des poumons, 4.	
W	Z
WIDAL. Candidat dans la section d'hygiène publique et médecine légale, 609.	ZUCCARELLI. Assainissement de Casabianda, 298.