



# Bodleian Libraries

UNIVERSITY OF OXFORD

This book is part of the collection held by the Bodleian Libraries  
and scanned by Google, Inc. for the Google Books Library Project.

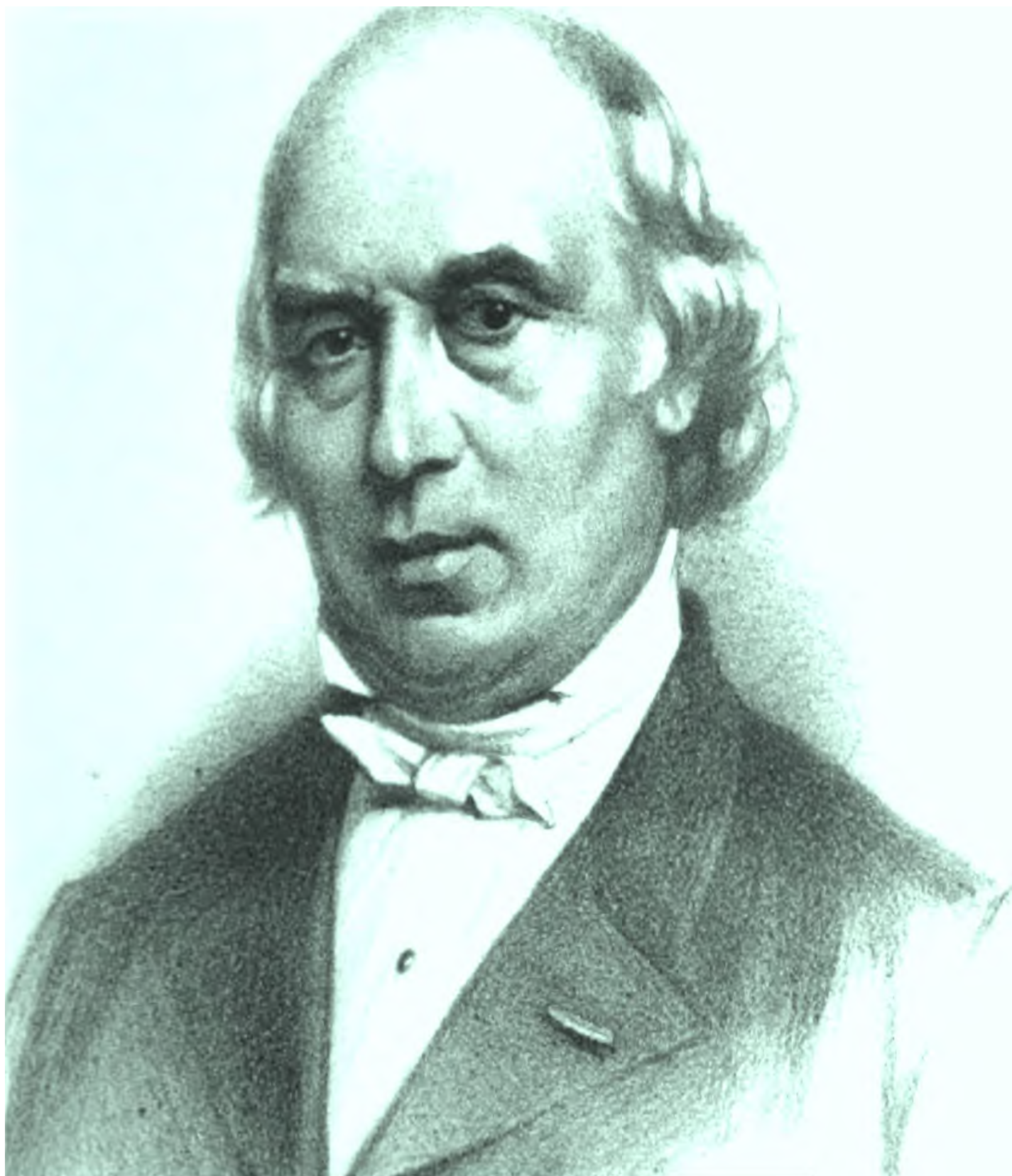
For more information see:

<http://www.bodleian.ox.ac.uk/dbooks>



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-  
ShareAlike 2.0 UK: England & Wales (CC BY-NC-SA 2.0) licence.





*bulletin de l'academie royale  
de medecine de belgique*

Doc. 15084 e. 104.











**BULLETIN**  
**DE**  
**L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE**  
**DE BELGIQUE.**







# BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE

BELGIQUE.

---

**ANNÉE 1883.**

---

TROISIÈME SÉRIE.

TOME XVII.



---

**BRUXELLES**

**H. MANCEAUX, LIBRAIRE-ÉDITEUR**

**IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE**  
Rue des Trois-Têtes, 12 (Montagne de la Cour)

**1883**



**BUREAU D'ADMINISTRATION**  
**ET COMMISSIONS**  
**DE COMPTABILITÉ ET DES ÉPIDÉMIES**  
**DE L'ACADÉMIE**  
**EN 1883.**

---

**BUREAU D'ADMINISTRATION.**

**CROCQ (J. J.), O. 丞, Président.**  
**PIGEOLET (A. V.), 丞, premier Vice-Président.**  
**COUSOT (A. F. T.), 丞, second Vice-Président.**  
**THIERNESSE (T. A.), C. 丞, Secrétaire.**

---

**COMMISSION DE COMPTABILITÉ.**

**BELLEFROID (L.), C. 丞.**  
**JANSSENS (E.), 丞.**  
**WARLOMONT (E. J. N.), 丞.**

---

**COMMISSION DES ÉPIDÉMIES.**

**KUBORN (H.), 丞.**  
**LEFEBVRE (F. J. M.), O. 丞.**  
**PIGEOLET (A. V.), 丞.**  
**THIERNESSE (T. A.), C. 丞.**  
**JANSSENS (E.), 丞.**

LISTE  
des  
**MEMBRES ET DES CORRESPONDANTS**  
DE L'ACADÉMIE.

(Janvier 1883).

I. — MEMBRES TITULAIRES.

—  
**Première Section.**

Sciences anatomiques et physiologiques ; physique et chimie médicales.

(*Président* : M. MASOIN. — *Secrétaire* : M. MASIUS.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
THIERNESSE (T. A.), C. 丞 .	19 septembre 1841.	Cureghem.
CROCQ (J. J.), O. 丞 . . .	5 juillet 1862.	Bruxelles.
GLUGE (G.), O. 丞 . . . .	28 janvier 1865.	Bruxelles.
ROMMELAERE (G. A. V.), 丞 .	25 avril 1874.	Bruxelles.
BODDAERT (R.), 丞. . . .	11 mars 1876.	Gand.
MASOIN (E.). . . . .	30 novembre 1878.	Louvain.
MASIUS (V.), 丞. . . . .	26 novembre 1881.	Liège.
VAN BAMBEKE (C.), 丞 . .	26 novembre 1881.	Gand.

**Deuxième Section.**

Médecine humaine.

(*Président* : M. LEQUIME. — *Secrétaire* : M. HAMBURSIN.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
CRANINX (P. J. E.), C. 丞 .	19 septembre 1841.	Louvain.
LEQUIME (J. E.), O. 丞 . .	29 novembre 1856.	Bruxelles.
WARLOMONT (E. J. N.), 丞 .	28 avril 1866.	Bruxelles.
LEFEBVRE (F. J. M.), O. 丞 .	24 octobre 1868.	Louvain.
PIGEOLET (A. V.), 丞 . . .	6 novembre 1869.	Bruxelles.
BRIBOSIA (F. L. F.), 丞 . .	30 avril 1870.	Namur.
COUSOT (A. F. T.), 丞. . .	14 novembre 1874.	Dinant.

— VII —

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
WILLIÈME (F. J.), 丞 . . .	28 octobre 1876.	Mons.
WILLEMS (L.), 丞 . . .	29 octobre 1881.	Hasselt.
HAMBURSIN (L.), 丞 . . .	26 novembre 1881.	Namur.

**Troisième Section.**

**Chirurgie, obstétrique.**

(Président : M. MICHAUX. — Secrétaire : M. WASSEIGE.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
MICHAUX (M. R.), O. 丞 . .	26 septembre 1841.	Louvain.
MASCART (L. A.), O. 丞 . .	28 octobre 1848.	Ohain.
HAIRION (F.), O. 丞 . . .	30 novembre 1850.	Louvain.
SOUPART (F. J. D.), O. 丞 .	28 avril 1860.	Gand.
THIRY (J. H.), C. 丞 . . .	29 novembre 1862.	Bruxelles.
DE ROUBAIX (L.), C. 丞 . .	28 novembre 1863.	Bruxelles.
BORLÉE (J. A.), 丞. . . .	26 novembre 1870.	Liège.
GALLEZ (L.), 丞. . . . .	29 mai 1875.	Châtelet.
DENEFFE (V.), 丞 . . . .	28 octobre 1876.	Gand.
WASSEIGE (A.), 丞. . . .	29 octobre 1881.	Liège.

**Quatrième Section.**

**Hygiène, médecine légale, police de la médecine.**

(Président : M. BARELLA. — Secrétaire : M. DESGUIN.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
BELLEFROID (L.), C. 丞 . .	30 avril 1853.	Bruxelles.
KUBORN (H.), 丞 . . . .	6 novembre 1869.	Seraing.
BARELLA (H.) . . . . .	26 juillet 1879-25 juin 1881	Chapelle lez-Herlaimont.
JANSSENS (E.), 丞 . . . .	27 décembre 1879.	Bruxelles.
DESGUIN (V. F. J.). . . .	29 octobre 1881.	Anvers.

**Cinquième Section.**

**Pharmacie.**

(Président : M. CHANDELON. — Secrétaire : M. VAN BASTELAER.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
CHANDELON (J. T. P.), O. 丞.	27 mai 1854.	Liège.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
DEPAIRE (J. B.), O. 𐀀 . . . . .	29 novembre 1862.	Bruxelles.
GILLE (N.), 𐀀 . . . . .	24 avril 1869.	Cureghem.
VAN BASTELAER (D. A.), 𐀀 . . . . .	29 octobre 1881.	Marcinelle.

### Sixième Section.

#### Médecine vétérinaire.

(Président : M. DEGIVE. — Secrétaire : M. WEHENKEL.)

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
DEGIVE (Alph.) . . . . .	26 octobre 1878.	St-Gilles.
WEHENKEL (J. M.), 𐀀 . . . . .	id.	Cureghem.
HUGUES (J. B.) . . . . .	28 octobre 1882.	Ixelles.

## II. — MEMBRES HONORAIRES BELGES.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
HENROZ (J. F.), O. 𐀀 . . . . .	26 avril 1862.	Marche.
DE KONINCK (L. G.), C. 𐀀 . . . . .	25 octobre 1862.	Liège.
SAUVEUR (H.), O. 𐀀 . . . . .	id.	Liège.
SOMERS (F. J.), 𐀀 . . . . .	id.	Gand.
STAS (J. S.), C. 𐀀 . . . . .	28 décembre 1863.	Bruxelles.
PÉTRY (P. A.), 𐀀 . . . . .	27 octobre 1870.	Esneux.
KUPFFERSCHLAGER (I. F. J.), 𐀀 . . . . .	14 décembre 1872.	Liège.
DECAISNE (P.), C. 𐀀 . . . . .	24 juin 1876.	Anvers.
VAN BENEDEN (P. J.), C. 𐀀 . . . . .	id.	Louvain.
MELSSENS (L. H. F.), O. 𐀀 . . . . .	27 octobre 1877.	Bruxelles.
DELWART (L. V.), 𐀀 . . . . .	27 avril 1878.	Cureghem.
VAN KEMPEN (E. M.), O. 𐀀 . . . . .	id.	Louvain.
BURGGRAEVE (P. A.), O. 𐀀 . . . . .	31 juillet 1880.	Gand.
GOUZÉE (H. P.), C. 𐀀 . . . . .	25 septembre 1880.	Anvers.
FOELEN (M.) . . . . .	25 mars 1882.	Saint-Trond.

### III. — MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
DUMAS (J. B.), G. C. 丞 . . . . .	31 décembre 1842.	Paris.
LOMBARD (H. C.) . . . . .	id.	Genève.
GUERIN (J.), O. 丞 . . . . .	27 octobre 1849.	Paris.
HENLE (J.) . . . . .	26 mars 1859.	Gœttingue.
MAISONNEUVE (J. G.) . . . . .	16 avril 1859.	Paris.
RICORD (Ph.) . . . . .	26 avril 1862.	Paris.
SIMS (J. MARION) . . . . .	id.	New York.
HEUSINGER (C. F.) . . . . .	25 octobre 1862.	Marbourg.
MAGNUS HUSS . . . . .	id.	Forsaström.
VALENTIN (G. G.) . . . . .	id.	Berne.
CARPENTER (W. B.) . . . . .	28 novembre 1863.	Londres.
HELMHOLTZ (H.) . . . . .	id.	Berlin.
SÉDILLOT (C. E.) . . . . .	id.	Paris.
FRERICHS (F. T.) . . . . .	29 octobre 1864.	Berlin.
LANGENBECK (B. R. C.) . . . . .	id.	Berlin.
BARNES (J. K.) . . . . .	28 novembre 1866.	Washington.
BOULEY (H.) . . . . .	26 octobre 1867.	Paris.
VIRCHOW (R.) . . . . .	id.	Berlin.
LARREY (B <sup>on</sup> H.) . . . . .	28 novembre 1868.	Paris.
STOLTZ (J. A.) . . . . .	id.	Strasbourg.
PELIKAN (E.) . . . . .	1 décembre 1869.	St-Petersbourg.
VARRENTAPP (G.) . . . . .	29 octobre 1870.	Francforts/M.
BROWN-SÉQUARD (C. E.) . . . . .	14 décembre 1872.	Paris.
DECHAMBRE (A.) . . . . .	id.	Paris.
DONDERS (F. C.), C. 丞 . . . . .	id.	Utrecht.
BOWMAN (W.) . . . . .	26 décembre 1874.	Londres.
CAZENEUVE (B. V.) . . . . .	id.	Lille.
CORTESE (F.) . . . . .	id.	Rome.
GOSSELIN (L.) . . . . .	id.	Paris.
GUÉNEAU DE MUSSY (N.) . . . . .	id.	Paris.
HUXLEY (T. H.) . . . . .	id.	Londres.
LUDWIG (C.) . . . . .	id.	Leipzig.
PACINI (P.) . . . . .	id.	Florence.
PALASCIANO (F. A. L.) . . . . .	id.	Naples.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
REDFERN (P.) . . . . .	36 décembre 1874.	Belfast.
ROBIN (C.) . . . . .	id.	Paris.
WURTZ (C. A.) . . . . .	id.	Paris.
BERTILLON (A.) . . . . .	24 juin 1876.	Paris.
BILLROTH (T.) . . . . .	id.	Vienne.
MAREY (E. J.), 丞 . . . . .	id.	Paris.
MARROTTE (J. A.) . . . . .	id.	Paris.
OEHL (E.) . . . . .	id.	Pavie.
RÖLL (M. F.) . . . . .	id.	Graz.
VON SIGMUND (C.) C. 丞 . . . . .	id.	Vienne.
ALBINI (J.) . . . . .	27 octobre 1877.	Naples.
BARTHEZ (A. C. E.), 丞 . . . . .	id.	Paris.
CHAUVEAU (A.) . . . . .	id.	Lyon.
HEYFELDER (O.) . . . . .	id.	Piatigorsk.
JACCOUD (S. F.) . . . . .	id.	Paris.
LIEBREICH (R.) . . . . .	id.	Londres.
WALDEYER (H. G. G.) . . . . .	id.	Strasbourg.
ALVARENGA (P. F. da Costa), 丞 . . . . .	26 avril 1879.	Lisbonne.
BACCELLI (G.) . . . . .	id.	Rome.
FAUVEL (S. A.) . . . . .	id.	Paris.
KLEBS (E.) . . . . .	id.	Zurich.
LISTER (J.) . . . . .	id.	Londres.
MAZZONI (C.) . . . . .	id.	Rome.
PASTEUR (L.) . . . . .	id.	Paris.
SPENCER WELLS (T.) . . . . .	id.	Londres.
VULPIAN (E. F. A.) . . . . .	id.	Paris.
BÉCLARD (J.) . . . . .	29 avril 1882.	Paris.
CHARCOT (J. M.) . . . . .	id.	Paris.
COHNHEIM (J.) . . . . .	id.	Leipzig.
COLIN (G.) . . . . .	id.	Alfort.
CORRADI (A.) . . . . .	id.	Pavie.
ERCOLANI (J. B.) . . . . .	id.	Bologne.
ESMARCH (F.) . . . . .	id.	Kiel.
GIRAUD-TEULON (F.) . . . . .	id.	Paris.
GUÉNEAU DE MUSSY (H.) . . . . .	id.	Paris.
GRUBER (W.) . . . . .	id.	St-Petersbourg.
HEYNSIUS (A.) . . . . .	id.	Leyde.



MM.	Dates des nominations.	Résidences.
JOLY (N.) . . . . .	29 avril 1882.	Toulouse.
KEY (AXEL) . . . . .	id.	Stockholm.
KOEBERLÉ (E.) . . . . .	id.	Strasbourg.
LE FORT (L.) . . . . .	id.	Paris.
OLLIER (L.) . . . . .	id.	Lyon.
PAGET (J.) . . . . .	id.	Londres.
ROSENSTEIN (S. S.) . . . . .	id.	Leyde.
SCHIFF (M.) . . . . .	id.	Genève.
VERNEUIL (A.) . . . . .	id.	Paris.
VON TROELTSCH (A.) . . . . .	id.	Wurzburg.

---

IV. — CORRESPONDANTS BELGES.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
DUGNIOLLE (J. F.), 𐀀. . . . .	21 octobre 1843.	Schaerbeek.
DE BRUYN (E.), O. 𐀀. . . . .	30 octobre 1847.	Saint-Trond.
HENRIETTE (J.), O. 𐀀. . . . .	26 avril 1862.	Bruxelles.
BOËNS (H.) . . . . .	25 octobre 1862.	Charleroi.
HYERNAUX (L. J. G.), 𐀀. . . . .	29 octobre 1864.	Bruxelles.
BONNEWYN (H.) . . . . .	28 novembre 1868.	Ixelles.
HERPAIN (S. F.) . . . . .	29 octobre 1870.	St-Hubert.
VANDEN ABEELE (F.), 𐀀. . . . .	id.	Bruges.
VANLAIR (C.), 𐀀. . . . .	id.	Liège.
VANDEN CORPUT (E.), O. 𐀀. . . . .	29 avril 1871.	Bruxelles.
DU MOULIN (N. C. H.), O. 𐀀. . . . .	14 novembre 1874.	Gand.
HICGUET (D.) . . . . .	id.	Liège.
TIRIFAHY (S.), 𐀀. . . . .	id.	Bruxelles.
HAYOIT (E.) . . . . .	24 juin 1876.	Louvain.
HUBERT (E.) . . . . .	id.	Louvain.
MOTTE (E. A. J.) . . . . .	id.	Dinant.
VLEMINCKX (H. J. V.), 𐀀. . . . .	id.	Bruxelles.
BELVAL (T.) . . . . .	27 octobre 1877.	Bruxelles.
BOUQUE (E. F.) . . . . .	id.	Gand.
DEBAISIEUX (P. J. T.) . . . . .	id.	Louvain.
SACRE (J. G.), 𐀀. . . . .	id.	Bruxelles.
VAN AUBEL (J. C.), 𐀀. . . . .	id.	Liège.
BRUYLANTS (J. M. G.) . . . . .	26 avril 1879.	Louvain.
BUYS (L.) . . . . .	id.	Bruxelles.
CASSE (P. J. J. A.) . . . . .	id.	Bruxelles.
DELE (E.) . . . . .	id.	Anvers.
GUILLERY (H.), 𐀀. . . . .	id.	Bruxelles.
MIOT (L.) . . . . .	id.	Charleroi.
BLAS (C.) . . . . .	29 avril 1882.	Louvain.
DE SMET (E.) . . . . .	id.	Bruxelles.
FREDERICQ (L.) . . . . .	id.	Liège.
HEGER (P.) . . . . .	id.	Bruxelles.
INGELS (B. C.), 𐀀. . . . .	id.	Gand.
LEBOUCQ (H.) . . . . .	id.	Gand.
LOISEAU (C. J. B.), 𐀀. . . . .	id.	Louvain.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
VAN CAUWENBERGHE (C.), 卐	29 avril 1882.	Gand.
VERRIEST (G.) . . . . .	id.	Louvain.
MÖLLER (A.) . . . . .	24 juin 1882.	Bruxelles.
SEMAL (F.) . . . . .	id.	Mons.

---

V. — CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
BURDEL (E.), 璽 . . . . .	28 avril 1860.	Vierzon.
BOUISSON (E. F.) . . . . .	30 juin 1860.	Montpellier.
GERMAIN (J. G.) . . . . .	5 juillet 1862.	Maestricht.
RAGAINÉ (F. V.) . . . . .	25 octobre 1862.	Mortagne.
MARJOLIN (R.) . . . . .	28 novembre 1863.	Paris.
TESTELIN (A.) . . . . .	id.	Lille.
LEROY DE MÉRICOURT (A.) . . . . .	29 octobre 1864.	Paris.
MARQUES (J. A.) . . . . .	id.	Lisbonne.
BERTHERAND (E. L.) . . . . .	28 octobre 1865.	Alger.
DUMONT (de Monteux) . . . . .	30 décembre 1865.	Rennes.
ADELMANN (G. F. B.) . . . . .	27 janvier 1866.	Berlin.
BALFOUR (T. G.) . . . . .	27 octobre 1866.	Londres.
LAVOCAT (H. A.) . . . . .	id.	Toulouse.
ANCELON (E. A.) . . . . .	26 octobre 1867.	Dieuze.
DURAND-FARDEL (C. L. M.) . . . . .	6 novembre 1869.	Paris.
LIMAN (C.) . . . . .	id.	Berlin.
BARBOSA (A. M.) . . . . .	29 octobre 1870.	Lisbonne.
MAGITOT (E.) . . . . .	id.	Paris.
HEKMEIJER (F. C.) . . . . .	14 décembre 1872.	Utrecht.
SNELLEN (H.) . . . . .	id.	Utrecht.
BENI-BARDE (J. M. A.), 璽 . . . . .	26 décembre 1874.	Paris.
BERTIN (E.) . . . . .	id.	Montpellier.
LABADIE-LAGRAVE (F.) . . . . .	id.	Paris.
LEUDET (T. E.) . . . . .	id.	Rouen.
LUSSANA (P.) . . . . .	id.	Padoue.
MAC CORMAC (H.) . . . . .	id.	Belfast.
MAISCH (J. M.) . . . . .	id.	Philadelphie.
MANDON (J. A.) . . . . .	id.	Limoges.
AMABILE (L.) . . . . .	24 juin 1876.	Naples.
ORÉ (C.) . . . . .	id.	Bordeaux.
REYNAL (J.) . . . . .	id.	Saint-Mandé.
LARCHER (O.) . . . . .	24 novembre 1877.	Paris.
NUEL (J. P.) . . . . .	id.	Gand.
PERRIN (M.) . . . . .	id.	Paris.

MM.	Dates des nominations.	Résidences.
BAUDON (J.) . . . . .	28 juin 1879.	Nice.
GALLARD (T.) . . . . .	id.	Paris.
LEMOIGNE (A.) . . . . .	id.	Milan.
MÉHU (C.) . . . . .	id.	Paris.
RANVIER (L.) . . . . .	id.	Paris.
FRANÇOIS-FRANCK. . . . .	27 mai 1882.	Paris.
DE SOUSA MARTINS (J. T.) . . . . .	24 juin 1882.	Lisbonne.
FAUCON (A.) . . . . .	id.	Lille.
JAVAL (E.) . . . . .	id.	Paris.
MANAYRA (P. E.) . . . . .	id.	Rome.
SORMANI (J.) . . . . .	id.	Pavie.
SQUIRE (P.) . . . . .	id.	Londres.
THOMA (R.) . . . . .	id.	Heidelberg.
VOLKMANN (R.) . . . . .	id.	Halle a/S.
ZÜNDEL (A.) . . . . .	id.	Strasbourg.

---

## MEMBRES DÉCÉDÉS

---

### MEMBRES HONORAIRES BELGES.

- ANSIAUX (N. J. V.), nommé le 25 octobre 1862, décédé le 24 juin 1882, à Liège.
- MARTIN (L.), nommé le 24 juin 1876, décédé le 16 février 1882, à Bruxelles.

### MEMBRES HONORAIRES ÉTRANGERS.

- CHRISTISON (R.), nommé le 29 octobre 1864, décédé le 27 janvier 1882, à Édimbourg.
- CRITCHETT (G.), nommé le 26 décembre 1874, décédé le 1<sup>er</sup> novembre 1882, à Londres.
- DESMARRES (L. A.), nommé le 29 avril 1871, décédé le 22 août 1882, à Neuilly (France).
- HAHN (H. J. H.), nommé le 29 octobre 1864, décédé le 11 mars 1882, à Aix-la-Chapelle.
- HAUBNER (G. C.), nommé le 26 avril 1879, décédé le 17 avril 1882, à Dresde.
- PAYAN (P. S.), nommé le 29 avril 1871, décédé à Aix (France).
- PIDOUX (H.), nommé le 28 novembre 1868, décédé le 2 août 1882, aux Mureaux, près Meulan (France).
- SCHWANN (T. A. H.), nommé le 28 octobre 1865, décédé le 11 janvier 1882, à Cologne.
-

# BULLETIN

DE

## L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

---

SÉANCE DU 27 JANVIER 1883.

---

PRÉSIDENCE DE M. GROCQ.

---

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

### I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

Afin de mettre l'Académie à même de satisfaire aux prescriptions de l'article 7 de l'arrêté royal du 31 décembre 1860, relatif au prix quinquennal des sciences médicales, M. le ministre de l'intérieur fait parvenir, par dépêche en date du 23 janvier 1883, des exemplaires du rapport du jury du concours pour la période de 1876-1880.

Dans cette dépêche, M. le ministre constate que, pour les raisons mentionnées dans la note publiée au *Moniteur* du 25 décembre 1882, à la suite du rapport, ce prix n'a pas été décerné. — Cette note est ainsi conçue :

« Aux termes de l'article 6 de l'arrêté royal du 31 décembre 1860, le jury est appelé à décider si, parmi les ouvrages soumis à son examen, il en est un qui mérite le prix quinquennal à l'exclusion des autres et lequel.

» Ainsi qu'il résulte du rapport qui précède, le jury n'a pris aucune décision dans ce sens ; le prix n'a donc pu être décerné. »

L'article 7 de cet arrêté est ainsi formulé :

« Le jugement du jury sera proclamé dans une des séances publiques que l'Académie royale de médecine tiendra pendant l'année qui suivra la période quinquennale. »

Voici, pour satisfaire à cet article, les conclusions du rapport de ce jury pour la période susmentionnée de 1876-1880.

« Considérant l'ensemble de ces travaux importants et délicats, le jury propose de les admettre aux honneurs du prix quinquennal.

« Nous aimons à croire, monsieur le ministre, que l'exposé scientifique qui vient d'être fait portera dans votre esprit la conviction qu'il y a lieu de partager le prix quinquennal entre MM. Edouard De Smet, Léon Fredericq et Paul Heger. »

— Sur la proposition de MM. Rommelaere et Chandelon, appuyée par M. Thiry, l'Académie décide que le rapport sera imprimé dans le Bulletin.

— Comme suite à ses précédentes communications, M. le ministre de l'intérieur adresse plusieurs documents, qui lui ont été transmis par M. le ministre des affaires étrangères, documents envoyés par les agents consulaires du gouvernement belge et ayant trait, la plupart, au choléra d'Orient. — Le bureau les a fait parvenir d'urgence à la commission des épidémies.

— Le même ministre communique le n° du 17 décembre 1882 du *Courrier de la Nièvre*, contenant un article



intitulé : « Le choléra est-il contagieux ? » — Dépôt à la salle de lecture.

— Il est parvenu au secrétariat un mémoire en réponse à la question du concours ayant pour objet de « déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance », concours dont la clôture est fixée au 15 février 1883.

Ce mémoire a pour épigraphe : « L'ivrognerie tue plus de monde que la fièvre, les pleurésies et toutes les maladies les plus perfides et les plus meurtrières (Odier, *Principes d'hygiène*). » — La commission chargée d'apprécier ce travail sera nommée dans la prochaine séance.

— Aucune réponse n'a été envoyée à la question du concours clos le 31 décembre 1882, et formulée en ces termes : « Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale. »

Le bureau exprime l'avis qu'il n'y a pas lieu de renouveler ce concours.

Après avoir entendu MM. Kuborn, Janssens et Thiernes, l'Académie renvoie cette proposition à la quatrième section.

— L'Institut royal lombard des sciences et des lettres de Milan adresse le programme général des concours qu'il a ouverts pendant les années 1881 et 1882. — Dépôt à la salle de lecture.

— M. Gallez, membre titulaire, soumet, de la part de l'auteur, M. le dr Deffernez, à Jumet, un travail manuscrit intitulé : « Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée ». — Commissaires : MM. Cousot et Kuborn.

— MM. Rommelaere, Masoin et Desguin, *membres titu-*

laïres ; Vanlair et Méhu, *correspondants* ; Ch. Adams, à Londres ; E. Aureggio, à Lyon ; C. Bonning, à Strasbourg ; Cazenave de la Roche, à Menton ; de Colleville, à Brighton ; Léon Desguin, à Anvers ; P. De Vecchi, à San Francisco ; G. Eustache, à Lille ; A. Gobert, à Bruxelles ; la Société pour l'abolition de la vaccination obligatoire, à Londres ; MM. Constantin Paul, à Paris ; C. Pavesi, à Mortara ; J. Pickering, à Leeds ; C. Pearce, à Londres ; R. Schröter, à Hambourg ; E. Rousseau, à Bruxelles ; W. Tebb, à Londres ; A. Vogt, à Berne ; E. Wönnner, à Montevideo, et la famille de feu A.-F. de Hemptinne font hommage de publications dont les titres seront mentionnés au Bulletin.

— M. Janssens, membre titulaire, dépose une brochure publiée par M. le d<sup>r</sup> Herpain, correspondant à Saint-Hubert, sous ce titre : *Mesures recommandées pour prévenir et combattre la variole*, et donne lecture de la lettre suivante :

« St-Hubert, 26 janvier 1885.

» Monsieur et très honoré confrère, dans le rapport que vous avez fait insérer dans le n° 11 du Bulletin de l'Académie (t. XVI), vous m'avez fait l'honneur de me citer comme ayant été délégué, avant M. le président de la commission médicale, « pour prendre toutes les mesures sanitaires que comportait la situation du village de Bercheux (Jusseret) », où la variole régnait.

» Afin de permettre à l'Académie d'apprécier la manière dont son correspondant s'est acquitté de sa mission, je vous demande l'autorisation d'user de votre bienveillante entremise pour faire hommage à la savante Compagnie d'une brochure contenant toutes les mesures d'isolement, de

désinfection et de prophylaxie que j'ai fait adopter par l'autorité communale de cette localité.

. . . . .

Agrérez, etc.

(Signé) HERPAIN. »

**M. Melsens.** — J'ai l'honneur de faire à l'Académie l'hommage respectueux d'un fascicule imprimé, extrait du *Recueil des rapports des délégués belges sur l'Exposition internationale d'électricité à Paris, en 1881*. Ce fascicule contient le rapport de M. le professeur Rousseau sur l'électricité statique et les paratonnerres; ce rapport est suivi de notes avec commentaires extraits de mes publications sur les paratonnerres.

On pourrait penser, d'abord, qu'une Académie de médecine n'a pas à s'occuper de travaux de ce genre; je demande cependant la permission de pouvoir insister sur une expérience qui se trouve décrite dans le travail, et qui prouvera que l'un des principes des divers systèmes de paratonnerres pourra, peut-être, recevoir une application thérapeutique utile; c'est à ce titre que je pense pouvoir attirer l'attention des médecins, qui s'occupent de l'application de l'électricité statique à l'art de guérir, sur les quelques expériences qui, bien que très incomplètes encore, me serviront d'excuse pour avoir présenté un travail qui, *a priori*, paraît absolument étranger aux questions de la médecine ou de l'art de guérir.

Je fais voir (§ 11, p. 41) de l'opuscule que des animaux à poils, à plumes, des batraciens, des anguilles et autres poissons, des sangsues, enfermés dans une cage métallique, par laquelle on fait passer les étincelles les plus énergiques

d'une très forte batterie, sont absolument indemnes de toute secousse électrique; les animaux peuvent être placés dans les cages sur des corps isolants, ou être en contact avec le métal, jamais, lorsqu'on cherche à les foudroyer à travers les mailles d'une cage pareille, ils ne témoignent d'aucune secousse, d'aucune douleur, ils ne font pas le moindre mouvement, si ce n'est, parfois, un mouvement de surprise, dû au bruit de l'étincelle, bruit analogue souvent à un coup de pistolet.

S'appuyant sur ce principe, on pourrait même organiser un petit paratonnerre intérieur portatif ou mobile à l'usage des personnes que les orages effraient outre mesure; on sait que De Romas avait proposé des paratonnerres de ce genre, vers le milieu du siècle dernier.

Il ne m'est pas permis aujourd'hui d'entretenir avantageusement l'Académie des expériences, faites depuis longtemps déjà, à l'École de médecine vétérinaire; elles ont dû être interrompues, mais je ne désespère cependant pas de pouvoir les continuer et les achever. Nous avons été témoins, M. le professeur Courtoy, mon préparateur en 1874, et moi, de certains phénomènes sur les foudroiements d'animaux libres sur le sol ou dans l'eau, qui méritent une étude plus approfondie pour pouvoir être présentés à l'Académie comme des faits acquis à la science.

Je dois me borner en ce moment à citer les expériences qui pourront plus tard être développées.

Un petit chien, pesant environ 3 1/2 k., est foudroyé; il se raidit et paraît mort; petit à petit il revient à lui et commence à respirer, mais il est incapable de faire le moindre mouvement. Si on cherche à le mettre debout, on s'aperçoit que les membres antérieurs sont paralysés et que les mem-

bres postérieurs exécutent seulement de légers mouvements.

On croyait le tuer par une seconde étincelle, et on la lui donna dans les mêmes conditions que la première. Loin de le tuer, on le ranima : il sauta brusquement en bas de la batterie et se mit à courir dans le laboratoire.

Ce fait, qui ne s'est présenté qu'une seule fois, donne la mesure des bizarreries de l'effet des fortes décharges d'électricité statique. On y voit en outre une donnée étonnante de l'application du *similia similibus*.

J'ai fait passer des étincelles dans l'eau contenue dans des vases de grès ou de verre, et j'ai foudroyé ainsi des souris en les mettant sur le trajet de l'étincelle, entre les deux conducteurs métalliques.

Place-t-on la main dans cette eau, entre les deux conducteurs métalliques, on ressent la secousse, mais principalement dans la main.

Place-t-on les deux mains à la fois, on ressent la secousse dans les deux bras. Il est convenable de se placer sur un tabouret isolant pour ces expériences.

Voici maintenant l'expérience à laquelle je faisais allusion à propos des applications thérapeutiques possibles. Il s'agit de localiser, autant que faire se peut, les effets des fortes décharges, soit des machines, soit des bouteilles de Leyde, soit même des batteries.

Plaçons un rat dans une cage complètement métallique, en laissant son corps en contact avec les fils qui en constituent les parois : si nous foudroyons la cage, l'animal reste indemne; il en est de même si on le place dans la cage métallique sur une lame d'un corps isolant, verre, caoutchouc durci, etc.

Mais amenons ensuite la queue du rat au dehors des



mailles de la cage et maintenons-la de force; puis faisons passer l'étincelle par la queue du rat; celle-ci la suit; mais, arrivée à la paroi, l'étincelle quitte la queue et passe par le réseau métallique; la queue seule est atteinte. Inutile de dire que l'on peut foudroyer la cage et laisser l'extrémité de la queue à une faible distance du pôle de nom contraire, l'étincelle suit d'abord le métal et passe par la queue. L'électricité portera surtout son action sur toute la partie de l'animal émergeant au delà du métal.

Je dois ajouter maintenant qu'un conducteur métallique quelconque peut faire l'office de la cage. Quand on donne les bains électriques, les souffles, les étincelles, etc., etc., on peut dire, jusqu'à un certain point, qu'indépendamment de l'action superficielle, il y a une action plus ou moins profonde, mais dans le cas du rat l'action se borne surtout à la queue, et ne s'étend très certainement pas aux centres nerveux avec violence, puisqu'il ne manifeste par ses cris qu'une simple douleur; tandis que l'étincelle qui foudroie sa queue seulement, le tuerait net, si elle passait par son corps.

Une autre observation mérite une simple citation, et bien qu'elle ait été faite souvent, elle doit cependant être étudiée dans ses détails.

Si l'on foudroie la queue du rat par une étincelle très forte, prise à une grande batterie chargée au maximum, le rat ne crie que peu et parfois même ne paraît rien ressentir; lui donne-t-on au contraire une étincelle d'une batterie chargée faiblement, il manifeste de la douleur par ses cris.

Cette observation peut présenter certain intérêt, en ce sens que si l'on voulait faire passer de fortes étincelles dans un organe particulier de l'animal, il serait possible encore de modifier les effets de ces étincelles, en ralentissant sa marche

et en les conduisant par un conducteur imparfait, une grosse ficelle mouillée d'eau, par exemple.

Ce ralentissement de la décharge des batteries a été mis à profit par Faraday, pour l'emploi du galvanomètre; il paraît probable qu'il ne faut pas rejeter *à priori* cette donnée particulière, lorsqu'on cherche à appliquer les étincelles sur les parties du malade que l'on veut soumettre à l'action énergique de l'électricité statique, comme, par exemple, la décharge de fortes batteries.

M. le professeur Daniel Colladon avait déjà, dès 1826, fait voir que les décharges des machines électriques à frottement ou celles des batteries agissent sur l'aiguille aimantée à la façon du courant de la pile; mais il faut, pour réaliser convenablement cette expérience, rendre la décharge continue, en maintenant en communication avec le sol le conducteur d'une machine en activité, ou en réunissant les armatures d'une batterie par un corps médiocrement conducteur.

Il me semble résulter de cette donnée et de celle de Faraday, que l'on peut s'attendre logiquement à pouvoir faire usage, et sans doute introduire dans les applications thérapeutiques de l'électricité, d'un genre de courant particulier, pouvant offrir des différences caractéristiques, avec ceux que l'on emploie aujourd'hui.

En effet, laissant en dehors de notre examen pour l'électricité statique, l'aigrette, les lueurs, les décharges obscures, les bains et les souffles employés assez souvent, nous avons à considérer : 1<sup>o</sup> l'étincelle à forte tension, telle qu'elle est fournie par les machines électriques, les bouteilles de Leyde, les batteries chargées par la méthode ordinaire ou chargées en *cascade*; 2<sup>o</sup> pour l'électricité dynamique : on

peut employer les courants des piles ordinaires, soit en série ou en tension, soit en batterie ou en surface ; 3° les courants d'induction.

On aurait, peut-être, par le ralentissement, auquel j'ai fait allusion, une action électrique qui jouirait, au point de vue thérapeutique, de propriétés telles, que ses effets seraient intermédiaires entre ceux produits par les étincelles directes, à forte tension, et ceux des courants continus de la pile, ou qu'on réaliserait, jusqu'à un certain point, les deux actions réunies.

On me permettra une proposition que je soumetts, sous toutes réserves, aux médecins praticiens ; c'est une supposition, une hypothèse, dont je les engage à rechercher la valeur.

Supposons une personne atteinte, par exemple, d'une paralysie de l'avant-bras, et cherchons à localiser, dans cette partie du membre, l'effet des étincelles. Plaçons le malade sur un tabouret bien isolant ; mettons-lui en main un conducteur en contact avec l'armature intérieure ou extérieure d'une batterie ou d'une bouteille de Leyde ; entourons le dessus du bras d'un conducteur parfait — une feuille d'étain, par exemple, mise directement sur la peau ou séparée par une mince couche d'un conducteur médiocre, qui, au moyen d'une chaîne métallique, se prolonge jusque près de l'armature extérieure ou intérieure, en laissant un espace plus ou moins grand pour faire jaillir l'étincelle, absolument comme cela se pratique avec l'électromètre de Lane — les étincelles, quelque fortes qu'elles soient, boreront sans doute leur action principale à la portion du bras renfermée entre les deux conducteurs métalliques ; cette action ne s'étendra très probablement pas avec énergie aux centres nerveux.



Je n'ignore pas que l'on a cherché, par d'autres moyens encore à localiser plus ou moins bien l'action des étincelles; mais, je crois que le moyen que j'indique est préférable à ceux dont on se sert généralement (1).

Je dois faire remarquer à l'Académie que c'est tout à fait incidemment et à propos de la question des paratonnerres, que je me suis permis de dire quelques mots concernant des expériences incomplètes et présentées avec réserve; je suis toujours craintif, quand il s'agit de publier, et je tiens à ne pas m'exposer à la légère, cherchant autant que possible à ne donner que des faits suffisamment étudiés et bien établis.

C'est donc plutôt à titre de simple communication verbale que je me suis permis de motiver la présentation de mon nouveau travail sur les paratonnerres.

**M. Boëns.** — Je désire faire une seule observation à l'appui des considérations remarquables que vient de présenter M. Melsens, pour affirmer ou confirmer de nouveau une idée qui se fait jour maintenant dans la science; c'est qu'il ne s'agit plus de recourir à l'hypothèse de l'existence d'un *fluide spécial* pour expliquer tous les phénomènes électriques, ces phénomènes n'étant que l'effet des commotions ou vibrations mécaniques qui se passent dans les éléments de la matière sous certaines conditions ou circonstances déterminantes.

J'attends avec impatience les expériences, qui nous sont annoncées par notre honorable collègue, et dont je compte

(1) Depuis ma communication à l'Académie, j'ai fait quelques expériences avec notre collègue M. le dr Moeller. Il est convaincu qu'il y a, au point de vue thérapeutique, quelque chose à faire dans la direction que j'indique, et que l'application localisée de l'électricité statique est appelée à rendre des services dans certains cas déterminés.

tirer parti en faveur de la thèse que j'ai exposée naguère dans cette enceinte sur le *mécanisme de nos sensations* et sur la cause exclusivement mécanique des phénomènes du son, de la lumière, de la chaleur, de l'électricité et de la vie, qui s'accomplissent *indépendamment de tout fluide particulier* dans les milieux qui nous entourent.

**M. Lefebvre.** — La communication de M. Melsens me semble trop importante et trop intéressante pour qu'elle puisse faire l'objet d'une discussion incidente. Je propose que cette discussion soit mise à l'ordre du jour.

**M. le président.** — Conformément au désir que vient d'exprimer M. Lefebvre, la discussion des observations de M. Melsens sera portée à l'ordre du jour de la prochaine séance.

**M. Melsens.** — Mes expériences ne sont pas encore complètes. Il me faut encore cinq ou six mois, au moins, avant de pouvoir vous présenter le résultat de mes recherches. Je désire donc que la discussion de la question qui est l'objet de ma communication n'ait lieu que quand j'aurai pu soumettre à l'Académie la relation de mes expériences.

**M. le président.** — Les observations de M. Melsens ne doivent pas nous empêcher de porter la question à l'ordre du jour. Elle pourra d'ailleurs y être maintenue, sauf à n'en commencer la discussion qu'après que M. Melsens aura fait connaître le résultat de ses expériences.

## II. — MOTION D'ORDRE.

**M. Masoin.** — J'ai demandé la parole pour bien préciser l'opinion de notre honorable collègue, M. Melsens, dont j'ai invoqué récemment ici même l'autorité scientifique.

En 1848, M. Melsens a présenté à l'Académie des

sciences une notice sur l'absence du cuivre et du plomb dans le sang. Cette notice, courte mais substantielle, semble avoir pris naissance à l'occasion des travaux d'un chimiste français, M. Millon, qui prétendait avoir démontré la présence dans le sang de trois métaux : le cuivre, le plomb et le manganèse, plus la silice ; quant à l'existence du fer, dont j'entends prononcer le nom, elle n'était plus en question.

Or, M. Melsens institua des expériences minutieuses et expresses, en vue de rechercher la présence du cuivre et du plomb dans différentes espèces de sang : ainsi du sang de femme, du sang d'homme, du sang de cheval, du sang de chien.

En tout, il opéra sur 21 sujets différents, et, suivant sa conclusion formelle, il lui fut impossible de retrouver soit du cuivre, soit du plomb.

Pour ce qui concerne la silice et le manganèse, il se borne à des objections théoriques qui, du reste, présentent une très grande valeur. Il se demande, entre autres, si M. Millon n'a pas été induit en erreur par les appareils et les réactifs eux-mêmes ; du reste, je lui laisse la parole :

« Avant d'admettre la présence, ou mieux les quantités de  
» manganèse que M. Millon indique, il devra prouver que  
» ses verres ne cèdent rien au chlore, à l'eau de chlore  
» neutre, etc. »

Et, insistant encore sur les quantités de manganèse indiquées par Millon, il termine sa notice en disant :

« Les quantités de manganèse qui se trouveraient dans le  
» sang, d'après le chimiste français, sont tellement élevées  
» qu'on est tenté de prendre directement des conclusions  
» contradictoires à celles de M. Millon. »

Ces objections théoriques, ces réserves formelles ont induit divers auteurs et moi-même à ranger M. Melsens dans la catégorie des chimistes, fort nombreux d'ailleurs, qui contestent la présence du manganèse dans le sang, et parmi lesquels il suffira de citer Deyeux, Vauquelin, Marcet, Lecanu, Berzélius, Becquerel et Rodier, et plus récemment MM. Glénard et Bonnewyn.

On pourrait multiplier les exemples pour démontrer combien les meilleurs auteurs ont mal interprété l'opinion de M. Melsens, par rapport au manganèse du sang; mais je me bornerai à deux preuves de cette erreur historique.

Dans le dictionnaire, si remarquable d'ailleurs, de M. Dechambre, à l'article, manganèse, je lis ce qui suit : « En 1848, » Millon annonce à l'Institut qu'il a reconnu et dosé dans le » sang, non seulement le manganèse, mais en moindre proportion, de la silice, du cuivre et du plomb. L'analyse de » Millon est vivement critiquée par Melsens, qui conteste » l'existence normale dans le sang des métaux signalés par » Millon. »

Un de nos compatriotes, M. Victor Guibert, dans son ouvrage intitulé : *Histoire naturelle et médicale des nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique depuis 1830 jusqu'à nos jours*, s'exprime ainsi :

« M. Melsens reprit les analyses de M. Millon, et opérant » sur 7 kilogrammes de sang provenant de 21 sujets différents, il lui fut impossible d'y retrouver le cuivre, le » plomb et le manganèse, que M. Millon y avait découverts. »

Il y a donc sous ce rapport une erreur qui menace de se perpétuer et que je tiens à rectifier aujourd'hui, car je ne veux pas contribuer à répandre une affirmation qui ne correspond pas à la conclusion véritable de notre éminent collègue.

En définitive, voici la vérité dans toute son exactitude :

**M. Melsens**, à la suite d'expériences précises, déclare que le sang ne lui fournit point de cuivre ni de plomb ; mais pour ce qui concerne le manganèse signalé par Millon, il n'institue pas de recherches formelles ; il apprécie théoriquement l'allégation de la présence du manganèse dans le sang ; il considère le fait comme douteux, et il estime enfin que les quantités fixées par le chimiste français sont invraisemblables, rien de plus, rien de moins.

**M. Melsens.** — Je désire faire une légère rectification. Je n'ai pas voulu rechercher le manganèse, dans le sang ; mais tous les chimistes savent fort bien qu'il est très rare de ne pas trouver des impuretés dans les réactifs.

Mes recherches de 1849 avaient été faites en vue de mes travaux sur l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les intoxications mercurielles et plombiques.

Pendant près d'un an, j'ai fréquenté les hôpitaux de Paris, pour observer les maladies produites par le mercure et le plomb.

Voici comment je me suis exprimé, à ce sujet, dans une communication à l'Académie royale des sciences, etc. de Belgique, en 1848 :

« Je rencontrai de grandes difficultés lorsque je voulus étudier si, sous l'influence de l'iodure de potassium, le plomb s'éliminait de l'économie par les urines et par les matières fécales ; si le sang, etc., des individus affectés contenait du plomb, et je fus forcé d'abandonner le travail, après avoir été jeté dans le doute de toutes les façons, accusant tour à tour mes réactifs, mes vases, mes filtres, mes malades, etc., etc.

» J'étais bien décidé cependant à reprendre ces travaux



lorsque je serais placé dans des circonstances favorables . . . . .

» J'accorderais volontiers, disais-je, la présence de la silice et du manganèse; je demanderai cependant au savant chimiste par quel procédé il a déterminé que ses verres sont absolument inattaquables sous l'influence du chlore humide, de l'acide chlorhydrique qui se forme dans la réaction du chlore sur le sang, du sel ammoniac, des phosphates acides, etc. ?

» Avant d'admettre la présence, ou mieux les quantités de manganèse que M. Millon indique, il devra prouver que ses verres ne cèdent rien au chlore, à l'eau de chlore neutre, à l'eau de chlore acide résultant de la réaction de ce gaz sur le sang; on aura le droit de lui demander quelles précautions il prend pour laver ce gaz; car le chlorure de manganèse ne se transporte-t-il pas assez loin dans le chlore ?

» Ordinairement l'eau de chlore contient des traces de manganèse si elle est un peu ancienne; l'eau du flacon laveur en contient souvent même lorsque toute projection paraît impossible.

» Quelque minimes que soient ses traces, toujours est-il qu'elles pourraient s'ajouter au produit final.

» La présence de la silice et du manganèse dans le sang n'a aucune importance pour les recherches auxquelles je faisais allusion en commençant; mais avant d'admettre les données de Millon, il faudra faire des recherches dans cette direction et connaître surtout les détails complets des procédés dont il fait usage pour arriver au dosage de ces matériaux dans le sang. »

« Si on cherche à calculer avec les données de la note insérée dans les *comptes rendus*, les quantités de manganèse

qui se trouveraient dans le sang, on arrive encore à des chiffres si élevés, qu'on est tenté de prendre directement des conclusions contradictoires de celles de M. Millon (1). »

— Avant d'aborder l'ordre du jour, l'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui ont été offerts.

### III. — RAPPORTS, LECTURES ET DISCUSSIONS.

**I. RAPPORT de la commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. le dr PHILIPPART, relatif aux émissions sanguines dans le traitement des maladies aiguës. — M. COUSOT, rapporteur.**

« Des émissions sanguines dans le traitement des maladies aiguës, » tel est le titre du travail de M. le dr Aimé Philippart, de Tournai, que nous sommes chargés d'examiner, M. Kuborn et moi.

L'auteur, après une courte appréciation de « ce remède héroïque, » la saignée, proteste avec énergie contre l'abandon presque complet dans lequel était tombée la saignée, il y a quelque temps ; il appuie sa protestation de citations nombreuses, se félicite du retour à de plus saines appréciations qu'il trouve dans quelques auteurs modernes ; il s'étonne qu'on puisse encore écrire les paroles suivantes, empruntées à un travail du dr Papillaud, couronné par la Société médicale d'Anvers, en 1879 :

« Notre conclusion est que la saignée est morte et bien morte, et qu'elle ne ressuscitera pas ; cette résurrection ne pourrait avoir lieu qu'à la faveur d'un système en médecine, et nous croyons que le temps des doctrines systéma-

(1) *De l'absence du cuivre et du plomb dans le sang. (Bulletin de l'Académie royale des sciences de Belgique, t. XV, p. 454, 1848).*

tiques est irrévocablement passé; aujourd'hui la clinique vit au jour le jour des découvertes de la physiologie et des études histologiques, etc. » M. Philippart s'irrite contre ces conclusions, qu'il considère, à bon droit, comme exagérées; certes, dit-il, il faut donner aux laboratoires, aux expériences de la physiologie des organes sains ou malades, une grande et juste attention, mais ce ne doit être jamais au détriment des études cliniques.

L'auteur appuie ces idées si saines d'un grand luxe de citations parfaitement choisies dans les maîtres des époques historiques, aussi bien que dans ceux des temps modernes.

Après une vigoureuse et éloquente introduction de ce que nous appellerons son plaidoyer, le d<sup>r</sup> Philippart aborde la question de la saignée dans la *pléthore*; il s'étonne et se rit des expériences récentes de Brouardel; il cherche à les réfuter par des considérations empruntées à la pratique; il dit un mot en passant de la saignée chez le vieillard.

Il aborde la grave question de la saignée pendant la grossesse et attribue à l'abandon de cette précaution une partie des accidents des couches; il cite surtout l'éclampsie.

L'auteur soutient ses opinions par l'autorité des noms les plus célèbres de toutes les écoles médicales.

Il aborde l'indication de la méthode antiphlogistique, saignées locales ou générales, dans ce qu'il appelle les *pléthores* locales, c'est-à-dire les congestions et les hémorragies; il n'hésite pas à s'en déclarer nettement le partisan; son argumentation emprunte encore sa plus grande autorité aux citations choisies dans toute l'histoire médicale depuis Galien jusqu'à Jaccoud, etc., etc.; il insiste surtout sur cette indication lorsque les congestions, les fluxions ou les hémorragies ont lieu vers les poumons et



les organes de la circulation, le cœur, les artères, les veines.

À propos de congestions du cœur, il cite surtout l'*asystolie*, dans laquelle il réclame impérieusement la déplétion sanguine. Nous ne pouvons accorder ce point sans remarquer que l'*asystolie* est un symptôme dont l'existence peut tenir à des conditions différentes et souvent contradictoires, imposant des médications très diverses.

L'auteur est amené par l'étude des congestions à étudier l'indication de la saignée dans la *congestion active* qui, pour lui, est la source de beaucoup d'altérations de structure ou de lésions fonctionnelles graves ; il cite trois observations intéressantes qui lui sont personnelles : un iritis congestif grave, une menace d'encéphalite aiguë avec délire et une congestion cérébrale.

Disons en passant que les observations que notre auteur cite sont de celles qui ne laissent aucune hésitation à un praticien, même le plus adversaire de la saignée.

Il arrive à la pleurésie, qui lui semble toujours réclamer les déplétions sanguines, ainsi que les inflammations des autres séreuses, péricarde, péritoine, etc.

Il veut qu'on saigne, même dans la péritonite *puerpérale* ; c'est une prétention à laquelle, dans l'état actuel de la science, il n'est plus possible de souscrire, sans réserve.

La pneumonie réclame toujours la saignée, selon M. Philippart ; il s'efforce de le prouver encore par des citations nombreuses ; il proteste contre la statistique fallacieuse de l'École de Vienne, qui abandonne tout traitement actif, sous prétexte qu'il n'est pas possible d'agir sur le processus morbide ; moins certains de cette désolante conséquence, nous partageons un peu l'opinion de notre respecté confrère, et nous avons peine à nous croiser héroï-

quement les bras en présence d'une affection grave toujours, mortelle souvent.

Nous ne pouvons cependant poser en principe que, toujours et partout, il faille avoir recours à la saignée, même dans les pneumonies, dites broncho-pneumonies, ni dans celles où un élément septique paraît déterminer et dominer le processus, ou dans celles qui éclatent chez des alcooliques.

L'auteur, du reste, ne reconnaît nullement l'identité de toutes les pneumonies; pour lui, comme pour beaucoup de praticiens et de cliniciens illustres, il y a un caractère particulier, un génie spécial dans beaucoup d'affections anatomiquement identiques, et c'est sur ce cachet spécifique que le médecin digne de ce nom doit surtout baser ses convictions et son action thérapeutique.

Cette opinion, émise et développée en de très bons termes, est encore et surtout appuyée sur de nombreuses citations empruntées à toute l'histoire de la médecine. « Jamais, dit-il quelque part, le cadavre ni l'expérience des vivisections ne remplaceront l'*observation* clinique... »

Autant les connaissances que fournissent l'amphithéâtre et le laboratoire sont faciles à acquérir, autant celles que l'on puise au lit du malade exigent de temps, de travail et de talent. « *Ars longa, vita brevis judicium difficile, experientia fallax.* » Nous ne savons si tout le monde pourra accepter sans quelque réserve cette traduction un peu libre et à coup sûr extensive de l'apophtegme d'Hippocrate.

L'auteur dit quelques mots sur les pneumonies et les pleurésies épidémiques. Nous voulons bien qu'il y ait des pneumonies *épidémiques*, en dehors des pneumonies franches, vraies, essentiellement inflammatoires; mais des

pleurésies épidémiques? Avouons que, malgré l'autorité de plusieurs, il est difficile d'accepter le mot épidémique dans sa vraie acception, à propos de pneumonie et de pleurésie.

Il vade soi qu'il proclame encore, dans la plupart des cas, l'usage des émissions sanguines, mais avec une certaine réserve qui dénote le praticien sage et ennemi des systèmes.

Avec une verve digne de la jeunesse, le d<sup>r</sup> Philippart, qui approche, nous dit-on, des 80 ans, flagelle les réformateurs qui, à l'aide « d'alcaloïdes *antipyrétiques*, *antiphlogistiques*, *anti.....*, etc., que l'on fait agir par tous les réflexes possibles sur la machine humaine, dont la médecine n'est plus que l'ajusteur, ont donné à la médecine une étonnante facilité, à l'aide d'un petit répertoire avec lequel chacun peut se traiter. »

L'auteur traite ensuite en quelques lignes des indications de la saignée dans l'érysipèle; puis il aborde l'importante question des émissions sanguines dans les fièvres générales : rougeole, scarlatine, typhoïde, etc. Ici même il ne veut pas qu'on abandonne les émissions sanguines complètement; mais il recommande de se « rappeler l'empoisonnement septique, de ne procéder qu'avec la plus grande prudence et de ne pratiquer la saignée qu'à bonne enseigne ». Il résume du reste son avis en citant l'une des plus belles pages de Sydenham.

A propos de la scarlatine, M. le d<sup>r</sup> Philippart parle de la néphrite et des indications de la saignée générale contre cette affection; soit qu'il l'examine dans la scarlatine, soit qu'il la considère chez la femme enceinte comme cause de l'albuminurie et de l'éclampsie, soit enfin comme maladie idiopathique, il conseille fortement la saignée.

Nous voici au terme de cette rapide analyse d'un travail que nous avons lu avec un véritable plaisir; la première impression que nous avons éprouvée, c'est l'étonnement de retrouver, dans un âge avancé, cette ardeur de savoir, cette vigueur de conviction, cette richesse d'érudition extraordinaire. Nous pouvions nous attendre à voir, dans cette œuvre des derniers jours, la sagesse, la prudence, l'expérience que donnent une longue, honorable et laborieuse pratique; mais ces convictions, presque passionnées, sous les neiges de la vieillesse, ont quelque chose d'émouvant et d'admirable.

M. Philippart termine son intéressant travail par ces paroles :

« L'Académie voudra bien excuser le grand nombre de mes citations; praticien vulgaire, sans autorité, éloigné des centres d'instruction, je ne pouvais pas ne pas invoquer ces grands noms sans lesquels la vie des hommes serait livrée à l'ignorance et au mensonge. » Eh bien, franchement, nous le regrettons; M. Philippart est de ceux qui ont le droit de parler par eux-mêmes; par un excès de modestie et de déférence, par une humilité qui l'honore, tout en lui faisant tort, il fait perdre à ses excellentes qualités leur juste relief. Nous aurions voulu rencontrer dans son œuvre plus d'originalité.

Son sens pratique et sa sagacité frappent, son étonnante érudition nous saisit; sa stricte probité dans les citations, leur grand nombre, leur choix heureux dans toutes les époques de l'histoire médicale ont quelque chose de réellement remarquable. Mais nous regrettons le travail personnel de notre savant et vénéré confrère; aucune donnée physiologique ou histologique, aucune statistique, aucune

critique sérieuse ne vient revêtir d'un cachet personnel et original des idées brillantes toujours, saines et justes le plus souvent, qui semblent n'appartenir à notre confrère que par emprunt.

L'Académie tient beaucoup à l'originalité dans les travaux qu'elle publie ; cependant le mérite de cette vigoureuse étude, le respect qu'elle nous inspire pour un des vétérans de notre laborieuse carrière, vous détermineront peut-être, messieurs, à sortir, pour une fois, des traditions de la Compagnie.

En conséquence, la commission propose :

- 1<sup>o</sup> D'adresser des remerciements à l'auteur ;
- 2<sup>o</sup> D'imprimer son mémoire dans le Bulletin ;
- 3<sup>o</sup> De recommander de nouveau M. Philippart à la commission qui sera chargée de présenter des candidats pour le titre de correspondant.

— Ces conclusions sont adoptées.

**2. RAPPORT de la commission des épidémies sur les documents communiqués par M. le MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, concernant les épidémies de choléra et de peste en Orient. — M. LEFEBVRE, rapporteur.**

Messieurs, depuis deux ans le gouvernement, déférant à un vœu exprimé par la Compagnie, nous envoie régulièrement les documents que ses agents à l'étranger lui adressent sur les maladies épidémiques qui viennent à sévir dans les différents pays où ils sont accrédités. La commission des épidémies, que vous chargez d'étudier ces documents, vous a présenté par mon organe deux rapports sur la peste, le premier, dans la séance du 28 mai 1881, le second, dans celle du 24 décembre de la même année, et



un rapport sur le choléra, dans la séance du 25 février 1882. Depuis cette dernière date, le département de l'intérieur nous a transmis des pièces nombreuses dont nous venons vous entretenir.

Constatons d'abord que ce nouveau service organisé au sein de l'Académie s'étend et se complète. Comme nous vous le disions dans la séance du 25 février dernier, c'est un véritable service sanitaire qui ne manque pas d'analogie avec le service international de renseignements météorologiques. On adresse régulièrement de l'étranger à l'Observatoire royal de Belgique, des bulletins du temps, qui lui permettent d'annoncer les bourrasques et les tempêtes qui menacent nos côtes ; l'Académie royale de médecine reçoit du dehors, et surtout de l'Orient, des documents sur les épidémies qui s'y montrent : ces documents lui permettent d'en surveiller la marche et de mettre, en temps opportun, le gouvernement et le pays en garde contre l'invasion de ces fléaux. Nous disions dans la même séance : « Pour que » cette institution rende tous les services qu'on peut en » attendre, il importe que nous soyons complètement renseignés ; or, il existe de nombreuses lacunes dans les bulletins qui nous sont transmis sur ces maladies exotiques. » Nous avons l'honneur de vous proposer de signaler l'insuffisance de ces renseignements à M. le Ministre de l'intérieur, convaincus que le gouvernement, soit par une circulaire à ses agents à l'étranger, soit par d'autres mesures dont il est d'ailleurs le meilleur juge, obtiendra facilement que ces documents soient désormais détaillés et complets. »

Vous avez adopté cette résolution à l'unanimité ; le gouvernement y a gracieusement donné suite : une circulaire

datée du 29 avril 1882, adressée par M. le Ministre des affaires étrangères à tous les agents belges à l'étranger, s'exprime ainsi : «... Le gouvernement attache le plus grand prix à » être instruit exactement des symptômes des maladies » contagieuses ou épidémiques qui viendraient à se manifester à l'étranger. Les mesures prises pour prévenir la » contagion ou en diminuer les progrès l'intéressent vivement aussi. Des lacunes ayant été signalées dans les renseignements qui m'ont été transmis par les agents du » service extérieur, je viens attirer votre attention sur cette » partie de vos attributions et j'aime à croire que les prescriptions qui figurent à la page 28 des Règlements consulaires seront suivies avec soin. »

Cette circulaire n'a pas tardé à porter ses fruits : les documents sanitaires sont arrivés plus nombreux et plus complets, mais cette abondance même crée des difficultés sur lesquelles la commission des épidémies a délibéré. Elle m'a chargé de soumettre ces difficultés et la solution qu'elle propose à votre appréciation :

1° Les documents sanitaires qui nous sont transmis peuvent se partager en deux classes. Dans la première se rangent les pièces qui ont trait à des maladies locales, vulgaires en quelque sorte, sans tendance à la diffusion hors du pays où elles s'engendrent : telles sont la fièvre typhoïde, la variole, la diphtérie. Il est évident qu'il serait sans grand intérêt pour la science, comme pour la santé publique de notre pays, de faire un rapport sur les documents de ce genre : ce serait gaspiller le temps de la Compagnie.

La seconde classe comprend les renseignements relatifs à ces grandes maladies à tendances envahissantes qui,

étrangères dans leur genèse à notre climat, nous arrivent toujours de l'étranger, comme la peste, le choléra et la fièvre jaune (1).

C'est aux maladies de cette classe que la commission des épidémies vous propose de réserver son examen.

2<sup>o</sup> Quand les rapports de cette commission sur les documents qui nous occupent doivent-ils être soumis à l'Académie ? Il nous paraît peu pratique d'en faire l'examen et le rapport à mesure qu'ils sont adressés à la Compagnie. Les pièces concernant une seule et même maladie sont souvent disséminées dans des dossiers qui nous arrivent successivement ; elles se complètent les unes les autres et il y aurait à la fois perte de temps et confusion si l'on revenait sur la même question dans deux ou trois rapports successifs.

Nous pensons donc qu'il suffira de faire un rapport tous les six mois, en d'autres termes, deux fois par an.

Toutefois, si une épidémie de peste ou de choléra se présentait à l'étranger avec des tendances envahissantes et plus ou moins menaçantes pour notre pays, il est évident qu'il serait du devoir de la commission de vous les signaler aussitôt qu'elle en serait informée.

Les documents dont nous avons à vous rendre compte concernent le choléra et la peste. Nous les partagerons donc en deux groupes.

#### DOCUMENTS SANITAIRES CONCERNANT LE CHOLÉRA.

Les uns visent l'épidémie qui a sévi en 1881 sur les rives de la mer Rouge ; les autres se rapportent à l'épidé-

(1) Cette dernière maladie, qui s'est montrée en Portugal et en France, n'a jamais franchi nos frontières : elle a peu d'intérêt pour nous.



mie, ou, pour parler plus exactement, à la menace d'épidémie de 1882, dans les mêmes parages.

**Documents relatifs à l'épidémie cholérique de 1881.**

Rappelons d'abord que les derniers documents que nous avons analysés dans notre rapport du 25 février dernier, annonçaient que le choléra avait décidément disparu de l'Hedjaz. La lettre du d<sup>r</sup> Castro, médecin sanitaire d'Italie en Égypte, datée d'Alexandrie, du 17 janvier 1882, et que nous avons empruntée au *Journal d'hygiène*, se terminait par les conclusions suivantes : « Le choléra peut être considéré comme arrivé à son terme, aussi bien dans l'Hedjaz que dans le lazaret d'El Wisch. Il y a tout lieu de croire qu'il n'y a actuellement aucune crainte d'importation du choléra dans les ports de la Méditerranée. » Nous trouvons dans les dossiers qui nous sont adressés divers documents qui confirment l'appréciation du d<sup>r</sup> Castro. Je me borne à citer une lettre du consul général de Belgique en Egypte. Il écrit du Caire, en date du 27 février 1882, que l'épidémie cholérique qui s'est déclarée parmi les pèlerins de La Mecque a pris fin.

L'épidémie de l'Hedjaz de 1881 paraissait donc bien close, lorsque le bruit se répandit que la maladie avait reparu sur quelques navires qui ramenaient des pèlerins de La Mecque.

On disait que le vapeur austro-hongrois *Aurora*, arrivé à Varna le 25 mars 1882, avait des cholériques à bord.

Un télégramme de M. Janssens, consul général de Belgique à Sophia, semblait donner quelque consistance à ce bruit. Il télégraphiait à M. le Ministre des affaires étrangères, en date du 30 mars 1882 : « Quatre pèlerins, venant de La Mecque par Constantinople, sont morts à Varna,

» d'une maladie qu'on dit être le choléra. Tout navire  
» venant de Constantinople et portant des pèlerins est sou-  
» mis à une quarantaine de quatorze jours. »

Une lettre du consul, de la même date, donnait quelques détails sur cette affaire et communiquait un rapport du Dr Christoff, de Varna, annonçant qu'il avait reçu, au lazaret de cette ville, dix pèlerins revenant de La Mecque dont six étaient morts du *choléra caractéristique*. Toutefois les médecins envoyés par la commission sanitaire internationale de Constantinople n'ont pas partagé l'avis du médecin bulgare. M. Vitalis, en particulier, arrivé à Varna le 1<sup>er</sup> avril, a pris part, avec le docteur Kouvara, à l'autopsie des pèlerins morts deux jours auparavant et à l'examen de deux malades (qui ont guéri depuis). Les deux praticiens sont d'accord pour déclarer qu'il s'agit de diarrhées chroniques n'ayant pas de rapport avec le choléra. Il est probable qu'ils avaient raison. Les deux malades restants furent bientôt admis à la libre pratique et aucune maladie suspecte ne s'est manifestée depuis à Varna.

Avant de clôturer définitivement l'histoire du choléra qui a sévi en 1881 sur les bords de la mer Rouge, citons quelques statistiques intéressantes sur le nombre des victimes qu'il y a faites. Nous trouvons ces renseignements dans un tableau envoyé au département des affaires étrangères par le consul général de Belgique en Egypte, et nous le complétons par des chiffres empruntés à des sources officielles par le docteur Stécoulis, de Constantinople (1). Le chiffre officiel des morts enregistrés est de 3,644. Le plus grand nombre ont succombé au foyer même du pèlerinage, à La Mecque. Mais ce nombre total n'est pas exact. Tous les

(1) *Journal d'Hygiène de Paris*, 9 mars 1882.

décès n'ont pas été signalés au service sanitaire. En outre, on ne connaît pas la mortalité parmi les Bédouins qui ne sont soumis à aucune autorité. Ces considérations, dit le docteur Stécoulis, me porteraient à admettre que le chiffre approximatif général est de 5,000 morts sur environ 100,000 pèlerins, soit 5 p. c.

**Documents relatifs à l'épidémie cholérique de 1882.**

Les autorités sanitaires qui surveillent les rives de la Mer Rouge avaient à peine constaté la disparition complète du choléra de 1881, qu'elles avaient à se préoccuper des chances d'une nouvelle importation du fléau indien par les pèlerins de 1882. Certains indices la faisaient redouter. En effet, le choléra prenait une extension inusitée dans les Indes néerlandaises et dans les Indes anglaises, double point de départ des pèlerins de La Mecque. Déjà à la fin de l'année 1881, le Ministre des colonies de La Haye était informé que le choléra régnait dans quelques possessions de la Hollande et en particulier à Batavia, où l'on avait enregistré, à la date du 6 octobre, 140 décès produits par cette maladie.

Le 25 janvier 1882, le consul général de Belgique, dans les Indes britanniques, M. Van Ertevelde, écrit à M. le Ministre des affaires étrangères : « Pendant le mois de décembre, il y a eu à Calcuta 267 décès par le choléra, sur une population de 400,000 habitants. C'est le double de la mortalité moyenne par cette maladie. A Bombay, la mortalité a varié quelque temps de 130 à 140 ; elle est tombée la semaine dernière à 14 seulement. Il ne serait pas impossible que les chaleurs qui commencent amènent une recrudescence dans la maladie et peut-être une épidémie. »

Plus tard, le 1<sup>er</sup> juin, le consul de Belgique à Suez avise M. le Ministre des affaires étrangères que le choléra a éclaté à Padang (île de Sumatra).

On devait craindre que les pèlerins, partant pour La Mecque de ces régions infectées du choléra à différents degrés, n'apportassent encore une fois la maladie indienne sur les rivages de la Mer Rouge. Ces prévisions se sont réalisées. Un télégramme du docteur Duca, transmis de Camaran, le 24 août, annonce que le bateau *Hespéria*, venant de Bombay, a eu un cas de choléra, suivi de mort, à Aden (1), le premier port que ce navire ait touché depuis son départ de Bombay. La traversée avait été de six jours. D'autres télégrammes du même médecin annoncent que les 500 pèlerins de l'*Hespéria* ayant été mis en quarantaine à Camaran, il y a eu cinq autres attaques de choléra, toutes mortelles, en tout six cas. Nous ne trouvons pas d'autres renseignements du docteur Duca, sur la petite épidémie qui a sévi sur les passagers de l'*Hespéria*, mais le docteur Stécoulis nous apprend que le chiffre des victimes a été en total de 13 (2).

De nouveaux documents que nous venons de recevoir du département de l'intérieur (21 janvier) nous renseignent sur la marche ultérieure de l'épidémie.

La légation de Belgique à Constantinople adresse à M. le Ministre des affaires étrangères des télégrammes reçus de La Mecque et de Djedda, d'où il résulte que, le 24 et le 25 octobre, il y a eu trois décès cholériques à Mina (sur la route de La Mecque), et que, du 26 octobre au 3 novembre, on a compté 251 cas de mort par la même maladie.

Le 2 et le 3 novembre, les docteurs Chaffey et Wortabert

(1) Port de mer de la Mer Rouge.

(2) *Journal d'hygiène de Paris*.

télégraphient : « L'épidémie à La Mecque augmente, à Djedda ; depuis le 28 octobre, neuf cas de choléra, sept décès. »

Le 5 décembre, le docteur Noury-Effendi télégraphie qu'il n'y avait plus eu depuis dix jours aucun nouveau cas de choléra à La Mecque, mais qu'une nouvelle attaque vient de s'y déclarer.

Le 10 décembre, il télégraphie que, depuis trois jours, il n'y a pas eu de nouveau cas de choléra dans la ville sainte.

Le 7 décembre, les docteurs Wortabert et Duca télégraphient de Djedda, que, sur 8,000 pèlerins allant de La Mecque à Médine, il s'est produit en route 21 décès de choléra, et pendant le séjour des pèlerins à Médine, neuf décès par jour (1).

Nos renseignements officiels sur la petite épidémie cholérique de l'Hedjaz, en 1882, ne vont pas au delà du 7 décembre. D'après les renseignements d'ailleurs incomplets que nous trouvons dans les journaux de médecine, la maladie paraît avoir complètement cessé ; toutefois nous n'en avons pas la certitude absolue.

En résumé, l'épidémie cholérique de 1882 dans l'Hedjaz n'a pas eu d'importance en elle-même, et pourtant nous la considérons comme méritant la plus sérieuse attention. Depuis 1831 les importations du choléra indien sur les bords de la Mer Rouge se montrent de plus en plus fréquentes. On peut dire qu'elles tendent à devenir annuelles.

(1) Dans ma communication verbale, à l'avant-dernière séance de l'Académie, j'ai indiqué par erreur trois dépêches de Chaffey-Bey et une dépêche de Cadri-Effendi sur la marche de l'épidémie de 1882 à La Mecque et à Médine. Les chiffres véritables sont ceux que je viens de donner d'après les dépêches de Chaffey, Wortabert et Noury-Effendi.



La maladie est toujours puisée à la même source, à son grand foyer indien. Les communications des Indes avec l'Europe deviennent de plus en plus faciles et rapides, surtout depuis le percement de l'isthme de Suez.

La conclusion pratique qu'on doit tirer de ces considérations, c'est que les gouvernements devront à l'avenir redoubler de précautions pour préserver leurs frontières contre l'invasion du fléau indien.

Il n'est peut-être pas inopportun de jeter un coup d'œil général sur la question, c'est-à-dire sur les dangers toujours croissants de l'importation du choléra en Europe et sur les mesures à prendre pour l'empêcher.

Le Delta du Gange est la source principale, sinon la source unique du miasme cholérique. Le choléra existe constamment dans les Indes à l'état sporadique; c'est alors une maladie de la contrée qui ne déborde point cette région et n'envahit pas les autres pays.

De temps à autre, elle devient, dans l'Inde même, épidémique et c'est alors qu'elle prend un caractère envahissant et menace les pays étrangers. Les différentes invasions ont suivi jusqu'à présent quatre routes.

La première, qui est la moins importante, est celle qui traverse la Chine, puis les steppes de la Russie asiatique et pénètre dans la Russie européenne par la Mer Caspienne. La seconde, plus fréquente que la première, traverse l'Afghanistan, envahit la Perse et de là se ramifie pour pénétrer dans la Russie et la Turquie asiatique. La troisième, plus courte et par conséquent plus importante que les deux autres, est celle du Golfe Persique par laquelle les provenances indiennes pénètrent en Perse et en Turquie (vilayet de Bagdad).

Ces trois routes, tout en ouvrant au fléau les portes de l'Europe, sont pourtant les moins dangereuses, surtout celles de terre, d'abord parce que la Turquie et la Russie prennent à l'occasion des mesures de prophylaxie sérieuses, et ensuite parce que le miasme cholérigène s'affaiblit de plus en plus à mesure qu'il s'éloigne de sa source et qu'il traverse des pays presque inhabités.

La quatrième route est celle de l'Hedjaz. La maladie est importée le plus souvent dans l'Hedjaz par les provenances indiennes qui traversent la Mer d'Aman, pour entrer dans la Mer Rouge. Le choléra peut y être apporté aussi par les pèlerins arrivant de toutes les contrées de l'extrême Orient, et qui ont subi l'influence cholérigène des Indes.

Une fois le choléra installé dans l'Hedjaz, on peut dire que l'ennemi est aux portes de l'Europe. L'Europe, pour se défendre, a érigé une double barrière :

1<sup>o</sup> Une barrière destinée à préserver l'Hedjaz, surtout pendant le pèlerinage, des invasions cholériques provenant soit directement des Indes, soit de l'extrême Orient auquel l'Inde a pu donner la maladie. A cet effet, un service sanitaire a été organisé depuis plusieurs années.

2<sup>o</sup> Une barrière destinée à préserver l'Égypte et la Syrie des invasions cholériques provenant de l'Hedjaz, toutes les fois que cette contrée se trouve envahie par la maladie indienne. A cet effet, un service sanitaire et un conseil international de santé ont été institués en Égypte, et des lazarets et cordons sanitaires s'organisent sous la surveillance des dites institutions à El-Wisch (Égypte) et à Gaza (Syrie) pour recevoir les provenances cholériques de l'Hedjaz, qui doivent y purger une longue et sévère quarantaine avant

d'être admises à pénétrer, soit en Égypte ou en Syrie, soit à traverser le canal de Suez.

A la tête de toutes ces institutions se trouve le conseil supérieur de santé de Constantinople. Il existe en outre, en Égypte, un conseil maritime et quarantenaire, qui siège à Alexandrie.

Quoique le conseil supérieur de santé de Constantinople n'ait pas de suprématie absolue sur celui d'Alexandrie, il exerce sur lui l'influence que lui donnent son installation dans la capitale de la Turquie et l'appui des chefs des missions étrangères qui y sont toutes représentées par des délégués spéciaux.

Le conseil supérieur de santé de Constantinople et le conseil d'Alexandrie, dans l'adoption des mesures de préservation, se sont inspirés des délibérations des conférences sanitaires de Constantinople et de Vienne. Elles ont promulgué un ensemble de mesures auxquelles, jusqu'ici, tous les États intéressés avaient donné la plus complète adhésion (1). L'expérience du passé et spécialement celle qui

(1) Nous croyons devoir reproduire ici les principales dispositions du règlement général applicable aux provenances du choléra, et du règlement spécial applicable au pèlerinage de La Mecque.

#### RÈGLEMENT GÉNÉRAL APPLICABLE AUX PROVENANCES DU CHOLÉRA.

##### § I.

##### **De la quarantaine et de sa durée.**

ART. 1. — La quarantaine contre les provenances du choléra comprend l'isolement pendant un temps déterminé, ainsi que la purification et la désinfection. Elle s'applique tant aux provenances par mer que par terre.

ART. 2. — La durée de la quarantaine, pour les provenances tant par mer que par terre, est de dix jours pleins, soit dix fois vingt-quatre heures.



ressort de la grave épidémie de 1881, que ces mesures ont étouffée dans l'Hedjaz, semblaient de nature à affermir la confiance de l'Europe dans ces mesures de préservation.

Le 23 mai 1882, une communication grave fut faite par le gouvernement anglais au conseil international de santé de

## § II.

### **De la quarantaine des navires.**

**ART. 3.** — Les navires à bord desquels s'est manifesté le choléra ou des accidents cholériques, pendant la traversée ou dans le port d'arrivée, sont assujettis à dix jours de quarantaine, à compter du moment du débarquement des malades et des passagers.

Les passagers, s'il y en a, sont débarqués au lazaret, ainsi que les marchandises, et les navires sont soumis à la désinfection.

Les navires de cette catégorie ne peuvent pas faire d'opérations d'embarquement ni quitter le port avant l'expiration de la contumace.

**ART. 4.** — Les navires, arrivant d'un lieu contaminé, sans accidents cholériques pendant la traversée, font, comme ceux mentionnés dans l'article précédent, dix jours de quarantaine dans le port d'arrivée. Mais si leur traversée a duré onze jours, la quarantaine ne sera que de neuf jours, et ainsi de suite; la quarantaine ira en diminuant en raison inverse de la longueur de la traversée jusqu'à concurrence de dix-neuf jours.

Sauf encombrement ou mauvaises conditions hygiéniques, les passagers de ces navires restent à bord, ainsi que les marchandises non sujettes à purification.

Ces navires sont soumis à des mesures d'hygiène et, s'il y a lieu, à la désinfection. Ils peuvent quitter le port en état de contumace, mais ils ne peuvent faire d'opérations de débarquement que dans les ports à lazaret et avec les précautions d'isolement et de purification convenables. Quant aux opérations d'embarquement, elles peuvent être faites dans tous les ports où existe un médecin sanitaire et sous sa surveillance.

**ART. 5.** — Pour les navires qui ont à bord un médecin commissionné, c'est-à-dire chargé d'exercer les fonctions de médecin sanitaire, et qui sont dans de bonnes conditions d'hygiène, le temps de quarantaine peut être compté à dater du départ du port contaminé, s'il n'y a pas eu d'accidents cholériques pendant la traversée.

.....

## § III.

### **De la quarantaine des passagers.**

**ART. 7.** — Les passagers des navires, à bord desquels s'est manifesté

Constantinople; elle menaça, pour la première fois, cette entente des puissances sur laquelle repose la sécurité de l'Europe. C'est un document, en date du 9 février 1882, adressé par le gouverneur général de l'Inde anglaise au marquis de Hartington, secrétaire d'État pour l'Inde, et communiqué au conseil international par l'ordre du ministre an-

le choléra ou la diarrhée cholérique, sont débarqués au lazaret ou dans un endroit pouvant en tenir lieu. Ils y purgent une quarantaine de dix jours pleins à dater du moment de leur séquestration.

ART. 8. — Sauf le cas d'encombrement ou de mauvaises conditions hygiéniques, les passagers des navires exempts d'accidents cholériques font quarantaine à bord. Toutefois, dans certains cas, ils peuvent être admis au lazaret si les conditions de l'établissement le permettent.

ART. 9. — Les différents groupes de quarantenaires admis dans un lazaret sont séparés les uns des autres, suivant la date de l'arrivée et l'état sanitaire de chaque groupe.

ART. 10. — Les personnes atteintes de choléra ou de diarrhée cholérique sont séquestrées à part; elles sont strictement isolées des autres quarantenaires et reçoivent les soins médicaux que réclame leur état.

#### § IV.

#### **Des hardes et effets, des marchandises, groupes, lettres et paquets.**

ART. 11. — Les hardes, le linge et en général tous les effets à usage des quarantenaires, soit à bord, soit dans le lazaret, sont soumis à la purification par les moyens appropriés.

Le linge des malades et les objets de literie ayant servi aux cholériques subissent la désinfection réglementaire et, au besoin, ils sont détruits par le feu.

ART. 12. — Les marchandises en général sont exemptes de purification; toutefois il est fait exception pour les vieux effets à usage et en général pour toutes les étoffes ayant servi, pour les laines non lavées, les vieux cotons, les crins, les plumes, les peaux non manufacturées et autres débris d'animaux à l'état brut, qui sont considérés comme marchandises susceptibles de contamination et sont soumis aux moyens usités de purification. Les drilles et les chiffons de provenance cholérique seront soumis à une désinfection rigoureuse et seront même détruits par le feu si cela était jugé nécessaire.

Les animaux vivants sont exempts de quarantaine; seulement, dans certains cas, ils ne sont livrés qu'après avoir été immergés dans l'eau.

ART. 13. — Les lettres, paquets et groupes sont purifiés selon les instructions spéciales.

glais. Nous allons analyser cet important document.

Toutes les mesures quaranténaires appliquées par l'Égypte sur le littoral de la Méditerranée, qui ont pour objet de préserver l'Europe d'une invasion de choléra du côté de l'Orient, reposent sur les énoncés et les conclusions de la conférence sanitaire de Constantinople de 1866 et de

## § V.

### De la patente de santé.

ART. 14. — La patente délivrée par l'autorité sanitaire du lieu de départ est *nette* ou *brute*.

La patente nette atteste l'absence du choléra asiatique; la patente brute en constate la présence dans la circonscription du lieu où elle est délivrée ou visée. Elle doit faire mention des premiers cas de choléra asiatique observés, et signaler la persistance de l'épidémie, ainsi que la date de sa disparition. La patente est délivrée nette dix jours après le dernier cas de choléra dans la circonscription du lieu où a régné l'épidémie.

ART. 15. — La patente nette donne droit, en principe, à la libre pratique immédiate, sauf le cas d'accidents cholériques, constatés ou soupçonnés à bord du navire qui en est porteur, ou des circonstances de nature à mettre en doute l'exactitude de l'attestation donnée par la patente. La patente brute entraîne la quarantaine de la provenance avec les circonstances aggravantes ou atténuantes précisées dans les articles 3, 4 et 5 du présent Règlement.

ART. 16. — La patente brute du choléra, délivrée au point primitif du départ, ne sera pas échangée dans les ports de relâche jusqu'à l'arrivée du navire à destination définitive. Elle sera seulement visée partout où le navire touchera.

Discuté au conseil de santé et approuvé dans les séances des 15 et 19 janvier 1867.

### Règlement de quarantaine applicable au pèlerinage de La Mecque de l'an 1882, voté par le Conseil international de santé, le 20 juin 1882.

ART. 1. — Tout navire à pèlerins provenant d'au delà du détroit de Bab-el-Mandeb, quelle qu'en soit la teneur de la patente, devra se rendre directement à l'île de Camaran sans faire escale dans aucun port du littoral ottoman de la Mer Rouge.

ART. 2. — Le navire à pèlerins est celui qui est expressément affrété pour faire le transport des hadjis se rendant à La Mecque.

ART. 3. — A l'arrivée des navires de cette catégorie en rade de Camaran, tous les pèlerins seront mis à terre et y subiront la visite

celle de Vienne de 1874. Ces mesures ont été basées sur deux propositions, à savoir : que le choléra naît dans l'Inde et seulement dans l'Inde, et que les manifestations de cette maladie en d'autres pays ne sont dues qu'à des importations de l'Inde par voies directes ou par voies indirectes. Le gouverneur général discute ces deux questions; il arrive à ces conclusions : quant à la première question, que la crainte d'une importation du choléra de l'Inde en Égypte et en Europe par mer n'est basée que sur des théories émises par lesdites conférences, au sujet de ce qui aurait dû arriver d'après leur opinion, mais ce qui, de fait, n'est jamais arrivé. « Nous soutenons donc, dit-il, qu'en face de ces faits, il est impossible d'admettre que les ports indiens

médicale réglementaire. Si la provenance est nette et sans accidents suspects pendant le voyage, ils subiront une quarantaine de cinq jours pleins, les hardes et effets seront désinfectés, ainsi que le navire qui devra reprendre ses pèlerins et les amener à destination.

ART. 4. — Les navires de provenance brute de choléra ou ayant eu des accidents cholériques ou suspects de l'être, en cours de voyage, seront assujettis, navires et pèlerins, à la quarantaine réglementaire dont la durée minimum est de dix à quinze jours.

ART. 5. — Dans ces cas, toutes les dispositions contenues dans le règlement général pour le choléra, leur sont applicables, sans exception.

ART. 6. — Aucun navire à pèlerins ne pourra quitter Camaran, sans avoir repris à son bord, après que la quarantaine sera achevée, tous les hadjis qu'il y aurait amenés.

ART. 7. — Les sambouks provenant de la côte arabique d'au delà du cap Bab-el-Mandeb, avec des pèlerins, sont en tout point assimilés aux navires faisant ce commerce spécial. Ils devront se rendre directement au mouillage de Camaran et seront repoussés de tout autre port du littoral arabique.

ART. 8. — Les navires arrivant de Bassora avec pèlerins à bord à destination du Hedjaz, devront également se diriger exclusivement sur Camaran. Il sera procédé à leur égard, selon la teneur de la patente, d'après le règlement général.

ART. 9. — Les hardes, les effets, les marchandises, s'il y en avait, ainsi que les navires, seront soumis au régime spécial du règlement pour le choléra.

ART. 10. — Les provenances des Indes, en général, sont traitées d'après le règlement du choléra de 1867.

et les navires venant de l'Inde aient été un danger pour l'Égypte, et par l'Égypte pour d'autres pays. »

Quant à la seconde question, le gouverneur déclare qu'en admettant même l'existence actuelle ou à l'avenir d'un danger d'importation, il n'a pas été démontré que les mesures quaranténaires puissent l'empêcher ou l'amoin-drir.

Plus loin, le gouverneur général ajoute : « Avec la longue expérience que nous possédons du choléra dans l'Inde, nous ne pouvons que protester contre toute démarche qui pourrait faire croire que nous eussions admis l'idée qu'une quarantaine puisse vous protéger contre cette maladie. L'espoir d'un pareil résultat n'amènerait qu'un désappointement lamentable. »

Le gouverneur général, dans le cours de cette communication, laisse très bien entrevoir le motif extra-médical auquel il obéit. Parlant des conseils sanitaires et de leurs prescriptions, il s'exprime ainsi : « Le comble de tout ceci sera probablement que le commerce de l'Inde aura à subir des restrictions plus sérieuses encore que celles du passé ; l'action de ces conseils sanitaires, pendant les dernières années, a été celle d'accroître de plus en plus la sévérité de leurs mesures, et si l'on n'y met pas bientôt un frein, le résultat sera une quarantaine permanente contre l'Inde, et des interruptions intolérables aux communications entre l'Inde et l'Angleterre. »

Le 9 mai 1882, le dr Dickson communique au conseil sanitaire international de Constantinople une dépêche informant ce conseil que le gouvernement de l'Inde anglaise vient de créer à Bombay (1) et dans d'autres ports du littoral

(1) Décret du 6 mars 1882.



ral indien des conseils médicaux chargés de constater chaque semaine si le choléra sévit ou non sous une forme épidémique parmi la population de la ville et de ses environs.

Tant que la maladie n'aurait pas pris un caractère épidémique, aucune mesure extraordinaire ne serait nécessaire à l'égard des équipages en partance de Bombay; mais si malheureusement le choléra venait à prendre une forme épidémique, des ordres seraient donnés immédiatement par le gouverneur général, pour que l'officier de santé du port fasse, de concert avec les médecins du navire en partance, une enquête pour savoir si des cas de choléra ou de cholérine existent parmi l'équipage ou les passagers du navire. Si le navire est trouvé exempt de ces maladies, ce fait sera noté sur la patente de santé ainsi que la manifestation de l'épidémie à Bombay.

On espère que l'adoption de ces mesures fera cesser toute crainte au sujet de la transmission du choléra à des pays lointains, car le trajet de Bombay à Suez ne peut jamais se faire, même dans les circonstances les plus favorables, à moins de dix jours, délai qui suffit pour amener à terme l'incubation du choléra. Par conséquent, si un navire venant directement de l'Inde arrivait à Suez sans avoir de cas de choléra pendant le voyage, il ne devrait soulever aucune appréciation en Égypte par rapport au choléra.

Le 25 juillet 1882, le délégué de la Grande-Bretagne, le docteur Dikson, fait au conseil de santé de Constantinople une nouvelle communication qui rentre dans l'esprit des précédentes. En voici le texte :

« Le gouvernement de S. M. Britannique a été saisi de  
» la décision prise par le conseil supérieur de santé de

» Constantinople, à savoir de mettre en quarantaine les  
 » navires chargés de pèlerins venant de l'Inde et de leur  
 » faire subir une quarantaine sur l'île de Camaran ou sur  
 » un autre endroit en attendant que les préparatifs pour  
 « recevoir les pèlerins soient achevés au Camaran.

» Le gouvernement anglais ne fait pas opposition à ce  
 » que les provenances avec patentes brutes ainsi que les  
 » navires à bord desquels se seraient manifestées des ma-  
 » ladies dangereuses pour la santé publique pendant la  
 » traversée soient soumis à cette mesure. Mais s'ils vou-  
 » laient l'appliquer aux provenances avec patente nette ou  
 » aux navires qui n'auraient pas eu de maladie suspecte  
 » pendant le voyage, le gouvernement de S. M. Britannique  
 » *proteste dans les termes les plus formels contre une pareille*  
 » *quarantaine* et déclare qu'elle serait contraire aux prin-  
 » cipes établis par les Conférences sanitaires internatio-  
 » nales de Constantinople et de Vienne et en contradiction  
 » avec les règlements promulgués par l'administration  
 » sanitaire ottomane d'après ces principes. »

Constantinople, 23 juillet 1882.

Le 29 août, M. Dickson fait une autre communication au conseil de santé de Constantinople : lord Dufferin, dit-il, a appris la manifestation du choléra sur le personnel du navire *Hesperia*, au moment de son arrivée à Aden et aussi après sa mise en quarantaine à Camaran. M. Dickson est chargé, dit-il, d'attirer l'attention du conseil de santé sur la manifestation du choléra à Camaran, et sur les dangers de compromettre les pèlerins sains arrivant de l'Inde en les faisant débarquer sur cette île pour subir la quarantaine. Ce serait en effet les condamner à une mort presque certaine

et à des retards qui feraient perdre peut-être aux survivants la chance d'accomplir un de leurs devoirs les plus sacrés, le pèlerinage de La Mecque.

Constantinople, 29 août 1882.

Nous n'avons qu'une seule réflexion à faire sur ces communications. La Grande-Bretagne tend à abandonner le concert des puissances, représenté par la conférence sanitaire internationale de Constantinople, dans la question des mesures de préservation contre les invasions du choléra. La nouvelle attitude de cette grande puissance, aujourd'hui maîtresse réelle sinon nominale de l'Égypte, constitue un fait d'une importance redoutable. Si elle persévère dans la voie nouvelle que ses intérêts commerciaux paraissent lui avoir inspirée, il n'est pas téméraire de prédire que, dans un avenir peu éloigné, elle importera le choléra en Europe avec ses cargaisons de Calcutta ou de Bombay.

Nous terminons ici les questions relatives au choléra de l'Hedjaz. Il s'est montré en 1882 dans d'autres contrées et spécialement aux Iles Philippines. Les dépêches de notre consul général à Manille, M. Cartuyvels, retracent le tableau fidèle de cette épidémie.

Le 13 juillet, il annonce que le gouvernement des Iles Philippines informé que le choléra a éclaté à Batavia prend des mesures de précaution et qu'il a prescrit entre autres des mesures quaranténaires; l'état sanitaire jusque là est excellent aux Iles Philippines.

Le 27 juillet, M. Cartuyvels annonce que le choléra a éclaté dans deux îles de cet archipel, Yolo et Zamboanga, et, ce qui est plus grave, qu'un navire de commerce, venu de cette dernière île à Manille, a eu plusieurs décès cholériques à bord.



Le 23 août, le consul informe le gouvernement belge que la présence du choléra est officiellement constatée à Manille depuis le 18 de ce mois ; il donne des détails intéressants, tant sur la maladie elle-même que sur les mesures de précaution prises par les autorités. Le chiffre des décès jusqu'à ce jour est tenu secret à Manille.

Le 31 août, il constate les progrès rapides de l'épidémie : de quelques décès constatés le 18 août, on est arrivé en quelques jours, pour une agglomération de 180,000 âmes environ, au chiffre de 300 décès par jour. Jusqu'à ce jour, aucun de nos compatriotes n'a été atteint.

Dans une lettre du 6 septembre, M. Cartuyvels écrit que le choléra poursuit sa marche envahissante dans les Iles Philippines; qu'à Manille la situation s'améliore lentement, que toutefois on constate encore plus de 200 décès par jour; que les européens ont fourni aussi des victimes, parmi lesquelles M. Youngs, consul des États-Unis d'Amérique.

Une nouvelle dépêche du 20 octobre annonce que le choléra continue aux Iles Philippines. M. Cartuyvels dit qu'il manque de renseignements officiels, l'autorité n'en communiquant pas, mais qu'il sait par des renseignements particuliers que dans la riche province de Laguno, limitrophe de celle de Manille, la population a été en moyenne décimée. A Manille même, la colonie allemande, la plus nombreuse, a été décimée à la lettre; la colonie belge n'a eu qu'un seul membre atteint, M. Springaels; il a guéri du choléra, mais il a succombé plus tard à la variole.

La dernière dépêche du consul belge à Manille est du 4 novembre. Le choléra continue à l'état endémique dans la capitale; il existe dans différentes îles de l'archipel. Le terrible ouragan du 20 octobre, qui a renversé de fond en

comble plus de 20,000 maisons à Manille, a amené une légère recrudescence de la maladie, surtout dans la banlieue.

Nous n'avons pas de renseignements ultérieurs sur l'épidémie.

Le choléra de Manille n'est qu'une menace lointaine et peu inquiétante pour l'Europe. Pendant la durée du trajet de la capitale à Marseille, par exemple, durée qui est de 40 à 50 jours pour le meilleur vapeur, une épidémie cholérique qui aurait pu éclater à bord serait complètement terminée. Sans doute le navire, les effets des passagers et des matelots et les marchandises peuvent recéler le germe cholérique, mais les mesures de désinfection, si elles sont rigoureusement appliquées, suffiront pour en empêcher l'évolution.

Pour clore le bulletin du choléra pour l'année 1882, constatons que les journaux signalent en ce moment la présence de cette maladie épidémique au Mexique. Il ne faut pas perdre de vue que le Mexique confine aux Etats-Unis, et que la traversée de New-York en Europe n'est que d'une dizaine de jours. C'est donc un point noir à l'horizon qu'il faut aussi surveiller.

#### DOCUMENTS RELATIFS A LA PESTE.

Nous trouvons dans les documents transmis à l'Académie des renseignements assez contradictoires sur une épidémie de peste qui aurait éclaté, en 1882, dans le Kurdistan persan.

Ainsi, un télégramme de Fahri-Bey à l'administration ottomane, daté de Téhéran 13 février 1882, avise cette administration « qu'une dépêche du consul de Tauris annonce

qu'une maladie semblable à la peste serait apparue à Saouth-Boulak. Il communiquera les renseignements qu'il a demandés. »

Dès le 18 février, Fahri-Bey télégraphie « que l'épidémie de Saouth-Boulak ne ressemblait pas à la peste et qu'elle a déjà disparu. »

Un télégramme de Behjet-Bey, daté de Tauris 22 février, confirme ces nouvelles rassurantes. « D'après informations propres, il ne s'agissait pas de la peste et la maladie avait déjà disparu. »

Un rapport, sans date, de Mirza-Ferullah, médecin envoyé sur les lieux pour faire une enquête sur la maladie qui s'est déclarée à Ouzoun-Déré(1), s'exprime ainsi : Depuis le 20 février jusqu'au 8 avril 1882, quarante-six personnes sont mortes d'une maladie caractérisée par des bubons, des frissons, de la fièvre, de la dyspnée, une forte expectoration, des crachements et des vomissements de sang, de l'assoupissement et, chez tous, des bubons volumineux. La mort arrivait au bout de quelques jours. » Le docteur Mirza-Ferullah, sans s'appuyer sur aucune considération sérieuse, déclare que ce n'est pas la peste. Cette conclusion me semble fort hasardée.

Le 14 mai, un télégramme de Bagdad annonce que le docteur Lubitz a parcouru Saouth-Boulak et les environs, et qu'il a trouvé partout une santé parfaite.

M. Bartoletti, directeur du service de santé ottoman, n'a pas ses apaisements. Il télégraphie au docteur Zetterer, à Bagdad : « Nous voulons savoir si c'est la peste ou non, sans phrases inutiles. »

(1) Il s'agit toujours de la même épidémie. Ouzoun-Déré est un village du district de Saouth-Boulak.

La lumière est enfin faite par le docteur Léon Arnaud. Nous trouvons deux télégrammes de ce médecin dans nos documents officiels, mais nous croyons préférable d'emprunter au Journal d'hygiène (n° du 24 août 1882), le récit de son exploration, tout en l'abrégeant.

La lettre du docteur Arnaud est datée de Tauris, 24 juillet. Il annonce qu'il revient du Kurdistan persan où il avait la mission de constater la nature d'une maladie suspecte. Il s'agit bien de la peste avec ses caractères classiques. Elle a éclaté à Dehi-Mansour, à la fin de novembre 1881. Elle se termina dans cette localité dans les derniers jours de février 1882. Sur 130 habitants qui composent ce petit village, il y a 63 atteints, et 47 morts à Ouzoun-Déré, où la maladie paraît avoir été importée de Dehi-Mansour, par un nommé Xhéser; l'épidémie a commencé le 20 février 1882, et a fini le 19 mai. Sur 524 habitants, elle en atteint 259 et fait mourir 155.

La contagiosité de la maladie a été évidente. Les mesures de quarantaine et de désinfection (cordons sanitaires, désinfection, destruction par le feu des vêtements infectés, paraissent avoir eu pour résultat de confiner l'épidémie dans ces deux localités.

Depuis moins de vingt ans, c'est la quatrième épidémie qui sévit dans le Kurdistan : la peste s'y est montrée en 1863, 1870, 1878 et 1882.

Terminons ce rapport par une considération rassurante. A mesure que le génie de l'homme augmente la rapidité et la facilité des communications, les peuples se visitent et se mêlent de plus en plus. Ils échangent leurs produits d'un bout du monde à l'autre, mais ils échangent aussi leurs misères. Avec ses cargaisons de marchandises, l'Orient

peut nous envoyer le choléra et la peste, et l'Amérique du Sud, la fièvre jaune.

Les gouvernements ont mission de prévoir et de prévenir ces dangers inhérents au progrès. Tout un système de mesures dirigées dans ce sens est dû à l'initiative des États-Unis d'Amérique.

Le 14 mars 1881, le Sénat et la Chambre des représentants de ce grand pays, réunis en congrès, ont déclaré « que le Président est autorisé à convoquer, à Washington, une conférence sanitaire internationale à laquelle toutes les puissances, ayant juridiction sur des ports de mer exposés à être infectés par la fièvre jaune ou le choléra, seront invités à envoyer des délégués, dûment autorisés, dans le but de délibérer un système international d'avertissements sur l'état sanitaire des ports de mer et des localités sous la juridiction de ces puissances, ainsi que des navires en partance de ces ports.

La conférence convoquée par le Président des États-Unis a tenu huit séances, du 12 janvier au 1<sup>er</sup> mars 1882. Les résolutions dont elle propose l'adoption aux gouvernements représentés dans ce congrès (1) constituent un système complet d'avertissements qui seront sans cesse transmis d'un pays à l'autre. La conférence a également adopté une formule uniforme de patentes à imposer aux navires de toutes les nations. L'importance de ces documents nous engage à les imprimer comme suite de ce rapport.

(1) Les pays représentés étaient : l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Chine, la Colombie, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis d'Amérique, la France, la Grande-Bretagne, les Îles Hawaï, de Haïti, l'Italie, le Japon, la Libérie, le Mexique, les Pays-Bas, le Pérou, le Portugal, la Russie, la Suède, la Turquie, le Venezuela



**Résolutions adoptées par la Conférence sanitaire internationale de Washington, rédigées par un comité composé de MM. M. Outrey, président, De Bille, dr Cervera, James Lowdes, dr T.-J. Turner, prince Camporeale, Bartholomei et Rustem Effendi, secrétaire.**

La Conférence Sanitaire Internationale, réunie à Washington pendant les mois de janvier, février et mars 1881, résume ses travaux en soumettant à l'appréciation des gouvernements y représentés les résolutions suivantes, qui ont été adoptées par la majorité de voix, spécifiée au bas de chaque paragraphe.

### *Résolutions.*

I. — Chaque gouvernement devra avoir un service intérieur organisé de façon à être régulièrement informé de l'état de la santé publique sur toute l'étendue de son territoire.

II. — Chaque gouvernement publiera un bulletin hebdomadaire de la statistique mortuaire de ses principales villes et ports de mer, et devra donner à ces bulletins la plus grande publicité possible.

III. — Dans l'intérêt de la santé publique, les autorités sanitaires des pays respectifs, représentés dans la Conférence, sont autorisées à communiquer directement entre elles, afin de se tenir réciproquement informées de tous les faits importants parvenus à leur connaissance, sans préjudice toutefois des renseignements qu'il est de leur devoir de fournir en même temps aux consuls établis dans leur ressort.

IV. — Un système international centralisé d'avertissements sanitaires paraissant indispensable pour un service sanitaire effectif, il est désirable de procéder à la création d'institutions internationales chargées de recueillir toutes les informations relatives à la naissance, au développement et à la décroissance du choléra, de la peste, de la fièvre jaune, etc., et de les porter à la connaissance des parties intéressées.

Le projet de convention tendant à ce but constitue l'Annexe n° 1.

V. — Les patentes de santé seront conformes au modèle ci-annexé (Annexe n° 2).

VI. — La patente de santé doit être délivrée au port de départ par l'agent sanitaire responsable du gouvernement territorial.

Elle pourra être visée au port de départ par le consul du pays de destination, lequel pourra y faire telles annotations qu'il jugera nécessaires.

Le consul du pays de destination aura le droit d'assister aux inspections sanitaires du navire, qui seront faites par les agents de l'autorité territoriale, conformément à telles règles qui seront établies par des conventions ou traités.

VII. — Il est à désirer que les patentes de santé, délivrées en exécution de règlements internationaux, soient octroyées à titre gratuit.

VIII. — Une commission sanitaire scientifique et temporaire sera nommée par les nations les plus directement intéressées à se prému-

nir contre la fièvre jaune, et par celles qui voudraient adhérer à l'exécution de ce projet, pour étudier les questions se rattachant à l'origine, au développement et à la propagation de la dite maladie.

Le projet de convention tendant à ce but constitue l'Annexe n° 3.

#### *Annexe n° 1.*

Le projet de convention mentionné dans la résolution IV est ainsi conçu :

*Art. 1.* Il sera établi à Vienne et à la Havane des agences internationales permanentes d'avertissements sanitaires. Les gouvernements s'entendront entre eux pour la formation de ces bureaux.

*Art. 2.* L'agence de Vienne aurait à recueillir les informations sanitaires de l'Europe, l'Asie et l'Afrique. Celle de la Havane étendrait sa sphère d'action au continent américain et aux îles qui y appartiennent géographiquement, sauf les changements qui seraient rendus nécessaires dans ce système par l'état des communications télégraphiques.

*Art. 3.* Les gouvernements contractants pourront s'entendre pour l'établissement, si cela est nécessaire, d'une troisième agence, qui aurait son siège en Asie.

*Art. 4.* Les gouvernements participants à ce système d'avertissements enverront leurs rapports sanitaires à l'agence dans la sphère d'action de laquelle ils rentrent.

Chaque agence, de son côté, enverra ses informations aux gouvernements qui lui adressent des bulletins sanitaires. Les agences échangeront entre elles les informations reçues, pour les porter également à la connaissance des pays qui sont compris dans leur ressort.

*Art. 5.* Dans les cas d'urgence extrême, des exceptions à ce système se trouveraient reconnues de fait, et les différents gouvernements auraient alors la faculté d'entrer en communication directe avec l'agence dont ils ne ressortent pas en temps ordinaire.

*Art. 6.* En cas de doute sur l'exactitude des bulletins reçus, les agences seront autorisées à se mettre en communication avec le pays respectif, qui aura à fournir aussi promptement que possible, les éclaircissements demandés.

*Art. 7.* Dans les pays où des conseils sanitaires internationaux existent, c'est avec ceux-ci que les agences établiront des communications.

*Art. 8.* Dans les pays qui ne possèdent pas un service de santé publique parfaitement organisé, ou qui n'auront pas adhéré à cette convention, les consuls des parties contractantes se réuniront en conseil sanitaire international, à l'effet de fournir aux dites agences les nouvelles sanitaires qui ne peuvent être obtenues des autorités locales.

*Art. 9.* Les gouvernements d'Espagne et d'Autriche-Hongrie, fixeront annuellement le budget des dépenses, qu'ils soumettront aux gouvernements participants.

*Art. 10.* La répartition entre les divers gouvernements des sommes nécessaires s'opérera de la manière suivante : la moitié des frais sera répartie en proportion du chiffre de la population, et l'autre moitié en proportion du chiffre du tonnage de la marine marchande combiné avec la valeur du commerce maritime de chaque pays.



*Art. 11.* Les gouvernements d'Espagne et d'Autriche-Hongrie soumettront, tous les ans, à la fin de l'exercice, les comptes définitifs à chacun des états intéressés.

*Art. 12.* La présente convention est conclue pour une durée de dix ans.

Chaque gouvernement reste libre de dénoncer la convention après trois ans.

Est et demeure réservé le droit de modifier telle disposition qu'on désignera sur la proposition d'un Etat participant.

#### *Annexe n° 2.*

Le modèle de patente de santé mentionné dans la résolution V est ainsi conçu :

#### *Patente internationale de santé.*

Je soussigné (la personne autorisée à signer), au port de , certifie par les présentes que le navire ci-après nommé quitte ce port dans les circonstances ci-après détaillées.

Nom du navire :

Capacité :

Logements de passagers, (nombre de :)

Destination :

Nom du médecin, (s'il y en a un :)

Nombre total des passagers : de première classe, ; de seconde classe , d'entre-pont,

Catégorie, (navire de guerre, trois-mâts, goëlette, etc., etc. :)

Canons :

Dernier port visité :

Nom du capitaine :

Chiffre de l'équipage :

Chargement :

#### *Navire.*

1. Condition sanitaire du navire, (avant et après le chargement, avec note de l'existence de bois carié, s'il y en a), noter les opérations de désinfection du navire :

2. État sanitaire de la cargaison :

3. État sanitaire de l'équipage :

4. État sanitaire des passagers :

5. État sanitaire des habillements, des approvisionnements, de l'eau, de l'espace et de la ventilation :

#### *Port.*

1. État sanitaire du port et des lieux adjacents.

a. Maladies dominantes, (s'il y en a).

*b.* Nombre de cas et nombre de morts de fièvre jaune, de choléra asiatique, de peste, de petite vérole ou de typhus, pendant la semaine qui a précédé immédiatement le départ.

Nombre de cas de :	Nombre de morts de :
Fièvre jaune :	Fièvre jaune :
Choléra asiatique :	Choléra asiatique :
Peste :	Peste :
Petite vérole :	Petite vérole :
Typhus :	Typhus :

*c.* Population d'après le dernier recensement :

*d.* Nombre total des morts du dernier mois :

2. Les circonstances susceptibles d'exercer une influence sur la santé publique doivent être consignées ici :

Je certifie que les informations ci-dessus ont été consignées par , qui a personnellement inspecté ledit navire; que j'ai tout lieu de croire ces informations exactes, et je certifie de plus que ledit navire laisse ce port, en destination de (nom du pays)

En foi de quoi j'ai apposé ma signature et le sceau de mon bureau, au de , ce jour de 188 , heure.  
[L. S.]

[Signature.]

### Annexe n° 3.

Le projet de convention mentionné dans la résolution VIII, est ainsi conçu :

*Art. 1.* Une commission sanitaire scientifique et temporaire sera établie par les nations les plus directement intéressées à se prémunir contre la fièvre jaune, et par celles qui voudraient adhérer à l'exécution de ce projet.

*Art. 2.* Les travaux de cette commission comprendront :

*a.* L'étude et la détermination des foyers principaux et permanents du germe morbigène de la maladie.

*b.* Les conditions qui favorisent son développement, ainsi que les causes et circonstances qui aident à sa propagation dans les foyers mêmes et à sa transmission à d'autres contrées.

*c.* Les moyens que l'on pourrait employer pour circonscrire de plus en plus ses effets, ou même les anéantir, dans les régions de son origine et dans les contrées nouvellement envahies.

*d.* La recherche des moyens les plus sûrs pour combattre sa transmission par les navires.

*e.* Les procédés les plus avantageux pour pratiquer la désinfection des navires, ainsi que de leurs cargaisons et passagers.

*f.* Ainsi que tout ce qui a rapport à la prophylaxie et au traitement de la maladie.

*Art. 3.* Les pays qui voudront concourir à l'organisation de cette commission scientifique, s'entendront entre eux pour donner à leurs délégués les instructions nécessaires pour faciliter leurs études.

*Art. 4.* Cette commission, après avoir étudié sur place les diverses questions qui auront été soumises à son investigation, devra présenter un rapport collectif, où seront indiqués les moyens qu'elle jugera les plus pratiques pour atteindre le but recherché.

**3. CANCER du sein, guéri sans opération; par M. H. BOËNS,**  
correspondant.

Bien différent de ces savants qui font des expériences pour établir leurs hypothèses et ne voient dans les faits que ce qui confirme leurs théories, Cl. Bernard se laissait dominer par les faits sans jamais chercher à les plier à sa fantaisie.

Dr JOUSSET DE BELLESME.

Le mot *cancer* aura le sort qu'a éprouvé le mot *dartres* : il disparaîtra de notre langage scientifique. Tout au plus restera-t-il comme terme vulgaire, synonyme de *tumeur de mauvaise nature*. Nous disons encore aujourd'hui : *tumeurs bénignes et tumeurs malignes*; mais on commence, depuis longtemps déjà, à distinguer toutes ces productions pathologiques selon les éléments qui les constituent, les tissus qu'elles envahissent et le siège qu'elles occupent. Le caractère *malin* ou *bénin* des tumeurs, malgré les progrès de la science diagnostique, n'est pas encore facile à définir ou à déterminer dans tous les cas.

M. le Dr Haelewyck et moi nous avons opéré une dame, de Charleroi, qui présentait à la cuisse gauche une tumeur cellulo-musculaire d'apparence la plus bénigne. Il y eut récurrence sur place. M. De Roubaix, après nous et avec notre concours, a réitéré quatre fois déjà la même opération sur ce même sujet; et une récurrence nouvelle s'est manifestée encore si rapidement qu'il est question, pour mettre fin à tant d'opérations successives, de procéder à l'amputation de la cuisse.

Le microscope est venu jeter quelque lumière dans la question délicate et difficile de la classification des tumeurs; mais il reste encore bien des incertitudes. Les analyses chimiques, analogues à celles que M. le d<sup>r</sup> Rommelaere a préconisées dans la dernière séance de l'Académie, contribueront sans doute à débrouiller ce qui reste de l'ancien chaos, mais nous sommes loin encore de pouvoir discerner sur le vivant, *à priori*, les tumeurs franchement bénignes des malignes, celles qu'on doit soumettre à un traitement résolutif exclusivement médical ou qu'on peut opérer sans crainte de récidives, celles qui doivent être enlevées par les caustiques plutôt qu'à l'aide du bistouri, celles enfin auxquelles il ne faut pas toucher.

Nous avons rencontré dans notre pratique des faits qui rentrent dans chacune de ces catégories et qui nous plaçaient en présence de ces diverses questions, si importantes au point de vue clinique :

Quand faut-il opérer? Quand faut-il s'abstenir?

Dans quels cas faut-il recourir aux instruments tranchants ou aux caustiques diffluentes?

Quand enfin peut-on substituer un traitement médical interne ou externe aux grands moyens chirurgicaux?

Nous soignons, depuis douze années, une demoiselle de 72 ans, de faible constitution, au teint blême, sœur d'un ancien médecin principal de l'armée qui est décédé récemment à Mons, pour un cancer *ulcéré* du sein gauche, avec engorgement des ganglions lymphatiques circonvoisins jusqu'à l'aisselle, qui ne semble pas altérer sensiblement la santé. Il n'a jamais été question d'opérer; la malade ni son frère n'y eussent point consenti. Cette tumeur, par son aspect, sa forme et tous les signes extérieurs, est un véri-

table cancer du sein. Cependant, malgré ses progrès d'année en année, elle permet au sujet de bien vivre et elle ne l'a pas empêché de triompher, il y a deux ans, d'une broncho-pneumonie intense, affection si généralement grave chez les vieillards. Que serait-il advenu si nous avions enlevé ce cancer par le fer ou par le feu ?

D'un autre côté, nous avons extirpé bien des seins, réputés cancéreux, avec ou sans engorgement insolite des ganglions lymphatiques circonvoisins, qui n'ont pas été suivis de récurrence. M. le d<sup>r</sup> Miot doit se souvenir d'une parente de M. Laviolette, de Charleroi, que nous avons opérée ensemble, il y a plus de quinze années, et qui se porte à merveille depuis lors.

Dans certains cas, des accidents de récurrence se sont produits rapidement après l'ablation des tumeurs, soit du sein, soit de l'abdomen, soit d'autres parties du corps.

Dernièrement, une femme que j'ai opérée il y a douze ans, avec le concours de M. Miot, et qui avait joui constamment, à partir de cette époque, d'une santé excellente, fit une chute violente qui détermina une commotion générale de l'organisme et qui fut suivie, à bref délai, d'un engorgement du tissu cellulaire de la poitrine, puis du cou et enfin de toute la partie supérieure du corps que rien ne put vaincre et qui emporta la malade en moins d'une année. Ce qui prouve une fois de plus que les tumeurs de mauvaise nature se développent d'autant plus facilement et plus vite que les fonctions nutritives s'exercent moins régulièrement. On connaissait l'influence des affections morales profondes et prolongées sur la marche de la nutrition et sur le développement des cancers. Les recherches de M. Rommelaere consacrent la justesse de cette remarque clinique, et lui ont permis de l'ériger en loi.

Je regrette de n'avoir jamais eu recours dans ma pratique à l'emploi des caustiques pour le traitement des cancers cutanés et autres. Les caustiques doivent avoir des indications spéciales, nettes et précises, qu'il serait bon de formuler. Nous avons vu souvent des cancroïdes et des tumeurs cancéreuses peu développées, radicalement enlevées et guéries, sans récurrence, par les pâtes arsénicales et autres que d'habiles spécialistes avaient appliquées.

Il serait désirable qu'on pût dire quelles sont les tumeurs, malignes ou non, pour l'ablation desquelles il faut préférer les caustiques au bistouri? Cette question mérite d'être sérieusement examinée. Indépendamment des faits qui sont rapportés par des praticiens expérimentés en faveur de l'emploi des caustiques dans les cas de cancers cutanés et autres, on peut invoquer aussi diverses considérations théoriques qui ne manquent pas d'intérêt. Les caustiques exercent un mode d'action tout particulier sur les tissus dégénérés. Ils fusent à distance et ils vont déraciner le mal dans les profondeurs de la trame organique d'une manière plus complète que ne le peut faire l'instrument tranchant. Et cela s'explique anatomiquement et physiologiquement.

Mais laissons ces généralités, sur lesquelles nous reviendrons tôt ou tard, et arrivons au cas spécial que nous tenons à signaler à votre attention : une tumeur du sein réputée cancéreuse, qui fut guérie radicalement sans opération ni par le couteau, ni par les caustiques.

## II

M<sup>me</sup> H.-D., qui habite un village près de Charleroi, a eu quatre enfants, dont l'aîné a 3 1/2 ans. Brune, de taille moyenne, de constitution excellente, elle n'a aucun anté-



cédent médical, personnel ou héréditaire. Il y a onze ans, à l'âge de 23 ans, elle accoucha de son premier enfant. La lactation ne put s'établir dans le sein droit. Pendant quatre semaines, cet organe fut soumis à des tentatives de succion de la part de l'enfant, d'abord, d'une femme, ensuite, qui n'eurent d'autre effet que d'amener par le mamelon un liquide sanguin assez vif, et de produire une inflammation circonscrite de l'aréole, qu'une application de deux sangsues et des cataplasmes tièdes enlevèrent en quinze jours, après formation d'un petit abcès de la grosseur d'une noisette.

Dès ce moment le sein droit fut le siège de douleurs lancinantes, qui se reproduisaient à divers intervalles, plusieurs fois dans le même mois, tandis que le gauche fonctionnait régulièrement.

Trois autres accouchements survinrent et à chacun d'eux, comme au premier, l'allaitement se fit exclusivement par le sein gauche. M<sup>me</sup> H.-D., résignée à l'inaction de ce qu'elle appelait son mauvais sein, laissa celui-ci parfaitement en repos, n'attachant d'ailleurs aux douleurs fugaces qu'elle y ressentait aucune espèce d'importance.

Ce fut seulement l'année dernière, à la suite d'un coup de tête un peu brusque, occasionné sur ce sein par l'un de ses enfants, qu'elle y constata la présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf. Cette tumeur grossit peu à peu et devint de plus en plus fréquemment le siège de douleurs lancinantes passagères, qui cependant n'inquiétèrent encore nullement la patiente.

Néanmoins son mari lui fit prendre le parti d'aller consulter un médecin, qui lui prescrivit divers remèdes, notamment des badigeonnages avec la teinture d'iode.



Sur ces entrefaites M<sup>me</sup> Daumerie, son accoucheuse, l'ayant rencontrée un jour, fut frappée de sa mauvaise mine, pâle, altérée, et lui demanda si elle était ou avait été malade? M<sup>me</sup> H.-D. lui déclara qu'elle avait mal au sein et la pria de venir lui parler le lendemain. Celle-ci, après avoir examiné la tumeur, engagea M<sup>me</sup> H.-D. à ne pas s'arrêter à de petits moyens et lui conseilla de s'adresser immédiatement à tel médecin de Marchienne ou à tel autre de Jumet, qui passent, dans les environs de Charleroi, pour être en possession de certaine recette, d'un caustique, qu'employaient jadis, contre les cancers, des moines laïques connus sous le nom de *Pères du chenois*. Ce conseil fut pour M<sup>me</sup> H.-D. une sinistre révélation. Elle comprit qu'on la croyait atteinte d'un squirrhe du sein et elle s'empressa d'aller revoir le premier praticien qu'elle avait consulté. « Je ne vous cacherai pas plus longtemps la vérité, lui dit-il, il faut vous résigner à une opération. » Et il insista surtout auprès du mari en particulier, pour que cette opération fût pratiquée le plus tôt possible. Le cancer était déjà ancien, très avancé, il fallait donc, disait-il, agir sans tarder.

La malade ne voulant pas se décider, son médecin s'adjoignit un confrère du voisinage, qui examina attentivement la tumeur dans tous les sens, et qui constata qu'elle avait huit centimètres de diamètre dans tous les sens, qu'elle était excessivement dure, irrégulière et adhérente au tissu cutané. L'extirpation de ce squirrhe, conclut-il, étant le seul traitement curatif qui pouvait avoir chances d'un succès complet, il fallait y recourir de suite.

Il ne s'agissait plus que de prendre jour.

Malgré les instances des chirurgiens et de son entourage, M<sup>me</sup> H.-D. redoutait et refusait absolument toute opéra-

tion, parce qu'elle venait de voir succomber deux de ses bonnes connaissances, l'une à une application de caustiques sur le sein par un praticien de Charleroi, l'autre à l'ablation du sein par un chirurgien du voisinage.

Elle déclara qu'avant de se décider à suivre les conseils qu'on lui donnait, elle voulait aller consulter d'autres médecins.

Elle se présenta donc à mon cabinet, le 1<sup>er</sup> février 1882.

La face était visiblement altérée. Les fonctions digestives s'exerçaient mal. Il y avait insomnie, état fébrile léger. La tumeur était volumineuse, irrégulière, très dure, occupant les deux tiers supérieurs du sein. Des ganglions lymphatiques de la grosseur d'un pois existaient au cou de l'un et de l'autre côté. Aux aisselles, on ne constatait aucun engorgement des glandes, ni des vaisseaux lymphatiques.

Cela étant, vu les résultats que j'avais obtenus antérieurement à la suite du traitement médical d'un certain nombre de tumeurs plus ou moins anciennes du sein et d'autres parties du corps, je déclarai à la malade et à l'une de ses tantes, M<sup>me</sup> M., qui l'accompagnait, que je me prononcerais catégoriquement en faveur de l'opération dans six semaines, si les remèdes auxquels je voulais avoir recours n'avaient pas produit un changement notable dans l'affection.

Le sein malade ne présentait aucun indice de fluxion inflammatoire ni de tendance au ramollissement; cependant je résolus de recourir comme moyen principal aux *applications réitérées de sangsues*.

Depuis longtemps, dans ma pratique, je me sers des sangsues à deux fins quasi contraires : tantôt pour combattre les congestions traumatiques ou les inflammations locales,

directes ou indirectes ; tantôt pour aviver, stimuler des tumeurs indolentes ou des tissus engorgés, en vue de favoriser leur résolution interne ou leur suppuration active. Dans le premier cas, l'évacuation sanguine est simplement spoliatrice ; elle préserve les parties endommagées contre l'inflammation aiguë et empêche ou atténue la suppuration qui en est la conséquence. Dans le second, elle est à la fois spoliatrice et excitative ; elle détermine dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques disséminés autour ou au dedans de ces tumeurs empâtées, compactes, dures, une série de courants, qui activent la combustion lente, la résorption des sucs concrétés, ou qui provoquent dans toute la masse des réactions inflammatoires, plus ou moins franches.

J'ai fréquemment obtenu de cette manière la guérison radicale d'*engorgements sous-cutanés* divers résultant d'anciennes affections traumatiques : contusions, entorses, luxations, fractures, et de *tumeurs indolentes*, lymphatiques (1),

(1) Je citerai un fait tout récent qui vient corroborer, après les centaines de cas analogues que je pourrais extraire de mes notes, l'action salutaire du traitement médical spoliateur ou résolutif, interne et externe, auquel j'ai volontiers recours dans les tumeurs diverses, non caractérisées sur le vivant.

Une jeune femme de 20 ans, Anna Hamay, épouse Adolphe Genaux, de Ransart, accouchée depuis dix mois, vit se développer rapidement sous l'angle externe du grand pectoral, une grosseur indolente, fixe, allongée vers l'aisselle, sur la fin du mois d'octobre 1882. Elle allaitait son jeune enfant, depuis sept mois, et n'avait fait, depuis son accouchement, aucune maladie sérieuse. M. le d<sup>r</sup> De Glimes, de Jumet, qui avait été consulté pour cette tumeur, fut tellement frappé de sa dureté, de sa forme irrégulière, de son volume énorme et de sa situation moitié sous l'aisselle gauche, moitié sous le pectoral, qu'il conseilla une opération à bref délai. Les topiques ordinaires, tels que la teinture d'iode, n'avaient produit aucun résultat.

M<sup>me</sup> Genaux était venue me consulter le 20 décembre 1882, avant de se résoudre à l'extirpation du mal par le bistouri ; je lui prescrivis des sangsues, la suppression de l'allaitement, une alimentation tonique, une potion amère aromatique au bromure de potasse et des emplâtres anodins à demeure, *loco dolenti*. Le 8 janvier, la tumeur s'était en partie absorbée et se trouvait réduite de moitié. La continuation du traitement a déterminé aujourd'hui, 24 janvier, la résolution de la par-

caséeuses et autres, qui avaient résisté aux résolutifs externes ordinaires, tels que les emplastiques de Vigo, les badigeonnages à la teinture d'iode et les vésicatoires.

En conséquence, le 2 février, on appliqua huit sangsues sur la tumeur du sein.

Le 4 février, je prescrivis une potion alcaline légèrement amère (sels de potasse et de soude et sirop de quinquina), qui fut continuée sans interruption pendant six semaines, et je recouvris *toute la tumeur* d'un emplâtre anodin (j'emploie indistinctement, dans ces cas, tantôt l'onguent de la mère Thècle, tantôt l'emplâtre de Bavière ou de Vigo). Ce simple pansement fut renouvelé tous les huit jours.

Le 12 février, seconde application de sangsues *loco dolenti*, au nombre de six. Continuation des autres moyens : alcalins, alimentation modérée, végétaux verts et viandes blanches; emplastiques anodins sur le sein.

Vers cette époque, l'un des chirurgiens qui avaient vu antérieurement M<sup>me</sup> H.-D., ayant eu l'occasion d'examiner le sein après avoir fait enlever les emplâtres, d'ailleurs peu adhérents, déclara que « tous les agents pharmaceutiques auraient autant d'action sur cette tumeur que sur une jambe de bois. »

Le 1<sup>er</sup> mars, cinq sangsues encore.

Vers le 7 mars, la partie centrale et superficielle de la tumeur se ramollit. L'état général se modifie. Les douleurs lancinantes du sein disparaissent, pour faire place à une sensation de distension et de cuisson très supportables. Un petit *abcès* (1) sous-cutané se déclara au centre de la

tie pectorale de cette tumeur et a réduit le restant à un simple abcès lymphatique de l'aisselle, que j'ouvrirai largement sous peu.

(1) J'ai entendu émettre quelquefois cette idée qu'une tumeur cancéreuse ne peut pas *s'abcéder*. Certes, je n'ai jamais vu un squirrhe

tumeur. Je l'ouvris le 8 mars, à l'aide d'une lancette, en faisant une entaille longue de 2 à 3 centimètres, embrassant toute l'étendue de l'abcès. Il s'écoula un pus de bonne nature, environ une cuillerée à café.

Je continue à recouvrir la tumeur d'une couche d'onguent de la Mère, en laissant libre l'ouverture que j'y avais pratiquée. Un linge simple de toile et une légère couche d'ouate par-dessus, constituent tout le pansement de cette plaie, pansement qu'on renouvelle une fois par jour seulement.

Le 28, la suppuration quotidienne du petit abcès, qui a été diminuant de jour en jour, ne consiste plus qu'en un suintement séreux insignifiant.

La tumeur est diminuée de moitié. Elle est moins dure et la peau qui la recouvre est plus souple et plus mobile.

vrai, ulcéré ou non, se terminer par suppuration, mais j'ai fréquemment rencontré des tumeurs cancéreuses parfaitement caractérisées, qui contenaient des points ou noyaux, plus ou moins circonscrits, constitués exclusivement par du pus bien formé. C'est ce que j'ai constaté, par exemple, chez la femme d'un machiniste des chemins de fer de l'Etat, nommé Barbier, domicilié à Roux, que j'ai opérée deux fois avec MM. les docteurs Lecomte, de Ham-sur-Heure, et Lhoest, de Walcourt, pour un *squirrhe abdominal* qui a récidivé et a fini par enlever la malade. Dans ce cas, au centre même et à la périphérie d'un tissu fibroïde, gris, dur, criant sous le bistouri, nous avons trouvé plusieurs petits abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon, dont le pus semblait louable. Cette femme est morte, l'an dernier, dans un hôpital de Bruxelles, à la suite d'une troisième opération.

Des foyers purulents peuvent donc se former, spontanément ou accidentellement, dans des tumeurs de mauvaise nature.

Cependant, il faut bien le remarquer, je suis loin de croire que M<sup>me</sup> H.-D. était atteinte d'un *cancer du sein* proprement dit. Toute mon observation n'a d'autre but que de montrer combien il est difficile, parfois, de distinguer sur le vivant les tumeurs bénignes des tumeurs malignes; et combien de fois il doit arriver aux chirurgiens d'enlever des empâtements hyperplasiques durs, irréguliers, adhérents, d'apparence cancéreuse, susceptibles de résolution inflammatoire ou de résorption interne, pour de véritables cancers, sujets à récidive. C'est ce qui serait inévitablement advenu à M<sup>me</sup> H.-D. et à M<sup>me</sup> R., si elles avaient cédé aux instances de leurs chirurgiens, trois hommes de science et d'expérience qui font autorité dans leurs cantons.



Quatre sangsues y sont encore appliquées. Les deux emplâtres sont continués, même sur la cicatrice qui est complètement fermée.

Il y a eu, en tout, 23 sangsues en deux mois.

A partir de ce jour jusqu'au 24 juin, la résolution de la tumeur fit de sensibles progrès, à tel point que dès le 1<sup>er</sup> juillet, le sein avait repris son état normal, qu'il conserve depuis, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen de l'organe auquel M<sup>me</sup> D.-H. se prête obligeamment.

Il ne reste d'autre trace de cette affection que la petite ligne blanche provenant de la cicatrice consécutive à l'entaille faite par ma lancette.

Je me bornerai à quelques réflexions sommaires.

1. Parmi les *prétendus cancers du sein* qu'on extirpe chaque année, combien en est-il qui pourraient être guéris par un *traitement médical* franchement résolutif ?

2. Parmi les faits de *non récurrence de cancers*, qui sont signalés dans nos annales, combien en est-il qui ne devraient pas figurer dans le groupe des *tumeurs malignes* ?

3. Que serait devenue la tumeur mammaire de M<sup>me</sup> H.-D., si on l'avait abandonnée à elle-même sans traitement médical *actif* ou, à défaut d'un semblable traitement, sans opération chirurgicale ?

4. Combien de *tumeurs du sein* et d'autres parties du corps sont simplement le résultat d'une contusion locale plus ou moins violente, dont les sujets ne s'occupent point ?

5. Combien de *vrais cancers*, malins, récidivés, qui empoisonnent l'économie, qui détruisent la santé et l'organisme, ont débuté par n'être, pendant des mois ou des années, que des tumeurs bénignes, indolentes, hyperplasiques, aptes à se dissiper par résorption ou par inflamma-

tion franche sous l'influence d'un traitement médical actif?

6. Où finit la tumeur bénigne; où commence l'infection diathésique des tumeurs malignes?

7. Pour porter sur le vif le diagnostic différentiel des *tumeurs bénignes* et des *tumeurs malignes*, quelle part faut-il faire respectivement aux *symptômes généraux* : antécédents, habitudes, fonctions, sécrétions, notamment celle des urines (Rommelaere), et aux *signes caractéristiques locaux*?

8. Enfin, est-il vrai, comme le prétendait Cl. Bernard, et comme le professent ses disciples, Jousset de Bellesmes et autres, que les *éléments* du carcinome comme ceux du diabète, du tubercule, de la variole, de la rage et de tant de maladies diverses, qui ont été rangées par Raspail et Pasteur dans le cadre du parasitisme nosologique, ne sont pas des *entités morbides*, mais le produit du développement exagéré des *éléments physiologiques* de l'organisme, c'est-à-dire de simples hyperplasies évoluant dans des conditions que la clinique doit s'efforcer de *déterminer* et de combattre avec le plus de précision possible?

Autant de questions que je pose, et qui méritent examen.

Toutefois, les deux faits que je viens de rapporter et beaucoup d'autres que je pourrais extraire de mes notes m'autorisent à déclarer que Claude Bernard et ses disciples sont dans le vrai.

**COMPRESSEUR hémostatique à points de suture marqués.**

Communication verbale par M. HYERNAUX, correspondant.

**M. Hyernaux.** — Messieurs, dans les premiers jours du mois de juillet dernier, une dame de mes clientes mettait au monde son premier enfant, une petite fille plutôt délicate que forte à sa naissance. Trois ou quatre



jours plus tard, la garde lui remarqua au cou, derrière et un peu en dessous de l'apophyse mastoïde, une tache sanguine qui n'avait aucune saillie et qui n'était pas plus grande qu'une lentille. On n'y fit guère attention d'abord ; cependant, je crois bien avoir recommandé à la famille de m'avertir sans retard si elle prenait du développement.

Lorsque la jeune mère fut rétablie, elle eut hâte de profiter de la bonne saison et de s'en aller en villégiature ; elle partit donc emmenant naturellement avec elle son baby et la nourrice. Elle ne revint en ville, pour me présenter l'enfant, que vers la fin d'octobre.

A ce moment, la tache était devenue tumeur ; elle avait le volume d'un œuf de pigeon à peu près ; la surface, rouge vif, avait le diamètre d'une pièce de 10 centimes en nickel, plutôt plus que moins.

Convaincu que cette tumeur, eu égard à ce qu'elle était dans le principe et à ce qu'elle était devenue lorsque je la revis, avait de la tendance à prendre un accroissement beaucoup plus grand encore et peut-être rapide, je déclarai à la famille qu'il était urgent de la faire disparaître au plus tôt.

En conséquence, je demandai qu'on voulut bien m'adjoindre mon honorable confrère, le professeur De Roubaix, au savoir et au sens pratique duquel j'ai la plus entière et la plus légitime confiance. Nous vîmes donc cet enfant ensemble et, après avoir passé en revue les différents et nombreux procédés conseillés en pareil cas, nous avons décidé de recourir à la cautérisation à l'aide du thermo-cautère. C'est M. De Roubaix qui se chargea de l'opération. Il plongea le cautère à la base de la tumeur et l'insinua par un mouvement de latéralité jusqu'aux confins de la surface inté-

rieure, dans l'espoir d'atteindre et de détruire ainsi tous les vaisseaux nourriciers. Il y eut une hémorragie d'apparence assez forte d'abord, mais qui céda bientôt à la compression digitale. Tout cela fut exécuté avec l'adresse et avec les soins minutieux que notre habile confrère apporte dans tout ce qu'il entreprend.

Pour le moment, nous n'avions plus qu'à attendre l'effet de la cautérisation et de la suppuration qui devait s'en suivre. Quelques jours plus tard, toute la famille reprit donc le chemin de la campagne pour ne revenir définitivement que fin décembre.

La brûlure avait beaucoup et longtemps suppuré; actuellement elle était guérie, mais au lieu d'avoir amené le retrait de la tumeur, celle-ci avait à peu près doublé, c'est-à-dire qu'elle était maintenant du volume d'un œuf de poule; la tache rouge avait aussi notablement augmenté et toute la masse offrait au toucher la sensation que donnent certains paquets variqueux; la peau saine avait une légère teinte bleuâtre. C'était donc là une tumeur d'une vascularisation extrêmement active. On n'y constatait pas de battements.

En présence d'un accroissement aussi rapide, il n'y avait pas à temporiser davantage. Il était même urgent de recourir à un mode opératoire plus radical que celui que nous avions déjà employé et qui d'ailleurs avait complètement échoué. Au surplus, la famille le considérait comme si cruel et si barbare qu'elle nous conjurait de ne plus y revenir, si nous pouvions nous adresser à un autre avec autant si pas avec plus de chance de succès.

Nous n'étions pas très confiants, en l'occurrence, dans les injections au perchlorure de fer ou à la liqueur de Piazza, lesquelles doivent se répéter souvent et ne sont

pas sans dangers, puisqu'on les a vu parfois produire des eschares et par suite des cicatrices vicieuses plus ou moins étendues.

J'avais aussi pensé à la compression progressive de la tumeur par des fils élastiques qui en recouvriraient toute la surface en se contournant autour de longues épingles, préalablement passées de part en part à la base. Mais nous avions affaire à une petite fille, et notre grand souci était que notre opération, dont les marques, nous le savions, seraient fatalement indélébiles, dans une région toujours à vue, y laissât le moins de trace possible. C'est dans le but d'en finir du coup et dans l'espoir d'obtenir une cicatrice plus régulière, que M. De Roubaix conseilla l'excision à l'aide de l'instrument tranchant.

Nous n'ignorions pas que nous étions menacés d'une certaine perte de sang ; mais nous espérions en avoir facilement raison. En effet, pour agir avec plus de sûreté et de célérité, M. De Roubaix se proposait de passer d'abord tous les fils à ligature et de n'exciser la tumeur qu'après ; celle-ci enlevée, un de nous aurait successivement ligaturé les fils au plus vite, tandis que l'autre aurait comprimé du doigt les bords de la plaie cutanée.

Grâce à ces précautions, nous ne considérions pas l'hémorragie comme une complication très sérieuse ; cependant, nous n'avons pas cru devoir la cacher à la famille, qui a réclamé quelques jours de réflexions.

Sur ces entrefaites, un de nos collègues des plus experts et des plus justement estimés fut invité à visiter notre petit sujet.

D'après le rapport qui m'en a été fait, cet honorable confrère se serait montré peu partisan de l'excision, et il aurait

même franchement et loyalement exprimé ses craintes les plus vives, au sujet de l'hémorragie qu'il deviendrait peut-être difficile, à son avis, d'arrêter assez promptement pour éviter une catastrophe.

En présence de cette divergence d'opinions émanant de chirurgiens également habiles, les inquiétudes de la famille grandirent si bien, que celle-ci était comme affolée et qu'elle ne savait plus à qui confier les soins que réclamait leur enfant.

C'est sous l'empire de cette inquiétude que le père accourut vers moi, et que, sans écouter mes protestations d'incompétence en l'art chirurgical, il me constitua en quelque sorte l'arbitre entre ces deux praticiens depuis longtemps passés et reconnus maîtres en la matière.

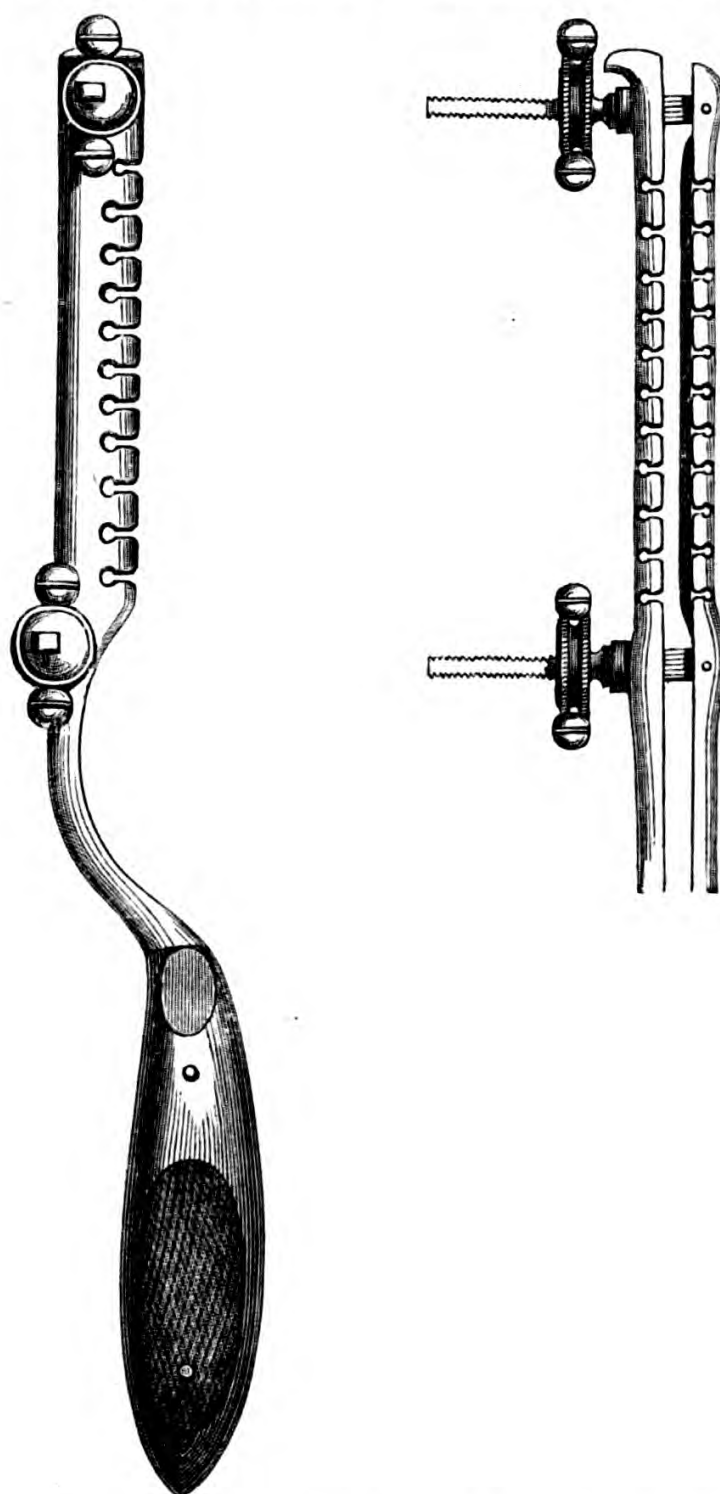
J'écoutais l'exposé de toutes ces craintes, lorsque soudain je conçus l'idée d'un instrument qui devait les dissiper; dans ma conviction, et grâce à cet instrument, la petite opérée ne perdrait pas une goutte de sang. J'en donnai l'assurance à la famille, et trois jours plus tard, le temps d'exécuter mon idée, nous procédions à l'opération. Voici, messieurs, l'instrument (1) :

Je ne le décrirai pas, car il est d'une simplicité primitive, et il suffit d'y jeter un coup d'œil pour en comprendre le mécanisme.

Tandis que M. Deroubaix soulevait la tumeur, j'en étreignais la base dans les mors de mon compresseur; lorsque la compression fut assez forte, l'opérateur, armé des aiguilles aussi commodés qu'ingénieuses dont il est l'inventeur, passa successivement les fils dans les orifices marqués sur les branches de la pince; l'excision fut opérée *absolu-*

(1) Voir la gravure à la page suivante.

*ment à sec à l'aide de ciseaux, et finalement les fils liga*



Compresseur hémostatique à points de suture marqués.

dans les rainures correspondant à leur orifice d'entrée; l'instrument fut alors relâché et retiré; un pansement phéniqué fut appliqué sur la plaie.

Sans rechercher maintenant si cet instrument est susceptible d'autres applications, je constate et j'insiste sur ce point, parce qu'il est de la plus haute importance, qu'il nous a permis de pratiquer à notre aise, sans nous presser et sans être gêné, dans le champ opératoire, par le moindre suintement sanguin, l'excision d'une tumeur si vasculaire, que la crainte d'une hémorragie lui avait fait rencontrer un opposant dans la personne d'un de nos chirurgiens les plus autorisés. J'ajouterai que les points de suture sont toujours et inévitablement en parfaite symétrie d'application.

C'est pour assurer encore l'hémostase et en même temps pour éviter le glissement de l'instrument, que le long et à l'intérieur de ses branches j'ai fait pratiquer, ce qui n'est même pas indispensable, sur l'une un sillon très superficiel et sur l'autre une très légère saillie qui, en s'emboîtant, remplissent cette double indication.

Je termine par une dernière remarque, c'est qu'il importe d'éviter une suture en saillie; pour cela il faut ou bien serrer très fortement les fils d'un nœud *simple* dont il est facile de régulariser la constriction après dégagement du compresseur; ou bien on doit au contraire avoir la précaution de ne pas les serrer au point de les cacher dans les rainures qui leur correspondent. Dans ce cas, ils seront noués d'un nœud *complet*, mais sans tension, au niveau des bords supérieurs de la pince; de cette manière, dès que la peau est redevenue libre, elle tend à se rétracter et à produire ainsi la tension définitive des points de suture, sans nuire à la juxtaposition des lèvres de la plaie qui s'aplatit



naturellement ou qu'il est toujours facile d'aplatir (1).

**M. Craninx.** — L'enfant est-il guéri?

**M. Hyernaux.** — Il est à peu près guéri à l'heure qu'il est, et s'il ne l'est pas depuis plusieurs jours, c'est par des causes indépendantes du procédé opératoire.

**M. Michaux.** — Le troisième praticien qui a été consulté, et auquel M. Hyernaux a fait allusion, c'est moi.

Je suis convaincu que si, lors de la première opération, on avait fait suppurer la tumeur ou que si l'on avait introduit, à travers l'ouverture, pratiquée par M. De Roubaix au moyen du thermo-cautère, des mèches imbibées de perchlorure de fer, la guérison s'en serait suivie. Mais l'enfant a quitté la ville et n'a pas reçu les soins consécutifs qu'exigeait son état.

Maintenant, la crainte d'une hémorragie chez cette enfant provenait du cas éventuel où l'on n'aurait pu bien réunir les lèvres de la plaie après l'excision.

J'ai fait plusieurs communications à l'Académie au sujet des tumeurs érectiles; j'ai établi que l'excision devait en général être préférée, les accidents en étant exceptionnels, lorsqu'on peut réunir les lèvres de la plaie; tandis que, lorsqu'on ne le peut pas, l'hémorragie est très possible. Ainsi, il est arrivé à un chirurgien, après avoir excisé une tumeur érectile, de chercher les vaisseaux ouverts; or, pendant qu'il les cherchait, le sang coulait de tous côtés, et l'enfant mourut entre ses mains.

Je ne sais si, dans le cas dont il est ici question, on est parvenu à réunir la plaie par première intention.

(1) Tout en lui conservant le même principe, ce compresseur peut être construit dans des formes différentes, suivant les applications qu'on veut en faire.



**M. Hyernaux.** -- Oui.

**Michaux.** — C'était ce qu'il fallait craindre qu'on ne pût obtenir après l'excision de la tumeur.

Vous savez aussi, messieurs, que dans les communications et rapports que j'ai faits, entre autres, le rapport sur un mémoire présenté par M. Tirifahy, j'ai décrit un nouveau procédé pour la guérison des tumeurs érectiles. Il consiste à faire un peu en dehors avec une aiguille de Guersent, un canal qui commence à la surface de la tumeur et arrive dans l'intérieur de celle-ci. Dans ce canal, on introduit des mèches imbibées de perchlorure de fer, et on les renouvelle tous les deux ou trois jours. La suppuration s'y établit et l'on prévient ainsi toute hémorragie.

Ce moyen réussit fréquemment.

Dans mon service à l'hôpital et à ma consultation gratuite, j'ai très souvent en traitement des enfants atteints de tumeurs érectiles, et de cette façon je les guéris presque toujours. Comme ce procédé met à l'abri de toute hémorragie, je dis donc que si, dans le cas présent, j'avais à faire l'opération, j'établirais un canal jusque dans la tumeur et j'y introduirais des mèches imbibées de perchlorure de fer. Quant à l'instrument inventé par M. Hyernaux, c'est tout simplement une imitation de la pince de Ricord pour le phymosis et de celle d'Amussat pour la cautérisation des hémorroïdes.

**M. Hyernaux.** — Elle n'y ressemble pas.

**M. Michaux.** — Je maintiens que, sans être identique, elle y ressemble beaucoup.

Dans un rapport que j'ai présenté à l'Académie, j'ai relaté le cas d'un individu qui avait une grosse tumeur érectile, en suite d'un anthrax sur le dos. La cicatrice était

devenue toute vasculaire. J'ai d'abord cautérisé cette tumeur érectile avec le caustique de Vienne; mais j'ai dû bientôt cesser cette cautérisation, parce qu'elle était accompagnée d'une hémorragie abondante. J'ai fait entrer l'individu à l'hôpital, et j'ai appliqué une ligature armée d'un serre-nœud autour de la tumeur. Chaque fois que je resserrais cette ligature, il y avait un écoulement de sang considérable que j'arrêtais au moyen du perchlorure de fer et de la compression.

Comme la tumeur était peu adhérente aux parties sous-jacentes, je suis parvenu insensiblement à en obtenir la guérison complète. Les procédés doivent donc varier suivant certaines circonstances.

Voilà quelle a été mon opinion, en ce qui concerne le cas qui a été soumis à mon examen, et les raisons pour lesquelles j'aurais donné, dans le cas de M. Hyernaux, la préférence à mon procédé, qui prévient l'hémorragie.

**M. Thiry.** — Messieurs, je suis convaincu que chacun d'entre vous pourrait inventer un instrument plus ou moins utile en présence d'une tumeur de l'espèce de celle dont il est question, et qui avait récidivé après avoir déjà subi l'application de moyens insuffisants. Mais, je dois dire que la médication proposée par M. Michaux aurait probablement échoué; elle aurait nécessité beaucoup de temps et entraîné, si pas une hémorragie immédiate, tout au moins d'autres accidents fort graves, notamment la gangrène.

Quant à l'instrument de M. Hyernaux, je ne puis le comparer ni à celui de Ricord pour l'opération du phymosis, ni à celui de M. Amussat pour la guérison des hémorroïdes. Il y a peut-être des points de ressemblance entre ces instruments, mais leur action est essentiellement différente.

L'instrument de M. Hyernaux réalise à la fois les principes de l'écrasement linéaire de Chassaignac, ceux de la ligature préventive et ceux de la réunion immédiate des plaies; aussi après l'application de cet instrument, la tumeur a-t-elle pu être enlevée sans que la patiente perdît une goutte de sang; la cicatrisation a été rapide et sans donner lieu à une difformité.

**M. Michaux.** — La tumeur avait son siège à la nuque, du reste.

**M. Thiry.** — Je croyais qu'elle était au cou.

**M. Michaux.** — A la partie postérieure du cou, en dessous des cheveux.

**M. Thiry.** — Si elle avait été située plus en avant, c'eût été la même chose. Peu importe du reste la place qu'elle occupait.

L'idée que M. Hyernaux a réalisée en inventant l'instrument que vous avez sous les yeux est donc très ingénieuse. Cette idée se rattache à trois principes : 1° la compression des tissus sous-jacents au point d'implantation de la tumeur; 2° la réunion par première intention; 3° l'impossibilité matérielle de tout écoulement hémorragique. J'entrevois encore un autre avantage, c'est que cet instrument qui, à raison de sa grande simplicité, me paraît être applicable à beaucoup de cas similaires, c'est qu'il n'est, pour son emploi, pas nécessaire que la tumeur soit pédiculée; cet instrument est surtout excellent pour l'opération des tumeurs qui émergent d'une large surface; on soulève la peau et on l'applique à la limite qui sépare les parties saines des parties malades; on enlève ensuite la tumeur, tandis que l'instrument, resté en place, prévient toute hémorragie par le fait du rapprochement intime des bords de la plaie permettant le

serrement des ligatures et enfin la réunion immédiate.

**M. Michaux.** — Non, non.

**M. Thiry.** — Mais l'enlèvement s'est fait immédiatement après l'application de l'instrument.

**M. Michaux.** — Du tout, il a été fait avec le bistouri, et non pas avec la pince ; donc ce n'est pas un écraseur.

**M. Thiry.** — Je ne prétends pas qu'on ait enlevé la tumeur par écrasement, mais je soutiens que l'instrument, qui représente jusqu'à un certain point les principes de l'écraseur, fait obstacle à l'hémorragie.

**M. Michaux.** — Non, non.

**M. De Roubaix.** — C'est une pince anti-hémorragique.

**M. Thiry.** — Mais l'action de l'écraseur est aussi hémostatique. Je sais parfaitement que vous n'avez pas fait l'enlèvement par écrasement ; vous vous êtes servi du bistouri pour enlever la tumeur, mais vous n'y avez eu recours qu'après avoir fortement comprimé la base de cette tumeur avec l'instrument de M. Hyernaux ; l'instrument, laissé en place, vous a permis de resserrer vos ligatures et de réunir la plaie sans perdre une goutte de sang. Est-ce vrai ?

**M. De Roubaix.** — Oui.

**M. Thiry.** — Je n'ai donc pas commis d'hérésie chirurgicale. Quoi qu'il en soit, je me trouve en présence d'une innovation qui me paraît être fort heureuse. Appelé à faire une opération qui pouvait être très dangereuse, M. Hyernaux a inventé un instrument fort simple et il l'a appliqué avec succès, en éloignant toute espèce d'accidents.

**M. Deroubaix.** — J'ai demandé la parole pour dire quelques mots en réponse aux observations que vient de présenter M. Michaux, relativement aux tumeurs sanguines.

L'honorable membre a dit que si, après avoir employé le cautère, nous avons introduit consécutivement des mèches enduites de perchlorure de fer, nous eussions probablement guéri la tumeur que nous avons eu à traiter. Il me paraît que cela est assez difficile à admettre. Il faut remarquer que lorsqu'on introduit un cautère à la base de n'importe quelle tumeur, il survient naturellement des phénomènes inflammatoires, de la suppuration, du gonflement, et il est difficile d'introduire du perchlorure de fer par une semblable ouverture dont les parois sont fortement adossées, au bout de quelques jours. Si on veut forcer le trajet, on y réussit d'autant moins que le perchlorure de fer crispe les tissus; il est possible alors que pendant l'introduction on brise des vaisseaux et qu'on produise une hémorragie. J'ajoute que, dans plusieurs circonstances, j'ai réussi à guérir des tumeurs érectiles par le cautère actuel seul. Ainsi, par exemple, M. Hyernaux et moi nous en avons guéri une qui était immense, sans nous servir de perchlorure de fer. Cette tumeur occupait la moitié de la face, le pavillon de l'oreille et une bonne partie de la région temporale. Ce cas est si remarquable que je ne puis me dispenser de le citer à cette occasion. La tumeur existait chez un enfant en bas âge. Nous avons introduit à la base de la tumeur un cautère terminé en palette lancéolée, de manière à pouvoir l'introduire et le faire manœuvrer facilement dans toutes les directions; nous l'avons fait pénétrer dans deux ou trois endroits différents, de façon à raser, pour ainsi dire, la tumeur au niveau de son émergence de la peau. Nous avons renouvelé deux fois cette manœuvre. Ne voyant pas la tumeur s'affaisser au bout d'un certain temps, nous avons cru avoir échoué; mais, cinq ou six mois après, l'enfant,



revenu de la campagne, nous a été représenté, et nous avons constaté que la guérison était complète et qu'il y avait même peu de difformité; seulement l'enfant avait perdu son pavillon de l'oreille.

M. Michaux dit qu'en faisant un canal à travers la tumeur et en y introduisant du perchlorure de fer on arrive toujours à un bon résultat; il n'est pas, selon moi, nécessaire pour cela de creuser un canal pour y introduire des mèches. On peut obtenir le même effet, et avec beaucoup moins d'embarras et d'inconvénients, en injectant dans l'intérieur de la tumeur du perchlorure de fer, et surtout du liquide de Piazza, liquide extrêmement coagulant, que j'ai employé souvent avec avantage, surtout dans les télangiectasies de la langue. Mais cette manière de procéder présente encore certains inconvénients; ainsi elle ne peut guère déterminer qu'un ratatinement partiel du néoplasme, et il est très difficile de le guérir complètement par ce procédé sans laisser des cicatrices désagréables.

Je citerai comme preuve de ce que je viens d'avancer une jeune personne qui portait une tumeur sanguine à la lèvre inférieure; cette tumeur avait à peu près le volume d'un petit œuf de pigeon. Pendant près d'un an j'ai eu la patience d'y injecter à différentes reprises de petites doses de liquide de Piazza avec une seringue de Pravaz. Chaque fois j'obtenais le résultat ordinaire de cette injection, c'est-à-dire qu'il y avait une coagulation pouvant équivaloir au volume d'une lentille. Au bout d'un certain temps, cette coagulation, très dure dans le principe, disparaissait, et à sa place se formait du tissu cicatriciel. J'ai fini par obtenir une quasi-guérison, une oblitération complète des vaisseaux, mais je n'obtins pas un résultat satisfaisant au point de vue



de la beauté. Après une action si longtemps prolongée sur cette tumeur, la difformité persista à un degré suffisant pour que la jeune fille désirât subir une autre opération. Je dus, en conséquence, faire disparaître le résultat de toutes les injections que j'avais pratiquées en enlevant par une incision en V la partie de la lèvre où se trouvaient les cicatrices. Je fis ensuite la réunion des bords de la plaie, et cette dernière opération fut couronnée de succès; la jeune fille n'a, en définitive, presque pas été marquée.

Les injections de perchlorure de fer ne guérissent donc pas d'une manière tout à fait radicale, surtout par le moyen indiqué par M. Michaux. Elles ne le font pas d'une manière satisfaisante, du moins quand elles ont leur siège sur des parties apparentes, comme par exemple la figure.

J'ai proposé à mon honorable collègue et ami, M. Hyernaux, de faire l'opération sur l'enfant dont il nous a donné l'observation, en employant comme moyen d'éviter l'hémorragie ce que, dans un travail que j'ai fait il y a quelques années sur les sutures vésico-vaginales, j'ai nommé les  *fils d'attente* . On emploie préalablement à l'excision autant de fils qu'il le faut pour faire une suture à points assez rapprochés. Pendant qu'on enlève la tumeur, l'on en fait comprimer la base par un moyen quelconque. J'ai été heureux, dans l'espèce, d'avoir à ma disposition le moyen ingénieux et efficace inventé par M. Hyernaux. Cet instrument nous a permis de comprimer la peau en dessous de la racine de la tumeur avant de placer les fils et de serrer les nœuds, et ni avant, ni pendant, ni après la suture, il n'y a eu l'ombre d'une hémorragie. Il est même possible d'éviter souvent l'effusion sanguine sans l'emploi de ce moyen; quand, en opérant une suture vésico-vaginale, il survient une hé-

morragie, on noue les fils d'attente, et le sang s'arrête instantanément. Il y a trois semaines à peine, j'ai fait, à l'hôpital Saint-Jean, une opération de ce genre pour une tumeur sanguine située au cou d'un enfant et ayant à peu près le volume d'une datte. J'ai placé d'abord les fils d'attente, j'ai fait comprimer le bas de la tumeur par les doigts d'un aide, puis, la tumeur étant enlevée, j'ai pratiqué la suture, et l'enfant n'a pas perdu vingt gouttes de sang. Cela n'empêche pas que je considère le compresseur de M. Hyernaux comme un des moyens hémostatiques que je place en toute première ligne. C'est un adjuvant qui, manié avec adresse, prémunit à coup sûr contre le danger de l'effusion du sang dans les excisions des tumeurs du genre de celle que nous avons opérée ensemble.

**M. Michaux.** — M. De Roubaix vient de dire qu'après avoir fait un canal avec l'aiguille de Guersent chauffée à blanc ou avec le thermo-cautère, il est très difficile d'y introduire des mèches imbibées de perchlorure de fer. Or, cela est très facile. Mon honorable collègue n'a sans doute pas tenté ce moyen, dont j'use, moi, tous les jours. Il est très facile, au moyen d'un porte-mèche, d'un stylet, d'une pince, de placer une mèche dans le trajet du canal établi, si on l'y introduit immédiatement après la cautérisation.

**M. De Roubaix.** — Mais vous vous exposez à provoquer des hémorragies ?

**M. Michaux.** — Du tout. La suppuration s'établit, on enlève la mèche et on la remplace par une autre, tous les jours ou tous les deux ou trois jours, selon les besoins.

Mon honorable collègue vient de dire qu'on guérit au moyen du thermo-cautère, sans employer le perchlorure de

fer. Je ne l'ai jamais contesté. Certainement on peut guérir, par ce moyen ; cela dépend du degré d'inflammation qui survient après la cautérisation. Mais il y a des cas où l'on ne guérit pas, des cas où il y a une très grande vascularité et où la cautérisation n'est pas suivie d'un degré suffisant d'inflammation. Il y a beaucoup de moyens recommandés ou mis en usage contre les tumeurs érectiles, mais ils ne réussissent pas toujours. J'ai essayé la plupart de ces procédés. Sans doute, les injections de perchlorure de fer ne sont pas toujours efficaces ; elles ne sont pas seulement infidèles, elles sont parfois dangereuses, surtout quand on ne peut pas bien limiter le champ de l'injection. J'ai vu se produire aussi des accidents fort graves, notamment des gangrènes. Cela m'est arrivé à moi-même pour une tumeur érectile de la paupière : j'avais cependant employé la pince de Demarres pour limiter l'injection, et néanmoins la paupière est tombée en gangrène.

J'ai établi dans mes travaux que, lorsqu'après l'excision, on peut faire la réunion de la plaie par première intention, cette opération est évidemment la méthode par excellence, si, bien entendu, on a affaire à des parties où l'on n'a pas à redouter des cicatrices trop vicieuses. Avant d'opérer, il faut toujours tenir compte de la nature, des caractères, du volume et de la situation de la tumeur érectile.

Mon intention, messieurs, n'est pas de diminuer la valeur de la pince inventée par M. Hyernaux. Je soutiens cependant, que la pince fenêtrée de Ricord (il s'agit d'une fenêtre qui a à peu près l'étendue des mors de la pince) a des points de ressemblance avec celle de M. Hyernaux, ainsi que avec la pince d'Amussat, destinée à comprimer les

hémorroïdes. La pince de Ricord n'a été inventée que pour faire passer les fils de la suture à travers les mors de la pince avant l'excision.

**M. De Roubaix.** — Comment retirez-vous les fils ?

**M. Michaux.** — C'est très facile : quand ils ont été placés, et que l'excision est faite, on retire la pince, et les fils se dégagent. M. le professeur Duplay a inventé, pour le phimosis, une pince qui ressemble encore davantage à celle de notre collègue, M. Hyernaux.

**M. De Roubaix.** — La fenêtre est donc fermée ?

**M. Michaux.** — Mais non ; rappelez-vous donc la pince de Ricord ? Les mors sont ouverts des deux côtés et on passe le fils à travers.

**M. De Roubaix.** — Pendant ce temps l'hémorragie se fait.

**M. Hyernaux.** — Quand vous enlevez la pince, la ligature n'est pas faite, et l'hémorragie se déclare.

**M. De Roubaix.** — Dans le système de M. Hyernaux, on laisse la pince jusqu'à ce que la suture soit faite : voilà l'avantage de cette pince.

**M. Michaux.** — Je ne pense pas qu'il puisse être question de comparer cette pince à un écraseur linéaire.

**M. Soupart.** — Messieurs, si je prends la parole dans ce débat, ce n'est pas pour atténuer, mais bien pour confirmer les observations de l'honorable M. Hyernaux, relativement aux avantages du mode opératoire qu'il a suivi et de l'instrument qu'il nous soumet. Cet instrument, qu'il me soit permis de le dire, présente la plus grande analogie avec des pinces dont je me sers depuis longtemps pour l'ablation de certaines tumeurs, et qui ont figuré à l'Exposition nationale de 1880, l'une sous le nom de

*pince clamp*, ayant la forme d'une pince à anneaux à branches coudées ; l'autre sous la forme de pince à branches entrecroisées et également coudées agissant à l'aide d'un ressort à l'instar des serres-fines. Ces instruments, décrits dans le journal *l'Art médical* de 1881 (1), ont pour but, de même que celui de notre honorable collègue :

1<sup>o</sup> de saisir et de fixer les téguments derrière ou sous la tumeur, en isolant en quelque sorte celle-ci des parties sous-jacentes.

2<sup>o</sup> d'exercer en ce point une compression suffisante pour empêcher toute perte de sang pendant la manœuvre opératoire.

3<sup>o</sup> de permettre de passer aussi rapidement que commodément, à travers les téguments ainsi rapprochés et fixés derrière la tumeur, des fils à suture, préalablement à l'ablation de celle-ci, ablation qui se réduit alors à inciser les téguments à l'aide du couteau ou du bistouri glissant entre la tumeur et la pince qui lui sert de guide.

A ces divers avantages, M. Hyernaux veut en ajouter un autre, celui de pouvoir fermer la plaie en nouant les fils à suture avant d'enlever l'instrument compresseur ; et, en effet, les échancrures qu'il a fait placer sur les branches de sa pince permettent d'atteindre ce but.

Mais cet avantage, je crois devoir le faire remarquer, peut devenir un inconvénient si, la pince étant enlevée, un épanchement de sang vient à se produire sous les téguments réunis ou rapprochés par les points de suture.

Quoi qu'il en soit, et tout en faisant nos réserves quant à ce dernier temps de l'opération, que M. Hyernaux a appliqué avec succès, le mode opératoire en lui-même, sans être

(1) *L'Art médical* ; Bruxelles, 1881 ; page 181.



nouveau, n'en présente pas moins les avantages signalés lorsqu'il est applicable, et il peut l'être pour beaucoup de tumeurs, lorsque la peau est souple et que les parties à enlever n'adhèrent pas aux tissus sous-jacents.

**M. Thiry.** — Je demande la parole.

**M. le Président.** — Ne conviendrait-il pas de remettre cette discussion à la prochaine séance?

**M. Thiry.** — Je n'ai qu'un mot à dire, et je tiens à ce qu'il soit dit.

Quand j'énonce une opinion, quand j'é mets une idée, je ne puis admettre qu'on en dénature le sens. Je regrette que l'orateur qui a parlé de l'écrasement linéaire vienne de quitter la salle. Il m'a attribué un langage que je n'ai pas tenu. J'ai parlé du principe de l'écrasement linéaire, de la compression, condensée si vous voulez, et je maintiens que ce principe existe dans l'instrument inventé par M. Hyernaux. Je ne l'ai pas assimilé cependant à l'écraseur linéaire, je me suis borné à dire qu'il agissait d'après les principes de l'écrasement. Il est facile de rejeter avec hauteur l'opinion d'un collègue, lorsqu'on en change la signification.

Je tenais à faire cette observation, afin qu'elle figure au Bulletin.

#### IV. — MOTION D'ORDRE.

**M. De Roubaix** demande que la discussion sur la thyroïdectomie ait lieu dans la prochaine assemblée.

**M. le Président** fait observer que cette discussion est à l'ordre du jour et qu'elle y sera maintenue, pour être ouverte, dans la prochaine réunion, immédiatement après les rapports et les communications.

— La séance est levée à 2 heures et demie.



**RAPPORT adressé à M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, par le jury chargé de l'examen des ouvrages publiés dans le royaume par des auteurs belges, pendant la période 1876-1880, pour l'obtention du prix quinquennal des sciences médicales, en vertu des arrêtés royaux du 25 novembre 1859 et du 31 décembre 1860 (1).**

Monsieur le Ministre,

Le jury s'est trouvé en présence de plus de cent traités ou mémoires intéressant toutes les branches des sciences médicales, mais plus spécialement la biologie, l'obstétricie, la pathologie et la clinique chirurgicales, l'ophtalmologie, l'hygiène, la statistique et la démographie médicales. Ce chiffre serait bien autrement considérable si, dépassant les intentions de l'arrêté royal, le jury avait dû tenir compte des nombreuses recherches consignées dans les bulletins des sociétés savantes et qui dénotent une activité sans cesse croissante de la part de la génération médicale contemporaine. Nous en augurons, pour la période quinquennale qui vient de s'ouvrir, une ample moisson d'œuvres sérieuses et originales.

Après avoir écarté, à la suite d'un premier examen, les ouvrages qui ne paraissaient pas lui offrir un mérite suffisant, le jury a fait des autres une analyse sévère et les a soumis un à un à la discussion. Avant de passer au vote, il a examiné la question suivante : les œuvres de biologie proprement dite doivent-elles être prises en considération, ou ressortissent-elles exclusivement au jury des sciences natu-

(1) Le jury est composé de MM. J.-H. Thiry, président ; J. Crocq, J.-B. Depaire (de Bruxelles), R. Boddaert et V. Deneffe (de Gand), Hyac. Kuborn (de Liège), et E. Masoin (de Louvain), secrétaire.  
MM. Kuborn et Masoin, rapporteurs.

relles ? Nous n'avons pas cru pouvoir écarter les œuvres de biologie, pour deux raisons : la première, c'est que la biologie constitue le fondement propre des sciences médicales ; la seconde, c'est que, parmi les différentes sections de l'Académie de médecine appelées à présenter au gouvernement la liste, en nombre double, des membres destinés à former le jury de concours, l'une de ces sections a précisément dans ses attributions les sciences anatomiques et physiologiques, la chimie et la physique médicales.

Il importait, 'monsieur le Ministre, que la question fût posée et résolue. Le jury, en effet, avait sous les yeux des travaux biologiques d'une valeur réelle ; la part de mérite respectif de travaux de cet ordre et d'œuvres de médecine proprement dite est souvent loin d'être facile à fixer d'une manière précise. Tel a été le cas dans les circonstances actuelles. Nous attirons sur ce point la plus sérieuse attention du gouvernement, estimant qu'en présence du développement qu'ont pris en Belgique, depuis ces dernières années, les études biologiques, il y a lieu de les encourager en leur affectant un prix spécial.

De la discussion à laquelle le jury s'est livré, des votes qui l'ont suivie, il est résulté que les travaux de MM. Fredericq, professeur de physiologie à l'Université de Liège ; Heger, professeur de physiologie à l'Université de Bruxelles ; De Smet, E., professeur de pathologie et d'hygiène à la même Université, présentent, chacun dans leur genre, une valeur équivalente, digne d'une récompense, sans qu'on puisse équitablement attribuer à l'une ou à l'autre œuvre un mérite prépondérant. Vous pouvez, monsieur le Ministre, vous convaincre de la justesse de ce jugement par la lecture de l'exposé que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Le traité *Des rétrécissements du canal de l'urèthre*, par M. le Dr De Smet, professeur à l'Université de Bruxelles, constitue une monographie complète de la pathogénie et du traitement de cette affection (1).

La définition et la classification adoptées par M. De Smet sont basées sur des recherches récentes d'anatomie pathologique, sur l'étiologie et le pronostic de la maladie. Ces données l'ont conduit à une thérapeutique rationnelle et précise, rigoureusement déduite du siège et de la nature de la lésion.

Tous les rétrécissements sont dus soit à une inflammation chronique, soit à la formation d'un tissu cicatriciel consécutive à des ulcères, des plaies de la muqueuse ou des parois du canal. C'est ce que l'auteur établit en suivant, d'une part, le mode de formation de ces cicatrices fatalement rétractiles, d'autre part les évolutions inflammatoires de l'élément épithélial, cellulaire sous-muqueux ou musculaire. Il rejette, après une critique sévère, l'opinion des chirurgiens qui font des rétrécissements un produit de l'inflammation du tissu spongieux ou ne leur reconnaissent qu'une origine cicatricielle.

La partie du livre qui traite de l'anatomie pathologique comprend toutes les indications relatives au siège, à l'étendue, à la forme, etc., des rétrécissements; au processus inflammatoire qui donne naissance à ceux-ci; aux propriétés physiques et physiologiques du tissu; aux caractères anatomiques des formes admises par l'auteur. Arrive ensuite le tableau des altérations situées en avant et en arrière de l'obstacle, des modifications des organes plus ou moins

(1) Vol. in-8° de 556 pages; ouvrage couronné par l'Académie royale de médecine.

directement intéressés par leurs rapports avec la partie lésée, tels que la vessie, les reins, les uretères. Le chapitre se termine par une description des fausses routes et des accidents consécutifs à l'infiltration urineuse.

Dans une troisième partie sont exposées et discutées les différentes méthodes de traitement des coarctations uréthrales.

L'auteur fait ainsi successivement l'histoire de la cautérisation, de l'uréthrotomie externe, avec ou sans conducteur, de l'uréthrotomie interne et de la scarification — qu'il condamne ; — de la dilatation, de la divulsion. Les instruments et le manuel opératoire sont décrits avec art. Les avantages, les dangers, les indications et les contre-indications de chaque méthode ou procédé, la conduite à tenir par le chirurgien, dans chaque cas, les moyens d'éviter, de conjurer les accidents primitifs ou consécutifs sont exposés d'une façon claire, méthodique et judicieuse. Relevons ici ce qui a trait à la physiologie pathologique des processus cicatriciels, aux modifications subies par les tissus suivant les différents modes de traitement. A ces données, fournies tant par des expériences directes entreprises sur des animaux que par des observations nécroscopiques, l'auteur apporte le contingent de ses propres recherches et de nombreux faits empruntés à sa clinique. Il arrive à conclure que ce n'est pas seulement en la dilatant qu'on guérit la coarctation, mais en exerçant d'avant en arrière d'abord, excentriquement ensuite, une compression régulière sur le tissu qui la constitue. De là le nom donné à la méthode : Dilatation par compression méthodique, progressive et soutenue pendant une période de temps qui n'a d'autres limites que la sensibilité du sujet et la résistance du mal.

Toute cette partie du traité des rétrécissements est sans contredit la plus originale de l'œuvre.

La méthode exige : l'éloignement des sondes molles, de sondes d'un trop fort calibre, à extrémité obtuse ; cette dernière doit être brièvement et doucement conique ;

La fixation et l'immobilité du rétrécissement, dans le but de fournir un point d'appui à la sonde et d'empêcher que l'instrument, l'obstacle brusquement franchi, aille léser des parties situées en arrière de celui-ci ;

L'abstention des anesthésiques, attendu que, pendant le cathétérisme, la sensibilité du malade est l'indice le plus sûr que le chirurgien est dans la bonne voie.

M. De Smet montre, par de nombreux faits cliniques, que la méthode est absolument curative dans les rétrécissements hypertrophiques simples, dans les rétrécissements membraneux, linéaires, valvulaires, comme dans les fibroïdes, voire même fibreux, pour autant que l'organisation de ce dernier tissu ne soit pas encore complète. Lorsque le rétrécissement fibreux est entièrement organisé, ce n'est plus sur l'incision du tissu anormal que l'on peut compter pour guérir l'atrésie, mais bien sur une distension simultanée de tous ses points, de manière à obtenir son élongation et des ruptures multiples qui diminuent tout au moins sa puissance rétractile pendant un temps suffisant, eu égard à une prolifération plus abondante de tissu inodulaire. La dilatation progressive, exercée plus ou moins longtemps, en raison de l'ancienneté du mal, ne pourra certes pas, dans les cas les plus graves, guérir radicalement la coarctation, mais elle laissera le conduit dans des conditions de guérison relative, parfaitement compatibles avec un fonctionnement organique exempt des pénibles inconvénients d'une atrésie de l'espèce.



Rapprochant les rétrécissements fongueux et granuleux de certaines altérations de la conjonctive, l'auteur fait voir que la cautérisation combinée avec la compression excentrique peut seule venir à bout de ces sortes d'atrésies.

En ce qui concerne cette cautérisation, il rejette, à bon droit, la potasse caustique et le galvano-caustique chimique de Ciniselli pour recommander l'azotate d'argent.

On voit, exceptionnellement, la dilatation, plus rarement la divulsion du tissu coarcté, impuissante à rendre au canal ses dimensions normales; le chirurgien n'a alors de ressource efficace que dans l'uréthrotomie externe. Voici les cas, d'ailleurs très peu fréquents, qui en autorisent l'emploi :

1<sup>o</sup> Quand il existe un ou plusieurs rétrécissements anciens, fibreux ou cicatriciels, calleux ou cartilagineux, avec fistules multiples par où s'échappe l'urine, et que, par la sonde, on ne réussit pas à redonner au canal un calibre suffisant ;

2<sup>o</sup> Quand il y a oblitération absolue de la lumière du conduit ;

3<sup>o</sup> Quand, derrière le rétrécissement qu'on ne peut dilater convenablement, se trouve un calcul urétral ou vésical ;

4<sup>o</sup> Quand on a affaire à une rupture traumatique de l'urèthre avec rétraction de ces deux extrémités, que la cicatrisation isolée de celles-ci, l'infiltration urinaire, des fistules consécutives ou tout au moins des cicatrices vicieuses viennent mettre obstacle au cathétérisme dilateur. Les inflammations gangréneuses, les ulcères phagédéniques produisent des résultats analogues.

Quelle que soit la méthode employée, toujours la dilatation consécutive est indispensable pour maintenir le calibre du canal et prévenir la récurrence.



Que si le chirurgien ne se sent pas assez expérimenté pour tenter ou mener à bonne fin la dilatation rapide, il aura encore avantageusement recours à la dilatation lente, progressive et temporaire. Les accidents, tels que fausses routes, ruptures du canal, ne sont, dans aucun cas, imputables à la méthode, mais à la manière de l'appliquer.

Tel est le décalque de l'œuvre de M. De Smet. Tous les chirurgiens ne seront pas aussi convaincus que l'auteur de l'innocuité absolue de la méthode de l'École de Bruxelles, en ce qui concerne les accidents consécutifs. On ne peut cependant hésiter à reconnaître, d'après les observations qu'il rapporte, que ces accidents paraissent ici moins nombreux et surtout moins graves que par les autres méthodes de traitement. Il est un autre point encore sur lequel un bon nombre de chirurgiens différeront d'avis avec l'auteur. La fixation et l'immobilisation du rétrécissement avec l'indicateur, conditions indispensables au succès de l'opération, ne sont pas toujours d'une exécution facile quand l'obstacle siège plus haut que la portion pénienne. Mais, en matière de méthodes, de procédés opératoires, chaque chirurgien a ses préférences qui lui sont dictées par son éducation médicale, par des habitudes de manuel opératoire, par des succès dont il a été témoin ou qu'il a obtenus à la faveur d'aptitudes spéciales.

En somme, le *Traité des rétrécissements de l'urèthre* constitue un tableau complet sur la matière en même temps qu'une œuvre didactique écrite avec méthode, conviction, sans aridité aucune, empreinte dans toutes ses parties d'un remarquable cachet d'unité. Les descriptions sont bien faites, claires et exactes ; les aperçus historiques bien présentés. Sa critique, toujours judicieuse, ne porte l'auteur

à adopter ou à rejeter les idées d'autrui qu'après les avoir lui-même soumises à l'épreuve de l'observation et de statistiques sévères. La discussion sur la valeur intrinsèque ou pratique des opinions professées par de nombreuses autorités belges, françaises, allemandes, anglaises ou italiennes est pleine de sagacité et dénote une connaissance approfondie du sujet.

Aussi les jeunes chirurgiens trouveront-ils dans ce livre, qui contient l'exposé le plus complet de la doctrine et de la pratique de l'École de Bruxelles, un guide excellent ; les vieux chirurgiens le consulteront avec fruit.

Disons, pour terminer, que le *Traité des rétrécissements du canal de l'urèthre* du professeur de Bruxelles constitue un travail d'un grand mérite, le plus complet, le plus pratique qui ait été écrit chez nous dans le domaine de la pathologie et de la clinique pendant le quinquennal écoulé. Il réunit toutes les conditions voulues par les arrêtés royaux du 25 novembre 1859 et du 31 décembre 1860 pour l'obtention du prix spécial ; nous n'hésitons pas à le mettre au premier rang pour cette haute distinction.

Le jury propose d'accorder également les honneurs du prix quinquennal à l'ensemble des travaux de M. Léon Fredericq sur le sang, en visant d'une manière spéciale l'ouvrage intitulé : *Recherches sur la constitution du plasma sanguin*.

Nous n'avons point à passer en revue ici l'œuvre entière de M. Fredericq pour la période quinquennale 1876 à 1880 ; bornons-nous à constater que l'auteur a porté ses investigations avec une égale aisance et un rare bonheur sur les territoires les plus divers du domaine physiologique. Notre

tâche se limite à fournir un aperçu exact, complet et intelligible des résultats obtenus par l'auteur dans ses études sur les matières albuminoïdes du sang, sujet aride et difficile que plusieurs générations de travailleurs ont fouillé avec une persévérance extrême, sans parvenir à mettre au jour des résultats absolument définitifs et lumineux. En effet, on doit bien le reconnaître, autant ces substances protéiformes, qui constituent la partie essentielle du sang, sont indispensables aux besoins de l'organisme, autant leur genèse, leurs caractères, leur vie intime, leur existence même restent encore enveloppés de mystères.

Dès 1877, M. Fredericq, dans une « communication préalable, » indiquait deux faits importants qu'il devait, par la suite, reprendre et développer. Le titre même de sa communication les signale suffisamment : *De l'existence dans le plasma sanguin d'une substance albuminoïde se coagulant à + 56° C. et d'une méthode nouvelle de dosage des éléments albuminoïdes du sang.* « La substance qui précipite à + 56° appartient au groupe des globulines, dit-il, et paraît devoir être rapportée au fibrinogène de Schmidt. » Quant à la nouvelle méthode d'analyse, elle s'adresse au sang avant la coagulation. « Elle permet de reconnaître et de doser au moins trois substances albuminoïdes différentes dans le plasma sanguin. Elle est basée sur un fait nouveau : ces substances se coagulent par la chaleur à des températures différentes. »

Notre jeune confrère était trop instruit et trop loyal pour ne pas reconnaître expressément qu'avant lui Kühne avait employé la méthode des coagulations successives en vue d'isoler les unes des autres les substances albuminoïdes du plasma musculaire. Mais personne n'avait fait l'application de cette

méthode au plasma *sanguin*. Sans doute les difficultés qu'on entrevoyait dans cette application avaient écarté plus d'un physiologiste; elles ne suffisaient pas à faire reculer notre compatriote, dont la vaillance et l'habileté ne veulent pas compter avec les obstacles.

Mais n'anticipons pas, même avec notre lauréat, sur la publication capitale qui résume diverses communications préliminaires, et à laquelle le jury attache particulièrement la palme du prix quinquennal parmi les publications du professeur de physiologie de Liège, à savoir : les *Recherches sur la constitution du plasma sanguin*.

Le travail s'ouvre par un aperçu historique où l'on ne reconnaît que trop combien de difficultés hérissent encore la question. Après ce préambule nécessaire, l'auteur raconte ses propres recherches poursuivies avec un zèle remarquable, depuis l'abattoir où il va chercher ses matériaux jusqu'au laboratoire où il les examine à loisir. Pour prévenir la coagulation du sang, il recourt soit au froid, qui retarde les fermentations, soit aux solutions salines, au sulfate de magnésium surtout, qui modifient le milieu de la fermentation; enfin il va puiser le plasma dans un réservoir naturel. Ici il retrouve et suit l'exemple de Scudamore : comme réservoir naturel, capable de fournir rapidement plusieurs centaines de grammes d'un sang qui se sépare bientôt en magma globulaire qu'il faut éviter, et en plasma qu'il s'agit d'étudier; il s'adresse donc à la veine jugulaire du cheval, fermée par deux ligatures, extraite du corps et suspendue verticalement en liberté. Ce dernier moyen l'amène, par un de ces heureux hasards qui provoquent parfois les plus belles trouvailles, à découvrir dans le plasma l'existence d'une matière albuminoïde se coagulant

à 56°. Pour M. Fredericq, cette matière c'est le fibrinogène qu'on avait deviné, qu'on avait décrit, mais qu'on n'avait pas encore retiré du sang par ce procédé si simple. Ici l'auteur s'efforce d'établir solidement son affirmation contraire à l'opinion d'Hammarsten ; car, il importe de le dire, le savant professeur d'Upsal avait, lui aussi, et même avant 1876, observé la formation d'un précipité floconneux dans des solutions artificielles de fibrinogène chauffées à 56° ; mais il considérait ce précipité comme n'étant pas autre chose que la fibrine elle-même. Hâtons-nous d'ajouter que la majorité des auteurs incline vers l'opinion de notre compatriote ; ainsi Gamgee déclare « qu'on ne saurait donner de meilleure preuve pour démontrer que le fibrinogène est bien contenu comme tel dans le sang. »

Toutefois le fibrinogène ne se transforme pas intégralement en fibrine : un dosage comparatif, qui s'établit avec facilité, démontre qu'une portion de fibrinogène a donné parallèlement une substance autre que la fibrine.

L'auteur aborde ensuite les phénomènes qui correspondent à une *période latente* précédant la formation du caillot. Pendant cette période le *ferment de la fibrine* (A. Schmidt) se produit, probablement aux dépens des leucocytes.

Pour étayer cette opinion, émise déjà par Schmidt, reprise et accentuée par Mantegazza, Zahn, etc., M. Fredericq recueille quelques faits importants : ainsi, dans la veine jugulaire excisée et suspendue verticalement, il voit qu'un petit caillot en forme de lentille bi-convexe se constitue précisément sur la limite qui sépare la couche plasmatique et la couche des globules rouges ; or, c'est précisément là, entre ces deux couches, que les leucocytes se rassemblent en vertu de leur poids spécifique. Pour affermir ce com-



mencement de preuve qui met en cause les leucocytes, on surprend dans le caillot lui-même un nombre prodigieux de ces corpuscules emprisonnés par le réseau de fibrine. Enfin le microscope fait voir que le réticulum fibrillaire, qui annonce la coagulation du plasma, prend naissance alentour des leucocytes et sur eux-mêmes, comme sous l'influence de véritables foyers, et trahissant le rôle spécial qu'ils jouent dans l'occurrence.

Une fois ces prémisses posées, plusieurs faits vont s'y rattacher par un lien naturel. Ainsi la masse sanguine conserve sa fluidité dans les veines extraites du corps. Pourquoi ? Parce que le ferment, agent indispensable de la coagulation, y fait défaut. Vient-on à l'y introduire artificiellement ? — L'influence de la paroi veineuse n'arrête pas le phénomène, la coagulation se produit. Mais il n'en est pas de même dans l'organisme vivant en possession de son activité plénière, innocuité bien digne de fixer l'attention, le ferment pénètre alors impunément dans l'arbre circulaire ; il y est détruit ou du moins il n'y développe aucun effet. Au contraire, les corps étrangers, qu'ils soient morts ou vivants (stylets de verre employés déjà par Brücke, fragments d'os ou de tendons remplaçant les aiguilles d'or ou d'acier employées par Glénard), introduits dans le sang qui circule librement ou dans celui que contient une veine isolée, agissent comme centres de coagulation.

Pour ce qui concerne les gaz, auxquels des théories récentes (de Mathieu et Urbain entre autres) ont attribué un rôle prépondérant dans les phénomènes en question, M. Fredericq assure qu'ils n'interviennent en rien pour la transformation du fibrinogène en fibrine.

Cette étude l'amène à déterminer l'état dans lequel l'anhydride carbonique existe au sein du sang.



On avait d'abord admis que la totalité ou la presque totalité de ce gaz est contenue dans le plasma. Notre auteur entreprit de vérifier cette opinion contre laquelle s'élevaient d'ailleurs divers physiologistes (A. Schmidt, Zuntz, Mathieu et Urbain). Or, il en vint à conclure aussi contre l'idée régnante et à déclarer que les globules rouges absorbent une quantité notable de  $\text{CO}^2$ , quantité toujours moindre pourtant que celle absorbée par un égal volume de sérum. Enfin une analyse comparative du plasma et de globules conservés à l'abri de l'air — expérience absolument neuve — tend à lui prouver que l'acide carbonique se trouve réparti d'une façon analogue entre les globules et la portion liquide du sang, avant comme après la coagulation.

Le mémoire se termine par quelques détails sur les procédés analytiques mis en œuvre.

Tout ce que nous venons d'esquisser tient dans un livre de petite dimension; il eût été facile à l'auteur d'entasser des pages érudites, par exemple en exposant avec luxe de détails la longue histoire des travaux poursuivis à propos de la coagulation du sang. M. Fredericq a préféré remplir son mémoire de faits nombreux, souvent nouveaux et doués d'importance, toujours observés avec précision et interprétés avec une prudence et une sagacité remarquables. Ce sont là des qualités et des tendances qu'un jury comme le nôtre doit discerner et encourager avant tout; les travaux de compilation pure n'ajouteront guère à la renommée scientifique du pays; le vent souffle absolument aujourd'hui en faveur des monographies, et tel travail qui soulève une idée nouvelle ou résout une question douteuse, modestement renfermé en quelques pages, fait le tour du monde savant; bref, l'érudition cède le pas à l'originalité.

En 1880, M. Fredericq a publié une notice importante et qui doit nous arrêter, sous le titre : *Recherches sur les substances albuminoïdes du sérum sanguin*.

Notre auteur traite d'abord des globulines du sérum. « Je mets globulines au pluriel, dit-il : j'ai pu me convaincre, en effet, qu'à côté de la paraglobuline, le sérum de cheval contient d'ordinaire une petite quantité d'une globuline qui présente les caractères du fibrinogène en voie de se transformer en fibrine. » Dans un précédent mémoire il a été démontré que, lors de la coagulation du sang, une partie du fibrinogène échappe à la transformation en fibrine; or, c'est sans doute cette même partie de fibrinogène modifié, mais non représenté par de la fibrine, que l'on retrouve dans le sérum et qui se classe parmi les globulines.

Quant à la paraglobuline, M. Fredericq a pu vérifier l'opinion d'Hammarsten : en opposition aux idées généralement reçues, le sérum de certaines espèces animales peut fournir un poids de paraglobuline qui s'élève presque au double de la quantité d'albumine restante.

La paraglobuline ainsi obtenue (par le sulfate de magnésium) et convenablement purifiée par des précipitations et des solutions successives, forme une pâte molle, d'une blancheur irréprochable, extrêmement soluble dans l'eau. Contrairement encore à l'opinion commune, elle constitue une substance peu altérable, pouvant se conserver pendant des mois et des années, caractère qui la distingue de toutes les autres globulines.

La facilité avec laquelle on obtient des solutions concentrées et limpides de paraglobuline permet à l'auteur de déterminer le pouvoir rotatoire spécifique  $\alpha$  (D) de cette substance pour le plan de la lumière polarisée. Il obtient ainsi,

comme moyenne de  $\alpha$  (D) pour la paraglobuline en solution dans NaCl ou  $\text{MgSO}_4$ , environ — 47,8.

D'après les idées qui tendent à prévaloir aujourd'hui, le sérum, complètement débarrassé de paraglobuline, ne doit plus contenir qu'une seule substance albuminoïde, l'albumine du sérum, en un mot, la sérine. M. Fredericq applique encore à l'étude de cette matière la méthode des coagulations successives par la chaleur, méthode qui lui avait donné des résultats si intéressants au cours de ses recherches sur la constitution du plasma sanguin. Or, la plus grande partie de l'albumine du sérum se sépare entre 40° et 50° dans une solution saturée de  $\text{MgSO}_4$ . Toutefois, ce n'est point là une véritable coagulation : la matière est simplement rendue insoluble dans le liquide magnésien ; elle se redissout immédiatement dans l'eau. Reproduisant, — sans le savoir d'abord, ainsi qu'il l'avoue ingénument, — un fait curieux observé déjà par Denis, notre collègue propose de conserver à cette matière le nom de *sérine*, que lui avait imposé déjà l'expérimentateur français.

Suit une description des propriétés de la sérine et l'exposé des raisons qui portent à reconnaître sa préexistence dans le sérum sanguin.

L'auteur ne manque pas de déterminer aussi pour cette matière le pouvoir rotatoire spécifique, qu'il trouve égal à — 57, 27, en moyenne.

Après cette double étude sur les globulines et sur la sérine, il est possible de s'élever à des considérations générales sur le sérum lui-même. Ainsi, en déterminant le pouvoir rotatoire global du sérum, on pourra maintenant vérifier si la paraglobuline et la sérine préexistent réellement comme telles, ou bien si elles n'ont que la valeur de produits arti-

ficiels créés par les réactifs ou les manipulations. Or, les résultats obtenus par M. Fredericq et s'accordant d'une manière frappante avec les chiffres fournis par M. Heynsius, répondent à la question et font ressortir, par un tableau d'ensemble, les variations du sérum chez les diverses espèces animales pour la teneur en substances albuminoïdes (prises en bloc).

L'auteur finit son mémoire en proposant de reprendre, avec certaines modifications, le procédé préconisé par M. Hoppe-Seyler, pour le dosage des albuminoïdes dans le sérum sanguin par circumpolarisation; il donne lui-même l'exemple et présente un tableau final où l'on reconnaît aisément la justesse de la méthode en question : les chiffres obtenus par son emploi offrent une concordance des plus satisfaisantes avec les résultats que fournissent les pesées directes des coagula, procédé de dosage beaucoup moins expéditif que l'emploi du polaristrobomètre.

Parmi les diverses publications de M. Fredericq, concernant le sang, nous discernons encore sa *Note sur une nouvelle propriété optique du sang des mammifères* (1877).

Dans cette notice substantielle, l'auteur démontre que le sang possède, comme le tissu musculaire, la propriété de décomposer la lumière. Que l'on prenne du sang fraîchement défibriné; qu'on le dilue avec plusieurs centaines de fois son volume d'eau; qu'on l'introduise dans l'hématimètre placé sur le trajet de rayons lumineux, soit ceux d'une bougie allumée : la flamme apparaît encadrée d'une série d'anneaux irisés, véritables spectres circulaires à teintes fort pâles. Ce phénomène est dû aux globules rouges qui, gonflés par l'eau, demeurent suspendus dans le liquide, et la preuve formelle de cette origine, c'est que tous ces

spectres circulaires ont disparu quand les hématies se sont déposées au fond du liquide.

Enfin, inscrivons encore dans le bilan de M. Fredericq ses travaux sur le sang du poulpe. (Voir son mémoire intitulé : *Sur l'organisation et la physiologie du poulpe*, 1878, p. 4 à 22.) Bien que ces recherches rentrent dans le domaine de la physiologie comparée, l'équité nous oblige à les mettre en balance ici ; la physiologie générale, d'ailleurs, s'intéresse grandement à l'hémocyanine, substance colorante bleue qui correspond à l'hémoglobine, mais où le fer se trouve remplacé par le cuivre. Sans doute, depuis longtemps, la présence du cuivre avait été signalée dans le sang de plusieurs mollusques, notamment par Harless et von Bibra ; notre compatriote a bien soin de le dire, mais il lui était réservé de découvrir l'état dans lequel le métal se trouve, remplaçant le fer dans l'hémocyanine, matière bien intéressante, je le répète, car elle est la seule substance albuminoïde qui existe dans le sang épais du poulpe, et à ce titre, elle doit cumuler l'action respiratoire et l'action nutritive, opérations attribuées à des matières différentes dans le sang des vertébrés en vertu de la grande loi de la division du travail physiologique. Ajoutons, comme dernier mot, que M. Fredericq pense avoir retrouvé l'hémocyanine dans le sang du homard, étudié déjà avec beaucoup d'exactitude par MM. Jolyet et Regnard. (Voir sa *Note sur le sang du homard*, 1879.)

Bien que les différentes recherches dont nous venons de dresser l'inventaire soient exposées avec une grande sobriété de langage dans des notices de peu d'épaisseur, elles ont coûté à leur auteur un travail considérable. Il y a là un ensemble d'investigations conduites avec une sagacité rare



et une prudence remarquable, à travers un sujet difficile, vers la solution d'un problème important. Une première récompense pour leur auteur, ce furent les approbations et les éloges des représentants les plus autorisés de la science, Hoppe-Seyler, Rollett, Gamgee, Hammarsten, Neubauer, Vogel, Schäfer, Schwann, etc. A son tour, le jury pour le prix quinquennal des sciences médicales, ajoutant son suffrage à celui des hommes éminents que je viens d'invoquer, a jugé que l'ensemble des recherches de M. Fredericq sur la constitution chimique du sang devait obtenir l'honneur d'une récompense nationale.

Il nous faut maintenant apprécier les travaux de notre troisième lauréat, M. Paul Heger, professeur de physiologie à l'université de Bruxelles. Parmi les ouvrages mis au jour pendant la période de 1876 à 1880 par notre confrère, c'est *l'Étude critique et expérimentale sur l'émigration des globules du sang envisagée dans ses rapports avec l'inflammation* (1878) qui a surtout fixé l'attention du jury, et c'est elle aussi que nous allons analyser d'abord.

Obéissant à la nécessité autant qu'à l'usage, M. Heger fait l'histoire de la question, espèce de portique élégamment et solidement construit. Il se livre ensuite à des considérations et à des expériences d'où il résulte que la disposition marginale des leucocytes dans les vaisseaux sanguins d'un certain calibre forme un état physiologique. Ce point est mis en relief avec soin, car il constitue le préambule de *l'émigration* (sortie des globules blancs) dont nous allons voir se dérouler le tableau.

Si l'on étale le mésentère d'une grenouille sous le microscope, on observe, après une accélération initiale, le ralenti-



tissement du mouvement circulatoire; on voit alors les leucocytes s'adosser et s'immobiliser contre les parois vasculaires, tandis que le cylindre à jour, formé par les hématies, continue à glisser dans l'axe du vaisseau. Bientôt l'émigration s'effectue, avec une telle lenteur, qu'on peut suivre le globule blanc dans toutes les phases de son trajet à travers la paroi du vaisseau.

Que si, au lieu d'un ralentissement, il y a stase complète, la *diapédèse* (sortie des globules rouges) s'ajoute à l'émigration.

Notre auteur s'applique alors à définir le rôle de la paroi et celui des globules pendant l'émigration et la diapédèse.

Pour ce qui concerne les globules, il établit que les hématies sont absolument passives, tandis que les leucocytes interviennent activement, par leurs mouvements amœboïdes, pour s'échapper des vaisseaux. Quant à la paroi, après avoir exposé et critiqué les opinions de MM. Crocq et Cohnheim, l'auteur s'attache à répéter les expériences de M. Julius Arnold, injections de nitrate d'argent dans les vaisseaux. Or, il observe que dans les vaisseaux normaux la mosaïque endothéliale est régulière; les espaces intercellulaires n'offrent point d'orifices véritables; les taches arrondies qui apparaissent entre les cellules ne correspondent donc pas à des stigmates ou stomates réels. Mais une fois la diapédèse ou l'émigration consommée, ces espaces sont réellement ouverts, tellement que la surface externe du vaisseau peut offrir l'aspect d'un crible. Toutefois, il n'est point nécessaire qu'un leucocyte ait perforé l'espace intercellulaire pour que l'ouverture existe dans la paroi; l'écartement des bords des cellules endothéliales précède le passage des globules et se produit même en des points qui n'ont subi au-

cun contact. La paroi prépare donc les voies à traverser ; dès le début de l'inflammation elle devient plus perméable et permet aux leucocytes d'introduire leurs expansions sarcodiques dans ses espaces intercellulaires.

Mais suivons avec l'auteur les globules blancs ou rouges dans leurs destinées ultérieures, déjà fidèlement décrites par Arnold, Hering, Cohnheim et Thoma.

Parmi les hématies échappées des vaisseaux, les unes éprouvent sur place des altérations variables de couleur, de volume, de forme, pendant que d'autres s'insinuent dans le système lymphatique pour rentrer dans le sang d'où elles dérivent. Que si la diapédèse a été forte, il s'établit de véritables amas, des infarctus qui peuvent aboutir à des troubles divers de la nutrition (inflammation, abcès, gangrène) ; mais le plus grand nombre des hématies est attaqué, utilisé sur place par les globules blancs qui, s'emparant des hématies et les englobant, forment des « cellules hémato-fères. »

Le sort des leucocytes émigrés est bien différent : souples et vivaces comme des cellules embryonnaires, loin de s'altérer et de périr, ils semblent acquérir une vitalité nouvelle : ils vont former les cellules de la lymphe : ils se métamorphosent en cellules du tissu conjonctif ; ils pénètrent même jusqu'aux surfaces et peuvent constituer la couche profonde des épithéliums. Ainsi, par ces débouchés multiples, s'explique leur disparition rapide dans le cas d'émigration modérée, — tellement qu'après quelques jours ils ne laissent plus de traces.

Mais il en est tout autrement lorsque l'émigration a jeté dans l'épaisseur des tissus un nombre de leucocytes capable d'obstruer la circulation interstitielle ; alors leur ré-

sorption par les lymphatiques ne peut s'accomplir d'une manière suffisante; la nutrition se trouble, l'inflammation s'allume et le rôle des globules émigrés acquiert à ce titre une importance nouvelle.

M. Heger arrive ainsi au cœur de son sujet. Il résume les travaux remarquables des auteurs modernes sur un terrain qui semble particulièrement propice à la recherche proposée, nous voulons dire, la cornée transparente. Les observations et les idées de Recklinghausen, Cohnheim, Stricker, Böttcher, Von Pfungen, Rollett, Eberth, etc., sont exposées d'une façon méthodique et claire; puis arrive un contingent d'expériences personnelles, et enfin notre auteur conclut en ces termes :

« Deux faits ressortent avec une égale évidence des recherches que nous venons de passer en revue : c'est d'abord l'incontestable participation des globules émigrés à la production du pus dans la kératite, alors même qu'elle est d'origine centrale; en second lieu, c'est la production de certains changements dans les cellules soi-disant fixes de la cornée sous l'influence de l'irritation.

» Mais ces conclusions formelles, poursuit-il, ne nous conduisent pas encore à la véritable solution du problème : il s'agit, en effet, de savoir si les cellules fixes, en se transformant, donnent, oui ou non, des globules de pus, ou bien si, selon l'hypothèse primitive de Cohnheim, l'origine du pus est tout entière dans l'émigration, quelles que soient d'ailleurs les transformations actives ou passives subies par les cellules fixes. » A ce point de vue, les expériences sur la cornée transparente sont incapables de fournir une solution; il faut s'élever à des points de vue nouveaux et plus larges, et cela conduit M. Heger à produire l'exposé des

théories générales qui prétendent expliquer la suppuration. « Il existe, dit-il, trois théories distinctes sur l'origine des éléments morphologiques du pus : pour Robin et ses élèves, les leucocytes proviennent de l'organisation du blastème, ils ne dérivent d'aucun élément morphologique préexistant. Pour Virchow et ses nombreux partisans, le pus est, au contraire, un tissu de formation récente, provenant de la prolifération des cellules connectives ou épithéliales. Pour Cohnheim enfin, le pus n'a d'autre origine que l'émigration. »

Notre compatriote s'applique d'abord à battre en brèche la doctrine de Robin, théorie de l'*autogénèse* des éléments figurés du pus ; il pèse sagement les expériences de Feltz, Picot, Bergeret, et surtout Onimus ; il leur oppose l'autorité de Lortet, de Ranvier, de Hayem, qui ont rétorqué contre la doctrine l'expérience fameuse instituée par Onimus (ampoule de baudruche remplie de sérosité sans aucun élément morphologique, insérée dans le tissu cellulaire d'un animal et bientôt occupée par des leucocytes) ; il apporte l'appoint de ses expériences personnelles, tantôt négatives, lui permettant d'affirmer que jamais, dans un méésentère enflammé, il n'a vu aucune cellule naître au sein d'une matière amorphe, — tantôt positives, l'autorisant à conclure que l'épithélium se modifie activement, quoi qu'en ait dit Cohnheim.

Finalement, il incline vers l'opinion de Virchow, et il essaye même, avec finesse, d'y convertir Cohnheim ; car, d'après lui, toute l'opposition établie entre les deux illustres observateurs repose sur une équivoque. Il se garde bien de contester le fait brut de l'émigration ; mais, ainsi qu'il l'expose, en dernière analyse, les globules émigrés ont

pris leur origine dans le tissu conjonctif et ils ne font que revenir à leur point de départ quand ils sortent du sang par émigration. A ce compte, on peut dire que les deux micrographes allemands ont raison l'un et l'autre; toutefois, la formule de Virchow atteint mieux le fond des choses.

Sous réserve de ces prémisses, on pourra donc admettre que le pus est le produit de deux facteurs : l'émigration des leucocytes sanguins et la prolifération cellulaire locale; mais il est impossible de préciser la mesure suivant laquelle chacun des deux facteurs intervient dans le phénomène. Il est pourtant une expérience originale et intéressante qui paraît jeter quelque lumière sur les attributions respectives des leucocytes émigrés (cellules mobiles) et des éléments cellulaires du tissu en suppuration (cellules fixes). Cette expérience consiste à fixer dans le tissu sous-cutané d'un animal, non pas un fil de cagut phéniqué (comme l'a fait Fleming), mais des cordes colorées par du carmin, du cinabre, etc. Or, on voit bientôt que les leucocytes viennent s'assimiler les débris du corps étranger, les mobilise et les exporte du point où la rencontre s'est faite, si bien qu'ils les amènent dans les voies lymphatiques, les font participer à l'histogénèse, les jette dans le pus. Si les cellules mobiles peuvent ainsi disposer de molécules inertes, à plus forte raison, semble-t-il, pendant l'inflammation elles entreront, d'une manière active et réciproque, en conflit avec les cellules fixes. Et ce n'est point là une conception purement théorique, car dans tout tissu enflammé on trouve des éléments morphologiques qui représentent des formes de transition entre la cellule propre du tissu enflammé et le leucocyte du pus.



Tel est, en aperçu sommaire, le livre remarquable de M. Heger. Il y a là un excellent exposé de la question, orné d'expériences personnelles et de vues originales, le tout rehaussé par un style élégant et clair ; de tous côtés, dans cette œuvre, on trouve l'empreinte d'un jugement ferme, d'un esprit distingué, d'un investigateur familier avec les plus délicates explorations de son art. Sans doute la question n'est point résolue, — et ne pouvait l'être encore aujourd'hui ; — mais il est évident qu'elle se trouve vivement éclairée par l'étude lumineuse que nous venons de résumer ; aussi cet ouvrage fut accueilli par le monde savant avec une faveur marquée, et ce sera justice de l'admettre, comme le titre principal de son auteur, à l'obtention du prix quinquennal en partage avec MM. Ed. De Smet et L. Fredericq.

Par sa *Notice sur l'absorption des alcaloïdes dans le foie, les poumons et les muscles* (1877), notre collègue s'applique à vérifier et à développer des faits dont il avait antérieurement déjà produit le germe. En effet, — et nous devons l'affirmer ici pour l'histoire de cette question, — dès 1873, M. Heger avait reconnu qu'en faisant traverser le foie d'un chien par du sang additionné d'une forte dose de nicotine, le contenu de la veine cave ne présente plus l'odeur caractéristique qu'offrait le sang de la veine porte chargé de l'alcaloïde du tabac. En 1875, il annonçait au Congrès périodique international des sciences médicales réuni à Bruxelles qu'il avait pu faire absorber 20 centigrammes de nicotine par le foie d'un chien (foie entretenu par circulation artificielle), l'analyse chimique pratiquée par le professeur Drechsel (de Leipzig) démontrant qu'aucune trace de poison ne restait dans la veine cave et retrouvant la totalité de l'alca-



loïde dans le suc du parenchyme hépatique. En 1877, notre collègue va plus loin dans cette voie féconde : il démontre que la quinine, la morphine et la strychnine peuvent aussi abandonner le sang pour se localiser dans le tissu du foie. Il observe que ces matières ne se bornent pas à se diffuser dans les espaces péri-vasculaires, et la preuve, c'est qu'en rinçant le foie par un courant d'eau, on ne parvient pas à retirer l'alcaloïde, qui a pénétré jusque dans les cellules hépatiques.

La dose ainsi absorbée varie selon diverses circonstances : température, pression, vitesse du sang, etc.; elle peut osciller entre des chiffres extrêmes assez éloignés, mais elle demeure constante, en ce sens qu'elle ne grandit pas proportionnellement à la masse d'alcaloïde injectée.

Notre collègue recherche ensuite jusqu'à quel point ce pouvoir d'arrêter les alcaloïdes au passage doit être considéré comme propriété particulière du foie. Dans ce but, il entreprend des expériences sur les poumons et les muscles, ajournant à plus tard des recherches analogues sur les centres nerveux.

Or, il démontre :

1° Que le sang chargé d'alcaloïde ne s'appauvrit guère en traversant les poumons ;

2° Qu'il abandonne, au contraire, une forte proportion de matière toxique au tissu musculaire ;

3° Que l'absorption de la nicotine est, dans une certaine mesure, proportionnelle à l'étendue de la surface vasculaire avec laquelle l'alcaloïde s'est trouvé en contact.

M. Heger avait démontré jusqu'ici, par la méthode des circulations artificielles, que des organes divers (foie, poumons, muscles) possèdent un pouvoir d'absorption inégal

vis-à-vis d'une même substance toxique. Recherchant le mécanisme de ces variations, il croit devoir le rattacher aux variations de texture des parois vasculaires. « Celles-ci constituent, dit-il, les véritables organes de la nutrition normale ou pathologique; elles règlent l'échange des matériaux entre le sang et les tissus, et c'est à leurs propriétés spéciales que nous devons avant tout attribuer les différences constatées dans le coefficient d'absorption des divers organes pour un même alcaloïde. »

Enfin il cherche — avec raison — à déterminer la corrélation qui existe entre les résultats obtenus par la méthode des circulations artificielles et ceux que fournit l'expérimentation sur l'animal entier. Une expérience rapportée avec détail nous apprend qu'une solution toxique, injectée dans une veine mésentérique chez un chien vivant, abandonne au foie environ 50 p. c. de nicotine (dosage établi par notre honorable collègue, M. Depaire).

Ajoutons encore que les expériences dont nous venons de rendre compte ont été confirmées et complétées par les recherches kymographiques de M. le dr Victor Jacques. Elles ne sont pas, en effet, du nombre de celles qu'on peut laisser tomber dans l'oubli comme choses futiles; au contraire, elles ont une portée des plus hautes, au point de vue du mécanisme des actions toxiques, et tendent à faire attribuer au foie une fonction nouvelle, l'épuration du sang. Il est bien vrai que Schiff et Lautenbach ont émis des idées qui offrent une analogie lointaine avec celles que notre compatriote a si bien développées; mais, pour marquer la différence entre ces efforts parallèles, il nous suffira de constater que, selon Schiff, le foie *détruirait* une substance vénéneuse et narcotique *engendrée dans l'organisme lui-*

*même* (serait-ce une ptomaïne, alcaloïde de l'organisme animal, encore inconnue à cette époque, 1861?), tandis que notre collègue de Bruxelles observe la conservation intégrale d'alcaloïdes venus de l'extérieur. Que si Schiff et Laubenbach ont plus tard (1877) essayé la nicotine, la conicine, l'hyoscyamine, etc., c'est assurément en s'inspirant des travaux que notre distingué confrère et Mosso avaient accomplis déjà sur un terrain riche en résultats imprévus et en déductions importantes.

En analysant l'œuvre si diverse et si remarquable de M. Heger, il nous reste à présenter encore ses *Recherches sur la circulation du sang dans les poumons* (1880).

Au moment où notre confrère institua ses premières expériences sur ce sujet (1873), la théorie de Quincke et Pfeiffer régnait sans conteste. Ces auteurs admettaient que l'aspiration pleurale diminue la quantité de sang projetée dans les poumons pendant l'inspiration. D'ailleurs, presque tous ceux qui jusqu'alors s'étaient occupés de la question avaient versé dans une déplorable confusion : ils avaient assimilé la dilatation des alvéoles pulmonaires par insufflation trachéale à l'expansion provoquée par le vide pleural (Poisseuille, J.-J. Muller, Gréhant, etc.). En opposition avec ses prédécesseurs, notre collègue démontre que la quantité de sang augmente dans les poumons pendant l'inspiration naturelle, si bien que sa formule paraît admise aujourd'hui : dans l'inspiration naturelle plus le poumon contient d'air, plus aussi il contient de sang.

Les résultats obtenus par M. Heger furent confirmés par les recherches de M. D'Arsonval (1877); mais voilà qu'en cette même année 1877 parut dans les *Archives de Pflüger* un travail de MM. Funke et Latschenberger qui, se basant

sur un théorème physique d'une valeur douteuse, confondent absolument l'inspiration naturelle et l'insufflation trachéale. Ces deux expérimentateurs, très consciencieux du reste, semblent ne pas avoir pris connaissance des travaux de notre compatriote. Quoi qu'il en soit, leur théorie obtint un regain de succès, et ainsi l'ancienne erreur, combattue par M. Heger, continua à se répandre.

En 1879, MM. Bowditch (de Boston) et Garland publièrent des conclusions dans le même sens, contredisant encore les résultats de notre compatriote.

En présence de cette opposition persistante, M. Heger, quoique disposé à rendre les armes à des contradicteurs aussi estimables, résolut de vérifier les résultats qu'il avait annoncés d'abord. Or, avec la loyauté que nous lui connaissons, il déclare, en 1880, maintenir sa formule de 1873 : l'inspiration naturelle, par la double aspiration qu'elle exerce sur la surface alvéolaire et sur la surface pleurale des poumons, dilate les vaisseaux et les rend plus perméables. La doctrine de Quincke et Pfeiffer, Funke et Latschenberger ne s'applique donc qu'à la respiration artificielle et ne correspond nullement à l'état physiologique.

Depuis lors, postérieurement à la clôture de la période quinquennale où notre vue devrait à la rigueur se limiter, un procédé nouveau (fistules péricardiques qui surprennent le sang de passage dans les poumons), imaginé par M. Heger dans sa controverse, semble fournir une solution définitive et donner gain de cause à notre compatriote.

Cette polémique contient — qu'il nous soit permis de le dire en passant — un grave enseignement : elle nous apprend que les physiologistes doivent user d'une circonspection véritable quand ils appliquent à la vie réelle et totale

les résultats de certaines expériences ; l'organe isolé, même sanglant et irritable, peut s'altérer dans son anatomie intime et les détails de ses fonctions, au point de n'être plus exactement ce qu'il était sur le vif, dans le milieu intérieur naturel, dans l'entrecroisement des influences nombreuses qui s'échangent au sein de l'économie ; telle expérience, qui semble imiter rigoureusement la nature, peut offrir quelque condition en apparence négligeable, qui modifie sourdement les résultats, même dans leurs grandes lignes. Ce sont là des écueils à fuir, car le laboratoire doit faire entendre toujours l'écho fidèle de la nature, et l'expérience doit fournir la photographie exacte de la réalité.

Il appartenait à M. Heger, lui qui avait appliqué ce principe avec tant de prudence lors de ses recherches sur les alcaloïdes, il lui appartenait de rectifier ici une erreur qui s'enracinait dans la science, et nous l'en félicitons hautement.

Considérant l'ensemble de ces travaux importants et délicats, le jury propose de les admettre aux honneurs du prix quinquennal.

Nous aimons à croire, monsieur le Ministre, que l'exposé scientifique qui vient d'être fait, portera dans votre esprit la conviction qu'il y a lieu de partager le prix quinquennal entre MM. Edouard De Smet, Léon Fredericq et Paul Heger.

Agréez, monsieur le Ministre, l'hommage de notre considération distinguée.

Les rapporteurs,  
HYAC. KUBORN, E. MASOIN.

Le président,  
J.-H. THIRY.

Les membres :

J. CROCQ, J.-B. DEPAIRE, R. BODDAERT, V. DENEFFE.



**DES ÉMISSIONS SANGUINES dans le traitement des maladies aiguës; par M. le dr AMÉ PHILIPPART, à Tournai.**

S'il est un remède héroïque qui, depuis les temps les plus reculés, a rendu des services à l'humanité, c'est assurément la saignée. Cependant cette hémorragie artificielle, pratiquée dans un but thérapeutique, à l'imitation des hémorragies salutaires, établies par la nature, dans le cours des maladies, est tombée aujourd'hui dans un tel état d'abandon que bientôt on ne la connaîtra plus que de nom.

Il y a plus de 1850 ans, Celse écrivait que l'usage de la saignée par l'ouverture de la veine n'était point une chose nouvelle, mais que c'en était une d'employer ce remède dans presque toutes les maladies (1).

Si l'élégant écrivain romain revenait parmi nous, il trouverait aujourd'hui une autre nouveauté : celle de ne plus employer ce remède dans aucune maladie (2).

Qu'on lise la *Gazette des hôpitaux* (1869, N° 4) : en 1867, sur 7 ou 8,000 consultations, le bureau central de Paris a prescrit deux saignées; en 1852, il en avait ordonné 1259.

On ne peut comprendre cette versatilité de l'esprit humain, quand bien même les médecins n'auraient dans leurs mains que le seul livre (*opus aureum*) de Trousseau et Pidoux; mais grâce à Dieu, sans compter le livre de la nature, ouvert pour tout le monde, il y en a encore d'autres; et, je le répète, on ne peut se rendre compte des motifs de l'abandon d'un remède employé depuis tant de siècles, à moins qu'on ne lise plus, à moins qu'on n'observe plus.

\* (1) CELSUS. *De re medicâ*; lib. II. sect. X.

(2) BENNETT. *Leçons de clinique sur les principes et la pratique de la médecine*. Paris, 1875.



Le courant semble pourtant s'arrêter : l'article *saignée* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, par Gilbert Ballet, la thèse récente de Vinay, pour l'agrégation, le *Traité de thérapeutique générale et appliquée*, de Fonssagrives, la *Médecine clinique*, de Peter, les travaux de Grisolle, de Saucerotte, de Trastour et de plusieurs autres rassurent l'avenir.

Néanmoins l'auteur du beau traité de thérapeutique appliquée, comme s'il en doutait encore, continue à demander le rétablissement de la saignée. « Le grelot est donc attaché aujourd'hui, dit-il, et je désirerais vivement que l'Académie de médecine mît à l'étude, par une discussion publique, cette grande question de thérapeutique, dont l'importance n'est primée par nulle autre, et dont elle ne peut pas avoir l'air de se désintéresser (1). »

M. Noël Guéneau de Mussy, frappé des causes multiples et puissantes de la détérioration de sa race, s'est posé en adversaire convaincu de la saignée; néanmoins, il ne peut s'empêcher de dire : « tâchons de nous défendre des exagérations et, sans retomber dans les excès *sanguinaires* de nos prédécesseurs, ne renonçons pas, par un excès opposé, à un moyen (la saignée), dont l'expérience des siècles a consacré l'efficacité et qui, sagement, prudemment employé, peut être d'une admirable utilité (2). »

Le dualisme, qui existe aujourd'hui entre la vieille médecine et la nouvelle, n'est que la continuation de celui qui a commencé à Cnide contre Cos (3).

(1) FONSSAGRIVES. *Principes de thérapeutique générale*, p. 56. *Thérapeutique appliquée*, t. 2, p. 518.

(2) N. GUÉNEAU DE MUSSY. *Clinique médicale*; t. 2, p. 494.

(3) SEMMOLA. *Médecine vieille et médecine nouvelle*. 1881.

LORDAT. *Perpétuité de la médecine*.

CHAUFFARD. *Introduction aux instituts de Borsieri*.

A toutes les époques, l'empirisme raisonné d'Hippocrate a eu à subir les attaques des systèmes. Les Botal, les Riolan, les Sylva, les Guy-Patin, les Chirac, les Broussais, ont fait répandre le sang par flots; par contre Erasistrate, Paracelse, Van Helmont, Brown et d'autres ont banni la saignée du traitement des maladies.

Après la chute du système de Broussais, qui avait renversé celui de Brown, on se plaisait à répéter sur tous les tons que la médecine était désormais purgée de tout système, et nous voilà retombés en plein Brownisme!

M. Hughes Bennett, comme son prédécesseur Brown, à Edimbourg même, professe l'abandon complet de la saignée, qu'il remplace par l'alcool et autres substances médicamenteuses. M. Papillaud, dans un mémoire couronné, en 1878, par la société de médecine d'Anvers, résume son travail ainsi qu'il suit : « Notre conclusion est que la saignée est morte et bien morte, et qu'elle ne ressuscitera pas. Cette résurrection ne pourrait avoir lieu qu'à la faveur d'un système en médecine, et nous croyons que le temps des doctrines systématiques est irrévocablement passé aujourd'hui; la clinique vit au jour le jour des découvertes de la physiologie, et les études histologiques ne seront jamais un terrain propre à l'édification d'un système thérapeutique; nous pouvons donc nous fier au microscope et aux réactifs chimiques, pour nous préserver d'une restauration de la méthode antiphlogistique (1). »

Voilà bien la médecine pratique du jour! Et on prétend, qu'avec ce seul bagage, le médecin peut se présenter avec

(1) PAPILLAUD. *De l'abandon des émissions sanguines en thérapeutique*; In *Annales de la Société de médecine d'Anvers*; janvier et février 1879.

assurance au lit du malade et décider, sans hésiter, de sa vie ou de sa mort ! Et l'on s'écrie bien haut que le temps des doctrines est irrévocablement passé aujourd'hui !

Je ne me pose pas ici en ennemi du laboratoire, bien loin de là, attendu que je crois avoir été l'un des premiers, en Belgique, à le réclamer pour l'enseignement de nos facultés, alors qu'aucune d'elles n'en était encore pourvue (1). Je persiste à croire aux services qu'il est appelé à rendre ; mais je pense qu'on doit en user et ne pas en abuser, *uti non abuti*, surtout en médecine pratique.

Les travaux récents de MM. Peter (2), Semmola (3), Vulpian (4) et Hayem (5) viennent de combler cette lacune, en ce qui concerne les études de médecine clinique et thérapeutique.

Au dévergondage des saignées à outrance et de leur abandon par les médecins systématiques des 17<sup>me</sup>, 18<sup>me</sup> et 19<sup>me</sup> siècles, des hommes judicieux, amis de l'antiquité et, en même temps, du progrès, ennemis de toute secte, vrais praticiens, opposèrent, dans d'excellents ouvrages, qu'on lira toujours avec fruit, des faits et des raisonnements irréfutables. Sydenham, Fréd. Hoffman, Boerhaave et son célèbre commentateur, Van Swieten, Rega, Huxam, Pringle, Quarin, Stoll, Tissot, Cullen, Borsieri, Bordeu, Planchon, Hufeland, Trousseau, Chomel, Andral, Grisolle, Van Rotterdam, Guislain et beaucoup d'autres, sans compter les con-

(1) PHILIPPART. *Reflexions sur les études pratiques du médecin*. Tournai, 1872.

(2) PETER. *Leçons de clinique médicale*; t. I, p. 584, 587.

(3) SEMMOLA. *Loc. cit.*

(4) YULPIAN. *Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses*, 1882.

(5) HAYEM. *Leçons sur les modifications du sang, sous l'influence des agents médicamenteux*, etc., 1882.

temporaires que tout le monde connaît, seront toujours lus et relus par les médecins qui ne recherchent que l'art de guérir.

Nous croyons que c'est à leur expérience, confirmée par les observations et les recherches nouvelles, qu'il faut s'adresser pour ramener la pratique de la médecine, égarée de nos jours, dans la voie de la vérité pour le salut des malades.

C'est bien ce qu'Hippocrate enseignait, il y a plus de deux mille ans, dans son traité admirable de *l'ancienne médecine*. Mais la médecine est, dit ce divin maître, de longtemps en possession de toute chose, en possession d'un principe et d'une méthode qu'elle a trouvés avec ces guides. De nombreuses et excellentes découvertes ont été faites dans le long cours des siècles, et le reste se découvrira, si des hommes capables, instruits des découvertes anciennes, les prennent pour point de départ de leurs recherches. Mais celui qui, rejetant et dédaignant tout le passé, tente d'autres méthodes et d'autres voies, et prétend avoir trouvé quelque chose, celui-là se trompe et trompe les autres, car cela est impossible, et cette impossibilité je vais essayer de la démontrer par l'explication même de ce qu'est la médecine(1). »

Ce langage ne peut-il pas s'appliquer à la nouvelle médecine qui nie la *pléthore* et lui substitue *l'anémie* dans toutes les maladies (2)? N'est-il pas de toute vérité que ces deux processus morbides, si différents l'un de l'autre, se présentent tous les jours dans la pratique et réclament des médications différentes (3)? Au risque de passer pour rétrograde,

(1) HIPPOCRATE. Traduction de Littré; t. I, p. 575.

(2) SÉE. *Leçons de pathologie expérimentale*. — *Du sang et des anémies*. (Leçons recueillies par M. Renaud, Paris, 1867.) ANDRAL et GAVARRET. *Essai d'hématopathologie*. Bruxelles, 1842. BEAU. *Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 413. LUTON. *Art. plethore*, in *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*; p. 137.

(3) PICOT. *Grands processus morbides*, 1876; t. I, p. 388-392. —

je préférerais suivre, au lit du malade, en ce qui regarde la pléthore, l'aphorisme 732 de Rega (1) ou le 106<sup>e</sup> de Boerhave, commenté par Van Swieten, plutôt que les enseignements que M. Brouardel a déduits de ses expériences concernant l'influence des purgations et de l'inanition sur la proportion des globules rouges contenus dans le sang (2).

A la suite d'une purgation, M. Brouardel a vu le chiffre habituel des globules rouges s'élever d'un million par millimètre cube, et quelquefois de deux millions; et, chez un inanitié, il a compté 4,849,395 globules rouges, chiffre relativement considérable, qui lui a permis d'émettre ce singulier paradoxe : *voulez-vous rendre un homme pléthorique? mettez-le à la diète, et purgez-le*. La réciproque doit être nécessairement vraie : un repas copieux délaiera le sang et le rendra plus pauvre en globules!

« *Curatio (plethoræ), dit Boerhaave, absolvitur missu sanguinis; labore; vigiliis; cibo acriori post evacuationes; omissione evacuationum sensim introducta.* »

La pratique journalière confirme ces paroles. Nous entendons parler ici de la vraie pléthore qui n'est que *copia boni sanguinis major*, et non de cette fausse pléthore, que nous rencontrons tous les jours chez nos buveurs de bière; les praticiens ne s'y trompent pas et savent parfaitement que ces malades ne supportent pas les évacuations sanguines.

Peut-on saigner le vieillard? oui, quand il y a indication. Un de mes plus intimes amis, M. Garin, accoucheur très répandu, fatigant beaucoup, sobre, tempérant à l'excès, doué d'un tempérament nervoso-sanguin, vécut 97 ans,

HAYEM. *Modifications du sang*. WOILLET. *Traité du diagnostic*, (2<sup>e</sup> édition), 1870; p. 858. VINAY. *Des émissions sanguines*, 1880, p. 64-68.

(1) REGA. *Medendi methodus*. Lovanii, 1757.

(2) LUTON. *Loc. cit.*; t. 28, p. 137.



sans avoir pu éviter la saignée, au moins une fois l'an, sauf dans les dernières années de sa longue existence.

M. Garin saignait ses femmes enceintes, et il s'en louait. Telle était la pratique sanctionnée par l'expérience des siècles jusqu'à l'époque de la publication des recherches hémato-pathologiques d'Andral et Gavarret.

Cazeaux, quoique théoriquement ébranlé par elles, n'en continua pas moins à reconnaître la pléthore des femmes enceintes et à recommander la saignée, proportionnée à l'état, à l'âge de la femme, à l'époque de la grossesse, comme le moyen par excellence dans ces cas (1).

Mais bientôt on ne vit plus qu'anémies partout; on ne saigna plus et on continua à ne plus saigner une femme grosse, malgré les démonstrations de M. Peter, prouvant, chiffres en main, que la fréquence de l'éclampsie puerpérale est allée grandissant durant les 40 années de 1834-1871, à mesure que l'on renonçait davantage à la saignée chez les femmes enceintes (2). « Vous qui m'écoutez, dit cet éminent professeur, à ses élèves, vous n'avez plus même de lancette, vous ne savez plus saigner (3).

M. Fordyce Barker, de transfuge qu'il était de l'ancienne méthode classique, y est revenu en partie et, considérant, à l'exemple de Beau, l'état chloro-anémique des femmes grosses, comme la condition d'un *loxum*, à l'aide duquel la nature prépare et favorise le grand acte de la parturition, M. Fordyce Barker, loin de combattre cet état, trouve utile parfois de l'exagérer, en diminuant de temps à autre et par

(1) CAZEAUX. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*. Bruxelles, 1852; p. 108.

(2) PETER. *Leçons de clinique*, t. II, p. 608-610.

(3) *Id.* *Id.* *Id.* p. 525.



faibles doses, la quantité de liquide en circulation (1).

La pléthore, on le sait, n'est pas une maladie, mais plutôt une disposition constitutionnelle, congénitale ou acquise, qui imprime aux processus morbides qu'elle accompagne un caractère qui peut commander les évacuations sanguines dans les mesures voulues par diverses circonstances, mais surtout par l'individualité. C'est ce qu'Hippocrate (2) et Galien (3) ont depuis longtemps indiqué.

Si la pléthore, cette apparence d'une surabondance de sang dans les vaisseaux ou d'une action exagérée de tout l'appareil circulatoire, est à un certain degré compatible avec la santé, il n'en est pas de même des pléthores locales ou congestions et des fluxions sanguines, actives ou passives, idiopathiques, symptomatiques, sympathiques ou par actions réflexes, primitives ou secondaires; elles siègent fréquemment dans les organes importants à la vie et réclament par cela même des secours immédiats.

De l'aveu des plus grands praticiens de tous les temps, les émissions sanguines ont toujours été regardées comme les moyens les plus urgents et les plus efficaces dans ces cas. C'est particulièrement dans ces états morbides que les anciens usaient des saignées, non seulement déplétives, mais encore révulsives et dérivatives. Ces dénominations, méconnues d'un grand nombre de nos contemporains, quoique exprimant des faits réels, ont été conservées jusque dans notre temps et ont fourni la matière de travaux importants, dont profite la pratique journalière.

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; 1871, p. 167.

(2) HIPPOCRATE. *Epid. lib. I, sect. III, 10.*

(3) GALIEN. *De la méthode thérapeutique à glaucon.* (Trad. de Daremberg); t. II, p. 706. CL. GALENI PERG. *Method. med.* Parisiis, 1538; lib. XIII, p. 199.

Le chef d'une École célèbre, Barthéz, de Montpellier (1), et ses successeurs, Lordat (2), Fréd. Bérard (3), Alquié (4), Pécholier (5), ont perpétué l'enseignement d'Hippocrate et de Galien. Gendrin (6), Maurice Raynaud (7), Luton (8), Grisolles (9), Jaccoud (10), Noël Guéneau de Mussy (11) et d'autres, appartenant à l'École de Paris, recommandent de conformer la pratique aux préceptes des anciens.

Les règles qui dirigent le traitement de la pléthore, des congestions et des fluxions sont en partie applicables au traitement des hémorragies. Il arrive fréquemment que la nature établit elle-même ces dernières pour guérir les premières, phénomène naturel qui aura certainement suggéré aux observateurs l'idée de l'imiter, quand il faisait défaut. Les voies de la nature, dit le célèbre auteur du traité sur l'expérience, Zimmerman, reconnues par hasard, conduisirent insensiblement à la vraie connaissance de ces mêmes voies : on comprit que c'est dans la nature seule qu'on pouvait étudier et connaître l'art de guérir, (t. I, p. 138).

(1) BARTHEZ. *Mémoire sur le traitement méthod. des fluxions*, 1805.

(2) LORDAT. *Traité des hémorragies*. Paris, 1808.

(3) BÉRARD. *Application de l'analyse à la médecine pratique*, (in maladies chroniques de Dumas; t. II, p. 375).

(4) ALQUIÉ. *Précis de la doctrine médicale de Montpellier* 4<sup>e</sup> éd., 1846; p. 162, 201, et *Traité élémentaire de pathologie*, 1856.

(5) PÉCHOLIER. *De la révulsion et de la dérivation, au point de vue historique et clinique*. (Thèse d'agrégation; Montpellier, 1857).

(6) GENDRIN. *Traité philosophique de médecine pratique*; t. I, p. 87, 91-94.

(7) M. RAYNAUD. *De la révulsion*. (Thèse d'agrégation; Paris, 1866). *Nouveau dictionnaire, etc.* (Art. révulsion.)

(8) LUTON. *Nouveau dictionnaire, etc.* (Art. congestion; pléthore.)

(9) GRISOLLES. *Traité de pathologie interne*; t. I, p. 187, 190, 195, 201, 207, 202, 210.

(10) JACCOUD. *Traité de pathologie interne*; t. I, p. 106, 288, 621; t. II, p. 12, 295.

(11) N. GUÉNEAU DE MUSSY. *Clinique médicale*; t. I, p. 29.

Stahl (1), Lordat (2), Latour (3) et bien d'autres rapportent des faits nombreux attestant cette vérité.

Parmi les nombreux auteurs qui, quoique peu partisans des évacuations sanguines et des hémorragies, sont cependant obligés d'y recourir dans la pratique, nous citerons M. Bartholow, professeur de thérapeutique et de matière médicale à Philadelphie (4). « *The author is to be ranked with those who do not employ general bloodletting, but he does not deny that it is occasionally use ful; and that, indeed, it may be indispensable.* »

La congestion des poumons, la variété apoplectiforme de la congestion cérébrale, les hémorragies pulmonaires, les congestions dues à la réplétion des cavités droites du cœur sont les accidents pour lesquels, M. Bartholow ne peut s'empêcher, quoique abstentionniste, de réclamer la saignée comme indispensable.

Lorsque, dans les maladies de l'organe central de la circulation, arrive cet ensemble de symptômes désigné sous l'expression d'*asystolie*, l'impuissance du cœur droit à chasser le sang veineux à travers les poumons, la stase dans la plupart des viscères, alors les saignées, tant générales que locales, sont de la plus grande utilité; elles ne guérissent pas, il est vrai, mais elles soulagent immédiatement les angoisses du malade, éloignent le danger présent et permettent l'emploi ultérieur de remèdes à action plus durable. L'indication est dans ces cas positive; aussi, dans tous les temps, même

(1) STAHL. *Œuvres médico-philosophiques et pratiques*, traduites et commentées par Blondel. Paris, 1861, t. IV et V, passim.

(2) LORDAT. *Loc.*, cit

(3) LATOUR. *Histoire philosophique et médicale des causes essentielles, immédiates ou prochaines des hémorragies*. Orléans, 1815; 2 vol.

(4) ROBERTS BARTHOLON. *A practical treatise on materia medica and therapeutics* London, (third edition 1879), p. 544.

aux époques du plus grand discrédit jeté sur la méthode des évacuations sanguines, les praticiens laissèrent leur théorie pour l'usage salutaire de la saignée.

La congestion sanguine *active* joue un rôle considérable dans la genèse des maladies ; elle est l'acte initial d'un grand nombre d'altérations de texture, dont on préviendrait l'évolution, si on pouvait la combattre dès le début. On l'a dit depuis longtemps : *principiis obsta, serò medicina paratur*. Eh bien ! c'est particulièrement à la congestion que cet axiome doit s'appliquer ; les cas se présentent journellement, et ce sont eux qui donnent les plus beaux succès dans la pratique.

Voici M. V..., âgé de 50 ans, pléthorique, n'ayant qu'un œil, l'autre étant atrophié de naissance, affecté d'un goître énorme, qui contracte une iritis grave, qu'un professeur d'ophtalmologie éminent traite, suivant toutes les règles, comme étant de nature rhumatismale ; le mal s'aggrave, la face devient rouge, vultueuse, gonflée, la tête douloureuse, le pouls élevé, dur, plein, l'œil très douloureux et très injecté. J'ouvris la saphène, je laissai couler le sang *ad deliquium* ; la face devint pâle, l'injection et la douleur de l'œil disparurent *illicò*, la pression artérielle diminua considérablement. J'entretins cet état demi-syncopal pendant plusieurs heures, et le malade était guéri quelques jours après.

Un deuxième, âgé de 40 ans, disposé aux rhumatismes articulaires aigus, sanguin, colérique, est pris, pendant les chaleurs de l'été et, à la suite d'un de ses accès de colère, de congestion cérébrale grave, avec délire furieux, fièvre, pouls fréquent, plein, dur. Une très large saignée, par l'ouverture de la médiane, répétée quelques heures après, et suivie de l'application réitérée d'un grand nombre de sangsues aux mastoïdes, le sauvèrent.

Un jeune séminariste, M. D..., fort, pléthorique, sorti pour la promenade, avait à peine parcouru quelques rues qu'il tombait comme foudroyé, sans connaissance. La nature du mal, l'état des forces, la pléthore, la plénitude et la dureté du pouls m'imposèrent le même traitement que dans le cas précédent ; le malade ne revint à lui que le 8<sup>me</sup> jour, et le sang n'avait pas cessé de couler pendant tout ce temps.

On peut certainement assurer qu'avec les *anématophiles* et les *hématophobes* de nos jours, le premier malade aurait perdu la vue et, les deux autres, la vie.

On trouve, dans tous les classiques : Grasset (1), Hammond (2), les deux Frank, Jaccoud, Grisolle, les principes ici appliqués, et on agit aujourd'hui comme s'il n'y avait plus d'autorités ! Peut-on alors être surpris des progrès du scepticisme, des granules, de la 1500<sup>me</sup> dilution et de cent autres niaiseries qui courent les rues ? L'auteur de l'article *Saignée* du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* publié en 1882, dit ne pas se rappeler avoir vu pratiquer une seule fois la saignée dans le cas d'*inflammation pleurale*. Cependant, après avoir cité Bouillaud, Andral, Louis, Chomel, Cruveilhier et Peter, dont il rapporte un long extrait des leçons de clinique médicale, préconisant le retour aux évacuations sanguines, il conclut qu'il y a lieu de revenir, en matière de traitement de la pleurésie aiguë, à la méthode des évacuations sanguines.

C'est elle que j'ai toujours employée depuis près de 50 ans, et, je dois le dire, avec le plus grand avantage pour mes malades, surtout quand j'ai pu la mettre en usage dès le dé-

(1) GRASSET. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 2<sup>e</sup> éd. Montpellier, 1881, p. 103 et suiv.

(2) HAMMOND. *Traité des maladies du système nerveux*. Traduction de Labadie-Lagrave. 1879, p. 55.



but de la maladie. Par elle, j'ai pu ainsi prévenir la terminaison, si fréquente aujourd'hui, par épanchement, et éviter par là la thoracocentèse.

Je puis affirmer avoir obtenu les mêmes résultats dans les inflammations aiguës franches, primitives des autres membranes séreuses, *péricarde, péritoine, etc.*

Dans ces inflammations des membranes séreuses, c'est plutôt aux évacuations sanguines locales, à l'aide des sangsues, répétées et d'une manière pour ainsi dire continue, dès les premiers jours, que j'ai eu recours. C'est ainsi que, dans des méningites aiguës, chez des sujets adultes et même chez l'enfant, j'ai pu obtenir une guérison complète par un écoulement abondant de sang, continué pendant plusieurs jours.

La *péritonite*, même *puerpérale*, prise au début, à la période congestive, cède très souvent à cette méthode.

Le même accord ne semble pas exister sur la valeur des émissions sanguines dans le traitement de la *pneumonie* aiguë, même franche, que les médecins du XVIII<sup>e</sup> siècle appelaient *peripneumonia genuina, vera*, pour la différencier de la fausse péripleurésie, de la *pneumonie batarde*, *peripneumonia notha, spuria*.

Ainsi, voici M. Dujardin-Beaumetz qui, à l'imitation de Dielt, de Vienne, dans ses leçons de clinique thérapeutique, ouvrage en voie de publication, se croise les bras pendant la genèse de la *pneumonie*, attitude qu'il conserve quand elle est établie, parce que, dit-il, tous les agents thérapeutiques sont impuissants contre elle.

Dans la pratique civile, il fait cependant un semblant d'intervention, en faisant la médecine du symptôme, la pire de toutes. Donnez à votre malade, dit-il, quelque tisane bé-



chique, des infusions de polygala, de fleurs pectorales, édulcorées, soit avec du sirop de tolu, soit avec du sirop de capillaire.... Vous ajouterez à ces tisanes béchiques, pour calmer l'agitation de la nuit, des potions calmantes, etc., etc. Puis viennent les expectorants, si le malade crache difficilement; les ventouses scarifiées, le vésicatoire, contre les points de côté; les injections hypodermiques de morphine, contre la dyspnée, le sirop de chloral uni au bromure de potassium, contre le délire, et ainsi de suite.

M. Jaccoud, moins radical dans ses leçons de clinique médicale de la Charité, spécifie bien les cas où il faut intervenir et les cas où il faut s'abstenir, mais le praticien serait-il toujours bien en état, dès le début d'une pneumonie, alors qu'il importe surtout d'intervenir, pour prévenir l'hépatisation grise?

M. Picot, professeur de clinique médicale à la Faculté de Bordeaux, résume ainsi qu'il suit ses leçons sur le traitement de la pneumonie, qu'il vient de publier :

« Pas d'abstention dans la pneumonie, pas de tartre stibé, pas de saignée, *excepté chez les sujets très robustes ou dans les cas urgents de menace d'asphyxie*. Au début, souvent digitale et ventouses scarifiées, plus tard alcool et quinquina. *Chez les sujets faibles*, quels qu'ils soient, alcool et quinquina dès le début, parfois digitale concurremment. A la fin, vésicatoire, s'il est nécessaire (p. 154). »

M. Picot réclame donc une médication active dans tous les cas de pneumonie, et particulièrement la *saignée* quand il s'agit d'un sujet sain et vigoureux (p. 66), pourvu qu'elle soit pratiquée dans les premiers jours de la maladie (p. 67), ou bien quand une pression exagérée des capillaires produit des congestions, des stases sanguines, d'où résultent des dyspnées et des accidents cérébraux.

C'est bien la pratique de tous les médecins qui ont blanchi sous le harnais.

Les lois physiologico-pathologiques sont immuables, comme toutes les lois de la nature; elles ne peuvent changer suivant le bon plaisir des fantaisistes, et cependant les systématiques les invoquent chaque fois contre la pratique des anciens qui n'étaient, dit M. Peter, ni des fous, ni des sots (1).

Comme l'auteur que je viens de citer, j'ai vu, à Paris, en 1833, MM. Récamier, accompagné de Trousseau, à l'Hôtel-Dieu; Chomel, au même hôpital; Andral, Bouillaud, à la Charité, guérir à l'aide de la saignée; c'est leur pratique, qui était celle de mes professeurs, de Gand, que j'ai toujours suivie, avec le plus grand succès, et qui a continué à être recommandée par les meilleurs praticiens, Grisolle (2) et autres.

J'ai nommé plus haut la fausse péripneumonie, appelée aujourd'hui **broncho-pneumonie**, qui, généralement, ne s'accommode guère de la saignée. Cependant les anciens, à la tête desquels je me plais à placer Sydenham, y avaient recours, avec le plus grand succès. A part, leurs explications théoriques, qui ne sont pas celles des modernes, leur pratique reposait sur des faits incontestables.

L'hiver dernier (1881-1882), j'ai pu faire des observations comparatives sur des malades soumis à des traitements différents.

Une femme de 40 ans, jouissant d'une bonne constitution, est prise, à la suite de fatigues et de veilles, d'une bronchite qui, négligée, se propage jusqu'aux alvéoles pulmonaires. Elle est traitée par l'ipécacuanha et l'alcool, et elle meurt.

(1) PETER. *Leçons de clinique*, t. 2, p. 585.

(2) GRISOLLE. *Traité de la pneumonie*, 2<sup>e</sup> édition.

Un vieillard de 78 ans, mais fort, robuste, est également affecté de bronchite, ce qui ne l'empêche pas de faire un voyage d'agrément à Bruxelles, d'où il revient crachant le sang et étouffant. Confiant dans la force de sa constitution, il fait de lui-même la médecine expectante, pendant quelques jours ; il consent enfin à recevoir le médecin, qui lui prescrit l'ipéca et l'alcool, et il meurt peu de jours après.

A quelques semaines de là, je fus mandé auprès de deux alcooliques affectés de la même maladie, présentant absolument les mêmes symptômes, âgés tous deux de 65 ans. La saignée au début, les vésicatoires, le kermès, le quinquina vers la fin, les guérissent parfaitement.

Ce n'est pas sans raison que Sydenham dit qu'au commencement d'une constitution épidémique les premiers malades qui faisaient l'épreuve de ces remèdes risquaient extrêmement jusqu'à ce que, ayant reconnu, après un examen constant, le caractère de la maladie, il pouvait attaquer l'affection avec une entière confiance et être pleinement sûr de la victoire (1).

C'est que l'Hippocrate anglais, s'inspirant de l'Hippocrate grec, tirait ces indications d'autres sources que de l'anatomie, que l'un et l'autre l'appréciaient à sa juste valeur dans ses applications à la médecine clinique.

« Cette science, dit Sydenham, s'acquiert en peu de temps et sans beaucoup de peines. Il ne faut pour cela qu'avoir des yeux et examiner les cadavres, soit d'hommes, soit d'animaux, et il n'est besoin ni d'un grand génie, ni d'un grand jugement (2). »

Voici maintenant l'opinion d'Hippocrate, cette étoile po-

(1) SYDENHAM. *Œuvres*, Traduction de Janet ; 1774, p. 6.

(2) Id. *Ibid.*, p. 497.

laire des médecins, suivant l'expression de Borsieri, sur la valeur de l'anatomie appliquée à la médecine :

« Quelques-uns disent, sophistes et médecins, qu'il n'est pas possible de savoir la médecine, sans savoir ce qu'est l'homme, et que celui qui veut pratiquer l'art de guérir doit posséder cette connaissance... Pour moi, je pense que tout ce que sophistes et médecins ont dit ou écrit sur la nature, appartient moins à l'art de la médecine qu'à l'art du dessin (1). »

Il est curieux de voir cette appréciation de l'anatomie appliquée à la médecine, confirmée dans tous les siècles. C'est ainsi qu'Erasistrate, d'Alexandrie, très versé dans les sciences accessoires à la médecine, surtout dans l'anatomie, fut toujours, suivant Galien, très mal inspiré auprès de ses malades ; qu'Harvey, le célèbre auteur de la découverte de la circulation du sang, était un pauvre médecin ; que Duverney, grand anatomiste français, pris d'une peur épouvantable à propos d'une maladie légère, dont il s'exagérait la gravité, fit appeler Dumoulin, qui lui tint ce langage : « Tu connais parfaitement ton corps, tu ne sais pas le guérir ; moi, je ne le connais pas, mais je sais guérir. »

Les anciens n'étaient pas en état de poser un diagnostic anatomique comme les modernes ; mais il faut avouer qu'ils savaient juger parfaitement l'état général de leurs malades. Partant de l'observation des phénomènes morbides, de l'ensemble des constitutions atmosphériques et médicales, des causes épidémiques, des diathèses, ils jugeaient parfaitement la nature des réactions vitales, les lois médicatrices, les crises et posaient avec sûreté les indications thérapeu-

(1) HIPPOCRATE. *De l'ancienne médecine*. Traduction de Littré ; t. I, p. 621.

tiques. Pour eux, suivant le langage de l'École de Montpellier, la maladie ne relevait pas de la même affection. Ainsi, les pleurésies, les péripneumonies, les fluxions de poitrine étaient ou inflammatoires, ou bilieuses, ou muqueuses, ou nerveuses, adynamiques, ataxiques, ataxo-adynamiques, et, suivant que tel ou tel élément prédominait, ils établissaient telle ou telle médication (1).

En médecine pratique, les théories n'ont rien à faire; il s'agit de faits d'observation, et l'expérience seule fait autorité, *ars tota in observationibus* (Fréd. Hofman).

Le cadavre et l'animal vivant sont utiles, très utiles, même indispensables; mais jamais ils ne pourront remplacer l'observation des malades; jamais l'amphithéâtre et le laboratoire ne pourront être substitués à l'hôpital; c'est au lit des malades qu'on apprend la médecine; c'est là, et là seulement, qu'on la perfectionne et qu'on continuera à la perfectionner. Les sciences accessoires, dans leurs rapports avec la médecine pratique, ne peuvent être que des servantes et non des maîtresses, *ancillæ sed non dominæ*.

Celui qui prétend le contraire se trompe et trompe les autres. Autant les connaissances que fournissent l'amphithéâtre et le laboratoire sont faciles à acquérir, autant celles que l'on puise au lit du malade exigent du temps, du travail et du talent. *Ars longa, vita brevis, judicium difficile, experientia fallax*. (Hippocrate).

Cet aphorisme, vieux de plus de 2,000 ans, est et sera toujours incontestable, tant il est vrai que la vérité est éternelle.

Quand on lit les belles pages de Trousseau et de Peter sur

(1) ROUCHER. *Traité de médecine clinique sur les principales maladies des armées*. Montpellier, an VI; t. I, p. 182.



la médecine clinique, on ne peut s'empêcher de gémir sur l'abandon général de la tradition et de faire des vœux pour son retour.

« Un des plus grands malheurs de la science moderne, dit ce dernier, c'est qu'elle est exclusivement faite avec des matériaux d'hôpital et par des jeunes gens sortis de l'école et dont l'expérience est doublement insuffisante, puisqu'elle n'a le contrôle ni de l'âge, ni de l'observation, dans un milieu différent de celui de l'hôpital. De là, ajoute-t-il, le triomphe de tout ce qui est matériel en médecine : la sémiotique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation physiologique (1). »

C'est avec le plus vif intérêt et non sans fruit qu'on lit dans la clinique du professeur de Paris le traitement comparatif des pleurésies et des pneumonies, qui est loin de parler en faveur des abstentionnistes des émissions sanguines. Une thèse inaugurale soutenue récemment (30 mai 1882), sous la présidence de M. Peter, par M. de Gouyon, ne fait que confirmer la pratique du maître, tout à l'avantage du traitement des pleurésies aiguës par les émissions sanguines (2).

On revient donc aujourd'hui, à Paris, aux émissions sanguines; on revient même aux opinions des anciens sur la diversité de nature des maladies aiguës, témoin le travail de M. Germain Sée sur les pneumonies infectieuses, inséré dans les nos 6, 8 et 10 juin dernier de l'*Union médicale*.

Les pleurésies et les pneumonies sont des maladies qui règnent quelquefois à l'état épidémique. Leurs relations

(1) PETER. *Clinique médicale*; t. I, p. 584 et 585.

(2) DE GOUYON. *Contributions à l'étude du traitement des pleurésies aiguës franches*. Paris, 1882.



données par la plupart des épidémiologues : Rembert Dodoens, Sydenham, Van Swieten, Huxam Pringle, Grant, Sims, Lepecq de la Cloture, Planchon, Stoll, Roucher, Trannoy, Ozanam, Laveran, démontrent l'inanité des systèmes en médecine clinique ; suivant que la même maladie présente tel ou tel caractère, tel ou tel génie, le traitement doit varier. C'est ainsi que, dans les épidémies décrites par Rembert Dodoens, partisan de la saignée pratiquée au début de la maladie, ce médecin la trouva nuisible après le deuxième jour ; que Planchon, excellent praticien de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, à Tournai, qui a laissé un bon livre sur la médecine agissante et expectante, n'eut pas à se louer des émissions sanguines dans une épidémie meurtrière de pneumonies, qui régna à Eplechin, en 1776 (1).

Baillou, Sydenham, Van Swieten, Stoll, Pringle Huxam, Roucher, qui doivent se trouver dans toutes les bibliothèques, prouvent surabondamment ce que je ne fais que rappeler ici touchant l'usage des émissions sanguines dans les maladies épidémiques.

Nonobstant les raisons apportées sur les altérations produites par les germes infectieux dans les fonctions hématopoiétiques chez les sujets affectés de maladies infecto-contagieuses (2), il peut néanmoins se présenter des indications qui imposent les évacuations sanguines. La forme inflammatoire que revêtent quelquefois ces maladies au début, les congestions qui viennent les compliquer, la vigueur de la constitution, l'état pléthorique du sujet les réclament parfois. Il est bien entendu que le médecin n'en usera pas ici *largâ manu*, comme dans les phlegmasies

(1) PLANCHON. *Naturisme*. Tournai, 1778 ; p. 75.

(2) HAYEM. *Modification du sang* ; p. 336.

franches; il se rappellera que la rénovation du sang ne se fait pas aussi rapidement ni aussi facilement que dans les maladies inflammatoires pures.

C'était la pratique des anciens que le génie hippocratique guidait. Pleins de respect pour les efforts salutaires de la nature médicatrice, ils se gardaient bien de la troubler par des remèdes actifs. Ils saignaient cependant et ils guérissaient, non en *jugulant* la maladie (le mot est de Galien), mais en levant l'obstacle, afin de laisser à cette providence intérieure toute la liberté voulue pour mener la guérison à bonne fin.

La science moderne a trouvé des alcaloïdes anti-pyrétiques et autres anti, que l'on fait agir par les réflexes sur la *machine humaine dont le médecin ne serait plus que l'ajusteur*. La médecine devient ainsi d'une facilité étonnante et, à l'aide d'un petit répertoire, qui doit déjà exister, chacun pourra se traiter *proprio motu*.

Écoutons Chauffard, le professeur de pathologie générale de la Faculté de médecine de Paris. « C'est ainsi, dit ce médecin regretté, que l'on est arrivé à donner ce que l'on a appelé la formule d'un traitement; de cette façon on a presque abouti à supprimer le traitement du malade pour y substituer le traitement de la maladie. C'est pourquoi tous les médecins, comme praticiens, tendent à se courber sous un même niveau. Les uns et les autres sont thérapeutiquement égaux, dès qu'ils ont même habileté à poser un anatomique diagnostic. La supériorité d'un médecin moderne sur les autres, si elle peut exister, ne saurait consister que dans une supériorité, relative à la rigueur, avec laquelle il saura préciser, dans ses moindres détails, une altération pathologique; et cette prépondérance tend tous

les jours à s'effacer, car elle tient, non à des facultés intellectuelles plus élevées, à un jugement plus large et plus sûr, ce qui s'acquiert toujours difficilement et est même inaccessible au plus grand nombre, mais au perfectionnement de l'éducation des sens, à l'acquisition d'une méthode uniforme, à l'habitude d'un examen régulier. Ces qualités se répandent de plus en plus parmi les médecins adeptes de la science nouvelle, parce qu'elles appartiennent à tous ceux qui les veulent posséder. C'est pour cette raison encore que le labeur moderne est fertile en livres d'anatomie pathologique, en traités dogmatiques de pathologie, en œuvres générales de toutes sortes, presque toutes jetées dans un même moule, et, se répétant à l'envi ; on pourrait les appeler des œuvres d'histoire naturelle et générale des maladies au point de vue organique, œuvres de prosecteurs savants, mais non de praticiens. Combien elles diffèrent en cela des œuvres de l'antiquité, si profondément empreintes de l'étude particulière actuelle et animée des maladies d'un même temps, d'une même contrée, d'une même constitution médicale, de saison et d'année ou stationnaire (1) ! »

L'introduction de la méthode numérique dans le traitement des maladies est due à cet esprit moderne, on en connaît les résultats.

Voici l'érysipèle, fébri-flegmasie qui guérit spontanément dans l'immense majorité des cas, et dont cependant les traitements, tour à tour proposés contre elle, atteignent un chiffre fabuleux. Trousseau prône l'expectation ; Jaccoud, les toniques stimulants ; un troisième, les évacuants ; un quatrième, la saignée, etc., etc.

La vérité est que toutes ces méthodes guérissent suivant

(1) *In institutes de Borsieri* (introduction), t. I, p. 78.

les cas. Si le malade est sanguin ; s'il y a fièvre et un état pléthorique qui devient un obstacle aux efforts de la nature ; si le pouls est dur, fort, large ; si un organe important est congestionné ; si aucun autre élément n'existe, la saignée est indiquée ; les autres méthodes sont commandées par d'autres indications. On comprend par là que les statistiques sont impossibles.

La *rougeole*, comme l'érysipèle, guérit spontanément, dans presque tous les cas, moyennant l'observance des règles d'une bonne hygiène ; mais lorsqu'elle est compliquée d'un état inflammatoire, qu'il y a trachéo-bronchite, pneumonie, pleurésie, que le malade est jeune, vigoureux, les émissions sanguines sont indiquées.

Depuis un an, j'observe ici, à Tournai, une épidémie de scarlatine simple, bénigne, qui, à ma connaissance, n'a occasionné aucun décès. Il n'en fut pas de même, il y a une vingtaine d'années : je pus alors constater des scarlatines malignes, qui enlevèrent jusqu'à trois enfants dans la même famille.

Mes observations confirment donc pleinement celles des meilleurs écrivains, notamment de Graves et de Trousseau.

Ces deux grands cliniciens font remarquer, avec raison, les nombreuses transformations de cette maladie épidémique, d'où sont résultées la variabilité et les fluctuations des doctrines médicales et de la thérapeutique.

De 1801 à 1804, alors que la doctrine de Brown régnait sans partage, les médecins de Dublin furent très malheureux dans les épidémies qui régnèrent dans cette ville. Après ce temps, se montrèrent, dans la même ville, des scarlatines bénignes ou inflammatoires, dans lesquelles les émissions sanguines réussirent.

Ces succès, longtemps continués, firent croire à plusieurs médecins que la mortalité des premières épidémies devait être attribuée, en grande partie, sinon en totalité, à la thérapeutique vicieuse employée à cette époque par les disciples de Brown.

En 1834 et en 1835, la scarlatine reprend les caractères de 1801 à 1804, et quoi qu'on fasse les malades meurent !

La conclusion est donc que, dans la scarlatine épidémique, comme dans toutes les épidémies « *les indications thérapeutiques générales changent avec la constitution régnante et y sont entièrement subordonnées ; aussi les agents stimulants, les purgatifs, les saignées et la médication antiphlogistique peuvent successivement constituer, selon les époques, le meilleur mode de traitement (1).* »

Si le traitement antiphlogistique, les saignées générales et locales sont généralement pernicieuses, dans le cours de la scarlatine, il n'en est pas de même dans l'urémie et les hydropisies, surtout si elles sont compliquées de néphrite, de pneumonie ou de pleurésie. A diverses reprises, j'ai pu constater les avantages des émissions sanguines dans ces cas, ainsi que Graves l'affirme dans ses leçons de clinique médicale (2).

La variole, comme toutes les fièvres épidémiques, revêt divers caractères subordonnés aux constitutions médicales, qui réclament des médications différentes. Lorsqu'elle est inflammatoire ou compliquée de congestions viscérales, suivant le témoignage d'un grand nombre d'auteurs très recommandables, anciens et modernes, Freind, Sydenham, Huxam, Tissot, Stoll, Quarin, Planchon, Cullen, les deux

(1) GRAVES. *Leçons de cliniq. médic.*, 1862 ; t. I, pp. 392-393.

(2) GRAVES. *Loc. cit.*, p. 448.



Frank, Burserius, Hufeland, Grisolles, Rillet et Barthez, West, les auteurs du *Compendium de médecine pratique*, Trousseau, Du Castel, etc., la saignée a procuré des avantages.

Dans la scarlatine et la variole, comme dans toutes les maladies infectieuses, il faut se rappeler l'empoisonnement septique du sang, ne procéder qu'avec la plus grande prudence et ne la pratiquer qu'à bonne enseigne.

Les indications de la saignée dans les *fièvres continues*, sont parfaitement établies par Sydenham, dans la relation qu'il donne de la fièvre continue des années 1661, 1662, 1663 et 1664.

« Je pense, dit le grand médecin anglais, que la véritable indication, que l'on doit remplir dans cette maladie est de contenir le mouvement du sang dans des bornes proportionnées au dessein de la nature, de telle manière que d'un côté, ce mouvement ne soit pas trop grand, ce qui produirait des symptômes dangereux, et que, d'un autre côté, il ne soit pas trop faible, ce qui empêcherait l'évacuation de la matière morbifique et rendrait inutiles les efforts que fait le sang pour acquérir un nouvel état. Ainsi, soit que la fièvre ait pour cause une matière étrangère, qui irrite les fibres ou le sang qui tend à quelque changement, l'indication est toujours la même (1). »

Après avoir indiqué les cas où la saignée est nuisible et les cas où elle est utile, il ajoute :

« Je fais tirer la quantité de sang que je juge nécessaire pour garantir le malade des accidents que j'ai dit pouvoir être causés par le mouvement immodéré de ce liquide ; ensuite je gouverne et je modère son effervescence, en

(1) SYDENHAM. *Médecine pratique* ; p. 19.



réitérant ou en omettant la saignée, en faisant usage ou m'abstenant des cordiaux, enfin en lâchant ou en resserrant le ventre, suivant que je vois ce mouvement augmenter ou diminuer (1). »

Longtemps avant Sydenham (1563), Josse Van Loom, le Celse des Pays-Bas, dans un excellent petit livre (2), avait établi les règles de la saignée dans les fièvres continues, que l'on ferait bien de suivre encore au lit du malade, mais que nos modernes méprisent. Pourquoi? Est-ce que les sciences et les arts doivent subir le joug des modes? Trousseau, un des plus grands cliniciens des temps modernes, ne dédaigne pas cependant d'invoquer les deux grands noms que je viens de citer.

La thérapeutique de la fièvre typhoïde est toute dans les indications, infiniment variables, suivant les cas, et la saignée a les siennes, et dans le malade, et dans la maladie.

Ce n'est pas que l'imagination des inventeurs de remèdes ait fait défaut pour supplanter ce remède héroïque.

Un grand progrès, dit-on, fait dans les maladies aiguës, est l'*hyperthermie*, qui a toujours caractérisé la fièvre, ainsi que son étymologie le prouve ; et, aussitôt *contraria contrariis* : l'*hypothermie*, le *bain froid*, suivant la *méthode de Brand*, nouvelle édition de celles de Currie (3) et de Giannini (4), sans parler de Priessnitz. Eh bien ! lisez les réflexions critiques que M. Peter a publiées dans le Bulletin

(1) SYDENHAM, *loc. cit.* ; p. 21.

(2) JODOCI LOMMII. *De curandis febribus continuis*. Amstelodami, 1761 ; p. 5-64.

(3) Extrait des observations du dr JAMES CURRIE, de Liverpool, sur les bons effets de l'eau froide dans les fièvres (trad. de Odier). Genève, 1801.

(4) GIANNINI. *De la nature des fièvres* (trad. de Heurteloup), 2 vol., 1808. (Sur l'usage des immersions froides.)

général de thérapeutique (t. 92, p. 245), et vous ne serez pas tenté d'exposer vos malades à cet agent dangereux.

La saignée a la vie dure, et quoi qu'en dise M. Papillaud, elle n'est pas encore morte. Écoutons M. Lécorché, qui a publié un bon livre sur les maladies des reins; arrivé au traitement curatif des néphrites, il dit : « La meilleure méthode à employer alors, pour atteindre ce but (enrayer la marche du processus de la néphrite parenchymateuse aiguë), est *sans contredit* la médication antiphlogistique; elle consistera dans l'emploi des *émissions sanguines* et dans l'usage de quelques purgatifs légers.

» *Les émissions sanguines, de l'avis de tous, donnent, dans ces cas, les meilleurs résultats; les résultats en sont si satisfaisants et parfois si inespérés, que Johnson les préconise même, dans les cas de néphrites parenchymateuses compliquées d'anémie.* » Et, à l'article : *Urémie*, il affirme que, « de toutes les médications, celle qui compte le plus grand nombre d'adhérents et qui fournit les meilleurs résultats est sans contredit celle qui consiste dans l'emploi des émissions sanguines (1). »

C'est le plus souvent aux émissions sanguines générales qu'il faut avoir recours, pratique qui, parfois, rencontre des préjugés, que le médecin ne brave pas toujours sans désagréments.

Rayer, dans son magnifique traité des maladies des reins, dit que, « parmi les remèdes salutaires de la néphrite albumineuse aiguë, il faut placer en première ligne, la saignée générale et l'application des ventouses scarifiées (2). »

(1) LÉCORCHÉ. *Traité des maladies des reins et des altérations pathologiques de l'urine*. Paris, 1875; p. 258, p. 29-331.

(2) RAYER. *Traité des maladies des reins*; t. II, p. 145.

Dans la convalescence de la scarlatine, nous l'avons déjà vu, les néphrites albumineuses, traduites soit par l'anasarque, soit par l'éclampsie, ne sont pas rares. Je puis affirmer avoir obtenu, dans ces cas inquiétants, les meilleurs résultats des émissions sanguines.

Contre l'éclampsie puerpérale, que l'on sait être due à la néphrite albumineuse, Mad. Lachapelle, dans son septième mémoire, contenu dans le tome III de son ouvrage sur les accouchements, affirme « qu'une médication, dont les avantages sont confirmés par les meilleurs observateurs, et dont l'omission est presque toujours funeste, c'est la saignée (1). »

Baudelocque, Paul Dubois, Jacquemier, Nægelé et Grenser, Depaul, s'accordent tous sur l'utilité de la saignée, non seulement dans l'éclampsie puerpérale, mais encore dans le cours de la grossesse. C'était la pratique des anciens, de Mauriceau, de de Lamotte, etc.; mais, comme dans Molière, on a changé tout cela.

Lorain, qui n'est pas partisan de la saignée, rapporte que, chez une éclamptique, on retira 1200 gr. de sang, et que jamais remède ne produisit un effet plus rapide. « La malade cessa de s'agiter, on put lui enlever la camisole de force, elle regarda les assistants, prononça quelques mots, puis se coucha dans une posture simple et naturelle, comme pour sommeiller, et finit par s'endormir. Le délire devint tout autre, de violent et furieux, il devint intermittent, sans violence, et il n'y eut plus d'attaques éclamptiques. Cette femme accoucha après d'un fœtus mort et macéré; elle guérit parfaitement (2). »

(1) LACHAPELLE. *Pratique des accouchements*. Paris.

(2) LORAIN. *Des effets physiologiques des hémorragies spontanées ou*

M. Charpentier, rapporte dans sa thèse d'agrégation, qu'ayant consulté Stoltz, professeur d'obstétrique à la Faculté de Strasbourg, sur le meilleur traitement de l'éclampsie, eut pour réponse : « Je vous dirai que la saignée, qui, dans ces derniers temps, a été presque entièrement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'immenses succès (1). »

MM. Bailly, dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et Peter, dans ses belles leçons sur les maladies puerpérales, ont surabondamment démontré la nécessité de continuer la pratique traditionnelle de la saignée dans l'éclampsie puerpérale, que M. Hayem ne fait que confirmer dans ses leçons sur les modifications du sang.

Je m'arrête ici dans cette esquisse; je n'ai pas la prétention d'épuiser la matière, qui demanderait une plume plus exercée et plus autorisée que la mienne.

L'Académie voudra bien excuser le grand nombre de mes citations. Praticien vulgaire, sans autorité, éloigné des centres d'instruction, je ne pouvais pas ne pas invoquer ces grands noms, sans lesquels la vie des hommes serait livrée à l'ignorance et au mensonge.

artificielles (saignées); in *Journal de l'anatomie et de la physiologie*; 1870.

(1) CHARPENTIER. *De l'influence des divers traitements sur les accès d'éclampsie*. Paris, 1872; p. 147.

---

## RECUEILS PÉRIODIQUES REÇUS EN 1882.

**Belgique.**

- ANNALES de l'Académie d'archéologie de Belgique. Anvers.  
ANNALES de la Société belge de microscopie. Bruxelles.  
ANNALES de la Société d'anatomie pathologique de Bruxelles.  
ANNALES de la Société de médecine d'Anvers.  
ANNALES de la Société de médecine de Gand.  
ANNALES de la Société médico-chirurgicale de Liège.  
ANNALES (astronomie) de l'Observatoire royal de Bruxelles.  
ANNALES (météorologie) de l'Observatoire royal de Bruxelles.  
ANNALES de médecine vétérinaire. Bruxelles.  
ANNALES de l'Université de Bruxelles. — Faculté de médecine.  
ANNALES des travaux publics de Belgique. Bruxelles.  
ANNALES d'oculistique. Bruxelles.  
ANNUAIRE de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.  
ANNUAIRE de l'Observatoire royal de Bruxelles.  
ANNUAIRE de l'Université catholique de Louvain.  
ARCHIVES de biologie. Gand.  
ARCHIVES médicales belges. Bruxelles.  
BIBLIOGRAPHIE de Belgique. Bruxelles.  
BULLETIN administratif du Ministère de l'Intérieur. Bruxelles.  
BULLETIN de l'Académie d'archéologie de Belgique. Anvers.  
BULLETINS de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.  
BULLETIN de la Commission centrale de statistique. Bruxelles.  
BULLETIN de la Société de médecine de Gand.  
BULLETIN de la Société de médecine mentale de Belgique. Gand.  
BULLETIN de la Société historique et littéraire de Tournai.  
BULLETIN de la Société royale de médecine publique de Belgique. Bruxelles.  
BULLETIN des Commissions royales d'art et d'archéologie. Bruxelles.  
BULLETIN du Conseil supérieur d'agriculture. Bruxelles.  
BULLETIN du Ministère de l'Instruction publique. Bruxelles.  
BULLETIN du Musée de l'industrie. Bruxelles.  
BULLETIN hebdomadaire de statistique démographique et médicale de la ville de Bruxelles.  
CHAMBRE des Représentants. — Annales et documents. Bruxelles.  
COMPTES RENDUS des séances de la Commission royale d'histoire. Bruxelles.

- JOURNAL d'accouchement.** Écho de la Maternité de Liège.
- JOURNAL de la Société centrale d'agriculture de Belgique.** Bruxelles.
- JOURNAL de médecine, de chirurgie et de pharmacologie,** publié par la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
- JOURNAL de pharmacie d'Anvers.**
- LA GYMNASTIQUE scolaire.** Bruxelles.
- LA PRESSE médicale belge.** Bruxelles.
- L'ART médical.** Bruxelles.
- L'ATHENÆUM belge.** Bruxelles.
- LE MÉDECIN de la famille.** Liège.
- LE MONITEUR belge (journal officiel).** Bruxelles.
- LE SCALPEL.** Liège.
- L'HOMŒOPATHIE militante.** Bruxelles.
- MÉMOIRES couronnés et autres mémoires,** publiés par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.
- MÉMOIRES couronnés et mémoires des savants étrangers,** publiés par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. Bruxelles.
- MÉMOIRES de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique.** Bruxelles.
- MÉMOIRES de la Société historique et littéraire de Tournai.**
- PROCES-VERBAUX des séances de la commission royale pour la publication des anciennes lois et ordonnances de la Belgique.** Bruxelles.
- RAPPORTS du Conseil supérieur d'hygiène publique.** Bruxelles.
- REVUE des questions scientifiques,** publiée par la Société scientifique de Bruxelles.
- REVUE homœopathique belge.** Bruxelles.
- REVUE médicale.** Louvain.
- SÉNAT. — Annales et documents.** Bruxelles.

### **Allemagne.**

- ABHANDLUNGEN der mathematisch-physikalischen Classe der königlich bayerischen Akademie der Wissenschaften.** München.
- ABHANDLUNGEN des Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.** Breslau.
- ANNALEN der Chemie.** Leipzig.
- ARCHIV für Augenheilkunde.** Wiesbaden.
- ARCHIV für Mikroskopische Anatomie.** Bonn.
- ARCHIV für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.** Berlin.



ARCHIV für Wissenschaftliche und practische Thierheilkunde. Berlin.

BEITRÄGE zur Statistik der Stadt Frankfurt am Main.

BERICHT der Oberhessischen Gesellschaft für Natur-und Heilkunde.  
Giessen.

BERICHT des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Braun-  
schweig.

BERLINER klinische Wochenschrift. Berlin.

BESCHREIBUNG von Württemberg. Stuttgart.

CENTRALBLATT für Chirurgie. Leipzig.

CENTRALBLATT für Gynäkologie. Leipzig.

CENTRALBLATT für allgemeine Gesundheitspflege: — Organ des Nie-  
derrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Bonn.

GAZETTE médicale de Strasbourg.

JAHRESBERICHT der Gesellschaft für Natur-und Heilkunde in Dresden.

JAHRESBERICHT der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.  
Breslau.

JAHRESBERICHT des Frankfurter Vereins für Geographie und Statistik.  
Frankfurt am Main.

JAHRESBERICHT über die Leistungen und Fortschritte in der gesammtem  
Medicin. Berlin.

JAHRESBERICHT ueber die Verwaltung des Medicinalwesens, die Kranke-  
nanstalten und die Oeffentlichen Gesundheitsverhaeltnisse der Stadt  
Frankfurt am Main.

LEOPOLDINA. — Amtliches organ der Kaiserlich Leopoldinisch-Caroli-  
nisch-Deutschen Akademie der Naturforscher. Halle.

SAMMLUNG klinischer Vorträge. Leipzig.

SCHRIFTEN der Königlichen physikalisch ökonomischen Gesellschaft zu  
Königsberg.

SCHRIFTEN der Universität zu Kiel.

SITZUNGSBERICHTE der mathematisch-physikalischen Classe der k. b.  
Akademie der Wissenschaften zu München.

SITZUNGSBERICHTE der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würz-  
burg.

SITZUNGSBERICHTE der physikalisch-medicinischen Societät zu Erlangen-  
STATISTISCHE Mittheilungen über den Civilstand der Stadt Frankfurt am  
Main.

TÜBINGER Universitätschriften. Tübingen.

VERHANDLUNGEN der Berliner medicinischen Gesellschaft. Berlin.

VERHANDLUNGEN der Kaiserlichen Leopoldinisch-Carolinischen Deut-  
schen Akademie der Naturforscher (Nova acta , etc.). Halle.

VERHANDLUNGEN des naturhistorischen Vereines der preussischen Rheinlande und Westfalens. Bonn.

VERHANDLUNGEN des naturhistorisch-medicinischen Vereins zu Heidelberg.

VERHANDLUNGEN der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg.

VERHANDLUNGEN der Physiologischen Gesellschaft zu Berlin.

VERHANDLUNGEN des Vereins für Natur- und Heilkunde zu Presburg.

VERÖFFENTLICHUNGEN der Kaiserlich Deutschen Gesundheitsamtes. Berlin.

ZEITSCHRIFT für Biologie. München.

ZEITSCHRIFT für Parasitenkunde. Jena.

N. B. — *L'Académie reçoit en outre en échange de ses publications les thèses des Universités de Berlin, Bonn, Giessen, Heidelberg, Marbourg, Tubingue et Wurzburg.*

#### **Amérique (Etats-Unis d').**

ANNALS of Anatomie and Surgery. — The Journal of the Anatomical and Surgical Society. Brooklyn, N. Y.

INDEX MEDICUS. — A monthly classified record of the Current Medical Literature of the World. New York.

ANNUAL report of the Board of regents of the Smithsonian Institution. Washington.

NATIONAL Board of Health Bulletin. Washington.

PROCEEDINGS of the American pharmaceutical Association. Philadelphia.

THE AMERICAN Journal of Insanity. Utica.

THE INDEPENDENT Practitioner. New York.

THE MEDICAL record. New York.

THE SAINT LOUIS medical and surgical Journal.

THE TRANSACTIONS of the American medical Association. Philadelphia.

TRANSACTIONS of the medical and chirurgial Faculty of the State of Maryland. Baltimore.

#### **Angleterre et Irlande.**

MEMOIRS of the literary and philosophical Society of Manchester.

PHILOSOPHICAL transactions of the Royal Society of London.

PROCEEDINGS of the literary and philosophical Society of Manchester.

PROCEEDINGS of the Royal Society of London.

THE Dublin journal of medical science.

THE Lancet. London.

THE scientific proceedings of the Royal Dublin Society.

THE scientific transactions of the Royal Dublin Society.

### **Autriche.**

CASOPIS lékařuv ceskych. Prague.

MEDIZINISCHE Jahrbücher. Herausgegeben von der K. K. Gesellschaft der Aerzte. Wien.

MITTHEILUNGEN des Vereines des Aerzte in Steiermark. Graz.

MITTHEILUNGEN des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums. Wien.

### **Danemark.**

OVERSIGT over det Kongelige Danske Videnskabernes selskabs Forbindlinger og dets Medlemmers Arbeider. Kjobenhavn.

### **Espagne et colonies.**

ARCHIVES de la Sociedad de estudios clinicos de la Habana.

BOLETIN del Instituto médico Valenciano. Valencia.

LOS ARCHIVOS de la medicina Valenciana. Valencia.

### **France.**

ANNALES de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen.

ANNALES de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

ANNALES des maladies des organes génito-urinaires. Paris.

ANNALES d'hygiène publique et de médecine légale. Paris.

ANNALES médico-psychologiques. Paris.

ARCHIVES de médecine navale. Paris.

ARCHIVES de physiologie normale et pathologique. Paris.

ARCHIVES générales de médecine. Paris.

BULLETIN de l'Académie de médecine. Paris.

BULLETIN de la Société chimique de Paris.

BULLETIN de la Société de médecine du département de la Sarthe. Le Mans.

BULLETIN général de thérapeutique médicale et chirurgicale. Paris.

BULLETIN scientifique du Département du Nord. Lille.

BULLETINS et mémoires de la Société de chirurgie de Paris.

BULLETINS et mémoires de la Société de thérapeutique. Paris.

BULLETINS et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

COMPTES RENDUS des travaux de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse.

COMPTES RENDUS et mémoires de la Société de biologie de Paris.

COMPTES RENDUS hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences.  
Paris.

GAZETTE des hôpitaux. Paris.

GAZETTE hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Paris.

GAZETTE médicale de Paris.

JOURNAL de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques  
de l'homme et des animaux. Paris.

JOURNAL de médecine de Bordeaux. (*Bordeaux médical* et *Gazette médicale* réunis.)

JOURNAL de médecine de Paris.

JOURNAL de médecine et de chirurgie pratiques. Paris.

JOURNAL de médecine de l'Ouest. Nantes.

JOURNAL de médecine et de pharmacie de l'Algérie. Alger.

JOURNAL de micrographie. Paris.

JOURNAL de pharmacie et de chimie. Paris.

JOURNAL des connaissances médicales. Paris.

JOURNAL des sciences médicales de Lille.

JOURNAL d'hygiène. Paris.

LA FRANCE médicale. Paris.

LA LOIRE médicale; organe officiel de la Société de médecine de Saint-  
Etienne et de la Loire.

LA MÉDECINE contemporaine. Journal de l'hydrothérapie. Paris.

LA REVUE scientifique. Paris.

L'ART dentaire. Paris.

LA TEMPÉRANCE. — Bulletin de la Société française de tempérance.  
Association contre l'abus des boissons alcooliques. Paris.

LE LYON médical. Lyon.

L'ENCÉPHALE. Journal des maladies mentales et nerveuses. Paris.

LE PRATICIEN. Paris.

LE PROGRÈS médical. Paris.

L'OBSTÉTRIQUE. Paris.

L'UNION médicale. Paris.

MARSEILLE médical. Marseille.

MÉMOIRES de l'Académie de médecine. Paris.

MÉMOIRES de l'Académie des sciences de l'Institut de France. Paris.

MÉMOIRES de l'Académie de Stanislas. Nancy.

MÉMOIRES de la section de médecine de l'Académie des sciences et lettres  
de Montpellier.

MÉMOIRES de la section des lettres de l'Académie des sciences et lettres  
de Montpellier.

- MÉMOIRES de la section des sciences de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier.
- MÉMOIRES de la Société de médecine de Nancy.
- MÉMOIRES et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.
- MÉMOIRES et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.
- MÉMOIRES présentés par divers savants à l'Académie des sciences de l'Institut de France (sciences mathématiques et physiques). Paris.
- PUBLICATIONS de la Société havraise d'études diverses. Le Havre.
- RECUEIL de médecine vétérinaire. Paris.
- RECUEIL de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires. Paris.
- RECUEIL des actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône. Marseille.
- REVUE des sciences médicales en France et à l'étranger. Paris.
- REVUE de chirurgie. } 2<sup>e</sup> série de la *Revue mensuelle de médecine et de*  
 REVUE de médecine. } *chirurgie*. Paris.
- REVUE d'hygiène et de police sanitaire. Paris.
- REVUE générale d'ophtalmologie. Paris.
- REVUE internationale des sciences biologiques. Paris.
- REVUE médicale de l'Est. Nancy.
- REVUE médicale de Toulouse, publiée par la Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse.
- REVUE médicale française et étrangère. Paris.
- UNION médicale de la Seine-inférieure; journal de la Société de médecine de Rouen.
- UNION médicale et scientifique du Nord-Est. Reims.

**Hollande, Grand-Duché de Luxembourg et Indes Néerlandaises.**

- BULLETIN de la Société des sciences médicales du Grand-Duché de Luxembourg.
- GENEESKUNDIG tijdschrift voor Nederlandsch-Indië. Batavia.
- JAARBOEK van de Koninklijke Akademie van Wetenschappen, gevestigd te Amsterdam.
- NATUURKUNDIG tijdschrift voor Nederlandsch-Indië. Batavia.
- NEDERLANDSCH militair geneeskundig archief van de Landmacht, Zee-macht, het Oost-en West-Indisch Leger. Utrecht.
- ONDERZOEKINGEN gedaan in het physiologisch laboratorium der Utrechtsche Hoogeschool. Utrecht.
- PROCESSEN verbaal van de gewone vergaderingen der Koninklijke Aka-

demie van Wetenschappen — Afdeeling Natuurkunde. Amsterdam.  
**VERHANDELINGEN** der Koninklijke Akademie van Wetenschappen. — Afdeeling Letterkunde. Amsterdam.

**VERHANDELINGEN** der Koninklijke Akademie van Wetenschappen. — Afdeeling Natuurkunde. Amsterdam.

**VERSLAGEN** en Mededeelingen der Koninklijke Akademie van Wetenschappen. — Afdeeling Letterkunde. Amsterdam.

**VERSLAGEN** en mededeelingen der Koninklijke Akademie van Wetenschappen. — Afdeeling Natuurkunde. Amsterdam.

#### **Italie.**

**ATTI** della Accademia fisio-medico-statistica di Milano.

**ATTI** dell' Accademia Gioenia di scienze naturali in Catania.

**ATTI** della Reale Accademia di medecina di Torino.

**ATTI** del R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti. Venezia.

**BULLETTINO** della Commissione speciale d'igiene del Municipio di Roma.

**BULLETTINO** della Reale Accademia medica di Roma.

**BULLETTINO** della Società Lancisiana degli ospedali di Roma.

**BULLETTINO** delle scienze mediche, pubblicato per cura della Società medico-chirurgica di Bologna.

**GAZZETTA** degli Ospitali. Milano.

**GIORNALE** della R. Accademia di medicina di Torino.

**GIORNALE** di medicina militare di Roma.

**GIORNALE** internazionale delle scienze mediche. Napoli.

**MEMORIE** della Accademia delle scienze dell' Istituto di Bologna.

**MEMORIE** della regia Accademia di scienze, lettere ed arti in Modena.

**MEMORIE** del reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. — Classe di scienze matematiche e naturali. Milano.

**MEMORIE** del reale Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti. Venezia.

**MEMORIE** della Società medico-chirurgica di Bologna, seguito agli opuscoli da essa publicati.

**RENDICONTI** del reale Istituto Lombardo di scienze e lettere. Milano.

**RENDICONTO** delle sessioni dell' Accademia delle scienze dell' Istituto di Bologna.

#### **Mexique.**

**LA ESCUELA** de Medicina. Mexico.

**LA INDEPENDENCIA** médica. Mexico.

#### **Portugal.**

**JORNAL** da Sociedade das sciencias medicas de Lisboa.



**République Argentine.**

REVISTA médico-quirurgica. Buenos Aires.

**Russie.**

BULLETIN de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg.

FINSKA Läkare sällskapets Handlingar. Helsingfors.

MÉMOIRES de l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg.

**Suède et Norwège.**

BIDRAG till Sveriges officiella statistik. — Befolknings-statistik. Statistiska Central-Byråns underdaniga berättelse. Stockholm.

BIDRAG till Sveriges officiella statistik. — Helso-och sjukvården. Sundhets-Kollegii underdaniga berättelse. Stockholm.

NORDISKT medicinskt arkiv. Stockholm.

NORGES officielle statistik. — Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge. Christiania.

NORGES officielle statistik. — Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed. Christiania.

NORGES officielle statistik. — Tabeller over de Spedalske i Norge samt aarsberetning for samme aar af overlægen for den spedalske sygdom. Christiania.

NORSK Magazin for Lægevidenskaben. Kristiania.

**Suisse.**

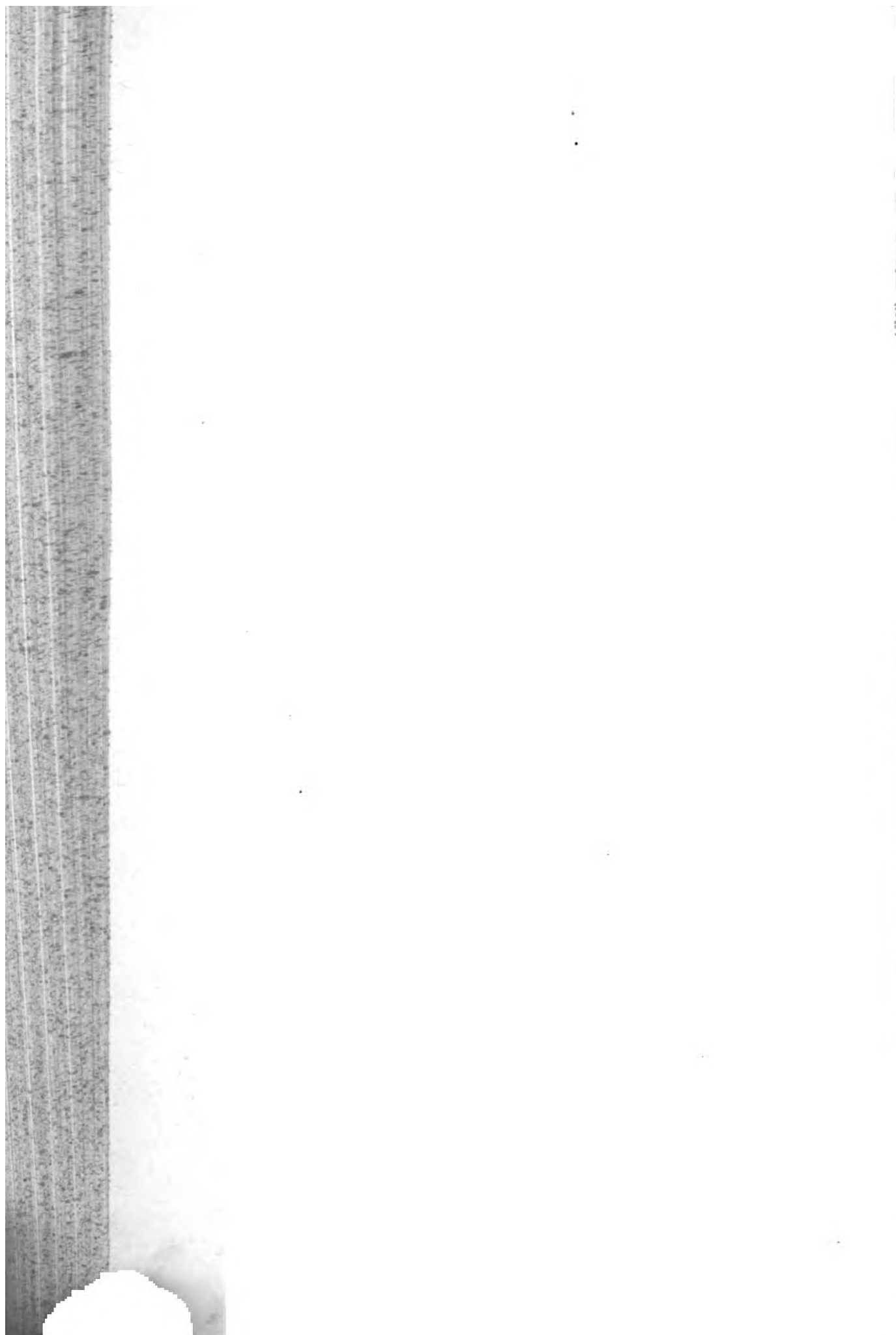
ILLUSTRIRTE Monatsschrift der ärztliche Polytechnick. Bern.

---

## OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ADAMS (C.). The coward science. London, 1882; vol. 8°.
- AUREGGIO (E.). Recherches sur les affections farcino-morveuses du cheval et de l'homme. Paris, 1882; vol. 8°.
- BONNING (C.). Ueber die Wundbehandlung mit Naphtalin. Strassburg, 1880; 8°.
- CAZENAVE DE LA ROCHE. Climat de Menton; sa spécialisation médicale. Nice, 1882; vol. 12°.
- CONCOURS QUINQUENNAL DES SCIENCES MÉDICALES (période de 1876-1880). — Rapport du jury, adressé à M. le Ministre de l'Intérieur. Bruxelles, 1882; 8°.
- DE COLLEVILLE (M.). Nephalism in Holland, Switzerland, France, and Prussice, etc. London, 1882; 4°.
- DE HEMPTINNE (A.-F.) (Nécrologie de). Bruxelles, 1882; 8°.
- DESGUIN (V.). Analyse des brochures du dr L.-D. Mason, intitulées : a) *Inebriety a disease*; b) *A statistical report of two hundred and fifty two cases of inebriety treated at the inebriates' Home, fort Hamilton*. Gand, 1882; 8°.
- DESGUIN (L.). De l'emploi du spray phéniqué dans les grandes opérations sur le péritoine, notamment dans l'ovariotomie. Anvers, 1882; 8°.
- DE VECCHI (P.). Extirpation of the kidney. San Francisco, 1882; 8°.
- EUSTACHE (G.). Des opérations graves chez les vieillards septuagénaires. Paris, 1882; 8°.
- Traitement de la chute de matrice par le cloisonnement du vagin. Paris, 1882; 8°.
- GOBERT (A.). Bruxelles port de mer, considéré au point de vue de l'intérêt national. Bruxelles, 1882; 8°.
- HERPAIN. Mesures recommandées pour prévenir et combattre la variole. Bruxelles, 1881; 8°.
- LONDON SOCIETY FOR THE ABOLITION OF COMPULSORY VACCINATION. — Testimonies of medical men, on the protection supposed to be afforded by vaccination. From 1805 to 1881. London, 1881; 12°.
- MASOIN (E.). Traitement du diabète sucré par le permanganate de potasse. Bruxelles, 1883; 8°.
- MÉHU (C.). Sur l'extraction des matières colorantes des urines bleues (indigotine et indirubine). Paris, 1882; 8°.
- MELSSENS. Conférence faite au Congrès international des électriciens, à Paris, le 29 septembre 1881. Paris, 1882; 4°.
- PAVESI (C.). Conservazione delle sostanze animali : carne, pesce, burro, per uso d'alimento e di storia naturale. Torino, 1882; 8°.
- Cloralio glicero-canforato per le affezioni reumatiche, gottose, nevralgiche, artritiche. Milano, 1882; 8°.

- PAUL (C.). Diagnostic et traitement des maladies du cœur. Paris, 1883; vol. 8°.
- PEARCE (C.-T.). Facts concerning small pox prior to and since vaccination, from 1629 to 1880. London, 1881; 8°.
- ROMMELAERE (W.). Du diagnostic du cancer. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- ROUSSEAU (E.) et MELSENS. — Electricité statique; paratonnerres; rapport; par E. Rousseau. — Paratonnerres; notes et commentaires; par Melsens. Bruxelles, 1882; vol. 8°.
- SCHROETER (R.). Die Herkunft des Ichthyols. Hamburg, 1882; 8°.
- TEBB (W.). Sanitation, not vaccination, the true protection against small-pox. London, 1881; 12°.
- THE ANTI-VACCINATOR and public health journal. 1872-1873. London, 1872-1873; vol. 4°.
- VANLAIR (C.). De la névrotisation du cartilage osseux, dans la suture tubulaire des nerfs. Paris, 1882; 8°.
- VOGT (A.). Vier populäre Vorträge über die Menschenseuchen. Bern, 1880; 12°.
- WÖNNER (E.). Contra la vaccination. Montevideo, 1882; 4°.



---

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCO  
—



La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

L'Académie reçoit de M. le Ministre de l'intérieur :

a) La statistique concernant l'état sanitaire des pays représentés au Reichsrath autrichien pendant l'année 1879;

b) Le rapport général sur l'état sanitaire de la Bavière, en 1879;

c) Le 2<sup>e</sup> fascicule de la 2<sup>e</sup> partie du tome VII de la *Biographie nationale*;

d) Les 29<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup>, 31<sup>e</sup> et 32<sup>e</sup> livraisons de la *Bibliographie générale des Pays-Bas — Bibliotheca belgica* — publiée par M. F. Vander Haeghen;

e) Une requête adressée à M. le Ministre des affaires étrangères par M. L. Clément, ébéniste, à Sainte-Foy-la-Grande (France), au sujet d'un fauteuil dont il est l'inventeur et qui offrirait des avantages au point de vue de la chirurgie, ainsi que les pièces, produites en même temps, lui semblent en donner la démonstration.

M. le Ministre exprime le désir que cette requête et ses annexes lui soient retournées avec l'appréciation de la Compagnie. — Renvoi à une commission composée, par le Bureau, de MM. Pigeolet et Thiry.

— Depuis sa dernière séance, l'Académie a perdu trois de ses membres honoraires : M. Pétry, médecin vétérinaire, décédé le 3 février courant, à Esneux (Liège), à l'âge de 80 ans ; M. le d<sup>r</sup> von Sigmund, âgé de 70 ans, mort à Padoue, et M. le d<sup>r</sup> Sédillot, qui a succombé à Sainte-Menehould, dans sa 79<sup>e</sup> année.

La Bureau a désigné MM. Chadelon, Degive et Kuborn pour représenter la Compagnie aux funérailles de M. Pétry.

Dans le discours que M. Degive a prononcé dans cette solennité funèbre, il s'est attaché à faire ressortir les qualités et le mérite de notre regretté collègue, qui a été nommé membre titulaire de l'Académie lors de sa création, en 1841, et a rempli avec zèle les charges que ce titre impose, jusqu'en 1870, époque où des infirmités le décidèrent à solliciter le titre de membre honoraire, qui lui fut conféré par les suffrages unanimes de ses confrères.

M. Degive sera appelé à donner lecture de son discours, après le dépouillement de la correspondance.

Le bureau adressera à M<sup>ms</sup> Pétry l'expression des sentiments de condoléance de la Compagnie.

— Quatre nouveaux mémoires sont parvenus au secrétariat, en réponse à la question du concours concernant l'alcoolisme. Ils sont inscrits sous les nos 2, 3, 4 et 5, celui dont la réception a été annoncée dans la précédente assemblée ayant obtenu le n° 1.

Le mémoire n° 2 a pour épigraphe : « *Le sage suffit à lui-même.* » Le n° 3 et le n° 4 sont munis, l'un et l'autre, de cette épigraphe : « *Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.* » Pour les distinguer, le secrétaire a ajouté la lettre A à l'épigraphe du mémoire n° 3, et la lettre B à celle du mémoire n° 4.



Le mémoire n° 5 porte cette devise : « *Faisons de la clinique exacte, et nous ferons de la médecine légale vraiment utile et absolument à l'abri de toute controverse* (Legrand du Saulle). »

La nomination de la commission, qui aura à apprécier les cinq mémoires reçus pour le concours, est à l'ordre du jour de la séance.

— Quatre lettres, écrites en langue hollandaise, sont adressées à l'Académie, en vue du concours concernant les maladies des centres nerveux et principalement l'épilepsie. Ces lettres ont chacune pour objet l'indication d'un remède de cette dernière affection et sont signées. Elles ne peuvent donc être admises pour le concours, et il y a lieu de les déposer simplement aux archives. — Adhésion.

— M. le dr Closset, médecin adjoint des hôpitaux civils de Liège, soumet à l'Académie un travail manuscrit intitulé : *Étude expérimentale sur la possibilité d'utiliser, à l'état frais, l'énorme quantité des viandes d'outre-mer pour l'alimentation de l'Europe*. — Commissaires : MM. Degive et Depaire.

— L'Université de Wurzburg fait hommage du grand ouvrage, en deux volumes in-4°, avec de magnifiques planches anatomiques, que sa Faculté de médecine a publié à l'occasion de la célébration, en 1882, du troisième centenaire de la fondation de cette illustre Université. — Remerciements.

— En rappelant sa candidature au titre de correspondant de la Compagnie, M. le dr Louis Oliveres, à Badajoz, offre une brochure traitant du glaucome.

— MM. Janssens et Wehenkel, *membres titulaires*; Corradi, Ercolani, Henle et Schiff, *membres honoraires*; Boëns

et Lavocat, *correspondants* ; P. Albrecht, à Bruxelles ; Chavée-Leroy, à Clermont-les-Fermes ; M<sup>me</sup> Olga Gortinsky, à Genève ; MM. R. Koch, à Berlin ; L. Lebon, à Bruxelles ; C. Löhnert, à Chemnitz ; I. Nosotti, à Pavie ; J.-A. Peeters, à Gheel ; A. Quinet, à Bruxelles ; H. Strickland Constable, à Hull ; C. Verne, à Grenoble, et A. Vogt, à Berne, font hommage de publications dont les titres sont mentionnés au paragraphe : **OUVRAGES PRÉSENTÉS.**

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont offerts.

— M. le président dépose, au nom de l'auteur, M. Louis Warnant, à Charleroi, une note manuscrite ayant pour objet *le traitement de la phtisie pulmonaire*.—Commissaires : MM. Barella et Kuborn.

— Il présente ensuite, de la part de M. Kuborn, membre titulaire, un pli cacheté, dont la suscription porte : « Objet : infection et inoculation », et propose à la Compagnie d'en accepter le dépôt. — Cette proposition est adoptée.

— Avant d'aborder l'ordre du jour, M. Degive est appelé à donner lecture du discours qu'il a prononcé aux funérailles de M. Pétry. Voici ce discours :

Messieurs, je ne m'attendais pas à recevoir la douloureuse mission qui m'est aujourd'hui confiée. Une voix bien autrement autorisée que la mienne, celle de M. le professeur Thiernesse, secrétaire de l'Académie royale de médecine, aurait désiré apporter ici, avec le témoignage d'une vieille amitié, l'expression des regrets que laisse au sein de la Compagnie, la mort de celui qui vient d'être ravi à l'affection de sa famille et de ses collègues. Nul mieux que lui n'était à même de faire ressortir les éminentes qualités de

cet homme de bien. Aussi devons-nous regretter qu'une circonstance indépendante de sa volonté ne lui ait pas permis de remplir une tâche qu'il considérait comme un double devoir de collègue et d'ami.

M. Pétry naquit à Liège, le 19 mai 1803. Après avoir fait ses humanités au Collège communal de Liège, il fut reçu à l'École vétérinaire d'Utrecht, en l'année 1824.

Grâce aux heureuses dispositions dont il était doué, il put suivre avec le plus grand fruit les cours de cet établissement, bien qu'ils fussent donnés en une langue dont il ne connaissait d'abord pas le premier mot. Au bout de quatre années d'études, il en sortait avec le diplôme de première classe.

Il s'établit d'abord à Momalle avec le titre de vétérinaire du gouvernement ; au bout de deux ans, il transféra son domicile à Waremme.

Accablé bientôt par les dures exigences d'une clientèle trop étendue, notre regretté collègue conçut l'idée de se fixer dans une localité mieux en rapport avec l'état de sa santé et avec les besoins d'une intelligence et d'une activité peu communes.

C'est ainsi qu'il vint s'établir à Liège, où il ne tarda pas à ouvrir, en 1830, un cours de médecine vétérinaire que suivirent un bon nombre de jeunes gens, dont deux : MM. Denomerange, d'Oreye, et Bellefroid, de Verlaine, furent diplômés, en 1834, par la commission nommée par le gouvernement.

En 1832, une École vétérinaire libre ayant été ouverte à Bruxelles, les autres élèves de M. Pétry s'y rendirent, les uns immédiatement, les autres successivement, les années suivantes.

En 1835, une deuxième École vétérinaire libre s'ouvrit à Liège, avec le concours du professeur Lombard et des docteurs Desaiwe et Dewilde, et M. Pétry en fut le principal professeur.

Cette école parut devoir obtenir du succès ; mais le gouvernement ne l'ayant pas subsidiée comme celle de Bruxelles, elle dut, faute des ressources nécessaires, fermer ses portes après deux années d'existence.

Les élèves déjà nombreux, qui s'y étaient fait admettre, se firent alors recevoir à l'École de Bruxelles.

Doué d'un esprit éminemment observateur, d'un jugement droit et de cette perspicacité particulière qu'on appelle le *tact médical*, M. Pétry était un clinicien de premier ordre dont les services étaient fort appréciés.

En 1838, il fut nommé médecin vétérinaire militaire ; mais il quitta bientôt ce nouveau service, en 1840, pour rentrer dans l'exercice de ses premières fonctions, qu'il continua à remplir avec le plus grand succès, jusqu'au moment où l'état de sa santé lui commanda le repos.

Notre regretté collègue était aussi un anatomiste distingué : plusieurs de ses préparations d'anatomie comparée figurent honorablement dans le musée de l'Université de Liège. Ce fut lui qui, il y a quelque quinze ans, constata, le premier en Belgique, le cowpox spontané chez une vache indigène.

En considération de son mérite scientifique, révélé par des publications importantes sur des questions de zootechnie et surtout de médecine vétérinaire, concernant les maladies contagieuses et épizootiques, M. Pétry fut affilié à un grand nombre de sociétés savantes ; il fut appelé plusieurs fois par le gouvernement à faire partie du jury d'exa-

men pour la collation du grade de médecin vétérinaire, et, en 1841, il fut nommé membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique, créée par arrêté royal du 26 septembre de cette année.

Dans les séances de la Compagnie, il fit bon nombre de communications intéressantes et rédigea plusieurs rapports importants, notamment celui du concours relatif à la peste bovine, en 1870.

Son grand âge et ses infirmités le déterminèrent alors à demander d'être admis à l'honorariat, et l'Académie, à l'unanimité, lui conféra cette promotion dans la séance du 29 octobre 1870.

Il continua néanmoins à assister régulièrement aux séances de l'Académie jusqu'en 1880, époque à laquelle l'aggravation de ses infirmités le contraignit à renoncer à toute participation aux travaux de la Compagnie.

Le Roi, voulant reconnaître les nombreux services qu'il avait rendus au pays, lui conféra successivement la croix civique de première classe et la croix de chevalier de l'ordre de Léopold.

La considération dont il jouissait lui avait également valu, en 1851, la croix de chevalier de l'ordre de la Couronne de chêne.

Ceux qui ont connu de près notre regretté collègue, savent combien étaient précieuses les qualités de sa nature si franche, si expansive, et j'ajouterai si dévouée, si charitable.

Toujours guidé par le sentiment profond du devoir, on peut dire, à très juste titre, que son existence a été celle d'un homme de bien.

Les vertus qu'il a pratiquées durant sa vie, la résigna-

tion chrétienne avec laquelle il a supporté la longue et pénible affection à laquelle il a succombé, les sentiments religieux dans lesquels il a toujours vécu et dont il a donné un si édifiant témoignage dans ses derniers moments, nous sont un sûr garant que nous pourrons le retrouver un jour dans un monde meilleur, dans le séjour que Dieu réserve à ceux qui ont passé en faisant le bien.

Cette pensée doit être la principale consolation de sa chère compagne, aujourd'hui si cruellement éprouvée.

C'est en témoignant à cette digne femme la part bien vive et bien sincère que nous prenons à son immense douleur, que nous adressons un dernier adieu à celui qui fut pour elle le meilleur des époux.

Adieu, cher et honoré collègue, au nom de l'Académie royale de médecine, adieu !

## II. — NOMINATION D'UNE COMMISSION.

L'Académie procède, au scrutin secret, à la nomination de la commission qui sera chargée de l'examen des mémoires du concours relatif à l'alcoolisme.

Sont élus : MM. Barella, Desguin et Kuborn.

## III. — LECTURES ET DISCUSSIONS.

### 1. LA FIÈVRE typhoïde, ses causes, son traitement et sa prophylaxie; par M. H. BOËNS, correspondant.

Depuis dix ans (1872-1882) le tribut payé par la ville de Paris à la fièvre typhoïde a *doublé* : la variode a *SEXTUPLÉ* ! (Dr CH. RICHT, *Revue scientifique*, 24 févr. 1883.)

Je désire appeler votre attention sur une maladie très commune dans nos régions, dont le climat tempéré serait



digne d'envie si elles ne se trouvaient exposées à de si fréquentes et d'aussi brusques vicissitudes de température.

Je vous parlerai, après tant d'autres cliniciens, des *causes*, du *traitement* et de la *prophylaxie* de la fièvre typhoïde; de ses *causes* multiples et complexes, qu'on peut ramener à quatre groupes principaux, de son *traitement* aussi variable que la constitution des malades et la symptomatique de la maladie, qui se réduit cependant à quelques règles générales simples et précises, enfin de sa *prophylaxie* qui, dans cette affection comme dans toutes les autres sans distinction ni exception, doit être empruntée exclusivement aux ressources et aux moyens de l'hygiène sociale et domestique.

Nous verrons si à l'une des endémies les plus tenaces des contrées centrales de l'Europe, dont l'étiologie relève de tant d'agents morbides divers et qui frappe un si grand nombre de sujets absolument différents quant à l'âge, aux antécédents et aux conditions physiologiques, il est possible d'opposer une thérapeutique uniforme, *antiseptique*, comme le veulent les parasitaires, *apyrétique* d'après certains dogmatiques de l'ancienne école, *expectante*, *perturbatrice* ou *tonique*, comme l'ordonnent les partisans de telle ou telle théorie nosologique préconçue?

L'art de guérir ne deviendra une science positive, exacte, que le jour où le clinicien érudit, habile, expérimenté se placera devant le sujet qu'il est appelé à traiter comme devant un problème à plusieurs inconnues subordonnées, qu'il s'agit de discuter et de résoudre en tenant compte de toutes les quantités connues, constantes ou variables, que fournissent la cause, la nature et le degré de la maladie, d'une part, l'origine, le genre de vie, les conditions ou les particularités biologiques du malade, d'autre part.

C'est en cela que consiste la vraie thérapeutique, la *thérapeutique rationnelle*, qui sera toujours une science d'une application difficile, exigeant beaucoup de connaissances préalables et de tact personnel, malgré les découvertes et les promesses de ces marchands de spécifiques qui tendent à faire de la pratique médicale un *empirisme vulgaire*.

#### I. — CAUSES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

On se donnait beaucoup de peine jadis pour distinguer les virus des miasmes et pour classer les causes de certaines maladies endémiques ou épidémiques en virulentes, miasmiques, infectieuses et putrides. On était enclin à croire que les virus étaient d'origine animale, les miasmes d'origine végétale, et que les émanations putrides provenaient uniquement de la décomposition des matières animales et végétales privées de vie. La microscopie a cherché, depuis quelques années, à débrouiller ce chaos. Elle nous a fait connaître une foule d'animalcules infiniment petits, mais infiniment nombreux, qui sont mêlés à toutes les fermentations qui s'accomplissent dans les substances de la nature, au dedans ou au dehors des êtres organisés. De son côté, la biologie est venue nous apprendre que les transformations organiques des corps vivants et les métamorphoses atomiques des innombrables représentants de ce qu'on appelle encore le règne minéral, suivent des lois aussi simples qu'uniformes, et que les limites qui étaient posées par les anciens naturalistes entre la catégorie des êtres animés et celle des êtres inanimés deviennent de plus en plus vagues, indécises et incertaines.

Au point de vue clinique, ces merveilleuses découvertes

ne nous ont pas encore rendu tous les services que nous pouvions en attendre, parce que des savants, trop pressés de généraliser et de conclure par induction, sont venus jeter le désordre dans les sciences médicales. En signalant comme causes premières et comme agents essentiels de la plupart des maladies zymotiques — maladies dont le cadre grandit tous les jours — les microzoaires (1), vibrions ou

(1) On commence à trouver et à dire, même à Paris, que M. Pasteur et ses trop zélés disciples en France, M. Koch et ses émules en Allemagne, font jouer aux microzoaires un rôle excessif. Selon ces savants microscopistes, les microbes seraient toujours des êtres malfaisants, nuisibles, causes de toutes nos maladies graves, germes destructeurs de tous les organismes vivants, propageant sans cesse autour d'eux les fermentations, la putréfaction et la mort.

Or, voici que des physiologistes distingués MM. Ch. Richet et L. Olivier, à la suite de recherches entreprises au laboratoire de la station maritime du Havre sur un grand nombre de poissons, ont découvert des légions de microbes vivant et se reproduisant dans tous les liquides viscéraux, dans la lymphe et dans le sang de ces animaux, d'ailleurs tous frais et bien portant jusqu'à l'heure où le scalpel des expérimentateurs les atteignait.

Citons, d'après M. G. Rivière un passage du compte rendu de la séance du 5 février 1883 de l'Académie des sciences de Paris, où il est question des travaux de MM. Ch. Richet et L. Olivier.

« Les recherches de ces physiologistes démontrent directement, chez tous les poissons marins qu'ils ont examinés, l'existence dans le liquide péritonéal, dans la lymphe et dans le sang, dans les liquides péricardique et céphalo-rachidien, de microbes plus ou moins nombreux ayant tous les caractères des microbes et se reproduisant comme eux. C'est surtout dans le liquide péritonéal que ces parasites sont nombreux, à ce point même qu'il est parfois difficile de les compter sur le champ du microscope; ensuite vient la lymphe, le sang. Ces bactéries sont généralement des *bacillus* longs ou courts, effilés le plus souvent et terminés en fuseau.

» Plus de 60 expériences de culture ont confirmé les résultats de l'observation directe. Les tissus organiques de ces poissons ont été protégés contre tout ensemencement de germes atmosphériques et tous, sans une seule exception, ont présenté après plusieurs semaines un développement extrême de microbes absolument comparable à ceux de culture et non des microbes de putréfaction, la chair de ces poissons n'ayant aucune odeur fétide. Il est bien remarquable, en effet, que les parties de ces poissons, qui avaient fait l'objet des expériences, eussent, pendant trois semaines, conservé l'odeur du poisson frais malgré les myriades de bactéries qu'ils contenaient; et qu'ils ne se soient corrompus ensuite qu'avec un extrême lenteur, dès qu'ils furent exposés aux germes atmosphériques. »

N'est-ce pas un commencement de réhabilitation de ces pauvres microbes si maltraités par MM. Pasteur et Koch, à Paris et à Berlin ?

bactéries, on a surfait et faussé le rôle pathogénique de ces entités infimes, qui ne naissent, ne vivent et ne se propagent que dans certaines circonstances et sous des conditions extérieures indépendantes de leur activité propre, circonstances et conditions qui suffisent pourtant à produire par elles-mêmes une foule de maladies épidémiques.

J'aurai probablement l'occasion de revenir sur cette thèse importante qui intéresse si vivement l'avenir des sciences médicales; nous examinerons alors ces diverses affections que l'on fait rentrer de nos jours dans le groupe du parasitisme microscopique, à la suite de la gale et de la trichine. Pour le moment, je m'en tiens à la fièvre typhoïde.

Que cette maladie soit le fait d'un *empoisonnement* par des microbes ou d'une *infection* par des gaz putrides, peu nous importe. Dans un cas comme dans l'autre, en attendant que les biologistes démontrent l'analogie, si pas l'identité d'action de ces deux classes d'agents morbides, les considérations étiologiques, thérapeutiques et préservatrices qui doivent guider le clinicien, restent absolument les mêmes et conduisent aux mêmes indications et aux mêmes résultats.

On peut ramener les causes diverses de la fièvre typhoïde aux quatre groupes suivants, que je représente avec leurs principales subdivisions dans le tableau synoptique suivant :

Pour peu que cela continue non seulement on trouvera dans tous les organismes vivants et sains, des légions de microbes, croissant et se multipliant, mais on finira peut-être par démontrer que les infiniment petits sont l'un des principes générateurs de nos tissus! Qui sait? N'avons-nous pas le spermatozoïde fait homme! Pourquoi n'aurions pas le microbe fait muscle, tendon ou nerf, comme nous avons déjà le microbe fait virus, pus et pourriture, dans certaines conditions pathologiques bien connues?

**A. Causes internes ou intrinsèques.****1. — Personnelles.**

- 1<sup>o</sup> Suractivité vitale.
- 2<sup>o</sup> Inactivité vitale.

**B. Causes externes ou extrinsèques.****2. — Générales.**

- 1<sup>o</sup> Chaleur excessives.
- 2<sup>o</sup> Froid humide.

**3. — Locales.**

- 1<sup>o</sup> Encombrement.
- 2<sup>o</sup> Détritüs.

**4. — Spéciales.**

- 1<sup>o</sup> Aliments altérés.
- 2<sup>o</sup> Boissons impropres.

**1. CAUSES PERSONNELLES.**

La fièvre typhoïde, dans nos climats, peut se développer d'une manière sporadique, isolément, chez un seul sujet, en l'absence de toute influence générale ou locale, sous l'unique intervention de ce que nous appelons les *causes personnelles*. Mais il faut remarquer — et nous le faisons ici une fois pour toutes — que les *causes personnelles*, aussi bien que les *causes locales* et *spéciales* agissent d'autant plus vivement sur les individus que les *causes générales*, le froid humide prolongé ou les chaleurs excessives, sont plus prononcées.

1<sup>o</sup> *Suractivité vitale*. — J'ai vu survenir la fièvre typhoïde chez des sujets qui se livraient à un travail exagéré : gardes-convois, ouvriers de toutes professions, d'ailleurs sains, bien logés et bien nourris, et chez des jeunes gens ou des adultes qui s'adonnaient à des plaisirs excessifs.

Par exemple, le 1<sup>er</sup> janvier 1883, je fus appelé à donner des soins à un célibataire, âgé de 22 ans, d'excellente constitution, vivant dans une habitation salubre sous tous les rapports, toujours bien vêtu et nourri, mais qui fréquente trop assidument une maîtresse complaisante plus âgée que lui. Il fit la fièvre typhoïde avec une intensité moyenne, mais avec tous les symptômes les plus caractéristiques, entre autres, une diarrhée longue, abondante et excessivement fétide. Il est parfaitement guéri aujourd'hui. Je fis



prendre à la famille des précautions hygiéniques convenables, le malade fut couché dans une chambre à part, chauffée et ventilée; mais parents, frères et sœurs, ne quittèrent pas la maison. Il n'y eut pas d'autre typhoïde dans cette famille, ni dans le quartier de la ville qu'elle habite.

2° *Inactivité vitale.* — La fièvre typhoïde se déclare assez souvent chez des sujets jeunes par le seul fait d'une alimentation trop abondante et d'une vie trop sédentaire, sans qu'aucune autre cause intrinsèque ou extrinsèque soit intervenue pour produire ou provoquer la maladie. J'ai été témoin de nombreux faits de ce genre, surtout dans les classes aisées de la société et particulièrement chez des jeunes filles de 12 à 18 ans, tantôt dans le cours des épidémies typhoïdes, tantôt en l'absence de toute influence pathogénique régnante. Ce sont les formes *céphalique*, au début, et *adynamique*, au second ou au troisième septenaire, qui se présentaient alors, le plus communément, avec toute leur gravité.

Où se trouve dans tous ces cas, l'influence des microbes ou des produits infectieux, auxquels plusieurs autres espèces de fièvres typhoïdes sont évidemment dues? Contestera-t-on l'exactitude de ces observations signalées par tant de praticiens, où la maladie s'est développée isolément, spontanément, en dehors de toute épidémie et de toute cause extérieure de contagion ou d'infection? Ce serait contester l'évidence, supprimer la réalité même.

Cependant tous ces malades rejettent ou exhalent des déjections putrides, qui contiennent certainement des principes de fermentation typhoïde susceptibles de provoquer une fermentation de même nature, en vertu de la loi : *Similia ex similibus nascuntur*. Mais oserait-on prétendre



que les microbes ou les gaz incorporés à ces déjections aient été la cause de la maladie? Et n'est-il pas vrai qu'en les détruisant à mesure qu'ils se montrent avec les selles, les urines et les exsudats cutanés ou bronchiques, on anéantit complètement leur influence néfaste et on empêche la propagation du mal?

## 2. CAUSES GÉNÉRALES.

La maladie dont nous nous occupons apparaît en toutes saisons; mais c'est, sans contredit, durant les hivers humides et les étés très chauds qu'elle rencontre les conditions climatiques les plus favorables à son *développement spontané*, chez certains individus, et à sa *propagation épidémique* à l'aide des ferments animés ou inanimés qui en constituent les germes extérieurs. Ainsi, c'est durant les températures élevées que la suractivité vitale, que nous avons signalée, provoque le plus facilement ce travail intestinal de décomposition ou de sur-combustion organique, qui peut aller jusqu'à produire une fièvre typhoïde des plus intenses. Au contraire, le froid humide prolongé qui modifie, ralentit et altère les fonctions de la peau, semble plutôt prédisposer à cette affection les sujets qui se trouvent dans les conditions d'inactivité vitale, dont je viens de parler.

C'est du moins ce qui résulte de nos observations personnelles.

## 3. CAUSES LOCALES.

Ce qu'on a appelé, depuis quelques années : *typhus des chambres, des camps, des prisons, des casernes*, etc., peut être rapporté à deux causes principales, indépendamment des

circonstances climatériques et des conditions individuelles concomittantes :

1° A l'encombrement des *chambres ou des localités*, par des masses plus ou moins compactes d'individus ; 2° à l'*infection* engendrée par la décomposition des déchets organiques accumulés sur un même point.

Ici se place l'influence pernicieuse des égouts, des mares stagnantes, des fumiers humides, des amas de matières fécales et généralement de tous les produits animaux et végétaux qui se putréfient à l'air libre. Les émanations qui se dégagent de ces foyers miasmatiques, qu'elles soient constituées par des gaz méphitiques seulement, ou par des alcaloïdes analogues aux ptomaïnes, ou par des légions innombrables de vibrions et de bactéries, ou par tous ces germes morbides à la fois, peuvent se répandre au loin dans l'atmosphère et aller ainsi, à de grandes distances et à diverses hauteurs, atteindre les habitations les plus salubres et les sujets les mieux portants et les plus soigneux.

Nous avons constaté ces particularités dans toutes les grandes épidémies typhoïdes, de notre pays, à Liège aussi bien qu'à Bruxelles, dans nos villages comme dans nos villes. Les mêmes particularités se sont présentées également dans le choléra à chacune de ses apparitions ; mais elles ne se sont jamais manifestées au même degré ni sur une aussi large échelle que dans les nombreuses, je pourrais dire, les incessantes épidémies de variole que nous avons étudiées depuis 25 années. On dirait que les vibrions ou les germes varioleux sont plus lourds, moins diffusibles, ou plus facilement attaqués, atténués et détruits par l'oxygène de l'air que les principes contagieux du choléra et du typhus.

Dans l'épidémie actuelle de 1882-83, j'ai recueilli plusieurs observations qui décèlent incontestablement l'influence pernicieuse des émanations provenant des matières fécales et des urines humaines. Je n'en rapporterai qu'une, ici.

M. D. habite l'étage unique d'un café très achalandé et très bien tenu, au bout duquel se trouve une cour carrée et vitrée qui conduit, par un escalier ouvert, au vestibule où sont disséminées les chambres à coucher. Dans cette cour, il y a deux latrines et un large urinoir à la disposition des clients. A force de lavages quotidiens à grandes eaux, on n'y perçoit aucune odeur désagréable durant le jour. Il n'en est plus de même dans la soirée et dans la nuit. — M. D... avait à peine installé sa famille dans cette habitation qu'avant toute crue notable de la Sambre, avant la naissance de la double épidémie de fièvre typhoïde et de variole qui a envahi, cet hiver, une partie de la ville basse et de la ville haute de Charleroi, ses deux plus jeunes enfants contractaient une fièvre typhoïde d'une gravité extrême.

Comprend-on, après cela, que dans certaines villes les administrations publiques, avec ou sans l'approbation des comités locaux d'hygiène, fassent fumer leurs boulevards et leurs parcs au moyen de produits des fosses d'aisances, sans ordonner que ceux-ci soient mélangés, au préalable, avec des principes terreux, alcalins ou salins, qui neutraliseraient leur influence morbifique?

J'ai vu, pendant une année humide et dans un beau village, dix-huit riches fermes et métairies, au milieu desquelles s'épalaient, dans de vastes cours, des masses énormes de fumier et de purin, envahies par le typhus, à l'exclusion des petites demeures du bon paysan manouvrier ou posses-

seur seulement d'une vache ou d'un porc pour tout bétail.

Plus de soixante malades gravement atteints, dont quinze succombèrent, furent, pour une seule saison malsaine, la rançon de cette coutumière infraction aux règles de l'hygiène. Et on continue de construire et d'entretenir les fermes de nos villages de façon à empoisonner les gens et les animaux qui les occupent et à perdre la meilleure partie des engrais !

A propos de l'action des *causes locales* dans la production des épidémies typhoïdes, signalons un fait assez curieux.

Dans certaines épidémies, on a fait quelquefois la remarque que les gens riches et les personnes le plus récemment arrivées dans les localités infectées se trouvaient *particulièrement frappées* par la maladie, eu égard aux chiffres proportionnels de ces deux classes de la population : les indigènes peu aisés, les riches et les étrangers. (Épidémies de Bruxelles, 1869, et de Liège, 1883.)

Cette particularité s'explique aisément par la grande faculté d'accommodation physiologique qui est propre aux êtres organisés et spécialement à l'homme, être cosmopolite par excellence. Et cette faculté n'est elle-même que la conséquence des deux principes suivants qui régissent tous les phénomènes de la nature.

En effet, on sait que l'attraction universelle agit, en raison des distances, sur tout ce qui est. Mais on doit ajouter, en vertu de la loi générale : *similia similibus*, qu'à distances et masses égales les semblables s'attirent plus vivement et plutôt que les dissemblables. C'est ainsi que l'homme s'habitue aux milieux dans lesquels il séjourne depuis longtemps et devient plus ou moins réfractaire ou insensible à leurs effluves spéciaux, parce qu'il en est profondément

imprégné. Voyez les vidangeurs : leur odeur personnelle dénote leur profession. L'individu qui boit habituellement de l'huile de foie de morue n'exhale-t-il pas, à travers sa peau, l'odeur de poisson ?

J'ai beaucoup insisté déjà, dans cette enceinte et ailleurs, sur ce fait remarquable. Permettez-moi de citer, à ce sujet, ma lettre (1) au professeur Lücke, de Strasbourg, qui est en tête de mes *Nouvelles remarques sur le traitement de l'agonie* (1874), et mon mémoire (2) : *Plus de vaccin, plus*

(1) *Nouvelles remarques sur l'agonie* (Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, T. VIII, 3<sup>me</sup> série, N° 6). A l'occasion de ce mémoire qui provoqua des critiques acerbes, j'ai adressé une lettre en réponse à M. le professeur Lücke de Strasbourg, dont j'extrais le passage suivant, page XVI et XVII de la préface :

« J'admets que dans une nouvelle guerre avec la France vos teutons l'envahissent derechef, exterminant, tuant, brûlant tout.

» Ce sera une extinction complète.

» Voilà le sol nu, rasé, et totalement annexé. Il n'y a plus un français sur la terre de France, morne et déserte comme une vaste nécropole.

» Et, après ?

» Après ?

» Teutons, bavares, saxons, s'implantent dans ce pays désolé. Le soleil resplendissant du midi rayonne sur eux. La vigne pousse, le raisin mûrit ; le Rhône, la Loire et la Seine s'élevant en vapeurs, arrosent de leurs sueurs fécondes les plaines verdoyantes. Le bétail engraisse et le grain récolté alimentent les populations nouvelles, qu'un vin généreux réchauffe et stimule. Les générations se succèdent. Et voilà que la vieille race franque, alerte et spirituelle, au sang vif, au langage expressif et animé, surgit à nouveau de la souche germaine, froide, rude et compassée. Le temps marche. Et là où fut planté un teuton, sur sa tige même, s'élève un français, un vrai français, parisien ou gascon, bourguignon ou girondin, auvergnat ou normand, avec toutes les qualités et tous les défauts que nous lui connaissons.

» Car ce n'est pas à nous, médecins, qu'il faut apprendre que le corps humain, comme la plante, est un composé de terre et d'eau, de boue et de soleil, qui porte l'empreinte du climat sous lequel il est né.

» Ah ! Monsieur, croyez-m'en ! N'exterminiez plus les races. Cela porte malheur et ne sert à rien. »

(2) D'un autre côté, voici comment je m'exprimais sur cette question de l'*accommodation humaine*, dans mon mémoire : *Plus de vaccin, plus de vaccine*, page 29 (Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, T. XIII, 3<sup>me</sup> série, N° 9 et 10) :

« Mais si les organes et les fonctions ordinaires de chaque individu se modifient selon les temps et les milieux ambiants, ses maladies, qui ne sont que des déviations accidentelles de l'état physiologique ordinaire ou normal, doivent également se modifier de la même ma-



*de vaccine* (1880). Le *Scalpel* du 18 février 1883, qui contient un article très sensé sur l'épidémie actuelle de Liège, fait aussi la même réflexion : « Comme le miasme typhoïde, dit-il, s'est trouvé à la portée du riche comme du pauvre et qu'ils l'ont respiré également, il s'en est suivi que le pauvre, plus endurci et acclimaté dans l'atmosphère malfaisante, a

nière. D'un autre côté, l'organisme humain est lui-même doué d'une faculté puissante d'accommodation ou d'adaptation, non seulement aux éléments extérieurs de toute nature avec lesquels il est en contact permanent, prolongé ou fréquent, mais avec ceux qui s'incorporent plus ou moins profondément dans sa substance. On ne comprend pas comment certains ouvriers puissent jouir d'une bonne santé au sein d'une atmosphère impure. Il n'est pas un praticien dont le cœur n'ait quelquefois été soulevé au contact des émanations fâdeuses, nauséabondes ou âcres, qui s'exhalent de toute la périphérie de ces individus, surtout au moment où ils viennent de se découvrir. Dans un semblable milieu, nous suffoquerions ou nous ne tarderions pas à tomber malades. Ils y vivent, eux, pourtant. Pourquoi ? Parce que, comme les vidangeurs, ils se sont accommodés à ces principes ; ils en sont imbibés, imprégnés : cela fait partie de leurs tissus, de leur sang, de leur chair, de même que les petits crevés suent le musc ou le patchouli, que les bouchers s'assimilent les effluves du sang de leurs victimes et, que certaines familles, anciennement, se façonnaient à la pratique des saignées ou des purgations fréquentes.

» Si, comme tout nous porte à le croire, le vaccin, par exemple, aussi bien que tous les virus, que tous les êtres de l'univers, subit l'influence des agents modificateurs qui l'entourent ; si, d'un autre côté, l'économie humaine se façonne, s'habitue peu à peu aux principes hétérogènes qui s'insinuent dans sa substance, quelle peut être la signification de tous les faits négatifs que les partisans de la vaccine insèrent dans leurs statistiques ? On proclame que, dans telle circonstance tant de milliers de sujets n'ont pas eu la variole ou n'ont contracté qu'une variole légère. Voilà qui est acquis. Mais est-ce bien par le seul fait que ces sujets ont été vaccinés et revaccinés qu'on a obtenu ce résultat ? Qui oserait le prétendre et qui pourrait le prouver ? Quelle part fait-on dans cette appréciation à tous les facteurs nosologiques et préservatifs, dont il vient d'être question ? Qui saurait déterminer la valeur prophylactique du vaccin d'aujourd'hui et la comparer à celle du vaccin d'autrefois ? Y a-t-il identité, sous ce rapport, entre les premières générations humaines, vierges jusqu'alors, de toute inoculation vaccinale, qui ont été soumises à cette pratique et les générations actuelles qui par hérédité, par transmission, sont déjà parvenues à un plus ou moins haut degré d'accoutumance ou d'indifférence à l'égard du vaccin ?

» Si les organes et, par suite, les fonctions ordinaires de chaque individu se modifient lentement selon les temps et les milieux, les maladies elles-mêmes, comme je viens de le dire, qui ne sont que des déviations accidentelles de l'état physiologique normal, doivent également se modifier de la même manière. Nous savons que tous les grands modificateurs du corps humain : les mœurs, le genre de vie,



pu mieux y résister que le riche, et que celui-ci en a souffert davantage et en a été souvent victime.

#### 4. CAUSES SPÉCIALES.

Nous pourrions rapprocher, quant à leur mode d'action, les *causes spéciales*, parmi lesquelles nous rangeons en première ligne les aliments altérés et les boissons impropres, des *causes intrinsèques* ou personnelles de la fièvre typhoïde. Il ne peut être question, ici pas plus que là, de gaz putrides ni d'animalcules propres à cette maladie, en d'autres termes, des *germes particuliers* que produit le typhus et qui le reproduisent à leur tour. J'ai vu, par exemple, diverses familles de bouchers, patrons et serviteurs, où l'on avait pris l'habitude de manger les viandes rebutées par des clients, fournir un large contingent à la fièvre typhoïde en tous temps, même en dehors des périodes épidémiques.

Quant aux boissons, il est parfaitement reconnu que l'eau des puits ou citernes, corrompue par des filtrations infectes, suffit pour donner le typhus aux personnes qui en boivent habituellement. D'un autre côté, on sait que les ouvriers brasseurs, qui absorbent journalièrement de grandes

la nature et la qualité des aliments, l'éducation, les rapports sociaux, les saisons, les climats, la température et la composition du fluide atmosphérique, varient de générations en générations. Les conditions pathogéniques n'étant pas constantes, les phénomènes morbides ne peuvent être invariables. C'est d'ailleurs, ce que l'histoire médicale de tous les peuples nous révèle. Il est avéré que les épidémies de ce temps-ci, diffèrent notablement de celles qui ont sévi autrefois. Il en est de même de toutes les maladies sporadiques, d'origine miasmatique ou virulente. La cause de ces différences est-elle simple, unique, ou complexe? Personne ne met plus en doute, aujourd'hui, qu'elle ne soit complexe. Mais nul encore jusqu'ici n'est parvenu à préciser ce qui est dû aux progrès de l'hygiène privée et publique, d'une part, et à la transformation des mœurs et du régime alimentaire, de l'autre, dans l'atténuation incontestable des épidémies chez les peuples civilisés. »

quantités de bières jeunes, remplies de matières fermentescibles, sont exposés à contracter une forme particulière de fièvre typhoïde, à laquelle le professeur Lombard, de Liège, avait donné le nom de *forme bilieuse*. Dans ces divers cas, il se produit dans l'économie des sujets une série de fermentations et d'altérations provoquées par des matières en décomposition, qui finissent par rompre l'équilibre fonctionnel et déterminer la désagrégation partielle ou totale des tissus vivants.

Résumons-nous.

La fièvre typhoïde reconnaît des *causes générales* qui dominent toutes les épidémies et qui sont communes à tous les individus. Mais elle a des *causes internes (intrinsèques)*, intimes, propres aux sujets seulement, et des *causes externes spéciales* qui résultent de l'altération des aliments, soit solides soit liquides. Enfin, outre les *causes générales*, qui préparent et accompagnent toutes les grandes épidémies, il existe des *causes locales* d'encombrement et d'infection, qui sont les facteurs principaux des fièvres typhoïdes épidémiques, plus ou moins circonscrites, qui paraissent tantôt ici, tantôt là, même en l'absence des *causes générales*.

## II. — TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Pour se faire une idée nette des indications multiples qui se présentent, non pas dans le traitement de telle ou telle maladie, être idéal qui, comme la notion d'espèce et de genre, n'existe que dans nos conceptions doctrinales, mais pour le traitement de chaque malade, en particulier, qui constitue une entité réelle, pourvue de propriétés et de qualités dont l'ensemble le distingue absolument de tous ses

semblables, il est bon de dresser des points de repère, analogues à ceux que j'indique dans le tableau synoptique suivant pour tous les cas de fièvre typhoïde.

### Indications thérapeutiques.

#### 1<sup>o</sup> Tirées de la maladie.

- |                                  |     |   |
|----------------------------------|-----|---|
| 1. — Début de la maladie . . . . | {   | Violent.<br>Lent.   |
| 2. — Maladie confirmée . . . .   | A { | Premier septénaire.<br>Deuxième septénaire.<br>Troisième septénaire.                    |
|                                  | B { | Phase initiale<br>(ou période inflammatoire),<br>Phase finale<br>(ou période nerveuse). |
| 3. — Forme de la maladie . . . . | A { | Céphalique.<br>Thoracique.<br>Abdominale.   |
|                                  | B { | Bilieuse.<br>Adynamique.<br>Ataxique.   |

#### 2<sup>o</sup> Dédites du sujet.

- |                                   |   |                                      |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| 4. — Age du malade . . . . .      | { | Enfant.<br>Adolescent.<br>Adulte.    |
| 5. — Tempérament du malade . .    | { | Bilieux.<br>Lymphatique.<br>Nerveux. |
| 6. — Constitution du malade . . . | { | Bonne.<br>Faible.<br>Viciée.         |

#### 3<sup>o</sup> Des accidents et de la convalescence.

- |                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| 7. — Complications de la maladie . | { | Ulcères.<br>Hémorragies.<br>Congestions. |
| 8. — Convalescence . . . . .       | { | Franche.<br>Irrégulière.<br>Reliquat.    |

On pourrait croire, au premier aperçu, en jetant un coup d'œil sur ce tableau, que la multiplicité des indications qui se présentent à propos de chaque malade, doit avoir pour effet d'embrouiller les idées du praticien ou de surcharger

le traitement de détails et de moyens fastidieux et compliqués. Il n'en est rien : ces diverses indications se combinent, s'enchevêtrent et se succèdent si naturellement, qu'elles se résument toujours, depuis le commencement jusqu'à la fin de l'affection, en quelques applications simples et précises, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Remarquons aussi que je n'ai pas mis en ligne de compte les causes de la fièvre typhoïde pour en déduire telles ou telles indications. Autant le clinicien doit s'aider et s'inspirer de l'étude des causes pour instituer le traitement rationnel des maladies chroniques, autant il a peu à s'en préoccuper lorsqu'il s'agit de maladies aiguës, zymotiques ou non. Dans ce dernier cas, les considérations étiologiques, comme nous le dirons plus loin, n'ont d'intérêt réel que pour asseoir la prophylaxie sur ses véritables bases. Quelle modification, en effet, apporterait-on au traitement d'une fièvre typhoïde en voie de développement, si elle avait été occasionnée par une cause extrinsèque plutôt que par une cause intrinsèque, ou vice-versa ?

Enfin, ne suffit-il pas de se représenter à l'esprit le grand nombre de facteurs, essentiellement différents, qui concourent à former l'état morbide particulier de chaque sujet atteint de fièvre typhoïde, pour comprendre, *à priori*, qu'il soit impossible de les soumettre tous à une seule et même médication active ? Supposons même qu'il s'agisse d'un *empoisonnement spécial*, dû à un agent toujours identique à lui-même, comme dans le cas des empoisonnements par l'arsenic, le mercure, la belladone et autres substances toxiques ? Le poison ayant été absorbé, ayant produit ses ravages, est-ce à lui, cause du mal, ou à l'organisme, qui en subit les effets, qu'il faut appliquer une thérapeutique

vigilante? Dans le choléra lui-même, dont les graves effets suivent de si près le début, est-ce aux germes, aux microbes destructeurs qu'on oppose des moyens prompts et actifs pour entretenir la vie et rétablir la santé des malades? Quel est le clinicien intelligent qui, en semblable occurrence, recourt aux antiseptiques, aux insecticides, aux antiparasitaires, pour anéantir les vibrions qui se sont abattus sur tels et tels sujets, au lieu de s'efforcer, au plus tôt, de ramener la chaleur vitale, de rétablir la circulation défaillante et de provoquer dans tout le corps une réaction salutaire?

Et dans la fièvre typhoïde, dont la durée est généralement si longue, quoi qu'on fasse, on se bornerait à poursuivre les animalcules microscopiques dans la profondeur des tissus à coups d'antidotes ou d'antipyrétiques, sans se soucier des particularités propres aux malades, ni des désordres multiples et variés qui se sont produits dans leur économie!

Nous avons dit tantôt que le traitement de tout sujet malade devait être posé par le clinicien comme un problème algébrique à plusieurs inconnues. Cela ne veut nullement dire qu'il n'y ait à tenir note dans chaque équation pathologique que des symptômes présents, et moins encore, que les indications thérapeutiques principales doivent en résulter et s'en déduire. De toutes les méthodes empiriques, la plus détestable est sans contredit celle qui ne s'attache qu'à combattre les manifestations morbides. Elle aboutit nécessairement à la polypharmacie, à la confusion, au gâchis. Non, la symptomatique générale de la maladie étant connue, il faut envisager celle-ci dans son essence, sa nature ou son principe, pour déterminer l'indication *dominante*, autour de laquelle ou vers laquelle doivent converger les



*indications accessoires*, qui se puisent dans les particularités ou variétés relatives au sujet malade.

Chaque maladie, en effet, a une nature, une essence propre et des caractères spécifiques, qui en font non pas une entité réelle, mais un groupe morbide absolument analogue à ces groupes naturels qu'on a décorés des noms d'*espèces*, *genres* ou *familles*, dans l'histoire des sciences. De là résulte, pour chaque maladie, ce que j'appelle l'*indication dominante*, à laquelle répond, dans la pratique médicale, un *traitement* essentiel ou *typique*, qui comprend un ou plusieurs moyens principaux.

Mais les différents sujets atteints d'une même affection, étant malades, chacun à sa façon, par suite des nuances et des variations particulières de *sa maladie*, d'une part, et des propriétés physiologiques ou biologiques spéciales de son organisme, de l'autre, il se fait qu'autour de l'*indication dominante* viennent se placer des *indications accessoires*, qui s'y ajoutent ou qui la modifient selon les cas et les circonstances pathologiques.

L'*indication dominante* est plutôt une question de science générale; les *indications accessoires* sont surtout questions d'expérience, d'observation, de tact individuels.

Le clinicien combine, approprie ses moyens thérapeutiques pour y satisfaire régulièrement, prudemment, sûrement et avantageusement, au point de vue de chaque malade qui est soumis à ses soins. C'est là ce que j'appelle la *thérapeutique rationnelle*.

Ainsi, un cas de fièvre typhoïde étant donné, l'*indication dominante* ou principale est celle-ci : tempérer, modérer le travail inévitable de décomposition, de combustion intime, qui s'accomplit, et soutenir l'organisme durant le temps



nécessairement long que ce travail désorganisateur doit durer.

Tout ce qui rentre dans cette indication générale est favorable au malade ; tout ce qui s'en écarte lui est nuisible.

Nous allons voir, plus loin, les divers moyens, multiples et variés qui doivent être mis en œuvre chez les différents sujets pour répondre à ce principe thérapeutique, qui régit le traitement des fièvres typhoïdes. Mais, répétons-le encore, pour remplir la première condition de cette règle générale, il ne faut pas courir sus à chaque symptôme pour le supprimer ou le combattre en particulier, dès qu'il apparaît. Il y a des symptômes utiles, nécessaires, qu'il faut respecter. Par exemple, vouloir d'emblée arrêter, couper la diarrhée des typhoïdes par des médicaments actifs, ce serait chercher à réprimer un effet utile, une évacuation indispensable, presque toujours, du moins dans la première phase de la maladie. Laissons aller librement ce flux salulaire, et attachons-nous seulement à tempérer et modérer le travail fébrile de dénutrition dont il est une des conséquences. L'intervention du praticien doit se faire à point, au bon moment, et avec la mesure exacte des effets désirés et des agents mis en œuvre. C'est affaire de science et de tact en même temps.

Arrivons maintenant à notre tableau synoptique.

#### 1° *Indications tirées de la maladie.*

1. *Début de la maladie.* — Le début de la maladie est tantôt violent, tantôt plus ou moins lent. A celui-ci on n'oppose guère que des soins hygiéniques. C'est dans le cours des épidémies graves, et à l'état sporadique chez les grands

buveurs de bière ou chez les sujets jeunes qui se trouvent dans les conditions d'inertie organique ou d'inactivité vitale dont nous avons parlé déjà, que l'on voit le plus fréquemment la fièvre typhoïde débiter brusquement, et souvent par des accidents cérébraux. Ces accidents céphaliques sont de deux espèces : *congestifs* ou *bilieux*. Dans le premier cas, on déblaie la tête par une application large et courte, de 6 à 8 sangsues qu'on applique à la nuque ou à l'anus, et qu'on ne laisse pas couler (Lombard, de Liège), et on cherche à transformer la *forme céphalique* en *forme abdominale*, infiniment moins dangereuse, par une révulsion intestinale à l'aide des purgatifs salins. Dans le second cas, *forme bilieuse* des ivrognes, des rhumatisés, des gouteux ou de certaines épidémies intenses (Bruxelles, 1869 et Liège, 1882) on emploie un vomitif énergique.

Une partie de ces recommandations sont applicables aux débuts violents de certaines varioles, la petite vérole et la fièvre typhoïde ayant, d'ailleurs, de nombreux traits d'analogie au point de vue clinique.

2. *Maladie confirmée.* — Il y a des fièvres dites *inflammatoires* et d'autres dites *muqueuses*, qui durent de 4 à 15 jours, et que certains disciples d'Esculape, nés malins, érigent au rang des fièvres typhoïdes pour se donner le mérite de savoir enrayer, couper cette maladie au moyen de certains spécifiques ! Laissons-leur ces illusions et ces procédés... Galéniques. Pour notre part, sans attacher trop d'importance aux périodes pathologiques des anciens, si chères encore aux admirateurs trop exclusifs du grand Hippocrate, nous dirons que nous n'avons jamais vu de fièvre typhoïde vraie durer moins de 20 jours, trois septénaires. En deçà, il ne nous a été donné de rencontrer que des fièvres passagères,



individuelles ou saisonnières, qui n'ont rien de commun avec le typhus. Au delà de trois septénaires, dans le cas de fièvres typhoïdes proprement dites, c'est moins la maladie que les complications ou les incidents de la convalescence qui nous préoccupent.

A. *Premier septénaire.* — Tout individu atteint de fièvre typhoïde doit avoir un lit propre et dur; une chambre ordinaire, facile à ventiler, *chauffée* en hiver et durant les jours humides et froids. Je renonce à soigner les malades qui ne peuvent pas occuper un *appartement chauffé* pendant la mauvaise saison.

L'eau froide, les oranges, la limonade sulfurique ou chlorhydrique plus ou moins édulcorée, le lait pur ou coupé, au gré des malades, voilà tout mon arsenal thérapeutique du premier septénaire. Les cataplasmes chauds sur le ventre, les compresses froides sur la tête, je les proscriis impitoyablement; mais je fais passer fréquemment sur les mains, la face, le cou, la poitrine, etc., des linges propres, *légèrement* imbibés d'eau froide, qui rafraîchissent la peau, soutirent peu à peu le calorique qui la surchauffe et tempèrent la transpiration insensible qui s'en exhale et qui est pour les malades une cause d'affaiblissement.

Je considère ces moyens, si légers en apparence, mais qui, par leur quasi-continuité sous forme de boissons rafraîchissantes et de lotions décomburantes, peuvent produire des effets notables, comme base du traitement rationnel du typhus.

Au fond, que voyons-nous dans cette maladie? Un état de fermentation, de surcombustion et de décomposition générale, quelle qu'en soit la cause première. L'indication principale ou dominante dans cette situation n'est-elle pas,

comme je viens de le dire, d'*enrayer ce travail insolite tout en soutenant l'organisme*, de manière à ne pas y provoquer des secousses ou des réactions plus dangereuses que la maladie elle-même?

Or, soutirer le calorique en excès, au moyen de légères lotions aqueuses qui entretiennent sur divers points de la peau une petite évaporation, et faire ingérer de l'eau froide, acidulée ou non, par petites gorgées répétées à de courts intervalles, c'est, selon moi, tout ce qu'il est possible de faire pour agir *sûrement et efficacement* contre la *dénutrition organique*, qui est la conséquence directe des fièvres continues et contre l'effervescence générale qui se prononce et se propage dans tous les tissus, à cette période de la maladie.

*Deuxième septénaire.* — Mêmes prescriptions, mêmes soins. J'insiste davantage sur l'utilité du lait pur ou coupé d'eau, sucré ou non; j'y ajoute, surtout chez les jeunes sujets, du bouillon plus ou moins léger, par cuillerées de *deux en deux heures*. Chez les adolescents, le sirop de quinquina rouge et les jus de fruits additionnés d'eau, peuvent remplacer les oranges et les limonades acides édulcorées.

*Troisième septénaire.* — Au lait a succédé déjà, peu à peu, le bon bouillon, de *trois en trois heures*, avec un peu de vieux vin dans un verre d'eau sucrée. Le biscuit de fécule, le pain rôti bien trempé de bouillon ou d'eau vineuse, les huîtres, les crèmes, etc., et chez les sujets débiles, scrofuleux, syphilitiques, etc., une potion amère, aromatisée, à petites doses, complètent ce régime alimentaire, en attendant les ris de veau, les viandes blanches rôties, les compotes de fruits et les potages herbacés, dont l'heure est marquée, suivant les cas, par l'état des voies digestives du sujet.



J'exclus les œufs, les laits de poule, les gros farineux et les viandes fortes de boucherie, même durant tout le troisième septénaire de cette maladie et au delà.

Généralement au bout de 21 jours, je sou mets les convalescents aux raffinements et aux délicatesses de l'art culinaire, selon leurs ressources personnelles, me contentant de réprimer les exigences de l'appétit à mesure qu'il revient.

*B. Phase initiale.* — A la division qui précède, et que je ne verrais cependant nul inconvénient à conserver, je préfère celle que Lombard (de Liège) avait adoptée pour se rendre compte de la marche habituelle de la maladie au point de vue des indications thérapeutiques. La première période ou *phase initiale* pourrait être aussi justement nommée : période congestive ou inflammatoire. C'est l'époque où les rafraîchissements, l'eau à l'intérieur et en lavages légers à l'extérieur, les tempérants acidulés, les délayants simples ou laxatifs et le lait pur ou coupé d'eau selon les cas, jouent le rôle le plus efficace. Elle dure 8 à 10 jours.

*Phase finale.* — L'épuisement des sujets domine maintenant la situation. Il faut encore rafraîchir, tempérer, comme dans la première période; mais en s'attachant de plus près, d'autre part, à soutenir, à raviver l'organisme dans le travail de décomposition, de combustion intime, auquel il est livré. C'est l'époque où le lait, les bouillons et autres liquides alimentaires délicats sont destinés à rendre les plus grands services au clinicien.

Les lotions d'eau froide sont peu à peu remplacées par les lotions alcooliques ou vineuses.

*L'alimentation progressive*, de son côté, enraie le mouvement de désorganisation qui se prononce, calme la soif et reconstitue les sucs glandulaires.



A la fin de cette seconde période, qui dure de 10 à 15 jours, les malades généralement entrent en pleine et franche convalescence, qui est suivie habituellement d'une guérison rapide. Cependant dans certaines épidémies intenses et dans quelques cas très graves, accompagnés de complications sérieuses, ou chez des sujets de mauvaise constitution, il y a d'assez nombreuses exceptions à cette règle.

3. *Forme de la maladie.* — Dans notre séance du 9 décembre 1876, j'ai rappelé la polémique qui s'est élevée en 1854, entre l'École de médecine de Liège et celle de Louvain, à propos des formes de la fièvre typhoïde. Il n'y a pas, ai-je dit alors, de *forme stable*, durable dans cette maladie, qui affecte tout l'organisme jusque dans ses plus délicats tissus ; mais il existe parfois une prédominance passagère de tel ou tel groupe de symptômes, à laquelle on a donné tantôt les noms de *forme cérébrale*, *thoracique* ou *abdominale*, au point de vue anatomique des régions de l'économie humaine ; tantôt ceux de *forme bilieuse*, *adynamique* ou *ataxique*, tantôt même ceux d'*inflammatoire* ou *nerveuse* (Cullen), dénominations qui se rapportent bien plutôt au caractère de certaines phases ordinaires de l'affection qu'à des formes particulières, plus ou moins fréquentes.

Arrêtons-nous seulement, ici, à quelques particularités qui méritent d'être signalées, parce qu'elles peuvent donner lieu à des indications thérapeutiques spéciales.

A. *Forme cérébrale.* — Nous avons vu que cette forme se présente assez souvent au début des fièvres typhoïdes épidémiques, ainsi que des fièvres typhoïdes sporadiques, de *causes spéciales* ou de *causes internes (intrinsèques)*. On la désigne vulgairement alors sous le nom de *fièvre cérébrale*,



et c'est à elle, sans contredit, que l'on peut imputer la plus large part dans la mortalité résultant de cette maladie. Nous avons dit comment nous la combattons d'emblée par des agents anti-congestifs et anti-inflammatoires directs.

Les praticiens, qui veulent voir dans cette manifestation morbide un accès de fièvre pernicieuse occasionnée par des effluves ou des micro-organismes putrides, s'empressent de prescrire le sulfate de quinine, à hautes doses. Mais, comme l'a fait judicieusement remarquer le *Scalpel*, dans son n° du 11 février courant, c'est par ces doses exagérées de quinine, qui déterminent elles-mêmes des accidents graves, que l'on arrive aux formes les plus dangereuses, aux formes ataxiques et adynamiques.

*Forme pectorale.* — On rencontre rarement cette forme d'emblée dans la phase initiale des fièvres typhoïdes; ce n'est guère que dans la période d'épuisement qu'elle se montre, et le plus souvent à l'état de congestions passives. Cependant chez les ivrognes, chez les sujets qui sont soignés dans des appartements froids et surtout chez ceux qui sont soumis à des refroidissements prolongés, soit par des changements de linges exécutés sans précautions, soit par des bains froids ou des lotions froides, exagérées, sur la tête ou le tronc, la forme pectorale, avec tous ses accidents consécutifs, est assez fréquente et grave.

Dans ces diverses conditions, je n'emploie jamais les saignées, les sangsues, ni les vésicatoires, si efficaces au début des pleuro-broncho-pneumonies franches. Quelques ventouses sèches, des frictions stimulantes sur le thorax et le dos, et des préparations légèrement amères et aromatiques, ajoutées à une alimentation liquide bien conçue, tels sont les principaux moyens auxquels j'ai recours,



alors, pour remplir les indications thérapeutiques qui se présentent.

*Forme abdominale.* — Cette forme est bien plus une partie intégrante et essentielle de l'affection, qu'une particularité symptomatique. Faut-il combattre la diarrhée? Jamais. La constipation est un phénomène rare, qui ne dure pas, et qui ne réclame pas souvent de soins spéciaux, si ce n'est quand il coïncide avec des accidents cérébraux exceptionnels.

B. *Forme bilieuse.* — C'est l'une des formes du début et quelquefois du premier septénaire de la fièvre typhoïde. Comme nous l'avons dit, il se peut qu'un vomitif ou des purgatifs salins deviennent alors nécessaires.

*Formes ataxiques et adynamiques.* — Elles se manifestent parfois d'emblée avec la forme cérébrale (inflammatoire ou bilieuse) de la maladie. Dans ce cas, c'est cette dernière qui doit être l'objet principal, si pas exclusif de l'attention du clinicien. Dans tous les cas, ni à la première, ni à la seconde phase du mal, l'adynamie ni l'ataxie ne réclament des agents thérapeutiques très actifs. Je n'ai jamais recours au sulfate de quinine, au musc, aux excitants énergiques, pas même aux alcooliques, pour les combattre; mais aux boissons vineuses, au bouillon de bœuf, aux aliments légers, aux amers doux et sucrés, tels que le sirop de gentiane, de quinquina rouge, d'écorces d'orange ou le café.

Autrefois, quand on tenait les malades à une diète absolue et prolongée, les formes improprement dites *nerveuses*, étaient très communes. Elles deviennent de plus en plus rares de nos jours. En revanche, sous l'influence perturbatrice du sulfate de quinine ou des bains froids, ainsi que par l'action incendiaire des alcooliques, du vin de quinquina et

autres spiritueux, nous voyons augmenter le nombre des sujets qui meurent par épuisement, non plus faute d'une alimentation suffisante, mais par suite d'une irritation gastro-intestinale chronique qui empêche les fonctions digestives et nutritives de s'accomplir normalement.

C'est un point qui mérite d'arrêter un instant notre attention.

J'ai vu mourir beaucoup de sujets auprès desquels j'étais appelé en consultation et dont la soif persistante, la sécheresse des muqueuses et des glandes sécrétoires, au bout de vingt à vingt-cinq jours de maladie confirmée, ne reconnaissent d'autre cause que l'intervention malheureuse de ces agents perturbateurs. L'alcool est un caustique qui contribue à favoriser la combustion lente des tissus, et surtout des tissus déjà congestionnés, irrités, malades, qu'une lente et continue inflammation dessèche, consume, malgré l'afflux des sucs naturels ou des boissons qui tendent à les rafraîchir.

Le sulfate de quinine agace, excite les muqueuses.

Le froid subit ou répété ne peut pas être considéré comme un simple tempérant agissant à l'instar de ces lotions légères ou des ces lavages, courts et fréquents, que nous faisons pratiquer avec des linges humides ; c'est un perturbateur qui, au moindre écart ou oubli dans son mode d'application, occasionne vers les muqueuses un reflux congestif qui peut avoir de fâcheuses conséquences. Voyez ce qui se passe, avec le froid, dans les cas de rougeole et de scarlatine, chez les enfants, et dans les suites de couches, chez les femmes ! Voyez ce que le froid produit chez les nouveau-nés : ophthalmies, bronchites, sclérème. Certes, bien ordonné et réglé, le froid devient un antiphlogistique, même



un simple tempérant. Mais sous forme de bain, c'est une arme à deux tranchants, qui abat plus sûrement le malade que la maladie. Ce n'est pas par des soubresauts, ni des secousses semblables qu'on aide l'organisme à triompher du mal qui le ronge ou le mine, dans les cas de *fièvres typhoïdes*, pas plus que dans les cas de *petite vérole* — maladies qui ont entre elles tant d'analogies — et qui se substituent si souvent l'une à l'autre dans un grand nombre d'épimies, ainsi que nous l'avons constaté encore à Charleroi, cette année (1882-83).

Après avoir passé en revue les indications thérapeutiques qui résultent des phénomènes de la maladie, examinons celles qui se déduisent des particularités propres à chaque sujet.

*2<sup>o</sup> Indications déduites du sujet.*

4. *Âge du malade.* — Plus le sujet est jeune moins la diète doit être sévère. A cet égard, l'instinct des malades est un guide plus sûr pour le clinicien que l'inspection des organes, y compris la langue. Chez les enfants et les adolescents qui n'ont pas dépassé l'âge de la puberté, quelle que soit la violence des symptômes du début et du premier septénaire, je n'emploie jamais les évacuations sanguines ; j'aime mieux m'en tenir aux vomitifs et aux révulsifs cutanés et intestinaux, à effets rapides et fugaces. Les tempérants acidulés, les vins blancs, etc., conviennent surtout aux adolescents et particulièrement aux jeunes filles, la dissolution du sang qui est l'un des effets de cette maladie, les exposant plus que les adultes et les enfants aux hémorragies passives.

5 et 6. *Tempérament et constitution du malade.* — L'influence des sexes, des tempéraments et des constitutions

individuelles, quant aux indications cliniques dans la fièvre typhoïde, peut se résumer dans les considérations suivantes.

Tout sujet faible doit être l'objet de soins spéciaux, plutôt hygiéniques et alimentaires que pharmaceutiques, dans tout le cours de la maladie.

Les tempéraments nerveux et les constitutions sèches ne supportent pas facilement la diète.

Enfin, les personnes qui sont déjà préalablement atteintes d'une maladie, d'une infirmité ou d'une diathèse quelconque, ne peuvent pas être toutes également soumises au traitement ordinaire des affections typhoïdes simples.

Je n'insiste pas sur ces considérations, qui sont familières à tout clinicien et dont les partisans les plus exclusifs des méthodes empiriques spéciales ne peuvent se dispenser de tenir compte, jusqu'à un certain point, dans leur pratique routinière; mais je n'abandonnerai pas ce sujet sans rapporter une histoire instructive, que le professeur Lombard, de Liège, se plaisait à raconter dans sa clinique, à l'hôpital de Bavière, et qui avait fait sur son esprit, éminemment observateur et critique, une grande et salutaire impression.

C'était en 1845. On était sous le règne des idées de transition sur la nature, les caractères et l'anatomie pathologique de ces affections, que Forget appelait : *entérites folliculeuses* (1841), que Bretonneau et ses disciples avaient nommée *dothinentérite* (1826), que Prost (1804), Petit et Serres (1813), Broussais et autres considéraient, les uns comme des *fièvres* multiples différentes, les autres comme une *inflammation gastro-intestinale* plus ou moins grave, et auxquelles enfin, les recherches de Louis et de Chomel firent définitivement donner le nom de *fièvres typhoïdes*.

Une violente épidémie régnait dans une commune de la



province de Liège. En sa qualité de président de la commission médicale provinciale, le professeur Lombard fut appelé à visiter d'urgence cette commune, où l'unique praticien qui la desservait, venait de tomber malade à son tour. Il trouva un excellent médecin démoralisé, exténué de fatigues, plutôt que malade, qui lui confia la cause de ses chagrins. Ses clients mouraient comme des mouches sous les coups de l'épidémie typhoïde, qui sévissait dans une agglomération de six ou sept villages. « Et cependant, fit-il remarquer, je les traite suivant les *règles de l'art* ! »

Les *règles de l'art*, en ce temps-là, c'était la méthode antiphlogistique directe, une diète absolue de trois septénaires au moins, puis des préparations de quinquina, de musc et autres médicaments énergiques, dirigés contre l'adynamie et l'ataxie excessives qui résultaient de la maladie et du traitement combinés ; comme aujourd'hui les *règles de l'art* consistent dans les bains froids, l'alcool, le sulfate de quinine, l'acide salicylique ou autres agents antipyrétiques et antiseptiques, prodigués à tous les malades indistinctement.

— Cela est infiniment regrettable, répondit Lombard, mais il faut en prendre votre parti.

— Ce qui me contrarie le plus, répliqua le brave praticien, c'est que les paysans peu aisés guérissent en plus grand nombre que les riches.

— Et à quoi cela tient-il ?

— Je n'en sais rien. Figurez-vous que la plupart de ces petites gens suivent les conseils d'un rustre ignorant, un simple maréchal-ferrant, qui se mêle de pratiquer l'art vétérinaire et qui fait de la médecine humaine à l'occasion.

— Quels conseils leur donne-t-il, votre maréchal ?

— Mais il ne prend même pas la peine d'aller voir les

malades ; il leur prescrit l'eau de fontaine et les laisse boire et manger à volonté !

Le professeur réfléchit un instant, puis il dit à son malheureux confrère ; « Je n'ai qu'un conseil à vous donner. Reprenez vos visites, continuez à soigner vos malades, mais dorénavant traitez-les à la manière du maréchal-ferrant, puisque cela lui réussit. »

Je ne suis pas bien sûr que cette histoire, qui nous a été tant de fois racontée par Lombard lui-même, n'ait pas contribué autant que les nombreuses autopsies qu'il a pratiquées, à lui enseigner les idées si nettes et si justes qu'il professait, à propos des fièvres typhoïdes dans le traitement de la *maladie* en général, et de *chaque malade* en particulier.

### 3° *Indications relatives aux accidents et à la convalescence.*

7. *Complications de la maladie.* — Bornons-nous à signaler ici les deux complications les plus fréquentes.

a) *Ulcérations sacro-lombaires.* Le décubitus dorsal prolongé, l'état fébrile continu et, parfois, le défaut de soins de propreté, expliquent parfaitement la fréquence de cet accident qu'il faut prévoir et prévenir de bonne heure, et s'attacher à traiter convenablement dès qu'il se produit.

J'ai l'habitude dans la pratique civile de faire mettre deux lits à la disposition de chaque malade, l'un pour le jour, l'autre pour la nuit. C'est une précaution hygiénique dont tout praticien saisira la portée. Il faut aussi veiller à ce que la région sacrée soit essuyée et lavée à froid, avec un peu d'eau alcoolisée, après chaque évacuation alvine. Dès qu'une rougeur insolite se manifeste sur ce point, il n'y a pas de meilleur topique pour arrêter la désorganisation du tissu cutané que le liniment de Larrey, plus ou moins modifié.

**b) Hémorragies.** Tout le traitement de la fièvre typhoïde, depuis son début jusqu'à la fin, tel que nous le concevons et l'appliquons, est, peut-on dire, un traitement anti-hémorragique. L'eau froide, les tempérants acides à l'intérieur; les réfrigérants doux, très souvent renouvelés, dans la période de sur-échauffement de la peau, constituent autant de moyens à la fois anti-pyrétiques et anti-hémorragiques qui modèrent le travail de dissociation organique et tendent à maintenir la plasticité du sang et des tissus.

Néanmoins les *hémorragies intestinales* se déclarent encore de temps en temps. Mais, je dois le dire, cette complication apparaît plus rarement dans notre clientèle que dans celle des praticiens qui soumettent leurs malades à une thérapeutique passive purement expectante, ou à des moyens perturbateurs trop violents, tels que les bains froids, le sulfate de quinine, les toniques et les excitants.

Le médicament que j'emploie avec le plus de succès contre ces hémorragies, ainsi que contre toutes les hémorragies rapides et graves, que j'ai à combattre, soit dans le cours des fièvres typhoïdes, soit dans toute autre maladie, soit à la suite d'accouchement, de blessures ou d'opérations chirurgicales, c'est l'extrait de ratanhia, à la dose de 4 à 10 gr. par jour. Il est infiniment préférable au perchlorure de fer et à l'ergotine.

**8. Convalescence.** — Le traitement de la convalescence des fièvres typhoïdes, qu'elle soit franche, irrégulière ou accompagnée d'infirmités consécutives, ne relève plus en quoi que soit, de la nature ni de la forme de la maladie principale. On se trouve en présence d'un état pathologique spécial, pour lequel les cliniciens puisent leurs indications thérapeutiques dans les conditions organiques du

sujet et dans les caractères des phénomènes morbides qu'il peut encore présenter. Mais on ne doit pas perdre de vue que la maladie a si profondément débilité l'économie, que tout écart de régime et le moindre excès musculaire sont quelquefois suivis d'accidents mortels ou d'une rechute plus grave que l'affection première.

Je ne parlerai pas des cas de *perforations intestinales* et de *péritonite*, que j'ai constatés à la suite de l'ingestion d'aliments grossiers, indigestes ou trop copieux, mais je tiens à signaler un fait récent de *rechute mortelle*, qui s'est passé sous mes yeux.

Une jeune dame de 30 ans, en pleine convalescence d'une fièvre typhoïde très intense, dans le cours de laquelle j'avais été appelé en consultation, était soignée par une religieuse. On attendait celle-ci avec impatience dans une autre famille.

Comme nous avions permis à la malade de se lever et de faire quelques pas pour aller à son fauteuil, sa garde jugea bon de la faire promener à outrance dans la chambre, en la soutenant sous les bras, pour hâter le moment où ses soins ne seraient plus nécessaires. La convalescente, qui était parfaitement rétablie et dont toutes les fonctions s'exerçaient bien depuis plus de huit jours, fut tout à coup reprise d'une fièvre suraiguë avec accélération extraordinaire du pouls, chaleur âcre à la peau, perte complète d'appétit.

Elle mourut dans la semaine de cette rechute, dont la cause ne se put rapporter qu'à la grande dépense de forces musculaires qui lui fut imposée, à l'insu des médecins, pendant deux ou trois jours par une garde-malade imbue de cette idée que les forces reviennent en marchant, ainsi qu'elle nous l'a déclaré pour justifier sa conduite.

Parlerons-nous maintenant des *statistiques* que les partisans de chaque méthode invoquent en leur faveur ? Les épidémies de fièvre typhoïde sont trop variables par leurs causes, leur intensité et leur durée pour que les chiffres de morbidité et de léthalité soient comparables entre eux. Mais il est un fait, c'est que les décès accusés par les spécialistes ou les empiriques, qui n'opposent à cette maladie qu'un agent principal, plus ou moins héroïque, sont généralement supérieurs à ceux qui surviennent à la suite d'une thérapeutique rationnelle, dans laquelle on approprie les moyens curatifs aux indications multiples que chaque sujet présente. Ce n'est ni 14, ni 10 p. c. de nos malades que nous avons perdus, mais 2 à 3 p. c., depuis trente années, consacrées à la pratique de l'art de guérir.

D'où nous sommes en droit de conclure que l'application des *méthodes exclusives*, au traitement du typhus, occasionne une mortalité de 6 à 10 p. c. sur la totalité des malades.

Quelle hécatombe !

### III. — PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Si l'on connaissait bien toutes les causes d'une maladie, il serait facile d'en indiquer les mesures préservatives. L'étiologie est la base de la prophylaxie. Ainsi tout ce qui atténue ou refrène la suractivité vitale, qui est provoquée par des excès de tous genres, devient un moyen préventif contre la fièvre typhoïde par *causes intrinsèques* (*internes* ou *personnelles*). De même pour éviter cette maladie dans les cas d'inactivité vitale, il faut avoir recours à des exercices musculaires convenables ; et, au besoin, lorsqu'on voit des jeunes filles perdre leurs règles en pension et devenir grasses, indolentes, on ne doit pas hésiter de les faire rentrer mo-



mentanément dans la famille, surtout dans les saisons favorables aux affections typhoïdes.

Nous n'insisterons pas, ici, sur les avantages de la salubrité privée et publique, du choix des aliments et des boissons, d'un genre de vie conforme aux règles de l'hygiène et de la sagesse; ces notions sont aujourd'hui banales dans la science, et, pour tout le monde, elles deviennent de plus en plus vulgaires, au grand avantage de la santé générale de nos populations. Nous dirons un mot seulement de certaines mesures prophylactiques peu recommandées, qui prêtent à la critique ou à diverses interprétations.

L'influence des *causes générales* (*froid humide, chaleur*) sur la production des fièvres typhoïdes est moins généralement admise par les savants que celle des *causes locales* (encombrement, détritrus, égouts, etc.) Évidemment quand ces deux ordres de causes sont réunies, les épidémies prennent une extension et une gravité insolites; mais nous avons été si souvent témoin du développement de cette maladie chez certains sujets, en l'absence de toute autre cause morbide que le *froid humide prolongé* ou les *chaleurs excessives*, qu'il nous est impossible de ne pas considérer ces deux causes générales comme aptes à produire le typhus, indépendamment de toute cause locale quelconque.

J'ai donné des soins, il y a quelques mois, à un jeune homme de 20 ans, tempérament bilieux, sec, bien bâti, de bonne constitution, d'excellente conduite, qui n'avait jamais été malade et qui habite une maison des plus saines dans une des rues les plus salubres de Charleroi. Au point de vue local et individuel tout était irréprochable. Jamais la Sambre n'a débordé dans les caves ni les égouts de ce quartier de la ville. L'intérieur des appartements et de leurs

annexes est entretenu avec la plus grande propreté. On commençait à parler des fièvres typhoïdes régnantes au loin, et un peu autour de Charleroi. J'en avais déjà vu cinq cas dans ma clientèle. Mais ce jeune homme ni les membres de sa famille n'avaient communiqué avec aucun malade; d'ailleurs, nul cas de fièvre typhoïde n'existait dans son voisinage. Il parcourut cependant toutes les phases de l'affection, qui prit de bonne heure la forme abdominale et qui, pendant dix jours fut caractérisée par une diarrhée fréquente, abondante et excessivement fétide.

D'où est venue cette fièvre typhoïde ?

Le jeune D.... couchait et s'habillait dans une chambre très froide. Les fonctions de la peau se firent d'abord avec difficulté; il se plaignait de malaise, de fatigue, de douleurs fugaces dans les muscles du dos et des épaules. Au bout de huit jours de cet état pathologique, qui ne l'avait pas empêché de vaquer à ses occupations, je fus appelé pour des coliques qu'il venait de ressentir, et, selon mon habitude, je le fis mettre au lit dans une *chambre chauffée*. C'est-là qu'il parcourut toutes les périodes de la fièvre typhoïde, dont il est radicalement guéri.

L'unique cause de cette affection n'est-elle pas, dans ce cas, le froid humide prolongé, qui a enrayé la transpiration insensible du tissu cutané, et occasionné ainsi ce qu'on pourrait appeler : l'*autotyphisme* par cause générale, pour le distinguer de l'*autotyphisme* par cause interne ou personnelle ?

Il résulte de là que pour se prémunir contre l'action morbide du froid prolongé, il faut de temps en temps *chauffer* les chambres à coucher durant la mauvaise saison.

Cette mesure préventive, que je recommande beaucoup

dans nos localités parcourues par des fleuves peu rapides et entrecoupées d'îles urbaines, a bien son importance.

On y songe moins pourtant qu'au *phénol*, qui peut avoir son mérite dans des foyers infects, mais qui est loin de pouvoir obvier à tout, par exemple, *au refroidissement prolongé de la peau dans des appartements non chauffés*.

Personne, je crois, ne nie la large part que les causes locales d'insalubrité, les unes publiques, les autres privées : canaux, égouts, fumiers, latrines, incurie et saleté domestiques, prennent dans l'étiologie des fièvres typhoïdes, mais il est peu de cliniciens, dans notre pays du moins, qui attribuent aux conditions climatiques générales l'importance qu'elles méritent et le rôle qu'elles jouent dans la genèse et le développement de ces maladies sous forme épidémique. C'est pour cela que j'ai cru devoir en parler avec quelques détails.

Abordons maintenant une question fort controversée.

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse ? Faut-il isoler les malades ? Vaut-il mieux les envoyer dans des hôpitaux spéciaux que de les soigner chez eux ?

La microscopie peut très bien nous révéler l'existence d'un bacillus ou d'une bactérie propre au typhus, cela n'empêchera nullement certaines causes internes ainsi que d'autres causes externes, générales ou climatiques, d'engendrer par elles-mêmes, cette maladie, en dehors des conditions locales ou des agents spéciaux qui recèlent ces microzoaires. D'où vient ce que nous avons appelé : *l'autotypisme* ? Malgré les prétendues fameuses découvertes de M. Pasteur, nous en sommes toujours à devoir reconnaître que les émanations infectes, putrides (miasmes ou ferments) empoisonnent facilement l'économie humaine et donnent

naissance alors, tantôt au typhus, tantôt à la petite vérole, tantôt au choléra, selon que ces émanations sont constituées de tels ou tels éléments chimiques, ou de tels ou tels microbes. Mais nous ignorons encore quelles sont les conditions générales ou locales qui engendrent plutôt telle catégorie de microbes, de ferments ou de miasmes que telle autre, et pourquoi en l'absence de ces éléments morbides particuliers, les mêmes maladies naissent si souvent d'une manière spontanée dans l'organisme humain et y produisent les mêmes éléments que si elles avaient été déterminées par infection ou contagion directe ?

Quoi qu'il en soit, autant la variole est aisément transmissible d'individu à individu, autant le choléra et le typhus le sont peu. Cette vérité est indiscutable; l'observation clinique de tous les jours l'a péremptoirement établie, en dépit des assertions hasardées du clan parasitaire, qui ne voit partout qu'animalcules malfaisants et contagion (1).

(1) Dans la discussion, plus brillante qu'instructive, qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine de Paris sur l'épidémie actuelle de *fièvre typhoïde*, n'avons-nous pas vu des orateurs parler des frictions mercurielles *anti-parasitaires*, et de la culture du ferment recueilli dans les taches rosées lenticulaires, puis inoculé aux sujets sains, pour arriver à la *vaccination typhoïdique* ?.....

J'ai vu M. Craninx employer les frictions mercurielles, en 1847, à l'hôpital de Louvain, non pour tuer des microbes, mais pour combattre les manifestations fébriles. Je crois qu'il y a renoncé très vite.

Quant à la *vaccination typhoïdique*, c'est une de ces pratiques insensées qui ne tarderont pas à faire rentrer dans le néant la triste méthode des inoculations virulentes préventives, y compris la *vaccine jennérienne* et l'*inoculation bovine* des Desaiue, Willems, Bouley et Pasteur, les seules inoculations qui comptent encore, de nos jours, des partisans sincères.

Est-ce que notre habile confrère, M. Colin (d'Alfort), surenchérissant sur les travaux de M. Ch. Richet et L. Olivier, relatifs aux microbes des poissons sains et vivants, n'a pas établi, dans un mémoire manuscrit dont nous attendons la publication : 1<sup>o</sup> « Qu'il n'est pas un point des appareils respiratoires et digestifs de l'homme et des animaux où des microbes n'existent, quelquefois en prodigieuse quantité;

Je m'en rapporte, sous ce rapport, à ce que je disais, ici même, en 1876.

Faut-il envoyer les typhoïdes dans des hôpitaux spéciaux! Oui, quand il s'agit de malheureux sans ressources, le traitement de cette maladie exigeant des soins hygiéniques multipliés et des aliments délicats que les familles aisées peuvent seules se procurer.

Doit-on isoler les malades? L'homme en santé, par ses exhalations pulmonaires et cutanées, étant déjà une cause d'infection dans l'appartement où il séjourne, on doit considérer, à plus forte raison, l'homme malade comme une source de miasmes plus ou moins délétères.

Autant que possible donc, pour diverses raisons relevant de l'intérêt propre de tout individu qui est atteint d'une maladie quelconque et de l'intérêt bien entendu de ses proches et des gens qui le soignent, je prescris l'isolement, mais l'*isolement relatif*.

Voici ce que j'entends par *isolement relatif*.

Le malade occupe une chambre particulière, à un ou à deux lits, la meilleure et la plus saine de la maison. On y entretient un air pur et une chaleur convenable, assez élevée dans les fièvres éruptives, le choléra et les affections pulmonaires; douce, peu élevée, dans les fièvres typhoïdes. On enlève rapidement les détritrus de toute nature et on désinfecte les vases qui les reçoivent.

2° que dans les conditions physiologiques, tous ces microbes sont inoffensifs? »

Et ce sont des *microbes virulents*, c'est-à-dire dans cet état morbide qui résulte de la *fermentation septique* ou *purulente*, qu'on se propose de nous inoculer pour prévenir chacune des maladies zymotiques!

Je l'ai dit et je le répète : « les exagérations de l'*Ecole vaccinatrice* feront plus que les raisons de l'*Ecole anti-vaccinatrice* pour hâter la chute et la ruine de toutes les méthodes vaccinales.



Dans ces conditions, on peut affirmer que le choléra et le typhus ne sont pas contagieux par les malades.

Si, au contraire, ceux-ci restent confinés dans une atmosphère non renouvelée, au sein d'une foule de substances en décomposition sur les murs, sur le sol ou dans des baquets contenant des ordures ou des linges sales, ils ajoutent les ferments morbides qu'ils rejettent à tous les ferments des détritux animaux et végétaux qui croupissent autour d'eux. Dans ces conditions, en vertu de la loi : *Similia ex similibus nascuntur*, le typhus et le choléra peuvent être communiqués même par les malades.

Voilà ce que l'observation et l'expérience me permettent de déclarer de la manière la plus formelle.

Les chimistes qui se sont imaginé de réformer les sciences médicales, en appliquant à toutes les maladies zymotiques la théorie des fermentations, ne devraient jamais oublier que pour qu'il y ait contagion ou propagation d'une maladie, il faut : *un ferment*, animé ou inanimé, et *une matière fermentescible*. Supprimez celle-ci, celui-là reste sans effet. C'est ainsi que les vibrions, les bactéries et autres animalcules microscopiques, le phylloxera, l'oïdium, etc., ne produisent leurs ravages que dans les milieux et chez les sujets où ils rencontrent les substances et les conditions favorables à leur vitalité et à leur multiplication (1).

(1) A cet égard les disciples de Jenner ont singulièrement fourvoyé les médecins et martyrisé l'humanité avec leurs assertions injustifiables et leurs fausses statistiques.

Selon eux, « un organisme animal qui a été occupé par certains vibrions deviendrait réfractaire pour un temps illimité à l'action nouvelle de ces mêmes vibrions. Où les vibrions du vaccin ont passé et exercé leurs effets morbides, les vibrions de la variole s'arrêteraient impuissants. »

Et ces propositions sont devenues des vérités classiques grâce à des milliers de faits qui ont été accueillis dans la science, sans examen

L'hygiéniste doit donc avoir pour but principal, quand il s'agit de mesures préventives contre les épidémies, de soustraire les matières fermentescibles au contact des ferments qui se répandent dans l'atmosphère ou qui se dégagent de l'organisme des sujets malades.

ni critique, comme favorables à la doctrine, alors que des millions de faits contraires étaient laissés dans l'ombre et passaient inaperçus.

Certes, un organisme occupé par des vibrions se trouve dans l'état d'un liquide saturé d'une substance quelconque : où la diathèse varioleuse est établie par des vibrions varioleux ou vaccinaux, il n'y a certainement plus de place pour une nouvelle variole. La syphilis et les autres affections virulentes sont dans le même cas. Un cheval farcineux est réfractaire aux vibrions farcineux nouveaux qui viendraient l'assaillir. Mais le corps humain s'use et se renouvelle dans toute sa matière en plus ou moins de temps, surtout dans l'enfance et la jeunesse. De là, la nécessité, pour les jennériens, de l'infecter de nouveau par des colonies nouvelles de vibrions ou de virus varioleux, sous les espèces du vaccin humain et du vaccin animal.

De semblables pratiques sont-elles justifiables ? Infliger à tout le monde une infection parasitaire, sous prétexte d'empêcher cette infection d'attaquer quelques sujets, qui pourraient plus sûrement être prémunis contre elle par d'autres moyens absolument inoffensifs, n'est-ce pas le comble de l'audace inconsciente ?

Et pour faire accepter d'aussi absurdes manœuvres, on a omis de dire qu'un organisme imprégné par un virus devient plus accessible à certains autres virus d'une autre nature, parce qu'ils trouvent un foyer, une pâture plus idoine dans des substances déjà morbifiées, que dans des substances indemnes de toute contamination virulente. Bien plus, pour donner une apparence de vérité à de semblables insanités, on a omis d'observer les conséquences des pratiques vaccinales, de suivre les vaccinés dans toute leur carrière et de noter ceux d'entre eux que la vaccine affligeait d'infirmités diverses, ou que la petite vérole attaquait et tuait, de préférence même aux non-vaccinés !

Heureusement que les antivaccinateurs sont venus rectifier ces déductions et combler ces lacunes par leurs minutieuses recherches. Pour ma part, je publierai bientôt encore des faits authentiques que j'ai recueillis depuis six mois dans ma seule clientèle, et qui nous montreront, par exemple, des sujets de tout âge minés par le vaccin et des enfants de 2 à 6 ans, bien et dûment vaccinés depuis trois mois, qui ont contracté la variole et en sont morts après l'avoir transmise à leurs frères et sœurs non-vaccinés, qui eux ont guéri facilement !

Que de milliers de faits analogues se sont passés depuis qu'on vaccine, et que nul n'a pris la peine de remarquer et de signaler au public médical !

Cette question d'*infection* et de *contagion*, par les substances fermentescibles, est si importante, si pleine d'actualité ; elle touche, d'ailleurs, par tant de points à l'histoire de la *fièvre typhoïde* et de la *petite vérole*, dont les causes, les particularités, la marche et les indications théra-

## IV. — CONCLUSIONS.

Je me suis attaché à faire ressortir les nombreuses indications thérapeutiques qui se présentent au clinicien dans le cours de la fièvre typhoïde pour arriver à démontrer

peutiques ont tant d'analogie, pour ne pas dire de similitude, que je ne puis résister au désir de publier ici, une partie de la lettre qui m'a été adressée récemment, de Montréal, par mon ami le professeur Emery Coderre.

« Les vaccinateurs publics qui ont porté, dans tous les quartiers de Montréal, le virus varioleux, mitigé si l'on veut, à la façon de M. Pasteur, mais non moins propre à créer des centres d'infection et de contagion, ont-ils par là même pris les moyens d'extirper la maladie d'au milieu de nous ?

» Non : depuis sept à huit ans l'on vaccine, et toujours la variole a été en augmentant au point qu'aujourd'hui, elle en est à l'état endémique.

» La variole s'est donc implantée à Montréal. A quoi le devons-nous?.....

» Le Bureau de Santé n'y est pas étranger ; que sur lui retombe la responsabilité de l'état sanitaire actuel de la ville !

» J'irai même plus loin : si nous avons un si grand nombre de décès infantiles, j'en accuse la vaccination qui, en altérant la constitution des enfants, les prédispose à contracter les différentes maladies qui les moissonnent durant les premières années de la vie. Cette remarque a été faite avant moi en Angleterre, et des hommes haut placés ont fait voir par des statistiques que la mortalité a été plus grande chez les enfants depuis l'introduction de la vaccine par Jenner.

» Il est donc souverainement ridicule d'entendre le « Star » et ses partisans s'écrier qu'il faut vacciner, si l'on veut faire disparaître la variole d'au milieu de nous.

» Non, que M. le Maire et ses collègues du Bureau de Santé, au lieu de vouloir forcer la vaccination, recommandent au Conseil de faire les changements nécessaires aux canaux et aux égouts pour y introduire de l'eau en quantité suffisante, afin d'enlever toutes les matières qui se déposent dans ces conduits et qui sont de nature à vicier l'air que nous respirons ; qu'on assainisse la cité, et alors nous verrons disparaître les causes déterminantes de la variole et d'autres maladies pestilentiennes, sans avoir recours à cette pratique irréfléchie de la vaccination.

» Au nom du sens commun, cessez de nous dire : « il faut vous faire vacciner, si vous voulez vous préserver des effets de la variole. » Autrement dit : à vous faire empoisonner par le virus vaccin, de crainte de contracter une maladie qui n'atteint à peine qu'un vingtième de la population ». Dix-neuf sur vingt personnes ne contracteront point la variole, et on voudrait les exposer toutes, aux mauvais effets de la vaccination, au moyen de laquelle on inocule les affections tuberculeuses et scrofuleuses, le typhus, la syphilis et autres maladies, dont les résultats sont souvent plus funestes que ceux de la variole. »

cette vérité, trop souvent méconnue aujourd'hui, que le traitement de cette affection, en principe si simple, est en réalité des plus complexes, si l'on tient compte de l'ensemble des soins et des moyens variés qu'il réclame chez les différents sujets, durant les six semaines qui se passent habituellement depuis le début des symptômes jusqu'à la fin de la convalescence.

Dans une maladie comme la fièvre typhoïde, dont l'état fébrile continu est nécessairement long, qui est caractérisée par un travail de dénutrition générale et dans laquelle les fonctions digestives sont quasi supprimées, le praticien peut-il espérer de pouvoir faire plus que de tempérer l'effervescence inévitable de l'économie, d'une main, et de soutenir les forces organiques, de l'autre, par des moyens qui n'ajoutent rien au mal et qui puissent être tolérés par les tissus malades ?

Tout le principe de notre méthode curative est là. On conçoit combien l'intervention pharmaceutique se trouve restreinte et limitée entre ces deux indications. En revanche, quelle variété de soins, quelle multiplicité de ressources et quelle combinaison de moyens hygiéniques ne faut-il pas déployer pour obvier à tous les incidents qui surgissent au milieu de tant de symptômes divers, pour prévoir et prévenir les complications possibles, pour combattre celles qu'on n'a pu empêcher, pour maintenir l'équilibre des fonctions et tirer parti des propriétés physiologiques si différentes chez des sujets de tout âge et de toute constitution, où tous les organes, tous les viscères, toutes les humeurs et tous les tissus sont vivement affectés !

C'est pour cela que nous ne comprenons pas comment des médecins expérimentés se laissent séduire par ces théo-



ries fantastiques qu'on étale à nos yeux, sous le couvert de quelque grand nom des Écoles de France ou d'Allemagne. Nous avons vu défiler devant nous les brillantes promesses et les piètres statistiques des méthodes expectantes, armées ou non armées, ou toniques, excitantes, antiseptiques, antipyrétiques, et nous nous sommes pris à plaindre les malheureux malades qui doivent subir des médications aussi exclusives, aussi radicales. C'est en médecine surtout, au lit du malade, qu'il faut être *opportuniste*.

La *thérapeutique rationnelle* que nous préconisons n'est pas simplement expectante, elle est vigilante; elle prévoit, elle prévient, au lieu d'attendre les faits accomplis et trop souvent alors irrémédiables. Elle répudie les systèmes et les agents perturbateurs, les bains froids qui répercutent l'influx morbide sur les tuniques internes les plus malades; le sulfate de quinine qui, à petites doses, jouit simplement des propriétés de l'acide sulfurique dilué, mais qui, à doses élevées, détermine la sidération du système nerveux et laisse la maladie poursuivre son cours et exercer ses ravages sous un cerveau dont les perceptions et les incitations sont perverties à la fois par le mal et par le remède!

La thérapeutique rationnelle ne s'accommode pas davantage de ces *moyens incendiaires* qui, sous les noms d'apyrétiques, d'antiseptiques et de toniques, sont recommandés pour combattre la maladie, non en elle-même, mais dans l'une quelconque de ses manifestations ou de ses causes multiples, telles que la fièvre, selon les uns, les microbes selon d'autres, la faiblesse selon d'autres encore, et qui, dans tous les cas, ne peuvent être que nuisibles. L'alcool, l'acide salicylique, le calomel et autres drogues pernicieuses n'ont jamais fait aux sujets atteints de typhus d'autre bien



que celui que leur attribuait l'imagination du praticien, et qui était dû entièrement aux soins, au régime et à d'autres moyens auxquels on avait eu en même temps recours.

Comparez leurs tristes statistiques avec la nôtre!

Laissons donc de côté ces médications excentriques et ces ingrédients chimiques, qui nous arrivent périodiquement à propos de chaque maladie, épidémique ou non, tantôt d'outre-Rhin, tantôt d'outre-Quévrain. Examinons, étudions et jugeons par nous-mêmes ce qui se passe sous nos yeux, forts de toutes les notions que le progrès des sciences biologiques nous apporte chaque jour, et ne nous laissons pas entraîner à cet esprit d'imitation des grands renoms de l'étranger, qui nous a été reproché souvent et qui jamais n'a réussi qu'à nous faire supplanter, dans notre pays et dans nos universités, par des illustrations qui ne sont pas supérieures aux nôtres.

Dans la pratique médicale, comme dans les sciences, dans les arts et dans les lettres, restons ce que nous sommes : ni Allemands, ni Français, mais Belges, c'est-à-dire hommes de bons sens avant tout.

— Ce travail sera discuté dans une prochaine séance.

(M. Pigeolet, premier vice-président, remplace M. Crocq au fauteuil.)

**2. DISCUSSION du rapport de la commission qui a examiné le mémoire de M. LIEBRECHT, relatif à l'excision du goître parenchymateux.**

**M. Crocq.** — Messieurs, je crois devoir prendre la parole dans cette discussion, parce que c'est sur ma proposition qu'elle se produit aujourd'hui ; lors de la lecture du

rapport si bien fait de M. De Roubaix, c'est moi qui ai demandé que la question qu'il traitait fût soumise à un débat.

Voici pourquoi je vous ai fait cette proposition.

L'honorable rapporteur a vivement insisté dans son rapport sur l'importance de son sujet.

En effet, il est toujours très important, en présence d'une opération grave, encore peu usitée, qui est en train de prendre rang dans la pratique, de déterminer quels sont les cas dans lesquels il est opportun de la faire, et quels sont ceux dans lesquels il vaut mieux ne pas la pratiquer.

C'est là une des questions les plus importantes que l'Académie puisse avoir à examiner.

Tout médecin, qui invente une méthode de traitement quelconque ou qui en adopte une, qui en fait l'objet spécial de ses méditations et de ses études, a une tendance à l'employer toujours de plus en plus, à la rendre en quelque sorte exclusive, à ne plus voir qu'elle, et à la mettre en usage plus ou moins à tort et à travers dans un grand nombre de cas dans lesquels d'autres, peut-être, ne verraient pas à son emploi la même utilité.

On exagère l'importance de la méthode, la fréquence de ses applications, et l'on commet ainsi de véritables excès dans l'application de tel procédé, de telle méthode de traitement.

Je vois que précisément cette tendance se fait jour dans le mémoire dont M. De Roubaix a fait l'analyse, et c'est en partie pour appeler votre attention sur ce point que j'ai provoqué cette discussion.

Je dis que le travail de M. Liebrecht me paraît présenter cette tendance à l'exagération de l'emploi de la méthode de traitement dont il se croit le premier importateur en Belgique.

J'aperçois un signe de dénégation de la part d'un de nos collègues. Je n'ai pas dit : « dont il est; » j'ai dit : « dont il se croit l'importateur. »

Est-ce à juste titre ?

C'est ce que je ne sais pas d'une manière positive. J'ai entendu dire qu'avant l'apparition du travail de M. Liebrecht, cette opération avait déjà été pratiquée dans le pays; mais comme je n'ai à ce sujet aucun document certain, aucun renseignement bien net, je n'émetts ici qu'un doute.

M. Liebrecht dit, dans son mémoire, que « bientôt le chirurgien qui s'abstiendrait de pratiquer ou de conseiller la thyroïdectomie, quand elle n'est pas contre-indiquée, pourrait être accusé d'homicide, absolument comme pourrait être accusé du même fait celui qui, devant un kyste de l'ovaire, ne pratiquerait pas l'extirpation, à moins de contre-indication bien positive. »

Cela se trouve textuellement dans le rapport de M. De Roubaix.

Il y aurait beaucoup à dire relativement à l'extirpation du kyste de l'ovaire, en présence de cette phrase. Il y aurait peut-être à modifier, peut-être même à renverser les termes de cette proposition; mais pour le moment je n'ai pas à m'occuper de cela, l'ovariotomie n'étant pas en discussion.

Je m'attache donc purement et simplement à l'extirpation du corps thyroïde, dont nous avons à nous occuper exclusivement aujourd'hui, et je commence par renverser la proposition énoncée par l'auteur du mémoire.

Je dis que la thyroïdectomie est une opération très grave, qu'elle le sera toujours et que, cela étant, on ne doit la pratiquer ou la conseiller que si elle est positivement indiquée.

Saisissez bien la différence entre l'auteur du mémoire et

moi. J'opère dès qu'il n'y a pas de contre-indication, dit M. Liebrecht.

Je dis, moi : J'opère lorsqu'il n'y a pas moyen de faire autrement.

Telle est la véritable règle qu'il faut suivre.

Cette règle est peut-être encore applicable à bien d'autres opérations que celle dont il s'agit ; elle est conforme aux principes de la chirurgie conservatrice, en quelque sorte traditionnelle dans notre pays, que le bon sens des Belges a toujours su maintenir contre les témérités exotiques qu'on a voulu importer ici de l'Angleterre et de l'Allemagne.

L'auteur, du reste, ne paraît pas intimement convaincu de la valeur de cette proposition un peu extrême dont je viens de parler, puisque, d'après l'honorable rapporteur, il ne résout pas d'une manière bien nette la question, mais se contredit plus ou moins et montre un certain embarras à poser les cas dans lesquels l'opération est bien réellement indiquée. D'abord, il invoque l'autorité de Billroth, autorité à coup sûr des plus graves, des plus importantes et des plus respectables, sans qu'on doive cependant l'accepter, les yeux fermés, sans examen, sans se rendre compte des raisons qui doivent motiver cette manière d'agir.

Or, Billroth dit que, « même de petites tumeurs, siégeant » à la partie inférieure du corps thyroïde, devraient être » extirpées plus souvent, surtout si elles sont placées de » manière à ce que leur développement présente des dangers. »

Je ne vois pas bien comment on peut savoir d'avance si le développement de ces petites tumeurs pourra présenter ultérieurement des dangers. Je me suis fait cette réflexion, en entendant lire et en relisant plus tard ce passage.

Je discute ce point, parce qu'il me semble que M. Liebrecht tend à adopter la manière de voir de Billroth, relativement aux indications.

Il me paraît que, dans le cas cité plus haut, au contraire, l'opération n'est pas du tout indiquée d'une manière positive, et voici pourquoi :

Ou bien les goîtres peu volumineux rencontrés chez de jeunes sujets ne s'accroîtront pas, ils resteront stationnaires à un moment donné, ils auront une existence illimitée et dureront un laps de temps que rien n'indique : pourquoi alors faire une opération qui présente toujours une haute gravité ?

Ou bien ces petites tumeurs sont accessibles à un traitement médical ; elles peuvent, dans un nombre considérable de cas, quand elles ne sont pas trop anciennes, disparaître ou tout au moins diminuer considérablement de volume.

Or, il n'y a pas de comparaison possible entre ces deux modes d'action : quand on peut débarrasser le malade de sa tumeur ou diminuer le volume de celle-ci sans opération grave, cela vaut toujours mieux que de recourir à l'instrument tranchant.

D'après l'auteur, Billroth ne s'arrête plus même à ces indications et à ces contre-indications primitivement posées par lui ; les contre-indications, à sa clinique, vont toujours en diminuant, et les indications, par conséquent, toujours en augmentant.

Il ne s'arrête plus actuellement que devant l'âge avancé ou devant des maladies constitutionnelles, et il va tellement loin, qu'il opère même par ce qu'on appelle euphoniement des motifs d'esthétique et que je nomme, moi, des raisons de coquetterie.

Ces mots ne sont pas tout à fait identiques, synonymes,



bien que, jusqu'à un certain point, on prenne les deux termes l'un pour l'autre, afin de légitimer l'opération.

Du reste, un motif d'esthétique ne suffit pas encore pour légitimer une opération grave, quand il n'y a pas d'autre raison de la pratiquer.

M. Liebrecht se rallie d'une manière générale, au moins pour autant qu'il soit possible de bien le comprendre, aux contre-indications très peu étendues posées par Billroth.

C'est ce qui paraît résulter du passage suivant du rapport de M. De Roubaix :

« L'auteur admet bien quelques contre-indications ; mais  
» ce sont celles qui sont tirées de l'état général du patient,  
» et qui sont les mêmes que pour toutes les grandes opéra-  
» tions chirurgicales. »

Il n'y aurait donc que des contre-indications constitutionnelles résultant de l'âge, de diathèse, de maladies de l'organisme tout entier, d'affaiblissement constitutionnel ou encore de la dégénérescence athéromateuse, calcaire ou osseuse des artères.

En dehors de ces cas, la thyroïdectomie serait toujours indiquée dans le goître parenchymateux, le seul dont il soit ici question.

Je vous le demande, messieurs, ces contre-indications sont-elles acceptables par vous ? Je ne le pense pas, si je m'en rapporte aux principes que j'ai développés tantôt.

Je trouve d'ailleurs, dans l'énumération faite dans le rapport de M. De Roubaix, des contre-indications bien plus étendues, posées par quelques auteurs, qui me semblent se rapprocher bien plus de la vérité.

Ainsi, d'après Michel, l'opération ne doit être admise que lorsque les autres moyens ont échoué et que la situation devient grave.

Ici c'est bien une indication positive et non pas une indication négative.

D'après Duplay, qui va encore plus loin, il faut que l'asphyxie soit imminente, qu'il y ait menace de suffocation, pour qu'on prenne le bistouri et qu'on enlève la tumeur.

C'est peut-être aller un peu loin ; cependant c'est bien là l'indication la plus urgente et la plus incontestable.

Boursier dit qu'il faut des troubles fonctionnels suffisants, et que naturellement l'étude de chaque cas peut seule guider le praticien d'une façon certaine dans l'appréciation de ces troubles.

M. Liebrecht n'admet pas cette conclusion, bien plus rationnelle cependant que la sienne.

Le cercle de l'opération se restreint donc d'une manière considérable d'après les auteurs que je viens de citer.

Ce ne sont plus ici les cas dans lesquels il n'y a pas de contre-indications positives, dans lesquels il faut opérer ; ce sont ceux où il y a des indications positives ; il faut alors débarrasser le malade d'une tumeur qui le gêne et qui peut mettre son existence en danger.

C'est précisément la position de la question dans cette direction-là qui me paraît renfermer la vérité.

Tout d'abord, au début de ces affections, quand les tumeurs ne sont pas volumineuses, il me semble que les moyens médicaux doivent l'emporter sur les moyens chirurgicaux ; on peut, dans un grand nombre de cas, demander aux premiers la guérison ou tout au moins une amélioration de l'état du malade.

Qu'est-ce que le goître parenchymateux ? C'est une inflammation chronique de la glande thyroïde.

Ce sont les petites cavités, les petites alvéoles qui forment le tissu de la glande, qui sont enflammées, qui augmentent de volume et qui donnent naissance à la tumeur énorme qui constitue le goître parenchymateux.

Il en résulte qu'un traitement résolutif institué à temps peut empêcher l'accroissement de cette tumeur et même en diminuer le volume.

Depuis longtemps, on a préconisé l'iodure de potassium, l'iode, sous n'importe quelle forme, les préparations de ce métalloïde, les eaux minérales salines iodurées, à l'intérieur et en bains.

Il en est qui ont acquis une juste réputation dans le traitement de cette maladie.

Ces moyens comptent à leur actif un certain nombre de succès, et ils doivent avoir le pas sur une opération sanglante grave dont la nécessité n'est pas démontrée.

Un autre moyen est venu, dans ces derniers temps, se joindre à ceux-là, et il n'est pas à dédaigner : ce sont les injections parenchymateuses avec de l'alcool, de la teinture d'iode, de l'ergotine, de l'acide arsénieux et autres agents.

Cela est encore bien préférable à l'extirpation du corps thyroïde.

J'ai eu recours à ces injections et je puis en parler, dès lors, en connaissance de cause ; j'ai pu constater les résultats avantageux qu'elles produisent.

Je me rappelle le cas d'un monsieur, qui pouvait avoir 50 à 60 ans, et qui vint me consulter ; il avait au cou une tumeur très volumineuse, ayant amené la déviation du larynx et de la trachée-artère vers le côté droit, la tumeur étant plus développée du côté gauche ; il y avait *com-*

pression des voies aériennes et, par suite, gêne de la respiration; il y avait compression des veines jugulaires, indiquée par la turgescence et l'injection de la face, par la céphalalgie, la lourdeur de la tête, l'assoupissement, les vertiges. Ces accidents rendaient nécessaire l'emploi de moyens actifs de traitement.

Je n'ai pas songé un instant à recourir à la thyroïdectomie; j'ai prescrit à cet homme l'iodure de potassium à l'intérieur et je lui ai fait, tous les dix jours, pendant un certain temps, une injection parenchymateuse d'environ un demi-gramme de teinture d'iode pure dans la tumeur. Cette injection était très douloureuse au premier moment; mais la douleur se dissipait après 10 à 15 minutes.

Ce moyen n'a jamais donné lieu à aucun accident quelconque.

Après une dizaine d'injections, la tumeur a été réduite de moitié; la déviation du larynx n'existait plus; les accidents résultant de la compression des veines jugulaires avaient disparu. Le malade était si bien portant, qu'il se considérait comme guéri et qu'il crut inutile de continuer à suivre encore un traitement quelconque, se trouvant aussi bien qu'auparavant. Je cite ce fait à l'appui des injections parenchymateuses, auxquelles on a fait trop peu d'attention, jusqu'à ce jour, et que je considère, moi, comme constituant un moyen de traitement plus inoffensif et plus avantageux, quand il est applicable, bien entendu, que ne le sera jamais l'extirpation du corps thyroïde.

Celle-ci est toujours grave et expose à de nombreux accidents; quand on a affaire à une tumeur développée purement et simplement en avant de la trachée-artère, ne présentant pas de ramifications d'aucun côté et bien limitée, c'est

une belle opération à pratiquer, et je comprends qu'on aime à la faire; mais quand la tumeur a des prolongements en arrière et latéralement, quand elle adhère aux vaisseaux et aux nerfs, quand elle est accompagnée d'un développement vasculaire considérable, quand elle descend en arrière du sternum, est-ce encore une opération bien agréable et bien facile? Malgré tous les perfectionnements de la chirurgie moderne, n'y a-t-il pas bien des dangers à redouter, et ne risque-t-on même pas de voir le malade rester sous le couteau du chirurgien?

C'est un service à rendre à l'humanité, que de faire en sorte que cette opération soit la plus rare possible et non la plus fréquente possible. Il faut tâcher de trouver le moyen de l'éviter, de ne la mettre en usage que dans le cas extrême, où la maladie est arrivée à un degré tel, qu'il faut absolument passer par là.

Dans ce cas, l'extirpation du corps thyroïde est indiquée; mais, en dehors de cette circonstance, il ne faut pas y recourir; il est certes très beau de faire une grande opération; ceux qui ont fait une opération importante en sont fiers à juste titre. Mais une grande opération faite par un chirurgien, c'est comme une grande bataille livrée par un général. On y risque beaucoup, on y tue beaucoup de monde, on remporte la victoire, et, certes, il est beau de vaincre; mais pour le général comme pour le chirurgien, il y a mieux à faire que de remporter une victoire à inscrire dans ses fastes, c'est de savoir éviter l'effusion du sang.

Le chirurgien doit savoir éviter l'opération, comme le général doit savoir éviter la bataille. Tout le monde ne s'en portera que mieux. Le but le plus noble à poursuivre, ce n'est pas de faire une opération, c'est d'éviter de la faire.



Pour qu'elle puisse être pratiquée, il faut qu'elle soit légitimée par la nécessité, qu'on ne puisse pas s'en dispenser. On ne doit donc jamais recourir à une opération grave et radicale pour de semblables tumeurs, lorsqu'elles n'ont pas d'autres inconvénients que d'être plus ou moins gênantes pour le malade ou plus ou moins désagréables à la vue, ce qui constitue ce qu'on a appelé le motif d'esthétique, et ce que j'appelle, moi, le motif de coquetterie, c'est-à-dire une fantaisie.

(M. Crocq reprend la présidence.)

**M. De Roubaix.** — Messieurs, l'Académie me rendra cette justice que je n'ai pas recherché cette discussion. Lorsqu'il en a été question, j'ai présenté quelques objections relativement à son utilité et à son opportunité. Il me paraissait que, pour plusieurs motifs, elle pouvait avoir des inconvénients.

En effet, je me disais que s'il s'agissait d'ouvrir une polémique sur la thyroïdectomie proprement dite, nous manquions pour cela d'une base essentielle et indispensable, c'est-à-dire d'une série d'observations recueillies dans le pays, et que nous aurions pu comparer et au besoin opposer aux faits présentés par M. Liebrecht. Je savais, ou du moins je croyais savoir alors, que nous ne pouvions nous appuyer sur des faits qui nous fussent propres, et cela, non pas parce que les chirurgiens belges redoutent ou ne recherchent pas la thyroïdectomie, mais parce que l'occasion de la pratiquer se présente très rarement à eux. Dans ces conditions, il me paraissait que nous ne pourrions discuter que théoriquement, et je ne voyais pas ce qu'une discussion théorique pouvait amener de bien avantageux. Depuis cette époque, j'ai appris que trois opérations

de thyroïdectomie avaient été pratiquées à Liège par notre collègue M. le d<sup>r</sup> Hicguet. Je ne puis m'empêcher, à cette occasion, d'exprimer mon étonnement de ce que ces opérations, exécutées dans la ville où le mémoire a été rédigé, n'aient pas été consignées dans ce travail; je ne m'explique pas ce fait. Quoi qu'il en soit, il me paraît que ces trois opérations eussent été un assez mince bagage pour entrer en lice dans une discussion aussi importante.

En supposant que l'on eût voulu s'occuper de la critique du mémoire de M. Liebrecht, pris dans son ensemble, il eût fallu pour cela faire des recherches à l'effet de constater la valeur des faits sur lesquels s'appuie l'auteur, et même prendre des renseignements sur la véracité et la bonne foi des auteurs qui les avaient fournis; car, en définitive, le mémoire est absolument édifié sur ces faits et sur les conséquences qui en découlent. Je ne croyais pas que l'Académie fût disposée à entrer dans cette voie, et, quant à moi, je n'y étais pas disposé du tout. Je considérais assez volontiers les documents rapportés par M. Liebrecht comme étant véridiques, me réservant, bien entendu, de changer d'avis, si des circonstances ultérieures venaient à m'y contraindre. En agissant ainsi, je me conformais à cette maxime banale, qui veut qu'on considère un homme comme honnête, jusqu'à ce qu'il soit prouvé qu'il ne l'est pas.

Ce n'est pas que je professe pour les statistiques une confiance aveugle et absolue. Mon expérience m'a appris, au contraire, qu'il peut être prudent de ne pas les regarder trop légèrement comme des articles de foi. Je me suis même quelquefois bien trouvé de ne pas m'en être servi. Voici, par exemple, ce qui m'est arrivé en 1868. Je composais alors un livre sur un sujet de chirurgie encore assez nou-

veau à cette époque. En compulsant les statistiques, il m'en tomba une sous la main qui me parut étrange : il s'agissait, ni plus ni moins, de douze opérations de fistules vésico-vaginales qui avaient été guéries par la suture en une seule séance. Nous ne connaissions pas encore alors les perfectionnements qui ont été apportés depuis à cette opération, et qui l'ont rendue beaucoup plus facile et plus efficace. Je fus donc étonné de voir rapporter une série de succès si brillants et si constants. Le doute entra dans mon esprit, et, toutes réflexions faites, je résolus de ne pas me servir de cette statistique. Mon doute était fondé : deux ans après, ayant eu l'occasion de voir une personne qui avait assisté à ces opérations, j'appris qu'un certain nombre d'entre elles, qui avaient été indiquées comme ayant amené la guérison, ne l'avaient pas produite en réalité.

Je puis ajouter à ce que je viens de dire que, malgré toute la confiance que m'inspirent les statistiques du mémoire présenté à l'Académie, je ne serais pas étonné qu'elles soient bientôt battues en brèche. J'ai lu, dans un compte rendu du congrès chirurgical qui s'est tenu à Berlin, en 1882, que M. Braun, d'Heidelberg, y a fait mention de 25 cas de thyroïdectomie pratiquées pour des tumeurs malignes du cou, et dans lesquels il n'y avait eu qu'une seule guérison. Si cela est vrai (et nous n'avons aucune raison d'en douter), nous voilà bien loin des 7 % de morts de la statistique de M. Liebrecht. Je dois dire cependant, pour être juste, que dans les deux statistiques les cas n'étaient pas absolument identiques.

Ce n'était donc pas parce que je m'étais livré pieds et poings liés aux statistiques de M. Liebrecht que je croyais qu'une discussion sur son mémoire était pour le moment

inopportune, mais parce qu'il me paraissait que le sujet étant nouveau, il était bon de laisser se produire dans le pays des observations confirmatives ou contradictoires, de manière à ne pas nous exposer à émettre des jugements prématurés et dépourvus de toute sanction pratique.

Ces motifs de discussion étant écartés, il ne pouvait plus être question que de notre rapport. Or, celui-ci se compose de deux parties, dont l'une est simplement narrative, et dont l'autre, que j'appellerai critique, a pour objet certaines tendances que nous avons cru remarquer dans le travail analysé par nous. Il ne s'agissait évidemment pas d'engager une controverse sur la partie narrative, car on ne discute pas une narration, à moins qu'on ne veuille s'en prendre à sa forme. Il ne restait donc plus que la partie critique relative aux tendances de l'auteur. C'est sur ces tendances, me paraît-il, que l'Académie, sur la proposition de l'honorable M. Crocq, a désiré qu'on ouvrît la discussion. Vous vous souvenez que nous l'avons acceptée sur ce terrain; c'est ce qui fait que, quant à moi, je n'en sortirai pas, du moins aujourd'hui.

Quelles sont donc les tendances qui ressortent du mémoire de M. Liebrecht?

Il y en a d'abord une dont nous nous sommes principalement occupés dans notre rapport, qui se trouve implicitement contenue dans toutes les parties du travail, et qui est exprimée d'une manière formelle en plus d'un endroit de son texte: c'est celle qui considère la thyroïdectomie comme étant de nature à être pour ainsi dire généralisée.

Je ne puis, pas plus que l'honorable M. Crocq, admettre une opinion aussi absolue. Il m'est impossible d'accorder que jamais on arrivera à opérer les goîtres au même titre que

les autres tumeurs, et je crois qu'il est même dangereux d'émettre une pareille assertion. Le goître n'est pas une néoplasie bénigne ni ordinaire; il a des caractères qui lui sont propres. L'organe qu'il affecte est doué d'une vascularité toute particulière, à tel point que les histologistes l'ont rangé, avec la rate et les capsules surrénales, dans une catégorie à part, sous le nom de *glandes vasculaires sanguines*. Lorsque la glande s'hypertrophie pour donner naissance au goître, ses vaisseaux se développent quelquefois d'une manière énorme et son parenchyme se gorge d'une masse de sang qui a une grande tendance à s'extravaser. Cette texture fait ressembler jusqu'à un certain point le goître aux tumeurs qu'on a appelées improprement *tumeurs érectiles*, aux téléangiectasies, que beaucoup de chirurgiens, comme l'on sait, hésitent à opérer avec l'instrument tranchant, parce qu'ils craignent de se trouver en présence d'hémorragies difficiles à arrêter. L'on conçoit qu'à cause de cette analogie histologique, beaucoup de chirurgiens aient hésité autrefois, et que d'autres hésitent encore aujourd'hui à appliquer la diérèse au traitement du goître. L'effusion sanguine incoercible est un épouvantail qui les préoccupe avant tout. Il y en a même qui n'ouvrent qu'à leur corps défendant les kystes de la thyroïde, parce que, d'après eux, on ne peut savoir quelles sont les connexions de leur cavité avec les vaisseaux, ou parce qu'ils ont vu ou qu'on leur a dit que les lésions du parenchyme produisent quelquefois des accidents mortels. Seutin, malgré sa hardiesse ordinaire, se méfiait des kystes thyroïdiens. Je me rappelle lui avoir entendu dire, dans son langage pittoresque, que, quand il devait en ouvrir un, il s'attendait toujours à en voir sortir du café ou du chocolat! Il semblait leur



attribuer quelque chose d'insidieux et de malin ; et cela se conçoit, quand on se rappelle la catastrophe dont il fut un jour témoin à l'hôpital Saint-Pierre. — Une jeune et vigoureuse campagnarde était venue l'y consulter pour une tumeur qu'elle portait sous le larynx, et dont elle voulait être débarrassée. Le professeur Bonnet, de Lyon, se trouvait ce jour-là à l'hôpital. Après avoir examiné avec lui l'affection de la jeune fille, et avoir reconnu qu'il existait un kyste thyroïdien, il fut décidé qu'on pratiquerait une ponction évacuatrice. Seutin vida la poche avec le trocart. Mais quelle ne fut pas sa stupéfaction lorsque, l'opération étant terminée, il s'aperçut que sa patiente ne donnait plus signe de vie ! Le cœur avait cessé de battre. Malgré les efforts des deux praticiens pour ranimer la circulation, ils ne purent y parvenir, et la jeune fille sortit de l'hôpital à l'état de cadavre !

Il y a d'autres raisons que celles que l'on peut déduire de la vascularité, qui doivent empêcher d'assimiler le goître aux autres tumeurs. Je veux parler de celles qui résultent de la nature de ses adhérences. Sous ce rapport, il me paraît que l'on pourrait diviser les tumeurs en trois catégories : dans la première, on rangerait celles qui sont absolument adhérentes, qu'il n'est pas possible de détacher, comme les squirrhes, les épithéliomas, les carcinomes ; dans la seconde, se trouveraient les tumeurs faciles à énucléer, les kystes, les lipomes, les enchondromes, les lymphomes etc. ; la troisième catégorie comprendrait les tumeurs mixtes, parmi lesquelles on ferait entrer le sarcome, certains fibromes et enfin le goître. Il est inutile de chercher à détacher des tissus voisins les tumeurs de la première catégorie ; il est impossible d'en faire la dissection, parce que la substance morbide s'est emparée de tout ce qui l'envi-

ronne pour le confondre avec sa propre substance; de sorte que, pour l'emporter, il faut empiéter au delà de sa circonférence et trancher constamment dans le vif. Lorsque le néoplasme englobe des vaisseaux, il faut encore moins songer à l'en isoler; et si l'on doit absolument opérer, il n'y a qu'une chose à faire, c'est de pratiquer préalablement la ligature des gros troncs entre la tumeur et le cœur. Au contraire, dans les tumeurs de la seconde catégorie, on parvient aisément à en faire la séparation, soit avec le scalpel, soit avec son manche, avec les doigts ou au moyen d'une pression expulsive. La seule précaution à prendre, c'est de veiller à ce que les artères nourricières soient bien liées.

Mais, dans les tumeurs mixtes, parmi lesquelles je place le goître, il y a quelquefois une espèce d'adhérence particulière sur laquelle il est nécessaire que l'on porte son attention. On peut bien, à la vérité, détacher ces tumeurs, même lorsqu'elles entourent des vaisseaux sanguins, en y mettant du temps et en prenant de grandes précautions; mais voici ce qui peut arriver et ce que l'on observe même assez souvent : quand un gros vaisseau enveloppé par une tumeur de cette espèce présente des collatérales, on est obligé de les raser au niveau de leur point d'émergence, de manière que l'on forme ainsi, non des tronçons vasculaires susceptibles d'être saisis avec une pince et liés au moyen de fils, mais de véritables trous pratiqués comme par un emporte-pièce, et qu'on ne peut oblitérer que par une pression occlusive. Lorsque plusieurs de ces trous existent en même temps, le sang jaillit de plusieurs côtés à la fois, l'hémostase devient impossible, et l'on est forcé de pratiquer une ligature entre le cœur et la tumeur. Cet accident m'est arrivé plusieurs fois, et je l'ai encore observé au commen-

cement de l'année dernière, dans un cas remarquable que je vais vous rapporter. — Une jeune fille s'était présentée à l'hôpital pour s'y faire opérer pour la cinquième fois d'une tumeur qu'elle portait au bras gauche. La tumeur avait d'abord paru sous la forme fibreuse, vers la partie antérieure et externe du bras. J'en avais pratiqué l'ablation, et celle-ci avait réussi; j'avais obtenu une réunion par première intention, comme cela arrive ordinairement lorsqu'on emploie avec soin la méthode de Lister. Mais la récurrence eut lieu, une seconde opération fut exécutée et le résultat en fut encore excellent. Cependant il survint une troisième, puis une quatrième récurrence, qui furent soumises au même traitement efficace suivi des mêmes rechutes. Enfin, dans la cinquième récurrence, celle dont je veux parler, je me trouvai dans des conditions nouvelles, beaucoup plus graves, mais qui cependant ne m'empêchèrent pas d'agir. J'avais remarqué que chaque fois que les tumeurs se reproduisaient, elles présentaient plus de mollesse et des caractères plus malins, et qu'en outre elles occupaient un siège plus profond, de sorte qu'elles devenaient de plus en plus difficiles à enlever. Cette fois-ci, le néoplasme avait englobé complètement les organes qui se trouvent situés à l'entrée de l'aisselle, et il me paraissait qu'elle avait pris la structure du sarcome. Ce genre de tumeur étant souvent susceptible d'être détaché, même des vaisseaux, je me décidai à en tenter la dissection. Tout marcha bien d'abord; mais, arrivé à la profondeur d'un pouce environ, je coupai des collatérales qu'il fut impossible de saisir, ni avec des pinces de Péan, ni avec les pinces ordinaires, et je fus obligé, pour couper court à l'hémorragie, de pratiquer la ligature de l'artère axillaire. L'opération se termina ensuite d'une manière très facile; j'obtins le même résultat qu'après

les précédentes, c'est-à-dire la cicatrisation immédiate. Quelque temps après, récidence. Cette fois, l'affection avait attaqué le col chirurgical de l'humérus, et il n'y avait plus moyen de l'extirper ; je pris la résolution de faire la désarticulation de l'épaule. Même résultat, puis reproduction dans l'omoplate. Cette fois, je reculai. Ce qui m'avait déterminé à poursuivre la guérison avec cette espèce d'acharnement, c'est que, chaque fois que j'avais opéré, j'avais pu enlever la totalité de la tumeur sans en laisser la moindre trace, et que, d'un autre côté, la santé de cette jeune fille ne s'altérait pas sensiblement après les opérations qu'elle subissait ; elle conservait des couleurs assez fraîches, ses fonctions se maintenaient assez bonnes et la cachexie ne se montrait pas d'une manière évidente. L'ablation de l'omoplate ne m'eût pas effrayé dans d'autres circonstances, car j'ai réussi autrefois à faire cette opération, combinée avec la résection de la clavicule. Mais, en présence de toutes les reproductions dont j'avais été témoin, je ne crus pas devoir infliger à ma patiente cette nouvelle mutilation ; je l'abandonnai à son triste sort, et elle finit par succomber à un dépérissement graduel, résultat inévitable du progrès désormais non interrompu de sa maladie.

Je crois que le goître, quand il n'est pas très limité et très mobile, quand, en un mot, il a contracté des adhérences, doit se trouver, au point de vue de l'opération, dans le cas de la tumeur de cette malheureuse opérée. Il y a cependant ici une circonstance atténuante : c'est que l'artère carotide, à laquelle le goître a une tendance à s'attacher, ne présente pas de collatérales, du moins à l'état normal. Il est donc possible, à la rigueur, de le séparer de ce vaisseau dans toute son étendue, sans produire d'hémorragie. Mais la



veine jugulaire n'est pas dans le même cas, car elle a des collatérales, et plusieurs de ces vaisseaux viennent même du corps thyroïde et par conséquent du goître, ce qui fait que, lorsqu'on enlève celui-ci, il se produit presque inévitablement des accidents du genre de ceux que je viens de signaler : de là des hémorragies qui peuvent devenir mortelles, des thromboses, des embolies, des introductions d'air, des phlébites, etc., qui constituent autant d'accidents d'une gravité extrême.

Il résulte de tout ce que je viens de dire et des raisons cliniques et anatomiques que j'ai exposées, qu'il est impossible d'admettre que les goîtres soient des tumeurs qui, au point de vue opératoire, ressemblent aux tumeurs ordinaires; ils ont des indications et des contre-indications particulières. Nous les avons exposées dans notre rapport, et nous avons trouvé quelque analogie entre elles et celles qui concernent les kystes de l'ovaire et les tumeurs fibreuses de la matrice. Mais nous n'avons fait que toucher cette question; comme elle est assez importante et pleine d'actualité, je ne crois pas qu'il soit déplacé d'y revenir encore en ce moment, et de me servir, pour rendre plus clairement ma pensée, de quelques exemples tirés de la pratique.

Je suppose une jeune fille de 20 à 22 ans; elle a dans le bas-ventre une tumeur qui présente tous les caractères du kyste ovarique. Elle s'est manifesté depuis trois ou quatre mois; les règles sont supprimées; le toucher vaginal laisse l'explorateur dans l'incertitude, parce que les signes qu'il fournit ne sont pas caractéristiques. La jeune fille nie toute espèce de rapprochements sexuels; cependant elle est dans des conditions telles, qu'on peut jusqu'à un certain point la suspecter sous ce rapport. Elle demande, à cor et à cri, d'être



débarrassée de son infirmité, parce que le développement de son ventre donne lieu à des propos fort désobligeants et fort compromettants.

Faut-il opérer une femme qui se trouve dans ces conditions? Évidemment non, car on ne sait pas positivement s'il y a un kyste; et s'il y en avait un, il ne faudrait pas encore l'opérer immédiatement, pour les motifs que je vais exposer dans un instant. Il faut attendre quelques mois, pour que l'espace de temps écoulé depuis l'apparition de la maladie empêche de pouvoir encore soupçonner la grossesse. C'est le seul moyen d'éviter ces grossières méprises, qui ne sont malheureusement pas très rares, surtout à l'étranger, dans lesquelles on ouvre un abdomen pour en retirer un kyste, et qu'on se trouve en présence d'un utérus gravide!

Voici maintenant une femme de 30 ans, mariée; l'on sait qu'elle n'est pas enceinte; il lui est indifférent que l'on s'aperçoive du développement de son ventre. Elle porte une tumeur qui offre tous les signes du kyste, qui se développe très lentement; la femme jouit d'une santé relativement bonne, elle ne maigrit pas, son appétit se maintient, ses fonctions digestives sont excellentes, elle n'éprouve pas de douleurs, son moral n'est pas affecté, elle vaque à ses occupations et remplit ses devoirs de société; en un mot, elle ne semble pas être bien incommodée par la présence du néoplasme contenu dans la cavité abdominale. Elle vient demander conseil au chirurgien sur ce qu'elle doit faire.

Faut-il engager cette femme à se soumettre à une opération immédiate? Vous admettrez probablement avec moi que cela est contre-indiqué pour le moment, à moins qu'on n'y soit forcé par un de ces cas de force majeure dans les-

quels les moyens d'existence, les relations sociales ou l'intégrité des facultés intellectuelles, sont compromis par la présence de la tumeur. Dans les circonstances ordinaires, vous direz : non. Eh bien, je pose cependant en fait que, sur dix cas pareils, on opérera neuf fois ; car, nous pouvons et nous devons le dire, parce que cela est : depuis un certain temps, il y a une espèce de steeple-chase, de course au clocher qui est organisée en vue de l'accaparement des ovariectomies. Cela n'est pas fort édifiant ; cela n'est pas tout à fait conforme aux règles de la déontologie ; il semblerait en effet que l'on devrait laisser en toute liberté les femmes s'adresser là où elles sont sûres de ne trouver que de bons conseils, dégagés de toute légèreté et de toute précipitation ; et il ne manque heureusement pas de chirurgiens qui sont à cet égard dans d'excellentes dispositions de capacité et de loyauté. Mais ce n'est pas ce qui arrive, et, je le répète, une femme qui se trouve dans l'état dont je viens de parler, a toute chance d'être opérée sans retard. Cela est-il conforme à la saine chirurgie ? Cela est-il légitime ? Si on le prétend, il faut donner des raisons ; mais on ne le fait pas parce qu'il est impossible d'en trouver de bonnes. En effet, on ne peut dire qu'il faut se hâter d'agir parce que plus tard les chances seront moins favorables ; car c'est le contraire qui est vrai. Nous savons tous, par ce qui arrive dans les plaies pénétrantes du ventre, que les lésions du péritoine, quand il est surpris dans son état d'intégrité, sont beaucoup plus dangereuses que celles qui l'intéressent, quand il a perdu sa sensibilité et que son organisation a été modifiée par un contact prolongé avec une production morbide contenue dans l'abdomen. On ne risque donc rien d'attendre. Dans ce cas, la femme peut encore vivre un an, deux ans, trois ans et peut-

être davantage, car les kystes ne se développent pas tous avec la même rapidité, et on lui aura du moins conservé ces années d'existence, qui peuvent quelquefois être précieuses. Si on l'opère, on risque de les supprimer, sans avoir plus de chances de la guérir que si on l'ovariotomisait plus tard, quand les indications commenceraient à devenir formelles.

On ne pourrait croire, si on ne l'avait pas vu, tout ce que le péritoine peut supporter quand la présence longtemps prolongée d'un kyste l'a pour ainsi dire converti en un tissu fibreux, en le dépouillant presque complètement de ses propriétés normales. On peut alors l'inciser, le dilacérer de toutes les manières, sans qu'il semble s'en ressentir et sans qu'il manifeste la moindre réaction. J'ai opéré, il y a un certain nombre d'années, une dame qui portait un kyste ayant des adhérences, non seulement aux parois abdominales, mais encore aux colons ascendant et descendant, à la vessie, à la matrice et surtout au grand épiploon, qui avait presque complètement disparu dans les connexions antérieures de la poche. J'ai détaché et déchiré tout cela; j'ai divisé les portions de péritoine restées libres en languettes, que j'ai liées; j'ai enlevé les deux ovaires; j'ai placé une trentaine de ligatures; en séparant le kyste des parois antérieures du ventre, le péritoine tout entier y a été enlevé dans une grande étendue, de façon que la face postérieure des muscles droits et transverses revêtus de leur aponévrose se trouvait complètement à nu. Eh bien! cette dame n'a pas eu de péritonite, et sa guérison a été complète. Elle a vécu pendant un an dans un état de santé relativement florissante. Je l'ai perdue l'année suivante, il est vrai, mais d'une autre affection: il lui est survenu, dans la branche horizontale du pubis; un cancer colloïde, qui s'est étendu aux inter-

stices musculaires de la région interne de la cuisse, et la malade a succombé, comme on meurt à la suite de tumeurs malignes qui présentent un certain volume. La famille demanda d'en faire l'autopsie. Les chirurgiens qui sont ici présents me pardonneront de faire une petite digression, en en rapportant le résultat, qui est extrêmement intéressant. Je n'avais, pendant mon opération, employé ni les fils de catgut, ni la méthode intra-péritonéale que nous mettons aujourd'hui en usage: je m'étais servi du clamp et de fils de soie. Ces fils avaient complètement disparu dans l'excavation pelvienne, qui était devenue parfaitement nette; dans la paroi abdominale, on retrouvait encore quelques traces des fils, représentées, tantôt par un nœud incrusté dans les tissus, tantôt par une portion d'anse, tantôt par de petits kystes du volume d'une lentille, qui les enfermaient dans un liquide visqueux; la plupart étaient absorbés. Le pédicule qui rattachait les ligaments larges au clamp n'existait plus; et, ce qui est plus remarquable, le péritoine, que j'avais enlevé, s'était reproduit au point que la cavité de la séreuse se représentait avec des caractères tout à fait normaux. Il eût été impossible, en examinant la surface des organes, d'y reconnaître le moindre indice de mon opération.

Ce que je viens de dire des kystes de l'ovaire se rapporte, avec infiniment plus de force et d'évidence encore, aux myomes ou fibromes de l'utérus. Ces néoplasmes peuvent quelquefois exister pendant un grand nombre d'années, sans donner lieu au moindre danger et même sans gêner beaucoup les malades. Je connais plusieurs dames qui portent une de ces tumeurs depuis assez longtemps, et qui ne s'en trouvent guère incommodées. Le cas le plus frap-

pant que j'ai observé est celui d'une demoiselle qui, dès l'âge de 25 ans, présentait un fibrome de la matrice. La présence de cette tumeur l'empêcha de se marier. Cependant, à l'âge de 40 ans, elle se ravisa, pensant probablement qu'il était temps de prendre un parti définitif. Elle n'eut naturellement pas d'enfants, mais elle continua à bien se porter ; je crois qu'elle vit encore aujourd'hui. A l'époque où je l'ai traitée, on ne parlait pas encore d'ovariotomie, encore moins d'hystérectomie. Mais, si ces opérations avaient été connues comme aujourd'hui, je ne suis pas bien sûr que cette dame n'eût pas été opérée. Or, si l'on n'avait pas réussi, on aurait ainsi supprimé une trentaine d'années d'une existence passée d'une manière à peu près normale !

Je vais maintenant poser un dernier cas. Une femme présente tous les symptômes d'un kyste abdominal ; sa santé commence à s'altérer, elle semble dépérir un peu ; les fonctions digestives ne s'opèrent plus aussi bien que précédemment ; la marche un peu prolongée est difficile ; si, au lieu d'un kyste, il y a un myome utérin, il survient des hémorragies qui deviennent inquiétantes par leur fréquence et leur abondance. Il survient quelquefois dans le ventre de petites douleurs qui durent cinq ou six jours, et qui dépendent de légères péritonites locales, lesquelles ont pour conséquence de fixer le néoplasme aux parois abdominales. Il y a une tendance à la production de l'ascite. Le kyste se développe d'une manière très rapide, au point de rendre bientôt une ponction nécessaire. Lorsque toutes ces circonstances se présentent, il n'y a plus de doute : il faut opérer, et opérer de suite, sans attendre que la femme soit affaiblie. La ponction, d'après mon observation, n'a jamais sauvé



une femme affectée d'un kyste elle soulage pour le moment; mais une première en appelle d'autres, qui deviennent de plus en plus nécessaires et dangereuses; de sorte que l'on peut dire que la paracentèse est une étape conduisant dans un chemin qui aboutit fatalement à la mort. Il faut éviter à tout prix ces manœuvres infructueuses, et, au lieu de se laisser aller à en tenter l'emploi, les remplacer résolument par l'ovariotomie. Rien ne doit plus alors arrêter le chirurgien, ni les adhérences, ni les autres difficultés qui peuvent lui être opposées; c'est à lui de les surmonter par sa dextérité et sa patience. Ne pas le faire, abandonner la femme et la laisser mourir à petit feu, alors qu'une opération chirurgicale peut la sauver, serait commettre une faute des plus répréhensibles et qu'aucune considération ne pourrait excuser.

En somme, et d'après toutes les considérations que je viens de développer, les indications de la thyroïdectomie ressemblent beaucoup à celles de l'ovariotomie et, jusqu'à un certain point, à celles de l'hystérectomie. Pour ces trois espèces d'affections, il y a des cas où il ne faut pas opérer, d'autres où l'on peut opérer et d'autres enfin où l'on ne peut absolument pas se dispenser de le faire.

Je passe maintenant à une autre espèce de tendance que l'on aperçoit vaguement dans le mémoire de M. Liebrecht, mais qui n'y est pas aussi marquée que la précédente. Elle est propre à un certain nombre d'autres chirurgiens, et même elle semble avoir passé dans quelques écoles: je veux parler de celle qui attribue à la médecine opératoire une prépondérance absorbante et pour ainsi dire exclusive. Pour certaines personnes, opérer c'est être chirurgien, et il semblerait qu'elles regardent comme presque inutile que l'on

sache autre chose. L'on devient surtout à leurs yeux un grand chirurgien, lorsque l'on a vu faire ou que l'on a fait soi-même quelques opérations scabreuses, qui ont étonné par la hardiesse qui les a fait entreprendre, par les dangers qu'elles ont fait courir au malade, et je pourrais ajouter par l'inutilité de leur emploi. Après quelques prouesses de ce genre, l'on croit avoir le droit de se considérer comme un homme remarquable, et l'on est assez disposé à penser que le fond proprement dit de la chirurgie doit pâlir ou même disparaître devant elles. La science du diagnostic, l'aptitude à bien voir et à bien prévoir, le tact exquis qui fait deviner quelquefois ce que la science ne peut apprendre, les connaissances accumulées par une longue expérience, le traitement moral, toutes ces choses si indispensables qui ont fait les Ambroise Paré, les Boyer, les Dupuytren, les Astley Cooper, les Paget, les Chélius, tout cela s'efface, tout cela perd sa valeur aux yeux de ces nouveaux adeptes du couteau.

L'on dirait que pour eux tout se réduit à ceci : une maladie chirurgicale étant donnée, trouver l'opération qui lui convient ; ou bien, dans un autre ordre d'idées : une réputation chirurgicale étant à faire, trouver un organe qui n'a pas encore été enlevé, l'extirper et arriver ainsi au résultat désiré. Avec cette fâcheuse disposition d'esprit, on tend à faire descendre la chirurgie des régions élevées où elle doit être exercée pour la faire tomber dans les vulgarités du réalisme. Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est, comme je le disais tout à l'heure, qu'en certains endroits elle tend à faire école, et qu'il y a même de bons esprits qui se laissent séduire par ces idées. C'est ainsi que, dans mes voyages à l'étranger, j'ai été quelquefois surpris de voir certaines cliniques consister presque exclusivement en opérations chirur-

gicales : quelques mots sur l'affection, quelques autres sur la manœuvre opératoire, et tout était dit ; rien sur l'histoire de la maladie, rien sur les particularités de ses symptômes et de son processus, rien sur l'examen des différentes manières de la traiter. L'opération terminée, et souvent habilement terminée, je le concède volontiers, le patient était emporté ; le lendemain et les jours suivants, on n'en avait plus de nouvelles ; il était peut-être mort, ou il était survenu de sérieux accidents, peu importe ! l'opération avait été faite, c'était l'essentiel, et l'on ne songeait pas au reste. Je vous le demande, messieurs, est-ce là de la chirurgie ? Est-ce là de la bonne, de la véritable clinique ? Est-ce un modèle que l'on puisse offrir aux jeunes gens ?.... J'ai, comme vous le savez, insisté fortement ici dans le temps sur la nécessité de fortifier l'étude des langues modernes, pour permettre aux jeunes gens de faire avec fruit, à l'étranger, des voyages propres à élargir leurs idées et à leur faire perdre l'esprit de clocher, si funeste aux sciences ; mais j'avoue que si nos voyageurs devaient aller contracter des habitudes telles que celles que je viens de retracer, je serais désolé d'avoir pu contribuer à amener de si déplorables résultats.

J'estime à sa juste valeur la chirurgie active et opératoire. Nul plus que moi ne tient compte des qualités précieuses et exceptionnelles que doit posséder le chirurgien : la dextérité, la hardiesse, le sangfroid, l'exactitude dans les détails, la patience, l'impassibilité devant le danger, la promptitude dans les déterminations urgentes. J'applaudis sans réserve aux tentatives courageuses qui sont faites dans des voies nouvelles ; mais je ne puis admettre que l'action manuelle absorbe tout, et surtout qu'on la fasse intervenir inutilement, sans y être poussé par la nécessité. J'avoue que je reste très froid

en présence des manœuvres opératoires, quelque habiles qu'elles puissent être, quand elles ne doivent servir qu'à faire la réputation du chirurgien; la plus belle qualité de la chirurgie c'est d'être utile, et j'ai de la peine à admirer celle qui ne l'est pas. A quoi peuvent servir, par exemple, au point de vue de l'intérêt du malade, ces laparotomies qui ont pour but l'extirpation d'un squirrhe bien avéré du pylore, d'un encéphaloïde du mésentère, d'un carcinome du corps de l'utérus? Lorsque l'on opère à la surface du corps une de ces affections placée dans des conditions d'extirpation excellentes, c'est-à-dire quand il est évident que l'on peut dépasser ses limites avec l'instrument, on a encore le plus souvent le regret de voir survenir une récurrence de la maladie. Que sera-ce lorsqu'il s'agira de l'attaquer dans des organes essentiels à la vie, au moyen d'une opération préliminaire qui par elle-même compromet déjà l'existence, et avec la presque certitude de trouver le néoplasme déjà disséminé dans les nombreux ganglions du voisinage? Je comprends, à la rigueur, une telle opération quand elle doit positivement amener un soulagement momentané, comme, par exemple, en cas d'obstruction dans le cours des matières digestives; je la conçois encore quand on a exceptionnellement la certitude de ne laisser aucune parcelle de la substance morbide; je l'admets encore davantage, quand il s'agit de n'importe quelle tumeur bénigne; mais il m'est impossible d'en comprendre la nécessité, quand on est certain d'avoir affaire à une affection cancéreuse placée dans des conditions évidentes de dissémination et de retentissement dans les parties voisines.

Puisque nous sommes engagés dans la question des tendances, permettez-moi, pour finir mes observations, d'en



signaler encore une, qui, je m'empresse de le dire, n'a plus aucun rapport avec le mémoire de M. Liebrecht, mais qui touche de près aux convenances qui doivent accompagner l'exercice de l'art de guérir. Il s'agit de cette singulière tournure d'esprit qui fait considérer certaines sciences comme plus relevées que les autres, et qui fait attribuer à ceux qui les possèdent une valeur exceptionnelle. Nous avons été un peu victimes, il y a quelques années, de cette singulière prétention. Nous avons vu, à cette époque, quelques jeunes chirurgiens étrangers qui, parce qu'ils avaient une certaine habitude du microscope et de l'anatomie pathologique, croyaient pouvoir affecter le plus superbe dédain pour des hommes blanchis sous le harnais, qui avaient jugé convenable de baser leur pratique et leur enseignement sur d'autres sciences que celles qui faisaient l'objet de la prédilection de ces messieurs. Forts de leur bagage scientifique et de quelques nouveautés opératoires dont ils se croyaient, fort abusivement, les seuls possesseurs, ils en étaient venus à considérer presque comme nul tout ce qu'il y avait et se faisait de bon dans notre pays. Les réputations les mieux assises, les hommes d'expérience qui auraient cru pouvoir échapper à cet effacement général pratiqué à grands coups d'éponge, ne trouvaient même pas grâce à leurs yeux. Il faut avouer qu'il n'est pas agréable de se voir traiter avec cette désinvolture par des personnages que l'on peut, à juste titre, considérer comme des commençants; et l'on a beau préférer la philosophie de Démocrite à celle d'Héraclite, il est difficile de ne pas trouver assez déplaisant que l'on s'attribue devant un certain public et qu'on finisse même par lui faire admettre une supériorité qui, pour beaucoup de bons esprits, ne peut être considérée que comme un défaut.



En effet, il est évident qu'un professeur de clinique doit être avant tout un praticien. S'il consacre une bonne partie de son temps aux travaux du laboratoire, il ne pourra jamais devenir un homme expérimenté, et ses leçons en souffriront. La science fondamentale, indispensable, de la clinique chirurgicale, celle sans laquelle il est même impossible de se représenter un chirurgien, c'est sans contredit l'anatomie descriptive ; en faire fi, c'est vouloir bâtir sur le sable. Certes, l'anatomie, alliée à la pathologie et à la thérapeutique, ses sœurs inséparables, doit être aussi vivifiée par les sciences relevant de la chimie et des travaux microscopiques ; il faut donc qu'un laboratoire soit annexé au cours de clinique. Mais convient-il que le professeur vienne y faire lui-même les recherches et les préparations, souvent très longues et très minutieuses, que comporte cet accessoire obligé ? Nullement, car il finirait par devenir ainsi un anatomo-pathologiste qui empiéterait sur les connaissances du chirurgien. Il doit connaître ces sciences au même titre qu'il doit posséder la pathologie, la thérapeutique et les autres connaissances afférentes à la clinique ; il est nécessaire qu'il puisse les appliquer, les faire fructifier dans son cours, mais il ne faut pas qu'il en fasse une spécialité. En vertu du principe de la division du travail, dont l'application est devenue aujourd'hui si nécessaire à cause de l'extension prodigieuse qu'ont prise les sciences, cette spécialité doit être occupée par un aide particulier, chargé de fournir au professeur tous les renseignements dont il peut avoir besoin. Lorsque cet aide sera parvenu à posséder à fond la matière qu'il aura cultivée, quand il aura acquis ainsi une certaine notoriété, il méritera à coup sûr le respect de tous ; mais il ne sera pas autorisé, parce qu'il

connaîtra plutôt une science qu'une autre, à se croire un aigle, une espèce de fétiche devant lequel tout le monde devrait se prosterner.

Messieurs, en terminant, il me vient un scrupule. Je me demande si vous ne croirez pas que tout ce que je viens de dire provient d'un esprit inquiet, grincheux et porté par sa nature à la critique. Je serais bien fâché de vous voir penser ainsi; car, dans le fait, personne n'est plus heureux que moi quand je puis louer franchement et sans arrière-pensée. Ce qu'il y a de vrai, c'est que je ne suis pas tout à fait insensible à l'injustice, et que je crois qu'il y a toujours de l'avantage à dire la vérité. Je suis un homme de progrès, et j'admets tous les perfectionnements possibles; mais je ne suis pas un démolisseur, et je ne puis voir, sans sourciller, que l'on fasse table rase de ce que nous avons d'excellent, pour y substituer autre chose, qui, loin de nous porter en avant nous ferait marcher en arrière. J'ai assez signalé ce qu'il y a d'imparfait dans notre enseignement et dans notre esprit scientifique, pour que j'aie pu me croire autorisé, puisque l'occasion m'en était offerte, à défendre, et cela sans paraître suspect, ce que nous pouvons considérer comme un patrimoine, qui est bien à nous, qui doit nous être cher et que nous avons tout intérêt à conserver.

— La discussion sera continuée dans la prochaine assemblée.

— La séance est levée à deux heures.

---

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES, DES LETTRES ET DES BEAUX-ARTS DE BELGIQUE. — Biographie nationale; tome VII<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> fasc. de la 2<sup>e</sup> partie. Bruxelles, 1883; vol. 8<sup>o</sup>.
- ALBRECHT (P.). Note sur un sixième costoïde cervical, chez un jeune *Hippopotamus amphibius*, L. Bruxelles. 1882; 8<sup>o</sup>.
- BOËNS (H.). La dégringolade du vaccin et des vaccinateurs. Charleroi, 1882; 4<sup>o</sup>.
- CHAVÉE-LEROY. Les maladies de la vigne dans le Soissonnais et le Laonnois. Clermont-les-Fermes, 1883; 4<sup>o</sup>.
- La maladie des pommes de terre; sa cause expliquée et prouvée scientifiquement et pratiquement. Paris, 1883; 12<sup>o</sup>.
- CONSTABLE (H. STRICKLAND). Our medicine men : a few hints. Kingston-Upon-Hull; vol. 8<sup>o</sup>.
- CORRADI (A.). Del contagio della tisi polmonare rispetto alla storia ed all'igiene publica. Milano, 1882; 8<sup>o</sup>.
- ERCOLANI (G. B.). Nuove ricerche di anatomia normale e patologica sull' intima struttura della placenta nella donna e nei mammiferi. Bologna, 1883; 8<sup>o</sup>.
- GORTINSKY (O.). Sur la durée de l'excitabilité des nerfs après la séparation de leurs centres nutritifs. Genève, 1882; 8<sup>o</sup>.
- JANSSENS (E.). Considération sur l'état sanitaire de Bruxelles et sur le rôle du service d'hygiène au point de vue de la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses. Bruxelles, 1882; 8<sup>o</sup>.
- Hygiène des écoles. — Rapports faits au nom d'une commission du Conseil supérieur d'hygiène publique; 2<sup>e</sup> partie. Bruxelles, 1882; 8<sup>o</sup>.
- KOCH (R.). L'inoculation préventive du charbon. — Réplique au discours prononcé à Genève par M. Pasteur. Cassel, 1883; 8<sup>o</sup>.
- LAVOCAT (A.). Homologies des pièces temporales dans la série des animaux vertébrés. Toulouse, 1882; 8<sup>o</sup>.
- LEBON (L.). De l'alcoolisme en Belgique. Bruxelles, 1883; 8<sup>o</sup>.
- LOEHNER (C.). Auch Herr. Dr. von Kerschensteiner rettet die Impftheorie nicht mehr. Chemnitz, 1883; 8<sup>o</sup>.
- MAJER (C. F.). General-Bericht über die Sanitäts-Verwaltung im königreich bayern. XIII. band. München, 1882; 8<sup>o</sup>.
- MEDICINISCHE FACULTÄT DER UNIVERSITÄT ZU WÜRZBURG. — Festschrift zur dritten Saccularfeier der Alma Julia Maximiliana. Leipzig, 1882; 2 Band. 4<sup>o</sup>.
- NIEMANN (O.). Ueber den Processus vaginalis peritonei beim weiblichen Geschlechte und die Cysten der weiblichen Inguinalgegend. Göttingen, 1882; 4<sup>o</sup>.
- NOSOTTI (I.). Sulla genesi e natura del carbonchio negli animali e nell' uomo. Milano, 1883; 8<sup>o</sup>.

- OLIVERES (F. L.). Del glaucoma. Badajoz, 1882; 8°.
- PEETERS (J. A.). Lettres médicales sur Gheel et le patronage familial, adressées à M. le dr Ingels, médecin de l'Hospice-Guislain, à Gand (6<sup>e</sup> lettre.) Gand, 1882; 8°.
- QUINET (A.). Des eaux minérales naturelles ferrugineuses-iodurées d'Uccle (Bruxelles). — Projet d'un institut thérapeutique. Bruxelles, 1883; 4°.
- SCHIFF (M.). Ueber die Erregbarkeit des Rückenmarcks. Bonn, 1883; 5 br. 8°.
- SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE. — Listes, par rang d'ancienneté, des officiers du service de santé, au mois de janvier 1883. Bruxelles, 1883; 8°.
- STATISTISCHE CENTRAL-COMMISSION — Statistik des Sanitätswesens der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder für das Jahr 1879. Wien, 1882; Band 4°.
- VANDER HAEGHEN (F.). *Bibliotheca Belgica*; bibliographie générale des Pays-Bas; 29<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup>, 31<sup>e</sup> et 32<sup>e</sup> livraisons. Gand, 1882; 12°.
- VERNE (C.). Étude sur le *boldo*. Paris, 1883; 8°.
- VOGT (A.). Die Pocken-und Impffrage im Kampfe mit der Statistik. Bern, 1877; 8°.
- WEHENKEL (J. M.). L'inspection des viandes alimentaires. — Rapport présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique. Bruxelles, 1883; 8°.
-

---

SÉANCE DU 31 MARS 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCQ.  
—



La séance est ouverte à midi.

Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

Par dépêche du 16 mars courant, M. le ministre de l'intérieur demande à l'Académie de lui donner d'urgence son avis sur les trois questions suivantes :

1<sup>o</sup> Y a-t-il lieu de consacrer expressément le droit, pour les femmes, d'exercer la médecine ou la pharmacie ?

2<sup>o</sup> Ne conviendrait-il pas d'entourer d'une garantie plus satisfaisante, que celle établie par la loi du 20 mai 1876, le stage officinal des élèves en pharmacie ?

3<sup>o</sup> Ne serait-il pas opportun d'introduire dans la loi précitée une disposition indiquant les conditions spéciales dans lesquelles les docteurs en médecine pourraient dorénavant délivrer des médicaments à leurs malades ? La Compagnie devrait, le cas échéant, indiquer la formule qu'il y aurait lieu d'adopter.

Le Bureau propose de renvoyer ces trois questions, pour rapports à discuter dans la prochaine séance, à trois commissions, composées :

De MM. Crocq, Lefebvre et Masius, pour la question de l'exercice de la médecine et de la pharmacie par les femmes ;



De MM. Chandelon, Depaire et Gille, pour la question du stage pharmaceutique ;

De MM. Cousot, Mascart, Pigeolet, Van Bastelaer et Willems, pour celle du cumul de la pharmacie et de la médecine.

— Cette proposition est adoptée.

Le secrétaire rappelle ensuite que l'avis de l'Académie est demandé d'*urgence*, et propose en conséquence de réunir les commissions, à bref délai, afin qu'elles puissent produire, avant le 15 avril, leurs rapports pour être imprimés, distribués et discutés dans la prochaine séance, fixée au 28 de ce mois. — Adopté.

— Comme suite à de précédents envois, M. le ministre de l'intérieur adresse un exemplaire des publications ci-après :

Le recueil des procès-verbaux des séances tenues en 1882 par les conseils provinciaux ;

Le tome III des *Annales de l'Université de Bruxelles* (faculté de médecine) ;

Le rapport au Roi des Pays-Bas sur l'inspection médicale officielle de ce pays pendant l'année 1881 (en hollandais) ;

Le 23<sup>e</sup> rapport médical publié par ordre de l'inspecteur général des douanes de l'empire chinois (en anglais).

— Depuis sa dernière assemblée l'Académie a perdu deux de ses affiliés étrangers : M. le d<sup>r</sup> Louis-Adolphe Bertillon, membre honoraire depuis le 24 juin 1876, lequel est décédé à Neuilly-sur-Seine le 1<sup>er</sup> mars, à l'âge de 61 ans, et M. le d<sup>r</sup> Jean-Guillaume Germain, mort à Maestricht le 11 du même mois, et dont l'élection au titre de correspondant date du 5 juillet 1862.

— Des lettres, exprimant les sentiments de condoléance

de la Compagnie, seront adressées aux familles de ces regrettés collègues.

— Le Bureau a renvoyé à la commission des épidémies une brochure de M. le dr Gabuzzi, à Constantinople, intitulée : *Le pèlerinage et le choléra au Hedjaz ; inefficacité des quarantaines dans la Mer Rouge*, brochure qui lui avait été transmise, après la précédente réunion, par M. Janssens, membre titulaire. — Pris pour notification.

— Le comité d'organisation du Congrès international de médecins des colonies adresse une circulaire annonçant que ce congrès se tiendra à Amsterdam, en septembre prochain, et demandant à l'Académie de lui accorder son concours. — Les membres et les correspondants, qui auraient l'intention d'y prendre part, sont priés d'en informer le Bureau, qui en avisera qui de droit.

— La Société des sciences médicales et naturelles de la Haute-Hesse informe qu'elle célébrera, le 1<sup>er</sup> août 1883, le cinquantième anniversaire de sa fondation, et invite les membres de l'Académie à assister à cette solennité. — Pris pour information.

— M. H. Boëns, correspondant, présente deux exemplaires d'une pétition adressée à la Chambre des Représentants par la *Société de moralité publique*, dans le but d'obtenir qu'une enquête soit instituée, afin de constater la situation actuelle de la prostitution en Belgique et de rechercher les moyens préventifs et répressifs qui devraient, à cet égard, être déterminés par la loi. — Dépôt au cabinet de lecture.

— M. Barella, membre titulaire, exprime le désir qu'une commission soit nommée pour examiner un bandage herniaire, qui offre, selon lui, des avantages réels, et annonce

que M. Pollet, de Fayt, l'inventeur de ce bandage, se tient actuellement à la disposition des membres qui seront chargés d'en faire l'appréciation. — Commissaires : MM. Deroubaix et Soupart.

— Après examen, ces membres déclarent que le bandage de M. Pollet leur paraît mériter l'attention des chirurgiens, quoiqu'il ne présente rien de particulier.

— M. le dr Guermonprez, à Lille, soumet à l'Académie une note manuscrite *sur le traitement de la pseudarthrose du tibia*. — Commissaires : MM. De Roubaix et Soupart.

— M. Willems, membre titulaire, présente un pli cacheté, muni de cette suscription : « *Note concernant une maladie infectieuse des animaux*, » et prie l'Académie d'en accepter le dépôt. — Accepté.

— M. Janssens, membre titulaire, dépose sa statistique démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise, pour 1882, et en demande l'impression dans le Bulletin. — Adopté.

— En exprimant ses regrets d'être empêché d'assister à la séance, M. Deneffe, membre titulaire, adresse, avec prière de l'insérer dans le Bulletin, vu l'actualité du sujet, une note manuscrite sur *l'ophtalmie granuleuse et le jequirity*. — Cette proposition est adoptée.

— MM. Kuborn, Masoin et Degive, *membres titulaires*; Donders et James Paget, *membres honoraires*; P. Albrecht, à Bruxelles; Beck, à Berne; Chavée-Leroy, à Clermont-Fermes; J. Englisch, à Vienne; G. Gabuzzi, à Constantinople; F. Guermonprez, à Lille; P. Loreta, à Bologne; F. Schiffers, à Liège; L. Torres, à Lisbonne, et R. Ulecia y Cardona, à Madrid, font hommage de publications dont les titres seront mentionnés au § *ouvrages présentés*.

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs de ces dons.

## II. — RAPPORTS, LECTURES ET DISCUSSIONS.

### 1. L'OPHTALMIE granuleuse et le Jequirity; par M. DENEFFE, membre titulaire.

Il y a quelques années, l'Académie s'est longuement occupée des granulations palpébrales. Elle apprendra, sans doute avec regret, que cette même question est aujourd'hui comme alors, pleine d'actualité. L'ophtalmie granuleuse n'a pas cessé ses ravages en Belgique, ce fléau des classes pauvres continue sa marche envahissante, sous l'œil indifférent des autorités médicales et administratives.

Ceux qui ont, comme moi, la triste mission de traiter les granuleux, savent à quelle cruelle épreuve est soumise la patience du malade et du médecin. Ils savent que, pendant des années, à travers les péripéties les plus redoutables pour l'œil, l'ophtalmie granuleuse évolue avec une lenteur désespérante.

C'est au milieu des ennuis que nous causent les nombreux granuleux dont nous n'arrivons pas à débarrasser notre clinique, qu'un cri de délivrance est venu nous frapper. Au mois d'août dernier, M. le dr de Wecker annonçait à l'Académie des sciences de Paris, qu'il était en possession d'un nouveau moyen, capable de guérir rapidement les granulations.

Il suffisait de laver les yeux malades avec une infusion de jequirity pour voir se développer une ophtalmie purulente. Et cette ophtalmie, pareille à celle que l'on obtient par l'inoculation du pus blennorrhagique, était rapidement

destructive du tissu granuleux. En quelques jours, tout au plus en quelques semaines, la guérison était obtenue.

C'était prodigieux; mais M. de Wecker est un homme que j'aime à suivre, et je me résolus à soumettre à des recherches attentives l'action du jequirity.

Le jequirity (*abrus precatorius*, famille des légumineuses, tribu des papilionacées) nous vient du Brésil. M. le d<sup>r</sup> Moura Brazil, de Rio de Janeiro, nous apprend que, dans certaines parties de ce pays, le jequirity est employé comme remède populaire dans le traitement de la conjonctivite granuleuse chronique. On se sert des graines de cet arbrisseau que l'on traite de différentes manières pour préparer le liquide curatif, qui est le plus souvent une infusion.

Selon les conseils de M. de Wecker, nous nous sommes servis, à la clinique, des deux préparations suivantes :

1<sup>o</sup> Trente-deux graines de jequirity triturrées et bien pulvérisées macèrent pendant 24 heures dans 500 gr. d'eau froide; on ajoute, le jour suivant, 500 gr. d'eau chaude et on filtre immédiatement après refroidissement;

2<sup>o</sup> 10 gr. de graines décortiquées et bien pulvérisées macèrent pendant 24 heures dans 500 gr. d'eau froide. On filtre.

C'est avec ces préparations froides que le malade se lave les yeux, trois fois par jour, en laissant pénétrer le liquide entre les paupières. Ces lotions durent de un quart-d'heure à une demi-heure, chaque fois. Quelquefois le malade se borne à appliquer sur les yeux, à peu près clos, des compresses trempées dans le jequirity, les renouvelant de cinq en cinq minutes. Ce traitement dure trois jours.

Déjà, dans les heures qui suivent la première application, la conjonctive s'irrite; le deuxième jour l'inflammation



oculo-palpébrale est bien accentuée. Le troisième jour, la conjonctive est rouge, œdématiée, elle est le siège d'un chémosis parfois séreux, parfois phlegmoneux, sa surface est tapissée de fausses membranes, les paupières sont tuméfiées. Un écoulement purulent se produit avec une abondance variable. Au bout de cinq à six jours cette inflammation diminue et s'éteint rapidement.

Tel est le remède, tels sont ses effets physiologiques ; au point de vue thérapeutique, la guérison des granulations devait survenir en quelques jours, en quelques semaines au plus tard.

En présence des élèves et avec le concours de mes honorables collègues, MM. les d<sup>rs</sup> Van Wesemael et Claeys, nous avons expérimenté le nouveau remède. Voici les résultats que nous en avons obtenus.

L'une des infusions ne nous a pas paru supérieure à l'autre.

L'obscurité recommandée par M. de Wecker, pour favoriser le développement de l'inflammation et son intensité, nous a paru inutile.

Nous avons vu l'inflammation se produire avec autant de violence chez des individus laissés au jour, que chez ceux placés en chambre noire.

Un de nos malades, placé en chambre obscure, a été atteint d'une conjonctivite violente; quelques semaines après, alors que l'inflammation jequiritique avait absolument disparu, nous le soumîmes de nouveau aux lotions; il était cette fois dans une salle bien éclairée. L'inflammation fut aussi violente que la première fois.

Quand l'inflammation ne s'est pas manifestée au grand jour, elle ne s'est pas produite non plus chez le même malade placé dans l'obscurité.

Chez certains malades, l'inflammation, au troisième jour du traitement, est violente, on croirait à une ophtalmie purulente. Chez d'autres, l'inflammation est moins vive, et parfois elle est légère ou même nulle.

Pendant plusieurs semaines, deux jeunes filles ont pu se laver avec l'infusion de jequirity, sans que la moindre irritation de la conjonctive se produisît. Chez l'une d'entre elles, la conjonctive était profondément altérée et criblée de cicatrices, mais chez l'autre il était loin d'en être ainsi.

Chez un malade nous avons vu des plaques érysipélateuses envahir la figure et le cou.

L'inflammation n'a pas été plus vive quand nous avons nous-même frictionné la face interne des paupières avec le jequirity.

Les douleurs qui accompagnent l'inflammation sont parfois très violentes et empêchent les malades de dormir.

L'écoulement plus ou moins abondant qui accompagne cette conjonctivite est plutôt séro-purulent que purulent.

Le plus souvent la conjonctive enflammée se tapisse de fausses membranes, d'un exsudat croupal.

L'inflammation qui apparaît avec des symptômes très accentués est fugitive, en huit à dix jours elle s'est évanouie. De nouvelles lotions ne peuvent ni la ranimer ni l'entretenir, elle s'éteint malgré tout.

Au point de vue thérapeutique, et c'est là le point capital, l'inflammation jequiritique ne nous a donné aucun résultat.

Après l'inflammation la plus vive, renouvelée même après quelques semaines, les granulations n'ont pas été améliorées.

Aucun des granuleux, traités par le jequirity, à notre clinique, n'a vu sa maladie favorablement influencée par ce mode de traitement.

Le jequirity est resté absolument impuissant dans le traitement du pannus.

L'emploi du jequirity est-il au moins inoffensif? Je ne le crois pas.

Chez un de nos malades, il a transformé une kératite vasculaire en un pannus crassus, que nous sommes obligés de traiter par l'inoculation blennorrhagique. Chez un autre, il a peut-être contribué à la perforation des cornées.

Nous avons, à Gand, une grande expérience de l'inoculation blennorrhagique, je déclare qu'aucune comparaison ne saurait être établie entre l'ophtalmie purulente résultant de cette inoculation et celle qui résulte de l'emploi du jequirity; tandis que la première prolonge longtemps ses effets, la seconde est fugitive.

Et c'est cette inflammation fugitive, qui devait en quelques jours, en quelques semaines, guérir les granulations que l'inoculation blennorrhagique met des mois à faire disparaître.

Quand on lit attentivement la note de M. Moura Brazil, insérée dans les *Annales d'oculistique* (novembre-décembre 1882), l'insuccès du jequirity dans le traitement des granulations n'est plus un mystère. L'honorable médecin de Rio de Janeiro dit que le jequirity est un remède populaire employé, dans certaines provinces du Brésil, contre la conjonctivite granuleuse chronique.

Mais que faut-il entendre par *conjonctivite granuleuse*?

« Au Ceara, dit M. Moura Brazil, la conjonctivite purulente aiguë est commune et prend généralement un caractère très grave, produisant souvent de vastes ulcérations et des perforations de la cornée et se terminant fréquemment par la formation de granulations plus ou moins hyper-

trophiques. Quand l'ophtalmie purulente n'est pas soignée convenablement, des granulations se forment d'ordinaire.

» C'est précisément à ces cas de conjonctivites granuleuses chroniques, résistant longtemps à tout autre traitement, qu'on oppose généralement le jequirity. »

Mais les granulations dont parle M. Moura Brazil, ces granulations engendrées par l'ophtalmie purulente, ce sont des granulations papillaires. C'est l'hypertrophie des papilles qui succède à cette conjonctivite, et je conçois que l'inflammation fugitive produite par le jequirity guérisse facilement cette papillite. Le trachome vrai ou l'engorgement des cellules lymphoïdes n'est pas le produit des inflammations de la conjonctive, il n'a rien de commun avec l'hypertrophie des papilles; le trachome vrai résiste à l'emploi du jequirity.

En disant que l'ophtalmie purulente ne produit jamais le trachome vrai, j'exprime bien la doctrine de notre illustre confrère de Paris.

« Une forme aiguë, dit de Wecker, dans laquelle l'état purulent s'étant calmé, il serait resté une conjonctive hérissée de granulations vraies (non de papilles hypertrophiées), n'existe pas. »

La différence des résultats obtenus au Brésil et en Europe s'expliquerait ainsi par la différence de la maladie que le jequirity doit combattre.

Les résultats négatifs obtenus à la clinique de Gand ne sont pas les seuls, M. le dr Terrier a communiqué à la Société de chirurgie de Paris les résultats de ses expériences sur le jequirity. Il a vu aussi se produire, après l'emploi de ce remède, « une inflammation intense de la

conjonctive avec apparition de néo-membranes diphtéroïdes, trouble et vascularisation de la cornée; mais ces phénomènes, après avoir disparu peu à peu, ont laissé les granulations dans le même état qu'avant les applications de jequirity. »

Mon honorable ami, M. le dr Libbrecht, m'a dit n'avoir pas été plus heureux dans les essais auxquels il s'est livré.

Ces insuccès ne me paraissent pourtant pas être le dernier mot de la question. Nous possédons aujourd'hui, grâce à M. de Wecker, un moyen de provoquer l'inflammation de la conjonctive, moyen longtemps attendu et cherché. L'avenir dira ce que nous pourrons en tirer.

**M. Warlomont.** — Messieurs, la communication de M. Deneffe doit évidemment être insérée au Bulletin.

Je n'ai pas demandé la parole pour discuter la question qu'elle soulève, celle-ci me paraissant devoir être réservée, mais simplement afin qu'on ne pût pas induire de mon silence que j'accepte sans aucune restriction les appréciations de M. Deneffe. Je dois déclarer que je ne suis pas d'accord avec l'honorable membre sur certains points de sa note, très intéressante d'ailleurs.

La question du traitement de l'ophtalmie granuleuse par le jequirity est à l'étude; c'est une des plus importantes qui se soient jamais produites en ophtalmologie, et il convient de la traiter avec infiniment de recueillement et de prudence, afin de ne pas jeter, sur une méthode qui ne fait que d'éclore, des préventions peut-être précipitées.

De retour de Paris, où j'ai assisté à la clinique de M. le dr de Wecker, j'ai fait hier à midi et demi, à l'Institut ophtalmique de Brabant, l'application du macéré de jequirity



sur quatre sujets. Je les ai revus aujourd'hui, à 11 1/2 h., c'est-à-dire après 23 heures. Chez les quatre sujets, l'action du jequirity avait été très prononcée. Toutefois cette action ne dépassait pas des limites très acceptables.

Pour moi, qui ai vu l'effet que produit l'inoculation du pus blennorrhagique, je n'en ai pas été effrayé; mais il y a, entre cet état et l'état des yeux atteints d'ophtalmie purulente, une différence essentielle que je tiens à signaler.

Il n'y a pas, pour le moment, la moindre apparence de suppuration ni de chémosis; ce que l'on constate, c'est comme une métamorphose de la couche la plus superficielle de la conjonctive granuleuse en une espèce de fausse membrane ressemblant de très près à une membrane diphthérique.

Je comparerais volontiers ce que j'ai vu à une imbibition de la couche la plus superficielle de la conjonctive granulaire, par le principe jequiritique, imbibition ayant donné lieu à une membrane nouvelle ou plutôt à une espèce d'eschare, en laquelle la couche la plus superficielle de la conjonctive granulaire serait convertie.

Ce que je sais, pour l'avoir vu à la clinique de M. De Wecker, c'est que cette pseudo-eschare s'élimine au bout d'un certain temps et qu'à sa chute on trouve l'épithélium reconstitué en dessous d'elle.

Bref, il y a sous ce rapport plusieurs phénomènes extrêmement utiles et importants à connaître.

Un membre du jury central d'examen pour la médecine, que j'ai vu hier, a déjà fait des expériences, au moyen du jequirity, dans un autre ordre d'idées. Il a pratiqué des injections sous-cutanées, dans le tissu cellulaire, avec un macéré de jequirity, je ne dis pas « une infusion », parce

qu'il paraît qu'il ne faut pas recourir à la chaleur, si l'on veut laisser au produit toute sa puissance. Eh bien, le membre dont je parle est parvenu à développer ainsi, chez des animaux, des tumeurs considérables, sans la moindre apparence de suppuration.

Je me garderai bien de conclure. Je me borne à dire qu'il faut féliciter M. Deneffe d'avoir introduit à l'Académie la question du jequirity.

Le moment ne me paraît pas venu de porter cet objet à l'ordre du jour pour être discuté, parce que, selon moi, les éléments d'appréciation font défaut; mais l'Académie peut être bien convaincue que, lorsque cette question sera soumise à ses délibérations, et ce sera sans doute dans un temps peu éloigné, elle prendra de grands développements; je la considère, pour ma part, comme une des plus importantes dont nous ayons eu à nous occuper depuis bien des années.

**M. le président.** — Vous ne proposez donc pas d'ouvrir une discussion sur la question soulevée par M. Deneffe?

**M. Warlomont.** — Nullement; je crois que le moment n'est pas venu de la discuter. Je pense que l'insertion au Bulletin de la note de M. Deneffe est un premier jalon posé; nous serons très heureux de pouvoir la consulter au besoin, et elle pourra être le point de départ d'un débat, lorsque quelque membre de cette assemblée se trouvera en situation d'apporter de nouveaux développements et certains éclaircissements au sujet de la question; c'est, je le répète, un des objets les plus importants dont se soient jamais occupées les sociétés savantes. Elle intéresse non seulement l'ophtalmologie, mais encore la chirurgie et peut-être la médecine et la pathologie générale.

**2. RAPPORT de la commission chargée d'examiner le travail de M. le dr SERVAIS, relatif à une tumeur des deux maxillaires supérieurs ayant envahi le pharynx.**  
— **M. SOUPART**, rapporteur.

Messieurs, dans la séance de l'Académie du mois de novembre dernier, M. le dr Servais, vint lui présenter un jeune homme auquel il avait enlevé une tumeur, occupant la région maxillaire supérieure.

A cette exhibition, M. Servais joignit une notice que notre honorable collègue, M. Gallez et moi, avons été chargés d'examiner et dont voici l'analyse.

Après une courte esquisse historique et pathologique des tumeurs dont le maxillaire supérieur peut être le siège, et de l'état de la médecine opératoire au double point de vue des incisions cutanées et de la conservation de certaines parties osseuses, l'auteur fait, de son malade, l'histoire un peu confuse qui peut se résumer comme suit :

Le sujet est un garçon de neuf ans, d'une bonne constitution et jouissant d'un état de santé satisfaisant, eu égard à la gravité de l'affection qu'il porte. Celle-ci, chose à signaler comme sortant, sous le rapport de l'âge, du cadre ordinaire de ce genre d'affection, a débuté il y a six ans, l'enfant n'ayant par conséquent que trois ans, par une petite tumeur immobile située au devant de l'antre d'hygmore du côté droit. Cette tumeur, par un développement lent et progressif, avait envahi, tout l'os maxillaire supérieur droit, l'os palatin correspondant, l'ethmoïde, le vomer et une partie du maxillaire supérieur gauche; elle remplit la cavité buccale, s'étend en arrière dans le pharynx, contre la paroi supérieure duquel elle soulève et tient collé le voile du palais

sans toutefois trop gêner la respiration, la déglutition, ni la phonation, mais bien sensiblement l'ouïe. En avant elle fait saillie hors la bouche en abaissant la mâchoire inférieure dont les dents sont renversées horizontalement. Au dehors, elle présente l'aspect d'une grosse poire mamelonée, de couleur rouge, bleuâtre, parcourue par un lacis de vaisseaux artérioso-veineux qui la fait ressembler à une tumeur érectile, sans battements toutefois et sans être le siège de douleur. A la mensuration elle donne dix-neuf centimètres dans son diamètre antéro-postérieur et vingt-trois centimètres de circonférence dans sa partie extérieure. La muqueuse qui la recouvre est partout intacte, sauf dans ses points de contact avec les dents où elle est ulcérée, saignante et d'où proviennent parfois des hémorrhagies inquiétantes pour la vie du sujet.

*Diagnostic* : « Cliniquement, dit l'auteur, je porte le diagnostic d'un sarcome, et le microscope, ajoute-t-il, vient confirmer ce diagnostic, » — sans dire toutefois en quoi consiste cette confirmation. — Il croit donc pouvoir espérer le succès d'une opération radicale.

Pour y procéder, il rejette la chloroformisation, mais il fait administrer au patient, séance tenante, un lavement à l'alcool chauffé à la température du corps pour prévenir le choc nerveux. En prévision d'une perte de sang trop considérable, tout est prêt pour la transfusion. — Il croit inutile la précaution de mettre à nu ou de lier préalablement l'artère carotide, comme l'ont fait, dit-il, Syme et Gensoul. — Contre les hémorrhagies en nappes et capillaires, il compte sur le contact de l'air, et pour celles provenant des artères qui donnent parfois d'une manière sérieuse, sur la rapidité de la manœuvre. « Avec de l'énergie et du sang-froid,



» dit-il, on va vite, c'est la question capitale, c'est la qualité  
» indispensable. »

Telles sont les assertions hasardées et tranchantes émises par l'auteur, assertions en présence desquelles force nous est de nous arrêter un instant.

Certes le sang-froid, uni à la présence d'esprit, est une qualité nécessaire, essentielle chez l'opérateur ; mais pour être utile et salubre à l'opéré, le sang-froid doit être basé sur tout autre chose que l'énergie, mot mal sonnant en l'espèce et qui, pris à la lettre, peut entraîner le praticien, dans ses manœuvres, au delà du but, au delà du besoin, au delà des limites compatibles avec le salut du patient.

Ce qui est indispensable, en fait d'opérations graves et particulièrement d'ablation de tumeurs, c'est, après un diagnostic bien établi, la connaissance exacte de l'anatomie de la région qui en est le siège et des régions contiguës ; ce qui est indispensable pour le chirurgien, c'est, avant d'entreprendre une opération qui peut mettre la vie du sujet en danger, de bien se rendre compte des parties qu'il doit ou qu'il peut volontairement ou involontairement intéresser. Prévoyant dès lors les accidents qui peuvent se produire, il s'attache à les prévenir, à les éviter ; et s'ils se produisent, il n'est pas pris à l'improviste : il leur oppose sans trouble et sans hésitation les moyens de les combattre et de les arrêter.

Tel est, tel doit être, le sang-froid requis chez le chirurgien opérateur. Uni à la prudence et à la circonspection dont celui-ci ne doit jamais se départir, il est bien différent de ce sang-froid impassible, attribut d'une prétendue énergie, expression malheureuse qui dénote une tendance à tout faire, une hardiesse à tout entreprendre, à tout tenter, coûte que coûte ; tendance qui, comme l'a si bien démontré



naguère notre honorable collègue M. De Roubaix, s'introduit de plus en plus dans la pratique et séduit les jeunes chirurgiens qui s'y laissent aller, souvent sans profit pour les malheureux soumis à de téméraires entreprises, et sans profit aussi pour l'art chirurgical dont la considération doit alors en souffrir.

Ce jugement, quelque sévère qu'il soit, nous n'avons pu nous dispenser de le porter ici, en présence du langage signalé, sans prétendre toutefois qu'il soit applicable aux intentions de l'auteur qui a eu la chance de réussir malgré les défauts, selon nous, de sa manière de procéder.

Pour bien en juger, laissons lui la parole :

« L'opération, dit-il, comporte quatre temps.

» 1. L'incision et la dissection du lambeau. J'adopte l'incision de Gensoul, elle part de la commissure des lèvres pour se rendre au milieu de l'arcade zygomatique ». — Il y a ici erreur. Gensoul formait un lambeau quadrangulaire à base supérieure. L'incision simple, indiquée, appartient à Velpeau, mais passons. — « Je détache alors la joue et la lèvre supérieure de ses adhérences avec la tumeur.

» 2. Saisissant alors la gouge et le maillet, je pratique, dans la face du maxillaire droit, une entaille qui sépare l'apophyse montante de ce maxillaire du corps de l'os et dont le résultat est de conserver le rebord orbitaire ainsi que l'os malaire.

» Dans cette fente, je glisse un levier à accouchements, chauffé à blanc, et je l'enfonce vivement jusqu'au fond des fosses nasales, où je suis arrêté par une résistance osseuse. C'était l'apophyse ptérigoïdienne restée saine.

» 3. Je détache alors les parties molles aussi loin que je puis me rendre derrière la tumeur, en tâchant d'engager

» un élévatoire dans la fente ptérigo-maxillaire. Je sépare  
» ensuite par une incision la tumeur de ses adhérences au  
» voile du palais. J'incise la muqueuse palatine de manière  
» à rester en dehors de la saillie énorme que la tumeur fait  
» dans la cavité buccale.

» 4. Saisissant alors les sécateurs de Fergusson, j'entame  
» la tumeur en dedans et je parviens à la détacher des parties  
» saines ; je la saisis alors avec une forte pince, je l'entoure  
» d'un linge et, par un mouvement de torsion, j'en entraîne  
» environ les deux tiers. L'hémorragie, à ce moment, est  
» effrayante, des éponges sèches la domptent et je puis voir  
» le sang jaillir de deux artères volumineuses au fond de la  
» cavité énorme que vient d'abandonner la tumeur ; je l'ar-  
» rête avec des cautères. Je déblaie ensuite la cavité avec la  
» gouge à manche, de Fergusson. »

Comme on le voit par cet exposé, notre opérateur, au lieu de suivre les préceptes et les données anatomiques qui permettent d'enlever régulièrement et sans trop de difficultés l'os maxillaire supérieur et la tumeur dont il est le siège, s'est attaché à prendre celle-ci corps à corps, l'enlevant par pièces et morceaux, agissant en quelque sorte en aveugle et s'exposant, en présence de tissus de nature aussi vasculaire, à des hémorragies foudroyantes qui, non seulement pouvaient l'empêcher de continuer et d'achever son opération, mais exposaient même le patient à une mort imminente. L'état de celui-ci fut tel, en effet, par suite de pertes de sang, que, pendant vingt minutes, son pouls fut imperceptible, qu'il avait perdu connaissance et que, pour le ranimer, on dut recourir à des lavements excitants. Pour justifier cette manière de faire, on invoque comme motif la conservation de quelques portions osseuses, du rebord orbitaire et du

plancher de l'orbite, mais cette conservation n'est guère de nature, en pareil cas, à compenser, d'une part, les difficultés qu'elle suscite et les dangers immédiats auxquels elle expose, ni d'autre part, la perspective d'une récurrence toujours plus à craindre si l'os malade n'est pas enlevé complètement.

Le résultat de cette opération fut néanmoins la guérison, au moins actuelle, du sujet que nous avons vu soixante-dix jours après l'opération, et chez lequel nous avons pu constater que le gouffre, selon l'expression de l'auteur, se comblait rapidement, trop rapidement peut-être, car il se pourrait que ce tissu de nouvelle formation fût déjà, comme nous l'avons vu plusieurs fois en pareil cas, la reproduction d'une tumeur analogue à celle enlevée. Dieu veuille qu'il n'en soit pas ainsi.

De ce qui précède nous concluons que, si l'opérateur peut se féliciter du succès qu'il a obtenu, il ne peut certes prétendre avoir des imitateurs dans sa manière de procéder.

En conséquence, la commission dont je suis l'organe propose de remercier l'auteur de la communication qu'il lui a faite et de déposer son travail aux archives de l'Académie.

**3. RAPPORT de la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. le dr CLOSSET, intitulé : Étude expérimentale sur la possibilité d'utiliser, à l'état frais, les viandes d'outre-mer pour l'alimentation de l'Europe. — M. DEGIVE, rapporteur.**

Messieurs, j'ai l'honneur de vous rendre compte de l'examen que nous avons fait, M. Depaire et moi, du travail adressé à la Compagnie par M. le docteur Closset, de Liège, et ayant pour titre : *Étude expérimentale sur la possibilité d'utiliser, à l'état frais, l'énorme quantité des viandes d'outre-mer, pour l'alimentation de l'Europe.*

Dans les conditions sociales actuelles, on ne peut contester la grande importance que présente, pour l'espèce humaine, l'usage d'une nourriture fortement azotée.

Il est aussi bien démontré que, dans toute l'Europe centrale et occidentale, la production du bétail est loin d'être suffisante pour répondre aux exigences de l'alimentation de l'homme.

Après avoir établi ces deux points et signalé combien ce dernier état de choses est préjudiciable à la santé des classes ouvrières, M. Closset fait ressortir de quelle utilité serait, pour ces dernières, l'usage journalier d'une alimentation réparatrice, actuellement inaccessible à leurs ressources.

Si nos populations souffrent aujourd'hui d'une véritable disette de viandes, il n'existe qu'un moyen de porter remède à ce mal : découvrir un procédé de conservation permettant l'expédition de la viande produite en surabondance par les innombrables troupeaux d'outre-mer.

M. Closset passe rapidement en revue les différents moyens qui ont été tentés jusqu'à ce jour en vue d'atteindre ce dernier objet. Constatant qu'aucun d'eux n'a atteint le but désiré, il s'est appliqué à trouver mieux : il a cherché le moyen de préserver de la putréfaction les tissus animaux — muscles, os ou graisse — de les maintenir dans leur état naturel de fraîcheur, sans y incorporer aucune substance étrangère.

Après plusieurs essais dont il donne un court aperçu, il a imaginé un procédé qui semble réaliser toutes les conditions voulues.

Ce procédé consiste à maintenir au sein d'une atmosphère aseptique, désoxygénée, contenue dans un réservoir hermétiquement clos, la viande préalablement plongée dans une solution de bisulfite de soude à 8/100. Comme cette défini-



tion l'indique, on voit qu'il n'existe aucun élément nouveau dans la méthode de M. Closset. Ce qui lui donne son originalité et son efficacité, c'est la combinaison de trois opérations depuis longtemps connues, mais dont l'action isolée ne donnerait aucun résultat avantageux dans l'occurrence dont il s'agit.

L'atmosphère aseptique employée par M. Closset est formée par une certaine quantité d'air modifié par son passage à travers une série de tubes en verre surchauffés, renfermant, les uns du charbon de bois grossièrement concassé, les autres un mélange de charbon de bois et de soufre. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas fait l'analyse de cette atmosphère, de manière à en indiquer la composition chimique précise. N'ayant de celle-ci qu'une connaissance plus ou moins hypothétique, certains éléments nous font défaut pour donner une interprétation scientifique complète de l'action conservatrice des gaz qui la composent.

Quoi qu'il en soit, il est hors de doute que le procédé du docteur liégeois possède la propriété de conserver la viande sans lui enlever aucun de ses attributs. C'est ce qui résulte au moins de la démonstration qui en a été faite au laboratoire de chimie de l'École de médecine vétérinaire de l'État, en présence d'une commission, composée de MM. Thiernesse, secrétaire de l'Académie royale de médecine; Van Schelle, avocat à Bruxelles; Degive, membre de l'Académie royale de médecine; Limbourg, inspecteur des halles et boucheries à Bruxelles; Courtoy, professeur à l'école de médecine vétérinaire; Reul et Mosselman, répétiteurs au même établissement.

Après avoir assisté à la préparation de cinq boîtes en fer blanc, contenant de volumineux morceaux de viande fraîche de bœuf, de veau, de mouton et de porc, la commission



prémentionnée a pu constater, après un délai de 32 jours, que ces diverses pièces de viande n'avaient rien perdu de leur aspect ni de leurs qualités organoleptiques.

Nous croyons inutile d'insister sur les conséquences que doit avoir la découverte de M. Closset sur l'hygiène et l'économie générale des populations européennes, si son application en grand répond aux espérances qu'autorise l'essai dont nous venons de rendre compte.

Considérant le caractère et l'importance de la communication, nous avons l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ;

2° D'insérer son travail dans le Bulletin.

— Ces conclusions sont adoptées.

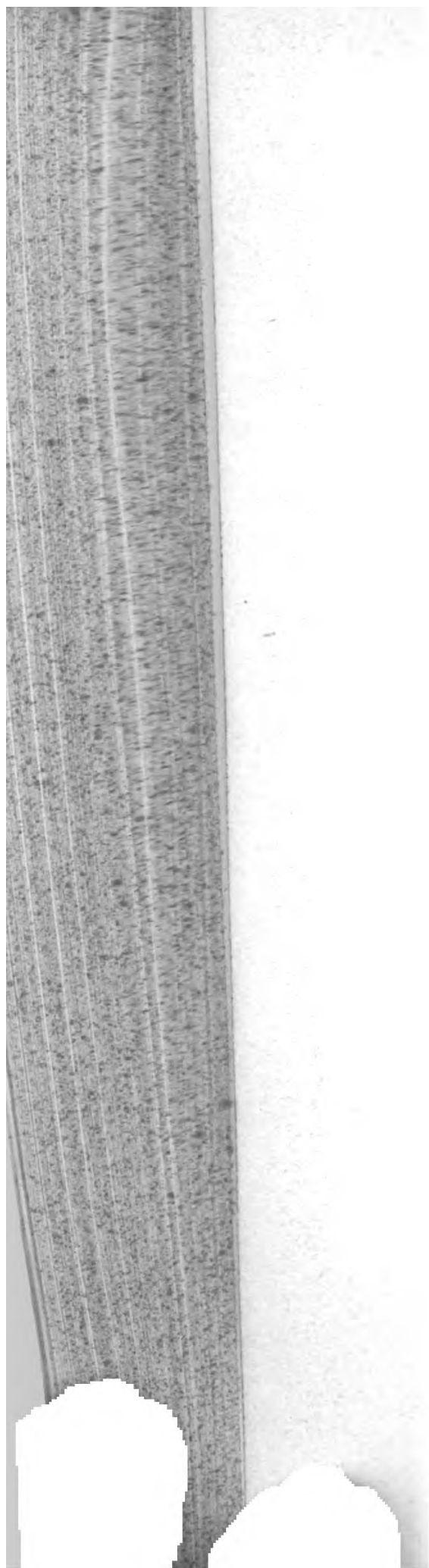
**4. NOTICE sur la vie et les écrits du docteur FOSSION ;  
par M. BARELLA, membre titulaire.**

FoSSION (Nicolas-Gisbert), né à Hannut, le 29 novembre 1811, d'une ancienne famille de cultivateurs, aborda les études médicales à l'Université de Liège, après avoir terminé ses humanités au collège de Saint-Trond. Il fut reçu docteur en médecine, avec grande distinction, en 1836, par le jury central assemblé pour la première fois. Il se rendit alors à Paris et y suivit assidûment, jusqu'à la fin de 1837, les leçons de Bouillaud, de Broussais et de Chomel. Rentré à Liège, il y partagea ses soins entre la pratique civile et l'étude de la physiologie humaine et comparée. En 1843, un ministre ami des sciences, et qui eut souvent la main heureuse dans le recrutement des professeurs pour les universités de l'État, Vandeweyer, attacha FoSSION en qualité d'agrégé à l'Université de Liège. Il fut également nommé



117, RUE DE LA VIEILLE HÔTELLERIE, 117, BRUXELLES

**M. G. FOSSION,**  
PRESIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,  
*né en 1811, décédé en 1879*





cette année conservateur du cabinet d'anatomie comparée. Deux ans plus tard, il fut chargé, par arrêté royal, de professer le cours de physiologie humaine et comparée.

Fossion entra à l'Académie de médecine, en qualité de membre adjoint dans la première section, le 27 décembre 1841. Il se recommandait déjà à cette époque par un savant mémoire, qu'il avait présenté à l'Académie des sciences, sur les fonctions du corps thyroïde, du thymus et de la rate, mémoire qu'il refondit plus tard pour le soumettre à notre Académie. Le 13 octobre 1849, il fut nommé membre titulaire de la première section. Il dut à son mérite et à la profonde estime de ses collègues, d'être élevé successivement aux fonctions de second vice-président pour 1863, de premier vice-président pour 1864 et enfin de président de l'Académie. Il remplissait ces dernières fonctions au moment de sa mort, le 27 février 1879. Fossion était, à cette époque, président du Cercle médical liégeois et président d'honneur de la Société médico-chirurgicale de Liège. Il jouissait, dans la vieille cité éburonne, d'une considération immense et parfaitement justifiée.

Ce savant distingué, à qui la science est redevable de nombreux travaux, ne fut nommé chevalier de l'Ordre de Léopold, que le 29 novembre 1870.

On peut s'étonner de cette nomination tardive, mais il faut remarquer que Fossion avait servi la science et non un parti. C'est ce qui explique que le professeur liégeois n'était pas depuis longtemps officier de l'ordre. Ajoutons que l'Ordre de Léopold n'honora pas Fossion, mais que Fossion honora l'Ordre de Léopold.

De 1842 à 1879, l'existence de Fossion se confondit pour ainsi dire avec celle de l'Académie. Il fut l'auteur d'un

grand nombre de rapports, notamment de celui à la suite duquel l'Académie s'adjoignit M. Warlomont. Dans les premiers écrits du débutant, qui venait timidement frapper à la porte de l'Académie, comme M. Warlomont l'a dit lui-même, Fossion, avec ce tact, cette pénétration qui le caractérisaient, devina l'une des gloires futures de notre Académie.

Fossion fut encore le rapporteur du concours sur la formation des globules du sang, et des deux concours relatifs à la pathologie des houilleux. Il fit partie à deux reprises différentes du jury appelé à décerner le prix quinquennal des sciences médicales, prix créé par un arrêté royal du 25 novembre 1859.

Il n'est pas une question importante qui ait été traitée à l'Académie sans que Fossion y apportât le concours de sa parole autorisée. Doué d'un organe puissant et de l'art de bien dire, Fossion était écouté avec respect dans cette enceinte où cet excellent homme ne comptait que des amis. Il s'exprimait avec l'accent d'une conviction profonde, et ne cherchait pas tant à entraîner par l'élégance du langage, que par la clarté de l'expression et la logique du raisonnement.

Fossion était l'une des personnalités les plus sympathiques de l'Académie ; aussi lorsque j'eus l'honneur d'être reçu en qualité de correspondant, je me sentis naturellement entraîné dans la compagnie vers cette prévenante, loyale et franche figure de Fossion. Il était juste et droit, d'une remarquable simplicité, d'un admirable bon sens. Quoiqu'il s'exprimât toujours avec chaleur et vivacité, il savait parfaitement résister aux entraînements irréfléchis et à ces engouements étranges, espèces de courants que l'on rencontre périodiquement dans l'art de guérir. Médecin penseur et philosophe, Fossion n'acceptait pas servilement le bât conven-



tionnel et traditionnel : il recherchait volontiers la raison des choses et, observateur habile, il savait lire dans le grand livre de la nature.

Fossion fut en médecine et surtout en physiologie un grand remueur d'idées. Il aimait les anciens auteurs, il les lisait avec intelligence ; il était très versé dans la littérature médicale. Il avait conservé un véritable attachement pour la mémoire et les écrits de l'illustre Broussais, sans qu'il partageât ses idées en ce qu'elles ont d'excessif. Il était original, il était lui-même ; mais son originalité était une originalité de bon aloi, elle ne consistait pas à amonceler des ruines autour de lui, à battre en brèche les faits les mieux établis, dans le seul but de faire du nouveau et d'attirer sur sa personne une attention que la modestie de son caractère et la simplicité de ses goûts ne lui faisaient pas désirer. Son originalité à lui consistait à penser par lui-même, à faire de l'anatomie, de la physiologie humaine et comparée, de l'hygiène publique et privée, de l'observation éclairée, de la connaissance des causes morbides et des agents de la matière médicale, et de cette autre science, cette science innée, le bon sens, les bases de la médecine pratique rationnelle.

Il était catholique convaincu et pratiquant, et lorsqu'il fut cloué sur un lit de douleur par l'affection du cœur à laquelle il devait succomber, il trouva dans ses sentiments religieux, dans une philosophie douce et résignée, dans la tendresse d'une femme adorée et d'enfants chéris, le courage nécessaire pour lutter contre le mal implacable qui devait l'enlever.

Il avait épousé, le 13 septembre 1838, M<sup>lle</sup> Virginie de Behr, plus jeune que lui de quatre ans. Ils eurent deux enfants, encore vivants, Gisbert, docteur en droit, et Camille, épouse de M. Winant Herve.

Fossion vécut pour la science, pour l'humanité, pour sa famille et ses nombreux amis, sans s'inquiéter jamais beaucoup des agitations de la place publique. Il professait cependant volontiers deux opinions démocratiques : d'abord il voulait la décentralisation et le *selfgovernment*; en second lieu il eût voulu voir conférer au concours le plus grand nombre possible de fonctions publiques.

En 1877, il constata avec bonheur que ce dernier vœu avait reçu un commencement d'exécution : l'un de ses meilleurs amis, M. Thiernes, venait d'obtenir l'institution du concours pour la nomination des répétiteurs à l'École vétérinaire; aussi Fossion s'empressa-t-il de l'en féliciter chaleureusement, au nom du *Cercle médical liégeois*, dont il était le président.

Certes, le concours n'est pas un critérium infaillible pour juger des aptitudes d'un candidat, mais c'est une digue opposée à l'arbitraire des hommes qui détiennent le pouvoir et qui sont ordinairement des hommes de partis, ainsi qu'aux menées malsaines et aux intrigues ténébreuses des coteries. Il arrive, en effet, que ce n'est pas le candidat le plus recommandable qui est nommé, mais le candidat le plus recommandé, ce qui n'est pas du tout la même chose.

Fossion séduisait par ce parfum d'honnêteté et de franchise qui se dégageait de tous ses actes et aussi par cet esprit d'indépendance qui le portait à n'admettre aucune doctrine, aucun fait, sans l'avoir retourné sous toutes ses faces, sans l'avoir soumis à un examen sérieux, approfondi.

Son jugement était aussi droit que son cœur.

Il était d'une bonté exquise, d'une bonhomie charmante, d'un abord facile et prévenant. Il n'aimait ni les pédants ni



les charlatans; il y avait toujours beaucoup à gagner à l'entendre parler.

Dirai-je les qualités intimes de l'époux et du père, dirai-je que cet homme, qui était tout tête, était aussi tout cœur, et qu'il savait aimer comme il savait penser? Dirai-je qu'il était philanthrope et charitable et qu'il aimait les belles choses, que notamment il était un amateur passionné des beaux-arts? La seule distraction qu'il prit jamais fut la visite des musées et des collections particulières de tableaux des écoles flamande et hollandaise surtout; il collectionnait lui-même et il a réussi à se procurer quelques toiles de mérite.

Pendant les quinze dernières années de sa vie, il s'occupa d'industrie charbonnière et acquit, dans cette branche, des connaissances assez étendues, pour être appelé à gérer, comme administrateur, les intérêts de plusieurs sociétés.

Fossion est l'auteur d'un grand nombre de travaux remarquables. On peut les diviser en deux séries : la première, comprenant ses travaux de physiologie, d'hygiène, de médecine clinique; la seconde ses différents travaux relatifs à la pathologie du houilleur. Examinons d'abord les premiers.

1848. *Recherches sur les mouvements du cœur*. OEuvre considérable, citée avec éloge dans les manuels de physiologie.

Même année. *Rapport de la Commission chargée d'examiner le mémoire de M. Warlomont relatif à une épidémie de fièvre éruptive observée, en 1847, à l'hôpital militaire et dans les prisons de Bruxelles*. Il s'agissait d'une épidémie que l'on pouvait classer parmi les fièvres typhoïdes et qui paraît avoir offert de la ressemblance avec le *typhus fever*.

1852. *Du rôle de l'innervation dans la gangrène spontanée*.

1855. *Rapport de la Commission chargée d'examiner les ouvrages de M. Foucart, relatifs à la suette miliaire et au choléra*.



1856. *Sur les causes et la nature de la phthisie pulmonaire.*

1860. *Rapport de la Commission chargée d'examiner le mémoire de M. Van Kempen sur la transmission de la sensibilité et du mouvement dans la moelle épinière.* Les travaux du professeur de Louvain ont fait faire un progrès réel à la science. M. Van Kempen a répété ses expériences en présence d'une commission de l'Académie dont faisaient partie, avec Fossion, MM. François et Thiernesse.

Même année, *rapport sur une note de M. Boëns relative aux mouvements du cœur.*

1863. Fossion représente l'Académie aux funérailles de M. Davreux et prononce l'éloge de ce savant.

1865. *Rapport de la Commission chargée d'examiner le mémoire envoyé en réponse à la question de concours relative à la formation des globules du sang.*

1867. *De la dérivation du sang*, œuvre de grande valeur.

1871. *Pathogénie et prophylaxie du choléra.* Ce mémoire sera lu avec fruit par tous les hygiénistes. L'auteur y reproduit quelques idées qu'il avait déjà émises dans la discussion sur les égoûts.

1872. Fossion est chargé par le Bureau de l'Académie de prononcer le discours d'usage sur la tombe de M. Spring.

1873. *Rapport sur le mémoire de M. Malcorps, intitulé : De la grippe et de ses épidémies.* L'auteur apprécie très sagement l'excellente monographie du médecin de Louvain et en fait une analyse détaillée.

1875. *Rapport sur le mémoire de M. Miot, intitulé : Recherches physiologiques sur l'innervation du cœur.* C'est un examen critique très complet de l'œuvre savante du médecin de Charleroi. Tout en reconnaissant les mérites de ce

mémoire, Fossion n'est pas d'accord avec l'auteur sur certains points.

1877. Séance du 27 janvier. Fossion lit à l'Académie une observation ayant pour titre : *Oblitération complète du canal cystique ; vésicule biliaire du volume normal, remplie d'un liquide légèrement visqueux ; autopsie.*

Même année, séance du 28 avril. Sous le titre de *Note sur les fonctions du pancréas*, Fossion publie un mémoire dans lequel, s'appuyant sur les données de l'anatomie comparée, il cherche à élucider le rôle du suc pancréatique. Ce mémoire est un chef-d'œuvre d'analyse critique.

1878. *Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. le dr Casse : De l'absorption de certains gaz dans l'économie animale et de leur élimination.*

Au moment où Fossion nous a été enlevé, il préparait un travail considérable sur la bile, travail qui sera probablement perdu pour la science.

On peut ranger dans la seconde série des travaux de Fossion son remarquable *Rapport de 1845, sur la condition des ouriers et sur le travail des enfants dans les manufactures, mines et usines de la province de Liège*, ses deux rapports sur les concours de l'Académie, relatifs à la pathologie du houilleur et ses discours lors de la discussion de la brûlante question du travail des enfants et des femmes dans les mines.

Nous passerons successivement en revue ceux de ces travaux qui sont susceptibles d'une analyse. Disons toutefois que même dans les rapports où il ne s'agit que de constatations de faits, l'auteur fait preuve d'une grande érudition et qu'il n'a jamais rien écrit à la légère.

Parmi les médecins célèbres de notre pays, il en est certes



qui ont parcouru une carrière plus bruyante, plus en vue que Fossion. Notre éminent collègue mettait à s'effacer le même soin que d'autres mettent à se produire ; il se dérobaît aux honneurs qui venaient le chercher malgré lui, en faisant violence à sa modestie ; il aimait la science pour elle-même ; il en fut toujours le disciple fervent et désintéressé. Personne n'a eu une existence plus utile, plus noble, mieux remplie. La mémoire de ce savant, de cet homme de bien vivra éternellement dans les souvenirs de l'Académie et dans l'histoire médicale de notre pays.

## II.

Le 30 décembre 1848, Fossion présenta à l'Académie ses *Recherches sur les mouvements du cœur*, œuvre capitale de notre auteur.

Depuis la découverte de l'auscultation, les mouvements et les bruits du cœur ont été, on le sait, l'objet de nombreux travaux, à ce point que Barth et Roger ont pu compter, en 1859, vingt-trois théories différentes sur la cause du choc et des bruits du cœur. Est-il nécessaire de dire que, depuis cette époque, de nouvelles théories sont venues s'ajouter à celles qui existaient déjà ? Fossion, en abordant cette étude difficile, se préoccupa surtout de rechercher l'ordre de succession des battements du cœur. A cet effet, il entreprit une série d'expériences, avec le concours de Pétry, le savant vétérinaire que l'Académie vient de perdre, et il consigna le résultat de ses observations dans un mémoire remarquable qui fait encore autorité dans le monde savant.

Le meilleur moyen, croyons-nous, d'exposer les idées professées sur les mouvements du cœur par Fossion, est de

lui laisser la parole, et de faire quelques citations de son mémoire. C'est ce que nous allons faire :

« C'est, dit-il, par une succession alternative et périodique du repos et du mouvement qu'on peut se rendre compte de la continuité du fonctionnement de l'organe central de la circulation.

» Le sang, qui remplissait les ventricules, étant expulsé, laisse à sa place un vide qui demande à être immédiatement comblé. La colonne sanguine, qui revient des veines, supporte tout le poids de l'atmosphère et vient violemment heurter contre les parois des ventricules, dont elle détermine une ampliation plus considérable que celle qui surgirait par la simple cessation de la contraction musculaire.

» L'existence de ce vide peut paraître à certaines personnes problématique ; cependant, on s'en rendra aisément raison si l'on veut consulter les lois de la physique. La matière est impénétrable, où il existe un corps, un autre corps ne peut se trouver. Le mouvement de notre corps dans l'air a pour conséquence de le fendre, de l'expulser et de se mettre à sa place. Le sang venant des oreillettes ne pourrait pas remplir la cavité ventriculaire, s'il s'y trouvait un autre corps soit solide, soit liquide, soit gazeux.

» Que trouvera-t-on à la place qui était occupée par le sang au moment où cesse la contraction ? Rien, si ce n'est un vide qui se comble à l'instant. Il y a aspiration immédiate du sang qui est contenu dans la cavité des oreillettes. Le cœur fait ainsi l'office d'une pompe aspirante et foulante tout à la fois ; d'une part, il aspire le sang des veines ; d'autre part, il le pousse à la périphérie.

» La nature est parvenue à réaliser le vide et la faculté d'aspiration des ventricules en plaçant des valvules à l'em-

bouchure des artères pour empêcher le reflux du sang; si elles n'avaient pas existé, ce liquide aurait, au premier moment de la diastole, rétrogradé contre son propre cours, et serait retombé dans les ventricules; car le sang contenu dans les artères a autant de tendance à obvier au vide que celui des oreillettes.

» L'aspiration du cœur est un des phénomènes les plus importants de la circulation cardiaque. On n'y a pas assez réfléchi, et on n'en a pas tiré toutes les conséquences qui en découlent; elles peuvent cependant donner l'interprétation des dangers de l'introduction de l'air dans les veines et des lois suivant lesquelles se produit le second bruit du cœur.

» Si ce vide n'existait pas, si le cercle vasculaire était complètement rempli de sang, toute circulation s'arrêterait. Il en est de même lorsque l'air pénètre dans le cœur par une veine béante, distend les parois du cœur, se dilate sous l'influence de la chaleur et entraîne la mort subite, le cœur étant incapable de réagir contre son contenu. »

C'est par l'aspiration des ventricules que Fossion explique le second bruit, il explique le premier par leur contraction.

Cette théorie est opposée à la fois à celle de Beau et à celle de Rouannet et de Bouillaud. Beau prétend que le sang arrive dans les ventricules sous l'influence de la contraction des oreillettes, auxquelles il accorde un rôle prépondérant dans la circulation cardiaque; d'après cet auteur, la systole auriculaire, le passage du sang dans les ventricules, la systole ventriculaire ne constituent qu'un seul temps, et il dit qu'à cette période succède un état de repos du ventricule. Il se basait sur l'expérience suivante : il fait la *rescision de la pointe du cœur*, de telle sorte que les deux ventricules

*étant ouverts par leur partie inférieure, l'écoulement du sang vint lui apprendre à quel temps ce liquide pénètre dans les ventricules. Il a remarqué que, quand cette opération est faite, on ne voit pas sortir la moindre quantité de sang dans l'état de repos ou de pause. L'on voit, au contraire, que le sang ne sort des ventricules qu'immédiatement après la contraction auriculaire, c'est-à-dire pendant la systole ventriculaire. C'est alors seulement qu'il est lancé sous forme de jets brefs, rapides, qui paraissent arriver dans les ventricules par l'influence contractile des oreillettes.*

Fossion a répété cette expérience, et il a observé chaque fois que le sang ne s'écoule pas pendant la diastole ventriculaire ; mais il y a, dit-il, pour expliquer ce fait une excellente raison, c'est que les ventricules ne peuvent plus exercer, quand ils sont ouverts, une aspiration destinée à y faire pénétrer le sang des oreillettes. Dans ce cas, les conditions naturelles sont détruites. De plus, par la rescision, on détruit les muscles auxquels sont attachés les tendons des valvules, valvules qui permettent, par suite, l'entrée du sang dans les ventricules, même pendant que ceux-ci se contractent.

Fossion insiste avec raison sur les fonctions des muscles papillaires auxquels s'attachent les tendons des valvules auriculo-ventriculaires. Il montre que ces muscles papillaires ne peuvent avoir une action indépendante de ceux qui entrent dans la composition des parois des ventricules. Ces muscles ont pour fonction, lorsqu'ils se contractent, de transformer les valvules mitrale et triglochine en un véritable cordon tendineux impénétrable au sang des oreillettes.

Fossion fait remarquer que le cœur ne frappe pas seulement par sa pointe contre le thorax, mais par toute sa paroi antérieure.

Le contact qui s'établit pendant la systole ventriculaire entre l'organe central de la circulation et la cage thoracique, correspond au premier bruit par sa durée et par ses caractères.

Il a fait quelques expériences à l'effet de déterminer la part respective du cœur et des parois costales dans la production des bruits.

Après avoir mis, chez une oie, le cœur à découvert et enlevé une partie du sternum, il a placé au-devant de cet organe un petit tambour d'enfant. En frappant sur cet instrument, le cœur faisait entendre des bruits qui se propageaient à une distance assez grande.

L'expérimentateur couvrit ensuite le cœur d'un léger coussinet d'ouate ; le stéthoscope appliqué sur ce corps mou ne fit entendre que des bruits très affaiblis.

Il conclut de ces expériences que les corps mis en contact avec l'organe central de la circulation, entrent comme un élément dans la production des bruits de *tic tac*.

Soit que les ventricules se dilatent, soit qu'ils se contractent, le cœur présente toujours le même volume, le péricarde en est toujours complètement rempli ; il doit, par conséquent, tant dans la diastole que dans la systole, heurter, pour des causes différentes, il est vrai, contre les parois thoraciques. Il n'est pas possible qu'un corps doué d'une grande force de pression et qui se met en contact avec des parois élastiques n'y détermine pas de bruit.

Fossion conteste que les valvules auriculo-ventriculaires puissent être le siège de vibrations sonores dans les conditions où elles se trouvent. « On s'est placé, dit-il très-sagement, pour apprécier la nature des bruits du cœur, à un point qui devait produire des illusions : la pathologie a



dominé la physiologie; c'est à travers le prisme des théories qui ont régné sur les maladies du cœur qu'on a étudié les bruits normaux de cet organe. De ce que des bruits de *souffle*, de *scie*, de *rape* coïncident presque toujours avec des altérations valvulaires, on est parti de là pour rattacher les bruits normaux au jeu des valvules. On oublie qu'une lésion valvulaire peut opérer, dans le mécanisme de la circulation cardiaque, des dérangements propres à donner l'interprétation des bruits anormaux qui les accompagnent. »

Après avoir cherché à établir que le premier bruit est déterminé par le battement du cœur contre les parois costales, Fossion combat diverses opinions qui ont été émises, quant aux causes du second bruit, notamment le choc en retour du sang contre les valvules semi-lunaires. Le choc, dit-il, ne peut avoir lieu que pendant la diastole, alors que les ventricules sont remplis de sang. Or, *une membrane interposée entre deux liquides sans mélange d'air ne peut être le siège de vibrations sonores.*

« Autre chose est d'injecter un liquide dans l'artère aorte des grands animaux et de le secouer contre les valvules, autre chose est le choc en retour du sang contre les valvules sigmoïdes dans l'état de vie. Le cœur, avec les gros troncs artériels, étant enlevé de la poitrine, l'air s'introduit dans toutes ses cavités; tandis que sur le vivant jamais une bulle d'air ne pénètre dans les ventricules. »

Pour Fossion, le second bruit dépend de la chute du sang dans les ventricules pendant la diastole et de l'ébranlement qui en résulte et qui se propage aux parois thoraciques. « Le cœur, dit-il, fait l'office d'une pompe foulante et aspirante. Toute aspiration est le résultat d'un vide. Que se trouve-t-il à la place qui était occupée par le sang dans

les ventricules quand les fibres musculaires s'allongent et élargissent la cavité ventriculaire pour amener la diastole? Rien; il n'y a que le vide; le sang des oreillettes est aspiré par les orifices auriculo-ventriculaires largement ouverts, et détermine dans les parois des ventricules un choc analogue à celui qui se manifeste dans l'instrument de physique appelé *marteau d'eau*.

« Quand un corps liquide tombe dans un vase, il ne détermine dans ses parois qu'un choc léger, divisé par l'air; il fait sa chute par portions successives qui ne peuvent produire que des ébranlements imperceptibles. Dans le vide, au contraire, les liquides n'éprouvent aucune résistance, ils tombent en masse et déterminent tous les effets d'un corps solide qui heurte contre un autre corps solide. Ces dernières conditions, qui sont réalisées dans le *marteau d'eau*, le sont également pendant la diastole des ventricules du cœur; étant alors en contact avec les parois thoraciques, ils leur empruntent des parties solides qui sont susceptibles d'entrer en vibration et de contribuer à la production du second bruit du cœur. »

Il nous est impossible d'admettre l'origine ventriculaire du second bruit, la théorie du marteau d'eau admise par Fossion; en effet, si l'on immobilise les valvules sigmoïdes à la face interne de l'artère (aortique ou pulmonaire), on supprime le second bruit. D'ailleurs, au moment où ce mécanisme arrive à son apogée, c'est-à-dire vers la fin de la diastole ventriculaire et pendant la systole auriculaire, on n'entend plus rien; c'est le silence du cœur, silence correspondant à la contraction des oreillettes qui devrait pourtant, dans la théorie de Fossion, représenter le jeu du marteau d'eau. Remarquons enfin, que d'après l'opinion qui est gé-

*néralement* acceptée aujourd'hui, les ventricules n'exercent pas d'action aspiratrice sur le sang.

Fossion n'admet pas le *bruit musculaire* qui est reconnu par la plupart des physiologistes. Si, en effet, au moyen d'entailles pénétrantes, on supprime le jeu des valvules, on entend encore un premier bruit; il faut donc admettre l'intervention du bruit musculaire ou bruit rotatoire dans la genèse du premier bruit. Convenons toutefois que l'on n'est pas encore fixé d'une manière positive sur l'origine du premier bruit.

En somme, les *Recherches sur les mouvements du cœur* constituent, avec ses travaux sur la dérivation du sang et son mémoire sur le fonctions du pancréas, le principal titre scientifique de Fossion. Si la rédaction en est parfois abrupte, incorrecte même, si l'auteur semble ne viser qu'à la clarté, sans beaucoup s'inquiéter du style, il y rend compte de vivisections habiles et répétées; il y expose des faits nombreux, mais dont quelques-uns, il est vrai, sont inexacts; il fait preuve d'une grande sagacité et d'un admirable bon sens. Ses expériences sont aussi simples qu'ingénieuses. Pour pouvoir écrire ce savant travail, cette œuvre essentiellement originale et bien murie, l'auteur a fait de nombreuses expériences sur des animaux, expériences qui ont été bien conduites, logiquement, sainement interprétées.

Notez bien que notre distingué collègue était dépourvu des méthodes graphiques et chronométriques qui, depuis, ont permis à la physiologie cardiaque d'étendre le champ de ses connaissances.

Depuis le moment où Fossion écrivait son mémoire, le langage médical s'est modifié en bien des points par rapport à la physiologie du cœur.

On explique aujourd'hui d'une autre façon la contraction du cœur, la systole, que l'on se représente comme une *secousse* du muscle cardiaque, et l'on a cherché à se rendre compte des mouvements de cet organe, en le soumettant à des séries d'excitations électriques. Marey (1) a démontré qu'il existe une véritable *ondée musculaire* dans la systole ou secousse du muscle cardiaque. La secousse, raccourcissement, gonflement du muscle cardiaque ou systole, explique aussi le *choc*.

L'aspiration du cœur elle-même est niée par beaucoup de physiologistes, qui expliquent la systole par l'élasticité de la fibre musculaire relâchée, élasticité qui tend à lui faire reprendre sa première forme. Il suffit, en effet, que les cavités du cœur se relâchent pour que la pression du sang veineux les dilate également.

Il y a cependant cette différence entre le muscle cardiaque et les autres muscles, que le premier ne réagit pas à toutes les excitations électriques qu'il reçoit. Des courants induits fréquemment répétés, capables de mettre un muscle quelconque en état de tétanos, ne font, en général, qu'augmenter un peu la fréquence des mouvements du cœur d'un animal vivant. En d'autres termes, le cœur présente des phases d'inégale excitabilité, et ces phases de moindre excitabilité correspondent au début de la systole.

Si l'on fait agir sur le cœur un stimulant continu, on produit le travail discontinu du muscle cardiaque, c'est-à-dire des contractions rythmiques. Le rythme ne paraît pas être une fonction nerveuse, mais une propriété du muscle cardiaque. C'est ce qui résulte des remarquables expériences

(1) MAREY. *La circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies*. Paris, 1881.

dont François Franck a entretenu le Congrès médical de Londres de 1881.

Ces expériences comprennent trois séries :

*1<sup>re</sup> série.* — La pointe du cœur séparée de l'animal est soumise à une circulation artificielle, reçoit des excitations électriques et réagit par des mouvements rythmiques.

*2<sup>e</sup> série.* — La pointe du cœur isolée, recevant du sang défibriné, donne des battements spontanés et réguliers.

Ces expériences consistent à lier le cœur sur une canule au-dessous du sillon auriculo-ventriculaire et des ganglions de la base, de manière à continuer l'irrigation du muscle cardiaque avec du sérum ou différents liquides circulatoires. Avec un choix convenable de ces liquides, l'on voit la pointe continuer ses battements rythmiques. Le liquide excitant agit ici comme le courant électrique dans la série précédente.

*3<sup>e</sup> série.* — La pointe du cœur, séparée *physiologiquement* (par une constriction circulaire) de la région de la base, présente des mouvements rythmiques, dans certaines conditions de circulation intrinsèque.

Soit le cœur préparé à la façon de Bernstein, la pointe du ventricule, physiologiquement séparée des ganglions de la base, est inerte et gorgée de sang. Si l'on vient alors augmenter la pression du sang ou du sérum, en comprimant l'aorte, ou de quelque autre manière, la pointe jusqu'alors immobile entre en action et exécute des mouvements d'un rythme particulier, indépendants de celui du reste de l'organe.

Il résulte de ces expériences que l'influence des ganglions du cœur n'est pas indispensable à la production des mouvements rythmiques de cet organe et que la fonction ryth-



mique paraît appartenir en propre à la fibre musculaire cardiaque.

C'est à Marey que l'on doit la loi de la *variation périodique de l'excitabilité cardiaque*, ou, ce qui revient au même, la loi de l'*inexcitabilité périodique*. On doit à ce même physiologiste et à E. Cyon la loi de l'*uniformité du travail* ou du *rythme du cœur*.

Le muscle cardiaque possède en lui-même les conditions de son rythme. Il faut pour cela, écrit M. Dastre, qu'il soit excité. D'où peut provenir cette excitation? Elle provient d'abord de la nutrition, de son imbibition par le sang; en second lieu, elle provient de la pression intra-cardiaque, comme l'a prouvé ce physiologiste. Or, cette pression est variable d'après le moment de l'évolution cardiaque, d'où résulte cet enlacement étrange : le rythme cardiaque entraîne le rythme de la pression, et le rythme de la pression entraîne le rythme cardiaque.

La cause devient effet et vice-versâ. Chaque afflux de sang fait contracter le cœur ou, pour parler avec plus de précision, fait contracter le muscle cardiaque, indépendamment de toute action nerveuse. L'influence nerveuse n'est qu'une influence surajoutée. Théoriquement l'on peut dire, écrit M. Dastre (1), que le système nerveux n'est dans le cœur qu'un appareil de perfectionnement, nullement indispensable au jeu régulier de l'organe. Or, la pression du sang n'agit, pour provoquer le rythme, que lorsqu'elle est un agent mécanique de distension. Appliquée à l'extérieur, cette même pression comprime le cœur et ne détermine pas la re-

(1) DASTRE, *Recherches sur les lois de l'activité du cœur*. (*Journal de l'anatomie et la physiologie* de Robin et Pouchet; année 1882, livr. de septembre-octobre).

prise des battements de la pointe du cœur. Ceci nous donne l'explication de la loi de la variation périodique de l'excitabilité cardiaque : elle s'accroît avec la distension diastolique ; elle est très faible pendant la contraction systolique.

Mais si le rythme est une propriété du muscle cardiaque, l'appareil ganglionnaire du cœur a pour effet d'uniformiser ce rythme. Si des excitations anormales, étrangères, viennent à susciter des contractions nouvelles, altérer le rythme et exagérer le travail de l'organe, ce n'est pas au muscle, mais aux ganglions intra-cardiaques qu'il appartient d'écarter ces causes de perturbation et de replacer l'organe dans les conditions de son fonctionnement normal.

### III.

La question de la gangrène spontanée devint à l'Académie l'objet de débats intéressants à la suite de la note qui lui fut communiquée par M. Didot, dans la séance du 28 février 1852.

La *gangrène*, dite *spontanée* — elle pouvait être qualifiée ainsi à l'époque où François fit paraître son remarquable ouvrage (1) — est, on le sait, tantôt, et le plus souvent, *sèche*, tantôt *humide*. On a cherché à l'expliquer par un obstacle à la circulation du sang artériel qui alimente la partie qui va être frappée de mortification ; d'autres ont placé cet obstacle dans les capillaires et quelques-uns même dans les veines. Beaucoup d'auteurs toutefois sont d'avis que la gangrène sénile résulte toujours de la privation de sang artériel, le principal, sinon le seul dispensateur de la vie.

Dans la discussion qui eut lieu à l'Académie, Fossion, d'accord avec Lombard, assigna à l'insuffisance de l'influx

(1) FRANÇOIS. *Essai sur les gangrènes spontanées*, 1830.

nerveux, que cette insuffisance soit due à une cause organique accidentelle ou à la sénilité propre ou prématurée du sujet, un rang important dans la production des gangrènes dites séniles.

D'après Fossion, la gangrène sénile est due à la paralysie du système nerveux de la vie organique. Il rappelle les expériences de Magendie sur la section du trijumeau à la sortie du ganglion de Gasser et d'autres expériences faites par lui-même. Il attache une signification bien minime, au point de vue qui nous occupe, à l'ossification des artères, résultat de l'âge: la circulation, dit-il, se fait dans des tuyaux à surface raboteuse et à parois rigides comme dans les canaux à surface lisse et à parois souples et élastiques. Fossion professe que la vitalité des tissus est entretenue par les fibres nerveuses de la vie organique qui tirent leur origine des corpuscules nerveux renfermés dans les ganglions des racines postérieures des nerfs. La gangrène spontanée, dit-il, est habituellement la suite de l'interruption du courant nerveux de la vie organique; quand dans la vieillesse l'activité vitale est épuisée dans un membre, la gangrène se manifeste à ses extrémités. Dans un âge moins avancé, une maladie du système nerveux de la vie végétative détermine encore l'affection dont il s'agit. Il ne veut pas toutefois refuser d'une manière absolue aux artères une certaine part dans sa production, mais il croit qu'elle est beaucoup plus restreinte qu'on ne l'a dit jusqu'à ce jour: « Jamais, dit-il, la gangrène ne se manifeste dans les paralysies quelle qu'ait été leur durée; il y a seulement alors amaigrissement, atrophie; toujours, au contraire, on la voit survenir quand on coupe un nerf mixte après sa sortie du ganglion que l'on rencontre à sa racine postérieure. »

## IV.

Le 27 décembre 1856, Fossion fit à l'Académie une lecture intitulée : *Note sur les causes et la nature de la phtisie pulmonaire.*

L'auteur saisit cette occasion pour faire une espèce de profession de foi médicale. Il s'élève avec raison contre cette tendance funeste de notre époque d'attacher trop d'importance à l'anatomie pathologique, au détriment de l'étude des causes morbides et de la médecine clinique. « Les anatomo-pathologistes, dit-il, ont beau nous dérouler le long catalogue des lésions qu'on observe dans les maladies, ils ne nous apprennent rien, ni de leurs causes, ni de leur traitement. C'est que les lésions pathologiques ne sont qu'un élément, le *cadavre* de la maladie et rien de plus. Loin de nous la pensée de répudier toutes les inductions de l'anatomie pathologique, tout ce que nous voulons, ajoute-t-il, c'est qu'on ne leur accorde pas une importance exagérée, importance que le passé n'a aucunement justifiée. »

Fossion déclare qu'il n'admet pas l'hérédité du tubercule, mais seulement que les enfants, nés de parents phtisiques, héritent d'une constitution et d'un tempérament qui les prédisposent à contracter la phtisie pulmonaire.

D'après lui, cette affection reconnaît habituellement pour cause une réfrigération plus ou moins prolongée des poumons, réfrigération qui peut être le résultat soit du froid intérieur, soit de l'insuffisance des éléments combustibles, des éléments hydrocarbonés, et, ajoutons-nous, des éléments azotés, car l'homme ne consomme pas seulement de l'oxygène et du carbone, il est aussi grand consommateur d'azote.

Parmi les causes de la phtisie, Fossion place le froid, le sédentarisme, un défaut d'activité des organes, l'absence des aliments combustibles, les causes morales déprimantes qui enralent la nutrition, les fatigues excessives, notamment chez les jeunes sujets, les déperditions considérables qui sont la conséquence de l'onanisme, de la lactation prolongée, des suppurations abondantes, etc., tout ce qui soustrait, à la constitution, des matériaux, qui devraient servir au développement et à la consolidation des organes.

Il insiste surtout sur les dangers du sédentarisme. L'homme qui est en repos, dit-il, ne respire que de 18 à 20 fois par minute, tandis que celui qui marche et s'agite, double à peu près le nombre de ses respirations; il fortifie ainsi son système organique, rend parfaites ses digestions, réchauffe le sang qui circule dans son être.

Fossion compléta cette note par une autre, lue à la séance du 2 mai, sous le titre de : *Quelques considérations sur le traitement préservatif et curatif de la phthisie*. L'auteur revient à la charge sur la nécessité de l'exercice corporel, de la vie active, de la vie en plein air; il appuie sur les effets fâcheux de la vie sédentaire et de l'air confiné, et donne de sages conseils sur la manière d'élever les enfants prédisposés à la phtisie; il les prend à la mamelle et les suit dans le cours de leur existence pour décrire la prophylaxie qui leur convient.

## V.

Dans la séance du 29 avril 1865, Fossion présenta le rapport de la commission qui avait été chargée d'examiner le mémoire envoyé au concours ouvert sur la question de physiologie conçue en ces termes : « Démontrer par l'examen critique des travaux existants et par de nouvelles recherches,



la formation des globules du sang. » Faisaient encore partie de cette commission MM. Crocq, Hairion, Van Roosbroeck et Thiernes. Sur les conclusions du rapport de la commission, un prix de 500 fr. fut décerné à M. Miot, alors interne à l'hôpital civil de Louvain, aujourd'hui médecin distingué, à Charleroi, et correspondant de l'Académie.

L'auteur avait cherché à prouver que les globules de lymphé produisaient par génération endogène les globules du sang, mais, comme le fait remarquer le savant rapporteur, on ne connaît aucune expérience directe qui le démontre.

Fossion pense que les premiers globules du sang tirent leur origine de cellules organoplastiques comme les autres organes, mais qu'il n'en est plus de même lorsque le foie apparaît chez le fœtus.

On sait que les globules sanguins augmentent en quantité et changent de forme après l'apparition du foie. M. Miot constate le fait, mais il émet l'opinion, non démontrée, qu'ils se forment dans les lymphatiques du foie. Fossion pense qu'ils pourraient tout aussi bien se former dans les canalicules hépatiques, ainsi que l'a soutenu Weber, opinion toutefois qui n'est pas plus démontrée que la première. Que le foie joue un rôle considérable dans la formation des globules rouges du sang, c'est là un fait qui ne peut être contesté : on sait, en effet, que le sang des veines sus-hépatiques contient vingt-huit pour cent de globules de plus que celui de la veine jugulaire. Cette augmentation du nombre de globules est considérable ; si, d'autre part, on fait attention à cette circonstance que le foie reçoit par la veine-porte tous les matériaux de la digestion, et pendant la vie fœtale tout le sang de la veine ombilicale, il y a de fortes présomptions

que le foie est l'organe formateur des globules du sang. C'est cette opinion que Fossion défend dans son rapport : des faits indirects nombreux, dit-il, parlent en faveur de cette idée plutôt qu'en faveur de l'opinion qui veut que les globules de la lymphe se transforment en globules du sang.

## VI.

Le 23 février 1867, Fossion présenta à l'Académie un mémoire remarquable ayant pour titre : « *De la dérivation du sang et des fonctions de la rate, du corps thyroïde, du thymus et des capsules surrénales.* »

Ce mémoire n'était que le développement d'une note qu'il avait présentée à l'Académie des sciences, en 1840, note dans laquelle il cherchait déjà à s'expliquer les fonctions de la rate, du thymus et de la glande thyroïde, en considérant ces organes comme des dérivateurs du sang. Dans le nouveau mémoire, Fossion place, à côté de la circulation du sang, une autre fonction qu'il décrit avec soin et qui est celle de la dérivation de ce liquide, fonction qui se rattacherait à la fois à la circulation générale et à la distribution du sang.

Notre collègue a cherché à démontrer :

1° Que la rate est destinée à dériver, par l'artère splénique, le sang des artères de l'estomac ;

2° Que la thyroïde le détourne de l'artère carotide interne par l'artère thyroïdienne supérieure, et de l'artère vertébrale par l'artère thyroïdienne inférieure; qu'en d'autres termes, cet organe joue le rôle de dérivateur de l'encéphale ;

3° Que, pendant la vie fœtale, le thymus détourne le sang des artères nutritives du poumon.

4° Que les capsules surrénales font dévier le sang artériel des reins ;

5° Que les mamelles sont des organes de dérivation du sang pour l'utérus, après l'accouchement ;

6° Que la dérivation est générale, qu'elle est nécessaire à la distribution régulière du sang à tous les organes, et qu'en conséquence elle est une fonction complémentaire de la circulation.

Si l'on entend par dérivation du sang que certains organes, beaucoup d'organes même, en reçoivent tantôt plus, tantôt moins, d'après leur degré d'activité fonctionnelle, certainement la dérivation est un phénomène réel, incontestable ; mais autre chose est la dérivation ainsi entendue et l'intervention d'organes spéciaux, chargés de détourner une certaine quantité de sang, momentanément inutile à un viscère en repos.

De plus la théorie de la dérivation, comme régulatrice et distributrice de la circulation, n'est pas nécessaire pour expliquer la variation du sang qui arrive aux organes d'après leur état de repos ou d'activité. L'afflux du sang, proportionné aux besoins des organes, peut être résolu au moyen de la tonicité artérielle qui, elle, est la véritable force régulatrice de la circulation. Tout le monde sait qu'il existe dans les parois des artères des fibres élastiques et des fibres musculaires. Ces dernières sont lisses et disposées circulairement ; elles sont habituellement dans un certain état de contraction, ce qui conserve à l'artère un calibre plus petit que celui que la pression du sang lui donnerait, n'était cet obstacle. Si, par une cause quelconque, cette contractilité diminue, l'artère résiste moins à la pression du sang, le calibre augmente et par conséquent la quantité de

liquide qui passe en un temps donné augmente en proportion, de sorte que l'organe alimenté par l'artère reçoit une plus grande quantité de sang.

Pour ce qui est de la rate, il est à remarquer que ce n'est pas seulement l'ingestion des aliments et des boissons qui amène la congestion de la rate, mais toute autre gêne de la circulation. La rate augmente de volume lorsqu'on monte pendant longtemps, lorsqu'on court, lorsqu'il y a une gêne de la respiration, dans les accès d'asthme, l'emphysème pulmonaire, dans les affections du cœur. Le phénomène qui se produit, lorsque le tube digestif a reçu depuis un certain temps des aliments ou des boissons, à savoir l'augmentation de volume de la rate, se constate aussi lorsqu'il y a une gêne quelconque de la circulation.

Notons encore que la rate n'a pas la structure des corps caverneux, elle a une structure très compliquée; l'on y rencontre, entre autres, d'une manière très développée, le tissu cytogène, que l'on rencontre également dans les ganglions lymphatiques. Aussi le sang qui sort de la rate n'est-il pas le même que celui qui y pénètre; le sang qui sort de la rate contient cinq à six fois plus de globules blancs que le sang qui se trouve dans l'artère splénique. Il y a aussi dans le sang de la rate moins de globules rouges que dans le sang d'autres organes. La rate est donc autre chose qu'un simple diverticulum : elle joue un rôle considérable, mais peu connu encore, dans la formation du sang.

Si l'on admettait les idées de Fossion relatives au rôle dérivateur de la rate, celle-ci devrait être réduite en volume pendant la digestion gastrique. Or, généralement on observe le contraire. Notre distingué collègue, M. le professeur Masoin croit avoir remarqué que les repas modérés ne

provoquent pas de turgescence splénique, mais que, après un repas copieux, comme celui auquel se livre un animal affamé, la rate atteint un maximum de volume vers la cinquième heure qui suit le repas (1).

M. Thiernesse, le savant directeur de l'École vétérinaire de Belgique et secrétaire de notre Académie, et l'illustre M. Gluge ont entrepris, en 1843, des expériences relatives à l'élucidation des fonctions de la rate. Ils ont démontré que les animaux herbivores, chez qui la digestion est pour ainsi dire continue, résistent à l'extirpation de la rate, mais qu'il n'en est pas de même des carnivores, chez lesquels la digestion est intermittente, et qui, par suite, ont besoin d'un diverticule. Ces expériences sont donc, jusqu'à un certain point, confirmatives des idées émises par Fossion, en ce qui concerne la rate. Mais ces savants ont constaté, en outre, à l'autopsie d'un chien lévrier et de chèvres auxquels ils avaient enlevé la rate, des modifications dans les ganglions lymphatiques, plus particulièrement dans ceux du mésentère. Les ganglions lymphatiques étaient plus volumineux qu'à l'état normal, et à l'inspection microscopique de leur trame, faite surtout par Gluge, ils ont reconnu l'existence de granulations pigmentaires analogues à celles de la pulpe splénique, renfermées également, la plupart, dans des cellules, et dépendant probablement aussi de la transformation ou de la désagrégation des globules rouges du sang. C'est là un fait important qui avait déjà été constaté en Allemagne.

Il est donc bien reconnu que la rate imprime au sang des

(1) MASOIN. *Recherches expérimentales sur l'atrophie congénitale et la turgescence digestive de la rate*, in Bulletin de l'Académie, 1880; p. 772 à 791.



modifications sur la nature desquelles on n'est pas encore bien fixé, et dont les ganglions lymphatiques, glandes similaires, se chargent après l'extirpation de cet organe, comme lors de certaines altérations dont il est parfois le siège et qui en enraient ou en suppriment les fonctions.

La théorie de la dérivation et des organes dérivateurs n'est pas nouvelle, notamment pour ce qui concerne la rate : elle avait déjà été indiquée par Hodykin et Dobson, Cooper et Lieutaud, et par Broussais, avant Fossion. Mais ce dernier eut le mérite de reprendre la théorie, de l'appuyer avec un talent réel d'observations diverses, empruntées notamment à la physiologie comparée, et de répondre généralement avec succès à des objections qui lui furent faites à l'Académie par des adversaires dignes de lui. Aussi ce mémoire et les discours académiques dans lesquels Fossion a défendu ces idées, lui constituent-ils un titre considérable au souvenir de la science et de l'Académie.

Onimus, sans condamner la théorie de la dérivation, se borne à la citer, et il signale notre savant et regretté collègue comme le principal champion de cette doctrine (1).

De son côté, Beaunis, dans la seconde édition de son excellente physiologie, dit que : « la circulation du cerveau a des rapports intimes avec la circulation du corps thyroïde ; les artères de cet organe naissent, en effet, au voisinage des artères qui se rendent à l'encéphale, de façon que toute dilatation des artères thyroïdiennes détournera une certaine quantité de sang des artères du cerveau. On a donc pu considérer, à bon droit, la glande thyroïde comme une sorte de diverticulum de la circulation encéphalique. »

(1) *Éléments de physiologie* ; par Hermann ; traduction française par Roye, revue et annotée par Onimus ; p. 180 (note).

(P. 1347.) Et ailleurs (p. 870), Beaunis écrit que : « la glande thyroïde, par exemple, paraît avoir des rapports intimes avec la circulation cérébrale et n'être autre chose qu'un diverticulum de cette circulation. »

Est-il nécessaire d'insister sur le rôle considérable que joue la dérivation en médecine pratique ? N'est-ce pas à elle que l'on s'adresse chaque fois que l'on a recours à la médication substitutive, irritante ou spoliatrice, dont les agents occupent une si large place dans notre arsenal thérapeutique ?

## VII.

En 1871, Fossion prit part au débat qui fut soulevé à l'Académie par la discussion du rapport de la commission nommée pour l'examen d'une proposition de M. Craninx, conçue en ces termes : « Emettre le vœu que les égouts de la ville de Bruxelles soient incessamment lavés. »

Le vénérable professeur de Louvain avait cru que l'insalubrité des égouts n'avait pas été étrangère à l'épidémie de fièvre typhoïde qui avait sévi à Bruxelles en 1869. Il avait émis l'opinion que les égouts peuvent devenir la cause occasionnelle de maladies épidémiques et il avait conseillé de laver à grandes eaux les égouts des villes populeuses, de manière à entraîner rapidement, loin des grandes agglomérations humaines, les matières putrescibles qu'ils contiennent.

M. Craninx citait l'exemple des égouts de Londres qui forment des rivières permanentes, dans lesquelles l'eau provenant des maisons coule avec une abondance et une vitesse telles que les matières corruptibles sont entraînées instantanément hors la ville ; les eaux des égouts arrivent ainsi dans les bassins de décantation ; là les matières solides

se déposent et sont converties en engrais; les parties liquides servent aux irrigations.

La motion de M. Craninx fut le point de départ de discussions très intéressantes, dans lesquelles MM. Lequime, Crocq, Janssens, Hambursin, De Roubaix, Fossion, Craninx, Depaire prirent successivement la parole sur cette importante question d'hygiène publique, la désinfection des égouts.

Fossion reconnaît avec ses savants collègues que l'air vicié des égouts exerce une influence très grande sur la production du typhus et du choléra. Il combattit toutefois le système préconisé par M. Craninx, le lavage des égouts.

Il y a, en effet, peu de villes qui soient munies d'eaux assez abondantes pour pouvoir entretenir dans ces canaux un courant continu, et si l'on ne fait des chasses qu'à de rares intervalles, les matières végétales et animales qui stationnent dans les canaux entrent, sous l'influence de l'eau, en putréfaction et dégagent bientôt, après que l'eau s'en est écoulée, des vapeurs méphitiques qui refluent dans les rues et les maisons.

Fossion se demande si l'on ne pourrait employer pour purifier l'air des égouts, un système de ventilation analogue à celui que l'on emploie dans les houillères.

Déjà en 1864, Fossion avait appelé l'attention du conseil communal de Liège sur ce point, l'emploi simultané de ventilateurs mécaniques et du feu, pour comburer les gaz méphitiques dans des cheminées d'appel.

Sa lettre fut renvoyée à l'ingénieur Wilmotte qui en fit l'objet d'un rapport favorable. Cet ingénieur toutefois déclare qu'il n'est possible de procéder à l'assainissement des égouts par la ventilation qu'en y alliant, autant que possi-

ble, la mesure de l'admission restreinte des matières des fosses d'aisance.

On sait qu'un système analogue a été proposé, pour Londres par l'illustre Faraday, pour Paris par Robiquet, et que les auteurs de l'*Hygiène des grandes villes* (Lyon 1865) font remarquer qu'il est nécessaire de ventiler les égouts de la ville de Lyon, « en créant de hautes cheminées d'appel, munies à leurs bases de fourneaux convenablement disposés. »

La même année, 1865, l'Association britannique pour le progrès des sciences reçut de M. Spence, un des grands manufacturiers de Manchester, homme pratique assurément, un projet de ventilation des égouts, accompagné d'un devis applicable à la ville de Manchester. M. Spence voulait introduire dans les égouts la fumée des cheminées d'usines et d'appartements, et enlever tous les gaz par une aspiration qui les conduirait à une grande distance des villes, au sommet d'une cheminée colossale.

Fossion conseille aux administrations de faire étudier d'une manière approfondie, par des hommes spéciaux, la question de la ventilation des canaux, et il pense que le placement de ventilateurs, combiné avec des foyers d'aérage, n'est pas une dépense qui soit au-dessus des ressources de nos grandes villes.

C'est encore ce moyen qu'il a préconisé comme un des agents prophylactiques du choléra, dans l'intéressante communication qu'il a faite à l'Académie sous le titre de *Pathogénie et prophylaxie du choléra*.

## VIII.

Dans la séance du 30 septembre 1871, Fossion donna lecture à l'Académie d'un mémoire intitulé : *Pathogénie et prophylaxie du choléra*.

L'auteur établit que le choléra est dû à des agents charriés par l'atmosphère, à des *organites*, qui peuvent développer tous leurs effets dans des conditions spéciales de chaleur et d'électricité. Il n'admet que sous toute réserve la *contagion* du choléra.

Les faits connus jusqu'à présent, dit-il, ne l'établissent pas d'une manière positive; toutefois, ajoute-t-il, en se plaçant au point de vue de la *fermentation*, je la crois possible dans certaines conditions, les unes individuelles, les autres atmosphériques.

Il admet que des déjections *vieilles* et entrant en putréfaction développent des germes qui peuvent déterminer une *infection* analogue à celle qui a fait éclater la maladie.

Nous ferons remarquer, d'accord avec M. Crocq, et, je pense, avec la plupart des praticiens, que les déjections *récentes* possèdent déjà la propriété infectieuse, qu'elles sont d'autant plus infectieuses qu'elles sont plus récentes, et qu'il n'est aucunement nécessaire que ces déjections aient subi une fermentation quelconque.

« Je suis convaincu, écrit Fossion, que la plupart des faits de contagion signalés par les médecins ne sont que le produit de la cause générale qui planait sur la localité qu'ils habitaient, et n'ont nullement été déterminés par la transmission d'un cholérique à un individu sain. En effet, je vois que presque partout les premiers cas de choléra qualifiés d'importateurs, qui se sont manifestés dans une localité, ont trouvé la population envahie par la période prodromique de la diarrhée et de la cholérine, et qu'on ne les a accusés de la transmission que par le motif qu'ils ont ouvert la scène funeste de l'épidémie. »

Fossion pense que l'alcool est un bon antiseptique qui



peut, quand il est pris en petite quantité, empêcher la fermentation cholérique.

Que le choléra soit ou non contagieux, il conseille de rechercher les moyens de détruire les miasmes ou les effluves qui peuvent le déterminer et le propager. Il indique, à cet effet, deux bons moyens, le feu, ce grand désinfectant, et l'acide sulfureux.

L'auteur développe avec beaucoup de sagacité ses idées sur le choléra dans les lignes suivantes :

« Nous l'avons dit en commençant, l'agent cholérique est encore inconnu ; nous n'avons pas encore des instruments assez perfectionnés pour en constater *de visu* la présence dans l'atmosphère. Quoiqu'il ne soit pas permis de douter que la fermentation putride ordinaire ne doive être attribuée à la présence de proto-organismes, les expérimentateurs, qui ont établi le fait d'une manière incontestable, n'en ont également pas de preuve directe ; ils savent seulement que toutes les fermentations sont dues à un corps incorporé dans l'air, et que, dans les matières fermentées, il se développe des globules organisés et vivants. Ils ont, en outre, démontré qu'on pouvait, par certains agents, détruire ce qui dans l'air produit les fermentations, quand il est mis en contact avec des matières fermentecibles ; or, ces agents sont de ceux qui jouent le rôle de poison par rapport aux êtres doués de la vie.

» Que voyons-nous dans le choléra ? Nous rencontrons d'abord des circonstances atmosphériques et individuelles qui favorisent la manifestation de la maladie, et en second lieu d'autres circonstances qui l'empêchent de se produire. C'est en se fondant sur ces faits, qui établissent une analogie commune entre le choléra et les fermentations ordi-

naires, que l'on peut découvrir les véritables moyens prophylactiques contre l'épidémie de choléra. Si on part de ce point, considéré comme établi, on a infiniment plus de chances d'empêcher ou d'atténuer la maladie qu'en la faisant procéder des conditions météorologiques : en effet, l'homme ne peut rien contre celles-ci, tandis qu'il lui est possible de trouver des moyens léthifères contre les globules organiques qui peuvent déterminer le choléra, comme contre ceux qui produisent la fermentation dans les matières fermentescibles.

» Il est constant que l'air chaud et humide favorise le développement des germes des épidémies, comme il favorise le mouvement de fermentation putride. Il est d'autant plus dangereux qu'il est en repos et, comme on le dit, stagnant. Il est probable que dans ce cas les globules se multiplient dans l'air lui-même et exercent des effets d'autant plus marqués qu'ils sont plus abondants et que l'air est chargé de plus d'électricité.

» Si l'air humide renferme en outre des substances animales, la multiplication des globules de ferment est encore plus considérable : on dirait que ces derniers, enveloppés dans une atmosphère plus dense, ont plus de facilité, par le repos de l'air, pour se multiplier.

» Les mouvements de l'air mettent obstacle au développement des germes de la putréfaction épidémique, comme ils empêchent la fermentation putride ordinaire : quand on place un morceau de viande fraîche dans un courant d'air froid, la putréfaction ne s'y manifeste pas ou très tard ; la viande se dessèche, mais elle ne s'altère pas. »

Fossion fait remarquer que les cours d'eau, en projetant constamment de la vapeur et de l'humidité dans l'atmos-

phère, rendent l'air plus propice à la propagation des germes cholériques.

Il rappelle la pratique populaire en temps d'épidémie : on fait de grands feux sur la place publique pour détruire le poison et chasser l'épidémie. Pourquoi, dit-il, nous médecins, ne ferions-nous pas comme le peuple ? Pourquoi ne recommanderions-nous pas aux autorités de brûler le choléra ?

Le moyen employé par le peuple dans les petites localités est imparfait, puisqu'il n'atteint qu'une partie de l'atmosphère ; mais, dans les villes, on peut utiliser les égouts, comme moyens de combustion.

L'Administration peut réaliser cette idée : qu'elle fasse placer, sur toutes les ouvertures d'égouts, des obturateurs hydrauliques, qui laissent entrer les eaux, mais qui empêchent les gaz de s'échapper ; qu'elle place des ventilateurs aspirateurs sur des points bien étudiés et bien appropriés de ces canaux souterrains ; qu'elle fasse passer l'air chargé de vapeurs méphitiques sur des foyers incandescents, et elle parviendra ainsi, déclare Fossion, à détruire en grande partie les causes des épidémies et celles du choléra, en particulier. Ce moyen mérite d'être expérimenté.

D'après Fossion encore, les ouvriers des fabriques de zinc, où l'on extrait le zinc de la blende, ont été épargnés dans les différentes épidémies de choléra qui se sont manifestées dans leurs localités mais dans les fabriques où le zinc s'extrait de la calamine, les ouvriers ont partagé le sort des autres habitants de leur commune. Il donne de ce fait l'interprétation suivante : dans la réduction de la blende, il se dégage de l'acide sulfureux, tandis que dans celle de la calamine, il se dégage de l'acide carbonique, qui

est expulsé et répandu dans l'atmosphère. Or, les propriétés anti-fermentescibles de l'acide sulfureux sont connues, il empêche les germes de la fermentation et de la putréfaction de se développer. C'est pour cette raison que les marchands de vins et les tonneliers s'en servent pour mécher les tonneaux, après qu'on en a évacué le vin qu'ils contenaient et les faire servir de nouveau.

Il paraîtrait également que les ouvriers des fabriques de papiers peints, où l'on emploie différentes substances toxiques, notamment l'arsenic et le sulfate de cuivre, jouiraient d'une certaine immunité contre le choléra. Ce fait mérite confirmation.

En résumé, il faut, déclare Fossion, pour préserver les populations du choléra, deux choses, qui sont :

1° Rendre le terrain stérile pour le développement du germe cholérique, en desséchant l'air et les lieux, et en les purgeant, par la ventilation, des matières organiques en état de putréfaction ;

2° En frappant de mort les globules organiques ou spores qui en sont la cause déterminante par le feu ou par des agents spéciaux, tels que l'acide sulfureux.

L'auteur termine son mémoire par l'énumération d'une série de moyens prophylactiques, dont il conseille l'emploi au début des épidémies, moyens qui peuvent se résumer en ceci : observation d'une hygiène parfaite.

Cette communication devint, comme beaucoup de travaux de Fossion, le point de départ de discussions académiques très intéressantes, dans lesquelles l'auteur fut amené, à deux reprises, à compléter ses idées par des communications nouvelles.

## IX.

A la séance du 27 janvier 1877, Fossion présenta à l'Académie, une observation très curieuse d'*oblitération complète du canal cystique*. Dans le courant de l'été de 1876, notre regretté collègue fut appelé à donner des soins, conjointement avec le d<sup>r</sup> Collard, de Haccourt, à un enfant âgé de 8 jours, qui était atteint d'un ictère très prononcé.

Cet enfant était fort, bien nourri ; la peau et la muqueuse oculaire étaient jaunes ; il tétait abondamment et ne prenait aucune autre nourriture ; il se développait très bien ; les selles revêtaient la teinte jaune ordinaire et les urines étaient naturelles, c'est-à-dire claires comme elles le sont chez les enfants bien portants ; elles ne laissaient pas de taches jaunes sur les linges. La bile coulait donc dans l'intestin.

Fossion et son collègue se bornèrent à une médecine expectante. Cependant, comme la maladie se prolongeait, ils crurent utile de prescrire de légers minoratifs, tels que la magnésie et le sirop de rhubarbe, médicaments qui produisirent une selle de plus qu'à l'ordinaire.

L'enfant continuait à prendre le sein et profitait très bien ; il prenait même un certain embonpoint, mais il restait jaune et était souvent pris d'accès nerveux signalés par un hoquet inquiétant.

Cette persistance de la maladie — elle durait depuis deux mois — inspirait des appréhensions aux parents. La mère retourna dans sa famille et soumit son nourrisson au médecin habituel de celle-ci. Ce confrère crut convenable de recourir à un médicament plus actif, il se servit du calomel. Sous l'influence de ce traitement, l'enfant eut beau-



coup de selles vertes et perdit complètement l'appétit; il refusa de prendre le sein et succomba au bout de cinq jours, à la suite d'une inflammation des voies digestives.

Le père, ayant déjà perdu un enfant de la même affection, demanda à Fossion de faire l'autopsie de celui que la mort venait de lui ravir.

Cette autopsie fit découvrir une oblitération complète du canal cystique: il présentait un étranglement coudé et était à partir de ce point transformé en un canal imperméable. Le canal hépatique était rempli d'une bile verte qui s'écoulait librement dans le canal cholédoque, et de celui-ci dans le duodénum; il paraissait beaucoup plus large qu'il ne l'est naturellement.

Le foie n'avait pas le volume normal, il avait subi un arrêt de développement.

Cette observation contient deux particularités intéressantes : 1° l'oblitération complète du canal cystique; 2° l'augmentation de volume et la réplétion du canal hépatique, ainsi que du canal cholédoque.

Il est inutile de démontrer que la vésicule du fiel ne pouvait plus recevoir une goutte de bile provenant du canal cholédoque. Ce réservoir de la bile était donc physiologiquement supprimé.

Le foie sécrète, dans tous les instants, une portion de bile toujours la même; mais la quantité de ce liquide qui se déverse dans l'intestin varie suivant l'activité ou l'inactivité des actes digestifs. La vésicule biliaire est pour le foie, un magasin de bile; elle a pour usage de régulariser, d'après les besoins, l'écoulement de la bile dans le tube digestif. Si elle est remplie à tel point que le canal hépatique ne puisse en déverser le superflu dans ce réservoir, le

liquide reflue de ce canal dans le foie et de là dans le sang et détermine la jaunisse; c'est ce qui arrive assez souvent dans les premiers jours après la naissance.

Dans le cas dont Fossion a entretenu l'Académie, le canal cystique était oblitéré, et le canal hépatique n'ayant pu se débarrasser de la bile qui le parcourait, il y a eu une jaunisse permanente.

Se présente maintenant la question de savoir si cet enfant eût pu vivre avec ce vice de conformation.

Amussat, Richter, Windemann, Elvert, Cruishank et Morgagni citent des cas de personnes que l'absence complète de vésicule biliaire n'a pas empêché de parcourir une vie assez longue.

La vésicule du fiel n'est pas absolument nécessaire à l'existence. Un grand nombre d'animaux en sont dépourvus (1). On ne peut donner, sur ce point, des conclusions positives en les basant sur des comparaisons établies entre l'homme et les animaux. On conçoit toutefois la possibilité du maintien de la vie sans vésicule biliaire. En effet, il eût été possible, s'il n'était pas intervenu, dans ce cas, une inflammation du tube digestif, qu'à la longue le canal cholédoque eût pu se déverser continuellement, c'est-à-dire sans intermittence, dans l'intestin, comme chez les animaux dépourvus naturellement de vésicule biliaire : le cheval et tous les autres solipèdes, ainsi que l'éléphant, le tapir, le cerf, le chameau, le daman; les cétacés, et parmi les oiseaux, le perroquet, le pigeon, etc. Fossion pense que cet écoulement

(1) Voir COLIN, *Traité de physiologie comparée des animaux*. Paris, 1875; 2 vol. in-8°.

BLONDLOT, *Traité analytique de la digestion considérée particulièrement dans l'homme et dans les animaux vertébrés*, Paris, 1845. — Le même, *Essai sur les fonctions du foie et de ses annexes*, Paris, 1846.

anormal de la bile dans l'intestin eût pu se continuer pendant toute la vie si une intervention médicale abusive n'était venue amener des accidents mortels.

Cette observation jette un jour nouveau sur l'ictère des nouveau-nés. On conçoit que Fossion, qui, attiré par cette fascination étrange qu'exerce l'inconnu sur l'homme de science, a consacré sa vie à l'étude de ces glandes mystérieuses qui s'appellent le foie, la rate, le pancréas, ait saisi l'Académie d'une observation si intéressante au point de vue des fonctions de la première glande.

## X.

Dans la séance du 28 avril 1877, Fossion entretint l'Académie des fonctions si peu connues encore du pancréas.

Il règne dans la science plusieurs opinions sur les fonctions du pancréas et sur les usages du suc pancréatique.

1° D'après Bouchardat et Sandras, le suc pancréatique jouit de la propriété de convertir la fécule cuite ou même crue en dextrine et en glucose ;

2° D'après Claude Bernard, le suc pancréatique émulsionne les graisses et les convertit en acides gras et en glycérine ;

3° Le suc pancréatique servirait à dissoudre les matières albuminoïdes, suivant Claude Bernard et Lucien Corvisart.

Ainsi, les trois espèces d'aliments dont l'homme et les animaux font usage, seraient influencées par le suc pancréatique ; il y aurait dans ce liquide trois ferments doués chacun d'une propriété spéciale : l'un, pour saccharifier les fécules ; le deuxième pour émulsionner les substances grasses, et le troisième pour opérer la dissolution des albuminoïdes. C'est déjà là un fait passablement bizarre.

D'après les idées régnantes sur la propriété qu'on attribue au suc pancréatique de saccharifier les fécules, le pancréas devrait être plus développé chez les herbivores que les chez carnivores; or, c'est le contraire qu'on observe.

Si, d'un autre côté, on remarque que le pancréas manque chez les poissons, que son extirpation chez des mammifères et des oiseaux n'a pas été incompatible avec la vie, on reste convaincu que le suc pancréatique ne contribue que dans une certaine mesure aux actes digestifs.

De nombreuses expériences qui ont été entreprises par Colin, le savant professeur d'Alfort, expériences faites, soit devant la commission de l'Académie de médecine de Paris, soit devant M. Bérard, qui en était le rapporteur, et qui ont été pratiquées sur trente-six chiens, quatre taureaux, quatre vaches et trois chevaux, il résulte que chez ceux de ces animaux dont le fluide pancréatique n'arrivait plus à l'intestin depuis plusieurs jours ou plusieurs mois, l'absorption des graisses se faisait parfaitement et donnait du chyle blanc renfermant ces matières presque dans la proportion normale. Donc, le suc pancréatique n'est pas plus indispensable à la digestion des graisses qu'il ne l'est chez les herbivores à la digestion des fécules.

Bien plus, un porc, à qui Colin avait enlevé le pancréas, pesait, trois mois après cette opération, 25 kilogr. de plus qu'avant.

Le pancréas manque chez les poissons et il n'existe qu'à l'état rudimentaire chez les amphibiens. C'est, déclare Fossion, que la fonction principale du suc pancréatique est de délayer la bile, d'aider à la dissolution des aliments, et que chez ces animaux le suc pancréatique est remplacé par l'eau qu'ils absorbent en quantité.



Il n'y a parmi les poissons que les *raies* et les *squales* qui possèdent un pancréas analogue à celui des animaux supérieurs, et même chez ces poissons elle n'a qu'un petit volume.

Si le pancréas manque chez les poissons, il est, par contre, très développé chez les oiseaux granivores qui usent d'aliments aussi secs et aussi durs que possible et qui ont besoin d'un délayant.

Pour le savant professeur de Liège, le suc pancréatique n'exerce pas sur les aliments une influence métabolique *spéciale*, en vertu de prétendus ferments qu'il renfermerait; il peut être suppléé par d'autres liquides et il n'intervient dans la digestion que comme dissolvant. Comment, en effet, admettre, dit-il, qu'un liquide, qui jouirait tout à la fois de la propriété de saccharifier les féculs, de dédoubler les graisses pour faciliter leur absorption et la chylification, de dissoudre et de transformer les albuminoïdes en peptones, puisse faire défaut dans tout une classe d'animaux et dans les expériences d'extirpation, sans que cette absence occasionne du préjudice à la santé?

Fossion passe en revue les rapports qu'affectent dans l'échelle animale les conduits biliaires et le canal excréteur du suc pancréatique, ou les canaux, car ils sont quelquefois multiples, et il en conclut que le suc pancréatique doit surtout servir à délayer la bile. Ce suc aurait une action générale sur les trois espèces de matières alimentaires : il serait dans le cas du mucus intestinal, il exercerait une action de contact ou catalytique sur les diverses variétés d'aliments, mais il n'aurait pas de fonction spéciale.

Voici comment s'exprime Fossion :

« Les résultats acquis par les expériences exécutées sur



les animaux semblent nous montrer que la salive, le suc gastrique lui-même, le suc pancréatique et le mucus intestinal jouissent de la propriété de transformer les féculs en sucre ; que les matières albuminoïdes sont transformées en peptones, non seulement par le suc gastrique, mais également par le suc pancréatique et par le mucus intestinal. Les graisses elles-mêmes seraient converties en un liquide crémeux et émulsionnées par le liquide pancréatique, la bile et même par le mucus intestinal.

» On serait tenté de conclure des faits que nous venons de rappeler, que le pancréas n'a pas de fonction spéciale, ou que tout au moins il peut être suppléé par les glandes de la muqueuse intestinale. Il paraîtrait que tous les liquides sécrétés par la muqueuse de l'appareil digestif jouiraient de la faculté d'exercer une action de contact sur toutes les matières assimilables avec lesquelles ils sont mis en rapport.

» En d'autres termes, tous les liquides versés dans la cavité digestive, soit par la muqueuse, soit par les glandes annexes, posséderaient à des degrés différents la faculté de dissoudre chacun les diverses espèces d'aliments et de contribuer à leur assimilation. Voilà le résultat ultime de l'ensemble des expériences exécutées sur l'action des sucs digestifs. »

L'auteur ajoute un peu plus loin : « Les faits que nous avons empruntés à l'anatomie comparée démontrent d'une manière évidente que le suc pancréatique sert à délayer les aliments qui sont d'une certaine consistance, que la glande est d'autant plus volumineuse que les aliments sont plus durs et plus secs.

» D'un autre côté, dit-il, les rapports que le canal pan-

créatique entretient constamment avec les conduits biliaires ne permettent pas de douter que ce liquide ne remplisse encore une autre fonction, qui consiste à délayer et à étendre la bile. »

Ce mémoire se termine par le résumé des faits sur lesquels s'étaie l'opinion de l'auteur. Ces faits sont les suivants :

« 1° Chez les animaux qui vivent dans l'eau, comme les poissons, le pancréas manque dans la majorité des cas, et n'existe pas même sous la forme d'appendices pyloriques.

» 2° Quand le pancréas existe chez certains poissons, comme les raies, les squales, l'esturgeon, il est rudimentaire.

» 3° Cette glande est également fort petite chez les céta-cés, mammifères vivant dans l'eau.

» 4° Les oiseaux granivores, qui avalent des aliments très durs et secs, sont de tous les vertébrés ceux dont le pancréas est le plus volumineux et le plus consistant.

» 5° Les rongeurs qui se nourrissent de racines et autres corps très durs et secs, sont, avec les carnassiers, les mammifères qui présentent le pancréas le plus développé.

» 6° Quoique certains chéloniens et batraciens, qui sont amphibies, avalent comme les oiseaux leur proie sans la mâcher, ils ont le pancréas relativement petit, parce que leur nourriture est macérée par l'eau qu'ils ingèrent en même temps.

» 7° Quoiqu'il soit généralement admis aujourd'hui que le pancréas verse dans l'intestin un liquide qui peut transformer les fécules en sucre, il est cependant plus développé et plus consistant chez les carnassiers, qu'il ne l'est chez les ruminants et les autres végétivores. »



## XI.

*Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. le docteur Casse, intitulé : De l'absorption de certains gaz dans l'économie animale, et de leur élimination (1878).*

Dans la séance de l'Académie du 26 décembre 1874, M. Rommelaere a lu un travail sur l'empoisonnement par le phosphore et a préconisé l'essence de térébenthine comme antidote de cet empoisonnement.

MM. Thiernesse et Casse ont entrepris des expériences tendant à démontrer — comme cela résultait déjà du rapport fait, au nom de la commission de la Pharmacopée, par M. Depaire, dans la séance du 25 avril 1874 — que ladite essence n'a point par elle-même cette propriété, mais bien par l'oxygène qu'elle renferme en assez grande quantité, si elle n'a pas été distillée.

Ils ont fait à ce sujet un grand nombre d'expériences consistant, la plupart, dans l'introduction de l'oxygène pur dans le système veineux au moyen d'un appareil spécial gradué, et ils ont conclu de leurs expériences que l'oxygène est réellement doué de la propriété antidotique dont il s'agit, et que, par conséquent, ce gaz étant introduit dans la circulation, doit se combiner au phosphore absorbé et conjurer ainsi les effets toxiques de ce corps sur les hématies, si elles n'ont pas déjà subi des altérations mortelles.

Le mémoire susmentionné de M. Casse a été communiqué à l'Académie dans la séance du 30 janvier 1875. Il fut renvoyé à une commission composée de MM. Fossion et Lefebvre. Le rapport fut présenté par le premier.

Fossion y rappelle les expériences faites en 1811 sur le même sujet par notre célèbre compatriote, le liégeois Nys-

ten. Il résulte de 52 expériences faites par ce savant, et qui présentent toutes les garanties possibles, que des gaz divers ont pu être injectés dans les veines et même dans les artères sans déterminer la mort.

D'après Nysten, l'introduction d'un gaz dans les vaisseaux est d'autant plus nuisible qu'il se dissout moins bien dans le sang. D'après lui encore l'oxygène étant absorbé par l'hémoglobine, et étant par cela même très soluble dans le sang, peut être impunément injecté dans les vaisseaux. Fossion penche à croire que l'injection de gaz oxygène dans le sang deviendra une méthode thérapeutique précieuse dans beaucoup de maladies.

## XII

Nous aborderons maintenant cette partie de la vie médicale de Fossion, qui se rapporte à l'étude des questions, si nombreuses et si intéressantes, qui ont pour objet la pathologie et l'hygiène des houilleurs, questions qui attirèrent l'attention de la Compagnie dès sa fondation.

L'Académie Royale de Médecine de Belgique venait d'être créée par un arrêté royal, en date du 19 septembre 1841, arrêté contresigné par M. Nothomb, un ami éclairé des arts, des lettres et des sciences.

Le 26 septembre elle tint sa première séance, et déjà le 25 octobre elle eut à s'occuper d'un projet d'instruction relatif aux premiers secours à administrer aux ouvriers *asphyxiés, brûlés ou blessés*, lors des accidents qui surviennent dans les mines et les établissements métallurgiques.

Une commission, composée de MM. François, Lebeau, Lombard, Pasquier et De Lavacherie, rapporteur, conclut à l'adoption de cette instruction. Elle constitue un travail



très complet que l'on peut encore aujourd'hui consulter avec fruit.

Elle avait été élaborée par la Commission médicale de la province de Liège, remaniée ensuite par une commission mixte, composée de six médecins, appartenant aux provinces de Liège, de Hainaut et de Namur, et enfin soumise à l'Académie et adoptée par elle, avec de légères modifications. Ainsi, dès sa fondation, l'Académie prenait en main les intérêts des travailleurs belges et elle est toujours restée fidèle à cet esprit.

Peu de temps après, le 16 août 1842, M. Burggraeve lui donna lecture, au nom d'une commission, d'un *Rapport sur l'état physique et moral des enfants employés dans les manufactures, usines et mines du royaume*. Ce rapport, ainsi que le mémoire de Fossion sur le même sujet, dont nous allons nous occuper, venait en réponse à un questionnaire posé par le gouvernement.

A la suite du rapport de M. Burggraeve, l'Académie vota des conclusions ainsi formulées :

« 1. Que les enfants ne fussent plus admis aux travaux des fabriques, usines ou mines avant l'âge de dix ans. (MM. Burggraeve et Boulvin proposaient 12 ans);

» 2. Que les adolescents faibles, chétifs ou maladifs en fussent éloignés;

» 3. Que, pour tous, le travail de nuit fût supprimé;

» 4. Que la durée du travail journalier des enfants n'excédât pas huit heures et qu'un jour par semaine fût consacré au repos;

» 5. Que les enfants ne fussent reçus dans les fabriques, que sur un certificat constatant qu'ils savent lire et écrire;

» 6. Qu'il fût pourvu à ce que les ateliers fussent con-



stamment dans les conditions hygiéniques que réclame le genre de travaux qu'on y exécute. »

Le rapport de M. Burggraeve et la discussion dont il fut l'objet n'occupèrent qu'une seule séance de l'Académie, séance utilement remplie. A cette époque, aux Chambres et à l'Académie, on n'avait guère de temps à perdre en discussions oiseuses, c'était l'époque des lois organiques, pour le Parlement, l'époque du début pour l'Académie, saisie par le gouvernement d'un grand nombre de projets importants avec demande de prompts rapports.

Depuis le dépôt et la discussion de ce rapport, quarante années se sont écoulées et, malgré les efforts énergiques et réitérés de l'homme éminent et regretté, qui fut si longtemps à la tête de l'Académie, feu M. Vleminckx, le projet de loi sur la réglementation du travail des enfants est venu échouer au Sénat, faute d'une voix.

Notre Chambre haute semble avoir obéi à je ne sais quelles étranges préoccupations économiques.

Ce fut en 1845 que parut dans les *Annales du Conseil de salubrité publique de la province de Liège*, le travail de Fossion, intitulé : *Rapport sur la condition des ouvriers et le travail des enfants dans les manufactures, mines et usines de la province*.

Ce rapport, qui se compose de 134 pages in-8°, est une étude complète des causes morbides auxquelles sont assujettis, par suite de leur profession, les ouvriers des houillères, des fabriques de drap, de coton, etc. Ce mémoire figure avec une mention très honorable dans le recueil officiel des mémoires publiés en 1847 par la Commission centrale d'enquête, chargée d'étudier la condition des ouvriers et le travail des enfants employés dans les diverses industries du pays.



Le travail de Fossion est très complet : praticien habile, observateur judicieux, physiologiste, hygiéniste, penseur, notre regretté collègue, avait toutes les qualités nécessaires pour mener à bonne fin cette œuvre difficile. Dans cet écrit, comme dans ses autres travaux médicaux relatifs aux houilleurs, Fossion ne se laisse pas aveugler par le parti pris, il n'a pas fait un livre avec des livres, mais il a étudié ce qui se passait sous ses yeux, il a observé comme sait observer un homme rompu dans les sciences médicales et doué d'un jugement sain et droit. Il a pu voir certains faits, il les a disséqués attentivement, minutieusement, mais aussi, froidement, logiquement, sans passion ; puis, tout en recourant volontiers à des statistiques bien faites, il en a cherché l'interprétation physiologique et clinique. Dans tout ce qu'il a écrit, Fossion est toujours resté un praticien judicieux, doublé d'un physiologiste habile et d'un hygiéniste éminent. On ne sait ce qu'il faut le plus admirer : ou la sagacité de l'observateur qui découvre à première vue tout ce qu'il importe de noter, tout ce qui offre de l'intérêt, tout ce qui est irrégulier ou anormal, ou la lucidité de l'écrivain qui, après avoir reconnu les faits morbides qu'il est appelé à signaler, en donne la signification exacte, sans jamais forcer la note, en restant toujours dans les limites du vrai, à tel point que, même aujourd'hui où la pathologie des houilleurs a fait l'objet de travaux considérables et nombreux, le rapport de Fossion, à part quelques points secondaires, est resté l'image fidèle de la réalité.

A cette époque il existait encore de l'anémie chez les houilleurs ; mais, comme nous l'avons prouvé dans un autre travail, cette anémie ne pouvait aucunement être comparée à la fameuse anémie d'Anzin, par la raison que la maladie



qui a été décrite faussement sous ce nom n'était pas une anémie, mais un état général cachectique et infectieux produit par des causes multiples : l'absence de ventilation, la présence dans l'atmosphère de la mine de gaz méphitiques, la misère, etc. A cette époque, en effet, l'art de ventiler les mines existait si peu qu'on peut dire qu'il n'existait pas.

En 1845, Fossion a pu écrire : « l'anémie était encore assez fréquente il y a quelques années, pour avoir mérité le nom de *maladie des fosses*. *Les houilleurs en sont tous atteints jusqu'à un certain point* ; mais un léger degré d'anémie est compatible avec la santé : cette maladie n'attire l'attention du médecin que lorsqu'elle gêne l'exercice des organes et entrave leurs fonctions. Les ouvriers qui en sont atteints à un haut degré se plaignent d'une grande faiblesse musculaire, d'embarras de la digestion, d'essoufflement à la marche. »

Il existait donc à cette époque, d'après Fossion, un certain degré d'anémie chez les houilleurs. On constate dans les travaux subséquents que cette anémie devient de moins en moins commune, à mesure que l'aérage est meilleur et que disparaît la descente et la remonte aux échelles, si bien faites pour rendre anhélant et pour écraser l'ouvrier. On comprend combien il était pénible pour le malheureux houilleur qui venait d'achever une rude journée de remonter à l'échelle, fatigué, brisé, rompu, 150 à 200 toises et davantage ! Aussi l'invention de la warocquière a-t-elle été un immense bienfait pour le mineur.

Dans ce mémoire, Fossion propose l'âge de 12 ans pour l'admission des enfants dans les mines. « Il y va, dit-il, de l'avenir de la classe ouvrière et de la prospérité de l'industrie elle-même. Il ne peut être permis de vouer à un cou-



pable ilotisme des enfants trop jeunes, dont les forces corporelles sont insuffisantes pour résister à la fatigue et aux inconvénients de tout genre qui se présentent dans beaucoup d'établissements industriels; c'est l'abrutissement de l'esprit organisé sur une large échelle; c'est l'empoisonnement lent d'une masse de jeunes créatures que la société, dans son imprévoyance et au nom de la civilisation et de l'industrie, autorise; c'est le suicide de son avenir qu'elle prépare sans s'en apercevoir.

» Si nous fixons, ajoute-t-il, pour les houillères, l'âge de 12 ans, ce n'est que parce que la nécessité nous y oblige. Aussi, tout en nous arrêtant à ce chiffre, comme chiffre normal, nous croyons qu'il faudra souvent y déroger. Il est à 12 ans des enfants forts et d'autres qui sont délicats; il en est qui sont prédisposés à la phtisie, etc.; nous proposons donc, dans chaque district industriel, la nomination d'un médecin-inspecteur, pour examiner les individus qui demandent à l'industrie des moyens de subsistance. De cette manière on pourrait corriger ce que la loi aurait de trop absolu. »

A la séance du 28 mai 1858, Fossion, au nom d'une commission, dont faisaient partie avec lui, MM. François, Fallot, Boulvin et Chandelon, présenta le rapport sur la question de concours relative aux « maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillères du royaume. »

Sur la proposition de la commission, l'Académie décerna un prix de 500 fr. au vieux et savant praticien Schœnfeld, de Charleroi, tout en retardant la clôture définitive du concours jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 1860, le mémoire de M. Schœnfeld ne répondant pas complètement aux vœux de l'Académie,



qui eût désiré y voir figurer quelques recherches sur la constitution de l'atmosphère des mines et sur quelques autres points.

Le mémoire de M. Schœnfeld était néanmoins une œuvre très remarquable. Ce médecin a eu le mérite de signaler un fait qui domine toute la pathologie du houilleur, savoir que, chez lui, toute maladie aiguë a une tendance à passer à l'état chronique. Les maladies du houilleur, en effet, sont lentes dans leur manifestation, comme dans leur marche, et la période d'incubation est plus ou moins longue à cause de la lenteur des agents morbigènes.

Toutes les fonctions du houilleur paraissent frappées de langueur, d'engourdissement. On ne remarque pas chez lui des inflammations vraies, complètes, mais des inflammations fausses, catarrhales ou rhumatismales. Les maladies présentent ce cachet particulier, qu'il n'y a pas d'état congestif franc des organes, il n'y a souvent qu'une simple irritation ou stase sanguine, ou même une perversion dans la nutrition des organes.

Les auteurs des travaux inspirés par les concours de l'Académie sur la pathogénie du houilleur ont montré qu'il y a chez lui prédominance de l'asthénie, de l'adynamie, dans les différents états morbides, fréquence du lymphatisme, de la scrofule, notamment de la scrofule cutanée, des viciations du sang, lenteur dans l'accomplissement des actes de la vie organique; que les plaies prennent facilement un aspect blafard; qu'elles se cicatrisent lentement, que les chairs sont molles; qu'il y a inertie ou atonie gastrique ou intestinale, diminution de résistance vitale aux causes morbifères, abaissement de la caloricité, prédisposition aux hémorragies passives, aux névralgies, aux congestions



vers la tête, à la cataracte. Mais, comme la phtisie est relativement rare chez les houilleurs, que les maladies aiguës enlèvent beaucoup de personnes et que, chez le houilleur, les affections tendent à passer à la chronicité, la mortalité n'est pas plus élevée dans cette catégorie d'ouvriers que dans toute autre. Seulement, la vieillesse arrive rapidement.

Le 28 septembre 1861, Fossion présentait le rapport sur le second concours, au nom d'une commission, composée de MM. Fallot, François, Gouzée, Martens et lui. Trois mémoires avaient été adressés à l'Académie. Un de ces mémoires fut mis hors de concours; un autre, très remarquable, dû au docteur H. Boëns, de Charleroi, avait été retiré par son auteur; le troisième, œuvre de notre éminent collègue de Seraing, M. le docteur Kuborn, excellente monographie, enrichie de nombreuses statistiques, de nécropsies, d'analyses de l'air des mines etc., fut jugé digne d'un prix de mille francs. En somme, les deux concours de l'Académie ont donné naissance à trois œuvres remarquables à des titres divers, et dont les auteurs sont MM. Schœnfeld, Kuborn et Boëns.

En dehors de ces deux concours, diverses questions relatives à la pathologie des houilleurs, notamment l'inhalation des poussières charbonneuses, le degré plus ou moins grand de fréquence de la phtisie chez le houilleur ou, ce qui revient au même, son immunité relative contre la phtisie, le travail dans l'air comprimé, tous ces points si intéressants ont fixé à différentes reprises l'attention de l'Académie.

En 1867, M. Victor Vanden Broeck, rappela à l'Académie que l'enquête du gouvernement consignée en trois gros vo-



lumes, publiés en 1846, était restée sans résultats pratiques et que le pays attendait encore toujours une loi réglementant le travail des femmes et des enfants. A la suite de cette communication, une commission composée de MM. Vleminckx, Boulvin, Sovet et Kuborn, fut chargée de procéder à une enquête sur l'emploi des femmes dans les travaux souterrains des mines. Le rapport de M. Kuborn, déposé le 24 octobre 1868, donna lieu à des discussions très animées auxquelles notre regretté collègue Fossion prit une large part. Ces discussions sont encore trop récentes pour que le souvenir en soit effacé et pour que nous jugions bien nécessaire d'en entretenir l'Académie.

Dans ces débats, Fossion fit une fois de plus preuve de ces qualités maîtresses qu'il apportait à l'examen de toutes les questions ; de cette logique inexorable qui scrute les faits froidement, avec impartialité, sans prévention d'aucune sorte, et qui résiste à tout entrainement, à toute exagération. Sans être enthousiaste du travail des femmes dans les mines, Fossion prouva que ce travail ne présente pas, au point de vue médical, tous les dangers qu'on lui a attribués et que, tout bien considéré, les métiers sédentaires exercés par les femmes, l'état de couturière, de dentellière, etc., ne valent pas mieux.

Cette discussion, qui a jeté un jour nouveau sur la pathologie du houilleur, se termina par un vote de l'Académie en faveur de la réglementation du travail des enfants dans les mines, et de l'exclusion des femmes et des filles des travaux souterrains.

Ces intéressants débats peuvent se résumer comme suit (1) :

(1) Voir dans le *Scalpel* de 1869 la notice que j'y ai publiée sous le titre : *Simple réflexions sur le travail des femmes dans les mines*.



1. Les mines de charbon ont généralement cessé d'être des ateliers insalubres. On conçoit que le degré de salubrité de ces établissements doive varier d'après leurs conditions d'aménagement et d'exploitation.

2. *Les femmes mariées ou vivant maritalement doivent être exclues de la fosse.* La femme qui allaite ne peut nourrir convenablement son enfant et descendre dans la bure ; par suite, le nouveau-né se trouve dans des conditions physiques très fâcheuses. Un résultat immédiat de cette alimentation vicieuse peut être le rachitisme du produit, et si c'est une fille, la conséquence éloignée sera peut-être la dystocie.

La femme mariée, mais qui n'allait pas, peut avoir conçu et, dans ce cas, elle est exposée par le travail dans la fosse à un avortement résultant de coups, chutes, contusions sur le ventre, ou d'efforts violents, excessifs dus à un travail trop rude.

3. Le travail des filles dans les fosses les détourne des travaux domestiques et des ouvrages manuels. Il en résulte une incapacité relative pour les travaux de leur sexe, chose regrettable, car ces filles seront peut-être plus tard des ménagères inhabiles, dépourvues d'ordre, d'économie et peu propres à faire le bonheur d'un époux ou à élever convenablement une famille.

4. Le degré plus ou moins grand de moralité des populations charbonnières dépend de causes multiples : l'ignorance de l'ouvrier, son insouciance, son imprévoyance, le manque d'une éducation religieuse et morale réelle, le tassement de la population, les conditions mauvaises de logement, les séductions dont l'ouvrier est entouré, les pièges tendus sous ses pas par la cupidité d'un monde de gens intéressés à soutirer le plus possible de son salaire, l'absence



d'une tutelle généreuse et éclairée de la part de beaucoup de patrons, l'inexécution des règlements de police locale sur les heures de fermeture des cabarets, la négligence de ces mêmes polices à réprimer les jeux de hasard et à surveiller la prostitution clandestine, laquelle est exercée surtout par des filles perdues, écume des grandes villes.

5. Chaque bassin houiller a sa physionomie propre. On serait mal venu de juger de la population charbonnière du pays entier par celle de Charleroi, qui renferme dans son sein des éléments nombreux de misère et de désordres. Tout homme de bonne foi admettra dans le Centre plus de grossièreté que de corruption, et dans le Borinage, qui vaut beaucoup moins que le Centre, plus de misère que de dépravation. Cette misère du Borain se rattache à deux causes particulières : les fluctuations fréquentes des salaires et la maladie de la grève dont le Borain est atteint à un haut degré.

6. La plus grande calamité des populations charbonnières est dans le travail prématuré des enfants, travail excessif en durée et en fatigue.

7. Les houiileurs se trouvent dans des conditions d'infériorité physique vis-à-vis des ouvriers agricoles. Cet état d'infériorité se caractérise par la fréquence de la scrofule sous toutes ses formes, de la bronchite chronique, de l'emphysème pulmonaire, des affections cardiaques. Cette insalubrité est due à des causes nombreuses : au travail prématuré et excessif des enfants, qui ne permet pas à ceux-ci d'atteindre le développement qu'ils auraient acquis dans des conditions moins meurtrières, à la mauvaise hygiène physique et morale des ouvriers, à l'alimentation vicieuse d'un certain nombre de nouveau-nés et surtout à l'héré-

dité chez le houilleur de race, hérédité provenant de l'insalubrité qui a été longtemps le partage des mines.

8. Si l'on parvient à réglementer le travail des enfants, de manière à substituer au travail qui énerve et qui épuise le travail qui fortifie, le travail hygiénique, en présence des perfectionnements que la science de l'ingénieur apporte tous les jours à l'aménagement et à la ventilation des mines, la race des mineurs s'améliorera, les générations futures seront plus fortes que les présentes ; mais si le travail des enfants continue à être ce qu'il est, les populations charbonnières continueront à dégénérer physiquement et moralement. (*Applaudissements.*)

— M. président remercie M. Barella, au nom de l'assemblée, de l'intéressante et consciencieuse notice dont il vient de donner lecture, et engage vivement les honorables collègues qui ont succédé aux membres titulaires décédés à produire le plus tôt possible l'éloge de ces membres, en conformité de l'article 120 du règlement.

— La notice de M. Barella, à laquelle est joint le portrait du savant qui en est l'objet, sera imprimée dans le Bulletin.

### III. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE.

a) M. Hicguet, correspondant, présente au nom de M. Chrétien, fabricant à Liège, deux instruments : l'un consiste en une pince imaginée pour retenir la langue pendant l'anesthésie chirurgicale. Cette pince saisit l'organe au moyen de mors larges et en prévient ainsi la contusion. Une longue crémaillère, placée près des anneaux de l'instrument, permet d'exercer une pression plus ou moins forte.



L'autre instrument est destiné à porter dans la cavité du col et du corps de la matrice des tiges de laminaria, d'éponge préparée, des caustiques solides. Il permet de fixer ces objets, de les introduire dans les cas de déviation utérine, enfin de retirer l'instrument sans risque de voir la sortie des corps introduits.

**M. Hyernaux.** — J'avoue, messieurs, que je ne reconnais pas une utilité bien réelle à la pince que l'honorable M. Hicguet vient de présenter en dernier lieu. Elle offre cette particularité, très ingénieuse d'ailleurs, que son extrémité peut être inclinée sur la tige, sous un angle plus ou moins prononcé, mais, je le répète, cela ne la rend pas supérieure à la longue pince à polype droite ou très légèrement recourbée qui m'a toujours suffi dans les cas pour lesquels a été imaginée celle que nous avons sous les yeux. Je m'explique :

Ou bien le col utérin qui doit recevoir le corps dilatant, un cylindre de laminaria, par exemple, est dans sa situation normale, et alors il n'est nul besoin, pour y introduire ladite tige, d'un instrument spécial; toute pince droite, suffisamment longue, remplira le but.

Ou bien le col et le corps de la matrice sont en déviation, et dans ce cas il faut nécessairement à l'aide des doigts, et préalablement à toute tentative d'introduction, régulariser la situation de l'organe, c'est-à-dire attirer le col en avant, s'il est en arrière, le reporter en arrière s'il est trop en avant, le ramener au centre du bassin s'il est en latéralité. Or, comme il est indispensable que le corps à introduire soit guidé sur les doigts qui continuent à maintenir le col dans sa nouvelle position, il est encore évident que la pince ordinaire peut suffire à cet effet.

D'autre part, si le corps à introduire est susceptible d'une

prompte modification dans sa forme, dans son volume et dans sa consistance, comme l'est l'éponge préparée, la pince, quelle qu'elle soit, à elle seule, ne suffit généralement plus. En effet, s'il y a un peu d'hésitation à trouver et à fixer l'orifice utérin, l'éponge se ramollit au contact des mucosités vagino-utérines, et elle acquiert bientôt des dimensions qui ne sont plus en rapport avec le canal qui doit la recevoir. Que faire pour éviter ces lenteurs et leurs conséquences ? Tous les praticiens qui ont fait quelques fois usage de l'éponge savent que le plus sûr moyen de ne pas échouer, c'est d'appliquer d'emblée le spéculum et de découvrir exactement le col de la matrice. Or, l'axe de ce cylindre est droit et ne peut guère s'accommoder d'une pince courbe ou à extrémité anguleuse.

Telles sont, messieurs, les observations que j'avais à faire relativement au porte-laminaria qui vous est présenté.

**M. Hieguet.** — Je ne suis pas l'auteur de la pince, et je pourrais dire que je n'ai pas à la défendre. Je trouve cependant que certaines objections de M. Hyernaux ne sont pas fondées.

Il dit qu'on peut redresser facilement le col quand il a dévié. Mais, messieurs, avec cet instrument, il n'est pas nécessaire de redresser la position de l'utérus et de maintenir le redressement, ce qui n'est pas toujours facile.

Quoi qu'il en soit, le défaut de cet instrument me semble résider plutôt dans sa grande complication. Je n'aime pas les instruments compliqués. Les instruments qui portent des charnières, etc., se détériorent très vite.

Ils se rouillent rapidement et souvent, lorsqu'on veut s'en servir, on est fort surpris de constater qu'ils ne fonctionnent plus.



Je crois comme M. Hyernaux que la pince ordinaire suffit dans la plupart des cas, mais toujours est-il que l'instrument dont il s'agit est très ingénieux, et c'est à ce titre que je l'ai signalé à l'Académie. Quant à l'autre pince, elle agit sur une large surface et, par conséquent, elle ne contusionne pas l'organe, ainsi que cela se produit ordinairement.

**M. De Roubaix.** — C'est une pince à crémaillères; elle permet de graduer la pression.

**M. Hieguet.** — Parfaitement.

b) M. le Dr Capart, agrégé à l'Université de Bruxelles, montre tout d'abord la nouvelle batterie galvanocaustique, qui a été construite par M. Chardin, à Paris. Elle présente cet avantage, que le liquide excitateur se trouve hermétiquement renfermé dans deux auges de caoutchouc, dans lesquelles les éléments plongent au moment de se servir de la pile. On peut, de la sorte, opérer en ville ou en province sans avoir à se préoccuper de la préparation ou du transport, toujours délicat sinon dangereux, de solutions éminemment caustiques.

Il soumet ensuite à l'Académie trois nouveaux instruments galvano-caustiques qu'il vient de faire confectionner et qui lui ont rendu de très grands services.

Le premier est une scie galvanique, constituée par un fil de platine soudé à une tige métallique offrant la même épaisseur. Le fil peut être tendu au moyen d'un pas de vis, comme la lame d'une scie anglaise ordinaire. Quand le courant électrique est établi, le fil de platine rougit, et il suffit de lui faire exécuter des mouvements de va-et-vient, pour trancher les tissus les plus résistants. Cet instrument lui a

servi pour sectionner les excroissances soit osseuses, soit cartilagineuses de la cloison des fosses nasales résultant le plus souvent de déviations de cette cloison. Comme on le sait, elles constituent un obstacle parfois invincible à la respiration et elles rendent très difficile l'extirpation de tumeurs qui siègent derrière elles.

La scie galvanique est encore utile, dit-il, pour sectionner les adhérences fibreuses qui se produisent entre les cornets moyens et inférieurs et la cloison par suite d'ulcérations, soit diphtéritiques, soit syphilitiques, ou bien comme conséquence d'inflammations traumatiques. Enfin, dans deux cas, il a pu réséquer une portion notable des cornets moyens, qui étaient considérablement hypertrophiés.

Le second instrument est destiné à enlever les végétations adénoïdes du pharynx, qu'elles siègent sur la paroi postérieure de cet organe ou à la base du crâne. Il se compose de deux tubes porte-fils, isolés sur toute leur étendue et recourbés comme tous les instruments qui servent à opérer dans la cavité naso-pharyngienne. L'extrémité antérieure est insérée dans une gaine isolatrice en ivoire, qui s'épanouit en un anneau de courbure et de largeur différentes, suivant les cas. Cet anneau est creusé intérieurement d'un sillon dans lequel l'anse est complètement cachée, de sorte que ni les mouvements du malade, ni les contractions réflexes du pharynx, ni le contact de la tumeur elle-même, ne peuvent altérer le contour de l'anse. Cet instrument, qui se fixe soit sur le manche universel de von Bruns, soit sur l'appareil de Michel, étant introduit derrière le voile du palais, le chirurgien prend pour guide le bord postérieur de la cloison, et il presse fortement l'anse contre la surface d'implantation des végétations. Il suffit alors de resserrer

celle-ci, en faisant passer le courant électrique, pour que tout ce qui a été saisi dans l'anneau d'ivoire soit sectionné et la muqueuse sous-jacente cautérisée de façon à éviter des récidives.

Enfin, le troisième instrument qu'il présente est un amygdalotome électrique dans lequel le couteau annulaire est remplacé par un fil de platine. Il offre les mêmes dispositions que l'amygdalotome métallique ordinaire, c'est-à-dire que les lunettes de différentes grandeurs, et qui sont en ivoire, sont mobiles et peuvent être articulées sur le même support; en outre, elles sont adaptées à la conformation anatomique de l'amygdale; enfin, chaque lunette peut servir pour les deux côtés. Le grand avantage de cet instrument, c'est que la section de l'amygdale peut être rapidement effectuée sans que l'on ait à redouter la moindre perte de sang.

#### IV. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret, ouvert à une heure et demie, l'Académie a décidé :

1<sup>o</sup> De renouveler pour un terme de trois ans le concours dont la question est ainsi formulée :

« Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale;

2<sup>o</sup> De porter de 1,200 à 1,500 fr. le prix de ce concours;

3<sup>o</sup> D'admettre, pour ce concours, les mémoires écrits en latin, en français, en néerlandais, en allemand, en anglais et en italien;

4<sup>o</sup> De publier de nouveau, à cette occasion, le programme des différents concours ouverts par l'Académie.

La séance est levée à 2 heures et demie.



Voici le programme prémentionné :

1881-1883.

(Prix fondé par un anonyme.)

Élucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

*Prix : 8,000 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1883.*

Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

1882-1884.

Faire l'histoire de l'hystérotomie et de ses applications.

*Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 1<sup>er</sup> février 1884.*

*Nota.* A la suite de demandes formulées par deux anonymes, l'Académie, dans sa séance du 27 mai 1882, s'est ralliée à l'interprétation qui a été faite de la question, savoir : qu'elle avait entendu provoquer des éclaircissements, non seulement quant à l'hystérotomie, mais encore et surtout en ce qui concerne l'hystérectomie.

---

Faire une étude comparée de la tuberculose considérée

chez tous les animaux domestiques, sous le quadruple rapport des causes, des symptômes, des lésions et du traitement.

Faire ressortir éventuellement les rapports qui existent entre la tuberculose et la phtisie pommelière, et établir les conséquences que la consommation de la viande et du lait des bêtes bovines atteintes de pommelière peut avoir sur la santé de l'homme.

*Nota.* Les réponses à cette question doivent être basées non seulement sur les données et les expériences actuelles, mais encore sur des recherches nouvelles.

*Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 1<sup>er</sup> février 1884.*

1882-1883.

Étudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire, en se basant spécialement sur des recherches personnelles.

*Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 15 février 1885.*

1885-1886.

Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles applications, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale.

*Prix : 1,500 francs. — Clôture du concours : 1<sup>er</sup> avril 1886.*

#### CONDITIONS DES CONCOURS.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand (1), doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

(1) Les mémoires, présentés pour prendre part au dernier concours, — lequel est relatif au *degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les*



Seront exclus des concours :

1° Les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées ;

2° Ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ou indirectement ;

3° Ceux qui auront été publiés, en tout ou en partie, ou présentés à un autre corps savant ;

4° Ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée.

L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, les concurrents sont tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront.

Les mémoires doivent être revêtus d'une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat.

Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur, faite dans le délai d'un an.

Après l'expiration de ce délai, la récompense ne sera plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé ; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, en faire prendre copie à ses frais, en fournissant au secrétaire de la Compagnie la preuve que ce mémoire est son œuvre.

*recherches de médecine légale et de police médicale*, — peuvent être écrits en latin, en français, en néerlandais, en allemand, en anglais et en italien.

L'Académie accorde gratuitement, aux auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires de ces travaux tirés à part et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais.

*Nota.* Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent prendre part aux concours.

---

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ALBRECHT (P.).** Beitrag zur Torsionstheorie des Humerus und zur morphologischen Stellung der Patella in der Reihe der Wirbelthiere. Kiel, 1876; Band 4<sup>o</sup>.
- Beitrag zur Morphologie des M. omo-hyoides und der ventralen inneren Interbranchialmusculatur in der Reihe der Wirbelthiere. Kiel, 1876; Band 4<sup>o</sup>.
  - Die willkürlichen Muskeln des menschlichen Körpers. Königsberg, 1877; Band 4<sup>o</sup>.
  - Ueber einen Processus odontoides des Atlas bei den urodelen Amphibien. Berlin, 1878; 8<sup>o</sup>.
  - Ueber das zwischen dem Basi-occipitale und dem Basi-post-sphenoid liegende Basi-oticum. Berlin, 1878; 8<sup>o</sup>.
  - Die morphologische Bedeutung der seitlichen Kieferspalte und die wahrscheinliche Existenz von vier Zwischenkiefern bei den Säugethieren. 1879; 8<sup>o</sup>.
  - Die Epiphysen und die Amphiomphalie der Säugethierwirbelkörper. Königsberg, 1879; 3 broch. 8<sup>o</sup>.
  - Stammbaum der Raubthiere. Königsberg, 1879; 4<sup>o</sup>.
  - Stammbaum der Nagethiere. Königsberg, 1880; 4<sup>o</sup>.
  - Ueber den morphologischen werth der Sehnerven und der Retina. Königsberg, 1880; 8<sup>o</sup>.
- BECK (G.).** Therapeutischer Almanach, 1885. Bern, 1885; 12<sup>o</sup>.
- CHAVÉE-LEROY.** Réflexions à propos de la maladie contagieuse du caféier. Laon, 1885; 4<sup>o</sup>.
- CONSEILS PROVINCIAUX DE BELGIQUE.** — Procès-verbaux des séances. Session de 1882; 9 vol. 8<sup>o</sup>.
- DEGIVE (A.).** Compte rendu de la clinique de l'École de médecine vétérinaire de l'État, pendant l'année 1880-1881. Bruxelles, 1883; 8<sup>o</sup>.
- DONDERS (F. C.).** Drie-en-twintigste jaarlijksch verlag betrekkelijk de verpleging en het onderwijs in het nederlandsch gasthuis voor ooglijders. Utrecht, 1882; vol. 8<sup>o</sup>.
- ENGLISCH (J.).** Ueber angeborene Verschlüssungen und Verengerungen der männlichen Harnröhre. 8<sup>o</sup>.
- Ueber den Tripolithverband. Wien, 1881; 8<sup>o</sup>.
  - Ein Fall von einer Cyste in der Wand der weiblichen Harnröhre mit Bemerkungen über die Entwicklung derselben. Wien, 1881; 8<sup>o</sup>.
  - Ueber den Mastdarmbruch. Wien, 1882; 8<sup>o</sup>.
  - Zur Behandlung der Kniescheiben-Brüche. Wien, 1882; 8<sup>o</sup>.
  - Ueber Erkrankungen der Vorhaut bei Diabetes mellitus. (Phimosis acquisita diabetica). Wien, 1883; 8<sup>o</sup>.
  - Zur radicaloperation der hydrocele unter antiseptischen Cautelen. Wien, 1883; 8<sup>o</sup>.



- FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BRUXELLES. Annales. Tome III. Bruxelles, 1882; vol. 8°.
- GABUZZI (G.). Le pèlerinage et le choléra au Hedjaz; inefficacité des quarantaines dans la Mer Rouge. Constantinople, 1883; 8°.
- GENEESKUNDIG STAATSTOEZIGT. — Verslag aan den Koning van de bevindingen en handelingen, in het jaar 1881. s' Gravenhage, 1882; vol. 4°.
- GUERMONPREZ (F.). Revue sur la ladrerie de l'homme. Lille, 1882; 8°.
- Étude sur les corps étrangers spéciaux aux ouvriers de la métallurgie. Paris, 1883; 8°.
- Manœuvres de réduction appliquées à un cas de traumatisme du rachis. Paris, 1883; 8°.
- IMPERIAL MARITIME CUSTOMS OF CHINA. — Medical reports, for the half-year ended 31 st. march, 1882. — 25 rd. Issue. Shanghai, 1882; 4°.
- KUBORN (H.) et MASOIN (E.). Rapport adressé à M. le Ministre de l'Intérieur par le jury chargé de l'examen des ouvrages publiés dans le royaume par des auteurs belges, pendant la période 1876-1880, pour l'obtention du prix quinquennal des sciences médicales. Bruxelles, 1883; 8°.
- LORETA (P.). Intorno alla divulsione digitale del piloro; osservazioni cliniche. Bologna, 1883; 4°.
- PAGET (J.). On some rare and new diseases; suggestions for the study of part of the natural history of disease. London, 1883; 8°.
- REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA PRACTICAS. Album clinica de dermatologia 1ª, 2ª y 3ª laminas. Madrid, 1883; 3 br. 8°.
- SCHIFFERS (F.). Contribution à l'étude du cancer du larynx. Paris, 1883; 8°.
- TORRES (L.). Os saes das aguas de Moura e as aguas de Vichy. Lisboa, 1883; 8°.
-

**1. ÉTUDE expérimentale sur la possibilité d'utiliser, à l'état frais, l'énorme quantité des viandes d'outre-mer pour l'alimentation de l'Europe; par M. le dr CLOSSET, médecin adjoint des hôpitaux de Liège.**

L'intérêt immense qui s'attache à la solution de ce problème social, dont l'objectif est l'alimentation rationnelle des populations de nos contrées, nous a conduit à des recherches dont nous sommes heureux de pouvoir communiquer les résultats favorables à l'Académie royale de médecine, par l'entremise bienveillante de son savant secrétaire, qui a bien voulu nous y encourager.

Nous allons donc, par un examen rapide, établir l'utilité d'un régime richement azoté chez l'homme en général, ensuite les moyens de répondre à ce besoin.

Un éminent bromatologiste allemand, le professeur Voit, qui consacre sa vie à l'étude de ces questions, estime à 200 gr., au minimum, la ration journalière de viande nécessaire à l'homme adulte, dans sa plénitude d'activité corporelle et psychique. Aussi voyons-nous les armées exiger une quantité de viande variant de 200 à 650 gr. par soldat; ce dernier chiffre s'applique aux États-Unis, où cependant l'abondance et le bas prix des céréales, concurremment avec ceux du bétail, permettent le choix judicieux et désintéressé du meilleur des deux régimes.

Les ouvriers, nourris de viande, font aisément le double de la besogne qu'ils produisent en général par leur nourriture grossière; cette intéressante observation fut faite pendant la construction de la voie ferrée de Rouen au Havre: on vit les brigades de terrassiers anglais, largement rationnés de viande, distancer considérablement les bri-

gades françaises, malgré tous les efforts de celles-ci. L'équilibre fut rétabli sans peine par la conformité de leur régime alimentaire.

D'ailleurs, tous les médecins ont vu de près la classe pauvre et savent de quel prix serait pour ces gens, la plupart affaiblis par l'excès de travail et une hygiène défectueuse, l'usage journalier d'une alimentation réparatrice, actuellement inaccessible à leurs ressources. Il est même permis de croire qu'une nourriture substantielle rendrait superflu chez les travailleurs l'usage journalier d'alcool, qui est une occasion d'abus avec ses conséquences désastreuses.

Enfin, la statistique démontre que la consommation de chair animale, fort réduite dans les campagnes, s'accroît dans les villes selon une proportion bien supérieure à leur importance numérique, pour atteindre son maximum dans les grands centres, tels que Paris et Londres, c'est-à-dire parallèlement au développement des capacités individuelles et au travail produit.

En effet, les substances végétales contenant peu d'azote sous un grand volume, exigent des efforts de digestion dont il faut tenir compte dans la somme d'activité organique et qui sont compatibles seulement avec la vie au grand air.

Cette thèse utilitaire n'a pas besoin d'être défendue plus longuement devant le corps médical ; ces quelques exemples suffiront largement.

Or, il existe dans toute l'Europe centrale et occidentale une insuffisance marquée du bétail nécessaire à l'alimentation, malgré les progrès de l'élevage et les subventions des gouvernements ; et cet instinct, qui nous pousse vers la nourriture richement azotée, a eu pour premier ré-

sultat l'élévation constante du prix de la viande, au point d'amener l'accaparement de cet aliment indispensable par la classe aisée.

Considérez aussi, comme seconde conséquence de cette pénurie de bétail, le succès des salaisons américaines, des extraits de viande et même de certaines conserves de rebut, saucissons ou autres, qui, au mépris de l'hygiène et des autorités, sont absorbées journellement par la population ouvrière. C'est donc là un besoin indéniable qui se révèle clairement, et le moyen de satisfaire à ce besoin, un problème qui s'impose chaque jour davantage. L'Europe souffre d'une véritable disette de viandes, que les chiffres de Voït fixent à des centaines de millions de kilogrammes annuellement; or, les innombrables troupeaux d'Outre-Mer pourraient nous alimenter dans les meilleures conditions de qualité et d'économie, si nous trouvions une méthode facile d'annihiler les causes de putréfaction et de rendre ainsi les viandes transportables.

Pour étudier la question dans son ensemble, jetons d'abord un coup d'œil sur les moyens tentés jusqu'à ce jour.

Quatre conditions inséparables provoquent et rendent possible la décomposition des tissus organiques privés de vie; ce sont : 1° une température moyenne; 2° la présence de l'eau; 3° l'accès de l'air atmosphérique; 4° l'existence de germes et de ferments, extrinsèques ou intrinsèques, figurés ou amorphes.

En supprimant l'un ou plusieurs de ces facteurs, on prépare des conserves théoriquement inaltérables. Citons donc, dans le même ordre de classification : 1° l'emploi de températures très élevées ou très basses; 2° la dessiccation totale ou superficielle; 3° l'exclusion de l'air par des sub-

stances isolantes solides, liquides ou gazeuses, et enfin, 4<sup>e</sup> l'application variée de substances germicides, désignées sous le nom général d'antiseptiques.

Ainsi se résument dans leurs éléments les diverses méthodes, qui se compliquent souvent en se combinant entre elles. Malheureusement, la plupart de ces procédés dénaturent la viande dans sa composition chimique et ses qualités physiques, qui constituent précisément sa valeur alibile et marchande; d'autres sont incertains ou trop coûteux.

Notre but n'est pas d'en faire ici l'exposition détaillée; les seuls qui soient entrés dans le domaine pratique nous arrêteront un instant.

La cuisson par la méthode d'Appert donne des produits satisfaisants, mais d'un usage restreint et onéreux; on en peut dire autant des poudres de viande d'Hoffmann et autres, des conserves dans l'huile, la graisse ou la paraffine fondues, la gélatine, etc.

Parmi tous les procédés antiseptiques, obtenus par imprégnation ou par injection vasculaire, le moins mauvais, au point de vue hygiénique, est la salaison, parce que de tous les antiseptiques, le sel marin est le seul qui soit relativement profitable à notre organisme et ne soit pas étranger à nos tissus.

Néanmoins, les quinze jours de saumurage nécessaires pour obtenir une salaison parfaite, comme la pratiquent les Anglais, enlèvent fatalement la moitié des suc musculaires solubles, d'après Liebig, et avec eux tous les sels de potasse, ainsi que l'a observé l'honorable professeur de chimie de l'École vétérinaire, M. Courtoy. La conséquence logique de ces faits, d'une observation quotidienne chez les marins, c'est que la consommation prolongée des salaisons



amène des désordres nutritifs dont le plus important est, vous le savez, la cachexie scorbutique.

Quant à la conservation par une température de 20° sous zéro pendant plusieurs semaines de traversée, nous tenons à citer ici l'opinion compétente de M. le médecin vétérinaire Limbourg, chargé de l'inspection sanitaire des viandes de la ville de Bruxelles :

« La congélation a pour conséquence physique de séparer du suc musculaire les 77 % d'eau qui entrent dans sa composition et de les transformer en glace, dont la force de dilatation fait éclater le sarcolemme de toutes les fibres ; de sorte que ces viandes, aussitôt sorties du réfrigérant, sont dilacérées comme par le martelage, et que, par le seul fait du dégel ou par la cuisson, elles laissent écouler sur chaque surface de coupe un abondant jus séreux ; elles résistent dès lors fort mal à la désorganisation putride, sans parler de leur indigestibilité et de leur peu de saveur. »

Un aperçu sommaire des procédés encore plus récents nous démontre de faibles progrès vers la solution.

Parmi les nombreuses communications faites à l'Académie des sciences de Paris, nous voyons M. Bert recommander l'emploi d'oxygène comprimé ; M. le dr Lebon préconise l'enrobage dans les glycéro-borates ; d'autres utilisent simplement le borax en forme de saumure. En Angleterre, on a tenté l'injection intrajugulaire d'une solution d'acide borique sur l'animal vivant. Kolbe, en Allemagne, obtient des résultats relatifs par une atmosphère d'acide carbonique mélangée ou non d'oxyde de carbone.

La critique de ces moyens nous conduirait trop loin ; il suffit de constater qu'ils n'ont pas pénétré dans le domaine pratique.

En présence de résultats aussi incomplets, et après avoir expérimenté personnellement pour contrôler sûrement leur valeur, nous nous sommes attaché à trouver le moyen de préserver de la putréfaction les tissus animaux, muscles, os ou graisses, de maintenir leur état naturel de fraîcheur, sans y incorporer aucune substance étrangère ; il faut avant tout respecter les exigences de l'hygiène la plus sévère, en évitant les répugnances et la défiance facile des consommateurs à l'égard des procédés chimiques.

Dans cette étude nous ferons abstraction des tissus glandulaires et du cerveau, qui renferment en eux, sous forme de ferments physiologiques divers, des éléments de dissociation spontanée, et dont les propriétés nutritives sont peu développées. En effet, il a été démontré qu'un foie frais, plongé dans une solution concentrée d'acide chromique, entre néanmoins en pleine désorganisation dans ses portions centrales. On s'en est fait une arme contre la doctrine de Pasteur, abusivement selon nous.

Il est indiscutable, sans vouloir approfondir maintenant la question complète des fermentations, que souvent, sinon toujours, la décomposition procède de la superficie vers la profondeur. Les preuves en abondent, il serait superflu de nous y arrêter.

La voie à suivre pour résoudre notre problème, c'est-à-dire empêcher simplement la décomposition, paraît ainsi toute indiquée : c'est d'isoler la viande dans une atmosphère aseptique.

Déjà au siècle dernier, le chimiste Hildebrandt avait obtenu des résultats irréguliers par l'emploi de différents gaz ; ces essais, faciles à renouveler, ont été depuis lors l'objet de nouvelles tentatives infructueuses ; il nous fallait

trouver la raison de ces insuccès, en répétant les expériences avec méthode, pour définir exactement les lois complètes de la fermentation.

Voici, sommairement condensés dans l'ordre analytique, les essais comparatifs auxquels nous avons demandé la solution et les conclusions qui termineront ce mémoire.

Dans une première série, nous nous sommes attaché à conserver d'épais fragments de viande fraîche dans des flacons de verre où nous l'entourons d'un air atmosphérique simplement dépouillé de germes, en le faisant circuler dans des tubes chauffés au rouge et en le filtrant, pour supprimer ainsi, selon la théorie de Schwann et de Pasteur, la cause unique de la putréfaction.

Malgré toutes les précautions opératoires, nous échouâmes fréquemment, soit que la chair se couvrit de moisissures ou de granulations grisâtres, véritables agglomérations bactériennes, soit qu'il s'y développât seulement des gaz nido-reux sans végétations organiques. Ces faits se produisirent encore, même en employant, comme atmosphère préservatrice, des gaz chimiquement préparés, l'hydrogène, l'azote, les oxydes du carbone, etc. (il est à noter cependant que l'altération est toujours retardée, et lente dans son évolution). Il est évident qu'il fallait attribuer ce développement de mucédinées et de microphytes à une contamination préalable des surfaces de la viande ou du récipient par des zoospores atmosphériques qui, dans les conditions spéciales où nous les avons placés, peuvent encore se développer, mais beaucoup plus difficilement que dans les circonstances ordinaires de la putréfaction.

Nous avons donc institué une seconde série d'expériences, en tous points analogues aux précédentes, mais en ayant

soin d'anéantir la vitalité des semences organiques préexistant sur les surfaces, au moyen de diverses solutions antiseptiques; nous avons ainsi réussi à détruire toute trace de germination extérieure sur la matière en observation, quel que fût le temps pendant lequel nous la conservions. Toutefois, malgré l'aspect satisfaisant de ces conserves, elles se sont trouvées, après quelques mois, entourées d'une atmosphère fétide très appréciable à l'ouverture du flacon.

Comme nous avons employé de l'air purifié, nous avons pensé que la cause de ce phénomène résidait dans une oxydation chimique, dont la première phase a reçu des physiologistes le nom de respiration musculaire, démontrée expérimentalement par Liebig et Paul Bert. L'éminent chimiste allemand, généralisant ce fait, eut le tort de nier l'influence zymotique dans toute espèce de fermentation.

Il est admissible, dans le fait qui nous occupe, que l'oxygène libre s'est emparé du carbone de la molécule albuminoïde, mettant en liberté un certain nombre d'atomes, et ceux-ci se combinant de façons variables pour produire de l'hydrogène sulfuré ou phosphoré et des substances ammoniacales. Ce n'est là du reste qu'une désorganisation très limitée, qui ne paraît pas devoir aboutir à la destruction putride, car la viande n'avait rien perdu de son aspect normal. Il fallait néanmoins nous assurer, de façon certaine, que l'oxydation chimique était seule en cause, et non les ferments intra-cellulaires comme le soutient Béchamp, ou des germes parasitaires accidentellement présents dans les tissus. Or, une étude microscopique attentive ne nous a montré aucun organisme cellulaire en voie d'évolution.

Quant aux ferments non figurés, leur présence en dehors des tissus glandulaires est réduite à de si minimes

proportions, que leur action nous paraît négligeable.

Il nous a donc paru rationnel de supprimer définitivement l'oxygène dans les tentatives ultérieures, combinant ainsi, en dernière analyse, la désinfection des surfaces avec l'emploi d'une atmosphère isolante aseptique et désoxygénée. Cette fois, le succès répond pleinement à notre attente : nos expériences de laboratoire, reproduites en grand sur de volumineuses pièces de viande, nous ont permis de consommer, à plusieurs reprises, la chair d'animaux abattus depuis cinq semaines, sans que rien dans l'aspect ni le goût pût la faire distinguer de produits frais. Ce délai de un mois pourrait certainement être dépassé, mais il suffit, quant à présent, à la démonstration de cette thèse : la possibilité d'empêcher toute altération des viandes pendant le temps nécessaire à leur transport.

Afin de réaliser des conditions irréprochables d'expérimentation, nous avons constamment laissé nos flacons dans une température moyenne de 18°, très favorable aux processus fermentatifs.

Ce serait le lieu peut-être de toucher aux théories tant discutées de la microbiose, aux intéressants problèmes de la génération spontanée, du panspermisme atmosphérique de Pasteur, des microzymas de Béchamp et de la doctrine chimique de Liebig, pour ne citer que les principales : une telle discussion, où l'on trouve les meilleurs arguments de part et d'autre, exigerait un temps et un travail en dehors des limites de ce court aperçu.

Si nous osons porter un jugement basé sur nos quelques recherches, nous pensons que les spores extérieures jouent certainement le rôle essentiel dans les phénomènes de décomposition rapide, avec libre accès de l'oxygène et des



germes de l'air; c'est la putréfaction ordinaire, variable selon l'objet et les mille circonstances de lieux et dont la marche est si rapide, qu'elle masque les quelques réactions dépendantes de l'oxygène; celles-ci ne deviennent appréciables qu'en se mettant à l'abri des premières et se manifestent lentement.

L'ouvrage de Tyndall sur les microbes, le plus complet en cette matière, semble confirmer l'idée d'une influence nocive de l'oxygène, bien que ce savant ait opéré exclusivement sur des infusions organiques.

D'un autre côté, en consultant les travaux du dr Grossmann sur la vitalité des bactéries, et ceux d'Otto Nasse sur le ferment inversif et la ptyaline, sous l'influence de divers courants gazeux, nous avons trouvé qu'en effet ceux-ci n'empêchent pas, mais peuvent même, suivant leur nature, favoriser les actions microbiotiques ou fermentatives; ce qui explique l'insuccès de nos premières expériences par le développement des microzoaires.

Ces consciencieuses recherches sont confirmatives de nos conclusions; résumons-les dans trois lois essentielles à la conservation parfaite des viandes, lois réalisées par l'introduction, dans l'espace clos où se trouve la matière en expérience, d'une atmosphère aseptique, désoxygénée, après désinfection préalable des surfaces. La combinaison de ces trois opérations est d'une application fort simple, dans la méthode adoptée dans mes expériences, qui consiste à enfermer la viande dans une boîte en fer blanc, à remplir celle-ci d'une solution aqueuse de 8 p.c. de sulfite de soude, destinée à chasser l'air du récipient et à désinfecter ses parois et la surface de la viande. D'autre part, au moyen d'une poire à insufflation, je fais circuler de l'air

atmosphérique à travers une série de tubes de verre infusible, remplis de charbon de bois et chauffés sur un fourneau; dans le dernier tube, je mélange un peu de soufre au charbon, pour assurer la désoxygénation parfaite de l'air.

Le passage de l'oxygène sur ces corps réducteurs produit une température élevée, qui détruit sûrement tous germes: l'azote passe inaltéré, mêlé aux produits gazeux ou volatils de cette combustion; il est amené jusque dans la boîte, où il remplace le liquide antiseptique entièrement évacué et protège sûrement la viande de toute corruption pour un temps indéterminé.

Désireux de soumettre nos expériences particulières au contrôle et à la sanction des autorités les plus compétentes, nous avons sollicité et obtenu l'honneur de produire la démonstration pratique du procédé et de ses résultats, au laboratoire de chimie de l'École de médecine vétérinaire, en présence de M. l'avocat Van Schelle, qui se préoccupe depuis longtemps de cette question, ainsi que de MM. Thiernesse, directeur de cette école et secrétaire de l'Académie; Degive, professeur à ladite école et membre de l'Académie, Courtoy, professeur, Reul et Mosselmann, répétiteurs au même établissement, et Limbourg, médecin vétérinaire, inspecteur des Halles, à Bruxelles.

Devant ces honorables témoins, dont la bienveillante impartialité a droit à toute notre gratitude, nous plaçâmes, dans cinq grandes boîtes, de volumineux morceaux de viande fraîche de bœuf, de veau, de mouton et de porc, pris au marché des Halles, à Bruxelles, sous le contrôle de M. l'inspecteur Limbourg.

Ces boîtes furent gardées à l'École vétérinaire dans diffé-

rents locaux de température variable; trente-deux jours après l'abatage, le 21 février 1883, les boîtes furent ouvertes, et la viande soumise à l'inspection minutieuse des personnes prémentionnées. Pour vérifier l'état de la moelle, les os sont sciés; les muscles, la graisse, les tissus cellulaire et cartilagineux incisés dans toutes les directions, et l'état de fraîcheur des cinq pièces fut jugé tel, que, d'un avis unanime, la viande n'avait rien perdu de son aspect, ni de ses qualités organoleptiques; fait dont les témoins de l'expérience — M. l'avocat Van Schelle, MM. Thiernesse, Degive, Courtoy, Limbourg, Reul et Mosselmann ont acquis ensuite la preuve la plus démonstrative par la consommation de tranches de chacune des viandes qui furent préparées aussitôt à la cuisine de l'École vétérinaire. Il ne parut pas douteux qu'elles se fussent conservées en boîte beaucoup plus longtemps; après huit jours d'exposition à l'air, elles avaient encore leur aspect de fraîcheur et toute leur valeur comestible.

Nous croyons, messieurs, vous avoir ainsi démontré l'utilité et la possibilité d'employer les ressources alimentaires, perdues dans le Nouveau-Monde, pour le profit et le bien-être de la classe ouvrière et de nos populations en général.

Ce progrès est de quelque importance, croyons-nous, dans une question humanitaire. Nous espérons n'avoir pas abusé des instants précieux de l'Académie de médecine, dont le souci constant est de veiller à la santé publique.

---

**2. DE L'EXCISION** <sup>(1)</sup> **du goître parenchymateux; par M. le docteur PAUL LIEBRECHT,** assistant à l'Université de Liège.

REMARQUES PRÉLIMINAIRES.

L'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde atteint de goître a été considérée jusque dans ces derniers temps, et l'est même encore aujourd'hui, par l'immense majorité des chirurgiens, comme une opération qui n'a pas droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale. Quelques-uns l'admettent, il est vrai, en théorie, comme autorisée *in extremis*, pour sauver le patient d'une mort imminente; mais, pour la plupart, c'est une opération des plus redoutables, dont l'indication ne peut presque jamais se présenter.

Cette crainte, qu'on pourrait presque qualifier de superstitieuse, avait sa raison d'être à une époque où la technique opératoire n'avait pas encore atteint ce degré de perfection qui la caractérise aujourd'hui, et où les patients échappés aux dangers de l'hémorragie étaient menacés des complications ordinaires des grandes opérations : la pyohémie, la septicémie, le phlegmon septique, l'érysipèle, etc. Mais à l'heure qu'il est, ces appréhensions ne sont plus fondées. D'abord, le manuel opératoire et en particulier la technique de l'hémostase se sont tellement perfectionnés, qu'un chirurgien prudent peut opérer presque sans perte de sang, même dans les régions où l'on ne peut pas pratiquer l'anémie locale. Ensuite, grâce au traitement antiseptique des plaies, les relations que nous donnent les

(1) J'ai préféré le terme d'*excision* à celui d'*extirpation*, parce qu'il désigne en un seul mot le cadre dans lequel je me suis renfermé : l'ablation au moyen du bistouri. J'aurais pu dire : *thyroïdectomie*, mais quelques auteurs réservent ce terme à l'ablation totale de la glande thyroïde hypertrophiée.

auteurs de ces redoutables complications des plaies énumérées plus haut, ne nous apparaîtront bientôt plus que comme les reflets d'un passé inconnu ou comme les souvenirs d'un mauvais rêve. Enfin, l'emploi des anesthésiques, d'une part, permet au chirurgien d'opérer avec tout le calme et la prudence nécessaires, et de l'autre, en réduisant le patient à l'immobilité et en régularisant la respiration, supprime ces hémorragies veineuses qui, comme nous le verrons plus loin, constituaient une des complications les plus graves de cette opération.

Au surplus, *facta loquuntur*. Les beaux résultats obtenus dans ces dernières années, notamment par les chirurgiens allemands et suisses, doivent convaincre même les plus timides que la thyroïdectomie n'est pas beaucoup plus grave que l'extirpation de toute autre tumeur profonde du cou. Malheureusement, les travaux de ces chirurgiens ne sont presque pas connus chez nous. Jusque tout récemment, il n'existait en français aucun travail quelque peu complet sur la matière. Michel (de Nancy) s'était borné à analyser les quinze opérations faites jusqu'alors par les chirurgiens français et à résumer six observations de cas opérés en France et aux Etats-Unis. La thèse de Brière s'arrêtait à l'année 1870, et c'est surtout depuis lors que cette opération a fourni les résultats les plus favorables. Ce n'est que dans ces derniers temps que Boursier a publié un excellent travail sur ce sujet. Mais cet auteur s'occupe de toutes les modalités du traitement chirurgical du goître, de sorte que l'extirpation, qui finira probablement par se substituer à tous les autres modes, du moins dans la majorité des cas, n'est pas traitée d'une façon assez approfondie. Du reste, aucun de ces auteurs n'a publié de statistique détaillée.



Tels sont les motifs qui m'ont déterminé à faire ce travail dans lequel je me suis efforcé de donner un tableau aussi complet et en même temps aussi bref que possible de tout ce qui a rapport à cette intéressante opération.

Peut-être trouvera-t-on que j'ai reproduit les observations avec trop de détails. J'ai cru cette façon de procéder préférable : 1° afin que chacun soit à même de se former une opinion personnelle et de contrôler mes assertions et mes déductions ; 2° comme je me suis donné beaucoup de peine pour consulter autant de sources originales que possible, sources dont un grand nombre ne sont pas à la portée de la plupart des lecteurs, j'ai voulu fournir un repertorium où d'autres auteurs, qui voudraient traiter le même sujet ou quelques points seulement, après moi, puissent trouver tous les renseignements nécessaires ; 3° cette statistique devant servir de base à mon travail, je devais y trouver moi-même tous les renseignements nécessaires, attendu qu'il eût été impossible d'avoir constamment et simultanément sous les yeux tous les auteurs où ces observations se trouvaient disséminées et dont bon nombre n'étaient que temporairement à ma disposition.

Pour les mêmes motifs j'ai cru devoir recueillir *toutes* les observations publiées, quelle que fût l'époque à laquelle l'opération avait été faite.

Il me reste à expliquer pourquoi j'ai circonscrit ma tâche à l'histoire du goître *parenchymateux* et spécialement à son extirpation au moyen du bistouri.

En ce qui concerne les autres tumeurs solides du corps thyroïde, tels que carcinomes, sarcomes, enchondromes, ostéomes, etc., elles ne sont justiciables que d'un seul mode de traitement : l'extirpation. Il serait donc superflu d'en

démontrer les avantages ou la nécessité. Quant aux kystes proprement dits du corps thyroïde, ceux que Billroth a désignés sous le nom de *goîtres kystiques primitifs*, on peut, dans la grande majorité des cas, en avoir raison au moyen de l'une des nombreuses méthodes préconisées contre cette forme de goître : les ponctions simples ou suivies d'injections irritantes, le séton, l'incision, l'excision d'une partie de la poche avec fixation des bords du sac à la peau, l'électrolyse, le drainage antiseptique, etc.

Mais il n'en est pas de même des goîtres kysto-parenchymateux, dus au ramollissement du tissu hyperplasié de la glande. Ceux-ci doivent être entièrement assimilés aux goîtres parenchymateux. (V. aux chapitres de l'*Anatomie pathologique* et des *Indications*.)

Quant aux motifs qui m'ont engagé à ne pas parler des autres méthodes de traitement, je les exposerai en parlant des *Indications* de l'extirpation.

#### STATISTIQUE.

Je crois devoir expliquer la différence qui existe entre les chiffres cités par M. De Roubaix dans le rapport qu'il a présenté à l'Académie et ceux de mon travail. Après l'envoi de ce dernier à la savante Assemblée, je suis encore parvenu à réunir de nouveaux matériaux et à compléter mes renseignements sur quelques points importants : j'ai été à même de consulter beaucoup de sources d'un accès très difficile. Le Bureau de l'Académie a bien voulu m'autoriser à incorporer ces nouveaux faits à mon mémoire. Quant au fond du travail lui-même, rien n'y a été changé.

Un autre changement que j'ai fait, à la demande du Bureau de l'Académie, c'est de remplacer les *tableaux* de sta-

tistique par la forme littéraire ordinaire, tout en conservant cependant le même ordre de rédaction. Chaque observation contient donc, dans la mesure du possible : 1° le numéro d'ordre ; 2° le sexe et l'âge du patient ; 3° la date de l'opération ; 4° la description du goître ; 5° les accidents auxquels il donnait lieu et les indications de l'opération ; 6° la description et les principales particularités de l'opération ; 7° la marche ultérieure et les suites de l'opération ; 8° le résultat définitif ; 9° une colonne d'observations pour les renseignements qui n'avaient pu trouver place dans les autres rubriques ; 10° le nom de l'opérateur et la source bibliographique.

**A. Opérateurs allemands, autrichiens et suisses.**

OBS. I. — Femme de 26 ans, opérée en 1877 ; goître du volume de deux poings, trachée refoulée à droite. — Dyspnée et dysphagie considérables. — Extirpation totale. Incision à lambeau convexe en bas ; prolongements de la tumeur entre et derrière la trachée et l'œsophage. Hémorragie peu considérable, section des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens droits. — Durée deux heures ; Lister. — Après l'opération, parésie de la corde vocale droite, guérie au moyen de l'électricité ; la trachée avait repris sa place et sa forme normales. — Guérison au bout de quatre semaines. (*Albert a*, d'Insbruck.)

OBS. II. — Femme de 33 ans, opérée en 1879 ; goître du lobe droit, du volume d'une orange ; forme bosselée. — Dyspnée. — Extirpation totale. Incision le long du sterno-cleïdomastoïdien ; pas d'hémorragie. Suture de toute la plaie. — Durée deux heures ; Lister. — Le deuxième jour, rétention de liquide séreux évacué au moyen d'une sonde

cannelée; réunion par première intention. (*Albert b.*)

OBS. III. — Femme de 18 ans, opérée en 1879; goître trilobé, mobile, du volume de deux poings. — Extirpation totale; chloroforme; Lister, brouillard antiseptique. Incision en V; section des sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens; déchirure de l'une des tumeurs, hémorragie assez considérable; section des vaisseaux entre deux ligatures. — Durée une heure et demie; Lister. — Après l'opération, manie aiguë; suintement continu de sang. — Le lendemain, pendant qu'on la soutenait pour lui donner à boire, pâleur et mort subite. — La patiente avait fait autrefois une tentative de suicide. Pas d'autopsie. (Il est probable qu'il s'agit ici d'une asphyxie foudroyante due à un ramollissement de la trachée. Dr P. L.) (*Albert c.*)

OBS. IV. — Femme de 37 ans; 30 novembre 1879; goître parenchymateux ramolli dont le début remonte à plusieurs années; gros comme un poing, très élastique, globuleux; circonférence du cou 0,47; la tumeur siège à droite. — Suppuration fétide, phlegmon, fièvre hectique, grand affaiblissement. — Extirpation totale. Incision à lambeau quadrangulaire à base supérieure; très peu d'hémorragie; badigeonnage de la plaie au chlorure de zinc (12 %); Lister. — Suites d'abord bonnes; le 6 décembre, frisson; le 7, pneumonie à gauche. — Morte le 13. — Autopsie: à gauche, pleuropneumonie croupale et foyer métastatique; à droite œdème aigu. — La suppuration du goître s'était produite à la suite d'injections de teinture d'iode dans la portion ramollie. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. V. — Fille de 15 ans, opérée au mois de mars 1880; goître composé de plusieurs tumeurs, s'étendant depuis le larynx jusqu'au sternum. — Cyanose de la face, respiration

très bruyante, grande dyspnée au moindre effort, voix chevrotante. — Extirpation totale. Incision en V; section des chefs sternaux des sterno-cléido-mastoïdiens et des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens. Les tractions sur la tumeur déterminent de violents accès de suffocation; trachée fort ramollie; la tumeur plonge derrière le sternum; veines énormément dilatées pendant les accès, hémorragie veineuse assez forte. Isolement de la tumeur avec le doigt; suture des muscles. — Badigeonnage au chlorure de zinc (12 %); Lister. — Le 4<sup>e</sup> jour, pneumonie à gauche; le 9<sup>e</sup>, même affection à droite; le 16<sup>e</sup> jour, résolution. La cicatrisation progresse très bien. Le 25<sup>e</sup> jour, œdème de la jambe gauche. — Sort guérie fin mai. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. VI. — Homme de 29 ans; 9 mars 1880; début à 15 ans; la tumeur siège surtout à gauche et pénètre profondément entre les organes du cou; du volume d'un poing, dure. — Extirpation totale. Lambeau quadrangulaire à base supérieure; section des sterno-cléido-mastoïdiens, des sterno-hyoïdiens et des sterno-thyroïdiens; énucléation assez facile; badigeonnage au chlorure de zinc (12 %); Lister. — Le 4<sup>e</sup> jour, écoulement fétide; suppression du Lister, irrigations au permanganate de potasse, sphacèle du tissu conjonctif. Le 10<sup>e</sup> jour, frisson, pneumonie à droite, décubitus au niveau des apophyses épineuses, érysipèle qui disparaît le 22<sup>e</sup> jour. — Guérison. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. VII. — Femme de 32 ans; depuis 13 ans; goître kysto-parenchymateux, du volume d'un poing, couvert de nodosités très dures. — Pas de troubles. — Extirpation totale; narcose, spray; longue incision médiane, veines très dilatées, vaisseaux coupés entre deux pinces, puis liés;



union intime avec la trachée; un prolongement pénètre derrière la trachée : ligature en masse, puis énucléation ; badigeonnage au chlorure de zinc. Lister, drainage, sutures. — Guérison par seconde intention, sans incident. Exeat au bout de huit semaines. — Antérieurement : ponction et injection au liquide de Lugol, suivie de la diminution de la tumeur; une seconde injection resta sans effet. (ALBERT, *Albert d.*)

Obs. VIII. — Femme de 33 ans; à droite, goître colloïde, du volume d'une pomme. — Extirpation partielle. Incision longitudinale; double ligature des vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs; presque pas d'hémorragie; dissection du nerf récurrent droit. — Iodoforme, drainage, sutures. — Pas de réaction locale, ni générale; suppuration à la partie inférieure; cicatrisation au bout de trois mois. (ALBERT, *ibid.*)

Obs. IX. — Femme de 24 ans; goître médian, plongeant un peu derrière le sternum; voix rauque. — Extirpation partielle. Longue incision médiane; ligature des vaisseaux thyroïdiens droits, pas d'hémorragie; iodoforme, sutures; pansement avec des bandes de mousseline apprêtée, embrassant la tête. — Réunion par première intention le 5<sup>e</sup> jour; puis fièvre attribuée à un catarrhe des bronches. Le 6<sup>e</sup> jour, rétention de liquide : contre-ouverture. Le 10<sup>e</sup> jour, tétanie pendant 20 jours, puis décroissance. Le 29<sup>e</sup> jour, pleurésie à gauche, coma, mort le 30<sup>e</sup> jour. — Après l'opération, la voix était devenue plus rauque. — Autopsie : œdème de la pie-mère et des poumons, épanchement pleural à gauche; nerf récurrent droit coupé, plaie en suppuration. (ALBERT, *ibid.*)

Obs. X. — Fille de 15 ans; début à 12 ans; tumeur du

lobe droit, du volume d'un poing d'enfant, plonge un peu derrière le sternum; grande dyspnée après des efforts, bruit de sténose. — Extirpation partielle; incision longitudinale à droite de la ligne médiane; vomissements; hémorragie modérée; ligatures de soie; deux drains, sutures. — Voix très rauque pendant les premiers jours; sécrétion trachéale abondante, épaisse. Le 3<sup>e</sup> jour, frisson, fièvre intense (40°), état général bon; le lendemain et jours suivants, plus de fièvre, suppuration modérée; herpès labial. Exeat la 4<sup>e</sup> semaine, plaie en voie de cicatrisation. — Traitement antérieur : iode intus et extra, sans succès. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. XI.—Femme de 34 ans; début, il y a plusieurs années; goître médian, très dur, gros comme un poing; dyspnée. — Narcose. Incision en L; ligatures médiates et immédiates; une petite nodosité est laissée dans le fond de la plaie; celle-ci est bourrée de gaze phéniquée humide, qui sert aussi au pansement; après trois heures, sutures et drainage. — Pendant les premiers jours, réaction générale, suppuration abondante. Exeat; guérie le 34<sup>e</sup> jour. — Antérieurement, injections parenchymateuses de teinture d'iode, sans résultat. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. XII. — Femme de 39 ans; depuis 32 ans; goître de la face antérieure du cou, s'étendant à droite, volume d'une pomme; continue à augmenter de volume. — Extirpation partielle; narcose; incision médiane, ligature des vaisseaux thyroïdiens, isolement du récurrent droit; section de l'isthme et des adhérences trachéales avec le thermo-cautère; drainage, sutures. — Pas de réaction; réunion par seconde intention. Guérison. (ALBERT, de Vienne, *ibid.*)

OBS. XIII. — Femme de 38 ans ; début, il y a un grand nombre d'années ; goître de la face antérieure du cou, gros comme un poing, lisse, mobile, un peu élastique, trachée refoulée à gauche. — Forte dyspnée, accroissement rapide. — Extirpation partielle. Longue incision médiane ; énucléation facile, ligature des vaisseaux thyroïdiens à droite ; isolement du récurrent. Iodoforme, sutures, Lister. — Le 5<sup>e</sup> jour, rétention de liquide mêlé d'iodoforme. Le 10<sup>e</sup> jour, érysipèle pendant quelques jours. — Guérison au bout de 7 semaines. — A présenté tous les soirs, depuis le jour de l'opération, des températures élevées ; état général restant bon ; il y avait de l'affaissement, de l'abattement et de la pâleur pendant les premiers temps après l'opération (Intoxication iodoformique ? Dr P. L.) (ALBERT, *ibid.*)

OBS. XIV. — Femme de 20 ans, opérée en 1880 ; goître volumineux. — Après l'opération, perte de la voix, respiration accélérée, agitation ; trachéotomie sans résultat ; manie aiguë (pas d'iodoforme), plaie presque guérie, lorsque la mort survint quatre semaines après l'opération. Rien à l'autopsie. (ANONYME, *Riedel*, p. 612.)

OBS. XV. — Femme de 46 ans, opérée en 1881 ; le goître déterminait une forte dyspnée. — Lister et iodoforme. Vomissements, pouls à 164, plaie aseptique. Le 5<sup>e</sup> jour, pouls très accéléré, petit, dyspnée, agitation, propos incohérents, grimaces. Symptômes d'œdème pulmonaire ; mort le 6<sup>e</sup> jour. — Autopsie : Foyers circonscrits de pneumonie récente, dégénérescence graisseuse du cœur. Plaie réunie, partout aseptique. — La mort fut attribuée à une intoxication par l'iodoforme. (ANONYME, *Koenig*.)

OBS. XVI. — Fille de 10 ans, opérée en 1896. — Goître du lobe droit, adhère intimement à la trachée, à peu près

du volume d'un œuf d'oie; dyspnée, voix altérée; désir des parents à cause de la difformité. — Extirpation partielle; hémorragie foudroyante; mort immédiate. (ANONYME, de Genève, *Fabrice de Hilden*.)

OBS. XVII. — Homme de 30 ans; 18 novembre 1878; depuis 10 ans; goître occupant toute la glande, surtout à droite. Dimensions: sens vertical, 0,10; transversal, 0,11; lobulé, mou, pulsatile, mobile, suit les mouvements du larynx. — Désir du patient. — Extirpation totale. Chloroforme. Incision parallèle au bord du sterno-cléido-mastoïdien droit; section de la jugulaire externe entre deux ligatures, de même que de tous les autres vaisseaux un peu importants, ligatures de catgut ou de soie phéniquée; dénudation de la carotide droite et de la trachée; hémorragie: environ 150 grammes; sutures de soie, drains, Lister. — Les premiers jours, soif, douleurs, dysphagie, jusqu'au 5<sup>e</sup> jour; puis pneumonie à droite, paralysie de la corde vocale droite de cause inconnue; intoxication phéniquée, emploi du thymol, puis pommade à l'acide borique; cicatrisation terminée en janvier. — Bardeleben attribua la paralysie de la corde vocale à l'imbibition du pneumogastrique avec de l'acide phénique. Cependant, il est dit expressément, que ni ce nerf, ni ses branches ne furent mis à nu. — Le lobe droit seul était hyperplasié, le lobe gauche était sain. C'était un goître kysto-parenchymateux hémorragique. — Au mois d'avril, la voix était redevenue presque normale. (BARDELEBEN, in *Deutsche Klin.* p. 23.)

OBS. XVIII. — Homme de 36 ans, opéré en 1879. — Paralysie de la corde vocale. — Il survient une pneumonie dans le cours du traitement consécutif. Le patient guérit.

La paralysie persiste après l'opération. (BARDELEBEN, rapporté par *Kœhler*.)

OBS. XIX. — Femme de 22 ans; début à 16 ans; la tumeur s'étend depuis l'oreille droite jusqu'au devant du sternum; dyspnée intense, surtout la nuit. — Extirpation totale; la tumeur envoie plusieurs prolongements entre les organes du cou; énucléation difficile; adhérences solides avec la trachée. Durée, 4 heures. Environ 30 ligatures de soie phéniquée coupées à ras. — Plus de fièvre à partir du 15<sup>e</sup> jour. Guérison par première intention, sauf le trajet laissé par le drain, par lequel les ligatures furent expulsées successivement pendant trois mois. — Antérieurement, onctions iodées. Poids de la tumeur 394 grammes; le lobe droit renfermait un kyste à contenu gélatineux, sanguinolent; le reste est du tissu fibreux avec un noyau de ramollissement. (BAUMGAERTNER, de Baden-Baden, *Baumgaertner*.)

OBS. XX. — Femme de 32 ans; début à 23 ans; lobe droit. — Extirpation totale; 10 ligatures de soie phéniquée coupées à ras; durée, 2 heures. — Apyrexie à partir du 6<sup>e</sup> jour; réunion par première intention, sauf au point de drainage, qui fut cicatrisé au bout de quatre semaines. Au bout de huit semaines, plusieurs ligatures furent expulsées; cicatrisation terminée cinq semaines après, (total 13 semaines). — Traitement antérieur: injections iodées. — Poids de la tumeur, 135 grammes; c'était un goître hypertrophique. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXI. — Homme de 30 ans; début à 24 ans; goître plongeant, vaisseaux très dilatés. — Grande dyspnée. — Extirpation totale; 9 ligatures de soie phéniquée, ramenées au dehors. Durée une heure et demie. — Chute des ligatures du 8<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour; cicatrisation terminée le 20<sup>e</sup> jour.



— Poids 160 grammes. Le lobe droit plongeait 0,05 derrière le sternum, où il atteignait une largeur de 0,065. — Goître hyperplasique folliculaire; dans l'isthme, il y avait des noyaux calcaires; le lobe gauche était fibreux. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXII. — Femme de 22 ans; goître solide, depuis 6 ans, trachée complètement embrassée par le goître. — Extirpation totale; adhérences tout autour de la trachée; plusieurs accès de suffocation, cessant lorsqu'on remettait la tumeur en place; 10 ligatures de soie ramenées au dehors; durée une heure et trois quarts. — La fièvre cesse le 18<sup>e</sup> jour; ligatures retirées du 8<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> jour; cicatrisation complète le 21<sup>e</sup> jour. — Traitement antérieur: pommades iodées; poids de la tumeur, 210 grammes. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXIII. — Femme de 44 ans; depuis l'enfance; la tumeur proémine de deux pouces au delà de la ligne de profil. — Extirpation totale; adhérences solides avec les aponévroses; 7 ligatures de catgut; durée trois quarts d'heure. — Réunion par première intention. Le 7<sup>e</sup> jour fièvre, gonflement considérable, douleurs; abcès ouvert le 19<sup>e</sup> jour; cicatrisation terminée le 28<sup>e</sup>. — Traitement antérieur: injections iodées; poids 475 grammes; tumeur formée par un kyste colloïde et contenant des noyaux calcifiés; le reste était du tissu fibreux. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXIV. — Femme de 45 ans; goître volumineux embrassant tout le cou; dyspnée intense. — Extirpation totale; 9 ligatures de soie fixées à l'extérieur; durée, une heure et trois quarts. — Ligatures retirées du 8<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour; guérison au bout de cinq semaines. — Poids, 701 grammes; lobe droit atteint d'hyperplasie folliculaire molle, (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXV. — Garçon de 13 ans; début à 11 ans; goître mobile du lobe droit, aspiré dans la cavité thoracique lorsque le patient saute, alors accès de dyspnée subite. — Dyspnée. — Extirpation totale; 3 ligatures; durée trois quarts d'heure. — Fièvre pendant deux jours; ligatures retirées le 8<sup>e</sup> jour; guérison en 15 jours. — Poids 80 grammes; goître folliculaire avec quelques petits kystes. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXVI. — Femme de 56 ans; début à 44 ans; tumeur mobile, peu saillante, la plus grande partie cachée derrière le sternum. — Violents accès de dyspnée le matin. — Extirpation totale. L'isolement de la portion sous-sternale est très difficile; 9 ligatures de soie ramenées au dehors; durée cinq quarts d'heure. — Réunion par première intention, le point de drainage est cicatrisé au bout de trois semaines; marche apyrétique; cinq ligatures retirées du 8<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour, les quatre autres le 19<sup>e</sup>. — Poids 280 grammes; goître hyperplasique; la partie saillante est formée par l'isthme; une tumeur arrondie reliée au lobe gauche plongeait de 0,07 dans la cavité thoracique. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

(Toutes ces opérations ont été faites suivant la méthode antiseptique. L'incision a été faite sur la ligne médiane, ce qui a toujours été suffisant; les veines superficielles ont été coupées entre deux ligatures, les artères et les veines, venant de la tumeur, entre deux pinces de Hegar; à la fin de l'opération, ligature du bout central, il donnait encore; puis suture de la plaie et drains de petit calibre. Les ligatures ont été ramenées au dehors par l'angle inférieur de la plaie. Pansement : silk, gaze bouillie dans de l'acétate d'aluminium (liquide de Burow), ouate salicylatée et bandage enveloppant le cou et la poitrine. Jamais de trachéotomie).

OBS. XXVII. — Homme de 25 ans, opéré le 25 septembre 1860; goître hypertrophique ramolli du volume d'un œuf de poule, fluctuant, situé sur la ligne médiane. — Forte dyspnée, thyroïdite, fistule. — Extirpation partielle, ablation du lobe médian. — Guérison. — Une ponction faite le 9 juillet 1860 avait donné un liquide brun et du sang, et fut suivie d'une forte inflammation; il resta une fistule. Plus tard nouvelle thyroïdite. (BILLROTH, de Zurich, — *Billroth a*), p. 169.)

OBS. XXVIII. — Femme de 37 ans; 4 octobre 1864; goître mou, fluctuant, du volume d'une pomme, plonge derrière le sternum. — Grande dyspnée, catarrhe de la trachée, accès de suffocation, fièvre septique, délire. — Morte de septicémie le 5 octobre. — Le 1<sup>er</sup> octobre, Billroth avait pratiqué la dilacération sous-cutanée : thyroïdite intense, septicémie. (BILLROTH, *ibid.*, p. 174.)

OBS. XXIX. — Fille de 10 ans; tumeur médiane du volume d'une grosse aveline, pas de dyspnée. — Extirpation partielle. Guérison. (BILLROTH, *ibid.*, p. 175.)

OBS. XXX. — Fille de 15 ans; goître médian du volume d'une grosse noix; dyspnée modérée à la suite d'efforts, de la course, de pression sur la tumeur, etc. Extirpation partielle. Guérison. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XXXI. — Femme de 20 ans; tumeur médiane du volume d'une noix; pas de dyspnée; extirpation partielle. Guérison. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XXXII. — Femme de 25 ans; tumeur médiane, presque pédiculée, à peu près du volume d'un poing d'homme; pas de dyspnée. Extirpation partielle; guérison. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XXXIII. — Femme de 25 ans; tumeur médiane,

très mobile, du volume d'une pomme; pas de dyspnée. Extirpation partielle. Guérison. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XXXIV. — Femme de 26 ans; tumeur médiane très mobile, presque aussi grosse qu'un poing; dyspnée modérée. Extirpation partielle. Guérison. Traitée plusieurs années auparavant par l'incision, sans résultat. (BILLROTH, *ib.*)

OBS. XXXV. — Femme de 38 ans; tumeur médiane, pendante, presque pédiculée, à peu près du volume d'une tête d'enfant. Extirpation partielle. Guérison. Dix ans auparavant: séton, diminution de la tumeur, puis nouvel accroissement. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XXXVI. — Femme de 26 ans; goître médian gros comme une noix. Extirpation partielle. Guérison. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XXXVII. — Femme de 34 ans; tumeur du lobe droit, peu proéminente, du volume d'un œuf de poule; forte dyspnée. — Extirpation partielle. Guérison. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XXXVIII. — Garçon de 17 ans; goître profond, sous-sternal, à peine perceptible en dehors, du volume d'un œuf de poule. — Dyspnée colossale, accès d'asphyxie. Extirpation partielle. — Médiastinite, pleurésie, septicémie. Mort au bout de cinq jours. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XXXIX. — Homme de 21 ans; à gauche, tumeur profonde, à peine visible, plus grosse qu'un œuf de poule; grande dyspnée. Extirpation partielle; pyohémie. — Mort au bout de sept jours. (BILLROTH, *ibid.*, p. 176.)

OBS. XL. — Homme de 23 ans; tumeur à peine perceptible à l'extérieur; forte compression latérale de la trachée qui est refoulée à gauche et réduite à une fente. — Grande dyspnée, accès de suffocation. — Extirpation partielle, tumeur

du volume d'un œuf de poule ; soulagement. — Le lendemain, dyspnée intense, râle trachéal, trachéotomie ; le 7<sup>e</sup> jour, collapsus rapide et mort subite. — Autopsie : bronchite capillaire intense. (BILLROTH, *ibid.*)

OBS. XLI. — Homme de 25 ans. A droite, tumeur profonde, peu visible, du volume d'un œuf de poule ; forte dyspnée, emphysème. Extirpation partielle. Septicémie. Mort deux jours après l'opération. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XLII. — Homme de 29 ans ; tumeur médiane, rétro-sternale, du volume d'une pomme. — Dyspnée formidable pendant la nuit, accès d'asphyxie, insomnie, angoisse. — Extirpation partielle. Au moment du réveil, hémorragie récurrente profondément derrière le sternum ; tamponnement avec du perchlorure de fer. — Dyspnée due au tampon ; on l'enlève le lendemain : nouvelle hémorragie ; perchlorure de fer, nécrose de la trachée, médiastinite, septicémie. Mort le 4<sup>e</sup> jour. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XLIII. — Femme de 22 ans ; à droite, tumeur profonde, comme un œuf de poule. Extirpation partielle. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XLIV. — Jeune homme de 17 ans. Toute la moitié droite du corps thyroïde est remplie de nodosités ; dyspnée intense. Extirpation du lobe droit, qui plonge profondément derrière le sternum. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XLV. — Femme de 29 ans. Toute la glande est remplie de nodosités ; trachée fortement comprimée ; dyspnée colossale. Extirpation totale. — Impossibilité d'avaler après l'opération, collapsus. Mort au bout de 48 heures. Autopsie : le nerf récurrent est compris dans la ligature de la thyroïdienne inférieure. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XLVI. — Femme de 24 ans ; tumeur médiane du



volume d'une grosse pomme. Extirpation partielle. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

(Toutes ces opérations furent faites pendant les années 1860 à 1867.)

OBS. XLVII. — Jeune homme de 16 ans; 8 juillet 1868; goître situé dans le lobe gauche; dyspnée. — Mort de méningite. (BILLROTH, de Vienne, *Billroth B*<sup>1</sup>, p. 58.)

OBS. XLVIII. — Homme de 39 ans. — Extirpation partielle; fortes adhérences; hémorragie colossale; l'opération ne peut pas être terminée. — Mort d'épuisement le lendemain. La tumeur était en voie de dégénérescence carcinomateuse. (LE MÊME, *Billroth*, p. 185.)

OBS. XLIX. — Femme de 22 ans. — Extirpation partielle. — Morte de pyohémie. (LE MÊME, *ibid.*, p. 186.)

OBS. L. — Femme de 62 ans. — Extirpation partielle. — Morte de septicémie. (*Id.*, *ibid.*)

OBS. LI. — Fille de 14 ans. — Goître volumineux, multilobé, à droite, plonge profondément derrière le sternum. — Extirpation partielle faite en deux fois. — Paralysie de la corde vocale droite. On suppose que le nerf récurrent droit a été compris dans la ligature de la thyroïdienne inférieure. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LII. — Jeune homme de 14 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*, p. 185.)

OBS. LIII. — Jeune homme de 14 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LIV. — Jeune homme de 17 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LV. — Homme de 24 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LVI. — Homme de 40 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LVII. — Fille de 19 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LVIII. — Femme de 29 ans. — Extirpation partielle. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LIX. — Homme de 54 ans, opéré le 11 novembre 1874. — Tumeur médiane, mobile, du volume d'un œuf de poule. Opération préliminaire à une laryngectomie. — Extirpation totale, opération facile. — Mort le 4<sup>e</sup> jour des suites de l'extirpation du larynx. (LE MÊME, *ibid.*, 186-187.)

OBS. LX. — Femme de 28 ans; 18 juin 1877; goître du lobe droit existant probablement depuis la naissance, du volume d'une petite tête d'enfant; à gauche, tumeur grosse comme un œuf de poule; circonférence du cou, 0,45. — Dyspnée et palpitations après des efforts. — Extirpation partielle. Lister, Spray. Incision parallèle au bord du sterno-cléido-mastoïdien; vaisseaux saisis entre des ligatures en masse de catgut ou entre des pinces hémostatiques et sectionnés au moyen du thermo-cautère; dix ligatures en masse et deux ligatures isolées. La moitié droite du cartilage thyroïde est complètement ramollie. Douze sutures, drainage, pansement humide à l'acide phénique; bandage embrassant la tête, le cou et le thorax. — Lèvres de la plaie cutanée réunies par première intention; peu de liquide par les drains, mais d'une odeur fétide gangréneuse; élimination de lambeaux de tissu sphacelé; bronchite intense. Le 12<sup>e</sup> jour, au lieu du pansement phéniqué, pommade à l'oxyde de zinc. — Sort guérie le 24<sup>e</sup> jour. — A l'âge de 16 ans, ponctions réitérées sans résultat. (BILLROTH, *Woelfler a*, p. 170.)

OBS. LXI. — Femme de 36 ans; 27 février 1878; début à 31 ans. Kysto-papillome (?) énorme, depuis l'apophyse

mastoïde droite jusqu'à la clavicule, et depuis le menton jusqu'au sternum. Tumeur molle, presque fluctuante, adhère à la peau et aux parties voisines, plonge profondément derrière le sternum. — Depuis deux jours, rupture d'un kyste et hémorragie profuse. — Extirpation partielle. Excision d'une partie de la peau. Opération laborieuse, hémorragie colossale, tamponnement avec du penghavar djambi; suture partielle de la plaie. Lister; bandage comme ci-dessus. — Anémie, suppuration abondante, cavité profonde de 0,10 derrière le sternum. — Sort le 40<sup>e</sup> jour avec une petite plaie bourgeonnante. — Deux ans auparavant, ponction d'un kyste et injections iodées; amélioration passagère. Un mois après la sortie, raclage des bourgeons exubérants. Cicatrisation. Engorgement de quelques ganglions, résolution partielle (7 septembre 1878). (LE MÊME, *ibid.*, p. 171.)

OBS. LXII. — Fille de 19 ans, 15 mai 1878; début à 17 ans; tumeur médiane, ferme, élastique; fréquentes palpitations, pas d'affection du cœur. — Extirpation partielle, brouillard au thymol. Incision médiane, 6 ligatures en masse et 10 petites, 5 sutures de soie, drainage; Lister; bandage comme ci-dessus. — Deux pansements; réunion par première intention le 13<sup>e</sup> jour, sauf au point de drainage. Sort guérie le 4 juin. (LE MÊME, *ibid.*, p. 172.)

OBS. LXIII. — Femme de 25 ans, 29 mai 1878; début à 17 ans; tumeur petite, mobile, dans la région de la corne droite de l'os hyoïde. — Extirpation partielle, énucléation facile, section du sterno-hyoïdien; 2 ligatures de soie; Lister; bandage comme ci-dessus. — Guérison par première intention le 6<sup>e</sup> jour. Les ligatures sont expulsées plus tard par deux petits abcès. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXIV. — Femme de 29 ans ; 22 mai 1878 ; début à 10 ans ; tumeur du lobe droit, dure, du volume d'un œuf de poule, longueur 0,07 ; lobe gauche beaucoup plus volumineux, s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule. Les deux tumeurs sont mobiles. — Dyspnée à la suite d'efforts. — Extirpation partielle, brouillard au thymol. Incision le long du sterno-cléido-mastoïdien gauche ; division de la capsule ; énucléation ; 10 ligatures en masse et 10 ligatures immédiates ; hémorragie modérée arrêtée au moyen du thermocautère ; 3 drains, 2 sutures à plaques et 12 à points séparés. Durée 1/2 heure ; Lister. — A partir du 3<sup>e</sup> jour apyrexie ; le 10<sup>e</sup>, pommade à l'oxyde de zinc, réunion parfaite, sauf au point de drainage inférieur, qui suppure pendant 15 jours ; élimination de quatre ligatures en masse. — Sort guérie le 22 juin. — La voix est d'abord enrouée à cause de la paralysie de la corde vocale gauche ; puis amélioration, mais la paralysie persiste. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXV. — Femme de 24 ans, 17 juin 1878 ; début à 12 ans ; tumeur du lobe gauche, ovale, longueur 0,16, largeur 0,14 ; le lobe droit a le volume d'un œuf de poule ; à gauche, la peau porte des cicatrices dues à l'emploi de frictions irritantes. — Dyspnée, gêne de la parole, dysphagie. — Extirpation partielle. Énucléation de la tumeur du lobe gauche ; excision d'un lambeau elliptique de la peau ; la partie inférieure de la tumeur est enveloppée de tissu glandulaire qu'on divise entre deux pinces hémostatiques ; 12 ligatures en masse ; le lobe droit reste intact ; trois drains, sutures ; Lister. — Durée 1/2 heure. — Réunion par première intention, sauf aux points de drainage ; exeat le 7 juillet. — La tumeur était un goître colloïde. (LE MÊME, *ibid.*, p. 173.)



OBS. LXVI. — Homme de 46 ans, 27 juillet 1878; début à 39 ans; à droite deux tumeurs grosses comme des œufs d'oie, fermes, peu mobiles, indolentes. — Extirpation partielle. La tumeur s'étend loin vers les régions profondes du cou et vers le bas; nombreuses ligatures, y compris celle de la jugulaire interne; hémorragie colossale; entrée de l'air dans une veine; collapsus, respiration artificielle, drainage, sutures. Au bout de six jours, les plaies sont presque guéries; quelques jours après, thrombose de la jugulaire interne et de la sous-clavière; élimination de 9 ligatures de soie. Exeat, guérie le 21 août. — La tumeur était composée en partie de petits kystes contenant des végétations papillomateuses et en partie de masses solides, renfermant des restes de tissu thyroïdien. Le néoplasme ressemblait beaucoup au tissu du cancer. Avant l'opération, Billroth avait posé le diagnostic : lymphome. (LE MÊME, *ibid.*, p. 174.)

OBS. LXVII. — Femme de 22 ans; 24 octobre 1878. — Goître existant depuis l'enfance; à gauche, tumeur de la grosseur d'un poing d'homme; à droite, une autre de la grosseur d'un œuf de pigeon. — Dyspnée à la suite d'efforts. — Extirpation partielle. Brouillard au thymol. Incision de 0,10 le long du sterno-cléido-mastoïdien gauche, division de la capsule, énucléation par la voie mousse, section des brides entre deux pinces hémostatiques, ligature de la thyroïdienne supérieure gauche, six ligatures, hémorragie très peu considérable, lavage au thymol; drainage, sutures à plaques et à points séparés; pansement antiseptique; durée 1/2 heure. — Pas de fièvre; réunion par première intention. Guérison le 15<sup>e</sup> jour. (LE MÊME, *Woelfler b*); col. 758.)



OBS. LXVIII. — Fille de 15 ans, opérée le 18 novembre 1878. Début à 7 ans; tumeur de la grosseur d'une noix située sur la ligne médiane. — Désir de la patiente pour motif d'esthétique. — Extirpation partielle; drainage, suture, pansement antiseptique. — Pas de fièvre. — Sort guérie le 27 novembre. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXIX. — Homme de 41 ans; 17 octobre 1878. Début avant l'âge de 15 ans. Tumeur du lobe droit presque aussi grosse qu'une tête d'homme; larynx refoulé à gauche. — Extirpation partielle. Excision d'un lambeau elliptique de la peau; section des veines entre deux pinces, ligatures des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure droites, très peu d'hémorragie, 23 ligatures, drainage, sutures à plaques; pansement antiseptique. — Réunion par première intention. Le 16<sup>e</sup> jour, ouverture d'un abcès et légère suppuration par l'un des points de drainage. Sort guéri le 25 novembre. (LE MÊME, *ibid.*, col. 759.)

OBS. LXX. — Femme de 35 ans; 11 novembre 1878. Début à 34 ans; tumeur du lobe médian, du volume d'une pomme; les lobes latéraux sont modérément augmentés de volume. — Dyspnée intense, menaçante, altération de la voix. — Extirpation totale. Incision de 0,06 sur la ligne médiane; tumeur médiane intimement unie aux lobes latéraux; ligature des thyroïdiennes supérieures et inférieures; énucléation de toute la glande; peu d'hémorragie; treize ligatures de soie abandonnées dans la plaie; drainage, sutures à plaques et à points séparés; pansement antiseptique; durée  $\frac{3}{4}$  d'heure. — Marche satisfaisante; réunion par première intention; le dixième jour, pommade à l'acide borique. Plus tard, abcès, élimination de quatre ligatures de soie. — Guérison au bout de vingt jours. — Poids de la tu-

meur 50 gr. ; à la face postérieure, empreinte de la trachée.

— La voix reste enrouée; on constate une paralysie de la corde vocale droite. — La malade éprouva divers symptômes attribués à l'ablation de la glande; agitation, insomnie, spasmes cloniques des extrémités, céphalalgie, gêne de la respiration, éblouissements, bourdonnements, etc. Il y avait en outre antéflexion de l'utérus et sensibilité des ovaires. (LE MÊME, *ibid.*)

Obs. LXXI. — Homme de 35 ans, opéré en 1878. Début à 29 ans, tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant, au côté droit du cou, très dure, presque pas mobile; larynx refoulé à gauche, veines sous-cutanées très volumineuses. — Respiration très pénible, sifflante. — Extirpation partielle, incision semi-lunaire depuis l'apophyse mastoïde droite jusqu'à la ligne médiane et descendant jusqu'à la clavicule; adhérences solides avec la trachée ramollie; séparation par la voie mousse, pas d'accidents graves du côté des voies respiratoires; la carotide, le pneumo-gastrique et la jugulaire interne dénudés au fond de la plaie; très peu d'hémorragie; drainage, sutures, pansement antiseptique. — Le 2<sup>me</sup> jour, pneumonie double et delirium tremens, guérison complète de la plaie au bout de 8 jours; ensuite, abcès et élimination de trois ligatures de soie, guérison au bout de 4 semaines. — La voix resta enrouée à cause d'une paralysie de la corde vocale droite (LE MÊME, *ibid* n° 29.)

Obs. LXXII. — Homme de 65 ans; 16 décembre 1878. Début à 50 ans; tumeur du lobe gauche, du volume d'un poing d'homme, globuleuse, molle, élastique, larynx refoulé à droite, veines volumineuses. — Dyspnée intense, inspiration très bruyante, le patient ne peut dormir qu'assis. — Extirpation partielle, incision de 0,09. Division de la

capsule, énucléation facile, 13 ligatures de soie, sutures, pansement antiseptique. — Pas de réaction, guérison par première intention. Sort le 10<sup>e</sup> jour; 2 jours après, forte dyspnée, gonflement diffus, suppuration modérée de la cicatrice cessant au bout de 3 semaines. — En examinant 6 semaines après, on trouve encore une fistule profonde de 0,04 et un gonflement de la grosseur d'un œuf. — La gêne de la respiration avait persisté après l'opération et durait encore lors du dernier examen. On l'attribua au ramollissement de la trachée qui, lors de l'opération, n'avait pas été dénudée. Des rapports ultérieurs disent que la respiration est redevenue libre. Il y avait en outre enrrouement et paralysie de la corde vocale gauche (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXXIII. — Jeune homme de 15 ans, 10 janvier 1879. Depuis la naissance; gonflement diffus du lobe droit; sur la ligne médiane, tumeur du volume d'une noix, plongeant derrière le sternum. — Dyspnée; la nuit, accès d'asphyxie; la pression sur la tumeur fait tousser le patient; enrrouement. — Extirpation partielle, brouillard au thymol, incision de 0,06; 10 ligatures de soie, réunion de la plaie, pansement antiseptique. — Le patient s'engoue facilement après l'opération. Apyrexie à partir du 7<sup>e</sup> jour. Guérison par première intention; exeat, le 29 janvier. — Quelques jours avant l'opération, injection de teinture d'iode; diminution de la tumeur, mais la gêne respiratoire avait persisté. Lors de la sortie du patient, il y avait encore paralysie de la corde vocale droite; néanmoins la voix était nette. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXXIV. — Homme de 23 ans, 23 janvier 1879. Début à 20 ans. Goître occupant les faces antérieure et latérales du cou, commençant au-dessus des apophyses mas-

toïdes et s'étendant jusque derrière les clavicules, et des deux côtés jusqu'aux trapèzes; tumeur trilobée, molle, presque fluctuante par places, surface tubéreuse; veines sous-cutanées très volumineuses. — Dyspnée exaspérée par les efforts et la marche rapide. — Extirpation totale, incision semi-lunaire, à 0,03 au-dessous de l'apophyse mastoïde droite, jusqu'à 0,03 au delà de la ligne médiane, et jusqu'à la fourchette du sternum. Énucléation laborieuse, artère thyroïdienne supérieure droite très volumineuse, 26 ligatures, sutures, drainage, pansement antiseptique; durée, 50 minutes — Marche très satisfaisante; réunion par première intention, sans aucune réaction; un peu de liquide par le drain inférieur. Le 7<sup>e</sup> jour, expulsion d'un grand nombre de ligatures; les dernières sont éliminées dans la cinquième semaine. La sixième semaine, on constate une pneumonie chronique de la base des deux poumons. Exeat. — Précédemment, injections iodées à la suite desquelles la circonférence du cou était tombée de 0,54 à 0,45; pas d'amélioration des symptômes, mais amaigrissement et fièvre. — Poids de la tumeur 650 grammes; la forme est celle du poumon d'un enfant. Les trois premiers jours, le patient s'engoua facilement; quatre semaines après l'opération, on constata une paralysie complète de la corde vocale droite et une parésie de la moitié droite de l'épiglotte. (LE MÊME, *ibid.*, n° 30.)

Obs. LXXV. — Femme de 23 ans; 10 mars 1879; début à 20 ans; tumeur médiane du volume d'un gros poing d'homme; les lobes latéraux augmentés de volume; larynx déplacé, la fente de la glotte déviée, la corde vocale gauche un peu parésique, trachée considérablement rétrécie. — Dyspnée, enrrouement. — Extirpation totale. Inci-

sion de 0,10 le long du bord du sterno-cléïdo-mastoïdien droit; ligature de la jugulaire externe, adhérences intimes du lobe médian avec la trachée, séparation laborieuse, cyanose de la patiente; la trachée ramollie bascule, la respiration cesse; on dénude rapidement la trachée, on l'incise et l'on insuffle de l'air au moyen d'une canule. La patiente revient à elle et l'on achève l'opération. Hémorragie assez abondante, un peu de sang s'écoule dans la trachée; 20 ligatures; durée 40 minutes. — Les premiers jours, crachats purulo-sanguinolents : pneumonie. Résolution le 5<sup>e</sup> jour. Toute la plaie s'était réunie par première intention. Le 7<sup>e</sup> jour, on retire la canule. — Après l'opération, paralysie de la corde vocale gauche. Les mouvements de l'épiglotte étaient redevenus normaux. Quatre semaines après l'opération, la lumière de la trachée était rétablie, la glotte avait repris son état normal. (LE MÊME, *ibid.*)

Obs. LXXVI. — Femme de 23 ans; 6 septembre 1879; goître de la grosseur d'un œuf d'oie, fluctuant par places, plonge derrière le sternum. — Voix enrouée, chuchotante, presque aphone. — Extirpation totale. Énucléation très laborieuse du lobe gauche qui plonge derrière le sternum. — Le soir de l'opération, spasmes tétaniques des extrémités supérieures revenant tous les jours plusieurs fois. Cicatrisation achevée le 8 octobre, exeat, le 16. — Les accès se répètent presque journellement après la sortie de l'hôpital. Rentrée le 16 novembre avec une tétanie bien caractérisée; on constate une paralysie des deux cordes vocales. Le 2 décembre, accès très intense, atteignant presque tous les muscles du corps, dyspnée et cyanose très fortes; cet accès revient plusieurs fois; le même jour, œdème pulmonaire; mort le 7 décembre. — A l'autopsie, on trouve les nerfs ré-



currents libres; celui du côté gauche est entouré à sa partie inférieure de tissu conjonctif un peu épaissi. (BILLROTH. — *Weiss*, p. 16.)

OBS. LXXVII. — Femme de 42 ans; 14 juin 1880. — Début à 28 ans. — Dyspnée, toux; grossesse de quatre mois. — Extirpation totale. — Aussitôt après l'opération, accès de tétanie dans les membres supérieurs, se répétant les jours suivants. Le 8 juillet, douleur au côté gauche du cou et nouvel accès. On découvre un abcès à l'endroit indiqué; on l'incise. Les accès cessent définitivement. — Guérison. — Revue en juillet, se porte très bien, n'a plus eu d'accès; voix toujours chuchotante, mais un peu plus forte et continuant à s'améliorer. (LE MÊME, *ibid.*, p. 22.)

OBS. LXXVIII. — Fille de 12 ans, opérée fin 1880. — Épilepsie. — Accès de tétanie aussitôt après l'opération. — Guérison. — Encore en traitement au moment de la publication du travail. (Février 1881). (LE MÊME, *ibid.*, p. 15 et 24, note.)

OBS. LXXIX. — Homme de 18 ans; 21 juin 1878; goître plongeant sur la ligne médiane, du volume d'un œuf de poule, pédiculé, très mobile. — Accès de suffocation, surtout pendant le sommeil. — Extirpation totale. Narcose. Incision médiane; forte hémorragie veineuse; le pédicule vient du lobe droit, qui plonge derrière le sternum et la première côte, et va jusqu'à l'œsophage. Artères grosses comme un tuyau de plume; trachée déviée à droite; hémorragie modérée, plus de trente ligatures. Durée 2 1/2 heures. Lister. — Pendant les 8 premiers jours, mélancolie et stupeur. Le 25, plaie complètement fermée, sauf une petite fistule. Le soir, dyspnée énorme, cyanose, 40° 1/2 c., rétention de liquide: incision, drainage, guérison.

rapide. Exeat, fin juillet. — Hypertrophie simple, avec de petits kystes. La tumeur extirpée était beaucoup plus volumineuse qu'elle ne le paraissait d'abord. — Les phénomènes psychiques furent attribués par l'auteur à des troubles de la circulation cérébrale, consécutifs à la thyroïdectomie. (BOREL-LAURER, de Neufchâtel. — *Borel-Laurer a et b.*)

OBS. LXXX. — Femme de 24 ans; 2 mars 1880. Goître suppuré des lobes droit et moyen, ayant subi en partie la dégénérescence calcaire; fistule suppurée. — Pas de troubles; désir de contracter mariage. — Extirpation partielle. Incision médiane. Ligature des jugulaires antérieure et externe et des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Lavage avec une solution de chlorure de zinc (5 %) — Guérison au bout de 41 jours. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXXXI. — Femme de 22 ans; 29 mars 1880; goître parenchymateux des trois lobes. — Légère dyspnée; désir de se marier. — Extirpation totale; pas d'incidents; extirpation d'une partie de la capsule pour éviter la suppuration. Exeat, le 4 mai, complètement guérie. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXXXII. — Jeune garçon de 7 ans; 14 mai 1880; goître parenchymateux de la grosseur d'un poing. — Trachéosténose, symptômes graves. — Extirpation totale. Le lobe gauche adhère à la jugulaire interne sur une grande étendue. — Mélancolie et agitation pendant plusieurs jours. Exeat, guéri le 23 juin. (Relativement aux troubles psychiques, voir ci-dessus, obs. LXXIX). (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXXXIII. — Femme; 7 janvier 1881; début il y a grand nombre d'années; goître parenchymateux des trois lobes, très volumineux, s'étend d'un sterno-cléïdo-mastoïdien à l'autre et les refoule en arrière; la carotide bat sous l'apophyse mastoïde; veines volumineuses. — Dyspnée, dysphagie,

face cyanosée, impossibilité presque absolue de monter les escaliers, respiration sifflante. — Extirpation totale, opération laborieuse; dissection de tout le cou, jusqu'à la colonne vertébrale. Très grand nombre de ligatures. — Les drains et les sutures sont enlevés le 5<sup>e</sup> jour. Cicatrisation complète le 21<sup>e</sup> jour. Pleurésie à droite. Exeat, le 17 février. — Troubles psychiques pendant une semaine environ, au cours du traitement. La patiente croyait être un chamois auquel un coup de feu avait emporté le dos. Cette idée s'évanouit aussitôt qu'on lui eut permis de se tâter le dos. (Voir l'explication de ce phénomène à l'obs. LXXIX). (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXXXIV. — Jeune fille de 18 ans; 1<sup>er</sup> juin 1881. Goître parenchymateux de la grosseur d'une tête d'enfant. — Légère cyanose de la face, hypertrophie du cœur, désir de la patiente qui ne peut plus faire son service. — Extirpation? Hémorragie considérable; entrée de l'air dans les veines, accès de suffocation menaçant, trachéotomie. Le catgut et la soie déchirent les parois amincies des vaisseaux; forcipressure avec des pinces de Pean, qui restent en place. Pansement antiseptique incomplet, à cause de la canule et des pinces. — Suppuration profuse, fétide; symptômes d'infection. Morte le 7 juin, sans qu'on pût en déterminer la cause. — A l'autopsie on constata nettement les symptômes déterminés par l'entrée de l'air dans les veines, mais on ne put retrouver le point d'entrée. L'auteur attribue (avec raison, selon moi), l'abondance et la fétidité de la suppuration, à la présence des pinces hémostatiques. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXXXV. — Femme de 24 ans; 29 août 1881. — Thyroïdite suppurée des lobes gauche et moyen, fistules; à gauche, tumeur grosse comme un poing. — Extirpation

partielle. — Exeat, guérie le 15 septembre. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. LXXXVI. — Homme de 20 ans ; 2 mai 1882 ; goître du volume d'un poing, dur, peu mobile, douloureux. — Extirpation ? Opération difficile, à cause d'adhérences étendues. Durée, plus de 4 heures. Pansement à l'acide phénique. — Guérison par première intention. Exeat, le 23 mai. — D'autres traitements étaient restés sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, p. 421, note.)

OBS. LXXXVII. — Fille de 16 ans, 14 juin 1882. — Goître rétro-sternal, ramollissement kystique. — Indications : on craignait les dangers pouvant résulter du siège du goître. — Extirpation ? Pendant l'opération le lobe médian s'échappe deux fois derrière le sternum et détermine des accès de suffocation menaçants. Après l'extirpation, il reste derrière le sternum, un profond entonnoir dans lequel plonge l'index tout entier. — Pas de fièvre, réunion par première intention. — Aux dernières nouvelles (24 juin), la patiente était encore à l'hôpital pour reprendre des forces. Les traitements antérieurs étaient restés sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, p. 422, note.)

Dans tous ces cas, Borel a employé le drainage et un pansement antiseptique soit à l'acide salicylique, soit au borax, soit à l'acide phénique ; d'autres fois, il a pansé seulement à la glycérine et à l'alcool. Il appliquait un bandage compressif avec des bandes de gaze humide, enveloppant la tête, le cou et le thorax. Le spray n'était employé que pour les pansements.

OBS. LXXXVIII. — Jeune homme de 16 ans, opéré en 1851 ; atteint d'un goître depuis l'enfance. Goître kysto-parenchymateux, tubéreux ; le volume des lobes varie depuis celui d'un œuf de poule à celui d'une pomme ; fluctuation

en certains endroits. — Dyspnée. — Extirpation totale. Hémorragie abondante; patient très épuisé; 7 ligatures. Ligature de la base de la tumeur, à cause de la prostration du patient. Le soir, hémorragie secondaire. Le 3<sup>e</sup> jour, ablation de la tumeur gangrénée, fièvre intense. — Guérison en quatre semaines. (BRUNS, de *Tubingue*. — *Süskind*, tabl. I.)

OBS. LXXXIX. — Femme de 23 ans. — Début à 17 ans; tumeur du lobe gauche, du volume d'un poing, bosselée, mobile. Diamètre vertical 0,10, transversal 0,095, proéminence en avant 0,07, circonférence du cou 0,47. En haut et à gauche, nodosité dure, solide, du volume d'une noix, intimement unie au goître. — Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Incision longitudinale; beaucoup de veines. Section des vaisseaux entre deux ligatures. Pédicule (diamètre 0,015) lié sur le constricteur de Dupuytren; 25 à 30 ligatures; pas d'hémorragie. Durée 1 1/2 heure. Ligatures ramenées au dehors. — Réaction modérée; constriction du pédicule augmentée tous les jours. Chute de la tumeur le 14<sup>e</sup> jour. Exeat, au bout de quatre semaines avec une fistule profonde de 0,04 qui se ferma bientôt. — Circonférence du cou après l'opération 0,39. Traitement antérieur (non décrit, sans résultat. (LE MÊME, *Deutsche Klinik*, 1859; p. 145.)

OBS. XC. — Garçon de 8 ans; opéré en 1856; début à 4 ans; goître parenchymateux du lobe droit du volume d'un poing d'homme, ferme, lisse. Circonférence du cou, 0,41. — Difformité. — Extirpation partielle. La faiblesse du patient force le chirurgien à laisser l'opération inachevée. La prostration augmente. Septicémie. Mort après 12 jours. — Autopsie : infiltration purulente du tissu conjonctif du cou. (LE MÊME, *Süskind*, tabl. I.)



OBS. XCI. — Femme de 24 ans, opérée en 1857; début à 17 ans; goître kysto-parenchymateux (colloïde) du lobe médian, du volume d'un poing, dur, arrondi; circonférence du cou 0,47. — Extirpation partielle; hémorragie de six onces au plus; 24 ligatures; durée 2 heures. — Réaction modérée; toux et enrouement passagers; guérison en quatre semaines. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XCII. — Femme de 31 ans, opérée en 1859; porte un goître depuis sa jeunesse; goître kysto-parenchymateux du lobe droit, du volume d'un poing d'homme; ferme en quelques points, rénitent en d'autres; circonférence du cou 0,40. — Dyspnée, douleurs. — Extirpation partielle; hémorragie très faible; durée une heure. — Grande agitation. A partir du 6<sup>e</sup> jour, hémorragies répétées de la thyroïdienne; le 10<sup>e</sup> jour, hémorragie de la carotide commune; collapsus, frissons, pyohémie. Mort au bout de 15 jours. — Autopsie: abcès métastatiques du cerveau et des poumons. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XCIII. — Homme de 47 ans, opéré en 1860; porte un goître depuis son enfance. Goître kysto-parenchymateux du lobe gauche, pyriforme, bilobé, en partie fluctuant, en partie solide. Circonférence du cou 0,53. — Extirpation partielle; enrouement pendant l'opération; hémorragie peu considérable. — Peu de réaction. Guérison en quatre semaines. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XCIV. — Femme de 26 ans; 5 août 1861; porte un goître depuis sa naissance (?). — Goître kysto-parenchymateux du lobe droit, forme ovale, du volume d'un œuf de poule, mobile, bosselé, partie dur, partie rénitent; à gauche, tumeur grosse comme une cerise, mobile, ferme; circonférence du cou 0,34. — Pas de troubles; désir de la patiente.

—Extirpation partielle; chloroforme. Incision longitudinale sur la tumeur; section des brides et des vaisseaux entre deux ligatures; pédicule serré avec un constricteur de Dupuytren et ablation de la tumeur; presque pas d'hémorragie; 18 ligatures ramenées au-dehors; pansement simple: glace. — Le soir, dysphagie; réaction, frissons. Le 13, hémorragie violente (12 onces), compression digitale; exeat, le 3 septembre, presque guérie. — Circonférence du cou 0,315. La tumeur était composée de tissu thyroïdien, avec trois kystes renfermant du sang coagulé. Précédemment, ponction exploratrice. (LE MÊME, *ibid.*, p. 35.)

OBS. XCV. — Homme de 30 ans, opéré en 1863; début à 16 ans; goître kysto-parenchymateux, médian, du volume de deux poings; en partie dur, en partie fluctuant, mobile, circonférence du cou 0,45. — Dyspnée, dysphagie. — Extirpation partielle, hémorragie de 2-3 onces; 20-30 ligatures. Durée une heure. — Fièvre violente, dysphagie pendant 15 jours; guérison au bout d'un mois. (LE MÊME, *ibid.*, tableau VI.)

OBS. XCVI. — Homme de 28 ans, opéré en 1864. Début à 14 ans; goître kysto-parenchymateux, médian, hémisphérique, mou, élastique, en quelques points d'une dureté osseuse; circonférence du cou 0,44. — Dyspnée. — Extirpation partielle, pas d'hémorragie, 7 ligatures, durée 20 minutes. — Réaction modérée, dysphagie, petite hémorragie secondaire le jour de l'opération. Guérison en 15 jours. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XCVII. — Femme de 28 ans, opérée en 1864. Début à 22 ans; goître kysto-parenchymateux sur la ligne médiane, de la grosseur d'un poing d'enfant, hémisphérique, ferme; circonférence du cou 0,39. — Légère gêne respiratoire.

— Extirpation partielle. Hémorragie de 6-8 onces; durée 1½ heure. — Réaction très modérée, dysphagie. Guérison en trois semaines. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XCVIII. — Homme de 19 ans; 29 novembre 1864. Début à 5 ans. Goître kysto-parenchymateux occupant les faces antérieure et latérales du cou, bosselé, mesure transversalement 0,29, verticalement 0,18, circonférence du cou 0,46. La tumeur s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'au sternum et aux clavicules; celles-ci sont déprimées par le poids de la tumeur; larynx refoulé à gauche. — Grande dyspnée, face livide. — Extirpation totale, chloroforme au début de l'opération. Incision médiane, section des brides entre deux ligatures; ponction de l'une des tumeurs, assez grande quantité de liquide brunâtre; trachée refoulée jusqu'aux apophyses transverses gauches des vertèbres cervicales; elle est fortement comprimée, les parois latérales sont distantes l'une de l'autre de deux lignes à peine; 80-90 ligatures, dont la moitié reste attachée à la tumeur; hémorragie très modérée. Pansement simple; durée 2 heures. — Patient très faible, respire beaucoup plus facilement, pas de douleurs. A partir du 12 décembre, apyrexie. Exeat, le 11 janvier. — Circonférence du cou 0,33. Précédemment, ponction ayant donné deux cuillerées d'un liquide séreux. (LE MÊME, *ibid.*, p. 37.)

OBS. XCIX. — Homme de 25 ans, opéré en 1865. Début à 11 ans. Goître kysto-parenchymateux (colloïde); deux tumeurs du volume d'un œuf de poule et d'un œuf de pigeon, fermes, non fluctuantes, bosselées; circonférence du cou 0,42. — Dyspnée. — Extirpation totale, peu d'hémorragie. — Fièvre modérée pendant huit jours. Guérison en 3 semaines. (LE MÊME, *ibid.*, tabl. VI.)

OBS. C. — Homme de 32 ans, opéré en 1866. Début à 26 ans. Goître kysto-parenchymateux, avec fistule, du volume d'un poing, lisse, siège dans le lobe droit. — Douleurs. — Extirpation partielle, hémorragie peu considérable; 18 ligatures; grand épuisement du patient; durée  $5\frac{1}{4}$  d'heure. — Fièvre modérée; à partir du 6<sup>e</sup> jour, frissons, forte fièvre, dyspnée, pyohémie. Mort le 15<sup>e</sup> jour. — Auparavant, ponction, injection, incision. On suppose que le goître émanait d'une glande thyroïdienne accessoire. (LE MÊME, *ibid.*, tabl. VII.)

OBS. CI. — Homme de 24 ans, opéré en 1866; le goître existe depuis l'enfance. Goître fibro-osseux médian, du volume d'une grosse noix, bosselé, mobile. Circonférence du cou 0,42. — Dyspnée. — Extirpation partielle. Anesthésie locale avec de l'éther. Presque pas d'hémorragie, pas de ligatures de gros vaisseaux. — Hémorragie secondaire au bout d'une heure; 2 ligatures, presque pas de fièvre. Dysphagie les premiers jours. Guérison en 15 jours. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CII. — Homme de 31 ans, opéré en 1867. Début à 22 ans. Goître parenchymateux du volume d'une bille de billard, ferme, mobile, dans la fossette jugulaire. — Dyspnée. — Extirpation partielle, peu d'hémorragie. Peu de fièvre et seulement pendant quatre jours. Guérison au bout de six semaines. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CIII. — Femme de 21 ans, opérée en 1868. Début à 15 ans. Goître kysto-parenchymateux ayant presque le volume d'une tête d'enfant, globuleux, rénitent, circonférence du cou 0,44. — Forte dyspnée. — Extirpation partielle (?). Hémorragie très peu considérable; 30 ligatures; durée 54 minutes. — Peu de fièvre, dysphagie pendant les

premiers jours. Guérison en un mois. — Antérieurement, ponction suivie d'une injection; électrolyse sans succès. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CIV. — Jeune fille de 14 ans, 26 mai 1868. Goître existant depuis la naissance, forme parenchymateuse, du volume d'une tête d'enfant, situé sur la ligne médiane, très mobile, ferme, dur, avec des noyaux de calcification; à sa surface, on voit battre la thyroïdienne supérieure gauche. Circonférence à la base 0,35, diamètre transversal 0,125, diamètre vertical 0,095; circonférence du cou 0,47. — Dyspnée modérée. — Extirpation totale. Chloroforme, ligature préliminaire de la thyroïdienne supérieure gauche. Incision de 0,15, veines très dilatées, se déchirant sous le doigt, adhérences très solides de la tumeur avec la trachée; deux prolongements sont serrés au moyen du constricteur de Dupuytren et sectionnés; hémorragie veineuse considérable; 30 ligatures; durée 1 1/2 heure. — Grand épuisement. Pansement: compresses glacées; le lendemain pansement simple; exeat, le 26 juin. — La tumeur était constituée principalement par du tissu fibreux. Poids 1 1/2 livre. (LE MÊME, *ibid.*, p. 41.)

OBS. CV. — Homme de 25 ans; opéré en 1871; début à 22 ans; goître parenchymateux du lobe droit; circonférence du cou 0,43. — Pas de troubles. — Extirpation partielle (?). 62 ligatures; hémorragie modérée; durée 3 heures. — Marche sans accidents. Guérison en un mois. — Antérieurement, ponction sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, tabl. VII.)

OBS. CVI. — Homme de 48 ans; 13 novembre 1875. Début à 35 ans; goître parenchymateux et colloïde du lobe gauche, atteignant presque le volume d'une tête d'enfant, globuleux, lisse, mou, presque fluctuant, mobile; trachée et



larynx refoulés à droite; circonférence du cou 0,48.—Dyspnée.—Extirpation partielle; chloroforme. Incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche; ligature des thyroïdiennes gauches; ligature de l'isthme sur un cylindre-constricteur de Graefe et section; 72 ligatures, très peu d'hémorragie, pansement simple.—Dysphagie; fièvre modérée, enrouement; à partir du 24, apyrexie. Exeat, le 15 décembre.—Traitement antérieur, iode, etc., sans résultat; ponction exploratrice ayant donné un peu de sang. La tumeur était constituée par du tissu thyroïdien et était en voie de dégénérescence colloïde avec infiltrations hémorragiques; paralysie de la corde vocale gauche. (LE MÊME, *ibid.*, p. 50.)

OBS. CVII. — Femme de 26 ans; 5 février 1876; début à 13 ans; goître fibro-osseux avec fistule, comprenant le lobe droit, ayant le volume d'un gros œuf de poule; plonge derrière la clavicule droite; lobe gauche aussi augmenté de volume. Au fond de la fistule, on sent des masses calcaires (ou osseuses).—Douleurs et présence de la fistule.—Extirpation partielle. Chloroforme; brouillard; Lister. Incision de 0,08 le long du sterno-cléïdo-mastoïdien, et une seconde partant de l'extrémité inférieure de la première. Énucléation laborieuse; ligature du pédicule (isthme); hémorragie très modérée; 30 ligatures doubles; Lister. Durée, deux heures.—Marche satisfaisante. Exeat, le 24 février, la plaie étant presque cicatrisée. — La fistule s'était formée après l'ouverture spontanée d'un abcès en 1874; elle se fermait et se rouvrait alternativement. La tumeur se composait de tissu glandulaire normal, de tissu fibreux et de tissu osseux. (LE MÊME, *ibid.*, p. 52.)

OBS. CVIII. - Homme de 19 ans; 23 juin 1876; début à 7 ans; goître kysto-parenchymateux hémorragique du lobe droit

gros comme un poing; globuleux, ferme, fluctuation dans la profondeur et sur plusieurs points superficiels. Circonférence à la base 0,30; circonférence du cou 0,435; trachée et larynx déplacés à gauche. — Pas de troubles. — Extirpation partielle. Pas d'incidents; aucune union des tumeurs extirpées avec le reste du corps thyroïde; 40 à 50 ligatures doubles; Lister. Durée 5,4 d'heure. — Légère dysphagie; peu de réaction générale et locale; exeat, le 3 juillet, presque guéri. — Traitement antérieur, ponctions et injections iodées, sans résultat. Le goître était formé par une tumeur principale, à parois très épaisses, formées de tissu thyroïdien normal en partie ossifié, renfermant une cavité remplie de sang épaissi et de trois petites tumeurs solides ou kystiques. (LE MÊME, *ibid.*, p. 57.)

OBS. CIX. — Homme de 26 ans; 11 août 1876; début à 10 ans; goître parenchymateux du lobe droit, du volume d'une tête d'enfant, globuleux, ferme, bosselé, mobile; on voit battre la thyroïdienne supérieure droite; lobe gauche légèrement tuméfié; larynx refoulé à gauche; circonférence de la tumeur 0,22, proéminence 0,13; diamètre transversal 0,10; circonférence du cou 0,52. — Pas de troubles. — Extirpation partielle. Incision de 0,15; ligature des thyroïdiennes droites; la tumeur plonge derrière le sternum, est intimement unie à la trachée et au larynx; séparation laborieuse; ligature de l'isthme avec du catgut, section; hémorragie modérée. Durée 2 1/2 heures. — Hémorragie secondaire profuse (1/2 à 3/4 de litre) au bout de trois heures; elle vient d'une branche de la thyroïdienne inférieure comprise dans une ligature en masse et coupée très près de son origine (la ligature avait glissé). On pratique la ligature de la thyroïdienne. Fièvre intense; le lendemain, dysp-

née croissante ; matité à la base du poumon droit. Le 15, le pus est mêlé de bulles d'air, il suit les mouvements respiratoires en se collectant derrière le sternum. Mort du 17 au 18 août. — Autopsie : méningite purulente, pleurésie purulente à droite, péricardite récente. (LE MÊME, *ibid.*, p. 59.)

OBS. CX. — Garçon de 12 ans, opéré en 1876. — Début à 10 ans. Goître kysto-parenchymateux du lobe moyen, de la grosseur d'une noix, rénitent ; lobes latéraux augmentés de volume. — Dyspnée. — Extirpation partielle ; énucléation facile du lobe moyen. — Pas de fièvre. — Guérison en 3 semaines. — L'hypertrophie des lobes latéraux disparaît par l'emploi de sonctions à l'iodure de potassium. (LE MÊME, *ibid.*, tabl. VIII.)

OBS. CXI. — Femme de 30 ans ; 5 juin 1877 ; début à 25 ans. Goître rétro-œsophagien du volume d'un œuf d'oie, situé à la paroi postérieure gauche du pharynx ; mou, élastique, presque fluctuant, très peu mobile ; cartilage aryénoïde gauche refoulé en avant ; entrée du larynx rétrécie. — Douleurs dans la tête et l'oreille gauche, accès intenses de suffocation. — Extirpation partielle. Incision au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, tumeur enclavée entre le pharynx, l'œsophage et la colonne vertébrale ; incision de la capsule fibreuse, énucléation. Ligature de quelques petits vaisseaux. — Guérison sans accidents. — Le 26 mai, on avait dû pratiquer la trachéotomie pour asphyxie imminente ; la patiente avait dû continuer à porter la canule à cause du déplacement du larynx. La tumeur était formée par du tissu colloïde avec foyers hémorragiques et quelques kystes. (CZERNY de Heidelberg. — Braun et Czerny.)

OBS. CXII. — Opération faite en 1869. Goître kysto-

parenchymateux (?) — Guérison. (DUMREICHER, *Vienne*. — *Hofmohl a.*)

OBS. CXIII. — Opération faite en 1869. — Goitre kysto-parenchymateux (?), provenant d'une glande thyroïdienne accessoire. — Forte compression de la trachée et du larynx. — Pneumonie double. — Mort. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXIV. — Hémorragie peu considérable. Après l'opération, le larynx et la trachée sont à nu. — Guérison. — Langenbeck, qui rapporte ce fait, doute qu'il s'agisse ici de la glande thyroïde, sans dire sur quoi il base ce doute. (EICHENBERG, *Suisse* — *Langenbeck*, p. 304, note.)

OBS. CXV. — Femme de 21 ans, opérée le 2 juin 1847. — Goitre parenchymateux (colloïde) du lobe droit, du volume d'un œuf, ferme, arrondi, mobile. — Extirpation partielle. Hémorragie peu considérable, énucléation facile. — Dysphagie, pendant quelques jours fièvre assez forte. — Guérison le 28 juin. (EMMERT de *Berne*. — *Brière*, p. 40.)

OBS. CXVI. — Garçon de 11 ans, opéré le 5 juin 1847. Début à 10 ans. Goitre parenchymateux du côté droit, du volume d'une grosse noix, ferme, mobile. — Extirpation partielle. Hémorragie assez considérable, beaucoup de ligatures. — Fièvre modérée, dysphagie. — Guérison complète le 8 juillet. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXVII. — Homme de 22 ans, opéré le 10 octobre 1859. — Goitre parenchymateux (colloïde) du côté droit, ferme, très mobile. — Extirpation partielle. Ligature des thyroïdiennes supérieure et inférieure, hémorragie peu considérable. — Fièvre intense, forte dyspnée, délire, pleurésie. — Mort le 19 octobre. — Autopsie : phlébite de la jugulaire interne, hyperémie et œdème du cerveau, fort épanchement pleurétique à droite. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXVIII. — Fille de 18 ans, opérée vers 1834. — Goître colloïde, du volume d'un œuf de poule, ovale, rénitent, lisse, à gauche du cartilage thyroïde. — Extirpation partielle. Beaucoup de vaisseaux dans les brides unissant la tumeur au lobe gauche, lequel n'est pas hypertrophié; 37 ligatures. — Guérison. — La tumeur était formée par une thyroïde accessoire. On avait porté le diagnostic de : Loupe. (FRANCKE de *Leipzig*. — *Gunther*, p. 378.)

OBS. CXIX. — Fille de 18 ans, opérée vers 1694. — Tumeur ayant presque le volume d'un œuf d'oie, très mobile, située à droite. — Extirpation partielle. Ligature d'un vaisseau profond, on croit que c'est l'artère thyroïdienne droite; hémorragie assez forte. — Guérison. — Langenbeck doute que la tumeur extirpée fût un goître, à cause de sa grande mobilité. Cette appréciation ne me paraît pas suffisamment justifiée. (FREYTAG père, de *Zurich*. — *Gunther*, p. 371, et *Langenbeck*, p. 304, note.)

OBS. CXX. — Femme de 41 ans, opérée en 1876. Début à 33 ans. Goître parenchymateux, du volume d'un poing et demi, consistance pâteuse, mobile. — Forte dyspnée. — Hémorragie épouvantable, plus de 20 ligatures doubles, profonde anémie. — La patiente reprend rapidement des forces. — Guérison en quatre semaines. (GAERTNER, de *Stuttgart*. — *Süskind*, tabl. VI.)

OBS. CXXI. — Garçon de 15 ans. — Incision médiane. — Hémorragie secondaire. — Guérison. (GOESCHEL; *Goeschel*.)

OBS. CXXII. — Femme de 22 ans; 19 janvier 1820. Début à 14 ans. Goître parenchymateux, occupant surtout le lobe droit, du volume d'une tête d'enfant, pulsatile, mobile. — Différence, désir de la patiente. — Extirpation partielle. Deux incisions; excision d'un lambeau elliptique



de la peau. Forte hémorragie artérielle et veineuse. Ligature des thyroïdiennes supérieure et inférieure droites; adhérence de la tumeur avec le larynx, la trachée, l'œsophage, la carotide, la jugulaire interne et les nerfs. Le lobe droit seul est enlevé. Réunion de la plaie avec des bandettes d'emplâtre. Durée : une demi-heure. — Fièvre intense, suppuration abondante, toux, dysphagie, dyspnée. — Guérison.

Graefe avait d'abord fait la ligature de la thyroïdienne supérieure droite : violente céphalalgie, vives douleurs dans le cou, le goître, la plaie, le bras droit, etc.; sensation intolérable de froid, dans les mêmes régions, etc., pas de changement dans le goître. (GRAEFE, de *Berlin*. — *Hedenus fils*, p. 276.)

Obs. CXXIII. — La même patiente, opérée pour le reste de son goître, le 1<sup>er</sup> juin 1820, à sa demande. — Ablation de la moitié gauche du goître. Nombre total des ligatures dans les deux opérations : 53. — Suites comme ci-dessus. — Guérison. — Les traitements (externes) employés contre le reste du goître, après la première opération, étaient restés sans résultat. — Poids total de la tumeur : 2 1/2 livres. (LE MÊME, *ibid.*, p. 283.)

Obs. CXXIV. — Pas de détails. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*, p. 292.)

Obs. CXXV. — Pas de détails. — Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

Obs. CXXVI. — Homme de 24 ans; 3 février 1879; le goître existe depuis plus de sept ans; tumeur kysto-parenchymateuse du volume d'une tête d'enfant, à la face antérieure du cou, mobile, lisse, élastique, fluctuante, segment inférieur dur; veines superficielles dilatées; trachée et larynx déplacés à droite; corde vocale gauche paralysée; la

glotte se ferme incomplètement. — Dyspnée, aphonie, enrouement. — Extirpation totale. Incision médiane depuis l'os hyoïde jusqu'à la fourchette du sternum. Division des sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens qui sont amincis. Énucléation par la voie mousse; tous les vaisseaux sont saisis entre deux pinces hémostatiques et sectionnés; pédicule très vasculaire, large et court, lié en six portions. En soulevant la tumeur, le kyste se déchire : hémorragie veineuse, ligatures. Adhérences intimes avec la trachée, laquelle est comprimée d'avant en arrière. Drainage, irrigation phéniquée (5 %). Dix sutures d'argent. Environ 80 ligatures de catgut; patient très anémié. Durée, 5/4 d'heure. — Six heures après l'opération, hémorragie parenchymateuse abondante. Patient très faible. Marche ultérieure très satisfaisante, fièvre modérée. Drains enlevés le cinquième jour; sutures le neuvième; plus de fièvre. Guérison complète au bout de cinq semaines. — Deux ponctions faites quelques jours avant l'opération avaient donné respectivement 360 et 490 grammes de liquide brunâtre grumeleux. La tumeur était un goître kystique multiloculaire avec des restes de parenchyme. La cavité centrale contenait un demi-litre de liquide. La voix recouvra son timbre normal: au laryngoscope, pas de changement. (GUSSENBAUER, de Prague. — *Pietrzikowski*, p. 19 )

Obs. CXXVII. — Jeune fille de 17 ans; 22 juillet 1879; goître existant depuis plus de neuf mois; fibro-parenchymateux, siège au lobe droit, du volume d'une pomme, ferme, résistant, circonscrit. — Pas de troubles. — Extirpation partielle. Incision le long du sterno-cléido-mastoïdien. Le pont de tissu qui unit la tumeur à l'isthme est divisé par portions saisies entre deux pinces hémostatiques. Énu-

cléation de la tumeur; huit sutures de soie. — Pas de réaction. Drain enlevé au bout de 24 heures; deux pansements; guérison par première intention en six jours. — Traité d'abord par la pommade à l'iodoforme et les injections iodées, sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, p. 22.)

OBS. CXXVIII. — Femme de 49 ans; 12 février 1880; début à 21 ans. Goître kysto-parenchymateux de toute la glande, plus volumineux qu'une tête d'enfant, mobile, ovale, lisse, ferme; à droite rénitent, fluctuant. Dimensions: verticale 0,12; transversale 0,18; circonférence du cou, 0,39; celle de la base de la tumeur, 0,29; épaisseur de près de 0,14. — Respiration stertoreuse, voix nasillarde, intelligible; accroissement rapide de la tumeur, douleurs irradiées, accès de suffocation. — Extirpation totale. Incision oblique depuis l'apophyse mastoïde gauche jusqu'à l'insertion du chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien droit. Ligature double de tous les vaisseaux; une centaine de ligatures restent dans la plaie; drainage; 16 sutures de soie. Trachée aplatie d'avant en arrière et latéralement; anneaux cartilagineux ramollis. — Légère dysphagie pendant deux jours, un peu d'engouement; pas d'autre accident, pas de fièvre; guérison complète par première intention en quatre jours. Pommade, au lieu de Lister. Exeat, le seizième jour. — La voix s'améliore. La tumeur était un goître kysto-parenchymateux avec une cavité renfermant environ 400 grammes de liquide brun et des lambeaux de tissu glandulaire. (LE MÊME, *ibid.*, p. 23.)

OBS. CXXIX. — Femme de 20 ans; 5 mars 1880; le goître existe depuis plus de 12 ans; la première tumeur aurait disparu et la tumeur actuelle ne daterait que de trois ans. C'est un goître fibro-kystique des lobes gauche et moyen

du volume du poing, ovale, mobile, lisse, rénitent, fluctuant : le lobe droit est également augmenté de volume. Dimensions : horizontalement 0,155; verticalement 0,085. Dyspnée. — Extirpation partielle. Incision oblique comme ci-dessus. Ablation des lobes gauche et moyen. Pas d'incidents. Excision de 0,05 des muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens qui adhèrent à la tumeur; 60 ligatures restent dans la plaie; drainage; 12 sutures de soie.—Aucune réaction. Sutures enlevées le cinquième jour; réunion complète par première intention. Exeat, au bout de quinze jours.—La tumeur était formée d'un kyste contenant 300 gr. de liquide; la paroi intérieure était couverte d'excroissances constituées par des kystes à couleur colloïde; les parois épaissies en plusieurs points étaient composées de tissu parenchymateux et fibro-cartilagineux. (LE MÊME, *ibid.*, p. 27.)

OBS. CXXX. — Homme de 23 ans; 8 juin 1880; le goître existe depuis environ cinq ans; à droite, tumeur du volume d'une petite orange, consistance ferme, élastique, circonscrite, arrondie, lisse, fluctuation peu nette; à gauche, tumeur grosse comme un œuf de poule, circonscrite, mobile, dure, bosselée. — Pas de troubles. — Extirpation totale; incision oblique, comme ci-dessus; beaucoup de vaisseaux, 120 ligatures.— Pas de réaction; réunion complète par première intention; sutures enlevées le quatrième jour; le même jour le patient se promène au jardin en fumant sa pipe. Sortie le huitième jour. — Le lobe droit était formé par une tumeur fibro-kysto-parenchymateuse, le lobe gauche par du tissu fibreux. (LE MÊME, *ibid.*, p. 29.)

OBS. CXXXI. — Femme de 30 ans; 10 décembre 1880. Le début remonte à la première enfance. Goître médian,

plus développé à droite, plus gros qu'une pomme, lisse; mesure transversalement 0,13, verticalement 0,085; consistance dure, sauf en un point. — Pas de troubles. — Extirpation partielle, pas d'incidents; hémorrhagie modérée; durée 1/2 heure. — Légère réaction pendant deux jours; 4 pansements; réunion par première intention en 10 jours. — La tumeur était un goître kysto-parenchymateux avec des dépôts calcaires. (LE MÊME, *ibid.*, p. 30.)

OBS. CXXXII. — Garçon de 10 ans, 20 juin 1881. Début à 6 ans. Goître kysto-parenchymateux (colloïde), gros comme un poing, siège à droite, lisse, mobile, rénitent, fluctuant, trachée refoulée à gauche. — Grande dysphagie, voix altérée. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision de 0,13 au bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien droit; section des vaisseaux entre deux ligatures. Hémorrhagie très modérée, 50 ligatures restant dans la plaie, division du parenchyme entre des pinces hémostatiques, décollement des nerfs récurrents. Pas de complications, réunion par première intention, sauf au point de drainage. Exeat, guéri le 9<sup>e</sup> jour; voix normale, plus de dyspnée ni de dysphagie. — Antérieurement pommade iodée, amélioration; le kyste ne change pas. Le goître était composé d'un kyste colloïde à parois épaisses, ayant le volume du poing; il y avait en outre une nodosité grosse comme une noix composée de tissu parenchymateux hyperplasié. (LE MÊME, *ibid.*, p. 31.)

OBS. CXXXIII. — Jeune homme de 18 ans, 21 juillet 1881. Le début remonte à l'enfance. Goître fibro-kystique du lobe droit, plus gros qu'un poing, arrondi, mobile, ferme, élastique, pédiculé, fluctuation obscure. — Altération de la voix, léger catarrhe de la muqueuse de l'épiglotte. — Extirpation



partielle. Incision médiane. Pédicule large de trois travers de doigt allant jusqu'à l'isthme, lié en cinq portions; 60 ligatures. Pas de fièvre. Sortie le 31 juillet. Goître kysto-parenchymateux renfermant 400 grammes de liquide trouble. (LE MÊME, *ibid.*, p. 33.)

OBS. CXXXIV. — Fille de 10 ans, 25 août 1881. Début à 4 ans. Goître médian s'étendant surtout à gauche, du volume d'une pomme, lisse, rénitent, fluctuant, mobile, bleuâtre. Diagnostic probable : goître vasculaire. — Pas de troubles. Difformité. — Extirpation totale. Incision le long du bord du sterno-cléido-mastoïdien gauche. Tumeur bleuâtre très vasculaire; isolement de la tumeur impossible à cause du grand nombre de veines très volumineuses, des prolongements de la tumeur vers la profondeur et de la friabilité des tissus. Énucléation de toute la glande, ligature de trois grosses veines tout contre la paroi de la jugulaire interne. Environ 80 ligatures dans la plaie. Hémorragie modérée. Durée 1 1/2 heure. — Réaction modérée pendant 2 jours à cause d'une rétention de liquide. Eczéma phéniqué, étendu, récidivant, qui retarde la guérison. Guérison. — Goître kysto-vasculaire avec phlébolithes. (LE MÊME, *ibid.*, p. 34.)

OBS. CXXXV. — Femme de 41 ans, 23 janvier 1882. Début à 8 ans. Goître fibro-parenchymateux à la face antérieure du cou, plus gros qu'un poing, lobulé, mobile, très dur. — Altération de la voix, respiration striduleuse, douleurs et dysphagie intermittentes, accroissement rapide. — Extirpation totale. La trachée est entourée par un anneau de deux travers de doigt de tissu goîtreux, section. Trachée dénudée sur une étendue de 0,14, comprimée et rétrécie d'avant en arrière. Environ 80 ligatures, presque pas d'hé-

morragie. Durée  $5/4$  d'heure. — Pas de réaction. Légère dysphagie pendant quatre jours; symptômes de parésie des cordes vocales, disparaissant au bout de 15 jours; 2 pansements, réunion par première intention. — Goître fibro-parenchymateux formé par quatre tumeurs à l'état de dégénérescence colloïde partielle, avec formation de kystes et calcification. (LE MÊME, *ibid.*, p. 37.)

Dans toutes ces opérations Gussenbauer a employé la méthode de Lister de la façon la plus rigoureuse. Les ligatures ont été faites avec du catgut, les sutures avec du fil de soie, sauf dans le premier cas; le spray a été fait avec une solution aqueuse d'acide phénique à 5 %, laquelle a aussi été employée pour le lavage de la plaie après l'opération. Le drainage a été employé dans tous les cas. Le pansement (Lister typique) a été recouvert de bandes de mouseline apprêtée, embrassant le thorax, le cou et la tête.

Obs. CXXXVI. — Homme de 21 ans; 8 octobre 1800. Goître existant depuis l'enfance, ayant atteint le volume d'une boule de jeu de quilles, siège à la face antérieure du cou. Circonférence de la tumeur à la base : 14 pouces; diamètre transversal, 7 pouces; ferme, rénitente, pulsatile, très mobile, veines superficielles très dilatées. — Troubles respiratoires, accès de suffocation, râles. — Extirpation totale. Incision verticale sur la ligne médiane. Section des artères thyroïdiennes entre deux ligatures, et ligature de 63 autres artères. Adhérences avec la trachée, le larynx et les gros vaisseaux. Excision des muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens à leurs insertions supérieures et inférieures. Ligature du pédicule en deux portions et 3<sup>e</sup> ligature en masse; ablation de la tumeur; bandelettes agglutinatives. Durée  $1\frac{1}{2}$  heure. — Dysphagie, douleurs dans la moitié

droite de la tête, parésie du bras droit, toux, enrouement. Le lendemain, hémorragie secondaire; réaction locale et générale, délire, symptômes graves, fusées purulentes. Le 9<sup>e</sup> jour, forte hémorragie venant du pédicule. Le 17<sup>e</sup> jour, toux violente, nouvelle hémorragie de plus de deux livres, prostration. Exeat, guéri le 24 novembre.—Malgré l'excision des muscles s'insérant au sternum, pas de gêne de la respiration ni de la déglutition après la guérison. La tumeur renfermait beaucoup de cavités contenant une matière gélatineuse, ainsi que des masses cartilagineuses et osseuses. (HEDENUS, père, de *Dresde*. — *Hedenus, père*, p. 237.)

OBS. CXXXVII. — Extirpation totale. Symptômes semblables à ceux décrits ci-dessus. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*, p. 236.)

OBS. CXXXVIII. — Extirpation totale. Un prolongement du goître s'étend jusqu'à l'apophyse transverse de la 6<sup>e</sup> vertèbre cervicale. Excision des muscles s'insérant au sternum, comme ci-dessus. Marche consécutive comme dans les deux premiers cas. — Guérison. — Après la guérison, gêne de la déglutition et de la respiration, due à l'ablation des muscles sternaux (v. plus haut). La tumeur contient des concrétions calcaires. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXXXIX.—Extirpation totale. Excision des muscles sternaux. — Guérison. — Même observation que ci-dessus touchant l'état du patient après la guérison. Concrétions calcaires. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXL. — Extirpation totale. Excision des muscles s'insérant au sternum. Même observation quant à la marche après l'opération. — Guérison. — Pour les phénomènes, après la guérison, etc. (voir obs. CXXXVIII.) (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXLI. — Femme. — Extirpation totale. Excision

des muscles s'insérant au sternum. — Marche consécutive comme ci-dessus. Le 5<sup>e</sup> jour, ouverture d'un abcès. — Guérison le 15<sup>e</sup> jour. — Même observation quant aux phénomènes survenant après la guérison, etc. (LE MÊME, *ibid.*)

Hedenus dit que tous ces patients auraient succombé, s'ils n'avaient pas été opérés.

Obs. CXLII. — Femme de 45 ans ; goître existant depuis environ trois ans ; tumeur solide du lobe droit, du volume d'un œuf de poule, adhère à la trachée qui est un peu refoulée à gauche ; bruit au cœur. — Dyspnée, spasmes cloniques du sterno-cléïdo-mastoïdien et du trapèze droits. — Extirpation partielle. Incision le long du bord du sterno-cléïdo-mastoïdien ; beaucoup de veines ; ligature double et par petites portions des adhérences de la capsule avec le voisinage ; presque pas d'hémorragie ; lavage de la plaie avec une solution de chlorure de zinc, qui sert aussi pour le pansement. — Pas d'accidents, fièvre modérée pendant quelques jours ; sortie au bout de trois semaines, avec une petite plaie bourgeonnante. — Aussitôt après l'opération, les spasmes avaient disparu ; la respiration était beaucoup plus libre ; le bruit au cœur persistait ; la tumeur était un goître gélatineux. (HEINEKE, d'*Erlangen*. — Koch, v. plus loin à la fin de ce travail.)

Obs. CXLIII. — Fille de 17 ans ; 28 septembre 1881 ; début à 12 ans ; goître colloïde du lobe gauche, ayant le volume d'une orange, mobile. — Légère dysphagie. — Extirpation partielle. Incision le long du bord du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche ; ligature double des vaisseaux et section, peu d'hémorragie ; union intime avec les voies respiratoires, section avec le bistouri ; ligatures de catgut et de soie ; irrigation avec une solution d'acide phénique

(5 p. c.) ; iodoforme, dix sutures de catgut ; drainage ; ligatures amenées au dehors, gaze iodoformée, ouate, appareil avec des attelles et des bandes de gaze apprêtée. Durée : une heure. — Pas de réaction, réunion par première intention, sauf au point de drainage ; cicatrisation terminée au bout de quatre semaines. — Antérieurement, badigeonnage à l'iode sans succès. (HOFMOKL, de Vienne. — *Hofmokl.*)

OBS. CXLIV. — Femme de 43 ans, opérée en 1873. Goître existant depuis l'enfance, kysto-parenchymateux, avec des concrétions calcaires, siégeant dans la fossette jugulaire, plus à droite qu'à gauche, arrondi, bosselé, en partie rénitente, en partie ferme, de consistance osseuse, mobile ; mesure transversalement 0,07. — Dyspnée et dysphagie intenses, surtout après des efforts. — Extirpation partielle ; énucléation facile, presque pas d'hémorragie, lavage de la plaie avec le liniment de Lister ; pansement : charpie imbibée d'huile phéniquée. — La température n'a jamais dépassé 38,2. — Guérison en six semaines. — Le traitement à l'iode (intus et extra) avait réduit le volume de la tumeur de celui d'une citrouille à celui d'une pomme. La dysphagie et la dyspnée avaient augmenté en même temps, de même que la transformation calcaire. (HOPMANN, de Cologne. — *Hopmann.*)

OBS. CXLV. — Femme de 66 ans ; 14 mars 1881 ; début à 38 ans ; goître kysto-parenchymateux des deux lobes, mobile, élastique, fluctuant, parois épaisses, avec des noyaux cartilagineux, pulsations sous la peau ; plonge derrière la fourchette du sternum. Circonférence à la base, 0,43 ; hauteur, 0,23 ; transversalement, 0,29. — Pas de troubles. — Extirpation totale, chloroforme. Incision médiane, tumeur adhérente à la jugulaire interne, à la trachée, au



larynx; peu d'hémorragie, grand nombre de ligatures artérielles et veineuses; sutures de catgut, drain en os décalcifié. Lister. — Le 19, réunion complète, sauf au point de drainage. Le 28, ouverture d'un abcès contenant environ 25 onces de pus. — Guérison. — La tumeur du lobe gauche pesait 1200 grammes; elle consistait en kystes renfermant de la matière colloïde et des parties cartilagineuses et calcaires. Le lobe droit pesait 30 grammes; il se composait de parenchyme normal. (JULLIARD, de *Genève*. — *Wise*.)

OBS. CXLVI. — Femme de 19 ans; 4 mars 1881; début à 11 ans; goître kysto-parenchymateux du volume du poing, plus à gauche qu'à droite, mobile, élastique, fluctuant; longueur, 0,12; largeur, 0,15. — Extirpation totale. Chloroforme; brouillard; adhérences solides avec la trachée, beaucoup de ligatures veineuses; fréquents accès de toux et de dyspnée dus à l'irritation de la trachée. Grande faiblesse; sutures de catgut, drain en os décalcifié. Lister. — Le 10, réunion par première intention, sauf le trajet du drain (ce dernier avait été absorbé), par où s'écoulait un peu de pus. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXLVII. — Femme. — La carotide traversait la tumeur et fut coupée. La patiente succomba entre les mains du chirurgien. (KALTSCHMIDT, d'*Iena*. — *Theden*, p. 111, note.)

OBS. CXLVIII. — Fille de 18 ans, opérée en 1868. — Goître existant depuis l'enfance. Tumeur du lobe droit, du volume d'un œuf, mobile; le lobe gauche est représenté par une tumeur grosse comme un poing, plongeant derrière le sternum; la pression sur cette dernière détermine une forte dyspnée. — Dyspnée modérée, même pendant le

repos. — Extirpation totale; 22 ligatures; hémorragie de environ une once. — Fièvre pendant 3 semaines; guérison en 6 semaines. — Aussitôt après l'opération, dilatation de la pupille gauche qui persiste jusqu'à la sortie de l'hôpital. (KAPPELER. *Suisse*. — *Kappeler*, p. 101.)

OBS. CXLIX. — Femme de 30 ans, opérée en 1868; le goître existe depuis plusieurs années; tumeur du lobe droit du volume d'un œuf de poule. — Dyspnée modérée. — Extirpation partielle. Le 3<sup>e</sup> jour, violente hémorragie artérielle, vaisseau introuvable, perchlorure de fer. — Guérison rapide. — L'anémie persiste pendant longtemps. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CL. — Femme de 25 ans; opérée en 1868; début à 14 ans; goître du lobe droit, du volume d'une pomme, arrondi, lisse, ferme, placé sur la ligne médiane; la pyramide de Lalouette est transformée en deux tumeurs du volume d'une noix. — Dyspnée intense à chaque effort. — Extirpation totale. Forte hémorragie venant d'une petite artère; ligature en masse. — Fièvre pendant 5 semaines; guérison en 6 semaines. — Dilatation de la pupille pendant 15 jours après l'opération. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLI. — Femme de 22 ans, opérée en 1870; goître parenchymateux, médian, mobile, du volume d'une noix. — Dyspnée modérée après des efforts. — Extirpation partielle. Rien à noter. — Suppuration modérée. — Guérison au bout de 11 jours. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLII. — Femme de 42 ans; opérée en 1870. — Tumeur arrondie, rénitente, non fluctuante, lisse, profondément située, du volume d'un œuf. — Douleurs dans la tumeur. — Extirpation partielle; ligature en masse du pédicule, ablation de la tumeur. — A l'époque de la sortie de

l'hôpital, la ligature se trouve encore au fond d'une petite fistule; elle est extraite, 15 jours après, par un autre médecin. — Guérison en 6 semaines. — Lors de l'opération on constata que le goître était formé par un kyste à parois très épaisses, rempli de sang noir, avec de sconcérations calcaires. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLIII. — Indication vitale : suffocation imminente. — 11 ligatures d'artères. — Guérison. (KERGEL. — *Saxe*. — *Bernstein*.)

OBS. CLIV. — Garçon de 15 ans; opéré en 1815. — Le goître existe depuis la naissance. — Goître parenchymateux s'étendant depuis l'apophyse mastoïde gauche et le maxillaire inférieur jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte; il est recouvert de veines grosses comme le doigt. Diamètre transversal à la base, 6 pouces; au sommet, 5; mesure transversale, 16 pouces; mesure verticale, 11 1/2; très bosselée, pulsations en plusieurs endroits. — Indication : poids énorme. — Extirpation totale; incision elliptique comprenant un lambeau cutané ovalaire; forte hémorragie artérielle et veineuse, compression digitale, perte de sang environ 1/2 livre. Carotide, larynx et trachée mis à nu. Durée, *une minute et demie* (sic). — Mort à la fin de l'opération. — Le patient était sourd-muet, un peu idiot, tête volumineuse. Klein attribua la mort à la frayeur (choc); Günther, à l'entrée de l'air dans les veines. A l'autopsie, on trouva de l'hydrocéphalie avec hyperémie très prononcée du cerveau et des méninges. Poids de la tumeur, 3 livres. (KLEIN, de *Stuttgart*. — *Klein*.)

OBS. CLV. — Jeune homme; opéré en 1818. Goître médian, de la grosseur d'une pomme, arrondi, dur, adhère à la trachée. Diagnostic : Loupe. — Extirpation totale. Inci-

sion médiane. La tumeur envoie à gauche un prolongement derrière la trachée; on sent battre les deux carotides. Le patient devient tout à coup muet. Ligature en masse et ablation de la tumeur. Peu d'hémorragie; trois (sic) ligatures. — Aphonie pendant 3 semaines; forte dysphagie disparaissant peu à peu; chute de la ligature le 8<sup>e</sup> jour; le reste de la tumeur est détruit peu à peu avec du beurre d'antimoine. — Guérison après 6 semaines. — Après la guérison la voix prit un timbre de basse. Klein croit avoir coupé les deux nerfs récurrents. (LE MÊME, *ibid.*, p. 130.)

OBS. CLVI. — Homme de 22 ans. Début à 14 ans; tumeur très mobile, se déplace facilement jusque derrière la clavicule droite, plonge profondément dans la cavité thoracique; quand on la déprime, le patient éprouve une sensation intolérable dans la tête. — Extirpation partielle; incision de 4 pouces le long du sterno-cleïdo-mastoïdien droit; section des sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, sterno-cleïdo-mastoïdien et omo-hyoïdien droits. Pendant l'opération, phénomènes nerveux dus au tiraillement des nerfs pneumogastrique et phrénique droits; section de la thyroïdienne supérieure; hémorragie violente, due à la lésion de la thyroïdienne inférieure, au fond d'un entonnoir profond, derrière la clavicule; tamponnement avec une éponge: six aides compriment tour à tour. — Fièvre intense, toux, forte dyspnée, orthopnée; le 9<sup>e</sup> jour on enlève l'éponge. — guérison au bout de 3 semaines. (LE MÊME, *ibid.*, p. 133.)

OBS. CLVII. — Homme de 36 ans; 30 mai 1872; le goître existe depuis la naissance; goître kysto-parenchymateux du lobe droit, du volume d'un gros poing, globuleux, mobile, avec des concrétions calcaires. — Indication: volume de la tumeur. — Extirpation partielle. Ligature du pédicule

en quatre portions. Hémorragie considérable. Pansement : la plaie est remplie de bourdonnets de charpie trempés dans une solution aqueuse d'acide phénique. — Le lendemain, vomissements violents, fièvre intense, infiltration séro-sanguine du tissu conjonctif du cou ; le surlendemain coloration cuivrée et œdème jusqu'à l'épaule ; phlegmon septique, gangrène s'étendant jusqu'à la face ; septicémie. — Mort du 3 au 4 juin. — Autopsie : thrombus purulent de la jugulaire interne, pas de métastases ni d'épanchements. (KOCHER, de Berne. — *Kocher a*), t. IV, p. 429.)

OBS. CLVIII. — Femme de 40 ans ; 9 juillet 1873. Début à 15 ans ; goître kysto-parenchymateux colossal descendant jusqu'à l'épigastre. Pourtour de la tumeur, 0,60 ; du pédicule 0,48 ; longueur dans le sens vertical 0,43 ; globuleux, rénitent, fluctuant. Veines sous-cutanées volumineuses ; artères thyroïdiennes supérieures perceptibles à la vue et au toucher ; larynx et os hyoïde entraînés en bas et en avant ; les doigts peuvent se rencontrer derrière ces organes. La colonne cervicale décrit une convexité en avant. — Pas de dysphagie ni de dyspnée ; aphonie. Indication : Poids de la tumeur. — Extirpation partielle. Ablation de la plus grande partie de la tumeur ; on laisse seulement une portion de la paroi postérieure du sac et quelques petites nodosités en arrière. Pansement à l'ouate hydrophyle. Collapsus de courte durée. Fièvre modérée ; gonflement considérable de la plaie, badigeonnages à la teinture d'iode. Se lève au bout de trois semaines. Guérison. — La voix reste éteinte. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLIX. — Femme de 23 ans ; 23 juillet 1873. Début à 11 ans ; goître kysto-parenchymateux du lobe droit plongeant derrière la clavicule, du volume d'un poing d'enfant,



globuleux, ferme, assez mobile. — Dyspnée; incapacité de travail. — Extirpation partielle. Incision le long de la partie inférieure du sterno-cléïdo-mastoïdien droit; énucléation facile jusqu'à la trachée; adhérences étendues nécessitant 20 ligatures; ligature et section de l'isthme. Lister; bourdonnets entre les lèvres de la plaie. Pas d'accidents; exeat, guérie en moins de quatre semaines. — Antérieurement, traitement iodé, injections, etc., sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, p. 430.)

OBS. CLX. — Homme de 50 ans; 28 juillet 1873; début à 20 ans; goître kysto-parenchymateux volumineux occupant toute la face antérieure du cou, fluctuant, dur en plusieurs points; sensible à la pression, rougeur; circonférence du cou 0,60. Diagnostic : goître kystique enflammé. — Dyspnée, douleurs locales et irradiées, gonflement. — Extirpation partielle. Incision médiane; ouverture du kyste, écoulement d'un liquide fétide de couleur chocolat, épais. Beaucoup de ligatures artérielles et veineuses; adhérences étendues intimes avec la trachée; écraseur; dyspnée croissante; ablation de la tumeur au devant de la chaîne. Pansement comme ci-dessus. — Apyrexie à partir du 7<sup>e</sup> jour. Exeat, guéri le 15 septembre. — Plus de dyspnée. La tumeur était un kyste à parois très épaisses avec concrétions calcaires en plaques et des restes de tissu thyroïdien à la surface interne. Il y avait en outre des kystes dans l'épaisseur des parois. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXI. — Femme de 25 ans; 2 octobre 1873. A la face antérieure du cou, goître kysto-parenchymateux, gros comme une tête d'enfant, 0,34 à la base; globuleux, fluctuant, dur en quelques endroits, peu mobile. Abscessus sous-cutané, perforation de la peau; il s'écoule par là une ma-



DE L'EXCISION DU GOÎTRE PARENCHYMATEUX.

tière brunâtre épaisse. Diagnostic, goître kystique enflammé. — Indication : Inflammation de la tumeur. — Extirpation partielle. Incision longitudinale, énucléation difficile, beaucoup de ligatures. Pansement comme ci-dessus. — Abscess circonscrit. Sortie le 27 novembre. Les parois épaissies sont le siège d'une inflammation à forme hémorragique. (LE MÊME, *ibid.*, p. 431.)

OBS. CLXII. — Jeune homme de 17 ans; 28 novembre 1873. Début à 15 ans; goître kysto-parenchymateux du côté droit, à peine visible, plonge derrière la clavicule, du volume d'un petit œuf de poule, arrondi, mobile, rénitent. Trachée refoulée à gauche et comprimée. — Dyspnée considérable. — Extirpation partielle. Incision le long du sterno-cléido-mastoïdien; section longitudinale des sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens; beaucoup de ligatures. Même pansement. — Pas de fièvre; exeat, le 24 décembre. — Kyste à contenu vert-grisâtre. (LE MÊME, *ibid.*, p. 432.)

OBS. CLXIII. — Jeune homme de 17 ans; 19 février 1874. Début à 9 ans. Goître profond à gauche, caché derrière la clavicule et la première côte, mobile, globuleux, rénitent, fluctuant, bosselé. — Dyspnée, trachéosténose. — Extirpation partielle. Incision à gauche de la ligne médiane; beaucoup de veines, une trentaine de ligatures; ligature double de l'isthme et section. Même pansement. — Quitte le lit au bout de trois semaines. Guérison. — Kyste à contenu noir-verdâtre et dépôts brunâtres, parois épaisses avec beaucoup de noyaux solides et des foyers hémorragiques. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXIV. — Jeune fille de 16 ans; 17 décembre 1873. Début il y a quelques années. Goître parenchymateux du lobe droit du volume d'un œuf de poule, arrondi, pseudo-

fluctuation, plonge dans la cavité thoracique, mobile; lobe gauche également hypertrophié. — Dyspnée. — Extirpation totale. Incision médiane. Au cours de l'opération, on trouve une troisième tumeur grosse comme une noix, complètement cachée derrière le sternum et unie au lobe droit; le lobe gauche adhère solidement à la trachée. Une quarantaine de ligatures. On sent le tronc brachio-céphalique artériel avec le doigt. Même pansement. Durée, deux heures et un quart. — Fièvre violente éphémère, dysphagie. Exeat, le 15 janvier. — Des injections de teinture d'iode faites antérieurement avaient augmenté la dyspnée. La tumeur était un goître folliculaire, avec de nombreux foyers hémorragiques; la tumeur rétrosternale était un kyste à contenu liquide vert-noirâtre. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXV. — Fille de 11 ans, 8 janvier 1874. Début à 10 ans. Goître folliculaire mou, avec de nombreuses nodosités arrondies ou ovales de grosseur variable dans les deux lobes. — Pas de dyspnée, accroissement rapide. — Extirpation totale. Section des sterno-thyroïdiens. Adhérences fibreuses et vasculaires étendues avec la trachée, liées en 8 faisceaux et sectionnées. Peu d'hémorragie. Trachée dénudée dans une grande étendue. Même pansement. — Marche normale. Exeat, le 12 février. — Le goître avait résisté à divers traitements. Presque toutes les nodosités contenaient des hémorragies et des foyers de ramollissement avec ou sans cavité centrale. Au bout de quelques semaines, la patiente, jusque-là gaie et contente, devint maussade, paresseuse. (LE MÊME, *ibid.*, p. 433.)

OBS. CLXVI. — Femme de 24 ans, 15 juillet 1878. Goître existant depuis un grand nombre d'années. Goître parenchymateux, rétro-œsophagien. A gauche, tumeur du volume

d'un œuf de poule, dure, bosselée, isthme épaissi; le lobe droit, un peu augmenté de volume, donne naissance à un prolongement de la grosseur d'un doigt, parallèle à l'œsophage; à la paroi postérieure droite du pharynx, une tumeur aplatie, arrondie, mobile, ferme, du volume d'un gros œuf de poule, termine ce prolongement. — Dyspnée, dysphagie, toux, enrrouement. — Extirpation partielle. Incision le long du sterno-cléido-mastoïdien droit, tumeur refoulée au dehors par les doigts introduits dans la bouche, section des vaisseaux entre deux ligatures; l'artère thyroïdienne supérieure est très volumineuse, on la lie, ainsi que la veine. Incision de la capsule, énucléation, ligature du prolongement qui va au lobe droit. Lister. — Deux pansements. Exeat, le 29 juillet. La patiente a eu une thyroïdite aiguë au printemps précédent. (KOCHER. — *Kocher b.*)

OBS. CLXVII. — Homme de 24 ans, opération faite en 1878 ou 1879. Début à 18 ans. Goître parenchymateux du lobe gauche, du volume d'un œuf de poule. — Extirpation partielle, énucléation facile, pas d'hémorragie. — Plusieurs hémorragies secondaires. Guérison. — Tumeur composée de tissu thyroïdien presque normal, avec quelques kystes. (KOENIG, de *Gœttingue*. — *Riedel a.*)

OBS. CLXVIII. — Homme de 42-45 ans, 12 juillet 1874. Porte sa tumeur depuis un grand nombre d'années. Goître solide, énorme, assez mobile. — Dyspnée considérable. — Extirpation totale. Pas de chloroforme, ligatures doubles autour des brides, adhérences intimes avec la trachée; le segment antérieur de plusieurs anneaux cartilagineux est enlevé jusqu'à la muqueuse; plexus veineux très considérable; hémorragie modérée; carotide, jugulaire et pneumogastrique gauches enveloppés par la tumeur. Un prolonge-

ment plonge derrière le sternum, en le dégageant on comprime la trachée; 150-160 ligatures, ramenées au dehors; durée 3 1/2 heures. Pansement à l'huile phéniquée et à l'ouate.—Lavages à l'acide phénique (1 %). Toutes les ligatures sont éliminées du 11<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour. Exeat, au bout de 4 semaines, avec une petite plaie bourgeonnante. Guérison complète trois semaines après.—Poids de la tumeur 2 kilogrammes; elle contient des kystes et des masses cartilagineuses (enchondrome) (KRAUS, de *Schaessburg, Hongrie*.)

(Voir la relation complète de ce cas à la fin de ce mémoire.)

OBS. CLXIX. — Homme de 21 ans; octobre 1874; goître parenchymateux volumineux de toute la glande, très dur, presque pas mobile, peu proéminent, à base très large. — Dyspnée intense. — Extirpation partielle; pas de chloroforme; isolement de la jugulaire interne et de la carotide gauche, très laborieux; adhérences intimes avec la trachée et l'œsophage; opération terminée à la demande du patient après l'ablation du lobe gauche, qui était le plus volumineux. — Section de l'isthme; hémorragie parenchymateuse modérée; 10-12 ligatures; même pansement. — Même traitement. Mort subite le lendemain à 6 heures du matin. Le patient se sentit beaucoup soulagé après l'opération. Après la mort, on trouva la jugulaire interne complètement remplie par un caillot. L'autopsie ne put être faite. La tumeur était surtout constituée par du tissu fibreux très dense. (LE MÊME. — Même observation que ci-dessus.)

OBS. CLXX. — Homme de 18 ans; 18 mai 1875; début il y a six semaines; goître parenchymateux de toute la glande, ferme, pas mobile; les deux carotides refoulées en-dehors. — Respiration ralentie, très pénible, sifflante, dys-



phagie, aphonie, léger exophthalmus. — Extirpation totale. Chloroforme seulement au début, plus tard position assise, brouillard à l'acide salicylique. Incision médiane; ligature double des deux thyroïdiennes supérieures et inférieures; adhérences très fortes avec la trachée et l'œsophage; trachée fort rétrécie, parfois complètement fermée quand on soulève le lobe : alors accès de suffocation. Extirpation en deux portions; hémorragie modérée; drainage, pansement antiseptique. — Guérison par première intention; quitte le lit le 6<sup>e</sup> jour. — Tous les phénomènes se dissipèrent; 15 jours, après l'opération retour de la voix, mais toujours sub-paralysie de la corde vocale gauche pendant les premiers temps; finalement guérison. — Traitement antérieur : Injections parenchymateuses de teinture d'iode et d'ergot de seigle, sans résultat; la tumeur continuait à s'accroître. Poids de la tumeur : 375 grammes; composée de tissu presque normal. (KUESTER, de *Berlin*. — *Bruberger*.)

OBS. CLXXI. — Homme. — Extirpation totale; ligature préliminaire double et section des deux thyroïdiennes supérieures; séparation de la tumeur de la trachée et des carotides; ligature en masse des adhérences inférieures, y compris les thyroïdiennes inférieures. On laisse la tumeur en place; presque pas d'hémorragie. Marche très satisfaisante. Le 13<sup>e</sup> jour, hémorragie foudroyante; section du pédicule pour lier les vaisseaux; mort immédiate. (LANGENBECK, de *Gættingue*. — *Langenbeck*, p. 303 et p. 306, note).

OBS. CLXXII. — Garçon de 12 ans; opéré en 1876. Début dans l'enfance. Goître parenchymateux émanant d'une glande thyroïde accessoire, du volume d'un œuf d'oie, situé au-dessus des cartilages cricoïde et thyroïde, indépendant du corps thyroïde. — Extirpation partielle, ligature

de beaucoup de grosses veines. Guérison en 19 jours. (LANGENBECK, de *Berlin*. — *Kroenlein*.)

OBS. CLXXIII. — Garçon de 14 ans; 1<sup>er</sup> juin 1865; début dans la première enfance. Goître émanant de l'isthme, dur, résistant, mobile, du volume d'un œuf de poule. — Dyspnée assez forte, dysphagie, accroissement; instances du patient. — Extirpation partielle; chloroforme; incision suivant la longueur de la tumeur; presque pas d'adhérences, 8-10 ligatures; ligature double du pédicule; plumasseau de charpie dans la plaie, suture de la partie supérieure de la plaie. (Pas de fièvre. Exeat, guéri le 13 juillet. (LUCKE, de *Berne*. — *Brière*.)

OBS. CLXXIV. — Homme de 44 ans; 27 octobre 1865; début il y a six mois. Dans la région sous-maxillaire gauche, tumeur du volume d'un œuf de poule, mobile, paraissant circonscrite, isolée; corps thyroïde un peu augmenté de volume et paraissant indépendant de la tumeur. Veines jugulaires antérieure et externe fort dilatées, carotide repoussée en dehors et en arrière; tumeur solide, élastique. Diagnostic: probablement sarcome d'une glande lymphatique. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision de 2 1/2 pouces sur la tumeur; isolement facile au moyen du doigt; déchirure d'une artère en arrière de la tumeur. On ne peut la lier qu'en saisissant en même temps le ventre postérieur du digastrique. Alors seulement on découvre que la tumeur émane de la thyroïde par un pédicule épais de deux doigts; ligature et section de ce dernier. Hémorragie assez abondante, surtout veineuse. Durée: une heure. Bandes de diachylon, glace. — Cou gonflé, douloureux, respiration anxieuse, toux. Le surlendemain, angoisses, forte dyspnée, cyanose; mort à 9 heures du matin. — Autopsie:

infiltration purulo-sanguinolente du tissu cellulaire du cou et des muscles. Carotide et gros vaisseaux atteints d'athéromasie; l'artère déchirée était la thyroïdienne supérieure. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXXV. — Jeune homme de 17 ans; 16 octobre 1868; début dans l'enfance, goître du lobe droit, du volume du poing, mobile, dur, fluctuant en quelques points. Ponction exploratrice : rien. — Respiration striduleuse, dyspnée; doit rester assis la nuit pour ne pas étouffer. — Extirpation partielle. Énucléation laborieuse à cause du grand nombre de ligatures (12); ligature et section du pédicule. Durée, une heure et demie. Quelques sutures à la partie supérieure de la plaie. Pansement à l'acide phénique. — Respiration libre; marche rapide de la cicatrisation. Le 8 novembre, douleurs vagues et ouverture d'un petit abcès. Sortie le 16, complètement guéri. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXXVI. — Femme de 29 ans; 4 mars 1869; début dans l'enfance. Goître parenchymateux, du volume d'une pomme, à la face antérieure du cou, arrondi, mobile, solide, pédiculé; à droite, seconde petite tumeur, un peu sensible. — Extirpation partielle. Isolement lent, à cause du grand nombre de ligatures; la petite tumeur est en rapport avec la grosse; ligature en masse du pédicule, elle glisse et l'on doit lier isolément chaque vaisseau; hémorragie pas trop considérable; carotide et larynx partiellement dénudés. Pansement à l'acide phénique. — Fièvre assez forte, violente dysphagie; le 7 mars, on enlève les sutures, plus de fièvre, ni de douleurs; les ligatures tombent le 16 mars; exeat, le 3 avril, complètement guérie. — Des injections iodées parenchymateuses, faites pendant 16 jours, étaient restées sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXXVII. — Femme de 23 ans; 25 mars 1869; début à 10 ans; goître émanant de la partie inférieure de l'isthme, de la grosseur d'un œuf de poule, très dur, mobile, pédiculé. — Dyspnée assez forte. — Extirpation partielle; chloroforme administré avec beaucoup de réserve; patiente très remuante; 12 ligatures, hémorragie assez forte; ligature et section du pédicule; durée, 2 heures; pansement à l'acide phénique. — Douleurs, extinction de voix; les ligatures tombent peu à peu, la voix revient lentement; le 10 avril, tube à drainage. Exeat, le 15 avril, complètement guérie, la voix encore un peu enrouée. — La patiente était un peu crétine. Le 1<sup>er</sup> mai 1867, ponction, écoulement de 6 onces de liquide brunâtre, injections iodées, le goître n'avait pas sensiblement diminué; le 10 juin suivant, incision du kyste, même quantité de liquide; cicatrisation le 28 septembre. Rentre le 20 mars 1869. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXXVIII. — Homme de 22 ans; 7 août 1868; début dans l'enfance; tumeur siégeant dans la région sous-mentonnière, de la grosseur du poing, dure, mobile, soulève le plancher de la bouche et la base de la langue. Diagnostic : kyste dermoïde ou fibrome. — Gêne les mouvements de la tête, accroissement continu. — Extirpation partielle. Incision verticale, énucléation facile; le pédicule est fixé au cartilage de l'os hyoïde, ne contient pas de vaisseaux. Même pansement. — Pas de fièvre; sort guéri le 3 septembre. — La tumeur était un lobe séparé (accessoire) de la thyroïde; il contenait des granulations colloïdes. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXXIX. — Fille de 11 ans; 11 août 1869. Tumeur du lobe droit, assez mobile, fluctuation vague. — Grande dyspnée. — Extirpation partielle. Énucléation facile; pas

d'hémorragie; une douzaine de ligatures; pas de pédicule distinct; carotide et côté droit de la trachée mis à nu. **Même pansement.** — Pas de fièvre; dysphagie; sort guérie le 6 septembre. — La tumeur se composait de plusieurs petits kystes, dont les parois étaient constituées par du tissu thyroïdien; ils contenaient une matière gélatineuse, brunâtre. — Le 5 juin: ponction, léger écoulement brunâtre; ensuite injections parenchymateuses; la tumeur était devenue plus dure, mais sans diminuer sensiblement de volume. (LE MÊME, *ibid.*)

**OBS. CLXXX.** — Femme de 26 ans; 23 mai 1869. Début dans l'enfance. Tumeur du lobe droit, du volume d'une grosse pomme, mobile, ronde, très dure, refoule la trachée à gauche. — Grande dyspnée, désir de la malade. — Extirpation partielle; énucléation facile, pas de pédicule; 4 ligatures. **Même pansement.** — Pas de douleur ni de fièvre. Sort guérie le 18 juin. — La tumeur avait subi la dégénérescence graisseuse. (LE MÊME, *ibid.*)

**OBS. CLXXXI.** — Femme de 36 ans; 24 juin 1870. Début dans l'enfance. A droite, une grosse tumeur, fluctuante en certains points; une autre, plus petite, dure, siège sur la ligne médiane et à gauche; toutes les deux sont un peu mobiles; elles sont reliées entre elles. — Grande gêne de la respiration; dort assise. — Extirpation partielle; énucléation facile; la petite tumeur adhère à la trachée; hémorragie peu abondante; une dizaine de ligatures. **Même pansement, sutures à la partie supérieure.** — Fièvre assez forte; violents accès de toux avec suffocation, s'exaspérant lors des injections dans la plaie; emphysème cutané à la partie antérieure du cou. On découvre une petite fistule trachéale; suppuration très abondante. Le



15 juillet, on constate une infiltration du sommet du poumon droit. Sort le 1<sup>er</sup> août, la plaie est complètement guérie, mais la toux persiste. — Brière croit que la fistule a été faite pendant l'opération, sans qu'on s'en aperçût. — La grosse tumeur était un kyste, à parois très épaisses, contenant un liquide épais, filant, brunâtre; la petite était une tumeur parenchymateuse. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXXXII. — Femme de 33 ans; 20 décembre 1878 (?); début vers l'âge de 21 ans; goître accessoire du volume d'un œuf de poule, dur, bosselé, cartilagineux, mobile, situé à droite; le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume; jugulaire externe dilatée. Diagnostic : ganglion hypertrophié calcifié. — Douleurs lancinantes de temps en temps. — Extirpation partielle. Opération antiseptique; énucléation laborieuse; face postérieure de la tumeur couverte de petits kystes, à parois minces; tumeur beaucoup plus volumineuse qu'on ne l'avait cru; elle pénètre profondément; pas d'union avec le corps thyroïde, lequel n'est pas mis à nu. On trouve deux autres tumeurs isolées, du volume d'une aveline, près de la clavicule, dont l'énucléation est facile. Plaie très profonde. — Trois pansements; pas d'incidents; guérison le 9 janvier. — La tumeur principale était un goître kystique, développé dans une thyroïde accessoire; les deux petites tumeurs étaient formées de tissu thyroïdien normal. (MADELUNG, de *Boon*.—*Madelung*, p. 82.)

OBS. CLXXXIII. — Femme de 22 ans; opérée en 1876; goître accessoire formant une tumeur grosse comme un œuf de poule. — Extirpation partielle. Grand nombre de ligatures. — Résultat non indiqué. — La tumeur avait été prise pour un lymphome; elle est formée par des kystes et des parties solides. (LE MÊME, *ibid.*, p. 71.)

OBS. CLXXXIV. — Femme de 34 ans; 5 février 1832 (?); début à 26 ans; goître parenchymateux volumineux à gauche; s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'au delà de l'extrémité acromiale de la clavicule; larynx un peu déplacé vers la droite. Tumeur assez mobile, lisse, molle, élastique, non fluctuante, veines volumineuses. — De temps à autre, accès de suffocation pendant la nuit. — Extirpation partielle. Incision ovalaire, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la partie supérieure du thorax. Grand nombre de veines volumineuses. Dénudation de la jugulaire interne, de la carotide, du larynx, de la trachée et de l'œsophage; section des sterno-cléido-mastoïdien, sterno-thyroïdien, sterno-hyoïdien et omo-hyoïdien. Prolongement de la tumeur entre la trachée et l'œsophage. Énucléation très difficile; à chaque tentative, accès de suffocation, toux, convulsion; syncope à deux reprises. Opération suspendue deux fois. Division des adhérences avec l'autre lobe. Hémorragie de 8 onces; 35 ligatures. Durée: 1 heure. — Dysphagie considérable, hoquet, douleurs au cou, toux, congestions vers la tête, céphalalgie, oppression, etc.; sort guérie le 18 mai. — La patiente était épileptique. Pendant toute la durée du traitement, pas un seul accès. (MANDT, de *Greifswalde*. — *Guenther*, p. 374.)

OBS. CLXXXV. — Jeune homme de 19 ans, 10 mai 1860. Goître induré du lobe droit du volume d'une pomme. — Douleurs lancinantes, difformité. — Extirpation partielle. Incision en  $\neg$ , énucléation, 6 ligatures artérielles. — Le 3<sup>e</sup> jour, hémorragie violente, mortification partielle du lambeau. Guérison en 3 semaines. (MEEH, de *Brackenheim. Wurtemberg*. — *Meeh*.)

OBS. CLXXXVI. — Femme de 24 ans, 22 mai 1880. Goître

kysto-parenchymateux du lobe gauche, diamètre longitudinal 0,12, transversal 0,08, circonférence du cou 0,40. Limites : du trapèze gauche au sterno-cléïdo-mastoïdien droit et depuis le maxillaire inférieur jusqu'à un travers de doigt du sternum. Tumeur fluctuante, dure à la partie inférieure.—Dyspnée après des efforts, etc., et dans le décubitus dorsal ou latéral droit, dysphagie.—Extirpation partielle, chloroforme, Lister, pas de spray. Incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche, énucléation, 8 ligatures en masse et 4 isolées (catgut), presque pas d'hémorragie, sutures de catgut, drainage, Lister, attelles de bois pour fixer la tête.—Réaction assez forte. Le 25, intoxication phéniquée, eczéma violent, pansement ouaté. Le 28, forte hémorragie veineuse par l'angle inférieur attribuée à l'ulcération d'une veine par la pression du drain. Le reste de la plaie est guéri par première intention. A partir du 28, pansement à l'eau chlorée. Guérison fin juin.—Le 1<sup>er</sup> mai, ponction : 200 grammes d'un liquide colloïde de couleur chocolat, lavage avec une solution phéniquée ; le kyste se remplit de nouveau : badigeonnages à l'iode, rien. Poids de la tumeur, 350 grammes ; elle se composait d'un grand kyste et de trois tumeurs solides en partie calcifiées. (MOSETIG, de Vienne. — *Mosetig*, n° 35.)

OBS. CLXXXVII. — Femme de 41 ans, 21 juillet 1880. Début dans l'enfance. Goître kysto-parenchymateux bilobé, allant d'un trapèze à l'autre et du cartilage thyroïde au sternum, rénitent, élastique, bosselé. Pourtour du cou 0,40, diamètre longitudinal du lobe droit 0,10, du lobe gauche 0,08 ; diamètre transversal respectivement 0,08 et 0,07. — Dyspnée continue, dysphagie passagère, dort semi-assise, voix un peu rauque.—Extirpation totale. Chloroforme, Lis-

ter, pas de spray. Incision oblique de 0,14 allant de l'angle du maxillaire inférieur droit à l'insertion sternale du sterno-cléido-mastoïdien gauche, section des sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien droits, adhérences intimes entre la tumeur et la trachée. Ligature de l'isthme, ablation isolée du lobe droit, 8 ligatures en masse et 5 isolées (soie), très peu d'hémorragie. Enucléation du lobe gauche, mêmes adhérences, 6 ligatures en masse et 3 isolées. Trachée dénudée sur une étendue de 0,05. Ligatures en masse ramenées au dehors, 4 drains, sutures de catgut, Lister et attelles, durée 1 1/2 heure. — Agitation, dysphagie, collapsus. Mort subite 42 heures après l'opération. — Poids de la tumeur, 750 grammes; elle contient de nombreux kystes colloïdes; en outre, hyperplasie du tissu normal. — Autopsie: thrombose de l'artère basilaire et des deux artères sylviennes, ainsi que de l'une des branches de l'artère pulmonaire droite, coagulums dans le ventricule gauche. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLXXXVIII. — Femme de 19 ans, 27 octobre 1880. Début à 14 ans. Goître kysto-parenchymateux bilatéral. Circonférence du cou 0,44, lobe droit — un poing, descend jusqu'à la deuxième côte; diamètre longitudinal 0,14, transversal 0,08; le lobe gauche a le volume d'un œuf d'autruche; diamètre longitudinal 0,10, transversal 0,045, ferme, élastique, pas fluctuant. — Dyspnée, toux, enrouement, sommeil pénible, interrompu, dysphagie. — Extirpation partielle, Lister, pas de brouillard. Chloroforme. Incision de 0,15 le long du sterno-cléido-mastoïdien droit, adhérences solides, surtout avec la trachée; 14 ligatures en masse, 5 isolées, très peu d'hémorragie. Narcose très difficile, mauvaise, vomissements fréquents, grande prostration. Opération interrompue après l'ablation du lobe droit. Drainage, 7 sutures

de catgut, Lister, fixation de la tête comme ci-dessus. Durée 1 heure. — Suites très bonnes, légère intoxication phéniquée et eczéma érythémateux ; pansement ouaté. Guérie le 10 novembre. Poids du lobe droit, 185 grammes ; tissu dur, quelques kystes, noyau calcifié. (LE MÊME, n° 36.)

OBS. CLXXXIX. — Même patiente, 30 novembre 1880. Extirpation partielle (lobe gauche). Opération, narcose, etc., comme ci-dessus. La tumeur plonge dans la cavité thoracique ; nerf récurrent enveloppé par la tumeur, on le sectionne. La plaie s'étend jusqu'à la colonne vertébrale, et dans le thorax jusqu'au sommet du poumon. Drainage, sutures de catgut, attelles, Lister. Durée, 1 1/2 heure. — Pneumonie croupale à droite le jour même. Eczéma dû au pansement ; pansement à l'ouate ; se lève vers la mi-décembre. Guérison après la Noël. — Poids, 250 grammes ; un morceau excisé du récurrent d'une longueur de 0,04 est enveloppé complètement par la tumeur. Consistance semblable à celle du lobe droit. Patient aphone. Parésie de la corde vocale gauche, la voix finit par revenir, mais reste enrouée ; en février le patient parle à haute voix. (LE MÊME, *ibid.*)

L'auteur dit n'avoir trouvé aucun cas où l'extirpation ait été pratiquée en deux séances. (Voir le cas de Graefe, obs. CXXII et CXXIII).

OBS. CXC. — Femme de 31 ans ; 6 décembre 1877 ; goître kystique colloïde volumineux du lobe gauche ; larynx refoulé à droite, légère cyanose de la face. — Dyspnée intense. — Extirpation partielle. Chloroforme ; Lister, brouillard. Incision médiane, section des brides fibreuses entre deux ligatures, catgut à l'acide chromique ; hémorragie peu considérable ; adhérences avec l'œsophage ; sutures de soie, drainage. Lister. — Peu de fièvre, pas de réaction locale,



légère dysphagie; le 29, érysipèle du sein gauche pendant deux jours. — Guérison le 7 janvier 1878. — 3 mois auparavant, on avait fait la ponction et le drainage du kyste, sans résultat. (NUSSBAUM, de *Munich*. — *Wild*, p. 13.)

OBS. CXCI. — Femme de 22 ans; 27 juillet 1877; début à 12 ans; goître parenchymateux du lobe gauche, du volume d'une tête d'enfant, ferme, bosselé, veines dilatées. — Dyspnée, suffocations. — Extirpation partielle. Incision en volets (1); opération comme ci-dessus; ligature de catgut sur le pédicule; très peu d'hémorragie, sutures de catgut, même pansement. — Peu de réaction, légère dysphagie. Eczéma dû au pansement, réunion par première intention, sauf au point de drainage. Le 11 août, élimination d'un lambeau de tissu mortifié et de 2 ligatures de catgut. Guérison le 23 août. (LE MÊME, *ibid.*, p. 17.)

OBS. CXCH. — Femme de 22 ans; 27 juin 1877; début à 15 ans. Goître solide, du volume d'une tête d'enfant. — Dyspnée, dysphagie, vertiges. — Extirpation totale. Opération comme ci-dessus. Violente hémorragie venant d'une veine incisée longitudinalement et de quelques branches artérielles; trachée comprimée et aplatie latéralement. Même pansement. — Peu de réaction; eczéma; pommade à l'acide borique. Guérison le 23 juillet. (LE MÊME, *ibid.*, p. 18.)

OBS. CXCH. — Femme de 23 ans; 10 novembre 1879; début à 15 ans, goître kysto-parenchymateux volumineux, sur la ligne médiane, dur, très peu mobile. — Forte dyspnée. — Extirpation partielle. Incision en H. Opération comme ci-dessus; une cinquantaine de ligatures. Même pansement. — Grande agitation, état septique de la plaie, pansement à l'acide borique; élimination d'un grand nombre de lambeaux de tissu mortifié. — Guérison le 8 dé-

cembre. — Auparavant, ponction et évacuation de beaucoup de liquide clair. Récidive. (LE MÊME, *ibid.*, p. 20.)

OBS. CXCIV. — Femme de 26 ans; 4 novembre 1879; début à 15 ans; goître parenchymateux médian, du volume du poing, dur, mobile, arrondi. — Indications : motifs d'esthétique. — Extirpation partielle. Incision en H. Opération comme ci-dessus, facile; 20 ligatures, peu d'hémorragie. Même pansement. — Marche satisfaisante; réunion par première intention. — Guérie le 6 décembre. (LE MÊME, *ibid.*, p. 21.)

OBS. CXCV. — Femme de 20 ans; 14 décembre 1879; goître parenchymateux du lobe droit, arrondi. — Dyspnée. — Extirpation partielle. Incision en T; très peu d'hémorragie; sutures de détente; même pansement. — Marche sans incident. — Guérison le 10 janvier 1880. — Antérieurement : iodure de potassium, sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, p. 22.)

OBS. CXCVI. — Homme de 23 ans; 23 juillet 1879; début à 8 ans; goître kysto-parenchymateux volumineux du lobe droit, fluctuant en un point. — Dyspnée; motifs d'esthétique. — Extirpation partielle. Incision longitudinale. Opération comme ci-dessus, beaucoup de ligatures; même pansement. — Marche normale. Guérison le 12 août. — Auparavant, ponction : grande quantité de liquide sanguinolent; sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, p. 23.)

OBS. CXCVII. — Homme de 22 ans; 3 décembre 1879; goître suffocant; tumeur solide, très dure de chaque côté, pas très proéminente, plongeant derrière les clavicules. — Accès de suffocation quotidiens. — Extirpation totale. Incision en volets (I). Opération comme ci-dessus; adhérences intimes avec la trachée; énucléation laborieuse, les 2 tumeurs plon-

geant profondément derrière les clavicules; ligature du pédicule trachéal en plusieurs portions. Cyanose, dyspnée. Même pansement. — Cyanose, dyspnée, râle trachéal, prostration, perte de connaissance. — Mort peu de temps après l'opération. — Autopsie : pneumo-thorax à gauche; les deux poumons fort comprimés; petite perforation de la plèvre, produite probablement pendant l'opération. (LE MÊME, *ibid.*, p. 24.)

OBS. CXCVIII. — Femme de 34 ans; 19 février 1880; goître parenchymateux de toute la glande, surtout à droite, existe depuis plus de 15 ans. — Dysphagie, dyspnée, suffocations. — Extirpation totale, opération comme ci-dessus; peu d'hémorragie; même pansement, — Marche d'abord satisfaisante, puis état septique de la plaie, érysipèle à la poitrine, puis amélioration. Exeat, le 21 mars, avec une petite fistule. — La pommade à l'iodure de potassium était restée sans effet. (LE MÊME, *ibid.*, p. 25.)

OBS. CXCIX. — Femme de 47 ans; opérée en janvier 1877; début à 42 ans; goître parenchymateux volumineux. — Dyspnée intense. — Extirpation totale (?). Opération comme ci-dessus, sans incident. — Forte hémorragie secondaire; état septique de la plaie. — Guérison au bout de 14 semaines. (LE MÊME, *ibid.*, p. 26.)

OBS. CC. — Homme de 21 ans; mars 1877; goître volumineux entourant complètement la trachée. Les lobes latéraux ont le volume d'une tête d'enfant, le lobe médian celui d'un poing. — Dyspnée intense. — Extirpation totale. Opération comme ci-dessus. Environ 80 ligatures doubles; trachée et colonne vertébrale complètement disséquées. — Pas d'incidents. — Guérison en 7 semaines. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CCI. — Femme de 47 ans; août 1879; début à

17 ans; goître volumineux, patiente très faible. — Cyanose, dyspnée intense, syncopes. — Extirpation totale (?). Opération comme ci-dessus. Trachée dégénérée, mince comme du papier; trachéotomie; ligature de la carotide gauche. — La patiente ne se remet pas; collapsus. — Morte le lendemain. (LE MÊME, *ibid.*, p. 27.)

OBS. CCII. — Femme de 28 ans; 29 novembre 1879. Goître volumineux, suppuré. — Dyspnée intense, suppuration septique considérable. — Extirpation totale (?). Beaucoup de clapiers. Opération comme ci-dessus. — La plaie reste septique pendant 3 semaines. Pendant 4 semaines, voix enrouée, puis état normal. — Guérison au bout de 9 semaines. — Auparavant, ponctions, injections iodées. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CCIII. — Pas de détails. Guérison. (OHLE, de *Dresde*. — *Hedenus, fils*, p. 291.)

OBS. CCIV. — Femme de 33 ans; 13 décembre 1879; goître existant depuis plusieurs années. Tumeur irrégulière, très dure en quelques points, molle, élastique en d'autres, du volume d'une pomme; située à la face antérieure du cou; larynx et trachée refoulés à droite. — Indications: accroissement de la tumeur, crainte de dangers futurs. — Extirpation totale. Anesthésie locale. Lister. Incision médiane de 0,12. Réseau artériel et veineux serré; plus de 80 ligatures de catgut; drainage, sutures, pansement compressif; Lister. Durée (y compris le pansement): 2 1/2 heures. — Légère dysphagie; 3 pansements (y compris celui du premier jour), réunion parfaite le 6<sup>e</sup> jour. — Divers traitements médicaux sans résultat. (REVERDIN, *Auguste*, de *Genève*. — *Reverdin*.)

OBS. CCV. — Homme de 62 ans; 5 mai 1880; début à

37 ans; goître kysto-parenchymateux énorme, ayant une circonférence de 0,60; s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'au-devant de la partie supérieure du thorax; sphérique, mobile, fluctuant. — Peu de dyspnée, enrouement, légère toux; poids, volume de la tumeur considérables. — Extirpation totale; pas de chloroforme; Lister; Spray. Incision médiane de 0,25; plus tard, une seconde, de 0,12, perpendiculaire à la première du côté gauche. Rupture du kyste; plus d'un litre de liquide brun-verdâtre avec des corps blanchâtres (fibrine). Dissection du kyste. Résection des lambeaux exubérants de tissu conjonctif et aponévrotique; sutures, drainage; Lister. Durée 2 heures. — Pas d'incidents. Le 12, érythème général dû au pansement. Exeat, guéri le 13 mai. — Traitements médicaux sans résultat. La rétraction des vastes lambeaux de peau se fit bien. La membrane thyroïdienne avait une hauteur de 0,05-0,06. (LE MÊME. — *Boursier*, p. 187.)

OBS. CCVI. — Homme de 26 ans, 25 juillet 1877. Le goître existe depuis longtemps. Goître suffocant, calcifié, surtout à droite, surface égale, arrondie, pierreuse, fort peu mobile, plonge derrière la fourchette; gros comme un poing. — Dyspnée, dysphagie, asphyxie imminente. — Extirpation totale; Lister. Brouillard. Incision en L. Dissection de la partie inférieure de la tumeur, trachéotomie immédiate, un peu au-dessus du sternum; pénétration de sang dans la trachée. La tumeur a plusieurs prolongements: opération laborieuse. Section de la thyroïdienne inférieure droite, hémorragie abondante, beaucoup de ligatures. Trachée déviée, aplatie, tordue de droite à gauche. Drainage. Lister. Durée 3 heures. — Pneumonie lobulaire (due à l'introduction de sang dans la trachée); rougeur et emphysème autour de la plaie. Mort le



29. — Iodure de potassium intus et extra sans résultat. Impossible de pratiquer la trachéotomie avant l'opération, le goître recouvrant la trachée. La tumeur avait le volume du poing, la coque était calcifiée, le noyau fibreux; lobe gauche et isthme normaux. Autopsie : pneumonie; polype dans le larynx. (REVERDIN, Jacques, de *Genève*. — *Ibid.*, p. 178.)

OBS. CCVII. — Femme de 19 ans; 4 mars 1881. Début à 11 ans. Goître kysto-parenchymateux de la face antérieure du cou, du volume du poing, mobile, élastique, fluctuant. Dimensions : 0,12 sur 0,15. — Extirpation totale. Chloroforme, brouillard; beaucoup de ligatures veineuses, fortes adhérences de la tumeur avec la trachée; toux, dyspnée, grande faiblesse. Drain en os décalcifié, sutures de catgut, pansement antiseptique. Durée 3/4 d'heure. — Réunion par première intention, sauf au point de drainage, par où s'écoule une petite quantité de pus fétide. Le 27 mars (dernières nouvelles), il y avait toujours un léger écoulement. (LE MÊME (\*). — *Wise*.)

OBS. CCVIII. — Femme de 21 ans; 16 décembre 1875; début à 12 ans; goître parenchymateux du volume d'une pomme, situé au-devant du larynx, sphérique, ferme; circonférence du cou 0,35. — Dyspnée modérée après des efforts; désir de la patiente. — Extirpation totale; chloroforme. Incision de 0,06 le long du sterno-cleïdo-mastoïdien droit, plus tard une seconde incision perpendiculaire; hémorragie peu considérable; 71 ligatures restant dans la plaie (ligature double de chaque vaisseau). Durée 3 heures. — Traitement à ciel ouvert. Réaction modérée; les dernières ligatures sont éliminées le 26. Exeat, complètement guérie, le 22 janvier. — A la suite d'injections parenchymateuses de

(\*) L'observation de RIEDEL porte le n° CCXX.

teinture d'iode, la circonférence du cou avait été réduite de 0,38 à 0,35. Après l'extirpation, on trouve que la tumeur est plus grande qu'elle ne paraissait avant. (ROSE, de *Zurich*. — *Rose a*), p. 59.)

OBS. CCIX. — Homme de 40 ans; 10 février 1876; début à 26 ans. Goître parenchymateux situé à droite, dur, rond, bosselé, du volume du poing, plonge derrière la clavicule. Circonférence du cou, 0,43; trachée refoulée à gauche; du côté gauche, tumeur dure, grosse comme une noix. A droite, en outre, fistule à la suite d'un abcès consécutif à une injection. — Extirpation totale. Incision de 0,15 le long du sterno-cléido-mastoïdien et une autre perpendiculaire à celle-ci. Pendant l'opération, on trouve un troisième lobe vers la région sous-maxillaire; adhérences intimes et vasculaires du goître avec la trachée et le cartilage cricoïde; la trachée est ramollie; deux accès de suffocation. Carotide droite dénudée sur une étendue de 0,06, le bord supérieur du sternum est mis à nu. Hémorragie considérable, 22 ligatures simples et 16 doubles. Patient très pâle. — Pansement à ciel ouvert. Fièvre pendant six jours. Le 29, ouverture d'un abcès. Le 18 mars, amygdalite, enrrouement, fièvre, nouvel abcès, ouvert le 26. Exeat, guéri le 1<sup>er</sup> mai. — Un an avant l'opération, la tumeur avait le volume d'une tête d'enfant; on fit trois ponctions suivies d'injections iodées; la première fois évacuation d'une chopine de liquide sanguinolent. La troisième fois, abcès et fistule. Dimensions du lobe droit après conservation dans l'alcool: longueur 0,09, largeur 0,08, épaisseur 0,05. (LE MÊME, *ibid.*, p. 60.)

OBS. CCX. — Homme de 24 ans; 11 mars 1876; le goître existe depuis plus de 15 ans; goître parenchymateux volumineux, situé à droite, sphérique, s'étend depuis le maxil-

laire inférieur jusque derrière la clavicule; circonférence de la tumeur, environ 0,26; trachée et cartilage cricoïde fortement refoulés à gauche; plusieurs ganglions lymphatiques engorgés (syphilis, trois ans auparavant); larynx et trachée fortement aplatis; la moitié droite du cartilage thyroïde enfoncée; pourtour du cou 0,38. Grande gêne de la respiration et de la parole, palpitations, accroissement rapide du goître, douleurs irradiées; accès de suffocation. — Extirpation totale. Incision en V, le long du bord antérieur des sterno-cléïdo-mastoïdiens; énucléation très difficile; prolongement du lobe droit derrière le sternum; à gauche, prolongement s'élevant jusqu'à l'apophyse styloïde; grand nombre de vaisseaux. Excision des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens; fortes adhérences du goître à la trachée. Hémorragie pas très considérable, seulement une veine venant de la tumeur donna lieu à un écoulement sanguin rebelle; compression digitale; 84 ligatures dont 42 restèrent dans la plaie. Durée près de 4 h. — Patient pâle, épuisé, grande soif, très agité, toux rebelle, dyspnée croissante, intense, pas de fièvre, pas de signes apparents de laryngosténose, pas de gonflement du cou, ni de changement à la plaie. — Mort subite le lendemain matin. Autopsie : congestion et œdème considérable des méninges et du cerveau; légère infiltration sanguinolente du médiastin antérieur jusqu'au cœur, adhérences pleurétiques anciennes des deux côtés, tubercules miliaires. Liquide séro-sanguinolent dans le péricarde, endocarde imbibé, etc., trachée ramollie. (LE MÊME, *ibid.*, p. 62.)

OBS. CCXI. — Jeune fille de 14 ans; 27 septembre 1876. Début il y a 6 mois. Goître parenchymateux, paraissant avoir le volume d'une noix; dans la respiration profonde,

bruit de sténose. Circonférence du cou : 0,35; diagnostic : ramollissement de la trachée et bronchosténosie. — Dyspnée, surtout le soir au lit; accroissement et sensibilité du goître, accès de suffocation graves. — Extirpation totale. Narcose. Incision de 0,09 le long du sterno-cléïdo-mastoïdien droit, et une seconde perpendiculaire, de 0,06. Section des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens; on trouve deux tumeurs du volume d'une pomme et du volume d'un œuf de poule, au milieu la trachée comprimée et déviée à droite; en haut, elle est complètement ramollie : On fait la trachéotomie. De la tumeur gauche, on retire 45 grammes d'un liquide jaune; 27 ligatures restent dans la plaie. Durée, 1 1/2 heure. — Deux fois, légère hémorragie, entrée de sang dans la trachée. Le 13 janvier, on retire la canule; fistule fermée le 20. Exeat, guérie le 13 février. — Traitement à l'iode de potassium et aux pommades, sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, p. 66.)

OBS. CCXII. — Garçon de 13 ans; 14 décembre 1876; début à 10 ans. Goître parenchymateux du volume d'une grosse pomme, surtout à gauche, mobile, assez mou, élastique, fluctuant en un point; larynx et trachée fortement refoulés à droite, formant un arc de cercle, à trois bons travers de doigt de la ligne médiane; forte compression latérale de la trachée, celle-ci est sensible à la pression (ramollissement inflammatoire). Circonférence du cou : 0,33. — Extirpation totale. Narcose. Incision en T. Trachéotomie. Section des vaisseaux entre 2 ligatures; tissu conjonctif épaissi (péristrumite indurative). Divers prolongements de la tumeur du côté droit, en haut, jusqu'à l'apophyse styloïde, en bas, jusque près de la clavicule. Fortes adhérences avec le larynx et la trachée, cette dernière fort ramol-

lie. 87 ligatures ramenées au-dehors. Durée 4 heures. — Fièvre modérée pendant 6 jours. Le 9 février, retrait de la canule, respiration normale, voix très faible, voilée, enrrouée. Exeat le 5 mars, cicatrisation complète; la voix laisse toujours à désirer. — Pommades; iode à l'extérieur, sans grand résultat. — Le lobe droit présentait une hyperplasie simple; le lobe gauche contenait beaucoup de kystes, atteignant jusqu'au volume d'une pomme; l'un d'eux renfermait un corps d'aspect vitreux, gros comme un ongle. (LE MÊME, *ibid.*, p. 68.)

OBS. CCXIII. — Homme de 22 ans; 28 février 1878; goître existant depuis 4 1/2 ans. Goître parenchymateux sous-sternal, situé à droite, du volume d'une pomme; globuleux, dur, mobile; carotide un peu refoulée en dehors, larynx et trachée légèrement déviés à gauche, trachée sensible à la pression. Pourtour du cou, 0,34. — Dyspnée, gêne des mouvements, voix voilée, rauque. — Extirpation totale. Chloroforme. Longue incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien droit, plus tard, une seconde, le long du même muscle à gauche (incision en V); section des sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien gauches; 52 ligatures dans la plaie, trachée, larynx et grands vaisseaux dénudés; au fond de la fossette jugulaire, on sent battre la crosse de l'aorte. — Traitement à ciel ouvert; grande agitation; première nuit, hémorragie profuse, qui s'arrête spontanément, fièvre; badigeonnages de la plaie avec l'huile phéniquée. A chaque inspiration, l'huile et le pus disparaissent dans l'entonnoir, derrière le sternum et reviennent mélangés de bulles d'air à l'expiration. Ligatures expulsées peu à peu (37 le même jour). Exeat, guérie, le 24 mars. — La tumeur avait la forme d'un fer à cheval, le bord concave mesurant 0,16,



le bord convexe 0,19. La tumeur se trouvait au sommet du lobe droit, nettement circonscrite. C'était un goître hyperplasique, avec dégénérescence colloïde. A la face postérieure, empreintes profondes, produites par la trachée et l'œsophage. (LE MÊME, *ibid. b.*)

OBS. CCXIV. — Fille de 10 ans; 20 septembre 1878. Goître congénital suffocant, situé dans la fossette jugulaire, du volume d'un poing, rénitent, fluctuation douteuse; pendant les mouvements de respiration et de déglutition, il disparaît presque à moitié derrière le sternum. — Dyspnée intense, croissante, asphyxie imminente, convulsions, coma; r. 52 à la minute. — Extirpation totale. Pas de narcose. Longue incision médiane. On parvient à grand peine à détacher et à relever le goître assez pour arriver au-dessous à la trachée, qui était tellement ramollie qu'on ne la sentait pas; elle est complètement aplatie; ponction du goître: 2 onces d'un liquide foncé, filant; trachéotomie, énucléation du goître, ligatures en masse de deux pédicules et section. — L'état comateux persiste jusqu'au milieu de la nuit; très peu de fièvre pendant quelques jours; pas d'accident, seulement, le 22 et jours suivants, on entend dans la région précordiale de nombreux râles synchrones à la systole et ne disparaissant pas lorsque la patiente suspendait la respiration, signe d'emphysème du médiastin dû à la rupture d'une alvéole pulmonaire pendant l'accès d'asphyxie: presque pas de fièvre. Guérison au bout de cinq mois. (LE MÊME. — *Keck*, p. 30 et 98.)

OBS. CCXV. — Femme de 24 ans; 24 avril 1876. Depuis sa jeunesse, goître hypertrophique de toute la glande, à droite du volume d'une pomme, à gauche plus petit, très ferme. Circonférence du cou, 0,33. — Respiration bruyante,

pénible, voix rauque, fortes palpitations, yeux un peu saillants, quelques accès de suffocation. Extirpation totale. Chloroforme. Incision en V, vomissements, peu d'hémorragie, doubles ligatures, larynx et trachée dénudés, goître complètement énucléé et ne tenant plus que par l'artère thyroïdienne inférieure droite. La patiente s'éveille et vomit, on lui tourne la tête à gauche, la respiration cesse tout à coup; cyanose; on pratique la trachéotomie, on fait la respiration artificielle pendant deux heures, tout est inutile : la mort a été foudroyante. — Traitement antérieur : iode intus et extra, fer, etc., et injections parenchymateuses de teinture d'iode. La plus grande circonférence du cou avait été de 0,42, elle fut réduite grâce au traitement à 0,33. C'était un goître colloïde. — Autopsie : dégénérescence graisseuse du cœur, bronchiectasies modérées, ramollissement de la trachée. (LE MÊME. — *Rose a*), p. 53.)

OBS. CCXVI. — Femme de 56 ans; 16 mai 1877. Début à 42 ans. Goître bilatéral solide, mobile, globuleux, gros comme un poing, siégeant à la face antérieure du cou, plus à droite qu'à gauche, très proéminent. Circonférence du cou, 0,43. — Forte dyspnée, qui s'accroît par une légère pression, toux, voix enrouée, accroissement rapide. — Extirpation totale. Narcose. Incision de 0,04 un peu à gauche de la ligne médiane, et une autre perpendiculaire à la première (—|). Ligature immédiate de tous les vaisseaux, dénudation de la trachée, qui forme arête en avant; elle est ramollie : trachéotomie, énucléation de la tumeur droite, puis de la tumeur gauche. Dans la fossette jugulaire, on sent les pulsations du tronc brachio-céphalique; 24 ligatures ramenées au dehors. Durée une heure. — Pansement humide à l'acide phénique, toux, respiration difficile, écoulement

persistant de sang par la plaie et par la canule; on découvre et lie plusieurs vaisseaux qui saignent très fort; l'hémorragie continue, mais plus faible et finit par s'arrêter. Mort subite le 21 mai. — Autopsie : œdème et emphysème pulmonaire, œdème cérébral, tuberculose, marasme. Le sommet du poumon gauche est à 0,005 du fond de la plaie. (LE MÊME, — *Keck*, p. 10.)

OBS. CCXVII. — Fille de 11 ans; 22 mars 1879. Début à 9 ans. Goître suffocant du lobe gauche, mou, pas de fluctuation. — Cyanose, dyspnée menaçante, impossibilité de redresser la tête, qui doit rester penchée en avant pour rendre la respiration possible; asphyxie imminente. — Extirpation totale. D'abord trachéotomie, chloroforme. Trachée et larynx refoulés à droite formant un demi-cercle. Incision en V; au moment où l'on redresse la tête la respiration cesse; dénudation et incision rapide de la trachée, insufflation d'air, respiration artificielle : la malade revient à elle, écoulement de sang dans la trachée : aspiration. La trachée était fortement ramollie, aplatie, ses parois étaient si rapprochées que lorsqu'on redressait la tête la lumière du tube disparaissait. Extirpation, plus de chloroforme (la patiente continue à dormir pendant plusieurs heures); la tumeur était intimement adhérente au côté gauche de la trachée, le larynx revient aussitôt dans la ligne médiane; 32 ligatures ramenées au dehors, durée 2 heures. — On enlève la canule le 18 mai. Exeat, guérie, le 1<sup>er</sup> juin. Pourtour de la tumeur : dans le sens longitudinal 0,15, dans le sens transversal 0,13; elle était formée par une masse colloïde. Quelques injections parenchymateuses de Luton étaient restées sans résultat. (LE MÊME, *ibid.*, p. 20.)

OBS. CCXVIII. — Jeune fille de 16 ans; 22 janvier 1878.

Début à 12 ans. Goître parenchymateux bilatéral.— Enrouement, parésie des cordes vocales. Extirpation totale. Lambeau en V; extirpation facile, hémorragie considérable, trachée en fourreau de sabre, fort ramollie, 20 sutures, drainage, Lister. — Dyspnée, aphonie complète, vomissements après l'opération, toux, dysphagie, intoxication phéniquée, rétention d'urine; au bout de deux jours, amélioration, mais en même temps fourmillements et douleurs dans les membres supérieurs; tétanie prononcée, 14 accès en 13 jours; 8 jours après, dernier accès. Traitement: morphine; réunion par première intention, sauf aux points de drainage. Le 13 février, violent spasme facial bilatéral calmé par des inhalations de chloroforme. Exeat, le 27 février. — Dans les commentaires sur ce cas l'auteur dit que les récurrents ont été sectionnés. (SCHOENBORN, *Kœnigsberg*. — *Falkson*.)

OBS. CCXIX. — Femme de 29 ans; 10 juillet 1878 (?). Début à 27 ans. Goître parenchymateux, à droite, tumeur du volume d'un œuf de poule, le lobe gauche paraît normal. — Indication: accroissement rapide. — Extirpation totale. Incision médiane, lobe gauche plus volumineux que le lobe droit, hémorragie considérable, ramollissement trachéal très avancé, asphyxie imminente, trachéotomie. Pansement à la gaze phéniquée, vomissements, rétention d'urine, paralysie complète des cordes vocales, cardialgie, oppression, intoxication phéniquée. Le 14, accès de tétanie, 4 accès en 7 jours, trachéite, pneumonie, suppuration abondante, eschare des bords de la plaie trachéale. Le 3 août, délire furieux et mort. — Autopsie: pleuro-pneumonie bilatérale, rien dans les centres nerveux. — Même observation que ci-dessus. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CCXX. — Femme de 38 ans, 10 juillet 1882. Goître



volumineux, circonférence du cou 0,46. — Pas de troubles, désir de la malade de souffrir de grandes douleurs par esprit de mortification (ceci n'a été révélé qu'après l'opération. — Extirpation totale, chloroforme. Énucléation difficile, à cause des adhérences avec les tissus voisins. Narcose souvent interrompue, les deux récurrents sont soigneusement isolés, adhérences avec la trachée, celle-ci est un peu ramollie, mais ne s'affaisse pas pendant l'inspiration; la gaine des vaisseaux n'a pas été ouverte. Hémorragie assez abondante. Durée 3 heures. A la fin de l'opération irrigation avec une solution d'acide phénique (2 %); aussitôt enrrouement et de la dyspnée qui se développe peu à peu. — Deux heures après l'opération, 160 pulsations, 40 inspirations à la minute, râle trachéal, agitation; on ne trouve rien qui explique ces phénomènes. Le lendemain, forte cyanose de la face, continuation des autres symptômes; trachéotomie sans résultat, pas de réaction autour de la plaie, pansement à ciel ouvert. Le soir, inflammation dans la plaie, pneumonie à gauche, faim insatiable. Morte le 13 juillet. — Autopsie : médiastinite antérieure au début, thymus volumineux, pneumonie lobulaire à gauche, très peu à droite. Cœur gorgé de sang, de même que les artères pulmonaires, les pneumogastriques intacts, les récurrents imbibés de sang, mais pas altérés dans leur texture ni lésés. — L'auteur attribue les phénomènes observés à la paralysie d'une partie et à l'irritation d'une autre partie des nerfs pneumo-gastriques et récurrents, par suite de leur imbibition d'acide phénique. (RIEDEL, *Aix-la-Chapelle*. — *Riedel*.)

OBS. CCXXI. — Garçon de 10 ans, opéré en 1866. Début à 9 ans. Goitre parenchymateux (colloïde), du volume d'une pomme de grosseur moyenne, rénitent, élastique, sphéri-



que, mobile. Circonférence du cou, 0,315. — Dyspnée. — Extirpation totale. Hémorragie assez forte; plus de 20 ligatures. Durée, 1 heure. — Forte fièvre. Guérison au bout d'un mois. — Changement dans l'état mental (v. au chapitre des *Complications*. (SICK, de *Stuttgart*. — *Sick*.)

OBS. CCXXII. — Femme de 28 ans; 21 mai 1829. Début à 26 ans. Goître parenchymateux du lobe droit, du volume d'un œuf de poule, pas très dur, pas de fluctuation, lisse, mobile. — Indication : désir de la malade. — Extirpation partielle. (Pour le procédé opératoire, voir le cas suivant.) Hémorragie secondaire, pas très considérable, fièvre assez forte, inflammation de la plaie et des alentours, trachéite, suppuration modérée. Le 22 juin, chute de la dernière ligature (celle de l'isthme). Le 30, gonflement du lobe gauche. Guérison. Un léger gonflement du lobe gauche persiste après la guérison. (WALTHER, de *Bonn*. — *Zartmann*, p. 26.)

OBS. CCXXIII. — Femme de 34 ans; 11 août 1829. Début à 26 ans. Goître parenchymateux du lobe droit et de l'isthme, assez dur; carotide un peu déviée; la tumeur touche au lobe gauche et descend jusqu'au sternum. — Dyspnée, surtout quand la patiente monte ou se couche sur le dos; désir de la malade. — Extirpation partielle. Longue incision au bord du sterno-cléïdo-mastoïdien, et une seconde perpendiculaire, au milieu de la première. Thyroïdienne supérieure divisée en 2 branches; ligatures simples et section, hémorragie abondante par les bouts périphériques; ligature, puis section de la thyroïdienne inférieure, qui est très volumineuse et est divisée en plusieurs branches. Les organes du cou ne sont pas dénudés, on voit battre la carotide. Dans l'épaisseur de l'isthme se trouve un

— Opération faite sur les conseils de Desault. (ANONYME, *Paris*. — *Rullier b*), p. 564.)

OBS. III. — Femme de 27 ans, opérée en 1807. Début à 20 ans. Goître volumineux, trilobé; le lobe moyen retombe au-devant du sternum; diamètre de la tumeur, 4 pouces. — Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Ablation du lobe moyen. Incision transversale; pas d'hémorragie. — Pas d'accident. Guérison au bout d'un mois. (ANONYME. — *Rullier a*), p. 16.) (V. plus loin obs. XI.)

OBS. IV. — Homme. Goître plongeant, bilobé, fixé à la partie moyenne du corps thyroïde, lequel est sain, par un pédicule assez long; le lobe inférieur plonge entièrement derrière le sternum; chaque tumeur a le volume d'un œuf de pigeon, elle est ferme et lisse. — Gêne modérée causée par le col du vêtement; crainte de complications futures. — Extirpation partielle. Incision longitudinale, ligature en masse du pédicule; ablation des deux tumeurs. — Aussitôt après l'opération, et avant l'application du pansement, intumescence subite, considérable, progressive du corps thyroïde et de tout le cou, avec menace de suffocation; ce gonflement ne s'arrête que le second jour. Suppuration abondante. Guérison. — L'auteur considéra ce gonflement comme dû à une congestion active du corps thyroïde. Il faut plutôt admettre qu'il s'agissait d'une infiltration séro-sanguine. La tumeur était composée de deux kystes fibro-séreux, à parois très épaisses et contenant des concrétions crétacées. (BÉGIN, de *Strasbourg*. — *Bégin*.)

OBS. V. — Pas de détails. Mort; cause non renseignée. (BLANDIN, de *Paris*. — *Michel*, p. 719.)

OBS. VI. — Goître suffocant. Guérison par première intention. (BOECKEL, de *Strasbourg*. — *Boeckel*.)

OBS. VII.— Pas de détails. Mort d'hémorragie. (BONNET, de *Clermont-Ferrand*. — *Brun*, p. 16.)

OBS. VIII. — Jeune femme; 22 octobre 1881. Début il y a cinq ans; goître parenchymateux, du volume d'une orange; envoie un prolongement derrière le sternum. — Compression de la trachée. — Extirpation totale (?) Incision en U; il y a deux prolongements latéraux, et un médian qui touche au tronc brachio-céphalique veineux; fortes adhérences avec la trachée. Peu d'hémorragie, une suture, drainage. — Pansement antiseptique. Gêne et douleur derrière le sternum, jusqu'à l'appendice xyphoïde, dyspnée, fièvre, angoisse épigastrique, rien à l'auscultation, la plaie a bon aspect, mais les objets à pansement ont une odeur fétide. — Morte 65 heures après l'opération. — Autopsie: médiastinite étendue, infiltration purulente considérable englobant le péricarde, un peu de néphrite interstitielle. Les autres organes sont sains. La tumeur était un goître hypertrophique simple. (BOUILLY, de *Paris*. — *Bouilly*.)

OBS. IX. — Homme de 67 ans; 28 mai 1850; début il y a environ 9 mois. Goître solide, bosselé, du volume d'un œuf d'autruche, sur la ligne médiane, mobile en partie, adhère à la trachée et au larynx. — Gêne respiratoire; une légère pression détermine des accès de suffocation; dysphagie, altération de la parole et de la voix. — Extirpation partielle. Incision cruciale; hémorragie artérielle et veineuse arrêtée au moyen de ligatures et de la torsion. Dissection laborieuse, adhérences avec les carotides, les jugulaires internes les grands nerfs, le larynx, la trachée; double ligature de quelques gros vaisseaux (thyroïdiennes supérieures); ligature en masse du pédicule, section. Hémorragie d'à peine 500 grammes. Durée 45 minutes. — Suites heu-

reuses. Guérison en 38 jours. — Antérieurement iode intus et extra sans résultat. Poids de la tumeur : 250 grammes. (CABARRET, de *Saint-Malo*. — *Cabarret*.)

OBS. X. — Femme de 27 ans, opérée en mai 1791; goître solide situé sur la ligne médiane et du côté droit, arrondi, très dur, soulevé par les battements des artères et suivant les mouvements de déglutition; diamètre, 2 pouces.—Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Incision longitudinale. Opération laborieuse; section des vaisseaux entre deux ligatures; ligature des artères thyroïdiennes droites. Profondeur de la plaie : trois pouces; trachée, œsophage, carotide et pneumo-gastrique mis à nu. — Dysphagie pendant les trois premiers jours, fièvre modérée; ce n'est que le cinquième jour qu'on renouvelle complètement le pansement. Guérison en 34 jours. — Circonférence de la tumeur extirpée : 5 pouces; elle contient un noyau cartilagineux. (DESAULT, de *Paris*. — *Giraud*.)

OBS. XI. — Femme; hémorragie violente; le chirurgien renonce à l'opération, et lie en masse la partie incisée. — État de spasme (sic). Morte de collapsus. (LE MÊME. — *Rullier b*), p. 556.)

OBS. XII. — Même femme que celle de l'observation III; 28 ans; 1<sup>er</sup> janvier 1808. Goître très volumineux, s'étendant depuis le maxillaire inférieur jusqu'au sternum et la clavicule; hauteur : sept pouces, largeur : un peu davantage. La tumeur médiane s'est reproduite et adhère au larynx. Les lobes latéraux sont très mobiles, les veines très dilatées; on voit les battements des artères.—Congestions vers la tête, dysphagie, dyspnée, suffocations; volume et accroissement rapide du goître. — Extirpation totale. Incision verticale, section de tous les vaisseaux entre deux ligatures,

trachée fortement aplatie d'avant en arrière ; hémorragie : quelques cuillerées. État lipothymique. Ligature des quatre thyroïdiennes. Fortes adhérences du lobe moyen avec la trachée et le larynx. Prostration extrême, état syncopal. — Morte au bout de 35 heures. — La tumeur avait le volume des poumons d'un jeune enfant ; poids : 1,202 grammes ; elle renfermait une multitude de petits kystes à contenu jaunâtre visqueux. — Autopsie : le nerf récurrent droit et l'anastomose du grand hypoglosse droit avec les nerfs cervicaux avaient été coupés et liés ; les sterno- et omo-hyoïdiens et le sterno-thyroïdien droits avaient été également coupés. Il y avait en outre de la médiastinite. (DUPUYTREN, de *Paris*. — *Rullier a*, p. 17.)

Obs. XIII. — Fille de 12 ans ; 22 novembre 1831 ; tumeur pédiculée du volume d'une tête, située à gauche, dure, élastique ; veines volumineuses. — Extirpation partielle ; on fait la compression des veines. Incision longitudinale, quelques petites ligatures, pédicule lié en trois portions, hémorragie 6 à 8 onces. — Légère syncope, vomissements rebelles, convulsions. — Morte le lendemain matin. Le pneumo-gastrique, la carotide, la jugulaire interne et les artères thyroïdiennes furent trouvés intacts. (LE MÊME. — *Günther*, p. 376.)

Obs. XIV. — Opération faite à Rome en 1835. — Extirpation partielle. Guérison. (HUTIN, de *Paris*. — *Hutin*.)

Obs. XV. — Femme de 20 à 24 ans ; opérée en avril 1877. Goître solide, volumineux, situé surtout à droite ; le lobe gauche est beaucoup plus petit, tumeur régulière, arrondie, bilobée, lobe droit très mobile. — Pas de troubles fonctionnels, difformité et accroissement rapide. — Extirpation partielle, beaucoup de grosses veines et d'artères. Section de tous les vaisseaux entre deux ligatures, énucléation facile



du lobe droit avec sa capsule. Lister. — Guérison rapide, érythème phénique sur les bords de la plaie. — Antérieurement : ponction exploratrice ayant donné un peu de sang, électro-puncture sans résultat. C'était un goître colloïde. (LE FORT, de *Paris*. — *Boursier*, p. 177.)

OBS. XVI. — Femme de 24 ans; 23 novembre 1872. Début à 9 ans. Goître parenchymateux médian, globuleux, dur, du volume d'une orange, adhère au larynx et à la trachée, plonge derrière le sternum, carotides refoulées en-dehors, on voit les pulsations de la thyroïdienne supérieure gauche. — Dyspnée, altération de la voix, dysphagie, céphalalgie, etc., suffocations pendant le sommeil. — Extirpation totale. Chloroforme. Incision en (L), ligature double et section de la jugulaire antérieure, excision des sterno-thyroïdiens amincis, ligature double des artères et veines thyroïdiennes et des autres vaisseaux, dissection de bas en haut, hémorragie d'à peine 150 grammes, une vingtaine de ligatures. Au fond de la plaie on voit les battements du tronc innominé et le confluent des jugulaires, les carotides sont à découvert. Réunion de l'incision transversale, l'autre reste ouverte, ligatures ramenées à l'extérieur, pansement à l'ouate. Durée une heure. — Dysphagie, vomissements dus au chloroforme, pas d'accidents, voix voilée depuis l'opération. Guérison le 30<sup>e</sup> jour. — Iode intus et extra, arsenic, etc., sans résultat. Plus tard la voix est redevenue normale. La tumeur pesait 800 grammes, elle comprenait toute la glande et présentait plusieurs prolongements. Au centre, kyste hématique, les parois étaient épaisses, crétacées. (MICHEL, de *Nancy*. — *Michel*, p. 699.)

OBS. XVII. — Femme de 41 ans; 20 octobre 1880; début à 8 ans; goître intéressant toute la glande, surtout le lobe

droit, lequel s'étend de l'os hyoïde à la clavicule; ce dernier est mobile, ferme, bosselé, présente une fluctuation douteuse; la carotide est soulevée et communique ses battements à la jugulaire. Larynx et trachée déviés à gauche par un prolongement qui part de la tumeur et remonte le long du tube aérien. — Accès de suffocation, douleurs lancinantes, accroissement rapide. — Extirpation partielle. Chloroforme. Lister, pulvérisation phéniquée. Incision verticale de 0,08, suivant le grand axe de la tumeur. Énucléation; ligature en masse sur le pédicule, qui renferme beaucoup de vaisseaux. Seconde incision de 0,03 perpendiculaire à la première (en  $\perp$ , de manière à former un lambeau triangulaire) pour l'énucléation isolée du prolongement; plusieurs ligatures. Suintement sanguin abondant, pinces hémostatiques; puis extirpation d'un troisième noyau, peu volumineux. Drainage, sutures. Durée, 2 heures. — Vomissements, toux fréquente, pas de fièvre; le 29 octobre, Lister remplacé par des compresses phéniquées (au  $\frac{1}{40^e}$ ); légère suppuration par l'ouverture du drain. Exeat, le 17 novembre, avec un petit trajet peu profond. — En 1863, ponction ayant donné une grande quantité de liquide; peu de diminution du goître. En 1866, incision, drainage, diminution considérable, puis les accidents reprennent et la tumeur s'accroît de nouveau. (MONOD, de *Paris*. — *Monod*.)

OBS. XVIII. — Homme de 20 ans, opéré en 1835. Goître du lobe gauche, plus gros qu'un poing. — Extirpation partielle; la thyroïdienne inférieure gauche a le volume d'une grosse plume. Résultat non indiqué. — La tumeur se compose de parties osseuses, fibreuses, kystiques et parenchymateuses; le liquide y contenu est transparent ou

d'un jaune brunâtre avec beaucoup de cholestérine. (NÉLATON, de *Paris*. — *Nélaton*.)

OBS. XIX. — Homme de 24 ans; 19 octobre 1878; début à 14 ans; goître solide, du volume d'une tête de fœtus, siégeant surtout à droite, mais s'étendant vers la gauche; globuleux, élastique, lisse; jugulaire externe droite volumineuse. — Dyspnée intense, accès de suffocation. — Extirpation totale (?). Chloroforme; incision formant deux lambeaux triangulaires à base supérieure (incision en forme d'ancre); trachée déviée à gauche, aplatie latéralement; en la séparant de la tumeur, la respiration s'arrête; respiration artificielle et fixation de la tumeur dans une bonne position; on renverse la tête en bas, il s'écoule une grande quantité de mucosités ( $\frac{1}{2}$  verre); 35 pinces hémostatiques appliquées pendant l'opération; 5 points de suture entortillée, 12 sutures métalliques. Pansement à l'alcool et à l'ouate; 12 pinces restent en place. — Toux, dyspnée, laryngo-trachéite. Pinces enlevées le 20; bandelettes collodionnées, pansement à l'alcool phénique. Dyspnée intense, péricardite, suppuration modérée; plaie réunie en grande partie, pleurésie double. Mort le 2 novembre. — Traitement antérieur: iode intus et extra, injections iodées, changement de climat. — Autopsie: péricardite hémorragique, médiastinite purulente antérieure et postérieure, pleurésie double ancienne, poumons sains. — Péan attribua les fusées purulentes à ce que le patient était resté presque constamment assis malgré sa défense. (PÉAN, de *Paris*. — *Brochin*.)

OBS. XX. — Homme de 19 ans; 19 juillet 1879; début à 14 ans. Goître kysto-parenchymateux plongeant, du volume d'une grosse orange, arrondi, dur, rénitent, plus mou au centre, adhère au lobe gauche par un prolongement. —

Dysphagie, constriction au larynx. — Extirpation partielle. Incision médiane de 0,05-0,06; en tout, application de 5 pinces hémostatiques, enlevées ensuite; pas d'hémorragie; 6 points de suture; pansement par occlusion, bandellettes collodionnées. — Patient couché de façon que la tête soit placée plus bas que le tronc; pansement à l'alcool; réunion par première intention dans presque toute l'étendue de la plaie, quelques gouttes de pus. — Guérison le 20 août. — La tumeur était un goître hypertrophique, à cavité centrale, renfermant un liquide sanguin et des cristaux de cholestérine. Traitement antérieur: ponctions et injections de teinture d'iode, etc. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXI. — Homme de 23 ans; 27 mai 1881. Début à 10 ans. Goître hypertrophique partiel, très dur, du volume d'une orange. — Extirpation partielle, Lister, chloroforme. Incision médiane de l'os hyoïde au sternum; section des 4 pédicules vasculaires entre deux pinces, puis ligature du bout central. Lavage antiseptique, 7 points de suture en crin de Florence, 2 drains à l'angle inférieur, Lister. Durée 50 minutes. — Suites très simples, seulement dysphagie pendant 48 heures, drains retirés le lendemain et le 5<sup>e</sup> jour. Les fils de catgut furent éliminés successivement par l'angle inférieur. Le 13 juillet, il ne restait qu'un très petit bourgeon au bas de la plaie. — Poids de la tumeur 130 grammes; goître parenchymateux avec quelques noyaux calcifiés; il comprend l'isthme et le lobe droit. Injections parenchymateuses de teinture d'iode sans résultat. (PÉRIER, de *Paris*. — *Périer*.)

OBS. XXII. — Femme de 25 ans; 11 septembre 1881. Début à 11 ans. Goître solide, trilobé, gros comme la moitié du poing d'un adulte, dur, à forme suffocante. — Dyspnée intense, dysphagie, altération de la voix, troubles de la

circulation céphalique, affaiblissement croissant, douleurs abdominales, métrorrhagies. — Extirpation totale. Incision courbe à convexité inférieure d'une carotide à l'autre et rasant la fourchette du sternum, lésion d'une grosse veine, hémorragie abondante arrêtée bientôt, ligature successive des artères thyroïdiennes; l'énucléation est pratiquée de haut en bas, la trachée décrit une grande courbe latérale et adhère intimement au lobe droit; un moment respiration difficile; il existe de la péristernite en plusieurs points; les pédicules artériels furent liés en masse, mais plusieurs des vaisseaux furent ensuite liés isolément; on employa du fil de soie qui fut ensuite remplacé par du catgut, sauf trois, qui furent ramenés au dehors. Hémorragie égale à celle d'une amputation de jambe. Sutures d'argent, trois drains, Lister. Durée 2 heures. — Dysphagie persistante, pénible, toux et râclément trachéal, aphonie complète, fièvre, trachéo-bronchite intense; la patiente se lève le 24 septembre. Réunion immédiate de la plaie en quelques points, pas d'accidents, guérison complète au bout de 5 semaines. — L'aphonie persiste, cordes vocales immobiles, on croit à une section des nerfs récurrents. En décembre la voix commença à s'améliorer et reprit peu à peu un timbre presque normal sans traitement. — La tumeur était composée de petits kystes colloïdes avec quelques cavités plus grandes, stroma fibreux assez épais. Traitement antérieur : ponction et injection iodée, caustiques, drainage, injections détersives, gros abcès, ponctions capillaires qui donnèrent lieu à une inflammation, malgré tout cela aggravation. (RICHELOT, de *Paris*. — *Terrillon b.*)

OBS. XXIII. — Homme de 22 ans; 26 mai 1835. Début vers 10 ou 11 ans. Goître médian, du volume d'une très grosse



pomme de reinette, très mobile, inégal, bosselé, arrondi, paraît composé de 2 lobes bien distincts, dur en quelques points, fluctuant dans d'autres. — Indication : poids de la tumeur. Extirpation partielle. Incision en T, forte hémorragie, surtout veineuse, quelques veines avaient la grosseur du doigt, ligature des artères avant la section; 40-47 ligatures, hémorragie, 1 1/2 livre. Tumeur enlevée en 3 portions. Durée, 1 heure 10 minutes. — Patient très faible, affaibli, soif vive. Collapsus. — Mort au bout de 56 heures. — Autopsie : pneumonie lobulaire à gauche. La plus grosse portion de la tumeur paraissait être un lobe du corps thyroïde, les 2 portions latérales, grosses comme des noix, semblaient être des ganglions lymphatiques. La première était composée de tissu thyroïdien avec un kyste central et quelques points d'ossification. La portion non enlevée était également dégénérée. (Roux, de *Paris*. — *Rufz*.)

Obs. XXIV. — Femme de 23 ans; 20 novembre 1847. Début, il y a 5 ou 6 ans. Goître solide volumineux. Lobe droit multilobaire, s'étend depuis la base du maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule, la carotide, la jugulaire, les nerfs et le sterno-cléïdo-mastoïdien de ce côté sont déviés; le larynx et la trachée sont refoulés à gauche, lobe gauche beaucoup plus petit, lisse. — Pas de troubles, désir de la patiente. — Extirpation partielle. Longue incision oblique sur le lobe droit et une seconde transversale à gauche et sur le milieu de la première; plusieurs veines du volume de la fémorale, section entre 2 ligatures; ligature immédiate de tous les vaisseaux coupés, hémorragie estimée à 5 palettes. Durée environ une heure. — Grande prostration. Bandelettes agglutinatives, boulettes de charpie dans la partie inférieure de la plaie, plumasseaux, compresses, bandage roulé. — Pros-

tration, dysphagie très douloureuse, grande oppression, respiration très fréquente. — Morte le surlendemain matin. — Traitement iodé sans résultat. — Autopsie : nerf récurrent gauche coupé (l'auteur aura voulu dire : nerf droit); à droite pleurésie considérable, pas de lésion de la plèvre; à gauche léger épanchement pleural. A la partie supérieure du médiastin antérieur plusieurs foyers purulents circonscrits, plaie recouverte de sanie purulente. La tumeur avait une consistance fibreuse. (LE MÊME. — *Petit.*)

OBS. XXV. — Homme; 10 juillet 1850. Début, il y a 12 à 15 ans. Goître assez volumineux à la face antérieure du cou, plus vers la gauche, gros comme un poing, plonge derrière le sternum, très dur, ovoïde, multilobaire, très peu mobile. — Pas de symptômes, désir du malade. — Extirpation totale. Pas de chloroforme, longue incision médiane, ligature des vaisseaux au fur et à mesure, peu d'hémorragie, grande dyspnée et aphonie. Durée  $3/4$  d'heure. — Pansement simple, pas de fièvre, légère dysphagie pendant dix jours. Guérison au commencement d'août. — L'enrouement persista. Roux l'attribua à la section du récurrent. Poids 325 grammes, grande circonférence 0,275, petite 0,22; la tumeur se composait de tissu parenchymateux avec beaucoup de petits kystes séreux, des concrétions crétacées et des dépôts fibrineux. (LE MÊME. — *Roux.*)

OBS. XXVI. — Goître du volume d'une tête d'enfant, pend sur la poitrine. — Extirpation partielle, beaucoup de veines très volumineuses coupées entre 2 ligatures; ligature en masse du pédicule. — Guérison. (SÉDILLOT, de Strasbourg. — *Sédillot.*)

OBS. XXVII. — Goître énorme. Extirpation partielle. Mêmes observations. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXVIII. — Goître énorme. Extirpation partielle. Mêmes observations. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXIX. — Femme opérée en 1849. Extirpation partielle. Guérison. (LE MÊME. — *Michel*, p. 719.)

OBS. XXX. — Femme; 17 juillet 1851. Extirpation partielle, hémorragies veineuses foudroyantes. Pendant onze jours les hémorragies veineuses continuent et menacent la vie de la patiente. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXXI. — Homme de 20 ans; 15 janvier 1852 ou 1853. Extirpation partielle, après l'incision de la peau forte ligature sur le pédicule. Phlegmon diffus gangréneux du cou. Mort le 22. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXXII. — Femme de 24 ans; opération faite le 24 septembre 1880 (cette date est indiquée par la *Gazette des hôpitaux*, 1880, n° 135). Début vers 20 ans. Goître du lobe droit, du volume de deux poings, depuis la parotide jusqu'à la clavicule derrière laquelle il plonge; consistance semi-solide; recouvert par plusieurs grosses veines superficielles, larynx et trachée déviés de 0,04-0,05. — Grande dyspnée, voix éraillée, éteinte, étouffements, manque d'air, surtout le soir et la nuit; la patiente est forcée de tenir la tête constamment tournée du côté gauche pour respirer librement. — Extirpation partielle. Chloroforme, Lister, brouillard phéniqué; incision de l'angle de la mâchoire à la clavicule et une seconde horizontale à la base du cou jusqu'au sternomastoïdien gauche, division des muscles, section de tous les vaisseaux entre 2 ligatures de catgut, veines énormes tortueuses, énucléation lente, un prolongement descend à 0,04 derrière la clavicule, division de l'isthme entre 2 ligatures, adhérences résistantes avec la trachée et le larynx; on ne vit pas le laryngé inférieur, la gaine des vaisseaux resta

intacte; 30 ligatures, suintement sanguin abondant, forci-  
pressure; quantité totale de sang perdue relativement mi-  
nime. Derrière la clavicule, un cul-de-sac de 0,035 à 0,04,  
au fond duquel on voit battre les gros vaisseaux, sutures  
de catgut, 2 drains, Lister, compression avec des éponges.  
Durée, 2 1/2 heures. Immobilisation de la tête avec des at-  
telles en T. — Vomissements, toux rebelle, presque pas de  
fièvre, pas de réaction locale; se lève le 9<sup>e</sup> jour, le 12<sup>e</sup> jour  
il ne reste qu'une petite fistule, qui persistait lorsque la pa-  
tiente quitta Paris le 22<sup>e</sup> jour. Au bout d'un mois expulsion  
de deux nœuds de fil, puis guérison. — Les autres traite-  
ments étaient restés sans effet. La tumeur était un goître  
parenchymateux. (TERRILLON, de Paris. — *Terrillon a.*)

Obs. XXXIII. — Femme de 29 ans; 28 janvier 1880. Début  
à 25 ans. Goître exophthalmique (?) plongeant un peu der-  
rière le sternum, subit des mouvements isochrones avec le  
pouls, la tumeur a le volume d'une tête de fœtus à terme, le  
lobe gauche est lisse, rénitent. — Dyspnée, dysphagie, vio-  
lentes palpitations, hypertrophie du cœur, suffocations noc-  
turnes, 130-140 pulsations à la minute, exophthalmie très  
peu marquée. — Extirpation totale. Chloroforme, lambeau  
quadrangulaire à base supérieure, ligatures de soie et de  
catgut, hémorragie abondante, 40 ligatures, sutures métal-  
liques, drainage, Lister. Durée, 1 1/2 heure. Après l'ablation  
accès d'oppression, cessant lorsqu'on rabattait le lambeau.  
— Le 1<sup>er</sup> février, hémorragie formidable; on rouvre la  
plaie et l'on lie un petit vaisseau (la crico-thyroïdienne  
gauche). Réaction locale et générale, suppuration assez  
abondante, les troubles fonctionnels ont disparu, l'hyper-  
trophie du cœur persiste. Guérison le 22 février. — Le  
goître renfermait un kyste hématique. — (Il ne s'agissait

ici probablement que de phénomènes déterminés par la compression du pneumo-gastrique et du grand sympathique Dr P. L.). — (TILLAUX, de *Paris*. — *Tillaux*.)

OBS. XXXIV. — Femme de 36 ans; 19 octobre 1835. Début à 15 ans. Goitre parenchymateux à la partie antérieure et inférieure du cou, mobile. — Indication : poids de la tumeur. — Extirpation totale. Incision cruciale, réseau veineux considérable, ligature des vaisseaux avant la section, adhérences fibreuses avec la trachée et le larynx; ces organes sont mis à nu, de même que la carotide tout entière; la jugulaire interne adhère à la tumeur; 6 ou 8 ligatures veineuses, 3 artérielles, hémorragie abondante; la tumeur plongeait un peu derrière le sternum, pansement simple. Durée, 1/2 heure. — Toux, peu de fièvre, réunion par première intention, sauf au centre. Les dernières ligatures tombent le 9 novembre. Guérison le 30 novembre. — (D'après la description de l'auteur, le goitre était formé par le lobe gauche et l'isthme; l'auteur dit n'avoir pas trouvé de trace du lobe droit. Dr P. L.). — VOISIN, de *Limoges*. — *Voisin*.)

#### C. Opérateurs anglais.

OBS. I. — Femme; opération faite vers 1770. Hémorragie violente; impossible de lier les artères; compression digitale pendant huit jours et nuits consécutifs. — Guérison. (ANONYME, de *Londres*. — GOOCH.)

OBS. II. — Femme; opération faite vers 1770. Hémorragie considérable; opération inachevée. — Impossible d'arrêter l'hémorragie qui continue jusqu'à la fin. Mort au bout de 8 jours. (ANONYME, de *Londres*, *ibid.*)

OBS. III. — Fille de 20 ans; opérée au mois d'août 1880. Goitre parenchymateux du lobe droit, gros comme un œuf



d'oie. — Accès de suffocation. — Extirpation partielle, opération facile; 17 ligatures de soie et 6 de catgut. Lister. Pansement à l'ouate salicylatée. Toutes les ligatures sont absorbées. Guérison après 4 pansements. (BARKER, de Londres. — *Barker et communication verbale.*)

OBS. IV. — Femme de 36 ans, opérée le 4 mars 1873. Début à 31 ans. Goître kysto-parenchymateux de l'isthme, du volume d'une grosse orange. — Forte dyspnée, dysphagie. — Extirpation partielle; à droite, rapports avec la bifurcation du tronc innominé. Peu d'hémorragie; ligatures de catgut; sutures. — Réunion par première intention. — Autres traitements sans résultat; circonférence de la tumeur, 10 1/2 pouces; elle renfermait un grand nombre de kystes dont le liquide contenait une énorme quantité de cholestérine; les lobes latéraux furent aperçus, mais étaient sains. (DURHAM, de Londres. — *Durham.*)

OBS. V. — Femme de 24 ans; 22 mai 1829. Goître du lobe droit. — Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Incision elliptique; section et ligature de plusieurs grosses artères. Impossibilité d'enlever toute la glande à cause des gros vaisseaux. Durée : 20 minutes. Charpie sèche. — Soif, céphalalgie, douleurs au cou, dysphagie, pouls petit; la plaie a un mauvais aspect; amélioration au bout de quelques jours. Le 4 juin, nouvelle aggravation; à plusieurs reprises, spasmes dans les membres inférieurs, frisson, forte fièvre, dyspnée. — Mort pendant un accès convulsif dans la soirée du 6 juin. — A la suite d'un traitement iodé, il y avait eu une diminution de la tumeur. (Quelque incomplète que soit la relation donnée par l'auteur, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas ici d'un cas de mort par tétanie. Voir cette complication. Dr P. L.) (GREEN, de Londres. — *Green.*)

OBS. VI. — Jeune fille de 16 ans; 10 juin 1865; début à 10 ans. Goître volumineux, trilobé, descend jusqu'à la 2<sup>e</sup> côte.—Céphalalgie, vertiges, désir de la patiente. — Extirpation totale. Incision médiane de 3 à 4 pouces; énucléation facile; grand nombre de gros vaisseaux, hémorragie considérable; forte ligature autour du pédicule, ce qui provoque de la toux et une grande détresse respiratoire; on enlève la ligature et on lie le pédicule en 2 portions, puis ablation de la tumeur, suivie d'hémorragie, compression, glace; grande faiblesse.— Le soir, légère hémorragie secondaire à la suite de vomissements, compression. Légère dysphagie et douleur dans la plaie, toux pénible, suppuration assez abondante; se lève le 11<sup>e</sup> jour. Exeat, le 6 juillet. — Une partie de la tumeur était formée par un kyste, l'autre par du tissu thyroïdien. (HAMILTON, de *Dublin*. — *Hamilton*.)

OBS. VII. — Femme de 65 ans; 19 juillet 1870 (?). Début il y a plus de 40 ans. Goître kysto-parenchymateux colossal, pédiculé, descendant jusqu'au-dessous de la ceinture; veines très volumineuses. Pas de troubles fonctionnels; épuisement par suppuration. Extirpation totale. Chloroforme. Incision circulaire autour de la base de la tumeur, puis chaîne d'écraseur et ablation de toute la tumeur; ligatures, puis dissection de la plus grande partie du reste du kyste. On laisse seulement la portion du sac qui adhère le plus intimement à la trachée. Hémorragie peu considérable. Durée, 1 heure.—Le lendemain, hémorragie profuse, érysipèle. — Morte, 39 heures après l'opération.—Le kyste s'était rompu le 5 mai précédent, donnant issue à un demi-sceau de liquide filant, puis suppuration fétide. Poids de la tumeur enlevée : un peu plus de 7 livres. (HOLMES, de *Londres*. — *Holmes*.)

OBS. VIII. — Femme de 29 ans ; 11 juillet 1874 ; début à 27 ans ; goître hypertrophique assez volumineux, atteignant surtout l'isthme. — Forte compression de la trachée, grande dyspnée, nausées, vomissements, constriction à la gorge. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision médiane ; l'isthme, qui avait la grosseur d'une noix, est compris entre deux ligatures en masse et excisé ; la trachée est à nu ; peu d'hémorragie. — Chute des ligatures le 17 ; la respiration est redevenue facile ; les lobes latéraux se sont écartés. Guérison quelques jours après. — Un traitement interne et externe avait produit une amélioration passagère ; la portion excisée renfermait un petit kyste. (HOLTHOUSE, Carsten, de Londres. — *Gibb.*)

OBS. IX. — Homme de 21 ans ; 13 novembre 1864. Goître existant depuis longtemps ; atteint toute la glande ; l'isthme forme une tumeur solide plus grosse qu'un œuf de poule. — Accroissement rapide ; asphyxie imminente. — Extirpation partielle ; énucléation de la tumeur de l'isthme, opération facile ; section et ligature des vaisseaux qui l'unissent aux lobes ; trachée à nu au fond de la plaie. — Deux heures après, trachéotomie. Le 14, expectoration muco-purulente mêlée à du sang. — Mort le 15. — A l'autopsie, on trouva un petit isthme unissant les deux lobes latéraux. Ces derniers étaient composés d'un grand nombre de tumeurs facilement isolables les unes des autres, renfermées dans une capsule commune ; elles étaient en partie solides, en partie liquides, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule. (KING, Kelburne, de Hull. — *King.*)

OBS. X. — Homme de 21 ans ; 9 mai 1865. Goître de toute la glande ; le lobe moyen a le volume d'un petit œuf de poule ; il est mobile. — Dyspnée et dysphagie croissantes. —

Extirpation partielle; chloroforme; incision médiane; énucléation facile de la tumeur de l'isthme; presque pas d'hémorragie (1/2 cuillerée à café). Disparition des symptômes. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XI. — Pas de détails. Forte dyspnée. Ligatures en masse avec du fil de chanvre. Pas de suppuration. — Guérison. (LISTER, d'*Edimbourg*. — *Lister b.*)

OBS. XII. — Pas de détails. Forte dyspnée. Ligatures en masse avec du fil de chanvre. Un peu de tension dans la plaie. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XIII. — Jeune femme; 28 janvier 1880. Goître de dimensions modérées. — Dyspnée intense. — Extirpation totale. Ligature préliminaire des 4 artères thyroïdiennes, avec du chanvre; six ligatures; division de l'isthme; énucléation des deux lobes séparément; quelques portions de la tumeur restent adhérentes à la trachée; pas d'hémorragie; Lister. — Marche typique pendant 8 jours; le 9<sup>e</sup>, suppuration. Au bout d'un mois, élimination d'une ligature; 5 jours après, 4 autres. Excise, avec une fistule; la dernière ligature fut éliminée vers le milieu de septembre. — Il s'agissait probablement d'un goître suffocant; au laryngoscope, on constatait que la paroi antérieure de la trachée était fortement refoulée en arrière. (LE MÊME, à *Londres*. — *Ibid.*)

OBS. XIV. — Femme opérée en 1870. Goître existant depuis 26 ans. Tumeur solide, émanant d'une thyroïde accessoire, située à la partie antérieure et latérale droite du cou, du volume d'un très gros citron, ferme, élastique, mobile, douloureuse à la partie inférieure; longueur : 4 1/4 pouces, diamètre transversal : 5 pouces; larynx et trachée un peu déviés à gauche. Ponction : 1 once de sang artériel. Diagnostic : hyperplasie partielle du lobe droit. —

Dysphagie et dyspnée légères; voix très rauque; la parole manque de netteté; dans le décubitus dorsal, grande dyspnée, suffocations, toux.—Extirpation partielle; chloroforme. Incision de 6 pouces jusque profondément dans la tumeur; pas d'hémorragie. Enucléation facile; en arrière et en dedans, adhérences assez fortes. Au moment d'extraire la tumeur, forte hémorragie; ligature, pas de pédicule, mais des brides fibreuses allant de la tumeur au corps thyroïde; la carotide bat au fond de la plaie; sutures.—Le 8<sup>e</sup> jour, abcès à la nuque: fièvre, incision, amélioration; la voix redevient naturelle. Sortie le 22 juin.—Dix semaines après, la patiente retire de la plaie un cordon charnu, brun-rougeâtre; aussitôt après, cicatrisation.—Poids de la tumeur: 13 onces; diamètre: 3 1/2 à 4 pouces. Capsule épaisse, quelques noyaux d'ossification; la tumeur était composée de tissu thyroïdien et de quelques kystes sanguins. Après l'opération, on constata la présence du corps thyroïde, avec ses 2 lobes et l'isthme. (POLAND, de *Londres*. — *Poland*.)

Obs. XV. — Femme de 23 ans; 20 juillet 1880. Début entre 19 et 20 ans. Goître parenchymateux du lobe droit, du volume d'un gros œuf de cane, mobile, fluctuation douteuse, isthme épaissi. — Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Chloroforme, pulvérisation phéniquée; incision le long du sterno-cléido-mastoïdien; fortes adhérences fibreuses; hémorragie assez abondante par quelques branches déchirées de la thyroïdienne supérieure; ligatures de catgut. Isthme détaché de la trachée, ligature en masse (catgut); ablation du lobe droit et de l'isthme; sutures et drain de crin de cheval. Lister.—Dysphagie pendant 24 heures; guérison par première intention. Drain et sutures enlevés le 10<sup>e</sup> jour.—Guérison le 7 août.—Traitement externe sans résul-



tat. La tumeur renfermait un grand nombre de petits kystes et un grand kyste au milieu. Longueur :  $3\frac{1}{4}$  pouces ; circonférence : 7 pouces. (PURCELL, de *Brompton*. — *Purcell*.)

OBS. XVI. — Femme de 27 ans ; 16 décembre 1880. Début à 19 ans. Goître du lobe droit, du volume d'un œuf de dinde. — Dyspnée, suffocations, désir de la patiente. — Extirpation partielle. Chloroforme, incision de 0.05 à 0.06, à droite de la ligne médiane ; énucléation facile ; ligature de catgut autour du pédicule, ablation ; peu d'hémorragie ; sutures d'argent, drainage ; Lister. — Guérison complète au bout de 12 jours. — Traitement local et général sans résultat. Goître hypertrophique. (ROSE, W., de *Londres*. — *Hitchcock*.)

OBS. XVII. — Fille de 13 ans ; 28 septembre 1877 ; début à 10 ans. Goître solide, volumineux ; l'isthme s'étend depuis la fourchette du sternum jusqu'au ligament thyro-hyoïdien ; au-devant du ligament, autre tumeur ; les lobes, également hypertrophiés, s'étendent jusqu'au maxillaire inférieur ; consistance ferme, adhérences avec la trachée, carotides refoulées en dehors. Circonférence du cou,  $15\frac{1}{2}$  pouces. — Sténose mitrale. Dyspnée, accroissement de la tumeur. — Extirpation totale. — Chloroforme. Incision en T ; beaucoup de grosses veines, ligature et section. Division des sterno-thyroïdiens, sterno-hyoïdiens et omo-hyoïdiens ; ligature en masse des 4 angles du goître ; excision de la tumeur en trois portions ; hémorragie peu considérable ; 14 sutures ; pansement à l'acide borique. La trachée, fortement comprimée latéralement, formait une crête au milieu. Durée : près d'une heure. — Respiration gênée, vomissements, trachéite, collapsus. — Morte le lendemain matin. — Iode, vésicatoires, etc., employés sans résultat. Poids : 1 livre 2 onces.

— Autopsie : les parois latérales de la trachée se touchaient presque. (SPENCE, d'*Edimbourg*. — *Chavasse*.)

OBS. XVIII. — Tumeur de l'isthme. Extirpation totale; hémorragie considérable au moment de la section des adhérences, qui étaient très vasculaires. — Guérison. (LE MÊME, — *Watson*, p. 252.)

OBS. XIX. — Fille de 13 ans; opérée en 1877 ou 1878. Goître très volumineux, bridé par les omo-hyoïdiens, sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens. — Peu d'hémorragie; il y avait une si forte compression de la trachée qu'on crut que la trachéotomie serait nécessaire. — Morte subitement, le lendemain matin, causée probablement par l'œdème de la glotte. (LE MÊME. — *Spence*.)

OBS. XX. — Femme de 62 ans; début à 12 ans. Goître parenchymateux accessoire, à la partie inférieure du cou, sur le trapèze. — Ulcération, surface saignante. — Extirpation partielle. — La tumeur est composée de tissu thyroïdien normal, avec des cloisons de tissu fibreux. (STANLEY, de *Londres*. — *Madelung*, p. 84.)

OBS. XXI. — Goître kystique anévrysmal, multilobaire. — Indication : état anévrysmatique du goître; hémorragie. Extirpation partielle. Incision de toute la masse de la tumeur; ablation rapide de toutes les parties accessibles du sac, hémorragie épouvantable; tamponnement avec des éponges et suture des lèvres de la plaie par dessus. Le (ou la) malade succombe entre les mains du chirurgien. — Antérieurement : ponction et injection. — (SYME, d'*Edimbourg*. — *Watson*, p. 252.)

OBS. XXII. — Femme opérée en mai 1871. Goître existant depuis des années. Goître parenchymateux, solide, sur la ligne médiane, du volume d'une orange, élastique, suit

les mouvements de la trachée.—Difformité, accroissement.—Extirpation totale. Incision médiane. En coupant les adhérences latérales, hémorragie abondante; ligature d'une moitié de la tumeur, puis ligature préalable des thyroïdiennes supérieures et inférieures. Guérison rapide. (WATSON, d'Edimbourg. — Watson b.)

OBS. XXIII. — Femme opérée en mai 1871; goître kystique multilobaire, du volume de deux poings. — Accroissement, anémie, léger exophthalmus.—Extirpation totale, longue incision médiane. (Pour le manuel opératoire, dans ce cas et les suivants, v. au chapitre de la *Médecine opératoire*). En coupant l'angle supérieur droit, la ligature glisse; forte hémorragie; compression avec une éponge, ligature isolée de la thyroïdienne supérieure droite, sutures, drainage, étoupe phéniquée, bandelettes adhésives, cravate.—Pas d'accident; guérison en 15 jours, sauf au point où passaient les ligatures, qui furent retirées par une traction assez forte, au bout d'un mois.—A l'époque où il n'y avait qu'un kyste, on avait fait une ponction suivie d'injection. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXIV. — Femme opérée en automne 1871; Goître kystique multilobaire. — Anémie; exophthalmus. — Extirpation totale. Ligatures de catgut. Guérison en 3 semaines. — L'anémie et l'exophthalmus diminuèrent sensiblement après l'opération. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXV. — Femme; 1<sup>er</sup> mars 1872. Goître kystique multilobaire. — Extirpation totale. Guérison. — (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXVI. — Opération faite en février 1872. Goître existant depuis 23 ans, ayant le volume d'un gros poing; pulsatile.—Anémie, exophthalmus.—Extirpation totale. Au bout de 6 semaines, la plaie n'était pas encore fermée, à cause de la rétention d'un lambeau de tissu mortifié.—Après

la guérison, formation d'un anévrysme artérioso-veineux, du volume d'une petite noix, émanant de l'artère thyroïdienne supérieure droite. Guérison en trois semaines, par le repos. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXVII. — Pas de détails. Extirpation totale, suivant sa méthode. Guérison. (LE MÊME. — *Le même a.*)

OBS. XXVIII. — Pas de détails. Extirpation totale, suivant sa méthode. Guérison. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXIX. — Goître très volumineux. — Extirpation totale; adhérences à la trachée. Après l'application des 4 ligatures en masse, lésion d'une grosse veine dans le sillon trachéo-œsophagien. En voulant détacher rapidement la trachée, qui était ramollie, au moyen du bistouri, celle-ci fut blessée : aspiration d'une grande quantité de sang : trachéotomie. — Mort dans la soirée, à la suite du sang aspiré. — (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XXX. — Femme de 28 ans; 10 novembre 1877; début à 14 ans. Goître kysto-parenchymateux, s'étendant du bord supérieur du cartilage thyroïde au milieu du sternum. Circonférence : 24 pouces; diamètre transversal : 9 pouces; élastique, lobulé, fluctuation en plusieurs points; artères thyroïdiennes volumineuses et visibles; veines nombreuses, dilatées. — Dysphagie, douleurs, poids; désir de la patiente. — Extirpation totale. Lister. Incision médiane allant du cartilage thyroïde, au milieu du sternum. Isolement du pédicule par la voie mousse; ponction du kyste : 24 onces d'un liquide foncé, sanguinolent; hémorragie venant d'une grosse branche de l'une des thyroïdiennes : ligature médiate; isolement et ligature double de tous les vaisseaux nourriciers (fil de chanvre), puis section; division et ligature d'une grosse artère sur la ligne médiane (thyroïdienne moyenne?);

larynx, trachée, grands troncs vasculaires et muscles sterno-cléido-mastoïdiens mis à nu. Hémorragie totale : 8 onces. Drainage. Lister. — Réaction pendant les premiers jours. Le 29, phlébite de la saphène interne droite, œdème considérable : chaleur humide, compression. Le 23 décembre, phlébite de la saphène interne gauche; même traitement. Se lève le 1<sup>er</sup> janvier. Le 19, on excise une partie de la peau exubérante. Le 1<sup>er</sup> février, plaie presque cicatrisée, sauf un petit trajet. Une ligature fut éliminée le 17 décembre. — Antérieurement, ponctions répétées : grande quantité de liquide foncé; injection de teinture d'iode; électrolyse. Dans l'intérieur de la tumeur, on trouva des restes de cloisons. Les parois étaient très épaisses et constituées par du tissu thyroïdien. La partie solide pesait une livre et un quart. (Wood, John, de *Londres*. — *Wood John*.)

#### D. Opérateurs américains.

OBS. I. — Même femme que celle de l'observation XI. Tumeur fibro-kystique de toute la glande, prise pour un kyste simple. — Extirpation partielle. Section de la jugulaire externe, ablation de la partie supérieure de la tumeur; ligature des vaisseaux; sutures. Guérison. (ANONYME. *Canada*. — *Hodder*.)

OBS. II. — Femme. Pas de détails. — Pendant l'opération, hémorragie veineuse incoercible et mort. (ANONYME. *New York*. — *Wood*.)

OBS. III. — Pas de détails. Quatre doubles ligatures en masse; hémorragie veineuse violente. Mort le lendemain. (ANONYME. *New York*. — *Ibid*.)

OBS. IV. — Veines colossales, opération inachevée à cause de l'hémorragie veineuse. (ANONYME. *New York*. — *Ibid*.)



OBS. V. — Femme de 36 ans, opération faite en 1869. Goître parenchymateux du lobe droit, pédiculé, pyriforme; longueur, 3  $\frac{1}{2}$  pouces; pourtour, 4 pouces. — Extirpation partielle, forte hémorragie. Guérison en 4 semaines. (BLACKMAN. *États-Unis*. — *Blackman*.)

OBS. VI — Femme de 21 ans; 8 juin 1872. Début à 3 ans. Goître kysto-parenchymateux, trilobé, lobe central énorme. Circonférence à la base, 17  $\frac{1}{2}$  pouces; veines sous-cutanées très volumineuses. — Dyspnée croissante. — Extirpation totale. Incision médiane, hémorragie veineuse colossale; les veines se déchirent comme du papier; il y a un prolongement de la tumeur entre la trachée et l'œsophage; le pédicule, de la grosseur de deux doigts, adhère à la trachée; ligature et section; 8 sutures. — Guérison le 29 juillet. — Plusieurs ponctions avaient donné issue à du liquide séro-sanguinolent; on fit plusieurs injections de teinture d'iode. Poids: 2 livres 14 onces, dont environ 6 onces de liquide. (FENWICK. *Canada*. — *Fenwick*.)

OBS. VII. — Opération faite en 1876. Pas de détails. Guérison. (GAY. *Boston*. — *Gay*.)

OBS. VIII. — Femme de 45 ans, opérée au mois d'août 1866. Début à 24 ans. Goître volumineux du lobe droit, légère hypertrophie du lobe gauche; carotide droite fortement refoulée en dehors, trachée déviée à gauche. — Dyspnée considérable, suffocations, dysphagie, congestions vers la tête, indication vitale. — Extirpation totale. Éther. Longue incision; division du sterno-cléido-mastoïdien; veines volumineuses en grand nombre, tuniques très minces, déchirées par le doigt et les ligatures; hémorragie veineuse épouvantable. Lésion de la jugulaire interne, qui adhère à la tumeur, ligature; le pédicule, contenant trois grosses

artères, est lié en trois portions; grand épuisement. Sutures, pansement à l'eau. Durée : 22 minutes. — Réaction modérée, œsophagite, trachéite. Guérison en 5 semaines. — Traitement à l'iode sans résultat. Poids de la tumeur : 1 livre 9 onces — 1 kilogramme 6 grammes. (GREENE, *Warren. Portland, États-Unis. — Greene a.*)

OBS. IX. — Femme de 40 ans; 25 octobre 1869. Début à 33 ans. Goître du lobe droit, du volume d'une petite orange. — Dysphagie considérable, croissante; menace de mort par inanition. — Extirpation partielle. Éther. Incision de 5 pouces sur la partie la plus proéminente; énucléation mousse, adhérences solides avec l'œsophage; ligature en deux portions du pédicule formé par ces adhérences, et dans lequel se trouvent deux grosses artères. Hémorragie de moins d'une once; ligature de trois petits vaisseaux superficiels; fils ramenés au-dehors, sutures d'argent, pansement plat. — Pendant 4 ou 5 jours, déglutition très douloureuse, guérison par première intention, sauf à l'angle inférieur; chute des ligatures le 20<sup>e</sup> jour. Guérison complète le 1<sup>er</sup> décembre. (LE MÊME. — *Le même b.*)

OBS. X. — Femme de 35 ans; 20 janvier 1870. Début à 15 ans. Goître très volumineux de toute la glande, depuis le menton jusqu'au devant du sternum, plongeant en outre derrière les clavicules; pulsations dans toute la tumeur; veines nombreuses et volumineuses; à droite, amas de masse calcaire et frémissement anévrysmal. — Dyspnée et dysphagie intenses, céphalalgies, vertiges; poids considérable de la tumeur; danger de mort par asphyxie. — Extirpation totale. Éther, incision médiane depuis le menton jusqu'au sternum; les veines et artères amincies se déchirent; hémorragie artérielle et veineuse épouvantable; l'opérateur

achève rapidement l'énucléation, saisit le pédicule et le lie en deux portions tout près de la trachée ; ablation de la tumeur, ligature de sept petites artères ; la ligature de la thyroïdienne inférieure gauche glisse : violent jet de sang. Cette artère était aussi grosse qu'une carotide normale ; ligature en masse de tout le pédicule, sutures d'argent, pansement simple. — Le 10<sup>e</sup> jour, hémorragie secondaire, compression digitale pendant 72 heures. La dernière ligature tombe le 21<sup>e</sup> jour ; la femme se lève au bout de 4 semaines. — La voix, qui avait complètement disparu une semaine avant l'opération, redevint normale. Le poids de la tumeur fut évalué à 5 livres. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. XI. — Jeune fille de 18 ans (la même que celle de l'observation N<sup>o</sup> 1) ; 31 octobre 1872 ; tumeur fibro-kysto-parenchymateuse du reste de la glande (lobe droit). — Compression du larynx, de la trachée et de l'œsophage. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision dans la cicatrice ; forte hémorragie, surtout veineuse ; adhérences intimes avec le cartilage thyroïde ; ligature des thyroïdiennes supérieure et inférieure droites ; sutures. Pansement au lint (charpie anglaise). — Aux dernières nouvelles, 20 jours après l'opération, l'état de la patiente était satisfaisant, mais les ligatures tenaient toujours. — La partie supérieure, fibro-kystique, était du volume d'un œuf, à contenu grisâtre ; la partie inférieure, longue de 4 pouces, était formée par du tissu thyroïdien hypertrophié. (HODDER, de *Toronto*, Canada. — *Hodder.*)

OBS. XII. — Garçon de 9 ans ; 10 juin 1874 ; goître solide congénital, adhérences intimes avec l'un des lobes du corps thyroïde. — Extirpation partielle. Incision de deux pouces ; la tumeur a le volume d'une grappe de raisin ;

dissection, hémorragie parenchymateuse abondante. — Résultat non indiqué. (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, *Boston*. — *Beach*.)

OBS. XIII. — Femme de 23 ans; opérée en 1871. Début à 9 ans; goître kysto-parenchymateux volumineux. — Extirpation totale, chloroforme; incision verticale de cinq pouces et une seconde horizontale. Pas d'hémorragie. — Le 3<sup>e</sup> jour, léger érysipèle de la face et du cou; plaie intacte; le 21<sup>e</sup> jour, pneumonie. Aux dernières nouvelles la plaie n'était pas encore complètement cicatrisée. — Cautérisation à l'électricité sans succès. (MAURY, de *Philadelphie*. — *Maury*.)

OBS. XIV. — Opération faite en 1877. Pendant l'opération, hémorragie en nappe abondante, compression prolongée. — Guérison. (NELSON, *Wolfred*, Canada. — *Nelson*.)

OBS. XV. — Homme de 34 ans, mulâtre; 1<sup>er</sup> juillet 1863. Début à 30 ans. Goître parenchymateux volumineux du lobe droit, pris pour un kyste, s'étendant du maxillaire inférieur à la clavicule, et du trapèze jusqu'au delà de la trachée. — Accès de suffocation. — Extirpation partielle. Chloroforme, grande incision +, isolement de la tumeur reliée par sa base au lobe droit, lequel était sain; ligature de la thyroïdienne inférieure; le pédicule renferme beaucoup de gros vaisseaux; violente hémorragie due à une légère incision dans la tumeur; opération inachevée, sutures métalliques; 14 ligatures. — Durée, 2 1/2 heures. Réunion par 1<sup>re</sup> intention, sauf au point de passage des ligatures. — Par l'emploi de l'iode intus et extra, la tumeur fut réduite à la moitié de son volume 23 jours après l'opération. (SMITH, *Missouri*. — *Smith*.)

OBS. XVI. — Femme de 54 ans; début à 12 ans. — Goître du volume d'un poing, aplati d'avant en arrière,

siégeant plus à gauche qu'à droite; trachée refoulée à droite. — Grande dyspnée et dysphagie; impossibilité de se coucher; désir de la patiente. — Longue incision médiane; à gauche, la tumeur plonge derrière le sternum; hémorragie veineuse très violente, qui ne cessa que lorsque l'on eut mis la chaîne de l'écraseur. — Guérison. — Iode sans résultat. La tumeur était un goître colloïde, fibreux et vasculaire. (Voss, *New York*. — *Voss*.)

#### E. Opérateurs italiens.

OBS. I. — Femme de 57 ans; opérée en 1868; début à 49 ans. Goître du volume d'une tête de nouveau-né. — Accroissement rapide. — Très peu d'hémorragie; 22 ligatures ramenées au-dehors. Lister. — Réaction pendant 3 jours; cicatrisation au bout de 8 jours, sauf au point de passage des fils. — Poids, 810 grammes. (ALBERTINI, *Milan*. — *Albertini*.)

OBS. II. — Femme de 28 ans; 22 janvier 1878; début dans l'enfance. Goître parenchymateux du volume d'une tête de nouveau-né, occupe toute la face antérieure du cou, pénètre derrière le sternum et enveloppe le larynx et la trachée; voix faible. — Forte dyspnée, sibilation, aggravation des phénomènes, désir de la patiente. — Extirpation totale; chloroforme; incision ovalaire comprenant la cicatrice (v. plus loin); fortes adhérences par suite des opérations antérieures; section des vaisseaux entre deux ligatures de soie; 52 ligatures dont la moitié reste dans la plaie. Trachée complètement déformée en forme de S; 10 sutures entortillées. Lister; ligatures à l'extérieur. Durée environ 30 minutes. — Presque pas de fièvre (maximum 38° le 4<sup>e</sup> jour); réunion par première intention; aiguilles retirées au bout



de 48 heures ; une seule des ligatures tient pendant plus de trois semaines. — Une tentative d'extirpation, faite en 1868 par Albertini, avait déterminé dès le début de l'opération une hémorragie telle, que le chirurgien y renonça. La malade faillit succomber aux suites de la suppuration qui s'ensuivit. Une cautérisation au fer rouge pratiquée environ trois ans après, amena de nouveau une hémorragie très violente et resta sans résultat. La plaie suppura encore une fois pendant plusieurs années. Quelques autres traitements furent encore essayés, mais sans succès, au contraire. (BOTTINI, *Pavie*. — *Bottini, a.*)

OBS. III. — Homme de 40 ans ; 19 mars 1878. Début il y a environ 2 1/2 ans. Goître parenchymateux du côté droit, arrondi, bosselé, du volume d'une petite citrouille, plonge dans la fossette jugulaire ; veines volumineuses ; la jugulaire antérieure a la grosseur de l'index, trachée refoulée à gauche, comprimée. — Forte dyspnée, augmentant de plus en plus ; parle avec difficulté. — Extirpation partielle (?). Chloroforme ; 34 ligatures de catgut, dont la moitié reste dans la plaie ; hémorragie capillaire assez considérable ; sutures entortillées ; Lister. — Aiguilles retirées au bout de 36 heures. Pas de réaction. Réunion par première intention. Exeat, le 12 avril. — Poids de la tumeur ; 160 grammes ; grand diamètre, 0,10 ; transverse, 0,08 ; circonférence, 0,23. Examen microscopique : adénome. (LE MÊME. — *Bottini b.*)

OBS. IV. — Jeune fille de 18 ans ; opérée en juin 1878 ; goître du volume d'une tête d'enfant, bilobé : une grosse tumeur médiane, kystique, et une autre, à gauche, solide. — Extirpation totale. Énucléation facile de la tumeur médiane ; celle de l'autre tumeur est laborieuse. En serrant avec une ligature une grosse veine, celle-ci se rompt ; forte

hémorragie; le vaisseau est si volumineux qu'aucune pince ne peut le saisir tout entier; compression digitale. Il fallut une demi-heure pour arrêter cette hémorragie; 75 ligatures, drainage.—Réaction faible; l'opérée se lève le 5<sup>e</sup> jour; réunion par première intention, sauf au point de drainage. — Poids : 627 grammes. (LE MÊME. — *Ibid.*)

OBS. V. — Homme de 43 ans; 14 février 1880; début à 19 ans. Goître folliculaire, siégeant à la partie antérieure du cou, plus gros qu'une tête d'homme; il mesure : transversalement, 0,70; verticalement, 0,28; du lobule de l'oreille droite, à l'insertion du sterno-mastoïdien gauche, 0,43; idem de l'autre côté, 0,39; veines sous-cutanées très grosses; l'une d'elles a le volume de la veine-cave; la base de la tumeur est adhérente, la consistance molle.—Dyspnée marquée. — Extirpation totale. Incision en raquette; hémorragie importante; une centaine de ligatures, suture entortillée, drainage. Marche satisfaisante jusqu'au 24, puis frisson, fièvre, prostration. — Mort le 5 mars. (LE MÊME. — *Boursier*, p. 186.)

OBS. VI. — Jeune homme de 19 ans, opéré en 1880; début, il y a deux mois; goître folliculaire du côté droit, du volume d'un œuf de poule. — Extirpation partielle. Chloroforme, incision linéaire, suture entortillée, drainage. — Rien à noter. — Guérison en 12 jours. (LE MÊME. — *Ibid.*)

OBS. VII. — Femme de 60 ans; 3 mai 1880; début, il y a environ un an; il existe deux tumeurs latérales, grosses comme des oranges.—Compression de la trachée. Dyspnée. — Extirpation totale; anesthésie locale, incision médiane; la tumeur à droite est très vasculaire; hémorragie assez abondante; ensuite énucléation de l'autre tumeur; une centaine de ligatures doubles, suture entortillée, drainage.—

Réunion par première intention. — Guérison en 20 jours. — La tumeur était un goître vasculaire et folliculaire. (LE MÊME. — *Ibid.*, p. 187.)

OBS. VIII. — Femme de 25 ans, opérée en 1879. Début, il y a plusieurs années; goître colloïde, du volume d'une orange, mou, élastique. — Grande dyspnée, suffocations à la plus légère pression sur la tumeur; déglutition difficile, même douloureuse. — Extirpation totale (?). Incision médiane; isolement de la tumeur jusqu'à la trachée; ligature double des vaisseaux avant la section (fil de catgut); incision de toute la capsule et du sac; évidemment avec le doigt, puis dissection du sac, sauf au point adhérent à la trachée; les bords de la capsule sont cousus en bas aux lèvres de la plaie cutanée, drainage; en haut, sutures. — Marche sans incident, presque pas de fièvre. Guérison après un mois. (DIONISIO, *Turin*. — *Dionisio*.)

OBS. IX. — Homme de 46 ans; 18 août 1864. Début à 31 ans. Tumeur énorme, allant du larynx à l'ombilic; le patient doit la soutenir des deux mains; multilobaire, molle, un peu ulcérée en bas, sillonnée de gros troncs veineux. — Diagnostic : broncho-lipocèle. — Gêne respiratoire dans certaines positions; poids; désir du patient. — Extirpation partielle; pas de chloroforme. Incision circulaire autour de la base de la tumeur, dissection du lambeau très laborieuse; grand nombre de veines très volumineuses, coupées entre 2 ligatures; ligatures en masse autour du pédicule, ablation de la tumeur à quelques centimètres en avant. Sutures, bandelettes agglutinatives, ligatures ramenées au dehors, pansement simple. — Suppuration assez considérable. — Exeat; complètement guéri le 20 septembre. — La portion enlevée pesait 5500 grammes;

elle se composait de tissu thyroïdien et de tissu lipomateux. Un an après, aucune trace de récurrence. (PERASSI, *Turin*. — *Perassi*.)

OBS. X. — Jeune femme. Goitre colloïde et folliculaire avec un kyste volumineux. — Forte compression de la trachée. — Extirpation totale. Une partie de la tumeur fut enlevée, l'autre liée ; mais comme les ligatures comprimaient la trachée, elles furent remplacées par des pinces de Péan et de Billroth, laissées en place pendant 48 heures. Au moment de la chute de l'une des pinces, forte hémorragie : perchlore de fer. Guérison. (RUGGI, *Bologne*. — *Ruggi*.)

#### F. Opérateurs russes.

OBS. I. — Jeune femme de 17 ans. Le lobe moyen avait la grosseur d'un œuf d'oie. — Compression de la trachée. — Extirpation partielle. Emploi de l'éther ; une trentaine de ligatures artérielles. Résultat ? (PIROGOFF. — *Pirogoff*.)

OBS. II. — Femme de 44 ans ; opération faite en 1878. Début à 19 ans. Tumeur du lobe droit, ayant le volume d'une tête d'enfant de 6 mois. — Extirpation partielle. Lambeau à base supérieure ; énucléation facile ; ligature d'un certain nombre de veines et des 2 thyroïdiennes ; ligature de la base en 4 portions, ablation de la tumeur ; pansement par occlusion. — Forte fièvre pendant 11 jours ; guérison retardée par un érysipèle survenant vers la fin. — Guérison au bout de 70 jours. (SAVOSTITZKY, *Moscou*. — *Savostitzky*.)

OBS. III. — Femme de 43 ans, opération faite en 1878. Début à 36 ans. Goitre kysto-parenchymateux de toute la glande, du volume d'un gros poing. — Dyspnée, dysphagie. — Extirpation totale. Lambeau à base supérieure ; hémorragie considérable ; 47 ligatures de catgut. Ligature en masse de

la base, puis ablation de la tumeur. Pendant le pansement, hémorragie récurrente violente ; beaucoup de ligatures avaient glissé ; nouvelles ligatures ; une partie des vaisseaux furent comprimés avec des éponges trempées dans du perchlorure de fer. Durée : 5 heures. — Glace, pansement à l'acide salicylique et à l'acide borique. Le 3<sup>e</sup> jour, érysipèle. — Guérison après 58 jours. — Le lobe droit était un goître colloïde, le lobe gauche, un goître kystique. (STUKOWENKOFF, *Moscou*. — *Stukowenkoff*.)

#### G. Opérateurs suédois.

OBS. I. — Goître colloïde. Pas de détails. Guérison. (BERG. — *Berg*.)

#### H. Opérateurs belges.

OBS. I. — Femme de 31 ans : 16 novembre 1881. Début à 21 ans. Goître parenchymateux des trois lobes, du volume de deux poings, le lobe moyen plonge derrière le sternum. — Violents accès de dyspnée, dès que la patiente se livre au moindre exercice. — Extirpation totale. Chloroforme. Incision médiane depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum ; le lobe droit s'enfonce entre la trachée et l'œsophage ; nerf récurrent droit mis à nu ; on détache d'abord le lobe droit, puis le lobe gauche et enfin le médian ; presque pas d'hémorragie. Lister. — Guérison complète le 7<sup>e</sup> jour. La voix devint rauque après l'opération. — Antérieurement, 10 injections parenchymateuses de teinture d'iode, sans aucune amélioration. (HICGUET, *Liège*. — *Communication pe sonnelle*.)

OBS. II. — Femme de 41 ans ; 17 novembre 1881. Début à 29 ans. Goître de toute la glande, du volume d'un très fort poing d'adulte ; lobe gauche rénitent,



élastique, présente une fausse fluctuation ; lobe moyen, fluctuant, en partie pâteux, plonge derrière le sternum ; lobe droit charnu, pâteux. — Diagnostic : goître adéno-kystique. — Accroissement rapide à la suite d'un accouchement ; accès de dyspnée intense et de dysphagie ; amenée à l'hôpital dans un état asphyxique. — Extirpation totale. Incision médiane allant de l'os hyoïde au sternum ; le lobe gauche est engagé entre la trachée et l'œsophage. Pendant qu'on dégage le lobe moyen de derrière le sternum, l'opérée devient livide, se couvre de sueur froide, plus de pouls ni de respiration, trachéotomie. La patiente revient à elle ; on enlève le lobe kystique et le lobe moyen, et l'on divise les attaches de la tumeur à la trachée et au larynx. Pendant l'isolement du lobe droit, le pouls disparaît de nouveau : ligature en masse sur la partie encore adhérente du lobe droit et ablation ; presque pas d'hémorragie ; Lister. — Suites bonnes ; canule enlevée le 24 décembre (je présume que M. Hicguet aura voulu dire : 24 novembre) ; la respiration reste normale. Le 2 décembre, au moment où l'opérée (guérie) quittait l'hôpital, survint une hématomèse qui l'emporta en quelques minutes. (LE MÊME. — *Communication personnelle.*)

## SYNONYMIE.

*Latin.* — Struma, bronchocèle, trachéocèle, botium, bocium, botius, guttur tumidum s. turgidum, tumor tuberosus, trachelophyma, hernia gutturalis, s. bronchialis, gossum, exchebronchos, gongrona, thyrophraxia.

*Français.* — Goître : goître simple, goître vrai, goître solide, goître hypertrophique, goître parenchymateux, goître glandulaire, goître folliculaire, goître hyperplasique

(ou plusieurs de ces désignations combinées), bronchocèle, trachéocèle, thyrocèle, goître sarcome, thyrophraxie, cou gras, grosse-gorge.

La forme sous-sternale s'appelle : goître sous-sternal, goître rétro-sternal, goître plongeant, goître suffocant, goître en dedans; en latin : struma interna.

*Allemand.* — Kropf, Kropfgeschwulst, Kropf-Knoten (ce terme sert à désigner un goître circonscrit à une portion d'un lobe du corps thyroïde : goître central, goître fibreux), dicker Hals, Drüsenkropf, Satthals, Blaehhals, Kehlbruch, Struma, Struma glandulosa, ou hypertrophica, ou follicularis, ou lymphatica, ou hyperplastica, ou parenchymatosa.

*Anglais.* — Goître, bronchocele, enlargement of the thyroid body, Derby-neck, Derbyshire neck.

*Italien* : Gozzo.

#### HISTORIQUE.

Les œuvres d'Hippocrate ne contiennent aucune mention du goître. Celse (mort l'an 38 de notre ère) est le premier qui parle de l'extirpation de ce genre de tumeurs. Seulement, dans le passage en question, il s'agit non du goître parenchymateux, mais du goître kystique. Après en avoir donné la description et parlé de leur destruction au moyen des caustiques, il dit : « Sed scalpelli curatio brevior est. » Medio tumore una linea inciditur usque ad tunicam, » deinde vitiosus sinus ab integro corpore digito separatur, » totusque cum velamento suo eximitur... Si quando autem » tunica eximi non potuerit, intus adspergenda adurentia, » linamentisque id curandum est, et cæteris pus moven- » tibus. »

Le passage suivant, de Galène, se rapporte évidemment

non au goître, mais à des tumeurs ganglionnaires :  
 « Quum ergo ex cervice quidam strumas in profundo sitas  
 » excideret, ac deinceps nescaret aliquod vas, membranas  
 » non specillo cæderet, sed unguibus evelleret, imprudens  
 » ob ignorantiam simul recurrentes nervos distraxit, atque  
 » hoc pacto puerulum liberavit a strumas, sed mutum red-  
 » didit... Mirabantur vero omnes, quod neque aspera arte-  
 » ria neque gutture quicquam affecto, vocem laedi con-  
 » tingeret. »

(Je ferai remarquer ici qu'il règne dans les auteurs de l'antiquité et du moyen-âge une grande confusion au sujet du genre de tumeurs qui nous occupe. Sous la désignation de *struma*, *bronchocele*, ils rangent dans une même catégorie non seulement les diverses tumeurs du corps thyroïde, mais aussi les autres néoplasmes du cou, et parfois même les adépopathies chroniques.)

Parmi les chirurgiens du moyen-âge qui auraient parlé de l'extirpation du goître, on cite généralement Albucase, médecin arabe, de Cordoue (mort vers 1105 ou 1106). J'ai lu attentivement les passages où il est question des tumeurs du cou, et j'ai acquis la conviction que l'espèce de tumeurs pour lesquelles il recommande l'exérèse, n'est pas le goître. Dans le chapitre 42 (Lib. II), de son ouvrage intitulé : *Methodus medendi*, publié à Bâle, en 1541, par Hieron. Gemusæus, il n'est question que des tumeurs formées par les ganglions lymphatiques (*apostemata in collo et sub axillis et in inguinibus*). Au chapitre 44, il parle de l'« *apostema quod accidit in gutture exterius et nominatur hernia gutturis*. » Il distingue entre l'*apostema naturale* et l'*apostema accidentale*. La description qu'il donne de ce dernier ne permet pas de croire qu'il ait eu en vue le goître solide; il

paraît même comprendre, sous cette dénomination, des tumeurs de différente nature. Il conseille de n'attaquer avec l'instrument tranchant que l'« *apostema accidentale simile nodo pingui, non suspensum aliqua venarum* », et encore seulement « *nisi si quod est parvum.* » Quant aux autres formes d'*apostema accidentale*, il dit : « *in ipso est timor, nec tutum est hoc ferro attingere.* »

En ce qui concerne l'*apostema naturale*, qui est le goître réel, il dit : « *In naturali vero non est cogitandum de remedio.* »

Guenther (p. 370), dit également qu'il n'a trouvé dans Albucase aucun passage relatif à l'extirpation du goître.

Je me suis étendu un peu longuement sur l'exposé des opinions d'Albucase, parce que cet auteur a exercé une grande influence sur les chirurgiens du moyen-âge.

On cite encore comme partisans de l'exérèse, Severinus, (*De efficaci chirurgia*, chap. 133); Paul d'Egine, (Lib. VI, cap. XXXV); Aëtius (IV, serm. III, cap. VI); Jean de Vigo (1512, *Practica*; Lugduni, 1582. Lib. IX, cap. XXX), mais je n'ai trouvé, dans aucun de ces auteurs, un seul passage qu'on puisse interpréter dans ce sens. Dans Severinus et Paul d'Egine (650), il ne s'agit que de ganglions lymphatiques. Aëtius, au chapitre du *bronchocele*, *hoc est gutturis tumor*, ne parle pas de l'extirpation. Le chapitre intitulé : *de strumis*, ne traite que des glandes lymphatiques et peut-être de ce qu'on appelle aujourd'hui *lymphomes*.

Jean de Vigo, en 1512 (chap. XXX, *de botio colli et gulae*) ne parle pas de l'extirpation. Il conseille seulement de traiter par l'incision les goîtres ramollis (kysto-parenchymateux).

Guy de Chauliac (1363), est cité par tous les auteurs

comme un partisan de l'exérèse. Ici encore le résultat de mes recherches a été négatif. Voici comment il s'exprime au chapitre *De Botio* (*Chirurgia magna*, Tract. II, Doct. II, cap. III. Lugd. 1572) : « Botium naturale secundum Albu- » casim non recipit curam. Botium quod est intrinsecum » (sic) nervis et arteriis, cum securitate omnino operatur. » Botium quod occupavit has (sic) partes est dimittendum. » Quocumque modo botium extirpare corrosione et inci- » sione in collo secundum Arnoldum est verendum. »

Il est évident que dans ce passage un copiste ignorant a attribué au mot *omnino* un sens négatif, et a supprimé la négation *non*.

C'est du reste aussi l'opinion de l'auteur d'une traduction française, de 1632 (Rouen), du nom de Laurent Joubert, qui a rendu ce passage comme il suit : « Au goître qui est entrelacé de nerfs et artères on n'opère point seurement. » Le même auteur traduit « *has partes* » par « les deux costez » (*duas* au lieu de *has*), ce qui paraît plus correct.

Ambroise Paré (1517-1592) ne parle pas de l'extirpation. Du reste il ne dit que quelques mots du goître.

Fabrice d'Aquapendente, médecin italien (1537-1619), parle longuement des tumeurs du cou. Il conseille l'ablation des tumeurs strumeuses (*Struma*.—Livre I, chap. XXX), c'est-à-dire des ganglions lymphatiques malades. Quant au goître solide, qu'il appelle *tumor tuberosus* « qui vulgo *gozzo* appellari solet », voici ce qu'il en dit (Livre II, chap. 42), avec un jeu de mot : « quos chirurgia curare non est opus » quia de eo nil curat patiens. » Il ajoute cependant : « quos » tamen si curarem, eadem progredederer curatione de qua in- » fra. » Il décrit ensuite, d'après Celse, les opérations dirigées contre le goître kystique « bronchocèle » et se rallie à l'opi-



nion de cet auteur qui donne la préférence à l'extirpation.

Le premier auteur qui rapporte en termes précis un cas d'extirpation de goître, est Fabrice de Hilden, médecin suisse (1560-1634). La relation en est assez curieuse pour mériter d'être reproduite presque en entier. (Je traduis d'après la version allemande) :

L'auteur dit qu'il fut appelé en consultation à Genève « auprès d'une fille unique, âgée de dix ans, atteinte d'un goître du côté droit. La tumeur, à cause de ses adhérences intimes avec la trachée et les nerfs récurrents, gênait la respiration et la voix, et comme cela pouvait faire d'elle plus tard un être difforme et l'empêcher de se marier, la mère me demanda d'extirper le goître. Comme celui-ci était à peine de la grosseur d'un œuf d'oie, elle s'était persuadée que cela pouvait se faire, et même sans danger. » Mais ni Fabrice ni le médecin traitant ne voulurent toucher au goître, « craignant non seulement la dangereuse hémorragie, mais aussi l'altération et la perte de la voix, attendu qu'il paraissait que les vaisseaux du cou et les nerfs récurrents du même côté étaient entourés par ce goître. » Peu de temps après arriva dans la ville « un criminel individu » auprès duquel on conduisit l'enfant. Il promit témérairement d'enlever le goître aisément et sans danger. Il fut payé d'avance. « Mais lorsqu'il eut mis » le rasoir (sic) et comme il coupait encore, la pauvre fille » rendit son âme à Dieu. » Le criminel empirique fut jeté en prison. L'auteur ajoute qu'il raconte cela aux débutants, afin que dans des cas semblables ils soient circonspects et prudents.

Günther cite un certain nombre de chirurgiens du 18<sup>me</sup> siècle qui pratiquèrent la thyroïdectomie; Forestor, Ful-

vius, Gherli, Walther, etc. C'est à tort qu'on prétend que J.-L. Petit, en France, et Gooch, en Angleterre, la firent également; il sera question plus loin de ces deux chirurgiens. Dionis donne une description du manuel opératoire, de même que Heister (1683 à 1758). Ce dernier doit l'avoir pratiquée plusieurs fois, car il dit qu'il n'a jamais été forcé d'employer le cautère actuel pour arrêter l'hémorragie.

Foderé (p. 118, § 57) rapporte plusieurs cas d'extirpation; mais la relation qu'il en donne est trop vague pour qu'on puisse les considérer comme bien authentiques. Desault fit cette opération deux fois; la première fois le malade guérit.

Mais malgré quelques succès, l'extirpation du goître ne parvint pas à s'implanter dans la pratique chirurgicale, car les revers n'avaient pas manqué. Plusieurs malades étaient morts d'hémorragie pendant ou fort peu de temps après l'opération; d'autres fois celle-ci n'avait pas même pu être achevée. Wichmann (1794) porte le jugement suivant: « Vouloir extirper un goître à peu près comme on enlèverait une glande squirrheuse, n'est-ce pas en bon allemand littéralement couper la gorge à son patient? »

Tout cela n'empêcha cependant pas de temps en temps des chirurgiens hardis de tenter de nouveau cette opération, surtout en Allemagne. Hedenus, père (vers 1800), la pratiqua six fois avec succès. Il fut suivi par Kergel, Walther, Weiss, Graefe, etc. D'autres furent moins heureux. Aussi voyons-nous même des chirurgiens aussi hardis et aussi éminents que Dieffenbach et Chelius, père, déconseiller l'extirpation en termes énergiques. Le premier dit: « Nous ne pouvons songer qu'avec horreur (*Schaudern*) à ces entreprises téméraires. » Et ailleurs, après avoir énuméré les

trois accidents qui peuvent survenir pendant l'opération, il ajoute comme quatrième : *la mort*. Il résume ensuite son appréciation en ces termes : « On pourrait appeler l'opération tout entière un accident fâcheux. »

Même des traités aussi récents que ceux de Bardeleben (1875) et de Linhart (1874) répudient encore la thyroïdectomie en termes catégoriques. Ce dernier dit que l'opération reste toujours téméraire (*tollkühn*), même lorsqu'elle est pratiquée par un chirurgien habile dans un cas désespéré. Il admet toutefois l'extirpation du goître kysto-parenchymateux, lorsque celui-ci est mobile et n'a que des attaches légères avec le corps thyroïde.

A l'heure qu'il est, grâce surtout aux succès vraiment surprenants obtenus par Billroth, Lücke, Bruns, Kocher, Rose, les deux Reverdin, etc., l'opération tend à se généraliser en Allemagne au point d'être pratiquée, et avec succès, même par des chirurgiens de second ordre.

En ce qui concerne la France, on attribue ordinairement la première opération, faite dans ce pays, à J.-L. Petit. Je n'ai pu trouver, dans les œuvres de ce chirurgien, aucune mention d'une extirpation faite par lui-même. Il se contente d'en rapporter une, exécutée par un chirurgien qu'il ne nomme pas. Voici le passage en question : « L'exemple » de Madame \*\*\* me fait trembler. Elle avait un gouêtre ou » bronchocèle qui, depuis trois ou quatre ans, nuisait plus » à sa beauté qu'à ses fonctions. Quelqu'un lui persuada » qu'il le lui ôterait sans risque ; cette entreprise témé- » raire lui coûta la vie, par la difficulté qu'eut l'opérateur » d'arrêter le sang. »

Le premier chirurgien français qui accomplit la thyroïdectomie avec succès, fut Desault (1791). Néanmoins, l'opi-

nion générale des chirurgiens y fut hostile. Vers la fin du siècle dernier, tous les membres de l'Académie de chirurgie, à l'exception de Desault (*OEuvres chirurgicales*, 1798), se prononcèrent contre. Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1814-1826, t. VII, p. 82) la place « au nombre des opérations que la prudence, la raison et l'expérience désavouent. » Ruz, tout en rapportant un cas heureux de Roux, dit « qu'on rangera cette opération parmi les opérations de complaisance, que les chirurgiens ne doivent presque jamais entreprendre ». Pétrequin (*Bulletin de thérapeutique*, t. XI, p. 344) dit avoir découvert (sans dire où?) que Peckel, de Strasbourg, a pratiqué plusieurs fois avec succès l'extirpation du bronchocèle enkysté, et que Ravaton l'a faite également deux fois, avec un heureux résultat.

Mayor, de Lausanne (*Traité des ligatures en masse*, Paris, 1826), s'exprime ainsi : « Extirper un goître ! A ce mot » seul, le chirurgien le plus intrépide est saisi d'épouvante. Les nombreuses victimes de cette opération et les dangers dont elle est environnée, justifient cet effroi. On n'opère plus de goîtres aujourd'hui. »

Un incident caractéristique se passa à l'Académie de médecine de Paris, le 10 septembre 1850 (*Bull. Acad. de méd.*, t. XV, p. 1110). Roux ayant rapporté un cas heureux de thyroïdectomie, Velpeau désapprouva ce genre d'opérations et crut devoir mettre les chirurgiens en garde contre le désir de faire une opération brillante, si l'on ne veut pas voir le malade périr des suites ou même rester entre les mains du chirurgien. Roux s'excusa en disant que ce n'était qu'à son corps défendant qu'il avait opéré, et qu'il avait rapporté ce cas, non pour engager les chirurgiens à

imiter inconsidérément sa conduite, mais à cause de l'intérêt qui s'y rattache. Bégin se rallia à la désapprobation de Velpeau, tout en rapportant en même temps un cas de sa pratique, suivi de guérison. (C'est à tort que Michel et Süsskind signalent cette opération comme un insuccès, et que Boursier (p. 124) dit que l'opération resta inachevée.)

La protestation de Velpeau a d'autant plus lieu de nous étonner qu'il s'exprime tout différemment dans son traité de médecine opératoire (*Nouveaux élém. de méd. opérat.*, 5<sup>e</sup> éd., Brux., 1840, t. II., p. 260). Après avoir énuméré les dangers et les complications de l'opération, il ajoute : « On aurait tort pourtant de blâmer d'une manière absolue les essais qui ont pour but de nous familiariser davantage avec cette opération. »

Malgaigne (*Manuel de méd. opérat.*, Paris, 1849, p. 470) s'exprime ainsi : « L'extirpation ne doit être conseillée et tentée que quand la tumeur, par son volume, donne lieu de craindre une suffocation imminente ou par son caractère menace la vie du malade d'un autre côté... D'après le peu d'exemples que nous en possédons, cette opération est une des plus effrayantes de la chirurgie; tout au plus, s'il fallait y recourir, devrait-on la combiner à la ligature en masse. »

Le premier chirurgien français qui se montra partisan convaincu de cette opération, fut Michel, de Nancy. Son travail est un plaidoyer sérieux en faveur de l'extirpation, et constitue le premier essai tenté en France, de faire une étude critique de la thyroïdectomie. Boursier a publié récemment un travail beaucoup plus complet sur le traitement chirurgical du goître, travail dans lequel une large part est faite à l'exérèse. Les succès signalés par ces deux



auteurs, chez les chirurgiens étrangers, ont déterminé un certain nombre de leurs compatriotes, tels que Tillaux, Terrillon, Monod, Péan, etc., à entrer dans la même voie, et actuellement cette opération tend à devenir populaire en France.

En Angleterre, l'extirpation rencontra la même opposition que sur le continent; je me borne à rapporter l'opinion de deux auteurs. Liston (*Elements of surgery*, p. 469) dit ce qui suit : « Bref, l'opération entraîne tant de dangers, » la quasi-certitude d'une issue fatale est si grande, que » l'extirpation n'est justifiée dans aucun cas, et à plus forte » raison elle ne l'est pas pour faire disparaître une simple » difformité. »

Syme (*Principles of surgery*), se basant sur les rapports anatomiques, dit que l'extirpation est interdite et que toutes les tentatives faites jusqu'alors ont été presque toujours et souvent sur-le-champ suivies d'une issue funeste.

Les premières thyroïdectomies faites en Angleterre remontent au siècle dernier. On les attribue généralement à Gooch, mais c'est à tort; cet auteur se contente d'en faire brièvement mention, sans nous dire les noms des chirurgiens qui les entreprirent. (Elles figurent dans la statistique sous la mention : *Anonyme*). Il ne fut plus question de cette opération jusqu'en 1829, où Green la pratiqua de nouveau; sa patiente succomba. Il s'écoula ensuite un long laps de temps durant lequel on n'en parla plus. Heron Watson rapporte que Syme et Spence extirpèrent des goîtres, mais sans nous dire à quelle époque; Kelburne King fit deux opérations en 1864 et 1865 et Hamilton une en 1865. A partir de 1870, la thyroïdectomie devint plus fréquente, et actuellement on compte une trentaine d'observations. Le chirurgien anglais

qui a fait cette opération le plus souvent est Heron Watson : sur huit cas, il n'a essuyé qu'un échec. C'est à tort que Süsskind range Voss parmi les chirurgiens anglais. Voss est Américain. Süsskind parle aussi de deux opérations faites au Chalmer's Hospital d'Edimbourg : ce sont le troisième et le quatrième cas de Heron Watson.

Quant aux États-Unis, on ne sait pas exactement la date à laquelle furent faites la première excision de goître. Paul Berger (*Revue de Hayem*, t. XIV, p. 722) l'attribue à un chirurgien du nom de Harris, qui l'aurait tentée au commencement de ce siècle ; mais je n'ai pu obtenir nulle part de plus amples renseignements, à cet égard. Süsskind se trompe encore en attribuant à Wood, de New York, les deux ou trois extirpations dont il est question dans le *British medical Journal* de 1862, n° du 8 février. Wood a seulement raconté, à l'occasion de la discussion qui suivit la lecture du travail de Voss à la Pathological Society, que jusqu'à ce moment cette opération avait été faite deux ou trois fois à New York ; dans deux de ces cas, la mort survint par hémorragie ; dans le troisième, qui fut opéré par le président de la Pathological Society, l'opération resta inachevée (V. les obs. 2, 3 et 4, D.). Le premier succès fut remporté par Voss (1862) ; il fut suivi par d'autres, notamment par Warren Greene, qui opéra trois fois avec succès.

Quant aux autres pays, on ne peut guère citer que l'Italie, où Bottini et quelques autres ont opéré plusieurs fois avec beaucoup de succès ; la Russie, où l'opération ne paraît avoir été entreprise que trois fois ; la Belgique, où elle a été pratiquée deux fois, et enfin la Suède, où elle a été faite une fois.

Par l'aperçu qui précède, on voit que, malgré les apprê-

ciations si défavorables émises par la grande majorité des chirurgiens les plus éminents, la thyroïdectomie a conquis pas à pas dans la thérapeutique chirurgicale un terrain d'où on ne pourra désormais plus l'expulser.

C'est surtout à partir de la seconde moitié de ce siècle, et plus particulièrement depuis une dizaine d'années que la thyroïdectomie a conquis une place marquante parmi les opérations chirurgicales légitimes. Actuellement le nombre total d'extirpations connues s'élève à bien au delà de 400, dont la grande majorité été couronnée de succès.

Quant aux causes de ce revirement, je les ai exposées dans les *Remarques préliminaires*. Qu'on me permette ici un rapprochement. On peut comparer l'histoire de la thyroïdectomie à celle de l'ovariotomie. Il y a une dizaine d'années, un éminent gynécologue anglais traitait cette dernière opération d'*homicide*; aujourd'hui on peut dire qu'elle est en voie de devenir banale, et qu'au contraire on pourrait accuser d'homicide le chirurgien qui s'abstient de la pratiquer ou de la conseiller lorsqu'elle n'est pas contre-indiquée. On pourra bientôt, *mutatis mutandis*, dire la même chose de l'ablation du corps thyroïde.

#### ANATOMIE DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIQUE.

##### A) *Du corps thyroïde.*

Le corps thyroïde, ou plus correctement thyroïde, est une glande sanguine située à la partie antérieure et médiane du cou. Il a la forme d'un croissant ou plutôt d'un fer à cheval, dont la portion moyenne serait un peu allongée; il se compose de deux *lobes latéraux* et d'une partie moyenne, appelée *isthme*. Le lobe droit est ordinairement plus volumineux que

le lobe gauche. Souvent il en existe un troisième qui, sous forme d'une languette étroite, allongée, part de l'un des lobes normaux ou de l'isthme et s'élève jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde ou jusqu'à l'os hyoïde; ce lobe moyen a reçu le nom de *pyramide de Lalouette*. D'après Gruber, on le trouve 40 fois sur 100. Il est situé plus souvent sur l'aile gauche du cartilage thyroïde que sur l'aile droite (21 fois contre 10) et plus rarement encore sur la ligne médiane (9 fois). Tout à fait exceptionnellement l'isthme est remplacé par du tissu conjonctif lâche réunissant les deux lobes. Sur cent cadavres, Gruber n'a constaté cet état de choses qu'une seule fois. Dans quelques cas, on a trouvé la glande réduite à un seul lobe latéral. (*Handfield Jones, Luschka.*)

Indépendamment du corps thyroïde normal, il n'est pas rare de trouver une thyroïde accessoire, située tantôt tout près, tantôt à une assez grande distance de la glande principale; d'autres fois elle y est reliée par un pédicule plus ou moins long et plus ou moins gros. Cet organe surnuméraire peut également dégénérer et constituer alors un goître qui, sous le rapport des dimensions qu'il atteint et des troubles qu'il détermine, ne se distingue en rien des autres. Lorsque ces sortes de tumeurs se développent dans des régions du cou où il n'existe normalement pas de tissu thyroïdien, elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic importants. (Voir à ce sujet l'intéressant travail de Madelung.)

Il existe parfois un petit muscle, le muscle *azygos* ou *releveur* du corps thyroïde. Il s'insère à l'os hyoïde ou au cartilage thyroïde et va s'épanouir sur la coque fibreuse de la glande.

*Rapports.* — Le corps thyroïde est recouvert *en avant* par la peau, le tissu conjonctif sous-cutané, les peauciers, le fascia superficialis, le feuillet superficiel de l'aponévrose cervicale, les sterno-hyoïdiens, les sterno-thyroïdiens, et latéralement par les omo-hyoïdiens et le bord antérieur des sterno-cléïdo-mastoïdiens, le feuillet moyen de l'aponévrose cervicale et enfin par du tissu conjonctif lâche.

Immédiatement au-dessous des peauciers, dans l'épaisseur du fascia superficialis, rampent les veines superficielles. La plus volumineuse est la jugulaire externe; elle naît ordinairement au niveau de l'angle de la mâchoire, descend verticalement au-devant du sterno-cléïdo-mastoïdien vers la fosse sus-claviculaire et va se jeter dans la jugulaire interne derrière le chef claviculaire de ce muscle. La jugulaire antérieure naît dans la région mentonnière, s'anastomose avec des branches des jugulaires interne et externe, descend à côté de la ligne médiane jusqu'à la fossette jugulaire, où elle reçoit une branche communicante de la veine correspondante de l'autre côté, et se jette dans la jugulaire externe ou dans la jugulaire interne, en passant derrière le sterno-cléïdo-mastoïdien.

Luschka décrit une troisième veine, la *veine médiane* du cou, qui descend juste sur la ligne médiane et va déboucher dans la branche communicante signalée plus haut. Il faut par conséquent toujours songer à la présence possible de cette veine, lorsqu'on fait l'incision sur la ligne médiane.

La *face postérieure* du corps thyroïde affecte des rapports importants.

L'isthme recouvre les trois ou quatre premiers anneaux de la trachée; exceptionnellement son bord inférieur descend jusqu'au sixième anneau. Les lobes recouvrent les



faces latérales de ces anneaux et remontent le long du larynx jusqu'à l'insertion des muscles sterno-thyroïdiens ; tandis que plus en arrière et en dehors ils se prolongent le long du pharynx jusqu'à l'os hyoïde.

Le bord postérieur des lobes latéraux est en rapport immédiat avec les gros troncs vasculaires ; il contourne ensuite le larynx pour arriver jusqu'à l'œsophage et va s'appliquer contre la colonne vertébrale.

*Vaisseaux du corps thyroïde.* — *a) Artères.* — Elles sont normalement au nombre de quatre : deux supérieures et deux inférieures. La thyroïdienne supérieure naît de chaque côté de la carotide externe ; elle décrit un arc à convexité supérieure, longe le bord supérieur de la glande dans laquelle elle pénètre et va se subdiviser dans l'épaisseur du parenchyme. La thyroïdienne inférieure naît de la sous-clavière du même côté, passe derrière les gros vaisseaux du cou, le pneumo-gastrique et le grand sympathique, se subdivise en deux ou un plus grand nombre de branches et entre dans la glande par l'angle inférieur et la face postérieure du lobe correspondant ; elle décrit des flexuosités très considérables dont l'une embrasse le nerf récurrent. Voilà pourquoi ce nerf a été si souvent blessé ou lié avec l'artère thyroïdienne inférieure. Il sera du reste encore question plus loin des rapports de ce nerf avec la thyroïdienne inférieure.

Il existe assez souvent une cinquième thyroïdienne : la thyroïdienne moyenne ou artère de Neubauer. Elle naît de la crosse de l'aorte, entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche, ou entre cette dernière et la sous-clavière gauche. Elle monte verticalement et entre dans la glande par son bord inférieur.

D'après Gruber, on la trouve une fois sur dix, et d'après Nuhn, une fois sur onze ou douze. Lorsqu'elle existe, l'une des thyroïdiennes, supérieure ou inférieure, est ordinairement beaucoup plus petite qu'à l'état normal et peut même manquer entièrement.

*b) Veines.* — Elles se comportent d'une manière fort variable. Elles forment toujours plusieurs plexus très considérables au devant et à la face postérieure du corps thyroïde; ces réseaux finissent par se réunir en plusieurs troncs dits *veines thyroïdiennes*. Le nombre de ces dernières n'est pas constant, il varie de quatre à six. Les thyroïdiennes supérieures, au nombre de deux, se jettent le plus souvent dans la jugulaire interne correspondante, parfois dans la faciale. La thyroïdienne moyenne est le plus souvent unique; elle débouche dans le tronc brachio-céphalique gauche. Les thyroïdiennes inférieures, au nombre de une, deux ou quatre, naissent du plexus dit *thyroïdien impair* (Hyrzl). Lorsqu'il n'en existe qu'une, elle se jette dans le tronc brachio-céphalique gauche; lorsqu'il y en a deux, la veine droite aboutit à l'angle de jonction des deux troncs veineux brachio-céphaliques ou au tronc brachio-céphalique gauche; la veine gauche se jette toujours dans le tronc brachio-céphalique du même côté.

*c) Nerfs.* — Le corps thyroïde ne renferme que les filets nerveux du grand sympathique qui accompagnent les vaisseaux. Il n'affecte de rapports directs qu'avec les nerfs récurrents, qui se trouvent à sa face postérieure, dans la gouttière trachéo-œsophagienne.

Woelfler, frappé de la fréquence des lésions des nerfs récurrents, a étudié attentivement sur des préparations injectées les rapports entre l'artère thyroïdienne inférieure

et ces nerfs. (V. Bibliographie *Woelfler d*). Il a trouvé que ces derniers passent tantôt devant, tantôt derrière le vaisseau; que d'autres fois encore ils l'enlacent en spirale, rapports qui sont encore rendus plus compliqués par le fait que l'artère se subdivise toujours en plusieurs branches.

### B) *Du goître.*

Les rapports du goître découlent de la situation topographique de la glande normale. En avant, ils ne subissent pas de changement essentiel. Les muscles qui recouvrent le corps thyroïde sont soulevés, refoulés et peuvent être amincis au point de ne former qu'un ruban membraneux très large; la tumeur passe derrière les sterno-cléïdo-mastoïdiens et peut même les déborder en dehors. Les veines sous-cutanées se développent et atteignent un calibre très considérable.

Latéralement, le goître refoule d'abord les gros vaisseaux et les nerfs du cou, et l'on voit souvent battre les carotides à son bord externe. Mais, au delà d'une certaine limite, ces organes ne se déplacent plus et la tumeur passe alors au devant. Dans ce mouvement d'expansion latérale le goître peut arriver jusqu'au bord antérieur du trapèze.

En haut, le goître peut atteindre le maxillaire inférieur, les muscles sus-hyoïdiens, l'apophyse styloïde et même l'apophyse mastoïde.

En bas, les rapports peuvent subir des changements importants. Le néoplasme peut arriver jusqu'à la clavicule et au sternum et même les dépasser et recouvrir les premières côtes. Dans les cas de Holmes et de Perassi, la tumeur s'étendait jusqu'au-dessous de la ceinture; mais le plus sou-

vent, lorsque le goître se développe par son segment inférieur, ce n'est pas au *devant*, mais *derrière* la paroi thoracique antérieure qu'il s'étend. Il pénètre alors dans la cavité thoracique, entre le sternum et la trachée, pour constituer la variété dite *goître plongeant*, la plus grave de toutes. Dans ce cas, il peut arriver jusqu'aux troncs brachio-céphaliques artériel et veineux. Kocher (obs. 164); Rose (obs. 216); Burns (*Observations on the surgical anatomy of the head and neck*, Edinburgh, 1811, p. 227); Terrillon (obs. 32), M. Langenbeck (p. 306) en citent des exemples. Ce dernier dit même qu'il a trouvé plusieurs fois des adhérences solides entre le goître et le tronc brachio-céphalique. Dans un cas de Nussbaum (n° 197), le goître adhérait à la plèvre pariétale du sommet du poumon gauche. Rose est arrivé plusieurs fois jusqu'à la crosse de l'aorte (obs. n° 213).

Les rapports que le goître, lorsqu'il affecte la forme rétro-sternale, peut contracter avec les grands troncs veineux intra-thoraciques, méritent une attention spéciale, à cause de l'importance qu'ils peuvent acquérir au point de vue chirurgical.

On n'a jusqu'à présent décrit que trois cas de rapports directs de ces gros vaisseaux avec le goître.

Le premier est mentionné brièvement par Gauster, dans un compte rendu des autopsies pratiquées à Vienne (*Wiener Zeitschrift*, XI, 5. 6. 1855. — Schmidt's Jahrb., t. 89, p. 97). On trouva chez un aliéné, à l'autopsie, une occlusion du tronc brachio-céphalique veineux gauche par un goître rétro-sternal considérable.

Le deuxième cas est décrit en détail par Rehn (*Entwicklung eines grossen Collateral-Kreislaufes zwischen der oberen und untern Hohlvene durch Struma substernaleis*. Thèse de

Marbourg, 1875). Il s'agit ici d'un goître complètement caché derrière le sternum, les clavicules et les côtes supérieures (le larynx lui-même était entraîné presque tout entier derrière le sternum), comprimant la veine-cave supérieure, les deux troncs brachio-céphaliques veineux et la trachée, avec développement d'une circulation collatérale considérable entre les territoires des deux veines-caves. L'emploi de l'iodure de potassium amena la guérison. (La patiente était âgée de 38 ans.)

La troisième observation est due à Kretschy (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1877, n° 1.)

Ici non plus, l'examen extérieur du cou ne révélait en aucune façon la présence d'un goître. Le patient (61 ans) présentait une dilatation colossale des veines de la tête et du tronc. La mort survint à la suite d'œdème pulmonaire. A l'autopsie, on trouva un goître rétro-sternal qui pénétrait dans le thorax jusqu'au niveau de la 9<sup>e</sup> vertèbre dorsale. Le poumon droit était refoulé en bas et en arrière et fortement comprimé, le cœur était repoussé en bas, sa pointe au niveau du disque cartilagineux entre la 12<sup>e</sup> vertèbre dorsale et la première lombaire, le tronc brachio-céphalique veineux droit était allongé (0,40) oblitéré et converti en un cordon solide d'environ 0,003 de diamètre. Les terminaisons des troncs des veines sous-clavière et jugulaire interne droites étaient réduites au calibre d'une plume d'oie. En revanche, la veine-cave inférieure et le tronc brachio-céphalique veineux gauche, ainsi qu'un grand nombre de veines anastomotiques, étaient fortement ectasiées.

Les rapports les plus importants du goître sont ceux qu'affecte sa face postérieure. Il en a déjà été question à propos du corps thyroïde normal; mais, dans le cas de



dégénérescence goitreuse, ils deviennent beaucoup plus intimes et plus étendus.

J'ai dit plus haut que la tumeur finit par passer au-devant des troncs vasculaires et nerveux, de façon que tous les organes du cou peuvent être complètement enveloppés par le néoplasme, comme par un collier (*goître circulaire ou en anneau*). De plus, le goître pousse souvent des prolongements entre les divers organes, qui sont alors séparés les uns des autres par de véritables cloisons de tissu thyroïdien, avec lesquelles ils contractent des adhérences, ce qui en rend l'isolement extrêmement laborieux; ces cloisons peuvent prendre des dimensions considérables. D'autres fois, il y a des protubérances qui vont se loger entre la colonne vertébrale et le pharynx ou l'œsophage; on a alors le *goître rétro-œsophagien* (1). Ordinairement cette dernière variété est constituée par une glande thyroïdienne accessoire (v. *Madelung*, p. 88, et les obs. de Czerny et de Weinlechner.)

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

(Virchow, *Die krankhaften Geschwülste*, — t. III. — Lücke, *Die Krankheiten der Schilddrüse* in Pitha u. Billroth, *Handbuch der Chirurgie*, t. III, 1; Abthlg. B<sup>te</sup>. — Billroth, *Chirurg. Klin.*, 1860-1867, p. 168, et 1871-1876, p. 211.)

Toutes les parties du corps thyroïde isolément ou la glande tout entière peuvent devenir le siège d'un goître. Généralement tout un lobe est envahi, mais souvent aussi l'affection n'en atteint qu'un segment. D'autres fois, la thyroïde elle-même reste normale, tandis qu'une glande accessoire entièrement indépendante ou unie seulement au

(1) L'intéressante monographie de Kaufmann (v. Bibliographie) a été publiée trop tard pour pouvoir être utilisée pour mon travail.

corps thyroïde par du tissu conjonctif ou un mince pédicule, devient le siège de la dégénérescence.

Tous les auteurs qui se sont occupés de ce point disent que le goître partiel se développe plus souvent dans le lobe droit que dans le lobe gauche, et rarement dans l'isthme (Lücke, p. 18). En examinant les 322 cas de ma statistique, j'ai trouvé les données suivantes : Lobe droit 70 fois, lobe gauche 21, lobe moyen—ou plutôt, d'une manière plus générale, goître médian—46; la glande entière 105 fois; une glande accessoire 8; dans les autres cas, il n'y avait pas d'indication sur le siège exact de la tumeur. Toutefois, ces chiffres n'ont pas une valeur absolue; dans un certain nombre de cas, il n'était pas possible d'établir d'une manière positive le siège positif de l'affection, les renseignements n'étant pas assez précis. Il peut donc y avoir quelques erreurs dans la classification des cas.

Les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes. Sur 322 patients, il y a 189 femmes, 99 hommes et 34 où le sexe n'est pas indiqué. Sur 48 opérés de Billroth (1879-1881), il y avait 33 femmes et 15 hommes.

Bien qu'on soit aujourd'hui d'accord sur ce point que, dans les différentes formes de la dégénérescence goitreuse, il s'agit primitivement d'un seul et unique processus morbide, les modes de terminaison sont si variés qu'on est forcé de distinguer plusieurs groupes.

Lücke les classe de la manière suivante :

- 1° Le goître hypérémiq;ue;
- 2° Le goître parenchymateux (hypertrophique, folliculaire, lymphatique);
- 3° Le goître fibreux;
- 4° Le goître vasculaire (anévrismatique, variqueux);

5° Le goître colloïde (gélatineux);

6° Le goître kystique;

Ajoutons-y :

7° Le goître amyloïde (Friedreich) ou cireux (Beckmann).

Ces diverses formes peuvent se trouver seules ou à tous les degrés de combinaison.

Le goître parenchymateux, qui est la forme type, est essentiellement constitué par une hyperplasie du tissu thyroïdien normal dont je vais succinctement rappeler la structure.

On y distingue le stroma et le parenchyme. De la face profonde de la capsule fibreuse qui enveloppe la glande, partent des prolongements formant des cloisons et des tractus fibreux qui subdivisent le parenchyme en un grand nombre de lobes et de lobules. Ces derniers sont constitués par de petits saccules ou follicules entre lesquels les dernières ramifications du stroma vont s'étendre sous forme de trabécules extrêmement ténues. Les cloisons et les tractus renferment des vaisseaux sanguins qui finissent par former un réseau capillaire très serré jusqu'autour des follicules.

Ces derniers sont formés par une membrane anhiste renfermant des cellules rondes à noyau semblables aux corpuscules des ganglions lymphatiques.

Ces follicules ne sont pas des éléments indépendants les uns des autres; ils communiquent entre eux par groupes au moyen de prolongements vésiculaires ramifiés.

Lorsque la glande subit la dégénérescence goîtreuse, les altérations pathologiques peuvent atteindre tous les éléments simultanément, stroma et follicules, ou seulement l'un d'entre eux. Lorsque l'hyperplasie porte sur les follicules seuls, on a le *goître folliculaire mou* (Virchow); lorsque c'est sur le stroma, on a le *goître fibreux*.

C'est surtout dans ce dernier cas qu'on voit se former ces tumeurs parfaitement circonscrites, facilement isolables du reste de la glande, dont ils sont séparés par une capsule fibreuse très dense, avec fort peu de communications vasculaires. Dans cette forme de goître, le stroma s'hypertrophie considérablement, les follicules diminuent en nombre et en volume, et finissent même par s'atrophier complètement et par disparaître. Le goître alors devient véritablement squirrheux dans le sens propre du mot. C'est à cette forme que les Allemands ont donné le nom de *Kropfknoten* (nodosité de goître) ou *Knoten kropf* (goître noueux), le *goître fibreux* ou *central* de quelques auteurs français. Il peut y en avoir plusieurs dans la même glande.

Il arrive parfois que cette prolifération du tissu fibreux soit portée si loin qu'il s'opère un étranglement, une véritable expulsion de la tumeur, et que celle-ci ne soit plus reliée à la glande que par du tissu conjonctif ou un pédicule renfermant des vaisseaux.

Dans les cas où l'hyperplasie atteint de préférence les follicules, il y a d'abord une prolifération des cellules, accompagnée de l'exsudation d'un liquide gélatineux ou colloïde, renfermant des corpuscules de nature albuminoïde. En même temps que les follicules augmentent de volume, ils s'accroissent en nombre. Virchow insiste sur ce dernier fait. « Pour qu'il y ait goître, dit-il, il est nécessaire que la masse des éléments folliculaires existants augmente, qu'il y ait non seulement agrandissement des follicules, mais aussi multiplication de leurs appendices vésiculaires. »

Lorsque le goître devient le siège d'une transformation kystique, celle-ci peut s'opérer de deux façons. Voici comment Billroth s'exprime à ce sujet. (Billroth a), p. 168) :

« J'appelle *goîtres kystiques primitifs* ceux qui se composent d'un sac à paroi interne lisse et d'un liquide sécrété, peu filant, le plus souvent d'un jaune ou d'un brun foncé. Ils se développent à la suite de l'hypersécrétion de ce liquide dans des follicules isolés confluent (parfois peut-être dans un seul), et ils peuvent atteindre le volume d'une tête d'homme. Ils sont situés souvent sur la ligne médiane du cou, d'autres fois latéralement.

» Toutefois, il existe encore d'autres espèces de goîtres kystiques à contenu semblable à celui des goîtres que je viens de décrire, mais dont les parois sont rugueuses et constituées par du tissu parenchymateux. Ces kystes se développent à la suite du ramollissement des goîtres parenchymateux..... Il peut arriver en outre que toute la masse d'un goître parenchymateux se transforme en une bouillie grise, granuleuse, très épaisse. On trouve alors à l'autopsie un sac à parois épaisses, avec ce contenu ramolli, et qui, sur le vivant, paraissait être une tumeur très ferme. Le plus souvent cette bouillie est en partie calcifiée. »

Il arrive très fréquemment qu'on rencontre des dépôts ou des concrétions calcaires dans les parois du kyste ou dans la bouillie provenant du ramollissement. Les goîtres fibreux présentent aussi assez souvent la transformation calcaire. Hutchinson (*Lancet*, 13 mai 1882) présenta le 2 mai à la *Pathological Society* de Londres, un homme de 60 ans, porteur d'un goître depuis son enfance. La calcification avait commencé vers 40 ans; la tumeur, qui siégeait à droite et avait le volume d'un poing, s'était enflammée, il y avait quelques années, s'était nécrosée et avait été éliminée. Actuellement cet homme porte au cou une vaste cavité tapissée de concrétions calcaires, qui suit les mouvements de déglutition.



L'ossification du goître n'est pas rare; il se forme parfois de véritables ostéoïdes (*goître osseux*. — Virchow). Il peut y avoir aussi formation de masses cartilagineuses. D'autres fois encore, il s'opère au centre du goître, surtout du goître colloïde ou parenchymateux ramolli, une véritable cicatrisation, aboutissant à la production d'un tissu inodulaire très dense.

Le contenu des goîtres kystiques, kysto-parenchymateux, ou ramollis, est fort varié. On y trouve toutes les transitions depuis un liquide séreux ou un peu filant jusqu'à du sang plus ou moins pur, ou une bouillie aussi épaisse que le contenu d'un athérome. Dans les liquides on rencontre de la mucine, de l'albumine, de la cholestérine, des cristaux d'oxalate de chaux, ainsi que tous les produits de la décomposition du sang.

Pour terminer cette énumération, je citerai ces amas de granules brillants qui existent parfois en assez grand nombre et qui sont formés par des corpuscules colloïdes.

L'épaisseur des parois des kystes varie beaucoup. Tantôt elles sont constituées par un simple sac membraneux, très mince (*goître kystique primitif* — Billroth), tantôt par une couche plus ou moins épaisse de tissu parenchymateux, restes du tissu propre du goître (*goître kysto-parenchymateux*). Dans ce cas, elles peuvent avoir une épaisseur telle qu'on ne peut pas percevoir la fluctuation du liquide qu'elles renferment. Ces goîtres peuvent être uni ou multiloculaires. Ce dernier cas est le plus fréquent, et l'on trouve des kystes à tous les degrés de développement dans le même goître.

On rencontre les goîtres à tous les âges; il y en a même qui datent de la naissance, c'est-à-dire de la vie intra-uté-

rine. M. Béraud a montré, à la séance du 13 février 1861 de la Société de chirurgie de Paris, un goître trouvé chez un fœtus de 5 mois. La tumeur était trilobée et sillonnée de larges veines; poids, 16 grammes; diamètre transversal, 0,055, vertical, 0,03. (Le corps thyroïde d'un fœtus à terme ne pèse que 2 grammes.) Les gros vaisseaux du cou et le pneumo-gastrique gauche étaient comprimés, et les premiers étaient déviés.

L'accroissement en est généralement très lent; il peut être continu ou s'arrêter pendant un temps plus ou moins long, pour reprendre tout à coup une marche plus rapide.

Les dimensions et le poids de ces tumeurs sont aussi fort variables. Les plus volumineuses sont les goîtres kystiques et kysto-parenchymateux. Un des plus remarquables sous ce rapport est celui opéré par Holmes, et encore faut-il tenir compte, dans ce cas, de la quantité de liquide écoulée à la suite de la rupture de la poche, ainsi que de la portion du sac qui ne fut pas enlevée. Les malades de Greene (n° 10) et de Perassi avaient des tumeurs presque aussi volumineuses. Parmi les autres, je citerai encore les cas de Kocher (n° 158), de Klein (n° 154), de Kraus (n° 168), de Walther (n° 223), de Graefe (n° 123), de Julliard (n° 145), de Wood (n° 30, C), etc. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste*, III, p. 34) cite plusieurs auteurs qui rapportent des cas où le goître s'étendait jusqu'aux membres inférieurs! Alibert (*Nosologie naturelle*; Paris, 1817, t. I, p. 466 et 468, pl. C et D) représente deux goîtres monstres, dont le second descend jusqu'à l'épigastre et recouvre le thorax dans presque toute sa largeur.

## INFLUENCE DU GOÎTRE SUR LES ORGANES VOISINS. — TROUBLES FONCTIONNELS.

Je me bornerai à passer succinctement en revue les altérations produites par le goître dans les organes voisins, et en les envisageant surtout au point de vue des indications et de la médecine opératoire.

Ces altérations peuvent être ramenées à deux groupes principaux : 1<sup>o</sup> les phénomènes de compression ou mécaniques, et 2<sup>o</sup> les phénomènes de dégénérescence ou pathologiques.

Je procéderai par organes.

A. *Trachée et larynx*. — Ce sont les organes le plus fréquemment et le plus profondément atteints.

Les effets du goître sur les voies respiratoires varient suivant son volume et surtout son siège. Ce sont principalement les tumeurs du lobe médian qui, en se prolongeant derrière le sternum ou les clavicules (*goître rétro-sternal* ou *suffocant* ou *plongeant*) aplatissent la trachée d'avant en arrière et déterminent alors des troubles graves. Cette forme de goître est d'autant plus dangereuse qu'elle est fort insidieuse et que souvent elle ne fait presque pas de saillie à l'extérieur. Les tumeurs des lobes latéraux peuvent atteindre un volume considérable, sans gêner beaucoup la respiration. Lorsque cependant elles s'accroissent par la face profonde ou qu'elles sont bridées par les longs muscles sternaux et les sterno-cléïdo-mastoïdiens, elles peuvent déterminer des accidents sérieux.

Lorsque le goître ne se développe que d'un côté ou d'un côté plus que de l'autre, il déplace le tube aérien de manière à lui faire décrire un véritable arc de cercle ou à lui

imprimer la forme d'une S (v. dans Lücke *a*) la fig. 4, p. 57).

Une conséquence fréquente de la compression prolongée de la trachée, c'est le *ramollissement*. Mais, avant d'en parler, je dirai un mot du *rétrécissement* de la *trachée en fourreau de sabre* de Demme.

Le rétrécissement ou l'aplatissement de la trachée peut se faire soit d'avant en arrière, soit latéralement. Parfois le larynx est également déformé (n° 210).

La trachée peut être complètement aplatie sans que les anneaux soient ramollis. J'ai extirpé sur un cadavre un goître volumineux, où ce tube était tellement aplati latéralement, dans *toute sa longueur*, qu'il ne restait qu'une étroite fente. Les anneaux cartilagineux avaient conservé leur dureté.

Reverdin (n° 206) dit que la trachée était déviée, aplatie et tordue; pas de ramollissement.

L'absence de troubles est expressément notée dans plusieurs de ces cas.

On attribue généralement à Demme, de Zurich, la première description de cet état particulier de la trachée; mais il avait été précédé de près d'un demi-siècle par Lullier-Winslow (*Biblioth. méd.*, t. LI, p. 202; Paris, 1816. — *Observations sur un goître volumineux comprimant la trachée-artère*). Voici comment l'auteur s'exprime dans son rapport d'autopsie, lu à la séance du 9 décembre 1815 de l'Athénée de médecine de Paris : « La trachée-artère est comme enchaîtonnée dans la tumeur. Elle est aplatie latéralement en manière de *GÂINE DE SABRE* dans une étendue d'un pouce et demi, ayant à peine (vers le milieu de cette partie déformée) une ligne de largeur antérieurement et une ligne et

demie postérieurement. Le haut et le bas de la trachée, vers la portion rétrécie, figurent deux entonnoirs dont l'inférieur est renversé. »

Demme n'a donc fait que ressusciter, peut-être même découvrir de nouveau, l'altération dont il s'agit. En tout cas, c'est grâce à lui que la connaissance de cet état de la trachée est maintenant généralement répandue.

Duncan Gibb rapporte qu'un jeune homme, qu'il vit en 1869, succomba en janvier 1870 à l'asphyxie, sans que la trachéotomie pût le sauver. A l'autopsie, on trouva la lumière de la trachée réduite à une étroite fente ovale. (Il n'est pas question de l'état des anneaux cartilagineux).

Mac Laren, de Carlisle (Angleterre), cite un cas analogue (*British medical Journal*, 18 mars 1882). Il s'agit d'un garçon de neuf ans atteint d'un goître qui occasionnait une dyspnée intense. Pendant qu'on le chloroformait pour lui passer un séton, la respiration cessa tout à coup; la trachée étant cachée par la tumeur; il fut impossible de faire la trachéotomie; malgré tous les efforts, on ne parvint pas à rappeler le patient à la vie. A l'autopsie, on trouva la trachée réduite à une simple fente, qu'une légère pression suffisait à oblitérer entièrement. On ne fait aucune mention de l'état des anneaux cartilagineux. Chez ce malade, en outre, les efforts respiratoires avaient déterminé la rupture d'un certain nombre d'alvéoles pulmonaires à la suite de laquelle il s'était développé de l'emphysème sous-pleural.

Nous arrivons maintenant à l'altération la plus grave que le goître peut déterminer dans un organe voisin : le ramollissement de la trachée, la conséquence d'une compression prolongée. Il a été découvert par Rose et décrit par lui dans un travail remarquable (Rose *a*). Les anneaux



cartilagineux subissent la dégénérescence graisseuse et s'atrophient, et le tube trachéal devient un simple cylindre membraneux semblable à un tube de caoutchouc. (*Trachée en ruban.*) Je reviendrai plus loin sur les conséquences de cet état pathologique, en parlant des *Indications* et des *Complications*.

Les cartilages du larynx peuvent subir la même dégénérescence. Wild (p. 28), rapporte qu'en faisant une injection d'eau chlorée dans une plaie, après l'extirpation d'un goître, Nussbaum perfora le larynx dont les cartilages étaient réduits à la minceur d'une feuille de papier. L'injection pénétra dans la trachée et le patient lutta pendant 20 minutes contre la mort par asphyxie, en crachant beaucoup de sang. Il finit cependant par revenir à lui, au moment où Nussbaum se préparait à lui faire la trachéotomie. Chez le malade de Rose (n° 210), le larynx était fortement aplati; la moitié droite du cartilage thyroïde était en quelque sorte enfoncée.

Le fait du ramollissement de la trachée avait déjà été noté par J. L. Petit (p. 434). Ce chirurgien avait remarqué qu'après la ponction d'un goître kystique volumineux « la malade eut des étouffements ». Il attribua ce phénomène à ce que « l'air entraît avec trop de facilité dans la trachée-artère. » Bien que, suivant moi, Petit se trompât dans l'interprétation du phénomène — car je crois qu'il faut admettre que la trachée, ramollie, privée partiellement de son soutien, s'était un peu aplatie — il en tira une conséquence très utile au point de vue du traitement. Pour remplacer la « compression habituelle », il plaça pendant quelques jours une vessie demi-pleine de lait chaud au devant de la gorge depuis le menton jusqu'aux clavicules, applica

une légère compression et la malade fut soulagée. C'est en principe le pansement recommandé par Rose et d'autres chirurgiens qui emploient des attelles pour soutenir la trachée.

Quant aux *troubles respiratoires*, ils existent à tous les degrés. Ils se développent généralement lentement et ne consistent d'abord qu'en une gêne légère, qui augmente progressivement ou d'autres fois brusquement, sous l'influence d'un traumatisme, d'un catarrhe, etc.; dans ces cas ils peuvent mettre la vie en danger. Le plus souvent la dyspnée n'est pas continue; elle ne survient qu'à la suite d'une marche rapide, d'efforts, d'ascensions, etc.

A un degré plus avancé, le moindre effort devient impossible, le patient ne peut plus se coucher dans le décubitus dorsal, l'état asphyxique peut devenir permanent et aller en augmentant jusqu'à la mort. D'autres fois, il se produit de véritables accès de suffocation, avec cyanose de la face, congestion cérébrale, refroidissement des extrémités, convulsions, etc. (v. les cas 214 et 217), et la mort peut survenir subitement par asphyxie aiguë. Un des exemples les plus émouvants de cette mort subite est rapporté par Hanuschke (*Chirurg. operat. Erfahrungen*; Leipzig, 1864, p. 79). Ce chirurgien fut appelé auprès d'une femme enceinte, qui avait la conviction que le prochain paroxysme la tuerait. Il la trouva occupée à prendre ses dernières dispositions, quoique paraissant en parfaite santé. Elle la supplia de sauver au moins son enfant après sa mort. Tout à coup l'accès d'asphyxie éclata, tous les secours furent inutiles, mais le médecin put au moins sauver l'enfant par l'opération césarienne.

A l'autopsie, on trouva un goître anévrysmatique sous-sternal.

Ces cas d'asphyxie aiguë ou lente sont loin d'être rares : Rose, Kocher et presque tous les auteurs qui ont écrit sur le goître en rapportent des exemples.

Bottini *b)* p. 183, dit qu'il a dû faire la trachéotomie *in extremis*, à une femme de 60 ans, pour un goître suffocant, de dimensions modérées, et que ce n'est qu'à grand'peine qu'il put la rappeler à la vie.

La *voix* subit des altérations : il y a de l'enrouement, du cornage, ou bien elle devient sifflante. L'aphonie est assez fréquente ; elle est due à la parésie ou la paralysie des cordes vocales, suite de la compression des nerfs récurrents. Kocher (obs. 158) cite un cas où il y avait de l'aphonie sans autres symptômes de compression.

En outre, il survient souvent un catarrhe laryngo-trachéal, qui peut devenir très intense.

Comme altérations secondaires dues au mécanisme respiratoire forcé, Rose signale l'emphysème pulmonaire, les bronchiectasies, la stase sanguine, la dilatation du cœur droit et la dégénérescence graisseuse.

Un autre accident, c'est la perforation de la trachée, du pharynx ou de l'œsophage avec rupture du kyste (*goître perforant*), (Kocher *a)*, t. X, p. 221 et suiv.). Lorsque c'est dans le larynx ou la trachée que le contenu du kyste se déverse, la mort peut survenir brusquement par asphyxie (Kocher, *loc. cit.*, p. 221.)

Dewes (Birmingham Medical Society. — *British Medical Journal*, 18 janvier 1879), rapporte que le 22 octobre 1878, un homme atteint d'un immense goître fut apporté à l'hôpital, presque mourant d'asphyxie. On fit une incision superficielle allant jusqu'au goître, ce qui le soulagea beaucoup. Quelques jours après, il succomba subitement.

A l'autopsie, on trouva que la partie postérieure de la tumeur s'était déchirée, qu'une hémorragie veineuse considérable s'était produite et que l'extravasation s'étendait dans le larynx et la trachée, comprimant les nerfs respiratoires. Paget (*Lectures on surgical Pathology*, 4<sup>e</sup> éd., Londres, 1876, p. 401), raconte qu'en 1841, une femme atteinte d'un goître kystique volumineux, succomba presque subitement au Bartholomew's Hospital de Londres. On trouva que la poche s'était crevée et avait déversé son contenu dans le larynx et le pharynx, à travers une ulcération de ce dernier. Savory (*The Lancet*, 24 novembre 1866), cite un autre cas où la rupture du sac eut lieu au même endroit, mais le patient se rétablit.

B. *OEsophage*. — Les troubles de la déglutition sont presque aussi fréquents que ceux de la respiration, mais ils n'acquièrent presque jamais l'intensité et la gravité de ces derniers. La dysphagie ne se déclare ordinairement qu'après la dyspnée, et lorsqu'elle apparaît, c'est un indice que le goître s'étend vers la profondeur. Parfois la dysphagie se montre la première; il faut alors songer à la possibilité d'un goître rétro-œsophagien (rétro-pharyngien) (1). Suivant Rose (*Die Chirurg. Behandl. d. carcin. Struma* — Arch. de Langenbeck, 1879, p. 13), c'est surtout dans le goître cancéreux que les symptômes du côté du canal alimentaire prédominent sur ceux des voies respiratoires.

Beaucoup de patients atteints de dysphagie, même très avancée, peuvent encore se nourrir d'aliments mous ou liquides.

Toutefois, il existe aussi plusieurs cas où l'obstacle à la

(1) Voir l'excellente monographie de Kaufmann sur cette forme de goître.

déglutition était tel que le malade faillit succomber à l'inanition (Greene, D., obs. 9); dans un cas même, la mort s'ensuivit. Il est relaté par Mules, de Manchester (*Britisch medical Journal*, 20 mars 1880.) Il y avait, depuis quelques semaines une légère dysphagie, lorsque tout à coup une obstruction complète de l'œsophage se déclara. L'état général de la malade s'opposant à toute opération, elle mourut d'inanition, au bout de quinze jours. A l'autopsie, on constata que l'obstacle provenait d'une petite excroissance latérale du goître, pénétrant entre l'œsophage et la trachée. (Voir le cas tout à fait analogue de Weinlechner, obs. n° 225.)

Chez la malade de Mules, le goître avait subi la dégénérescence kystique et osseuse.

C. *Troubles vasculaires.* — *Veines.* — La circulation veineuse est entreprise de bonne heure, aussi bien dans le goître lui-même que dans les veines sous-cutanées et péri-thyroïdiennes. Les veines deviennent plus longues, plus flexueuses et fort volumineuses. On en a vu du volume du petit doigt et du pouce; Bottini a même trouvé chez son premier opéré une veine sous-cutanée du volume de la veine-cave (!).

Il est rare que les tuniques veineuses s'épaississent en proportion; au contraire, elles deviennent souvent beaucoup plus minces, plus friables, jusqu'à se déchirer sous le doigt et la ligature (v. les cas de Fenwick, n° 6 D; W. Greene, obs. n° 8, D, et de Borel-Laurer, n° 84.)

Deux cas fort remarquables sous le rapport du développement que peuvent prendre les veines, sont ceux de Rehn et de Kretschy (v. plus haut, *Rapports du goître*). Dans ce dernier cas, le cou grossi par les veines dilatées atteignait



le double de son volume normal. Les veines sous-cutanées du côté droit formaient un paquet dont quelques vaisseaux avaient un calibre de 3 centim. Les veines de toute la face antérieure du tronc étaient variqueuses et considérablement ectasiées.

La circulation cérébrale peut être entravée; il y a alors stase, congestion, cyanose, boursoufflement de la face, exophthalmie, etc.

Lücke (p. 56), dit qu'assez souvent, par suite de la traction exercée par le goître sur les veines thyroïdiennes, celles-ci entraînent la jugulaire interne vers la ligne médiane, de sorte qu'elle se trouve *en dedans* de la carotide commune. (Ce point a son importance pour l'opération.)

Il a déjà été question plus haut des altérations du cœur et des poumons.

*Artères.* — La carotide commune est ordinairement refoulée en dehors. On la sent et on la voit battre au bord externe du goître. D'autres fois, au lieu de la déplacer, la tumeur passe au devant d'elle et de la jugulaire, de manière à les envelopper. Dans ce cas le goître envoie fréquemment des prolongements entre les divers organes du cou et, si le même phénomène se passe des deux côtés, il constitue ce qu'on appelle le *goître circulaire* ou *en anneau*. C'est une des formes qui déterminent les accidents les plus graves : il se produit un véritable étranglement.

Les artères thyroïdiennes sont souvent hypertrophiées.

Burns (*Surgical Anatomy of the Head and Neck*.—Edimbourg, 1811, p. 197) et d'autres rapportent avoir vu des thyroïdiennes supérieures presque aussi grosses que la carotide commune. (V. aussi le troisième cas de Greene.)

*C. Nerfs.* — Les nerfs intéressés sont les pneumo-gastri-

ques, les grands sympathiques et les récurrents. La compression des deux premiers peut donner lieu à des troubles de l'innervation du cœur et de la vue, celle des récurrents à l'altération de la voix. (Il en a été question plus haut à propos des troubles respiratoires). On peut trouver les nerfs hyperémiés et épaissis. Parfois les accidents déterminés par la compression des pneumo-gastriques et des grands sympathiques peuvent simuler un goître exophthalmique (v. les observations de Küster, de Tillaux et de Watson).

Un cas unique est celui du patient de Heineke (v. à la fin de ce travail la relation de M. le dr Koch). Le patient présentait des spasmes cloniques du trapèze et du sterno-cléïdo-mastoïdien droit à la suite de la compression du nerf accessoire de Willis.

D. *Muscles*. — On les trouve souvent, surtout les muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens, réduits à une minceur membraneuse et en voie de dégénérescence graisseuse. Le sterno-cléïdo-mastoïdien résiste plus longtemps, mais il n'est pas rare d'y constater les mêmes altérations.

E. — Le *tissu conjonctif* du cou peut être hypertrophié; il s'y développe une *péristrumite indurative*.

Enfin, Kocher rapporte un cas (obs. 158) où le larynx et l'os hyoïde étaient entraînés en avant et en bas, de façon que les doigts pouvaient se rencontrer derrière ces organes; la colonne cervicale formait une lordose très prononcée.

#### INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

La manière de voir au sujet des indications de la thyroïdectomie a subi des fluctuations considérables, non seule-

ment chez les divers chirurgiens qui l'ont pratiquée ou préconisée, mais encore chez le même chirurgien à mesure qu'une expérience plus étendue donnait plus de maturité à ses idées. La majorité des premiers opérateurs ne nous ont pas dit les motifs qui les ont conduits à entreprendre cette grave opération. Hedenus dit d'une manière générale que ses patients auraient tous succombé s'il ne les avait pas opérés. Il faut arriver à Billroth pour trouver des renseignements précis à cet égard.

Dans sa première publication relative à l'extirpation du goître (*Billroth a*), p. 178), cet auteur pose les indications comme il suit : « L'extirpation de goîtres, siégeant sur la ligne médiane, ne causant que peu ou point de dyspnée, même s'ils sont volumineux, peut être pratiquée dans la plupart des cas avec succès, notamment chez les femmes ou les jeunes filles. L'ablation de goîtres situés sur les côtés du cou ou profondément derrière le sternum et à peine perceptibles à l'extérieur, déterminant beaucoup de dyspnée, est bien plus rarement suivie de succès. C'est précisément dans les cas où il y a indication vitale que le résultat est souvent malheureux. » Et plus loin (p. 179) : « La question de savoir si l'homme peut survivre à l'ablation totale de la glande thyroïde, n'est pas encore tranchée..... Des goîtres volumineux, même proéminents, qui n'occasionnent que peu ou point de dyspnée, ne doivent jamais être opérés pour des motifs d'esthétique, chez des individus âgés de plus de 40 ans. De petites tumeurs, siégeant à la partie inférieure du corps thyroïde chez des enfants et des jeunes gens, devraient, me semble-t-il, être extirpées plus souvent, surtout si elles sont placées de telle façon qu'elles puissent, en se développant, présenter du

danger. » Dans son second travail (*b*, p. 182), Billroth dit qu'il a refusé d'opérer plusieurs patients, à leur demande, « à cause du volume et de l'absence de mobilité de la tumeur ». Il résume ensuite sa manière de voir à ce sujet de la façon suivante (*Ibid.*, p. 214) : « Somme toute, d'après l'expérience que j'ai acquise jusqu'à présent, je n'ai pas de motifs pour m'écarter d'une manière sensible des principes que j'ai établis, touchant cette opération, dans mon rapport de clinique de Zurich. » (V. plus haut.)

Ces paroles, écrites vers 1878, ne sont plus vraies aujourd'hui. En effet, Billroth a extirpé dans ces dernières années, et avec le plus brillant succès, un très grand nombre de goîtres, dont une bonne partie ne présentait aucune des indications formulées plus haut. Du reste, déjà dans son dernier rapport (1871-1876), immédiatement après le passage que je viens de citer, il dit : « En général, on méconnaît beaucoup trop le danger que présentent les goîtres situés profondément. Un grand nombre de ces goîtreux voient leurs jours sensiblement abrégés par une trachéosténose qui se développe lentement, et par l'emphysème qui en est la conséquence. Mais même le chiffre de ceux qui meurent littéralement étouffés par le goître, entre 50 et 70 ans, est assez élevé, et je démontrerai plus loin que, dans les cas de ce genre, la trachéotomie n'offre aucune chance de salut. »

Depuis lors, Billroth n'a plus rien écrit sur ce sujet, mais Wœlfler, son assistant (*a*) p. 166), s'exprime en ces termes : « On doit se demander comment il se fait que chez nous les contre-indications deviennent de moins en moins nombreuses, et qu'elles ne soient plus fournies que par l'âge avancé ou des maladies atteignant tout l'orga-

nisme du patient, et qu'en outre le nombre d'opérations va toujours en augmentant. Cela tient d'une part à ce que, grâce aux perfectionnements apportés à la technique de l'hémostase et au traitement des plaies, dans ces dernières années, on a obtenu des résultats beaucoup plus favorables, et d'autre part, à ce que Rose nous a appris dans ces derniers temps que presque tous les goîtres d'un certain volume, peuvent donner lieu à un ramollissement des anneaux trachéaux, et que de là résultent ces redoutables asphyxies : deux dangers qu'on ne peut éviter que par une extirpation hâtive du goître. » (V. aussi Woelfler *b*), n° 27, colonne 732.) Dans un certain nombre de cas, Billroth a pratiqué la thyroïdectomie pour des motifs d'esthétique.

Si maintenant nous voulions baser une conclusion sur la pratique de Billroth, pratique justifiée par les résultats qu'elle donne, nous pourrions la formuler dans les termes suivants : « Il faut placer le goître au même rang que toute autre tumeur et la traiter comme telle, c'est-à-dire par l'extirpation. Mais il se distingue des autres tumeurs par la nature des complications qu'il peut déterminer : le ramollissement de la trachée et comme conséquence la mort lente ou subite. On ne peut jamais dire dans un cas donné si cette complication ne se déclarera pas ou si le goître ne prendra pas la forme plongeante. Dans les deux cas, l'extirpation à cette période est beaucoup plus grave que si elle avait été faite de bonne heure. »

Ce que je viens de dire est surtout applicable au goître endémique. Le goître sporadique présente ces dangers beaucoup plus rarement et l'on peut essayer d'abord de le combattre au moyen de quelques-uns des autres modes de trai-



tement avant d'avoir recours à l'exérèse, notamment au moyen des injections (v. plus loin).

Je me suis attaché à exposer en détail la pratique et les opinions de Billroth, parce qu'elles résument en quelque sorte les différentes phases de l'évolution de cette importante question. Il me sera donc permis de passer plus rapidement sur l'opinion des autres auteurs.

Lücke *a)* (p. 78) dit que la première condition de l'extirpation, c'est que le goître soit mobile et n'ait pas une base trop large ou, mieux encore, qu'il soit pédiculé. Ailleurs *b)* (p. 44), il recommande l'extirpation des goîtres très durs, fibreux et calcifiés, qui résistent complètement aux autres méthodes. Il considère comme contre-indications un trop grand volume du goître, une base trop large et une situation trop profonde dans la fossette jugulaire.

Dans le travail remarquable, dont il a été question plus haut, Rose a appelé l'attention sur cette complication si grave qui fournit l'une des indications les plus pressantes de l'extirpation : le ramollissement de la trachée, suite de la compression exercée par la tumeur. Il dit que toute la doctrine du traitement du goître repose là-dessus. C'est cette altération pathologique, dit-il, qui constitue le danger principal du goître et qui « m'a forcé à avoir de nouveau recours à l'extirpation totale ». Grâce à elle « on réussira de temps en temps à arracher à la mort précisément les individus chez lesquels, d'après la manière de voir régnante, toute tentative de salut est interdite ».

Dans un second travail Rose (*b*) plaide en faveur de l'extirpation des goîtres rétro-sternaux, quel qu'en soit le volume. Il rapporte à cette occasion un cas dans lequel il dut

mettre à nu la crosse de l'aorte. (Obs. 213.) (C'était le troisième cas de ce genre qu'il opérait.)

Michel admet l'extirpation comme formellement indiquée, lorsque toute autre médication a échoué et que les accidents acquièrent de la gravité. Il ajoute dans ses *conclusions* que « dans ces conditions les indications, loin d'être amoindries, doivent être élargies. »

Duplay (Follin et Duplay, *Pathologie externe*, t. V, p. 224) ne voulait pas opérer même lorsque « la tumeur peut gêner le malade par son poids et par l'obstacle mécanique qu'elle apporte aux mouvements de la tête et du cou ; si par la difformité qu'elle produit elle l'empêche de trouver dans l'exercice habituel de sa profession les moyens de subvenir à son existence ou qu'elle soit un obstacle aux relations sociales ». Il « attendait pour recourir à la dernière et à la suprême ressource que l'asphyxie soit imminente dans un bref délai » (p. 226) ou que l'issue fatale « soit présagée par des accès de suffocation dont chacun peut se terminer d'une manière subite » (p. 227). En d'autres termes, Duplay préférait exposer son patient à mourir avant que le chirurgien ait eu le temps d'intervenir.

Ailleurs, cependant, il modifie cette opinion et, dans une leçon de clinique donnée en 1879 sur un goître suffoquant (*Gaz. des hôpitaux*, 1879), il s'exprime en termes beaucoup plus favorables sur l'intervention chirurgicale.

Terrillon *b*) (p. 823), à l'occasion de son rapport sur la thyroïdectomie de Richelot, fait un plaidoyer énergique en faveur de cette opération : « On peut dire, dit-il, sans crainte de se tromper, que, en présence des succès dont le nombre augmente rapidement, l'ablation du corps thyroïde devient une opération que tout chirurgien doit pouvoir affronter sans craintes trop sérieuses. »

Boursier (p. 36) considère que « les véritables indications, souvent les seules, sont les troubles fonctionnels ». En outre, « le volume et la nature de la tumeur, les accidents qu'elle peut présenter, l'état général peuvent suivant les cas constituer de véritables indications ou des contre-indications formelles. Il est impossible de les résumer dans une formule générale. L'étude détaillée de chaque cas devra seule guider le chirurgien. » Il est à remarquer toutefois que Boursier n'a pas seulement en vue les goîtres parenchymateux, mais toute espèce de tumeurs du corps thyroïde.

Brochin (p. 195), à l'occasion du cas opéré par Péan (obs. n° 19), dit que l'existence antérieure de maladies inflammatoires intra-thoraciques, quand il a été possible de les reconnaître et de discerner la part qui leur revient, dans les troubles respiratoires, d'avec ceux qui sont dus à la tumeur thyroïdienne, constitue une contre-indication de l'opération (v. aussi le cas de Rose n° 210.)

Les contre-indications tirées de l'état général, etc., du patient sont les mêmes que pour toutes les grandes opérations chirurgicales. Il y en a pourtant une que je considérerais comme constituant une contre-indication absolue de l'extirpation, c'est celle tirée de l'état pathologique des vaisseaux, c'est-à-dire s'il existait une dégénérescence athéromateuse, calcaire ou osseuse des artères. Dans ce cas, il faudrait s'abstenir ou avoir recours à l'un des autres modes de traitement, car on s'exposerait à des hémorragies incoercibles ou à des hémorragies secondaires des plus graves.

Avant de parler des indications spéciales de la thyroïdectomie, il serait utile de passer succinctement en revue les principales d'entre les autres méthodes de traitement, dont

les dangers ou l'inefficacité constituent autant d'arguments en faveur de l'opération radicale.

1° *Traitement hygiénique* : changement de climat et voyages. On a observé ainsi des guérisons complètes. Mais ce moyen n'est pas à la portée de tout le monde, tant s'en faut; puis, il n'est pas applicable dans les cas urgents ou bien encore il ne donne aucun résultat.

2° Les *préparations iodées intus et extra*. L'utilité de ce traitement est incontestable dans un grand nombre de cas, et c'est certainement un des plus efficaces. Mais souvent aussi il échoue, et d'autres fois il se déclare à la suite de l'absorption de l'iode ou de la résorption du goître des accidents généraux qui peuvent devenir graves. Ce traitement n'est pas applicable dans les cas urgents.

3° La *ligature des artères thyroïdiennes supérieures*. Günther en a réuni 21 cas (p. 121). Il y a eu guérison dans deux cas, amélioration dans 14, insuccès dans 2 et mort dans 3. Lücke et d'autres auteurs condamnent cette méthode qui, disent-ils, présente de grands dangers et est assez souvent mortelle par suite de l'hémorragie secondaire ou de la suppuration. De plus, elle n'est pas très efficace.—Abandonnée.

4° Le *séton*. Déjà préconisé par Albucase et Guy de Chauliac; souvent employé, notamment au siècle dernier et dans la première partie de ce siècle. Il compte encore actuellement un petit nombre de partisans, surtout en Angleterre. On lui attribue un assez grand nombre de guérisons ou une diminution notable de la tumeur. Mais, outre qu'il est fort douloureux, il présente de très grands dangers : hémorragies, inflammations et suppurations graves, septicémie, pyohémie, etc. Hedenus père (p. 257) rapporte avoir vu un tétanos épouvantable éclater le 9<sup>e</sup> jour à la suite de

l'emploi du séton et emporter le malade en 17 heures. Il dit encore avoir presque toujours trouvé dans les autopsies des parties ossifiées et cartilagineuses que le séton ne peut détruire.

5° La *cautérisation* au moyen de caustiques (pâte ou flèches caustiques). A peu près abandonnée, et à juste titre. Elle donne lieu à des hémorragies ou à des inflammations suppuratives graves, à des trachéites, etc. Il est fort difficile d'en limiter l'action et il est presque impossible de détruire de cette façon complètement un goître. De plus, il se produit des cicatrices difformes.

6° La *dilacération sous-cutanée*. — Rarement employée et actuellement abandonnée. Hémorragies et suppurations dangereuses.

7° La *ligature* simple ou élastique.

8° L'*écrasement linéaire*.

9° L'*anse galvanocaustique*, qu'on peut ranger dans la même catégorie, parce qu'ils tendent tous les trois vers le même but, à savoir d'empêcher les hémorragies, ne présentent absolument aucune garantie contre cet accident. Ces trois méthodes entraînent, au contraire, des dangers et des inconvénients dont l'extirpation franche est exempte, et sur lesquels il est inutile de m'étendre ici. Langenbeck rapporte un cas de ligature où le patient succomba, le 13<sup>e</sup> jour, à une hémorragie que rien ne put arrêter (n° 171). Meeh (p. 21, obs. 7) dit qu'au moment où la chaîne de l'écraseur eut complètement sectionné la tumeur, une hémorragie colossale, se déclara; le même accident se déclara chez un autre de ses malades (obs. 10). Dans une récente séance de la Société de Chirurgie de Paris (*Revue de Thérapeutique*, 15 février 1883), Delens a donné lecture d'une observation



du docteur Beauregard, du Havre, où celui-ci avait appliqué une ligature élastique sur un goître kystique. Le 4<sup>e</sup> jour, il y eut une hémorragie telle qu'on dut appliquer la chaîne de l'écraseur et pratiquer l'ablation de la tumeur; le patient guérit. En ce qui concerne plus spécialement l'anse galvanocautique, elle présente un danger très grave, c'est qu'on ne peut jamais dire où s'arrêtera l'action du feu, et que si le fil constricteur est appliqué à la base de la tumeur, on court le risque de produire une escharification de la trachée, suivie de perforation, ou celle de quelque gros vaisseau, d'où pourrait naître une hémorragie foudroyante.

10° L'évidement donne lieu à une hémorragie formidable et à des suppurations graves. N'a été employé qu'un petit nombre de fois par ses inventeurs, Kocher et Rossander, et une fois par Billroth. — Abandonné.

11° Les *Injections parenchymateuses et sous-cutanées*. — Elles constituent sans contredit le moyen le moins dangereux et, après l'extirpation, le plus efficace, si elles sont faites avec les précautions nécessaires. On emploie la teinture d'iode officinale pure, l'alcool dilué ou rectifié, et l'ergotine. Les injections d'iode ont été employées le plus souvent, et dans un grand nombre de cas elles ont donné de fort bons résultats. Les injections d'alcool de Schwalbe (Magdebourg), n'ont été employées que par un petit nombre de chirurgiens, mais leur efficacité, bien que moins grande que celle des premières, est indéniable. Quant aux injections sous-cutanées d'ergotine, l'usage ne s'en est pas généralisé, et l'on ne pourrait, dans l'état actuel de la question, porter un jugement définitif sur leur compte.

La méthode des injections parenchymateuses n'est, dit-on, pas tout à fait exempte de dangers. Le plus grand est celui de

l'entrée de l'injection dans une veine ; cela est pourtant très rare et pour ma part, bien que j'aie fait des centaines d'injections, je n'en ai pas vu un seul cas. Billroth rapporte un cas de suppuration septique suivie de mort, à la suite d'une injection d'alcool. Schwalbe (*Beitraege zur Heilung des Kropfes*, in Virchow's Archiv., t. 54, p. 95, 1872) a vu un cas de mort survenir après une injection parenchymateuse de teinture d'iode. Lücke a) (p. 77 note), connaît deux cas où une fois de l'alcool, l'autre de la teinture d'iode, pénétrèrent dans un vaisseau, et où la mort survint à bref délai par embolie. On parle aussi beaucoup des abcès qui peuvent se former à la suite de ces injections. Je dois dire, en ce qui me concerne, que je n'en ai jamais observé, bien que, comme je viens de le dire, j'aie souvent employé cette méthode, et je crois qu'en prenant les soins nécessaires, on peut éviter cet accident. Un autre danger est celui qui est inhérent à l'usage des préparations iodées et dont il a été question au paragraphe 2° (V. plus haut). Un quatrième inconvénient, qui ne se présenterait que dans le *goître suffocant*, c'est le gonflement inflammatoire qui peut survenir et déterminer des accidents graves. Toutefois, Billroth c), (p. 211) rapporte un cas où malgré une dyspnée intense, il obtint un succès éclatant. Il faut enfin, parmi les accidents de cette méthode, citer la douleur qui survient ordinairement après chaque injection. Elle s'irradie vers le cou, la tête, le bras, etc., et peut être très vive.

Mais, malgré sa grande utilité, toutes les formes de goîtres ne conviennent pas également pour ce mode de traitement. Les goîtres durs, fibreux, y résistent d'une manière presque absolue. (V. l'explication de ce fait dans Billroth c),

p. 211), ou bien il peut y avoir urgence à intervenir d'une façon plus active.

J'arrive maintenant aux indications spéciales. Elles présentent naturellement une grande variété et l'on ne peut établir de formule générale. C'est au chirurgien à déterminer dans chaque cas individuel s'il y a *nécessité* d'opérer ou si l'opération est *facultative*, et d'en peser les chances. Je me contenterai donc de renvoyer à ce que j'ai dit sur les troubles fonctionnels. Je rappellerai seulement que, lorsque ce sont les troubles respiratoires qui forment le symptôme dominant, il faut toujours songer à la possibilité de l'existence d'un ramollissement de la trachée et par suite au danger d'une mort subite. (V. Rose a), p. 44 et les cas nos 214, 215 et 217, ainsi que l'observation de Hanuschke, rapportée plus haut.)

L'âge n'a pas d'influence sur le succès de l'opération; les trois malades les plus âgés — 67, 66 et 65 ans — se sont rétablis; il y a dans la statistique un certain nombre d'enfants de 8 à 11 ans, dont la plupart ont guéri; dans les autres cas la mort ne provenait pas de l'âge.

Il ne sera pas sans intérêt de rechercher quelles ont été les indications dans les 322 observations de la statistique. Comme beaucoup de malades présentaient plusieurs symptômes, je classerai les cas suivant le symptôme principal, lorsque celui-ci avait une prédominance marquée sur les autres. Je ferai en outre observer que, dans un certain nombre de cas, les troubles signalés ne constituaient pas une indication formelle de l'opération, celle-ci ayant eu lieu plutôt à cause du désir du patient de se débarrasser d'une difformité ou de faire cesser des symptômes qui le gênaient sans être pour cela menaçants.

Affections des voies respiratoires : dyspnée à tous les degrés, accès de suffocation ou d'asphyxie . . . . .	102
Dyspnée et dysphagie . . . . .	25
Dyspnée avec incapacité de travail . . . . .	2
Dyspnée avec douleurs locales ou irradiées . . . . .	6
Dysphagie et appareil vocal (Altération de la voix.) . . . . .	1
Dysphagie seule. . . . .	4
Goître suppuré, dépérissement, etc. . . . .	6
Dyspnée, dysphagie, douleurs, poids . . . . .	2
Fistule (suppuration) . . . . .	3
Fistule et douleurs . . . . .	1
Thyroïdite . . . . .	1
Douleurs . . . . .	4
Appareil vocal (altération de la voix) . . . . .	4
Accidents de compression de nature diverse (accidents nerveux, palpitations, congestions, vomissements, etc.) . . . . .	8
Accidents de compression avec accroissement rapide de la tumeur . . . . .	9
État anévrysmatique du goître . . . . .	1
Opération préliminaire à une extirpation du larynx . . . . .	1
Rupture d'un kyste, hémorragies . . . . .	1
Dyspnée, spasmes musculaires . . . . .	1
Accroissement rapide, crainte de complications futures . . . . .	8
Gêne des mouvements de la tête . . . . .	2
Épilepsie . . . . .	1
Volume, poids de la tumeur . . . . .	7
Motifs d'esthétique, désir des patients sans troubles fonctionnels. . . . .	30
Défaut de renseignements . . . . .	82

Si maintenant nous résumons les indications telles qu'elles découlent de ce qui précède, on peut les formuler de la manière suivante :

1<sup>o</sup> Il faut opérer :

Lorsque les autres méthodes ont échoué et si les accidents ont acquis de la gravité ou qu'on puisse prévoir qu'ils en acquerront à un moment donné. Cette dernière éventualité peut se présenter surtout lorsqu'il y a accroissement continu du goître.

2<sup>o</sup> On peut opérer :

Pour faire disparaître une difformité, soit pour des motifs d'esthétique, soit qu'elle constitue pour le patient un obstacle à ses occupations ou à ses relations sociales, soit enfin que la tumeur, sans déterminer des accidents proprement dits, occasionne de la gêne ou des inconvénients au patient (1).

(1) Je regrette d'avoir eu trop tard connaissance de l'important travail de M le professeur Kocher traitant de l'*Influence de la méthode antiseptique sur les indications de la thyroïdectomie* (v. Bibliographie), pour l'utiliser dans mon mémoire. Cette publication a une importance fort grande à cause de la compétence toute spéciale dont le chirurgien de Berne jouit dans toutes les questions relatives au goître. Mais j'ai été d'autant plus heureux de voir que les conclusions auxquelles il arrive sont entièrement conformes aux idées que j'ai émises moi-même, seulement elles sont formulées en termes beaucoup plus catégoriques encore. A plusieurs reprises (pages 229 et 230), il combat l'opinion que le goître soit une affection exempte de dangers. Il rappelle que le goître peut déterminer la mort subite par asphyxie et cite un nouvel exemple de ce genre qui s'est présenté l'année précédente (en 1881), à Berne, chez une jeune femme en bonne santé. Il n'est pas nécessaire, dit-il, de s'évertuer beaucoup à démontrer qu'un médecin doit proposer l'extirpation lorsque tous les autres moyens ont échoué et que les troubles causés par le goître augmentent.

Il dit que souvent le résultat malheureux de l'opération est dû à ce que celle-ci a été faite trop tard. Il déclare expressément (p. 230) que l'opération peut être justifiée pour des considérations d'esthétique et cite des circonstances où cela peut se présenter (pour rendre possible un mariage).

L'auteur dit que depuis l'introduction du traitement antiseptique la thyroïdectomie offre aussi peu de dangers que l'ovariotomie ou d'autres grandes opérations analogues, et il résume son appréciation dans les



L'opération étant décidée, on doit se poser la question de savoir s'il faut pratiquer l'extirpation partielle ou totale de la glande ?

Michel (p. 719) dit ce qui suit : « L'extirpation partielle de la glande thyroïde est au moins aussi meurtrière que l'extirpation générale ; elle ne saurait remédier aux accidents dans tous les cas. Après le premier mode opératoire, le temps nécessaire à la guérison est aussi long ; il peut être entravé d'accidents plus graves qu'après le second mode. » Duplay (Follin et Duplay. Pathol. Ext. V. p. 222), se range à cette manière de voir, contrairement à l'avis de Sédillot et de Chassaignac. Bruberger (p. 158) formule ainsi ses conclusions : « 1° L'ablation de la totalité de la thyroïde dégénérée, bien que présentant des difficultés opératoires plus grandes, n'est pas plus dangereuse quant aux suites que l'extirpation partielle ne portant que sur la portion malade de la glande. — 2° L'extirpation partielle du goître, en laissant subsister la portion non dégénérée du corps thyroïde, est justifiée toutes les fois qu'un seul des lobes est malade ; on ne cite aucun cas où la partie saine de la glande qu'on avait épargnée soit devenue malade ultérieurement. »

Rose ne voulait d'abord pratiquer l'extirpation totale que dans les cas où l'on ne pourrait enlever le néoplasme sans inciser le parenchyme, parce qu'alors il redoutait les hémorragies. (V. Rose a), p. 38.) Cependant, sa manière

termes suivants (p. 267) : « *L'excision faite à temps d'un goître ordinaire est une opération sans danger.* (L'auteur lui-même a souligné ce passage). Elle est justifiée dans tous les cas où le goître subit un accroissement continu et cause de la gêne, ou lorsqu'il porte atteinte à l'état général et que le porteur en désire instamment l'ablation pour des motifs d'esthétique. Ce n'est que lorsque cette manière de voir aura prévalu partout que les complications dues à de trop longs délais et les dangers de la thérapeutique opératoire dirigée jusqu'à présent contre le goître seront entièrement écartés. » (*Note ajoutée pendant l'impression.*)

de voir s'est modifiée, il enlève maintenant toujours la glande entière. Billroth (v. Woelfler *b*), n° 31, col. 835) a préféré longtemps l'ablation partielle; il ne faisait l'extirpation totale que lorsque l'énucléation de la tumeur du milieu du tissu glandulaire sain rencontrait de grandes difficultés. Toutefois, ses idées sous ce rapport ont changé. Woelfler rapporte dans son dernier travail que, sur 48 opérations faites de 1877 à 1881, Billroth a pratiqué 22 thyroïdectomies totales (2 morts), 24 ablations d'une moitié de la glande (1 mort) et seulement 2 énucléations de goître central (1 mort). L'auteur ajoute : « Il faut se garder de tirer de ces données aucune conclusion touchant le danger que présente l'un ou l'autre mode. L'impression qu'ont laissée dans notre esprit l'opération et la marche ultérieure, a fait naître en nous la conviction que l'extirpation totale n'est ni plus dangereuse, ni beaucoup plus difficile que l'extirpation partielle. »

Süskind (p. 23) trouve « naturel que l'ablation partielle des goîtres, c'est-à-dire l'excision de l'un des lobes latéraux ou de l'isthme du corps thyroïde, soit moins dangereuse que l'extirpation totale ». Il base son opinion sur ce que, dans ce dernier cas, il y a un plus grand nombre de ligatures et que la plaie offre une plus grande étendue. Il en conclut que le danger d'une issue fatale est plus grand. Je crois en avoir dit assez, en parlant de nos progrès dans l'hémostase et dans le traitement des plaies, pour montrer que ces craintes ne sont pas fondées. Baumgaertner (p. 682) préconise l'extirpation totale; il l'a du reste employée dans tous les cas.

Voyons au surplus quelles conclusions nous pouvons tirer de la statistique.

Le total des cas que j'ai recueillis s'élève à 322; il faut y ajouter 29 patients opérés par Billroth, de 1879 à 1881 (v. Woelfler *c*). Total : 351 cas, qui se décomposent comme il suit :

Extirpations totales :	{	Guéris : 104 = 83,20 p. c.
125 = 35,61 p. c.	{	Morts : 21 = 16,80 p. c.
Extirpations partielles :	{	Guéris : 146 = 82,02 p. c.
178 = 50,71 p. c.	{	Morts : 27 = 15,17 p. c.
	{	? : 5 = 2,81 p. c.
Non classées :	{	Guéris : 30 = 62,50 p. c.
48 = 13,39 p. c.	{	Morts : 17 = 35,42 p. c.
	{	? : 1 = 2,08 p. c.

On voit que l'avantage, bien que faible, est du côté de l'excision de la totalité de la glande, puisqu'elle compte 83,20 p. c. de guérisons, contre 82,02 p. c. fournis par l'ablation partielle. Cette différence devient plus sensible si l'on considère les points suivants : parmi les extirpations totales, il en est où la mort ne peut pas être mise sur le compte de l'opération (Billroth, n° 59); ensuite, j'ai compté comme opérations partielles doubles, les extirpations de la totalité de la glande faites en deux fois (Graefe, nos 122 et 123, Mosetig, nos 188 et 189) et qui toutes ont été heureuses. De plus, parmi les ablations dites partielles, il y a un assez grand nombre de tumeurs qui ne tenaient à la thyroïde que par un pédicule, de sorte qu'on n'a pas eu à attaquer le corps même de la glande; enfin, j'ai rangé parmi les thyroïdectomies partielles l'énucléation des goîtres accessoires.

En somme donc les résultats de la statistique sont en faveur de l'excision totale. Aussi y a-t-il depuis quelques

années, une tendance marquée dans ce sens : Rose, Baumgaertner, Mosetig, Albert, Reverdin, Bottini, Billroth, Credé, etc. Woelfler *b*) (n° 34) fait observer avec raison que c'est surtout dans les pays où le goître est endémique qu'elle mérite la préférence. Je me rallie donc à l'opinion de Michel et de Bruberger, en n'admettant l'ablation partielle que pour les goîtres nettement pédiculés ou circonscrits et isolables du tissu environnant.

En aucun cas, il ne faut laisser en arrière du tissu malade. Rose *a* (p. 24) cite le cas d'une patiente à laquelle il avait fait l'évidement, et qui, au bout de quelque temps, se vit de nouveau en puissance d'un goître fort respectable. Il ajoute : « Aussi longtemps qu'il reste une portion quelconque d'un goître, on est exposé à devoir recommencer tous les deux ou trois ans. » Virchow (*loc. citat.*, III, p. 84) dit également « qu'après l'ablation partielle le restant du tissu de la glande peut pulluler de nouveau. » Je renvoie aussi à l'observation très instructive de la malade de Dupuytren (nos 3 et 11). Schwalbe, de Magdebourg, a recueilli dans la littérature sept cas où l'excision partielle fut suivie de près par le développement d'un goître dans la portion restante de la glande. On pourrait multiplier ces exemples.

#### MANUEL OPÉRATOIRE.

Je prendrai pour type de l'opération l'extirpation d'une moitié de la glande, celle de la totalité de l'organe n'étant qu'une répétition de la première. Chemin faisant, je signalerai les différences et les modifications qu'entraînent les cas particuliers. Je terminerai ensuite ce chapitre en rappelant dans un résumé rapide les principaux temps de l'opération.

*Soins préparatoires.* — Rose est le seul auteur qui les recommande, et plus le cas est grave, plus il est minutieux à les observer. Il fait demeurer le patient au lit jusqu'au jour de l'opération, deux vessies de glace sur le cou. La veille, il fait administrer de l'huile de ricin et ne donne que des aliments liquides, non féculents, afin que le malade puisse rester le plus longtemps possible sans aller à la garderobe. Je dirai qu'à part l'application de la glace, les autres soins méritent d'être employés; mais je crois devoir condamner l'usage de la glace, parce que l'hémorragie parenchymateuse et capillaire sera beaucoup plus forte pendant l'opération, si la région a d'abord été soumise à la réfrigération; les petits vaisseaux sont paralysés. Tous les chirurgiens qui emploient l'anesthésie locale auront pu faire cette observation. S'il y avait de la douleur ou un état phlegmasique à combattre, je préférerais l'application de la chaleur humide.

*Appareil instrumental.* — Rasoir, scalpels convexes, scalpels boutonnés, ciseaux droits et courbes, sonde cannelée, pinces à dissection et à dents de souris, pinces hémostatiques et à verrou en très grand nombre, pinces hémostatiques de Péan en forme de T, aiguilles de Deschamps ou de Wattmann (le bec de cette dernière faisant avec le manche un angle obtus au lieu d'un angle droit), rétracteurs et érignes de plusieurs dimensions, thermo-cautère, aiguilles et porte-aiguilles, ligatures de catgut de plusieurs numéros et très solide, préparé d'après Lister (à l'acide chromique), ou d'après Kocher (à l'essence de gènevrier et à l'alcool), fil de soie phéniquée de plusieurs numéros, éponges de toutes dimensions, irrigateurs, bassins réniformes en caoutchouc durci ou en laiton, eau



froide et chaude, solution d'acide phénique à 2 et à 4 p. c., tubes à drainage en caoutchouc ou en os décalcifié.

Les instruments nécessaires à la trachéotomie : bistouri pointu, canules de plusieurs dimensions et de différentes longueurs, ériges simples, sonde ou tube élastique pour insuffler de l'air dans la trachée ou aspirer le sang.

Tout l'appareil nécessaire à l'anesthésie : chloroforme, très pur (préparé au chloral), masque, flacon à gouttes, solution de morphine, écarteur des mâchoires, pince pour la langue, éther, ammoniacque, petites éponges montées. En outre, tous les accessoires, tels que bassins, seaux, etc.

Il va de soi que tous les instruments, éponges, etc., qui viennent en contact, de près ou de loin, avec la plaie, doivent être soigneusement désinfectés au moyen d'une solution d'acide phénique à 4 p. c., car jusqu'à présent c'est toujours le désinfectant le plus sûr que nous possédions.

J'ajouterai ici que, dans toute ma description de l'opération et du traitement consécutif, j'ai eu en vue l'application la plus rigoureuse de la méthode antiseptique.

*Objets à pansement.* — Gaze antiseptique, phéniquée ou iodoformée, iodoforme en poudre, solution de chlorure de zinc, de 2 à 2 1/2 p. mille, ou de sublimé corrosif 1 : 5000, ouate hydrophile, gutta-percha fine, bandes de coton écru et de mousseline amidonnée, attelles moulées de carton, de gutta-percha, de celluloïde ou d'une autre substance légère et suffisamment solide.

*Local, table d'opération, etc.* — Pour cette opération, plus que pour toute autre, il est important d'avoir un éclairage convenable; le meilleur mode serait d'avoir le jour d'en haut et si possible encore par l'un des côtés.

La salle sera fort bien chauffée, 25° à 30° C., surtout si

l'on prévoit que l'opération sera longue. Le patient revient d'autant plus vite et plus complètement à lui que le milieu ambiant lui aura fourni plus de chaleur artificielle, pour remplacer, en partie du moins, celle que lui ont enlevée l'opération et la narcose.

La table d'opération sera étroite, d'une hauteur appropriée à la taille de l'opérateur; le matelas et les coussins seront résistants, non élastiques.

*Aides.* — Il faut un aide très intelligent et exercé pour maintenir la tête dans une position immuable, un pour l'administration de l'anesthésique, un pour tenir le pouls et surveiller la respiration, un ou deux pour assister l'opérateur, deux pour maintenir les membres au besoin, un pour les éponges et un pour les instruments. Total, sept ou huit aides.

*Position du malade; anesthésie.* — Le malade sera couché, les épaules et la tête un peu relevées, celle-ci rejetée fortement en arrière au moyen d'un rouleau placé sous la nuque. Rose recommande de laisser le patient choisir lui-même la position dans laquelle il respire le mieux à son aise, sa « position d'élection. » Si l'on ne fait pas la trachéotomie préliminaire, un aide veillera strictement, pendant toute la durée de l'opération, à ce que la position de la tête et du cou ne change pas. Si des vomissements surviennent, il faudra tourner le malade (ou du moins le tronc) tout d'une pièce, pour éviter la torsion ou la coudure de la trachée. Il y a des goitreux qui ne peuvent plus respirer qu'assis. Un aide devra alors se placer derrière le patient et le maintenir dans cette position jusqu'à ce que la trachéotomie ait été faite.

Quant au choix de l'anesthésique, je crois que, malgré

ses inconvénients, le chloroforme est encore celui qui mérite le plus de confiance, surtout si l'on est très scrupuleux dans le choix de la qualité. Le meilleur est le chloroforme allemand, préparé au chloral (*chloral-chloroform*) ou le chloroforme anglais, préparé à l'alcool éthylique pur. Si l'opération est longue, et surtout si la trachée montre des altérations ou de fortes déviations, il sera bon de cesser l'administration du chloroforme vers la fin.

Je recommande fortement l'emploi de l'anesthésie mixte, dont nous sommes redevables à Nussbaum et Thiersch. Elle consiste dans l'emploi combiné de l'anesthésique et d'une injection sous-cutanée de morphine : j'en ai souvent constaté les bons effets. Elle donne une narcose beaucoup plus calme et régulière que le chloroforme seul et avec une quantité *beaucoup* moindre de ce dernier; le sommeil survient beaucoup plus vite, la période d'excitation est plus courte et moins intense, ce qui est surtout nécessaire chez les buveurs; les vomissements sont bien plus rares, chose précieuse dans une opération de ce genre. Mais, il y a une précaution importante à observer, c'est de faire l'injection un certain temps, environ 20 à 30 minutes, avant l'administration du chloroforme, afin que la morphine ait déjà produit tous ses effets à ce moment, sinon on s'expose à un collapsus dû à une action cumulative croissante des deux agents. La dose de morphine est, suivant les cas, de un à deux centigrammes.

Le patient étant endormi, on nettoie soigneusement le champ opératoire, on le savonne et on le lave avec une solution de 4 % d'acide phénique. Je considère dans la majorité des cas le spray (brouillard antiseptique) comme superflu. (Cette question a fait l'objet de si nombreuses dis-

cussions dans ces derniers temps, que je crois pouvoir me dispenser d'y revenir.)

#### INCISION CUTANÉE.

Les chirurgiens ont beaucoup varié la forme des incisions cutanées et des lambeaux. Dans la statistique, j'ai relevé vingt-deux modifications de ce premier acte de l'opération. Quelques chirurgiens emploient tantôt l'une, tantôt l'autre. Albert, sur douze opérations, a fait sept incisions différentes. Billroth emploie généralement l'incision le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien; ce sont, du reste, celle-ci et l'incision médiane qui sont le plus en usage. Baumgaertner donne la préférence à cette dernière; il l'a toujours trouvée suffisante, même pour les goîtres volumineux. Reverdin, Lücke et Hedenus l'ont choisie également. Bruns, Desault, Dupuytren, Roux Greene, ont tracé leur incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien; Kocher emploie tantôt l'une, tantôt l'autre; Rose affectionne le lambeau triangulaire en V ou les incisions en T ou en  $\neg$ ; Gussenbauer fait une longue incision médiane ou oblique; la forme elliptique avec excision d'un lambeau cutané ovalaire se retrouve chez Billroth (3 fois), Graefe, Klein, Mandt et Perassi; Nussbaum a taillé deux lambeaux latéraux en forme de volets I; c'est aussi la forme employée par Michel. Tillaux, Albert, Savostitzky et Stukowenkoff ont sculpté un lambeau quadrangulaire à base supérieure, Monod a taillé deux lambeaux triangulaires en forme de T renversé, Cabarret et Voisin ont fait une incision cruciale; Albert, Bouilly et Billroth ont tracé des lambeaux à convexité dirigée en dehors ou en bas. Les plus grandes incisions faites sont probablement celles de Mosetig

et de Gussenbauer allant de l'apophyse mastoïde droite à l'articulation sterno-claviculaire gauche, et celle de Reverdin (Auguste) dont la branche verticale avait une hauteur de 0,25 et l'horizontale une longueur de 0,12.

En somme, il est préférable de choisir une incision aussi simple que possible, afin d'obtenir une cicatrice régulière. Le principe qui guidera le chirurgien, c'est que l'incision doit suivre le grand axe de la tumeur ; si celle-ci siège latéralement, la peau sera divisée le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; s'il s'agit d'une tumeur de la face antérieure du cou soit qu'elle occupe seulement la ligne médiane, soit qu'elle s'étende sur les deux côtés, on fera une incision verticale depuis l'os hyoïde, jusqu'à la fossette jugulaire. On pourra sans inconvénient prolonger l'incision respectivement jusqu'à l'apophyse mastoïde et la symphyse du menton : si la forme ou le volume de la tumeur l'exigent, on fera tomber sur cette première incision, une seconde, perpendiculaire ou oblique, soit sur son milieu, soit à l'une de ses extrémités. Lorsqu'il y aura une trop grande exubérance de peau, on pourra en retrancher une portion en forme de lambeau elliptique. Généralement cependant la peau se rétracte fort bien, même après l'excision de goîtres volumineux.

Quelle que soit l'incision choisie, il faut qu'elle dépasse la tumeur dans tous les sens.

*Énucléation de la tumeur.* — L'incision doit être faite avec circonspection, et cela, pour plusieurs raisons. Les veines superficielles, étant dilatées et gorgées de sang, pourraient facilement être blessées, et l'on n'aurait pas seulement une violente hémorragie, mais aussi une aspiration d'air par les veines. En outre, lorsque le goître est volumineux, toutes



les couches de tissus, musculaire, conjonctif et adipeux, interposés entre les téguments et la tumeur, sont écartés et souvent tellement amincis et atrophiés, qu'on arrive immédiatement sur cette dernière; on s'exposerait donc à l'entamer et à amener ainsi une hémorragie parenchymateuse fort gênante.

La peau étant divisée, on incise les tissus sous-jacents, couche par couche, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la tumeur; il est préférable de se servir de la sonde cannelée. Si l'on rencontre des veines superficielles, on les écarte ou on les coupe entre deux ligatures, suivant qu'elles ont une direction verticale ou transversale.

Avant de décrire l'isolement de la tumeur, je dirai un mot des muscles. Faut-il les diviser ou chercher à les conserver? En ce qui concerne les longs muscles sternaux, tous les chirurgiens sont maintenant d'avis qu'il faut les sectionner s'ils constituent un obstacle ou seulement une gêne à la marche de l'opération. Si la tumeur n'est pas très volumineuse, il suffira de sacrifier seulement les sternothyroïdiens, sinon il faut également couper les sternohyoïdiens.

Gussenbauer a excisé une fois (n° 129) une portion des longs muscles sternaux. Dans les six cas qu'il a opérés, Hedenus les a excisés complètement, à cause de la difficulté de les séparer de la tumeur. Dans le premier cas, il dit n'en avoir pas vu d'inconvénients après l'opération; dans les autres, il a constaté de la dyspnée et de la dysphagie qu'il a rapportées à cette cause. Rose dit qu'il n'a jamais vu de mauvais effets résulter de la section de ces muscles. Une fois (n° 210), il les a excisés également; Michel agit de même. Si les muscles sont encore sains, on peut les recou-

dre après l'opération. Un fois, Albert (n° 5) divisa les chefs sternaux des sterno-cléïdo-mastoïdiens et des longs muscles sternaux et les recousit ensuite. Une autre fois (n° 6), il sectionna complètement le corps des sterno-cléïdo-mastoïdiens et des muscles sternaux. Il ne dit pas s'il les réunit de nouveau après l'opération.

Klein (n° 156) et Mandt (n° 184) divisèrent les muscles sternaux, sterno-cléïdo-mastoïdiens et omo-hyoïdiens droits. Dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur très mobile qui disparaissait derrière la clavicule; dans le second, d'un goître volumineux. W. Greene (n° 8) sectionna également le sterno-cléïdo-mastoïdien aminci. Ce sont les seules observations où il soit question des sterno-cléïdo-mastoïdiens.

En ce qui concerne l'isolement de la tumeur, je dirai une fois pour toutes qu'il faut proscrire autant que possible l'emploi de l'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux : on se sert du doigt, du manche du scalpel, de la sonde cannelée ou des ciseaux fermés à bout mousse, droits ou courbes. Dès qu'il se déclare la moindre hémorragie, il faut l'arrêter avant de continuer.

Le tissu conjonctif qui entoure la capsule est généralement très lâche et se déchire facilement. Cependant, s'il y a eu péristromite indurative, il peut être fortement épaissi. Dans ce cas, si l'on ne peut y pénétrer avec le doigt, on l'incise sur la sonde cannelée ou entre deux pinces hémostatiques. Si la capsule était tellement confondue avec le tissu induré environnant qu'on ne pût l'isoler, il faudrait ou bien extirper en même temps le tissu à ses limites, en le divisant en faisceaux au moyen de ligatures en masse doubles, ou bien faire l'évidement d'après Kocher.

Il faut avoir soin, en isolant la tumeur, de bien pénétrer jusqu'à elle, d'en suivre tous les contours et de ne pas produire de décollement dans l'épaisseur du lambeau musculo-cutané; tous les éléments qui forment ce dernier, peau, tissu conjonctif, aponévroses, muscles et vaisseaux, doivent rester unis. Tillaux, Rose, et surtout Kocher *a* (t. IV, p. 426), insistent beaucoup sur ce point. Voici ce que dit ce dernier : « Il est d'une importance décisive pour le succès aussi complet que possible de l'opération, que dans ce troisième temps on ne se laisse empêcher par aucune difficulté (en présence d'un plexus veineux) de pénétrer jusqu'au tissu même du goître et de ne pas le laisser recouvert de la plus mince enveloppe de tissu connectif. Il vaudrait mieux entamer la substance même du goître pour être tout à fait sûr de ne pas aller se perdre, en voulant isoler la tumeur en arrière, dans le tissu conjonctif des régions latérales du cou. »

Comme il importe avant tout de rendre la tumeur mobile, on changera de temps en temps ses points d'attaque, en choisissant de préférence les endroits où les attaches sont le plus lâches. Tous les vaisseaux, toutes les brides ou adhérences résistantes qu'on rencontrera, seront saisies et coupées entre deux pinces ou deux ligatures. Il faut se garder de déployer une force trop grande pour déchirer les adhérences; comme elles renferment très souvent des vaisseaux sanguins, on s'exposerait à rompre ceux-ci et à amener de fortes hémorragies. Rose insiste beaucoup pour qu'on procède avec douceur et circonspection à cause du volume des veines et de la friabilité et l'amincissement de leurs parois.

Il faut avoir soin de bien tendre les couches de tissu dans lesquelles on pénètre. On avance alors pour ainsi dire sans

effort, et l'on isole facilement les vaisseaux et les brides un peu résistantes. Il en est de même des rameaux nerveux, même très minces, car ils supportent sans se rompre une certaine traction; on les voit alors tendus comme de minces cordages de la paroi de la plaie à la tumeur et l'on peut les détacher de celle-ci.

Quand la tumeur est bien mobilisée en un point, on la rejette de ce côté ou on la soulève pour procéder de même de l'autre. Il ne faut pas pénétrer vers les parties profondes avant d'avoir d'abord bien dégagé la tumeur tout autour, attendu qu'il est dangereux de travailler là où le regard ne peut pas contrôler l'action du doigt ou de l'instrument; en d'autres termes, il faut avancer partout de la périphérie vers le centre, ce dernier étant formé par le tissu fibro-vasculaire qui unit le goître à la trachée, au larynx et parfois à l'œsophage (pédicule ou base du goître).

Billroth cherche à dégager d'abord la tumeur par le haut; il lie aussitôt que possible la thyroïdienne supérieure, pour arriver jusqu'au pédicule, et détache ensuite la moitié inférieure. Rose conseille de commencer par le bas, afin de mettre la trachée à nu dès le début de l'opération, pour le cas où la trachéotomie soit nécessaire.

Je trouve la pratique de Billroth préférable dans les cas ordinaires. La situation des vaisseaux thyroïdiens supérieurs permet d'y arriver assez facilement; après qu'ils sont liés, le décollement de la tumeur se fait beaucoup plus rapidement. Il faut réserver le pédicule jusqu'à la fin, afin que tout le reste de la tumeur soit entièrement isolé.

Lorsque le goître envoie des prolongements entre les divers organes du cou ou derrière le sternum ou la clavicule, voire même jusqu'à l'apophyse styloïde du temporal,

l'opération devient beaucoup plus laborieuse et plus compliquée. L'énucléation d'un de ces prolongements peut donner autant ou plus de besogne que celle du reste de la tumeur. (V. la relation du second cas de Kraus.)

Lorsqu'on est enfin parvenu à dégager la tumeur tout autour, elle ne tient plus que par deux points : 1° les attaches fibro-vasculaires qui l'unissent à la trachée, au larynx et, mais plus rarement, à l'œsophage ; 2° les vaisseaux thyroïdiens inférieurs. Ces derniers, en effet, par leur situation profonde, par le fait qu'ils pénètrent dans la glande par le bord inférieur de celle-ci et le milieu de sa face postérieure, sont soustraits au regard et à l'action du chirurgien presque jusqu'au moment où il atteint le pédicule. Dans un cas même (n° 215) Rose ne la lia qu'après la section de ce dernier.

Les rapports de l'artère thyroïdienne inférieure avec le nerf récurrent exigent une attention spéciale (v. à l'*Anatomie topographique*). Il faut soigneusement séparer ces deux organes l'un de l'autre pour éviter la ligature ou la lésion du nerf. Comme l'artère et le nerf se subdivisent chacun en plusieurs branches, Woelfer *d*) conseille d'aller à la recherche du *tronc* du nerf dans le sillon trachéo-œsophagien et de le suivre, en l'isolant, jusqu'à ce qu'on l'ait entièrement isolé de l'artère. En ce qui concerne la veine thyroïdienne inférieure, il faut la lier dès qu'on peut y arriver, afin de ne pas la déchirer. Dans un cas inédit (v. Woelfer *d*)) de Billroth, ce vaisseau fut déchiré, de l'air fut aspiré et l'opéré succomba.

La séparation du goître de ses dernières adhérences constitue souvent l'acte le plus critique de toute l'opération, à cause de la densité et du peu d'épaisseur de la couche de



tissu fibreux qui l'unit aux autres organes du grand nombre de vaisseaux, surtout de veines, qu'il renferme, et enfin à cause des altérations que peut présenter la trachée. Si les anneaux cartilagineux sont sains, on pourra opérer le décollement sans encombre, non seulement sans blesser la trachée, mais encore sans déterminer de phénomènes graves de dyspnée ou d'asphyxie. Mais s'il existe un ramollissement, on peut avoir à ce moment des accidents très menaçants et même mortels. Il peut aussi se produire une perforation, même sans que le chirurgien s'en aperçoive (obs. de Lücke, n° 181); cet accident ne présente toutefois pas par lui-même une grande gravité. Lorsque le goître adhère intimement à l'œsophage, il peut être fort difficile de trouver la limite qui les sépare. Dans un cas, Woelfler fit faire dans ce but au patient un mouvement de déglutition; une autre fois, on ne put pas détacher le pédicule de la jugulaire interne et l'on dut réséquer une portion de celle-ci.

Le pédicule est parfois si court que le chirurgien ne peut le diviser sans blesser la trachée. Kraus dut enlever le segment antérieur de plusieurs anneaux cartilagineux jusqu'à la muqueuse, et malgré cela il n'y eut pas de perforation.

Si c'est possible, il faut appliquer sur le pédicule une ligature double et le couper entre les deux fils. S'il n'est pas volumineux, une seule suffira; sinon, il faudra, au moyen d'une aiguille de Deschamps ou d'une pince, le diviser en plusieurs faisceaux et le lier en autant de portions; on coupera ensuite la tumeur au devant. On peut même, à l'exemple de Hedenus, ajouter à ces ligatures partielles une ligature en masse de tout le pédicule. On serrera la

ligature très fort pour qu'elle ne glisse pas et pour être sûr de bien comprimer les vaisseaux protégés par le tissu fibreux. Si l'on n'a pu appliquer qu'une seule ligature, il sera parfois nécessaire de laisser une petite portion de tissu glandulaire pour empêcher le fil de glisser.

Dans l'exposé ci-dessus j'ai pris, comme type de l'opération, l'ablation d'une moitié de la glande, mais dans l'hypothèse d'une extirpation totale. S'il ne s'agissait que de l'excision d'un goître partiel, il faudrait diviser le pont de tissu qui unit les deux lobes et qui est formé par l'isthme. Il suffira de le serrer dans deux fortes ligatures et de le sectionner au milieu soit avec le bistouri, soit avec le thermocautère, à condition d'être assez éloigné de la trachée et de l'œsophage pour ne pas les atteindre. On se conduira de même s'il s'agit d'une tumeur qui n'est reliée à la glande que par un pédicule.

Mais le manuel opératoire est différent s'il s'agit d'un goître central, entouré de tous côtés de tissu thyroïdien sain (*Kropfknoten*). Il faut alors, lorsqu'on est arrivé sur la glande, saisir le tissu parenchymateux par petites portions, entre deux pinces hémostatiques, et l'inciser couche par couche, jusqu'à ce qu'on ait atteint la coque fibreuse qui enveloppe le néoplasme. On fend celle-ci sur la sonde cannelée dans toute sa longueur, et l'on énuclée avec le doigt ou avec un instrument mousse. Cette énucléation est assez facile à cause de la lâcheté du tissu conjonctif qui unit le tissu du goître à la capsule. Si l'on voulait enlever cette dernière, on aurait des hémorragies assez fortes et l'on rencontrerait des adhérences très nombreuses. Il peut se faire aussi que l'une des faces de la tumeur ne soit pas recouverte de tissu glandulaire, qu'elle se trouve à la surface

de la glande; cela simplifie alors beaucoup l'opération.

Rose déconseille fortement cette énucléation du goître central. Il redoute l'incision du tissu glandulaire, à cause des hémorragies parenchymateuses, et préfère l'extirpation totale. Au surplus, il paraîtrait que Billroth aussi la pratique maintenant rarement. Il résulte en effet du dernier travail de Woelfler c), que, pendant les années 1877 à 1881, Billroth a fait 22 fois l'extirpation totale, 24 fois celle d'une moitié de la glande, et seulement 2 fois l'enucléation d'un goître central.

*Hémostase.* — La question de l'hémostase domine toute l'histoire de la thyroïdectomie : elle en forme en quelque sorte le pivot. Comme c'était surtout la crainte de l'hémorragie qui empêchait les chirurgiens de tenter l'extirpation du goître, ceux qui étaient assez hardis pour l'entreprendre, se sont efforcés de trouver un mode opératoire qui les mit à l'abri des dangers qui les menaçaient de ce côté. Il y a donc lieu de s'étonner qu'en présence de cette préoccupation constante l'idée de pratiquer la ligature primitive des artères n'ait surgi que si tard.

Déjà quelques-uns des premiers opérateurs, tels que Desault, Dupuytren, pratiquèrent la ligature double de tous les vaisseaux avant de les couper; d'autres, tels que Hedenus, Langenbeck, Roux, n'employèrent cette précaution que pour les artères thyroïdiennes, les autres vaisseaux n'étant liés qu'au fur et à mesure qu'on les divisait, et encore n'en liait-on que le bout central. Il arrivait alors que le bout périphérique donnait tellement, qu'il fallait le comprimer pendant le reste de l'opération, ce qui gênait beaucoup le chirurgien et paralysait l'aide.

Ce ne fut qu'en 1873 qu'un chirurgien anglais, Heron

Watson, publia un travail où il indiquait un manuel opératoire destiné, selon lui, à prévenir toute hémorragie pendant l'opération : la ligature primitive de tous les vaisseaux afférents et efférents du goître. Déjà avant lui, en 1871, un chirurgien américain, Warren Green, avait indiqué une nouvelle méthode, moins rationnelle, pour réduire l'hémorragie. Il conseillait de fendre d'abord les téguments, ensuite l'aponévrose d'enveloppe du goître, d'énucléer la tumeur avec le doigt et le manche du scalpel, sans s'occuper de l'hémorragie, de pénétrer aussi rapidement que possible jusqu'à la base de la tumeur pour comprimer les artères thyroïdiennes, enfin de lier le pédicule en plusieurs portions. Bien que les trois cas opérés par Greene, par ce procédé fussent heureux, il eut des hémorragies redoutables (v. la statistique). Il n'a pas trouvé d'imitateurs.

Voici maintenant en quoi consiste le procédé de Watson : il fend toutes les couches qui recouvrent la tumeur par une longue incision médiane, en ménageant la capsule fibreuse, contourne avec l'index les bords supérieur et latéral du goître et fait passer sous la glande, du milieu du bord supérieur au milieu de l'un des bords latéraux, une aiguille de Deschamps armée. Cette anse de fil, étant nouée, renferme environ un quart des vaisseaux. La même manœuvre est répétée à chacun des trois autres angles. On divise ensuite la capsule et l'on excise la tumeur au moyen de ciseaux courbes.

Watson employa ce procédé huit fois, sept patients guérissent ; le huitième mourut à la suite de l'entrée de sang dans la trachée blessée pendant l'opération.

Watson lui-même n'a pas une foi illimitée dans l'effica-

cité absolue de son procédé, puisqu'il prévoit encore le cas où des hémorragies pourraient se déclarer. Au surplus, son emploi présente plusieurs graves inconvénients et même des dangers, que Woelfler *b)* (n° 27, col. 734), résume comme il suit :

1° De grandes portions du tissu du goître sont comprises dans les ligatures et peuvent devenir le point de départ de violentes hémorragies. C'est ce qui arriva dans le second cas de Watson; la ligature en masse de l'une des thyroïdiennes supérieures glissa pendant l'opération et il y eut une hémorragie qui mit la vie du patient en danger; 2° il est presque impossible d'éviter que les nerfs laryngés soient compris dans les ligatures en masse; 3° il reste dans la plaie de grandes portions de tissu qui doivent se mortifier et entraver la marche de la guérison; 4° en se servant des ciseaux, on perd le bénéfice d'une énucléation par la voie mousse et d'une guérison intra-capsulaire. — J'ajouterai, 5° qu'il est impossible que tous les vaisseaux qui se trouvent à la base de la tumeur, et surtout les veines, soient compris dans les ligatures quelque loin qu'on les porte; enfin, 6° que les portions de tissu qui ne se mortifient pas exposent le patient à une récurrence.

Michel recommande d'aller, aussitôt après l'incision des téguments, à la recherche des vaisseaux thyroïdiens supérieurs. Il dit avoir remarqué chez son opérée une diminution du volume de la tumeur et un affaissement des veines. Mais il ne veut les couper qu'à la fin de l'opération, pour ne pas arracher les ligatures. Cela doit gêner beaucoup l'opérateur et être une entrave à l'énucléation. Michel ne lie les thyroïdiennes inférieures qu'après avoir isolé la moitié inférieure du goître.



Aujourd'hui tout le monde est d'accord sur ce point fondamental, qu'il ne faut sectionner un vaisseau qu'après y avoir interrompu le cours du sang, aussi bien du côté du centre que du côté de la périphérie. Mais le *modus faciendi* diffère. Les uns, tels que Billroth, Bruns, Rose, Kocher, Lücke, Michel, Terrillon, etc., pratiquent tout de suite la ligature double suivie de la section du vaisseau ; les autres, par exemple, Baumgaertner, saisissent les vaisseaux et les brides fibreuses entre deux pinces hémostatiques et les divisent en laissant les pinces en place, pratiquant ainsi la forcipressure. Après l'enlèvement de la tumeur, on examine le contenu de toutes les pinces restées dans la plaie ; la plupart ne renferment pas de vaisseaux ou bien ils sont si petits que la pression a suffi pour les oblitérer. Par ce procédé, Baumgaertner dit que le nombre de ligatures qui restent dans la plaie est considérablement réduit, et, tandis que, dans son premier cas, il en a dû laisser une cinquantaine dans la plaie, il n'a eu besoin, dans les autres, que de 9 ou 10, même pour des goîtres volumineux ; une fois même (n° 15), 3 ligatures ont suffi. En outre, chaque vaisseau doit être soigneusement isolé de tout tissu étranger avant de le lier. C'est à ce procédé que Baumgaertner attribue la rapidité de la guérison chez tous ses malades et c'est au surplus une précaution que la plupart des chirurgiens recommandent.

Péan se sert également de pinces hémostatiques (du reste, il est le créateur de cette méthode) ; mais au lieu de les remplacer par des ligatures, il les laisse en place. Chez le premier de ses malades, il en laissa douze. Je ne puis approuver cette manière de faire. Toutes les fois que j'ai vu des pinces rester à demeure, dans des cas où la ligature

n'était pas praticable soit à cause de la profondeur de la plaie, soit pour un autre motif, j'ai vu celle-ci prendre un mauvais aspect, comme si elle avait été barbouillée de perchlorure de fer (v. le cas de Borel, obs. 84.)

Mais il ne faut pas seulement lier les vaisseaux : les brides fibreuses allant du goître aux tissus ambiants renferment très souvent des artères et des veines ; il faut donc les munir également d'une ligature double ou les saisir entre deux pinces.

A propos des vaisseaux, Lücke et Rose donnent un conseil qu'il est bon de suivre : c'est de ne pas les couper trop près de la capsule fibreuse, à cause de la difficulté qu'on aura à les lier ou à les pincer ; la tumeur ressemble alors à une éponge qu'on exprime. Il faut les diviser le plus loin possible de leur point d'entrée ou de sortie et les isoler avant de les lier (v. l'obs. de Rose, n° 210.)

Ce qui est vrai des vaisseaux de la tumeur, l'est à plus forte raison de ceux qui restent dans la plaie. Il faut les lier assez loin du bout coupé et serrer fort le fil, afin que les efforts de toux et de vomissement ne fassent pas sauter la ligature. (V. au chapitre des hémorragies et le cas de Bruns, n° 109).

Quant au procédé à choisir, je considère comme le meilleur celui qui est préconisé par Baumgärtner, et qui, du reste, est adopté par beaucoup de chirurgiens dans toute espèce d'opérations. On évite ainsi une masse de ligatures inutiles. Tout au plus pourrait-on, si le nombre de pinces hémostatiques devient trop considérable, remplacer à un moment donné, par des ligatures, celles qui renferment des vaisseaux qui saignent, car un certain nombre de petits vaisseaux auront déjà été oblitérés par la forcipressure. Ce

procédé a un autre grand avantage : c'est d'être beaucoup plus expéditif; le chirurgien ou son aide n'auront pas besoin de suspendre à tout instant l'opération pour mettre des ligatures; à la fin de l'acte opératoire, ce sera une affaire de quelques minutes.

Si, au contraire, on lie tous les vaisseaux et les brides fibreuses au fur et à mesure, on arrive souvent à un chiffre colossal de ligatures. Il n'est pas du tout rare d'en trouver trente à quarante. Chez son malade n° 98, Bruns plaça 80 à 90 ligatures *doubles*, dont la moitié, c'est-à-dire 80-90, resta dans la plaie; chez un autre (n° 106) 72; Hedenus en plaça 65; Aug. Reverdin (n° 204) plus de 80; Rose (n° 208) 71, et chez le malade n° 202 jusqu'à 87 ligatures, qui furent amenées à l'extérieur; Nussbaum (n° 200) et Bottini (n° 71, laissèrent respectivement 80 et 100 ligatures dans la plaie, le même nombre, comme dans tous les cas cités ci-dessus, sauf celui de Hedenus, étant enlevé avec la tumeur; à plusieurs reprises, Gussenbauer abandonna plus de 80 ligatures dans la plaie. Mais le chiffre le plus considérable est celui atteint par Wegner et Kraus : il est de 150 à 160; chez l'opéré de Kraus, elles furent toutes amenées et fixées à l'extérieur de la plaie; elles tombèrent du 11<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour.

Jusqu'à l'introduction du pansement antiseptique, cette dernière façon de traiter les ligatures, c'est-à-dire d'amener les fils au-dehors par l'angle inférieur de la plaie et de les fixer en un ou deux faisceaux à côté des bords au moyen d'un morceau d'emplâtre, cette façon, dis-je, était la seule employée. Elles faisaient ainsi l'office de drains, mais il en résultait un inconvénient très grave. En s'imprégnant des sécrétions de la plaie, les fils (soie ou chanvre) devenaient une cause d'infection. Depuis l'adoption de la méthode an-

tiseptique, on emploie généralement la ligature perdue, sans que celle-ci ait cependant détrôné complètement l'ancienne; seulement cette dernière a bénéficié du nouveau mode de pansement, et si celui-ci est bien appliqué, la plaie reste aseptique.

On se sert surtout de deux substances pour les ligatures : de catgut et de soie phéniquée. Si c'est le catgut, on fait toujours la ligature perdue. Dans les premiers temps de l'ère antiseptique, il était seul employé; mais, tant à cause de la mauvaise qualité de la matière première, que d'un mode de préparation défectueux qui faisait du catgut le porteur même des germes d'infection, cette substance tomba dans un grand discrédit dont elle s'est cependant relevée maintenant. Elle fut remplacée par la soie bouillie et conservée dans l'acide phénique (Czerny). Les ligatures de soie phéniquée furent employées des deux façons; mais on trouva bientôt que dans beaucoup de cas, la soie, même bien désinfectée, ne s'enkystait pas ou n'était pas absorbée comme le catgut (sauf peut-être dans la cavité péritonéale). On vit presque constamment se former ces abcès secondaires et ces suppurations rebelles dont il sera question plus loin. C'est ainsi que, dans un cas où Billroth (n° 63) avait seulement appliqué deux ligatures de soie perdues et où il y eut réunion par première intention en six jours, les deux fils furent éliminés par deux petits abcès qui se formèrent quelque temps après. Qu'on compare à cela le cas d'Aug. Reverdin (n° 203), où plus de 80 ligatures de catgut furent absorbées dans une plaie complètement guérie en 6 jours. Ce furent ces abcès qui engagèrent beaucoup de chirurgiens à revenir aux longues ligatures fixées à l'extérieur. En effet, celles-ci tombent

du 8<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> ou 15<sup>e</sup> jours et la plaie peut alors se fermer définitivement.

Woelfler *b* (n° 31) dit, dans une courte note à la fin de son travail, que dans les quatre derniers cas opérés par Billroth, en 1879, celui-ci a employé cette méthode et qu'elle n'a en aucune façon entravé la guérison par première intention.

Lister, Kocher et plusieurs autres chirurgiens se sont efforcés de découvrir un mode de préparation du catgut qui fournit une substance convenable. Lister a employé l'acide chromique, le second, l'essence de genévrier (v. *Centralblatt für Chirur.*, 1881, n° 23). Le catgut, préparé de ces deux façons, répond à toutes les exigences; il y a donc grand avantage à l'employer et à en revenir à la ligature perdue.

Je terminerai cet exposé du manuel opératoire en rappelant, dans un résumé aussi succinct que possible, les principaux actes de l'opération.

Le malade étant placé dans la position et avec les précautions indiquées plus haut :

Incision cutanée sur la ligne médiane ou le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien; rétraction des veines sous-cutanées à direction parallèle; ligature double et section de celles qui traversent le champ opératoire; division des tissus couche par couche sur la sonde cannelée jusqu'à la tumeur; incision de la capsule fibreuse; énucléation par la voie mousse en attaquant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; aller le plus tôt possible à la recherche des vaisseaux thyroïdiens supérieurs, les pincer ou les lier; achever l'énucléation jusqu'à la base; sectionner tous les vaisseaux et toutes les brides fibreuses entre deux pinces ou deux ligatures; décoller le goître de haut en bas et du bord



externe vers la ligne médiane (base); après avoir libéré le bord inférieur, achever l'isolement de la face postérieure (moitié inférieure) et pincer ou lier les vaisseaux thyroïdiens inférieurs; rechercher les nerfs récurrents aussi bas que possible et les isoler des artères thyroïdiennes inférieures en remontant; arrivé au pédicule, après l'énucléation de tout le reste de la tumeur, le détacher avec précaution du larynx et de la trachée ou le saisir dans une ou plusieurs ligatures en masse doubles au moyen d'une aiguille de Deschamps ou de pinces; s'il y a hémorragie capillaire ou parenchymateuse, l'arrêter soit par la compression avec des éponges, soit par des irrigations d'eau glacée ou très chaude. S'il s'agit d'un goître central, inciser le tissu glandulaire entre deux pinces hémostatiques jusqu'à la capsule, la fendre sur la sonde cannelée dans toute sa longueur et énucléer par la voie mousse. Si l'on se sert de catgut, ligatures perdues; si c'est de soie, on peut en agir de même ou bien fixer les fils à l'extérieur de la plaie.

#### TRACHÉOTOMIE PRÉLIMINAIRE.

Rose, dans son travail sur la cure radicale du goître. dit que la trachéotomie préliminaire doit être faite dans tous les cas où la trachée est ramollie et tout au début de l'opération. L'incision doit être pratiquée à l'endroit où l'altération et le rétrécissement du tube aérien sont le plus marqués. Après avoir divisé les téguments et les couches de tissu conjonctif et aponévrotique qui recouvrent la tumeur, il cherche l'endroit, marqué par une gouttière, où les deux lobes latéraux du goître sont soudés entre eux, il les sépare, met la trachée à nu et l'incise. Il emploie une canule très longue, parce que le rétrécissement siège parfois très bas.

Sous cette forme absolue la nécessité de la trachéotomie préliminaire n'a été admise par aucun autre chirurgien. Sur les 16 cas opérés, de 1877 à 1879, Billroth n'a pratiqué cette opération qu'une seule fois (n° 75), et seulement, au cours de l'opération, pour détourner une mort imminente, bien que dans plusieurs autres cas la trachée fût également ramollie ou que les symptômes observés le fissent supposer. Dans son dernier travail, Woelfler *c*, dit que sur 48 extirpations de goîtres parenchymateux pratiquées par Billroth, de 1877 à 1881, la trachéotomie a été faite 5 fois avant, pendant ou après l'opération; indication : asphyxie imminente.

De ces cinq patients, trois moururent, tandis que des quarante-trois autres, un seul succomba. Il ne faut cependant pas conclure de là que la trachéotomie ait été la cause de la mort, mais seulement que la présence d'une trachéosténose aggrave beaucoup le pronostic. Il est certain toutefois que cette opération, qui en elle-même ne présente pas de gravité, emprunte un caractère beaucoup plus sérieux aux circonstances où elle se trouve placée ici (pénétration de sang dans la trachée : Billroth, n° 75, Reverdin, n° 206, Rose, n° 216, Watson, n° 29) (1).

(1) Au dernier congrès des chirurgiens allemands à Berlin, Woelfler, résumant en quelque sorte l'expérience faite à la clinique de Billroth jusqu'en 1883, a de nouveau insisté sur ce point, que ce n'est que dans le cas de trachéosténose des plus prononcées (*hochgradigst*) qu'il faut pratiquer la trachéotomie; car non seulement elle gêne pendant l'opération, mais elle entraîne aussi de grandes difficultés pour le traitement consécutif. Il paraît que la trachée ramollie reprend peu à peu de sa consistance.

Plusieurs autres orateurs ont encore examiné la même question. Kocher s'abstient de faire la trachéotomie autant que possible, les résultats de la statistique témoignant contre elle. Il faut surtout surveiller la trachée pendant l'opération, pour éviter les coutures. Bardeleben a fait quatre thyroïdectomies, dont une totale, pendant le semestre écoulé, sans pratiquer la trachéotomie. Il recommande égale-

Dans la statistique, nous trouvons quinze cas de ramollissement trachéal bien constaté; la trachéotomie préliminaire a été faite huit fois, non compris l'observation n° 206. (Je ne parle pas ici des cas où l'ouverture des voies aériennes a été faite pour d'autres motifs : Borel, n° 84; Riedel, n° 220; King, n° 9; Watson, n° 29.) Un malade (n° 201) a succombé au collapsus; un autre (n° 206), auquel on a fait la trachéotomie préliminaire, sans qu'il paraisse y avoir eu ramollissement, a succombé aux suites d'une complication (pneumonie) due à la trachéotomie (introduction de sang dans la trachée); deux autres opérés (nos 216 et 219) ont été emportés par des affections auxquelles la trachéotomie a été étrangère, bien que, dans le premier de ces cas, l'écoulement persistant de sang dans les voies aériennes doive certainement avoir beaucoup aggravé la situation de la patiente; les autres se sont rétablis. Dans quelques-uns de ces cas, le patient a été arraché à une mort imminente (v. plusieurs cas de Rose, Hicguet, n° 2). Des sept autres patients atteints de ramollissement, l'un succomba à une asphyxie foudroyante (n° 215), les autres se rétablirent. On peut en outre considérer comme certain, que parmi les malades où la dégénérescence du tube aérien n'a pas été constatée, il y en avait où, d'après les symptômes, elle devait exister; néanmoins, presque tous ont guéri.

En résumé, dans la plupart des cas, c'est le tact et l'ex-

ment de bien surveiller la position de la tête; Maas, de Fribourg, se range à l'avis des préopinants. Il cite deux cas où le goître avait refoulé en arrière et courbé, en forme d'arc de cercle, la trachée dégénérée et ne représentant plus qu'un tube membraneux. Cette déformation persista dans un cas même après la guérison; dans l'autre, la trachée reprit peu à peu sa place normale. (*Note ajoutée pendant l'impression.*)

périence du chirurgien qui doivent le guider dans chaque cas individuel; il n'est pas possible de formuler une règle invariable.

SOINS IMMÉDIATS. — PANSEMENTS. — SOINS CONSÉCUTIFS, ETC.

J'ai dit plus haut que je me place au point de vue de la méthode antiseptique la plus rigoureuse. Je me dispenserai donc d'entrer dans des détails à ce sujet, toutes les questions y relatives ayant fait l'objet de nombreux travaux.

L'hémostase sera faite de la façon la plus scrupuleuse; on lave ensuite soigneusement la plaie et les alentours avec une solution d'acide phénique de 2 et de 4 p. c. respectivement; une solution plus forte serait dangereuse, à cause des organes importants à nu dans la plaie. On peut aussi employer une solution de thymol au 1/10<sup>e</sup>.

Une excellente pratique, c'est de badigeonner la plaie, après l'avoir lavée et bien séchée, avec une solution aqueuse de chlorure de zinc. Cet antiseptique est employé depuis longtemps par un certain nombre de chirurgiens (Campbell de Morgan, Socin, Lister, Bardeleben, Billroth, Winiwarter, etc.), et l'usage tend à s'en répandre, depuis qu'on a constaté les effets toxiques de l'acide phénique. Kocher, notamment, fait un grand éloge de cet agent et trouve qu'il n'est pas apprécié comme il le mérite. Il attribue ce fait à ce que jusqu'à présent on a employé des solutions trop fortes, 6 à 8 p. c. On produit ainsi une véritable cautérisation et des eschares, ce qui favorise la « septification » des plaies. Kocher (*Samm. Klin. Vortraege*, nos 203 et 204) recommande de n'employer que des solutions de 2 à 2 1/2 ‰. Les expériences que lui et son assistant, le d<sup>r</sup> Amüat (*Ueb. die antisept. Eigenschaften schw.*



*Chlorzinkloesungen*, Zeits. f. Chir., 1882, p. 435) ont faites à ce sujet, ont démontré qu'à cette faible dose le chlorure de zinc possède des propriétés antiseptiques et désinfectantes suffisantes. Il préconise également cette solution pour le lavage et l'irrigation des plaies.

La plaie ayant été désinfectée suivant l'une ou l'autre de ces méthodes, on procède à la réunion des lèvres de la solution de continuité. On se sert, pour la suture, de fils de soie phéniquée, au moyen desquels on recoud la plaie dans toute sa longueur, en ayant soin que le bord de la peau ne se recoquille pas ou que des lambeaux de tissu conjonctif ne viennent pas s'interposer, ce qui retarderait la guérison et ne donnerait pas une cicatrice linéaire parfaite. Il est bon de placer deux ou trois, et si la plaie est fort grande, un plus grand nombre de sutures de fil d'argent à plaques (sutures de détente), qui ajoutent beaucoup à la solidité de la réunion et servent à la maintenir les premiers jours, après l'enlèvement des sutures superficielles. Quelques chirurgiens les enlèvent *avant* ces dernières; je considère l'autre pratique comme préférable, parce que les fils d'argent n'irritent pas la plaie.

Avant de nouer les fils, il faut introduire les drains, soit des tubes en caoutchouc, soit des tubes en os décalcifiés. On en mettra un, deux ou trois, suivant la forme de la plaie. On veillera à ce qu'ils ne pressent pas sur un organe important (vaisseau ou trachée amincie), pour ne pas avoir de décubitus ou d'ulcération (v. le cas de Mosetig, n° 186). J'ai très souvent constaté que le drain, par la pression élastique qu'il exerce sur tout son trajet, détermine une eschare superficielle; c'est probablement à cette cause qu'est due la lenteur avec laquelle le point de drainage se cicatrise,



lorsque tout le reste de la plaie s'est réuni par première intention (1).

L'occlusion de la plaie étant terminée, on procède au pansement. On saupoudre la plaie linéaire et les alentours immédiats de poudre d'iodoforme et l'on applique par-dessus de la gaze iodoformée ou phéniquée qu'on recouvre d'une feuille de gutta percha.

Je n'entrerai pas dans les discussions qu'a soulevées l'emploi de l'iodoforme. Je crois qu'appliqué sur une plaie linéaire, bien fermée, il n'y a aucun danger d'intoxication. Il ne faut pas recouvrir d'iodoforme la surface interne de la plaie, d'abord pour ne pas exposer le malade à l'intoxication, et ensuite, parce que c'est un obstacle à une bonne réunion immédiate dans la profondeur.

Au surplus, le pansement de Lister typique, à la condition d'être fait avec des matériaux *de bonne qualité* et de contenir une quantité suffisante d'antiseptique, répond à toutes les exigences. On entourera ensuite tout le cou jusqu'au thorax d'une épaisse couche d'ouate de Bruns, et l'on appliquera deux séries de bandes. La première se composera de bandes de coton écru, souple, embrassant la partie supérieure du thorax, les épaules, le cou et toute la tête sauf la figure ; la seconde série se composera de bandes de mousseline apprêtée qui recouvriront tout simplement les premières, et qui, après dessiccation, formeront un appareil immobilisateur parfait. Il faudra maintenir la tête et le cou

(1) RIEDEL (*Die Behandlung der Kothfisteln, etc.* — *Centralblatt f. Chirurgie*, n° 14, p. 215, note 1885) a récemment rapporté un cas intéressant d'ovariotomie dans lequel la pression d'un drain détermina la perforation d'une anse intestinale et la formation d'une fistule stercorale.

du patient dans l'immobilité absolue jusqu'à ce que le bandage soit complètement séché.

Si la trachée était ramollie, on pourrait suivant le conseil de quelques chirurgiens, consolider l'appareil au moyen d'attelles moulées (carton, gutta-percha, etc.), embrassant les parties latérales et postérieures du cou et la tête.

Le premier pansement restera plusieurs jours, l'état du malade étant contrôlé deux ou trois fois par jour au moyen du thermomètre. Si celui-ci indique un accroissement de température et que d'autres signes fassent supposer une rétention ou une décomposition des liquides de la plaie, il faut lever le pansement. On n'oubliera cependant pas que l'hyperthermie peut dépendre d'une fièvre aseptique (Volkmann). L'état général du malade et d'autres symptômes permettront presque toujours de juger à quoi est due l'élévation de la température.

Les pansements consécutifs se feront le plus rarement possible. Plusieurs fois la guérison s'est opérée sous le premier pansement. Si la cicatrisation se fait suivant la marche typique d'une plaie aseptique, elle sera terminée en 6, 8 ou 10 jours. Si la réunion ne se fait pas par première intention, si les lèvres de la plaie s'écartent, il sera préférable d'employer une pommade au nitrate d'argent au 1/100<sup>e</sup>; la cicatrisation se fera alors plus rapidement qu'en appliquant la gaze phéniquée ou le protectif directement sur la plaie. Si l'on a fait usage de drains en os décalcifié, ils pourront être absorbés; les autres seront retirés le plus tôt possible, pour ne pas retarder la guérison, et dès que l'état de la plaie permettra de ne plus craindre de rétention de liquide.

Si l'on a dû faire la trachéotomie, Rose conseille de

laisser la canule en place jusqu'à ce que la peau se soit appliquée intimement tout autour.

Quant aux complications locales ou générales qui pourraient survenir, on les traitera suivant les règles ordinaires.

Pendant les premiers jours, le patient gardera un silence absolu; Rose conseille de ne le laisser communiquer avec son entourage que par écrit, au moyen d'une ardoise. On lui donnera des aliments liquides ou mous, des lavements (au bout de deux à trois jours seulement), etc. La moindre velléité de tousser sera immédiatement combattue par des opiacés.

Ainsi que je viens de le dire, la durée de la guérison varie dans de larges limites. Une plaie aseptique sera réunie par première intention, en 6 ou 8 jours (Aug. Reverdin, n° 204 et 205, Billroth, n° 63 et 68, Gussenbauer, nos 127, 128, 130, Monod, etc.) Woelfler assigne aux opérés de Billroth, depuis 1877, une moyenne de traitement de 8 à 15 jours. Il est évident que, si la suppuration vient à se déclarer, le travail de cicatrisation exigera plusieurs semaines et même des mois.

#### ACCIDENTS ET SUITES DE L'OPÉRATION.

Pour éviter des redites, je traiterai dans le même chapitre les complications primitives et les complications secondaires.

1° *Hémorragies*. — C'est la complication la plus redoutée, celle qui a fourni aux chirurgiens le principal argument contre la thyroïdectomie.

A. *Hémorragies artérielles*. — a), *Primitive*. — Elle peut être due à une lésion de la carotide. C'est le cas le plus rare. Bien que fâcheux, cet accident n'est pourtant pas aussi grave qu'on le supposerait à première vue, pourvu

que le chirurgien parvienne immédiatement à saisir et à lier le vaisseau. On possède un assez grand nombre de cas de ligature de la carotide pour causes diverses et où le malade s'est parfaitement rétabli.

Le plus souvent l'hémorragie provient de l'une ou l'autre des thyroïdiennes ou de leurs ramifications; des branches de la linguale peuvent également être blessées (v. le cas de Tillaux.)

L'hémorragie serait fort à craindre si les artères étaient atteintes de dégénérescence athéromateuse ou calcaire, ou d'ossification; si l'on avait constaté cet état avant l'opération, ce serait une contre-indication absolue.

Outre l'hémorragie artérielle, on peut avoir une *hémorragie parenchymateuse*. Elle se déclare avec une extrême violence toutes les fois qu'on attaque le tissu de la glande sans les précautions nécessaires. Elle est beaucoup plus difficile à arrêter que la précédente.

J'ai exposé plus haut, au chapitre du manuel opératoire, les précautions à prendre pour l'éviter ou pour l'arrêter si elle venait à se déclarer.

Plusieurs des cas d'hémorragie incoërcible, relatés dans la statistique, doivent probablement être rangés dans cette catégorie (v. les obs. de Fabrice de Hilden, n° 16, Desault, n° 11, Gooch, n°s 1 et 2, C. Smith, n° 15, D, et Nelson, n° 14, D.)

On pourrait distinguer une catégorie d'hémorragies intermédiaires entre les hémorragies primitives et les hémorragies secondaires : les *hémorragies récurrentes*, survenant non au moment de la division des tissus, ni lorsque le malade est déjà sorti des mains du chirurgien après l'opération, mais à un moment intermédiaire : tels sont les cas de Billroth (n° 42), et de Stukowenkoff.

Toutefois, pour ne pas trop multiplier les subdivisions, je les rangerai parmi les hémorragies primitives.

Les hémorragies artérielles et parenchymateuses primitives, d'une certaine importance, sont signalées dans 41 cas. Deux fois la carotide fut blessée; dans le premier cas (obs. 147), le malade mourut sous le couteau; dans le second (obs. 201), la ligature du vaisseau fut faite, mais le patient succomba le lendemain; six fois l'hémorragie fut telle que l'opération resta inachevée (Billroth, n° 48; Bruns, n° 90, la 2<sup>e</sup> opération de Desault et celle de Smith, enfin les deux cas rapportés par Gooch, (n°s 1 et 2, C). Plusieurs patients succombèrent entre les mains du chirurgien.

Dans les deux cas de Gooch, la compression fut continuée pendant huit jours; la première fois, le patient guérit, la seconde, il succomba. En somme, la mort a été onze fois la conséquence directe de l'hémorragie artérielle primitive.

Aux 41 cas qui précèdent j'en ajouterai deux qui ne figurent pas dans ma statistique. L'un est rapporté dans le *Med. Corr.-Bl. der Württemberg. Aerzte*, vol. VIII, p. 262. En 1838, un chirurgien wurtembergeois, en voulant extirper un goître, fut tellement épouvanté par l'hémorragie colossale qui se déclara tout à coup, qu'il s'enfuit et laissa saigner à mort sa malheureuse victime. Cela porte le nombre total d'hémorragies primitives mortelles à douze. L'autre est un cas de Bruns (v. Klein, *Beitrag z. chirurg. Behandl. d. Strummen*. Thèse de Tubingue, 1860). Bruns dut laisser l'opération inachevée, à cause de l'épuisement du patient, ayant coupé la thyroïdienne inférieure par suite de la maladresse d'un aide. Le patient mourut de septicémie.

Quant aux meilleurs procédés à employer pour empêcher



les hémorragies primitives ou secondaires, il en a été question au chapitre du manuel opératoire.

*b. Hémorragies secondaires.*—Elles sont signalées dans 31 cas, non compris le second cas de Gooch, que j'ai rangé parmi les hémorragies primitives.

Les hémorragies secondaires ont lieu soit dans les premières heures après l'opération, soit, et c'est le cas le plus fréquent, le lendemain ou les jours suivants. Parfois, il y a de véritables hémorragies à répétition. La première observation de Hedenus est surtout remarquable par le nombre et l'intensité des pertes sanguines; la dernière se produisit le 17<sup>e</sup> jour, le malade perdit ce jour-là plus de deux livres de sang et guérit néanmoins. Dans l'observation de Bruns (n° 92), il y eut à partir du 6<sup>e</sup> jour des hémorragies répétées de la thyroïdienne inférieure; le 10<sup>e</sup> jour, il y en eut une de la carotide commune, on en pratiqua la ligature, mais le patient mourut de pyohémie. Dans l'observation n° 94, une violente hémorragie se déclara le 9<sup>e</sup> jour. Le malade de Langenbeck (n° 171) succomba le 13<sup>e</sup> jour à une hémorragie foudroyante. Une fois (n° 213), un saignement abondant s'arrêta spontanément. La patiente de Tillaux eut le 5<sup>e</sup> jour une violente hémorragie de la cricoïdienne; le chirurgien rouvrit la plaie et lia le vaisseau; la patiente guérit. Dans le premier cas rapporté par Gooch (n° 1, C), la compression dut être continuée pendant huit jours; dans celui de Greene (n° 10, D), il se produisit, le 10<sup>e</sup> jour, une perte abondante dont on ne devint maître que par une compression maintenue pendant 72 heures. En somme, je n'ai trouvé que deux cas (Langenbeck et Holmes), où l'hémorragie secondaire ait entraîné directement la mort; 3 malades moururent de pyohémie ou de septicémie; chez un

autre (n° 216) la mort survint à la suite de complications broncho-pulmonaires ; les autres guérèrent.

Il me reste à dire un mot de la seconde opérée de M. Hicguet (v. obs. 2, H). Au moment de quitter l'hôpital, en apparence guérie, cette malade succomba à une hématomèse foudroyante. Je me demande si ce cas ne peut pas être rapproché de celui décrit par Bayer, assistant à la clinique de Gussenbauer (*Prager mediz. Wochenschrift*, 1882, n° 33). Dans ce dernier, la canule avait déterminé chez un goîtreux auquel on avait pratiqué la trachéotomie, une perforation de l'un des gros troncs artériels naissant de la crosse de l'aorte, et la mort fut presque foudroyante. Il est fort admissible qu'une ulcération produite par le frottement de la canule sur les tuniques de l'un des troncs artériels à travers la plaie trachéale ait continué à gagner en profondeur, même après le retrait du tube, et ait fini par les perforer.

La note que M. Hicguet a bien voulu me remettre ne donne, sur les antécédents et l'état de la malade, au moment de l'opération, aucun renseignement qui permette de donner une autre explication à ce cas unique.

Je ne m'arrêterai pas aux causes des hémorragies secondaires, elles sont les mêmes que dans toutes les autres opérations. J'appellerai seulement l'attention (*ut caveant consules*) sur le cas de Stukowenkoff, où les ligatures avaient été appliquées de telle façon qu'un grand nombre d'entre elles glissèrent, à peine l'opération terminée.

B. *Hémorragies veineuses.* — a) *Primitive.* — Elle est très fréquente, et les chirurgiens la redoutent autant et même plus que l'hémorragie artérielle. Les veines acquièrent généralement un volume très considérable et en même

temps s'amincissent au point de se déchirer comme du papier.

L'hémorragie veineuse peut provenir des troncs (jugulaires internes, externes, antérieures, thyroïdiennes, veines sous-cutanées), des plexus veineux ou du parenchyme.

Les auteurs appellent spécialement l'attention sur l'hémorragie veineuse. Sédillot (p. 1134), dit que « les difficultés de ces opérations (thyroïdectomies) sont assez grandes, en raison du nombre et du volume des veines qui se gonflent sous les yeux et la main du chirurgien et semblent lui opposer une barrière infranchissable. »

Autrefois cette complication a dû se produire plus souvent et sous une forme plus menaçante qu'à présent où, grâce au chloroforme, les efforts du patient sont supprimés et la respiration est calme et régulière. Toutefois, lorsque le patient est pris d'un accès de toux ou que la respiration est gênée pour une cause quelconque, cet engorgement peut encore devenir très considérable (Albert, n° 5). Le sang sort alors de tous côtés comme d'une éponge qu'on exprime.

L'hémorragie veineuse est signalée dix-huit fois comme particulièrement profuse. Deux fois (nos 66 et 8, D), la jugulaire interne dut être liée. Les deux patients guérèrent. Au surplus, la lésion et la ligature de ce vaisseau ne constituent pas un danger aussi grave qu'on le croyait autrefois. Pilger (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1881, p. 130 et suiv.), a réuni un grand nombre d'exemples de ligatures et de résections des gros troncs veineux sans suites fâcheuses. (Une discussion très intéressante et riche en citations sur le même sujet a eu lieu le 27 février dernier à la Surgical Academy de New York, à propos d'un travail sur cette ma-

tière, lu par le d<sup>r</sup> Pilcher (1). — V. *Medical News*, n° 12, 1883.)

Sept fois les hémorragies veineuses se distinguèrent par leur intensité, parce que dans plusieurs de ces cas les vaisseaux se déchiraient sous le doigt et les ligatures (n°s 84 et 104, A, 6 et 8, D). Les patients guérissent. Une fois (n° 192), une veine sous-cutanée, probablement l'une des jugulaires antérieures ou la veine médiane du cou, fut incisée longitudinalement et une forte hémorragie s'ensuivit.

Dans un autre cas (Bottini, n° 4), il y avait une veine si volumineuse qu'aucune pince ne fut assez grande pour la saisir ; il fallut pratiquer la compression digitale, et ce ne fut qu'au bout d'une demi-heure qu'on devint maître de l'hémorragie.

L'exemple le plus remarquable est celui du patient de Sédillot (n° 30), chez lequel des saignements veineux formidables se reproduisirent pendant onze jours et mirent ses jours en danger.

Un malade de Billroth (n° 66) présenta également des péripéties émouvantes. Pendant l'opération : hémorragie veineuse colossale, ligature de la jugulaire interne, entrée de l'air dans une veine ; pendant la guérison : thrombose de la jugulaire interne et de la veine sous-clavière ; malgré cela, guérison. Chez un autre opéré du même chirurgien (cas inédit, cité par Woelfler), le goître adhérait si intimement à la jugulaire interne qu'on dut exciser une portion du vaisseau.

En somme, sur les 18 cas, il n'y en a qu'un où la mort puisse être imputée à l'intensité de l'hémorragie (n° 23, B). Quant au cas de Klein (n° 154), il est complexe, j'y reviendrai en parlant de l'entrée de l'air dans les veines.

b) *Hémorragie veineuse secondaire.* — On n'en cite que

(1) *Note ajoutée pendant l'impression.*



deux cas. Dans le premier (n° 186), une violente hémorragie se déclara le 7<sup>e</sup> jour; Mosetig l'attribua à l'ulcération d'une grosse veine, déterminée par la pression du drain. Le malade fut sauvé. Quant au second, (Sédillot, n° 30), il en a été question plus haut.

c) *L'hémorragie capillaire ou parenchymateuse* est spécialement mentionnée deux fois. Une fois (Bottini, n° 3), elle survint pendant l'opération et n'eut pas de suites; la seconde (Gussenbauer, n° 126), elle survint six heures après l'opération et affaiblit beaucoup le patient; toutefois celui-ci se rétablit.

Si maintenant nous réunissons tous les cas d'hémorragie artérielle, veineuse et parenchymateuse, nous trouvons 60 hémorragies primitives, avec 12 décès, et 34 hémorragies secondaires avec 3 décès.

2° *Entrée de l'air dans les veines.* — Il n'en existe que deux exemples bien avérés : celui de Billroth (n° 66), dont il a déjà été question; le malade guérit, et celui de Borel-Laurer (n° 84), qui mourut le surlendemain. (Woeßler a cité au dernier congrès des chirurgiens allemands un cas inédit de Billroth, où un patient succomba à la suite de l'aspiration d'air par la veine thyroïdienne inférieure.) (1)

Günther attribue la mort du patient de Klein (n° 154) au même accident. Ne faudrait-il pas plutôt y voir un exemple de mort subite due au ramollissement de la trachée? En tout cas, avec de la circonspection, on évitera facilement cette complication. Si toutefois elle venait à se produire, on cherchera à ranimer le malade par des injections sous-cutanées d'éther, des aspersions et des douches d'eau froide et surtout par l'emploi énergique et soutenu de la respiration artificielle.

(1) *Note ajoutée pendant l'impression.*



3<sup>e</sup> *Lésions des nerfs.* — Les nerfs qui pourraient être blessés sont le pneumo-gastrique, le nerf laryngé inférieur et le grand sympathique. On ne rapporte aucun cas de lésion du premier, bien que plusieurs fois il ait été dénudé sur une certaine étendue. Si le fait se produisait, il n'aurait pas nécessairement de conséquences fâcheuses. Lücke rapporte (*Centralblatt f. Chir.* 1880, n° 36) le cas d'une femme de 28 ans, à laquelle il avait extirpé plusieurs tumeurs cancéreuses de la région latérale droite du cou. L'une d'elles enveloppait complètement la jugulaire interne et le pneumo-gastrique. Il les excisa tous les deux. La portion extirpée du nerf avait une longueur de douze centimètres. Les plaies furent guéries le 10<sup>e</sup> jour, et la patiente n'éprouva ni troubles respiratoires ni troubles circulatoires. Maurer (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 1882, n° 26 et 27), rapporte l'histoire d'un malade atteint de sarcome du larynx, auquel Czerny enleva successivement (à cause de récidives ganglionnaires) des portions des deux jugulaires internes, de la jugulaire externe, du pneumo-gastrique (0,03), de la carotide et du grand hypoglosse gauches, sans aucun trouble du côté ni du cœur, ni du côté de la respiration. Fischer (in Pitha et Billroth : *Handb. der Chirurg.* T. III. Abth. I. B., p. 94), cite plusieurs exemples de section ou d'excision de ce nerf, opérations auxquelles les malades survécurent. (V. aussi Deibel : *Ueb. die traum. Vagusparalyse beim Menschen.* Inaug. — Dissert. Berlin, 1881. — Analysé in *Centralbl. f. Chir.*, 1881, n° 47.)

La lésion des nerfs récurrents a été signalée un certain nombre de fois. Une fois (Billroth, n° 45), on trouva, à l'autopsie, le nerf récurrent compris dans la ligature de la thyroïdienne inférieure. Une autre fois (n° 51), Billroth *crut*

seulement l'avoir lié. Klein (n° 155) crut avoir coupé les deux nerfs récurrents. Son patient devint subitement muet pendant l'opération et resta aphone durant trois semaines, atteint en même temps d'une très forte dysphagie ; puis il recouvra la voix considérablement changée à son avantage. Moselig (n° 189) excisa un morceau de 0,04 du nerf récurrent. Dupuytren (n° 12) avait coupé et lié le récurrent droit et l'anastomose du grand hypoglosse avec les nerfs cervicaux.

Le nerf récurrent fut encore sectionné chez un malade de Roux (obs. 24), d'Albert (obs. 9), et les deux opérés de Schœnborn. Les deux premiers succombèrent à des complications broncho-pulmonaires, etc.; l'une des patientes de Schœnborn mourut de tétanie, l'autre se rétablit. Wegner saisit l'un des nerfs récurrents dans une pince à glissière, ce qui détermina un grave accès de dyspnée; après la guérison, il y eut pendant quelque temps de la parésie de l'épiglotte.

Wœlfel *c)* résume de la façon suivante l'état de l'appareil vocal, chez les 44 opérés guéris de Billroth, de 1877 à 1881 :

Dans 31 cas, rien ;

Dans 11 cas, paralysie de l'une des cordes vocales ;

Dans 2 cas, paralysie des deux cordes vocales.

Les patients atteints de paralysie unilatérale finirent par recouvrer une voix parfaitement nette. Dans 3 cas (sur 13) la paralysie existait déjà *avant* l'opération. Un fait très intéressant, c'est que, chez une patiente où le laryngoscope avait révélé une paralysie bilatérale, et qui mourut de tétanie trois mois après l'opération, on ne trouva pas à l'autopsie qu'aucun des nerfs récurrents eût été sectionné, à moins d'admettre que les bouts divisés du nerf s'étaient

réunis de nouveau. On pourrait considérer ce fait comme venant à l'appui de l'opinion de Michel (du moins pour certains cas), qui dit que ce n'est généralement pas le nerf récurrent mais le rameau externe du laryngé supérieur qui est lésé.

L'explication donnée par Michel ne satisfait pas Terrillon *b*) (v. aussi *Revue de chirurgie* 1881, p. 1033), mais c'est à tort qu'il l'attribue à un auteur allemand. Terrillon cite des faits d'où il ressort à l'évidence que, dans certains cas, on ne peut pas invoquer une lésion des nerfs comme cause de la paralysie des cordes vocales, et il ajoute que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'expliquer ces faits. En ce qui concerne spécialement la malade de Billroth, il ne faut pourtant pas perdre de vue que déjà *avant* l'opération la voix était chuchotante, presque éteinte; on peut donc admettre que la compression exercée par le goître, ait amené des altérations pathologiques dans les nerfs.

Klein (n° 156) a observé des phénomènes nerveux graves, à la suite de tiraillements exercés sur le pneumogastrique et le nerf phrénique gauche : des douleurs dans la tête, des mouvements spasmodiques du diaphragme et des muscles de la déglutition, etc.

La lésion des nerfs laryngés exerce aussi une influence sur la déglutition : le patient s'engoue. L'opéré de Billroth (n° 45) fut dans l'impossibilité d'avaler. (V. aussi les autres cas, signalés plus haut).

La paralysie de l'une des cordes vocales ou de toutes les deux, l'aphonie et l'enrouement après l'opération ont été signalés 20 fois. Lorsqu'un seul nerf a été blessé et que par conséquent une seule corde vocale est atteinte, il y a enrouement; y a-t-il aphonie, alors il y a lésion nerveuse

bilatérale, et par suite, paralysie des deux cordes vocales. Michel (p. 721) estime que, dans la majorité des cas, ce n'est pas le nerf récurrent qui a été blessé, sa situation profonde entre la trachée et l'œsophage le mettant hors de portée, mais le rameau externe du laryngé supérieur. Ce dernier se rend au muscle crico-thyroïdien, tenseur de la corde vocale et au constricteur inférieur du pharynx. Cela peut être vrai dans certains cas, mais dans la majorité des cas, c'est certainement le récurrent qui est intéressé. Je crois cependant que cet auteur se trompe. D'abord, les rapports intimes du nerf avec la thyroïdienne inférieure le mettent en grand péril ; ensuite, lorsqu'on soulève un goître qui pénètre dans la gouttière trachéo-œsophagienne, pour isoler sa face postérieure, on entraîne toujours le nerf laryngé inférieur et, dans cette manœuvre, on peut facilement le léser.

Le premier auteur qui fasse mention de l'altération de la voix après les opérations sur les tumeurs du cou, est Galène. (V. l'*Historique*). Mais ce n'est que dans ces derniers temps que les accidents signalés plus haut, ont été bien observés. Woelfler (b.) n° 31, col. 833) rapporte que chez les six derniers opérés de Billroth, on a pu constater nettement, au moyen du laryngoscope, la parésie ou la paralysie de l'une des cordes vocales, accompagnée souvent de déviation hémiplegique de l'épiglotte.

Ces troubles peuvent guérir après un temps plus ou moins long ; la malade de Michel ne recouvra sa voix normale qu'au bout de cinq mois. Dans dix cas, on dit que l'altération de la voix survenue après l'opération disparut ; dans les dix autres, elle persista ; une fois (Richelot), il y eut paralysie des deux cordes vocales, puis guérison. Bardeleben et Riedel attribuèrent les phénomènes obser-

vés à l'imbibition du pneumogastrique par l'acide phénique, bien que le premier fasse observer que ce nerf n'a pas été mis à nu. Une fois (n° 74), on constata en même temps la paralysie d'une moitié de l'épiglotte, laquelle dans les cas de Wegner (voir plus haut) et de Gussenbauer (n° 128) exista seule; chez la malade de Küster, la voix, d'aphone qu'elle était avant l'opération, revint peu à peu, mais la parésie de la corde vocale gauche persista encore quelque temps; chez celle de Poland, la voix redevint naturelle après l'opération; il s'agissait donc simplement d'une compression par le goître. Roux (n° 25) rapporte que son patient, au cours de l'opération « éprouva une grande dyspnée et devint presque complètement aphone, ce qui paraît avoir eu pour cause la section du nerf récurrent; depuis l'opération, en effet, sa voix est restée plus faible et enrouée. »

4° *Lésions d'organes voisins.* — Une lésion directe de l'œsophage n'a eu lieu dans aucun cas. Une fois seulement, il y eut une dysphagie complète d'origine nerveuse : c'est l'observation de Billroth n° 45. Une dysphagie passagère est signalée dans beaucoup de cas; elle est la conséquence du traumatisme qui a porté sur les organes voisins, de la douleur et de l'inflammation; mais elle se dissipe au bout de quelques jours. L'engouement a été également observé plusieurs fois chez des patients atteints d'hémiplégie de l'épiglotte à la suite de la lésion des nerfs laryngés inférieurs (v. ci-dessus).

La lésion de la *trachée* s'est produite quatre fois. Une fois (n° 42) il y a eu nécrose des anneaux cartilagineux et perforation à la suite de l'application de perchlorure de fer pour arrêter une hémorragie. La deuxième et la troisième fois



(n<sup>os</sup> 181 et 29, C) la trachée fut perforée pendant l'opération, parce que la tumeur y adhéra trop fortement; dans le premier cas, la fistule ne fut découverte que le lendemain. Le quatrième cas est rapporté par Kraus (n<sup>o</sup> 168), qui ne parvint à détacher la tumeur de la trachée qu'en enlevant le segment antérieur des anneaux cartilagineux jusqu'à la muqueuse; il n'y eut pas de perforation.

Les autres cas de perforation de la trachée et de l'œsophage, signalés par quelques auteurs, se rapportent à des goîtres cancéreux ou sarcomateux. Dans ces affections la lésion en question doit se produire beaucoup plus facilement à cause du caractère envahissant de ces néoplasmes.

Un cas unique de perforation du *larynx* est raconté par Wild. (Cette observation ne se trouve pas dans la statistique, l'auteur se contentant de relater cet incident). Je ne reviendrai pas ici sur les détails, ils ont été rapportés plus haut à l'occasion des altérations que le goître détermine dans les organes voisins.

5<sup>o</sup> *Troubles des voies respiratoires.* — *Accidents broncho-pulmonaires.* — Ces complications sont extrêmement fréquentes et présentent une grande variété. Elles peuvent survenir pendant l'opération ou consécutivement.

*Pendant l'opération.* — On voit souvent survenir des accès de toux, de dyspnée, de suffocation ou d'asphyxie plus ou moins intenses, pouvant aller jusqu'à la suspension complète du mouvement respiratoire (apnéosphyxie). Chez plusieurs patients cet état d'asphyxie fut porté si loin que la mort paraissait imminente (Borel, n<sup>os</sup> 84 et 87; Rose, n<sup>o</sup> 217; Schœnborn, n<sup>o</sup> 219; Hicguet, n<sup>o</sup> 2, H); dans tous ces cas on parvint à rappeler le malade à la vie en pratiquant sur-le-champ la trachéotomie, etc., et l'on put terminer l'opéra-

tion. Il n'y a qu'un seul cas où la mort fut foudroyante à cause de l'état du cœur (Rose, n° 215). Les causes ordinaires sont le tiraillement ou la lésion des nerfs et les pressions ou tractions exercées sur la trachée ramollie ou rétrécie au moment d'en détacher la tumeur. (Je ne parlerai pas de l'action du chloroforme sur les voies aériennes, elle ne présente ici rien de particulier). Ces effets sont d'autant plus marqués que la trachée est plus altérée dans sa texture, et ils varient suivant le degré de ramollissement ou de rétrécissement qu'elle présente.

Les phénomènes nerveux ont été très manifestes chez les malades de Mandt (n° 184) et de Roux (n° 25). Il y a eu dans ces deux cas atteinte directe de nerfs importants. Une autre fois (n° 160), c'est en serrant la chaîne de l'écraseur qu'une forte dyspnée se déclara.

Deux fois (nos 22 et 170), il y a eu trachéosténose sans ramollissement, et l'on ne put faire cesser les accès de suffocation qu'en remettant la tumeur en place. Une fois (n° 146), on attribua simplement la toux et la dyspnée à l'irritation de la trachée. Ne s'agissait-il pas ici, en partie du moins, d'une irritation provoquée par le chloroforme?

Tillaux signale des accès d'oppression cessant lorsqu'on rabattait le lambeau cutané sur la plaie.

Brochin rapporte qu'au moment où Péan (n° 19) détacha la tumeur de la trachée, la respiration s'arrêta tout à coup. Péan, se souvenant de l'irritation et de la sécrétion que le chloroforme détermine souvent dans les voies respiratoires, maintint la tumeur dans une bonne position pour éviter l'aplatissement et le tiraillement de la trachée, et fit incliner la tête du patient en faisant pratiquer en même temps la respiration artificielle. Au même moment, un demi-verre de

mucosités spumeuses s'écoula du fond de la gorge ; il les fit enlever avec des éponges, et le malade revint à lui.

Ce cas présente un intérêt encore plus grand lorsqu'on le rapproche des observations de Maas (*Zur Frage von der Asphyxie bei Struma. — Breslauer Aerztl. Zeitschr.*, 1880, n° 13. — *Jahresbericht de Virchow*, 1881, II, p. 402). Maas dit que l'asphyxie dans le goître peut être déterminée non seulement par le mécanisme décrit par Rose dans le ramollissement de la trachée, mais aussi par l'arrêt, au point sténosé, de masses de mucosités provenant d'affections pulmonaires coexistantes. (Le malade de Péan était porteur d'une pleurésie double ancienne.)

Les troubles dus au ramollissement de la trachée sont signalés quinze fois (un 16<sup>e</sup> cas (Rose) figure parmi les morts subites). L'un de ces cas présenta une gravité exceptionnelle (Billroth, n° 75). Pendant qu'on isolait la tumeur de la trachée, la malade devint tout à coup cyanosée ; tandis que Billroth se hâtait de dégager la trachée, il se produisit brusquement une coudure dans ce tube et la respiration cessa. On renversa la tête en bas, on étendit le cou : pas de signe de vie. Billroth termina alors rapidement la dénudation de la trachée, l'incisa et y insuffla de l'air par la canule à trachéotomie : la respiration se rétablit. Albert (n° 5) ne put faire cesser les accès de suffocation qu'en remettant la tumeur en place.

De ces quinze malades, quatre ont succombé. Chez l'un (n° 201), auquel on avait fait la trachéotomie, la cause de la mort n'est pas suffisamment déterminée : on dit seulement qu'il est mort de collapsus. Chez le second (Spence n° 17), la mort paraît due à une trachéosténose, suite d'un ramollissement. A l'autopsie, on trouva que les parois de la tra-



chée se touchaient presque; pas de trachéotomie. Le cas des deux autres opérés est complexe; pour les détails, voir la statistique nos 216 et 220.

*Après l'opération.* — La *toux* est fréquente pendant les premiers jours, soit qu'elle se développe à la suite du traumatisme et des complications de la plaie, soit qu'elle existât déjà avant l'intervention chirurgicale. En outre, il faut faire entrer en ligne de compte l'action irritante du chloroforme.

Quant à la *dyspnée*, il faut en distinguer plusieurs formes. Celle qui est due à la compression du tube aérien disparaît aussitôt après l'opération : le patient éprouve un soulagement immédiat. Celle qui résulte d'un catarrhe du larynx ou de la trachée, est rarement intense et se dissipe ordinairement au bout de quelques jours.

Le malade de Wegner eut pendant quelques jours de la toux, due à ce que le récurrent avait été pincé pendant l'opération.

La dyspnée qui accompagne les complications broncho-pulmonaires est plus grave; mais la percussion et l'auscultation renseigneront à cet égard; le diagnostic en est facile.

L'inflammation du tissu cellulaire du cou, le phlegmon, détermine également de la gêne respiratoire.

Mais il est une forme de dyspnée qui doit éveiller toute l'attention et je dirai même toutes les appréhensions du chirurgien : c'est celle qui se déclare en dehors de toutes complications bronchiques ou pulmonaires ou qui, si même une de ces dernières existe, acquiert une intensité que ne justifie pas la présence de celle-ci. Cette dyspnée est l'indice presque certain d'une infiltration ou d'une inflammation du

tissu cellulaire du médiastin. Elle est d'autant plus grave que l'auscultation et la percussion ne révèlent absolument rien et que même la plaie peut ne pas changer d'aspect. Cette complication sera traitée plus en détail au chapitre des *phlegmons*.

*Accidents broncho-pulmonaires.* — Je ne m'arrêterai pas à l'inflammation catarrhale du larynx et de la trachée. Elle est fréquente et existe très souvent déjà avant l'opération ; comme je l'ai dit plus haut, dans aucun cas elle n'a présenté de la gravité et elle se dissipe généralement au bout de quelques jours.

Les complications graves des bronches et des poumons ont été constatées vingt-six fois. Mais dans un cas (Péan, n° 19), il s'agissait d'une pleurésie double *ancienne* (v. plus bas), il en reste donc vingt-cinq, qui se décomposent comme il suit :

N° 4, pleuropneumonie métastatique, chez un homme probablement déjà atteint de pyohémie avant l'opération (mort.)

N° 71, pneumonie double chez un buveur atteint de *delirium tremens* (guéri.)

N° 15, pneumonie disséminée avec dégénérescence graisseuse du cœur, chez une malade où l'on suppose une intoxication iodoformique (mort.)

N°s 75 (guérison), et 206 (mort), pneumonie à la suite de la pénétration de sang dans les voies aériennes après la trachéotomie (*Schluckpneumonie*.)

Dans un troisième cas (n° 211), cet accident n'a pas eu de suites.

Huit cas de pneumonie simple, dont six guérisons.

Un cas (n° 59), de bronchite consécutive à un phlegmon



du cou (guéri). Un cas, n° 39, de bronchite capillaire (mort.)

N°s 10 (mort) et 218 (guéri) : affection pleuropulmonaire (avec tétanie);

N°s 83 (guéri) et 24 B (mort) : pleurésie; ce dernier avait un commencement de médiastinite.

N° 120 (mort) pneumonie lobulaire bilatérale, etc.

N° 216 (mort) affections pulmonaires multiples, aspiration de sang.

N° 224 (guéri) complications broncho-pulmonaires.

N° 117, pleurésie; mort d'une phlébite de la jugulaire interne.

Le dernier cas est unique. Il s'agit d'un pneumo-thorax, survenu à la suite de la perforation de la plèvre, au sommet du poumon gauche, pendant l'opération (Nussbaum, n° 197; mort.)

Il n'y a donc eu que douze décès; en outre, plusieurs de ces cas sont complexes et l'on ne peut pas attribuer la mort aux accidents broncho-pulmonaires seuls (par exemple, les cas de tétanie, de phlébite, celui de Riedel, etc.)

6° *Infiltration purulente et inflammation du tissu conjonctif du cou et des médiastins. (Phlegmons, médiastinites.) — Pyohémie, septicémie. — Erysipèle. — Phlébite. — Thrombose.*

Les complications inflammatoires phlegmoneuses et leurs conséquences étaient redoutées autrefois presque à l'égal des hémorragies, et le nombre des victimes qu'elles ont faites est infiniment plus grand.

L'analyse suivante de la statistique ne pourra pas donner une idée exacte du nombre réel de phlegmons et de médiastinites. Dans beaucoup de cas où la cause de la mort

n'est pas indiquée, on doit certainement la mettre sur le compte de la suppuration; en outre, chez une grande partie des malades qui ont été emportés par la pyohémie ou la septicémie, il doit y avoir eu des suppurations graves.

En ce qui concerne la *pyohémie* et la *septicémie*, je ne m'y arrêterai pas : elles ne présentent ici aucun caractère spécial.

Quant à la statistique qui les concerne, je renvoie aux *Conclusions*.

L'*érysipèle* est renseigné huit fois. Une fois (Albert, n° 6), il n'émanait pas directement de la plaie, mais de plaques de décubitus qui s'étaient formées à la nuque. Parmi les sept autres cas, il n'y a eu qu'un érysipèle grave de nature septique (n° 198). Une seule de ces malades a succombé, celle de Holmes, non à l'érysipèle, mais à une hémorragie.

La *phlébite* est signalée cinq fois. Il a déjà été question du plus intéressant de ces cas (Billroth, n° 66) : une ligature de la jugulaire interne fut suivie de thrombose de cette veine et de la sous-clavière (guérison.)

Le second patient (Emmert, n° 117), eut une thrombose de la jugulaire interne, dont la cause n'est pas expliquée (mort). Dans le troisième cas (Kocher, n° 157), la thrombose de la jugulaire interne fut la conséquence d'un phlegmon gangréneux du cou (mort). Le quatrième patient (Kraus, n° 169), succomba subitement le second jour. On ne put pas faire l'autopsie, on constata seulement que la jugulaire interne était entièrement remplie par un caillot.

L'opéré de Wood enfin (n° 30 C), présenta successivement une phlébite des deux saphènes internes. L'auteur ne donne aucune explication de ce phénomène, ni aucuns détails qui permettent d'en chercher une guérison.

Il existe un cas de *thrombose artérielle* (avec embolie) (Mosetig, n° 187). Le patient mourut subitement au bout de 42 heures, et à l'autopsie on trouva une thrombose de l'artère basilaire, des artères sylviennes et de l'une des branches de l'artère pulmonaire.

On doit admettre que la thrombose de cette dernière était le fait primordial et que celle des autres vaisseaux n'était que la suite d'une embolie.

Les *inflammations phlegmoneuses du cou* et celles des *médiastins*, bien que de même nature, doivent être traitées séparément, tant au point de vue de l'étiologie que de la marche clinique et du pronostic.

Le *phlegmon* trouve dans la grande quantité de tissu conjonctif du cou, un terrain complaisant. Autrefois très fréquent et d'une intensité redoutable, il est devenu très rare aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique et au drainage, et l'on peut même dire qu'il n'existerait plus du tout si ce mode de traitement était toujours appliqué dans toute sa rigueur. Aussi n'entends-je nullement analyser tous les cas de « suppuration abondante » qui se rencontrent dans la statistique, sans compter qu'il serait très difficile, dans beaucoup de cas, de la distinguer de la simple suppuration des plaies sujettes à la réunion par seconde intention. Je ne relèverai que les cas de phlegmons bien caractérisés.

Deux fois (n°s 90 et 174), le pus n'était pas encore collecté, mais existait à l'état d'infiltration dans le tissu connectif (infiltration purulente); quatre fois il y a eu phlegmon simple; une fois (Weinlechner), un phlegmon septique; trois fois (Billroth, n° 60; Kocher, n° 157; Sédillot, n° 31) il existait un phlegmon gangréneux, dont le second était remarquable par son étendue et sa marche rapide (phlegmon foudroyant,

phlegmon bronzé des Français). Cinq patients ont guéri, dont un (n° 60) atteint de phlegmon gangréneux.

Les cas de *médiastinite* sont au nombre de sept (n°s 38, 42, 210, A, 8, 12, 19 et 24, B); ils se sont tous terminés par la mort. Une fois (Péan, n° 20) les deux médiastins étaient envahis. Le malade de Rose (n° 210), mort subitement le lendemain de l'opération, ne présenta à l'autopsie qu'une infiltration séro-sanguine étendue : la suppuration n'avait pas eu le temps de s'établir. Rose applique à cette phase de la médiastinite la dénomination d'*œdème purulent aigu* (Pirogoff.)

Rose explique la formation de la médiastinite par un effet d'aspiration, conséquence inévitable, dit-il, du mécanisme forcé de la respiration dans les cas de trachéosténose (rétrécissement, ramollissement) persistant après l'opération. L'auteur a surtout bien pu observer ce phénomène chez le malade auquel il avait mis à nu la crosse de l'aorte (n° 213). La plaie fut traitée à ciel ouvert et badigeonnée de temps en temps d'huile phéniquée. « C'était très curieux, dit-il, de voir comment, au moment de l'inspiration, l'huile et le pus disparaissaient dans ce profond entonnoir et remontaient en gargouillant, mêlés de bulles d'air, au moment de l'expiration. » Aussi considère-t-il la médiastinite comme une complication très fréquente. « Tous les individus, dit-il, sur lesquels l'extirpation totale a été pratiquée à cause d'une forte dyspnée (je ne parle pas seulement de moi, mais aussi de Billroth) ont succombé à cette médiastinite. » Le seul moyen, selon lui, d'y échapper dans les cas indiqués, c'est de pratiquer la trachéotomie.

Péan considéra la médiastinite chez son malade (n° 20) comme une simple fusée purulente, puisqu'il l'attribua à ce

que le malade, malgré ses recommandations, était constamment resté assis. Lui-même cependant signale la gravité de la coexistence d'affections pulmonaires anciennes. Ne serait-ce pas là un argument en faveur de la thèse de Rose (médiastinite par aspiration), le « mécanisme forcé » dont il parle étant accru par l'obstacle que la présence de ces affections pulmonaires apporte aux mouvements respiratoires. D'un autre côté, comme le patient de Rose (n° 210) était également atteint de complications thoraciques anciennes, on peut admettre avec le chirurgien français que dans quelques cas la présence d'un processus inflammatoire ancien facilite le développement d'une phlegmasie aiguë, et que le siège de la plaie, lorsque la suppuration est abondante, est favorable à la production de fusées purulentes.

Bouilly (p. 69) décrit de la manière suivante les caractères du phlegmon du médiastin :

Son début est brusque et succède à une opération dans la région cervicale profonde. (Dans un autre cas, après l'extirpation d'une tumeur maligne qui avait envahi les ganglions profonds du cou, les premiers symptômes survinrent le soir même; la mort eut lieu au bout de deux jours; on trouva les lésions de la médiastinite). Symptômes principaux : élévation brusque de la température, douleur très intense siégeant derrière le sternum et exagérée par la respiration, une respiration presque exclusivement diaphragmatique; une dyspnée que l'auscultation n'explique pas, des battements de cœur sourds, un pouls inégal et mal frappé. La face est plombée, l'angoisse extrême, et la mort survient avec algidité, délire et abaissement de la température.

Aux phlegmons se rattache étroitement une autre complication, parce qu'elle peut dégénérer en phlegmon :



7° *L'infiltration séro-sanguine aiguë du tissu conjonctif du cou.* — Bégin rapporte que chez son malade, après la suture de la plaie et encore avant le pansement, une intumescence subite, à marche envahissante rapide, se déclara dans la région thyroïdienne. En très peu de temps elle s'étendit d'une région parotidienne à l'autre, du rebord de la mâchoire inférieure et du menton au contour sterno-claviculaire. Pas de crépitation ni de résonnance. Malgré les sangsues et la glace, le gonflement ne s'arrêta que vers la fin du second jour ; le malade fut menacé un instant de suffocation et de congestion vers la tête. Bégin considéra cet accident comme une congestion sanguine active du corps thyroïde, déterminée par l'excitation inséparable de l'opération.

Je crois, quant à moi, qu'il ne faut y voir qu'une infiltration séro-sanguine du tissu conjonctif, favorisée par l'occlusion de la plaie, et qu'il serait impossible que le corps thyroïde, sous l'influence d'une fluxion subite, puisse atteindre des proportions semblables. Au surplus, la marche ultérieure vient à l'appui de cette manière de voir. « De la sérosité sanguinolente s'écoula en assez grande quantité par la plaie, et la suppuration qui lui succéda fut abondante, prolongée. » Si c'eût été le corps thyroïde, nous aurions eu affaire à une thyroïdite dont il n'est pas question ici. Lücke (p. 12) dit qu'après des lésions du corps thyroïde il peut y avoir une infiltration sanguine considérable du tissu conjonctif du cou.

Le patient de Bégin se rétablit.

Chez le patient de Kocher (n° 157), il y eut d'abord une infiltration séro-sanguine, mais qui prit bientôt le caractère d'un phlegmon gangréneux (v. cette complication) et le patient succomba.

8° *Emphysème*. — Il a été noté trois fois. La première fois il fut remarqué le lendemain de l'opération chez un malade (Lücke, n° 181) dont on avait blessé la trachée pendant l'opération sans s'en apercevoir. L'emphysème fut modéré et le patient se rétablit.

Chez le second malade (Reverdin, n° 206), auquel on avait fait la trachéotomie pendant l'opération, on trouva de l'emphysème autour de la plaie enflammée.

Le patient mourut de pneumonie, produite par le sang aspiré pendant l'opération.

La troisième patiente présenta une forme d'emphysème plus rare. Rose (n° 214, guérie), constata chez elle des râles sonores synchrones à la systole et indépendants de la respiration. Il considère ce signe comme pathognomonique d'un emphysème du médiastin, dû à la rupture d'une alvéole pulmonaire.

9° *Mort subite*. — En dépouillant la statistique, nous trouvons cinq cas de mort subite.

La cause de la mort du patient de Klein (n° 154), est assez obscure. L'opérateur lui-même l'attribua à une congestion cérébrale, suite de la frayeur éprouvée par le patient. Günther la croit due à l'entrée de l'air dans les veines, sans toutefois que les détails du cas justifient suffisamment cette manière de voir. Quant à moi, je crois qu'il faut plutôt l'attribuer à une coudure ou une torsion de la trachée due à un ramollissement, condition pathologique qui n'était pas encore connue à l'époque de Klein ni de Günther.

Le second malade de Kraus succomba subitement le lendemain de l'opération. L'autopsie ne put avoir lieu, on constata seulement que la jugulaire interne était complètement remplie par un caillot.

Les deux cas de mort les plus intéressants, en ce qu'ils sont les représentants de toute une série de morts subites, sont ceux d'Albert (n° 3), et de Rose (n° 215) : il s'agit dans ces deux cas, du ramollissement de la trachée. L'opérée d'Albert expira subitement le lendemain, pendant qu'on la maintenait sur son séant pour lui donner à boire. Celle de Rose fut frappée de mort foudroyante à la fin de l'opération, au moment où on lui tournait la tête pour que les matières qu'elle rejetait par les vomissements ne vinssent pas en contact avec la plaie. Malgré la trachéotomie et la respiration artificielle continuée pendant deux heures, la malade ne revint pas un seul instant à elle.

Je crois qu'il faut attribuer la mort du patient de Spence (n° 19 C) à la même cause ; l'auteur la croit due à un œdème de la glotte, mais il fait remarquer lui-même qu'à l'opération on trouva la trachée si fort comprimée, qu'il crut que la trachéotomie serait nécessaire ; au surplus, l'œdème de la glotte n'arrive pas si brusquement.

J'ai déjà décrit, plus haut, l'anatomie pathologique du ramollissement trachéal et les désordres secondaires des organes de la respiration et de la circulation. Il ne me reste qu'à dire quelques mots du mécanisme par lequel la mort survient dans ces cas.

Aussi longtemps que le goître reste en place, il sert d'attelle au tube membraneux auquel la trachée est réduite ; celle-ci conserve son calibre et le patient peut n'éprouver que peu ou point de dyspnée. Il finit même par trouver presque instinctivement une position d'élection de la tête, la « dernière position » de Rose, pour respirer facilement. Mais cet état de choses peut changer :

1° Lorsque la compression du goître sur le point ramolli devient trop forte ;

2° Lorsque la position habituelle de la tête du patient est changée tout à coup (violence extérieure, syncope, narcose, etc.) ;

3° Lorsque par suite de l'extirpation du goître ou de son atrophie régressive due au traitement, le tube aérien est privé de son soutien.

C'est de ce dernier point dont nous avons à nous occuper. Lorsque ce cas se présente, il suffit d'un simple mouvement de la tête, d'une traction ou d'une pression sur la tumeur ou la trachée, pour qu'il se produise une coudure ou une torsion de cet organe au siège du ramollissement. Cette coudure, dit Rose, se fait toujours au même endroit, c'est-à-dire aux anneaux supérieurs, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde. Si alors on redresse instantanément la trachée ou qu'on pratique la trachéotomie, en employant les autres moyens auxiliaires, le malade peut revenir à lui à la condition que le cœur soit sain (obs. de Billroth, n° 75, Rose, n° 217, Hicguet, n° 2). Mais il en est autrement si les altérations secondaires, déjà décrites, existent ; alors tous les moyens échouent et la mort est foudroyante (v. l'obs. de Rose, n° 215.)

Le cas suivant, qui s'est passé tout récemment, mérite d'être rapporté brièvement. (*The Lancet*; 13 mai 1882.)

Un jeune garçon de neuf ans est admis à l'hôpital de Carlisle (Angleterre), le 1<sup>er</sup> février 1882. Il portait un goître s'étendant du cartilage cricoïde jusque derrière la poignée du sternum ; hauteur deux pouces, largeur trois ; tumeur dure, se mouvant avec la trachée. Respiration pénible, striduleuse ; cyanose. Début il y a trois ans. Le traitement iodé ayant échoué, le docteur Maclaren résolut de passer un séton. Pendant qu'on administre le chloroforme, la respi-



ration devient très laborieuse. Une tentative de faire la trachéotomie échoue à cause de la position de la tumeur. La respiration cesse; respiration artificielle pendant une demi-heure, introduction d'une sonde élastique dans la trachée; le patient ne revient pas à lui. Jusqu'au moment où la respiration artificielle commence, le pouls est resté bon; on n'en fait plus mention ensuite. A l'autopsie on trouva la lumière de la trachée réduite à une simple fente, la sténose étant produite par une protubérance de la tumeur; une pression très légère sur celle-ci suffisait pour oblitérer entièrement le canal; la muqueuse un peu gonflée. Le cœur était sain, la moitié droite remplie de sang liquide. Le rapport d'autopsie, qui est très incomplet, ne dit rien de l'état de la trachée, de sa configuration, etc., à part la sténose; mais comme une pression très légère suffisait pour la fermer complètement, il est probable qu'il s'agissait d'un ramollissement. Le goître était moitié solide et moitié kystique.

Rose décrit en détail quatre autres cas; dans deux, les patients étaient déjà endormis et l'on allait procéder à l'opération, lorsque la mort survint; dans les deux autres, ils succombèrent avant l'intervention chirurgicale. (V. Rose *a.*) Cet auteur recommande de faire toujours la trachéotomie préliminaire; toutefois, Billroth, Schönborn et Gussenbauer ont opéré plusieurs cas où, malgré la présence de la malacie, ils ne la pratiquèrent pas, et les malades guérèrent.

Rose insiste sur l'importance de ces faits pour la médecine légale et rapporte un cas à l'appui (p. 48).

10° *Troubles psychiques.* — Plusieurs auteurs signalent des perturbations mentales immédiatement ou peu de temps après l'extirpation du corps thyroïde. Nous en relevons



sept cas dans la statistique; dans un huitième cas (Mandt, n° 184), l'influence exercée par l'extirpation (partielle) du goître a été au contraire favorable. La patiente, qui était épileptique, n'eut plus un seul accès pendant toute la durée du traitement (du 5 février au 18 mai). L'observation relatée par Koenig (n° 15) n'est pas concluante touchant la cause des troubles mentaux. L'auteur la rapporte comme un cas douteux d'intoxication iodoformique.

Il nous reste donc sept cas de troubles mentaux bien caractérisés. Passons-les rapidement en revue.

Les deux patients de Borel (nos 79 et 82) eurent pendant plusieurs jours de la mélancolie, de la stupeur ou de l'agitation. La troisième (n° 83) eut une singulière hallucination. Elle se figurait être un chamois auquel un coup de feu avait emporté le dos, et ce n'est que lorsqu'on lui eut permis de toucher son dos que cette idée s'évanouit.

La patiente d'Albert (n° 3) fut saisie d'une espèce de manie aiguë à son réveil de l'anesthésie. Elle cria sans cesse qu'elle ne voulait pas vivre, qu'on la laisse mourir; en outre, grande jactance, cris et pleurs. Mort subite le lendemain. Comme la malade avait déjà antérieurement fait une tentative de suicide, il est très possible que l'ablation du corps thyroïde ne fût pour rien dans cet accès et qu'il s'agit plutôt d'un de ces cas de manie comme on en voit parfois survenir après l'administration du chloroforme, surtout chez un sujet prédisposé.

Le cas de Billroth (n° 70) est également douteux. Woelfler a interprété les symptômes observés comme résultant d'un trouble de la circulation cérébrale (hypérémie), dû à l'ablation du corps thyroïde; Weiss, au contraire, croit qu'il s'agit ici d'un cas de tétanie. Quoi qu'il en soit, il en

sera question à l'occasion de cette dernière affection.

Voyons les deux cas de Kocher (n° 165) et de Sick (n° 166). Chez la première malade, il se déclara environ sept à dix semaines après l'opération, un changement d'humeur marqué : d'enjouée et gaie, l'enfant devint maussade, pensive, ne travaillant que quand on l'y forçait. Le second malade, garçon de dix ans, qui avait eu avant l'opération toute la gaité de son âge, devint taciturne et eut de violentes épistaxis. Borel, Woelfler et Sick considèrent ces faits comme venant à l'appui de l'opinion émise par quelques auteurs que le corps thyroïde est un réservoir de sang et un régulateur de la circulation intracrânienne. (Dans tous les cas, sauf le premier de Borel, il s'agit d'une ablation totale de la glande.) On pourrait toutefois se demander comment il se fait, si tel était le rôle de la thyroïde, que, sur le petit nombre d'extirpations totales qui ont été faites, ces troubles ne se soient présentés qu'un si petit nombre de fois. On ne compte que, dans un de ces cas, on n'a enlevé qu'un lobe de la glande. J'ajouterai que Wittich, dans le nouveau *Handbuch der Physiologie*, publié sous la direction de Herrmann, n'a fait aucune allusion à cette hypothèse sur les fonctions du corps thyroïde : il se contente de dire que nous ne savons rien de tout sur la physiologie de cet organe.

11° *Pneumothorax*. — Il n'en existe qu'un cas : c'est celui de Nussbaum (n° 197). L'un des lobes du goître descendait jusqu'au sommet du poumon, auquel il était adhérent. Ce n'est qu'en le détachant que le sac pleural fut ouvert. Le malade mourut et ne tint succomba.

12° *Tétanie*. — Cette grave complication a été signalée chez des malades opérés par Albert, Billroth et Schoenlein. Ce sont les seuls cas où cette affection, qui est loin d'être

rare, a été observée comme conséquence du traumatisme dû à une opération chirurgicale ; habituellement elle constitue une complication de certaines affections internes. Weiss veut même attribuer à la thyroïdectomie, parmi les opérations chirurgicales, une sorte de privilège exclusif à cette complication, due, d'après lui, à la richesse de la glande thyroïde en fibres du grand sympathique.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de donner une description détaillée de la tétanie ; je renvoie pour cela à l'intéressant travail de N. Weiss, me contentant de rappeler ici les principaux caractères de cette complication, tels qu'ils se sont manifestés chez les sept malades en question. (Albert, obs. 9, Billroth, obs. 70, 76, 77 et 78, et Schoenborn, obs. 218 et 219.)

Mais d'abord je rappellerai que le premier cas de Billroth, décrit par Woelfler, n'a pas été considéré par celui-ci comme un cas de tétanie, mais comme un ensemble de symptômes, non classé comme unité morbide, dû à une hyperémie cérébrale. Weiss toutefois, dans son travail, l'a rangé parmi les cas de tétanie.

Les sept malades étaient des femmes. Les accès débutaient par de la douleur, des tiraillements, des fourmillements dans les membres supérieurs, suivis de spasmes cloniques, intermittents, très douloureux, de durée et d'intensité variables. Ces spasmes restaient limités aux membres supérieurs ou se propageaient ensuite aux membres inférieurs et même aux muscles du tronc, de la respiration, de la face, etc. Le sensorium n'était pas entrepris, sauf dans le deuxième cas de Weiss, où les accès acquièrent une intensité croissante jusqu'à la mort. Dans l'intervalle des accès, cessation complète des symptômes.

Chez la première patiente de Billroth, la maladie ne se déclara que le soir du sixième jour de l'opération, et il n'y eut que trois accès; chez les trois autres ils survinrent immédiatement après. Chez les opérées de Schœnborn, elle débuta respectivement le troisième et le cinquième jour. Dans ces cinq cas, les accès furent très nombreux.

Sur les sept patientes, trois succombèrent : la première (Albert, n° 9) mourut le trentième jour, atteinte de complications pleuropulmonaires; la deuxième (Billroth, n° 76), trois mois après l'opération, de bronchite suivie d'œdème pulmonaire; la troisième (Schoenborn, n° 219), vingt-quatre jours après l'opération, de pleuropneumonie double. Quant à la quatrième malade de Billroth, elle était encore en traitement lors de la publication du travail de Weiss.

La thérapeutique consiste en injections de morphine et en inhalations de chloroforme jusqu'à anesthésie.

(Dans la discussion qui suivit la lecture du travail de Weiss à la Société médicale de Vienne, séance du 6 février 1880 — (*Wiener Mediz. Blätter*, 1880, n° 7), Billroth dit, entre autres, qu'il attribuait l'explosion de la tétanie dans le second de ses cas à des troubles circulatoires, tandis que Rosenthal la considérait comme étant de nature réflexe, d'origine spinale. Ce dernier auteur conseille l'emploi de l'hydrothérapie qui lui a donné les meilleurs résultats).

Mais, outre les sept cas décrits ci-dessus, il en existe un huitième qu'on pourrait peut-être ranger dans la même catégorie : c'est celui de Green (C, obs. V). Ce cas remonte à une époque où l'on ne connaissait pas encore la tétanie comme entité morbide. L'auteur a simplement qualifié la maladie d'après le symptôme principal, c'est-à-dire les



spasmes des extrémités. Cette patiente a également succombé (1).

**13<sup>e</sup> Tétanos.** — Cette terrible complication n'a été signalée que dans un cas, qui malheureusement n'a pas pu trouver place dans ma statistique, parce que j'en ai eu connaissance trop tard. Il s'agit d'une patiente de Bryk (v. Bibliographie), âgée de 9 ans, qui portait son affection depuis 4 ans. Il y avait eu dans les derniers temps un accroissement rapide et des troubles de la respiration et de la déglutition. La tumeur avait la grosseur d'une orange et occupait le lobe gauche. Le traitement à l'iode ayant été sans résultat et les symptômes allant en s'aggravant, on pratiqua l'extirpation le 13 juin 1870. L'hémorragie fut assez forte, mais l'opération ne présenta aucun incident particulier. Un point à noter seulement, c'est que la tumeur était fortement bridée par le sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien qui avaient creusé sur sa face antérieure un sillon profond et qui durent être divisés. Les premiers jours, tout alla bien, mais le 18 juin il y eut un fort accès de fièvre, puis défervescence; le 24, dysphagie et léger trismus avec exacerbation fébrile, vives douleurs le long du sterno-cléïdo-mastoïdien, puis tétanos confirmé. Traitement : inhalations de chloroforme et chloral en lavement; morte le 13<sup>e</sup> jour après l'opération. A l'au-

(1) Au dernier congrès des chirurgiens à Berlin, Woelfler a dit que la tétanie s'était déclarée en tout chez dix opérées de Billroth, de 1877 à 1885; en défalquant les quatre cas analysés ci-dessus, il y a donc six nouvelles observations. Cette complication ne s'est manifestée que chez des femmes et après des thyroïdectomies totales.

De ces dix malades, deux succombèrent; une fois il y eut récurrence (c'est probablement celle de l'obs. n<sup>o</sup> 76). Dans les autres cas, il y eut guérison. Parmi les symptômes initiaux, Woelfler signale des spasmes des muscles animés par le nerf facial, et il croit que si l'on avait pratiqué des injections au chloral dès l'apparition de ce symptôme, on aurait pu couper la tétanie. Il ne peut fournir aucune explication sur les causes de cette névrose, mais il est disposé à la considérer comme une affection du grand sympathique. (*Note ajoutée pendant l'impression.*)



topsie on trouva, partant de la plaie de l'opération, une fusée purulente terminée par un clapier rempli d'un pus de mauvaise nature, dans lequel baignaient le rameau antérieur du troisième nerf cervical et le rameau externe du nerf accessoire de Willis, à l'endroit où ces deux nerfs s'anastomosent entre eux.

Il est évident que le tétanos était dû à l'irritation produite par le pus de mauvaise nature sur les nerfs en question ; mais ce mode de production est extrêmement rare et diffère beaucoup de ce que nous savons des conditions étiologiques ordinaires de cette grave complication. C'est surtout à ce point de vue qu'elle présente dans ce cas un intérêt tout spécial.

14° *Abcès et Fistules.* — Pour terminer ce qui a rapport aux complications, je dirai quelques mots des *abcès* qu'on pourrait appeler *secondaires*, parce qu'ils surviennent en dehors de toute inflammation phlegmoneuse et même après cicatrisation complète ; ils sont généralement dus à la présence de ligatures perdues.

Il peut arriver qu'une plaie complètement aseptique reste ouverte en un point et livre passage de temps à autre à des ligatures qui y ont été abandonnées. Le cas le plus remarquable de cette catégorie est celui de Lister a). Ce chirurgien avait employé six ligatures de chanvre convenablement désinfectées, parce qu'il ne possédait pas de catgut suffisamment solide pour supporter la traction nécessaire à l'occlusion parfaite des artères thyroïdiennes. La plaie se comporta comme une plaie aseptique typique pendant les huit premiers jours ; le 9<sup>e</sup> jour, elle commença à suppurer un peu ; au bout d'un mois, la première ligature fut éliminée ; cinq jours après, quatre autres. Il resta alors une fistule

par laquelle la dernière ligature ne fut expulsée que huit mois après l'opération.

Chez la malade de Baumgaertner (n° 19), la plaie se réunit par première intention, sauf en un point, par où, pendant trois mois, des ligatures (soie phéniquée) furent éliminées. Chez sa deuxième malade, la plaie fut complètement cicatrisée au bout de quatre semaines. Elle se rouvrit après huit semaines pour livrer passage à plusieurs anses de fil. Chez une malade de Billroth (n° 63), la plaie se rouvrit deux fois et il en sortit plusieurs ligatures.

D'autres fois, la plaie est réunie complètement par première intention (nos 23, 69, 79), et malgré cela, il se forme un abcès sans expulsion de ligatures; il est possible toutefois que celles-ci n'aient pas été remarquées. Chez la malade de Billroth (n° 77), les accès de tétanie cessèrent après l'ouverture d'un abcès secondaire.

Ces abcès peuvent présenter de grandes proportions et même donner lieu à des symptômes inquiétants (Borel, n° 75; Julliard, n° 145). Dans ce dernier cas, 25 onces de pus s'écoulèrent.

15° *Suites éloignées de la thyroïdectomie* (1). — Au dernier congrès de Berlin, M. le professeur Kocher a fait une communication des plus intéressantes au sujet des conséquences éloignées de l'ablation du corps thyroïde dégénéré, qui n'avaient été jusqu'à présent signalées par aucun autre auteur. (Le compte rendu officiel des travaux du congrès n'ayant pas encore été publié, je cite d'après le résumé donné par la *Prager medizinische Wochenschrift*, 1883, p. 143). Il dit que, dans une série d'extirpations

(1) Ce paragraphe a été ajouté pendant l'impression.



totales, il n'y a que peu de cas où il n'y ait pas eu, après l'opération, des troubles généraux. Ces troubles étaient d'autant plus prononcés qu'un plus long laps de temps s'était écoulé depuis l'opération. Ils consistaient en lassitude prononcée, en faiblesse, frilosité, lenteur des idées, des mouvements, et, par-dessus tout, en une anémie initiale progressive. Les opérés ont l'air de patients atteints de néphrite; ils présentent du gonflement des extrémités du tronc et de la face; bref, il se développe un état que Kocher désigne sous le nom de *cachexie goitreuse*. Lors de la mort, enfin, le patient a succombé au marasme, l'autopsie révèle aucune altération d'organes essentiels. Cet état ne se développe jamais, lorsqu'on a extirpé seulement une moitié du corps thyroïde ou qu'il y a récurrence. En outre, la cachexie survient que fort lentement, tandis qu'après l'extirpation totale de la rate, il se déclare de suite. L'examen du sang a fait constater une augmentation relative des corpuscules blancs du sang. Dans ces cas, on a trouvé la trachée extrêmement mince et atrophiée.

Kocher n'a cherché à donner aucune explication des phénomènes qu'il a observés.

Bardeleben et Woelfler ont déclaré que cet état morbide ne s'est développé chez aucun des opérés qu'ils ont observés; le premier croit que cette cachexie aurait pu se déclarer aussi sans l'extirpation et il la considère comme un symptôme du crétinisme. Un chien, auquel il avait enlevé la rate et le corps thyroïde, a continué à jouir pendant plusieurs années de la meilleure santé.

Kocher a répondu que les phénomènes observés par lui ont été constants, mais qu'ils n'apparaissent qu'au bout de plusieurs années, et que les préopinants n'ont



suivi leurs malades pendant un temps suffisamment long.

Si les observations de Kocher venaient à être confirmées par la suite, elles seraient de nature à modifier, non pas les indications de l'extirpation du goître, mais bien celles de l'ablation *totale*.

#### RÉSULTATS. — APPRÉCIATIONS. — CONCLUSIONS.

Je vais maintenant passer en revue les résultats fournis par la thyroïdectomie, tels qu'ils ressortent de la statistique. Mais avant de les envisager dans leur ensemble, il sera utile de comparer entre elles les différentes époques de l'histoire de cette opération, en prenant comme points de départ les dates auxquelles ont été publiées les statistiques antérieures.

Le premier travail de ce genre est celui de Günther. Il embrasse toutes les observations que l'auteur a pu recueillir jusqu'en 1861, c'est-à-dire 41 cas. Mais ce chiffre est incomplet : il y a un certain nombre d'observations qui n'y figurent pas ; d'autre part, j'ai compté comme deux opérations distinctes, les extirpations de la glande thyroïde totale pratiquées en deux fois. (Graefe, Dupuytren.) Enfin je n'ai pas compté le cas (Günther, n° 28), de Schmidt, de Paderborn, parce que je ne l'ai pas trouvé à la source bibliographique, indiquée par Günther. En l'arrêtant à l'année 1850, la statistique de ce dernier ne comprend donc que 37 observations, dont 23 guérisons, 12 morts (32,43 %) et deux cas dont le résultat n'est pas indiqué. Pour le même espace de temps, ma statistique comprend 54 cas : 35 succès, 17 insuccès (31,48 %) et deux résultats inconnus.

Le deuxième relevé est celui de Brierre, d'Yverdon. L'auteur a réuni, d'après *Schmidt's Jahrbücher*, 29 cas opérés

de 1785 à 1845, et en a ajouté 44 autres pour les années 1845 à 1870, ce qui donne un total de 73 cas : 50 succès et 23 insuccès (31,51 %). En défalquant les 5 cas de Süsskind de Middeldorpf, opérés (avec succès) par l'anse galvanocaustique, il reste 68 cas avec une mortalité de 23 (33,82 %).

En troisième lieu, nous avons la liste, dressée par B. Berger. Elle se base sur les recherches de Briere de Boissac et de 51 nouveaux cas, opérés de 1870 à 1875. Mais, comme elle ne diffère pas beaucoup de celle de Süsskind, publiée précédemment, je ne m'y arrêterai pas.

Le travail de Süsskind comprend : 1° la statistique de Günther jusqu'en 1850, soit 37 cas ; (mais c'est parce que l'auteur y relève 17 insuccès, nous avons vu qu'il n'en a que 12) ; 2° toutes les opérations faites de 1851 à 1876, soit 118 cas, avec une mortalité de 23 (19,40 %). Ces deux travaux et celui de Günther sont les seuls qui donnent des tableaux détaillés ; les deux autres ne donnent que les totaux globaux).

Toutefois, Süsskind a recueilli non seulement les statistiques de goîtres parenchymateux et kysto-parenchymateux extirpés au moyen du bistouri, les seules qui sont l'objet de ce travail, mais aussi celles relatives aux goîtres enlevés par l'anse galvanocaustique ou l'écraseur, ainsi qu'aux carcinomateux et kystiques. Ces cas, pour autant qu'il a été possible de les identifier, sont au nombre de 21, qu'en les déduisant du total de 118 auquel il est parvenu, il reste 37 cas, dont 16 décès (43,24 %). Ce chiffre ramené à 5 cas de Chelius (4 guéris, 1 mort) qui ne figurent pas dans ma statistique.

Pour la même période (1851-1876), ma statistique fournit les données suivantes : Total 133 cas, dont 10



sons, 27 décès (20,30 p. c.); trois résultats inconnus et deux opérations inachevées; en y ajoutant les cinq observations de Chelius, contenues dans les relevés de Süsskind, nous arrivons à 138 cas, dont 105 succès, 28 insuccès (20,29 p. c.), trois résultats inconnus et deux opérations inachevées. Il y a donc dans ma statistique 4,01 p. c. de décès de plus que dans celle de Süsskind. Il m'est impossible de trouver les causes de cette différence notable, attendu que les chiffres globaux qu'il donne, p. 16, embrassent 118 cas, tandis que les tableaux qui se trouvent à la fin de sa thèse n'en renseignent que 106 (y compris les carcinomes, les extirpations par l'anse galvanocautique, etc.); je n'ai donc pas pu contrôler la pureté de ses sources ni retrouver les erreurs de calcul qu'il a pu commettre. Il y a toutefois deux points que j'ai pu constater : 1° les relevés de Süsskind ne comprennent pas les opérations faites par Billroth, de 1871 à 1876 (elles n'ont été publiées qu'en 1879); or, elles renferment une forte proportion d'insuccès : 5 contre 8 guérisons; 2° il dit que les chirurgiens anglais n'ont eu que des cas heureux, tandis qu'en réalité ils comptent quatre revers.

Pour compléter ces données partielles, il me reste à ajouter la période de 1877 à 1882. Le nombre total d'opérations a été de 135, dont 115 succès et 20 échecs (14,81 p. c.).

Tous les chiffres renseignés ci-dessus ne se rapportent qu'à ma statistique, mais Woelfler, *c)* a publié l'an dernier, dans un résumé succinct, les résultats de la pratique de Billroth pendant les années 1877 à 1881. (Les thyroïdectomies faites par ce chirurgien de 1879 à 1881, n'ont pas encore été publiées.)

Ce travail contient l'analyse de 48 cas, présentant une mortalité de 8,30 p. c. (4 cas) seulement. De ce total, il faut

déduire : 1° les 16 cas, tous guéris, opérés de 1877 à 1882, qui figurent dans mes listes ; 2° les trois observations (nos 76, 77 et 78), dont la relation détaillée a été publiée par Weiss et reproduite par moi. Il reste donc 29 observations nouvelles avec 4 décès. Or, parmi ceux-ci, il y en a trois sur lesquels on a dû pratiquer la trachéotomie, de façon que sur 43 opérés non trachéotomisés (deux autres trachéotomisés ont survécu), il n'y a qu'un seul mort, soit 2,30 p. c.

Récapitulons.

Avant 1851 :

54 cas : 35 guérisons, 17 décès (31,48 p. c.), deux résultats inconnus.

De 1851 à 1876 :

133 cas : 101 guérisons, 27 décès (20,30 p. c.), trois résultats inconnus, deux opérations inachevées.

De 1877 à 1882 :

135 cas : 115 guérisons, 20 décès (14,81 p. c.)

Si nous ajoutons la dernière statistique de Billroth, avec les déductions indiquées ci-dessus (c'est-à-dire les 29 cas restants), nous trouverons les chiffres suivants :

De 1877 à 1882 :

164 cas : 140 guérisons, 24 décès (14,63 p. c.)

On voit que le nombre de décès a suivi une progression descendante des plus accentuées. Mais le progrès réalisé par la chirurgie moderne, dans les résultats fournis par l'excision du goître parenchymateux, est encore beaucoup plus frappant si l'on envisage ceux qui ont été obtenus par certains chirurgiens isolément. Nous verrons alors que cette opération donne une proportion de succès égale, sinon supérieure, à celle d'aucune autre grande opération.

J'ai déjà parlé plus haut de la statistique de Billroth



un seul décès sur 43 cas non trachéotomisés; de 1877 à 1879, il y a eu une série ininterrompue de 16 succès. Les nombreux échecs des premiers temps tenaient surtout à ce que ce chirurgien a opéré un certain nombre de cas d'une haute gravité, et que l'intervention chirurgicale a eu lieu presque *in extremis* (Brierre.)

Baumgaertner, sur 8 extirpations totales faites dans ces dernières années, a compté autant de guérisons. M. le docteur Credé, de Dresde, m'a écrit l'an dernier, qu'il a fait depuis quelques années 13 thyroïdectomies totales, qui toutes ont été heureuses.

Nussbaum a opéré, du mois de juin 1877 au mois de novembre 1879, douze cas, dont seulement deux ont succombé; il y a eu une série de 7 guérisons successives. Kocher a fait, de 1872 à 1878, dix excisions, dont un seul insuccès; Lücke, de 1865 à 1870, neuf opérations, dont une seule malheureuse; Bruns, de 1851 à 1876, vingt-trois extirpations avec 19 guérisons (il y a eu une série de 7 et une autre de 8); Gussenbauer: 10 opérations, 10 succès; Borel-Laurer: 9 opérations, 8 succès; Watson (malgré son manuel opératoire défectueux): 8 opérations, 7 guérisons; Bottini: 6 opérations, 5 guérisons, etc.

Mais nous ne pourrons arriver à une appréciation exacte de la valeur de la thyroïdectomie et de l'avenir qui lui est réservé qu'en examinant une à une les complications qui peuvent survenir à la suite de cette opération. Il s'agit notamment de rechercher si ces accidents sont des conséquences inévitables de l'acte chirurgical, ou bien si une observation exacte des préceptes de la chirurgie moderne ne parviendra pas à les écarter. A plusieurs reprises déjà, j'ai résolu cette question par l'affirmative, mais c'est ici le moment de l'examiner de plus près.

Rappelons d'abord que le nombre total d'opérations se décompose comme il suit :

	Total.	G.	M.	?	Inachevées.
Statistique. . . . .	322 =	250	64	5	2
Billroth (1879-1881).	29 =	25	4		
Chelius . . . . .	5 =	4	1		
Total. . . . .	356 =	279	69	5	2

soit une mortalité de 19,39 %. En ne prenant pour base que ma statistique seule, la proportion serait de 19,88 % (1).

Les causes de mort peuvent être rangées sous les rubriques suivantes :

Hémorragies		Pyohémie	Phlegmon	Complications broncho et pleuropulmonaires.	
primitives	secondaires.	Septicémie.	Médiastinite.		
7	4	10 + 1 ?	12		7
Mort subite.	Collapsus Épuisement.	Méningite.	Phlébite.	Thrombose artérielle.	Pneumo-thorax
4	7	1	2	1	1
Intoxication iodoformique.	Laryngectomie.	Convulsions. Spasmes.	Aspiration de sang.	Causes inconnues.	
1	1	2	1	7	

(1) Le chiffre de 322 comprend toutes les observations *publiées* jusqu'à la fin de l'année 1882. Je dois pourtant signaler quelques omissions dues à ce que les travaux où ces cas étaient relatés sont parvenus trop tard à ma connaissance pour que je pusse les introduire dans ma statistique ou parce que je n'ai pu me les procurer. Ce sont : 1° les deux cas de Bryk, dont l'un est reproduit en détail au chapitre des complications (*tétanos*); 2° celui de Cabot; 3° celui de Giommi; 4° deux des cas de Lister (sur cinq qu'il a opérés; v. CHEYNE).

Mais ce chiffre de 322 est loin de représenter le nombre total d'opérations *pratiquées*. Je dois me contenter de renvoyer, à ce sujet, à l'important travail de Kocher, *c)* dont il a déjà été question. Je dirai seulement que, grâce à des démarches personnelles, ce chirurgien a pu se procurer un nombre très considérable d'observations inédites; et il a pu arriver ainsi, pour la période de 1877 jusqu'au commencement de l'année 1882, au total respectable de 193 extirpations, dont 25 décès (11,92 p. c.). (*Note ajoutée pendant l'impression.*)



Voyons quelle est la valeur de chacune de ces complications dans la thyroïdectomie.

Toutes ces hémorragies, sauf une, datent d'une époque où cette opération était encore dans l'enfance, c'est-à-dire du siècle dernier et de la première moitié de ce siècle. Il n'y a que l'observation de Holmes qui date de l'année 1870 environ; les deux cas rapportés par Wood, en 1862 (nos 2 et 3, D) ont été opérés lorsque ce dernier était encore étudiant, donc avant 1850. Or, d'après ce qui a été dit de la technique actuelle de l'hémostase, cet accident n'est pour ainsi dire plus à craindre aujourd'hui.

La pyohémie et la septicémie (10 cas, plus un cas douteux, Borel, n° 84) doivent être placées, sous le rapport de la prophylaxie, sur le même rang que le phlegmon et la médiastinite (12 cas). Ces deux catégories de complications sont même presque inséparables, attendu que l'une entraîne très souvent l'autre et qu'on peut alors ranger indifféremment le décès sous l'une ou l'autre de ces rubriques. Presque toutes ces observations datent des temps préantiseptiques ou se rapportent à des opérations qui n'ont pas été pratiquées avec les précautions antiseptiques. Plusieurs fois, il est vrai, ce mode de pansement a été employé, sans parvenir à détourner de graves complications; mais nous savons qu'un certain, je dirai même, un assez grand nombre de chirurgiens ont des mésaventures malgré l'emploi de cette méthode qu'ils ne connaissent et n'appliquent que d'une façon très imparfaite. Ensuite, il a été établi, par P. Bruns et d'autres expérimentateurs, que les pièces à pansement contiennent souvent seulement une très faible fraction de la quantité d'antiseptique qui devrait s'y trouver. Billroth, c) nous dit lui-même (p. 26 et suivantes) que ce n'est que



d'une manière incomplète, et comme à regret, qu'il commença, en 1875, à essayer le pansement de Lister; c'est seulement à partir de la fin de l'année 1877 et du commencement de l'année 1878 qu'il adopta la méthode dans son ensemble, en la modifiant plus ou moins dans les détails. Aussi n'est-ce qu'à dater de ce moment qu'il a obtenu, même dans les cas les plus graves, les beaux résultats qu'il a été question plus haut.

Les complications broncho et pleuropulmonaires ont donné 7 décès; une fois (J. Reverdin, n° 206) l'issue a été due à l'entrée de sang dans la trachée; chez le malade de King (n° 9 C) on a dû également pratiquer la trachéotomie. Dans cette rubrique figurent encore plusieurs cas (n° 216; Riedel, n° 220; Schoenborn, n° 219), où la complication était d'un ordre différent et difficile à classer, où l'affection thoracique finit par former le symptôme dominant.

Quatre patients ont été frappés de mort subite; d'entre eux (Rose, n° 215) était atteint d'un ramollissement de la trachée; mais c'était à une époque où cet état pathologique n'avait pas encore été étudié; un autre (n° 3) se trouvait, suivant moi, dans le même cas; il est probable que la trachéotomie et, à plus forte raison, l'extirpation pratiquée à temps, les eût sauvés. La trachée opérée avait subi la trachéotomie, mais une assez grande quantité de sang s'était écoulée dans la trachée et, elle était atteinte d'affections thoraciques chroniques. Au patient de Klein (n° 154), je renvoie à ce que j'en ai dit au paragraphe intitulé : *Mort subite*. (V. aux *Complications*.)

Les cas de mort, renseignés comme étant le résultat d'un collapsus, de l'épuisement, sont au nombre de

terme est fort élastique et l'on peut faire rentrer dans cette catégorie un assez grand nombre de variétés. Deux de ces opérés (Billroth, n° 48, et Roux, n° 23) ont succombé simplement à l'épuisement produit par l'hémorragie pendant l'opération; chez trois autres, on signale une très forte compression, un véritable aplatissement de la trachée (Billroth, n° 45, Spence, nos 17 et 19); il est donc probable que c'est à cette cause que la mort est due, d'autant plus que l'autopsie n'a rien révélé qui pût l'expliquer. Chez l'opéré de Billroth il y avait, il est vrai, dysphagie absolue, mais cela ne suffirait pas pour amener la mort au bout de 48 heures. La patiente de Desault a succombé à un collapsus qui a succédé à un « état de spasme »; il s'agit ici probablement d'un de ces cas d'accidents nerveux si fréquents avant l'introduction des anesthésiques. Le 7<sup>e</sup> malade (Nussbaum, n° 201) avait subi la ligature de la carotide commune.

Un malade de Billroth (n° 59) a succombé aux suites d'une autre opération (extirpation du larynx). Dans un cas, l'issue fatale est attribuée à une intoxication par l'iodoforme (n° 15). Deux opérées sont mortes de convulsions. J'ai cru pouvoir ranger l'un de ces cas (Green, n° 5, C) sous la rubrique *tétanie* (v. aux *Complications*); quant au second, (Dupuytren, n° 13), je le classerai parmi les exemples d'accidents nerveux graves dont je viens de parler à propos de la patiente de Desault. L'opéré de Watson (n° 29) est décédé à la suite de l'aspiration d'une grande quantité de sang, le jour même de l'opération; si l'on tient compte du procédé opératoire de Watson, on peut dire que c'est à lui directement qu'on peut imputer ce résultat funeste. Je ne sache pas qu'aucun autre chirurgien opère d'après ce procédé. Il reste ensuite encore cinq cas de mort provenant de causes

diverses et sept dont la cause n'a pas été renseignée.

Quelles sont maintenant, dans cette série assez longue, les causes de léthalité, celles que l'emploi des anesthésiques, la technique opératoire et l'hygiène actuelle des plaies autorisent à rayer en quelque sorte du cadre? Et quelles sont celles qu'il est impossible de prévoir ou d'éviter d'une manière certaine et qui peuvent se rencontrer à l'issue de toute grande opération ou qui sont propres à la région que nous occupons?

Je crois me renfermer strictement dans le cadre indiqué en éliminant de la liste de mortalité les cas suivants :

Hémorragies (à l'exception du cas de Holmes.) . . . . .	
Pyohémie et septicémie (d <sup>rs</sup> . d <sup>rs</sup> . Borel, n° 84). . . . .	
Phlegmon et médiastinite. . . . .	
Convulsions (Dupuytren, n° 13). . . . .	
Collapsus (Billroth, n° 48; Desault, n° 11; Roux, n° 2). . . . .	
Aspiration de sang (Watson, n° 29). . . . .	
Laryngectomie. . . . .	
Total. . . . .	

ce qui laisserait 31 cas malheureux à rapporter aux causes inévitables définies ci-dessus, soit 8,71 %.

Mais nous pourrions aller plus loin. Je n'ai compté que des cas de mort dus au ramollissement ou à la sténose de la trachée et où la trachéotomie eût pu sauver la vie du malade (v. plus haut : *Mort subite*. Albert, n° 3, et Rose, n° 1). Collapsus : Spence, n°s 17 et 19, et Billroth, n° 45). En retranchant ces cinq cas, il resterait 26 succès, soit 7,30 %.

(1) Cette proportion, à laquelle je suis arrivé par voie indirecte, quelque sorte par exclusion, est presque la même que celle indiquée par Woelfler, *op. cit.*, pour les 68 opérations de Billroth, de 1877 à 1887, c'est-à-dire 7 %. Kocher, *op. cit.*, va beaucoup plus loin. Il dit qu'actuellement la mortalité n'est plus que de cinq pour cent, et il prétend que c'est grâce à la trachéotomie.

Quelque faible que paraisse cette proportion, elle ne doit pas nous surprendre si nous nous rappelons les belles séries de succès ininterrompus remportés par plusieurs chirurgiens.

On peut donc affirmer que l'excision du goître parenchymateux a pris désormais rang dans la thérapeutique chirurgicale et qu'elle sera bientôt pratiquée au même titre que l'extirpation de toute autre espèce de tumeur.

Je terminerai ce travail par la relation de trois observations inédites que MM. les docteurs Koch, assistant à la clinique chirurgicale d'Erlangen (Bavière), et Kraus, Comitats-Physikus, à Schaessburg (Transylvanie), ont eu l'obligeance de me communiquer. Je leur réitère ici mes sincères remerciements. Deux de ces cas présentent un intérêt particulier.

Le premier, communiqué par M. le docteur Koch, est une thyroïdectomie pratiquée par M. le professeur Heineke.

(Traduction). — Le cas que j'ai mentionné au Congrès des naturalistes de Salzbourg, à l'occasion de la discussion sur la thyroïdectomie, s'est présenté à notre clinique et se distinguait par le fait, qu'après l'ablation du goître, des spasmes cloniques dont le sterno-cléïdo-mastoïdien et le trapèze étaient atteints, vinrent à cesser.

Il s'agissait d'une femme âgée de 45 ans, un peu faible d'esprit. A son entrée à l'hôpital, elle déclara que, depuis environ trois ans, il s'était peu à peu développé une tumeur au côté droit du cou. Six semaines avant son admission, on lui avait serré le cou avec beaucoup de violence, et c'est à

résultat plus favorable encore pour le moment où l'on possédera mieux la technique opératoire et surtout où l'on tiendra suffisamment compte des conditions anatomiques de la région où l'on opère. (Note ajoutée pendant l'impression.)



partir de ce moment que la tumeur aurait augmenté plus rapidement de volume et que les spasmes en question se seraient déclarés. On trouva au côté droit du cou une tumeur qui avait à peu près le volume d'un œuf de poule, dépendant du lobe droit du corps thyroïde, et qu'on pouvait facilement isoler des parties voisines. Elle était fortement adhérente à la trachée, qui était un peu déviée à gauche. Son grand axe s'étendait dans la direction du sterno-cléïdo-mastoïdien, sous lequel elle remontait. A chaque inspiration, on entendait un bruit très prononcé, comme si la patiente était haletante. Très fréquemment, souvent à des intervalles de quelques minutes, on voyait survenir des spasmes cloniques très énergiques du muscle trapèze et du sterno-cléïdo-mastoïdien du côté droit. Au cœur, on entendait un bruit vague. Après une observation assez longue, on finit par admettre comme fort vraisemblable que ces spasmes, dus au nerf accessoire de Willis, étaient occasionnés par le goître et l'on décida de pratiquer l'extirpation. On fit une incision le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien. Afin d'éviter une hémorragie des veines, qui étaient assez nombreuses, on divisa, au moyen d'une aiguille de Deschamps, les adhérences de la capsule fibreuse avec le tissu ambiant en petits faisceaux qu'on sectionna ensuite entre deux ligatures. Grâce à cela, il n'y eut presque pas d'hémorragie. La plaie fut lavée avec une solution de chlorure de zinc et recouverte de pièces à pansement imbibées de cette solution. La guérison se fit sans incidents; fièvre modérée (jusqu'à 39,5) dans les premiers jours; bientôt la température devint normale. Après trois semaines la patiente quitta l'hôpital, n'ayant plus qu'une petite plaie bourgeonnante. Les spasmes des muscles innervés par l'accessoire de Wil-



lis ne sont plus revenus depuis l'opération, et la respiration est devenue beaucoup plus libre. Le bruit au cœur persiste. La tumeur était un goître gélatineux. (La lettre est datée du 18 décembre 1881).

Les deux autres observations m'ont été communiquées par M. le docteur Kraus. — (*Traduction*). — Le premier cas est celui d'un sieur Szekler, âgé de 42 à 45 ans. Le goître avait mis un grand nombre d'années à se développer, mais s'était accru plus rapidement dans ces derniers temps et déterminait des troubles notables de la respiration. C'est pour ce motif que le patient se laissa opérer. Pour des raisons faciles à comprendre, celle-ci eut lieu sans anesthésie. Bien qu'assez mobile, la tumeur, qui était énorme, me donna beaucoup d'embarras vers la fin de l'opération, parce qu'à gauche il fallut isoler la carotide, la jugulaire et le pneumo-gastrique qui y étaient enclavés, tandis que en arrière les adhérences avec la trachée étaient si fortes et si épaisses que je dus enlever le segment antérieur de quelques anneaux cartilagineux jusqu'à la muqueuse. D'une manière générale, je suivis la méthode par la voie mousse, isolant les brides fibreuses et les sectionnant avec des ciseaux après y avoir placé deux ligatures. Grâce à cela, l'hémorragie fut maintenue dans des limites fort modérées — il n'y eut que les énormes plexus veineux qui saignèrent plus ou moins — bien que, d'autre part, l'opération se prolongeât beaucoup pour cette cause (3 1/2 heures). Environ 150 à 160 ligatures furent appliquées, les fils furent amenés à l'extérieur par l'angle inférieur de la plaie et celle-ci fut pansée simplement avec une solution d'acide phénique dans de l'huile d'olives (3 %) et de l'ouate.



Au cours de l'opération il n'y eut qu'un incident désagréable: en dégageant un prolongement, d'une longueur de 0,05, à la présence duquel je ne m'attendais pas et qui se plongeait derrière le sternum, la trachée fut comprimée.

Le pansement fut renouvelé deux fois par jour; chaque fois la plaie fut irriguée avec une solution d'acide phénique de 1 %; la guérison avança rapidement, sans accident. Toutes les ligatures furent éliminées du onzième au quatorzième jour, et le patient, qui avait été opéré le 12 juillet 1874, quitta l'hôpital au bout de quatre semaines n'ayant plus qu'une plaie bourgeonnante de la largeur d'un doigt. Trois semaines après la cicatrisation était complète. L'opéré vit toujours et n'est nullement gêné par l'adhérence de la cicatrice à la trachée.

La seconde opération fut faite au mois d'octobre de la même année chez Csango-Szekler, âgé de 21 ans, qui avait été encouragé par le succès de la première opération. Il souffrait d'une dyspnée intense et réclamait l'opération malgré les objections que je lui fis. Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur extrêmement ferme, très peu proéminente, s'étendant fort loin symétriquement de chaque côté, à la fois adhérente et presque pas mobile; il était à prévoir que l'extirpation présenterait des difficultés exceptionnelles. Heureusement mes prévisions ne se réalisèrent que très partiellement. L'isolement de la jugulaire interne et de la carotide du côté gauche, qui étaient embrassées par la tumeur, ainsi que la séparation de celle-ci d'avec l'œsophage et la trachée, durèrent cinq quarts d'heure et fatiguèrent très vite ma main et la patience du malade, que j'accédai au désir formel de ce dernier de terminer rapidement l'opération. Je me contentai donc d'enlever le lobe gauche, qui



le plus volumineux, je sectionnai le pont qui l'unissait au lobe droit et m'en tins là. L'hémorragie parenchymateuse fut modérée et aisément arrêtée au moyen d'eau glacée; je n'eus besoin que de 10 à 12 ligatures. Le patient se sentit grandement soulagé et se montra très satisfait du résultat obtenu. Le traitement consécutif fut le même que dans le premier cas. L'état du patient ne laissa rien à désirer. Le second jour, à cinq heures du matin, il s'éveilla, parla fort gaîment aux personnes chez qui il était en pension, but un verre d'eau et tout le monde se rendormit. Lorsque les gens de la maison se levèrent vers six heures, ils trouvèrent l'opéré étendu mort dans son lit. La famille ne voulant pas me permettre de pratiquer l'autopsie, je ne pus qu'examiner la plaie; je sentis la jugulaire interne complètement remplie par un caillot assez ferme. La mort était donc probablement due à une coagulation du sang à la suite de phlébite.

Dans le premier cas la tumeur extirpée formait une masse du poids de deux kilogrammes et renfermait plusieurs kystes du volume d'un œuf d'oie; en certains endroits elle était tout à fait cartilagineuse (enchondrôme); dans le second cas la tumeur était formée par un tissu excessivement dense, fibreux, sans kystes.

---



## Bibliographie (1).

- ALBERT. a) Beiträge zur operat. Chir. — *Wiener medizinische Presse*, 1877, n° 8. — (*Centralblatt für Chirurgie*, 1877; pages 276 et 674.)  
 b) Exstirpation einer Struma und Heilung per primam intentionem. — *Ibid.*, 1879, n° 21. — (*Ibid.*, 1879, p. 486.)  
 c) Weitere Totalexstirpationen der Schilddrüse. — *Ibid.*, 1880, n° 1.  
 d) Zur Kasuistik der Kropfexstirpationen. — *Wiener med. Presse*, 1882, nos 3, 6 et 10.
- ALBERTINI. Esportazione di gozzo. — *Gazz. degli Ospitali*. Milano. *Morgagni*, 1880, p. 536.)
- BAIARDI. Asportazione totale di voluminoso gozzo iperplastico. — *Gazz. degli Ospitali*, 1878, n° 11. — (*Centralbl. f. Chir.*, 1878, p. 422.) — (cas que Bottini a).
- BARDELEBEN. — Ueber Kropfexstirpation. — XII<sup>e</sup> congrès de la Société allemande de chirurgie, 4 avril 1883.
- BARKER. Un cas mentionné dans : A simple operation for varicose veins. — *The Lancet*, 1882, t. II, p. 521, et communication verbale.
- BAUMGAERTNER. Ueber Kropfexstirpationen. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1882, n° 43.
- BEACH. *Boston medical and surgical journal*, 25 juin 1874. (Opération faite au Massachusetts general hospital.)
- BÉGIN. Extirp. du corps thy. pédiculé; guérison. — *Bull. Acad. de médecine*, Paris, 1850, t. XV, p. 1111.
- BERG. Fall af Struma colloidæ; Exstirpation; Helsa. — *Hygiea*. Stockholm, 1881, t. XLIII, p. 533. — (*Index medicus*, 1881, p. 563.)
- BERNSTEIN. Pract. Handbuch f. Wundaerzte (5<sup>e</sup> éd.). Leipzig, 1881, p. 752.
- BEX. Revue de Hayem; t. XIV, p. 727; 1879.
- BILLROTH. a) Chirurg. Klinik; 1860-1867; *Berlin*, 1869, pag. 169, suiv.  
 b) Chirurg. Klinik; 1868; *Berlin*, 1870, p. 58.  
 c) Chir. Klinik; 1860-1876; *Berlin*, 1879, pages 185 et 207.
- BLACKMAN. Pendulous pedunculated bronchocele successfully removed. — *American journal of the med. sciences*; janvier. 1870, p. 93. — *Archiv für klin. u. exp. Med.*, 1871; t. II, p. 370. *Süskind. Tabl.* IX.)
- BOECKEL (J.). Thyroïdectomie pour un goître suffocant; guérison par première intention. — *Mémoires Soc. méd. Strasbourg*, 1879-1880, t. XVII, p. 121. — (*Index medicus*, 1881, p. 268.)
- BOREL-LAURER. a) Sur l'extirpation d'un goître plongeant; guérison. — *Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte*, 1878, n° 18. — (*Centralblatt f. Chir.*, 1879, n° 37.)  
 b) Zur Statistik der Kropfexstirpation seit 1877. — *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1882, n° 13, p. 417.)

(1) Les titres entre parenthèses sont ceux des publications où j'ai pu trouver des extraits ou des analyses des ouvrages dont les originaux n'étaient pas à ma disposition. Dans tous les autres cas, j'ai eu sous les yeux l'original.

L'indication bibliographique, qui se trouve à la fin de chaque observation, se rapporte à la Bibliographie. (Dr P. Liebrecht.)



- BOTTINI. a) Estirpazione totale di gozzo parenchimatoso. Guarigione. — *Giornale della R. Accad. medic.-chirurg. di Torino*; 30 avril 1878.  
 b) Altro caso di estirpazione completa di gozzo parenchimatoso. Guarigione. — *Ibid.*, 30 août 1878.  
 c) Sulla metodica estirpazione del gozzo. — *Giorn. intern. delle sc. med. Napoli*, 1881, p. 139. — (*Index medicus*, 1881, p. 268.)
- BOUILLY. Ablation d'un goître hypertrophique simple. — *Bull. Soc. chir., de Paris*; Séance du 23 novembre 1881. — (*Revue de chirurgie*, 1882, p. 68, n° de janvier.)
- BOURSIER. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. (Thèse prés. au concours pour l'agrégation. *Paris*, 1880.)
- BRAUN. Exstirpation einer Struma accessoria posterior. — *Czerny's Beitrage zur operativen Chirurgie*, 1878, p. 52. — (*Madelung*, p. 89.)
- BRIÈRE (d'Yverdon). Du traitement chirurgical des goîtres parenchymateux et en particulier de leur extirpation. — Thèse de Berne. Lausanne, 1871.
- BROCHIN. Deux cas d'ablation de tumeurs thyroïdiennes. — *Gaz. des hôpitaux*, 1880, n° 25.
- BRUBERGER. Ueber die Exstirpation des Kropfes nebst einem geheilten Falle von Totalexstirpation. — *Deutsche militaerärztliche Zeitschrift*. Berlin, 1876; Heft 8 u. 9.
- BRUN. Dissertation sur le goître. Thèse. *Paris*, 1815.
- BRUNS. Deutsche Klinik, 1859, p. 145.
- BRYK, (de Cracovie). a) Partieller Faserkropf des rechten Hornes der Schilddrüse. Exstirpation. Genesung. — *Archiv für Klinische Chirurgie*, t. XVII, p. 572, 1874.  
 b) Struma hyperplastica follicularis des hinteren (sic!) Lappens; erfolglose Jodbehandlung; Zunahme der Athemnoth mit Erstickungsanfällen. Exstirpation der Geschwulst, Tetanus, Tod. — *Ibid.*, p. 574.
- CABARRET. Extirpation d'un goître; guérison. — *Bull. Acad. méd. Paris*, 1849-50, t. XV, p. 1132. — *Michel*, p. 701.
- CABOT. Extirpation d'un goître. — *Union médicale*. 1851. — (BOURSIER, *bibliogr.*)
- CHAVASSE. Excision of a large bronchocele. — *Lancet*, 8 décembre 1877.
- CHELIUS. Jahresber. der Gesellsch. f. Naturkunde, etc., in *Dresden*; octobre 1873 et mai 1874.
- CHEYNE, (Watson.) *Antiseptic Surgery*. Londres, 1882, pages 374 et 383-384.
- CZERNY. Exstirpation eines retro-oesophagealen Kropfes. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1877, p. 433.
- DEUTSCH. Ueber die Exstirp. von Strumen nebst einem Falle von vollkommener Heilung durch Totalexstirpation. — Inaug. Dissert. *Berlin*, 1879.
- DIONIS. Cours d'opérations de chirurgie. *Paris*, 1740. 4<sup>e</sup> édition, p. 639.
- DIONISIO. Extirpation of goitre; cure. — *Osservatore, Gazz. delle Cliniche di Torino*; n° 28, 1879. — (*The Lancet*, 1879, II, p. 482.)
- DURHAM. Extirpation d'un bronchocèle. — *Guy's Hospital Gazette*, 31 mai 1873. — (*British medical journal*, 15 et 22 mars 1873.)
- ELIAS. Ueber Kropfextirpation. — *Bresl. Aerztl. Zeitschrift*, 1881; t. III, p. 224. — (*Index medicus*, 1881, p. 563.)
- FABRICIUS HILDANUS. Wund-Artzney. *Francfort*, 1652; 3<sup>e</sup> cent. obs. 35.



- FALKSON. Zwei Faelle von Tetanie nach Kropfexstirpation. — *Berl. klinisch. Wochenschrift*, 1881, n° 12.
- FENWICK. *Canada medical and surgical journal*; novembre 1872. — (*American Journal of the med. sciences*; 1873, p. 280.)
- FODERÉ. Traité du goître et du crétinisme. *Paris*, an VIII.
- FREYTAG (Zurich). *Epistola de glandulae thyreoideae partim osseae, partim meliceridis formam referentis exstirpatione*. Lipsiae, 1778 (LANGENBECK, t. V. 304. note).
- GAY. *Boston med. and surgical journal*; 22 juin 1876. (*Virchow's Jahresber.*; 1877, II, 421.)
- GIBB (Duncan). Division of the isthmus to relieve dyspnoea in certain cases of bronchocele. — *Lancet*, 1875; janvier 23.
- GIOMMI. Estirpazione totale di gozzo follicolare-colloide prima curato colle iniezioni parenchimatose di iodio. — *Il Raccoglitore medico*; 10 janvier 1881. — (*Virchow's Jahresbericht*, 1882, II, 393.)
- GIRAUD. *Journal de chirurgie de Desault*. Paris, 1792, t. III. n° 1.
- GOESCHEL. Ueber eine Kropfexstirpation. — *Bayer. Aerztl. Int.-Bl.*; n° 17, 1881. — (*Virchow's Jahresbericht*, 1882, t. II, p. 393.)
- GOOCH. *Cases in Surgery*, appendix, p. 134. (*Dict. des sc. méd.*, t. XVIII, p. 555.)
- GREEN (St-Thomas' Hospital, Londres). Removal of the right Lobe of the thyroid gland. — *The Lancet*, 1829, p. 351.
- GREENE (Warren). a) Successful removal of a large bronchocele. — *New-York medical Record*; décembre 1866, n° 19. — (MICHEL, p. 702.)  
b) Three cases of bronchocele successfully removed. — *American journal of the med. sc.*, janvier 1871.
- GÜNTHER. *Lehre von den blut. Operat. am menschl. Körper*. Leipzig u. Heidelberg, 1859-65, t. V, p. 370 et suiv.
- HAMILTON. Extirpation du corps thyroïde. — *Dublin quarterly journal*, 1865; t. XL, p. 315.
- HEDENUS (père). Ausrottung der Schilddrüse. — *Journal f. Chirurgie, von Graefe und Walther*, 1821; t. II, p. 237.)
- HEDENUS (fils.). *Tractatus de glandula thyreoidea*. Lipsiae, 1822.
- HEISTER. *Institutiones chirurgicae*. Amsterdam, 1749; t. II, p. 681.
- HERRMANN. Ueber einen Fall von totaler Exstirpation des Kropfes. — *Inaug. Diss.* Berlin, 1881.
- HITCHCOCK (Miss). Tumour of thyroid body; removal. — *Brit. med. journal*, 12 février 1881.
- HODDER (of Toronto). *Canada Lancet*, déc. 1872. (*American journal of the med. sc.*; janv. 1873, p. 281.)
- HOFMOKL a) Zur Pathol. und Ther. d. Kropfgeschwülste. — *Wien. med. Presse*, nos 2, 3 et 4, 1869. — (*Virchow's Jahresber.* pr 1869, p. 441.)  
b) Chirurgische Mittheilungen. *Wiener med. Presse*, 1882, n° 4.
- HOLMES. A case in which a large bronchocele was removed with fatal result. — *American journal of the med. sc.*; janv., 1873, p. 17.
- HOPMANN. Exstirpation einer Struma. — *Deutsche Zeitsch. für Chirurgie*, t. II. déc., 1872.
- HUTIN. *Bull. Acad. méd. de Paris*; t. XV, 1850, p. 1121 et 1133.

- KAPPELER. Chirurgische Beobachtungen aus dem Thurg. Kantonspital Münsterlingen, 1865-1870. *Frauenfeld*, 1874, p. 101 et suiv.
- KAUFMANN. Die Struma retro-pharyngo-œsophagea. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, t. XVIII, p. 285, 1883.
- KECK. Ueber Strumabronchotomien. — Dissertation *Zurich*, 1880.
- KING, Kelburne (de Hull). Cases of Bronchocele of the isthmus of the thyroid body. — *Brit. med. journal*; 8 juillet 1865.
- KLEIN. In *Graefe und Wather's journal f. Chir.* 1820; t. I, p. 120.
- KOCHER. a) Zur Pathol. und Therapie des Kropfes. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*; t. IV, livr. 5 et 6, 1874, et t. X, livr. 3 et 4, 1878.  
 b) Exstirpation einer Struma retroœsophagealis. — *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1878; n° 23. (*Centralbl. f. Chir.*, 1879; n° 38.)  
 c) Die Indicationen zur Kropfexstirpation beim gegenwaertigen Stande der Antisepsis. — *Ibid.* 1882, n° 8 et 9.  
 d) Ueber Kropfexstirpation und ihre Folgen. — Lecture faite au XII<sup>e</sup> congrès de la Société allemande de chirurgie, le 4 avril 1883.
- KOEHLER. Statistischer Bericht ueber die chirurg. Klinik des Herrn geheimrath Bardeleben pro 1879. — *Charité-Annalen*, t. VI, p. 443. — (*Virchow's Jahresbericht*, 1882, t. II, p. 266.)
- KOENIG. Un cas rapporté dans un article sur *Les effets toxiques de l'iodoforme*, in *Centralbl. f. Chir.*, 1882, n° 7, p. 109; obs. n° 28.
- KROENLEIN *Archiv f. klin. Chir. von Langenbeck*. Suppl. Heft z. 21<sup>ten</sup> Bd., p. 131. — (*Madelung*, p. 79.)
- LANGENBECK (M.). *Nosologie und Ther. d. chirurg. Krankheiten*, t. V, 1<sup>re</sup> partie, pages 304-306; notes.
- LISTER. a) Inaugural Address on the catgut Ligature. — *The Lancet*; 5 février 1881, pages 201 et 203.  
 b) *British medical journal*; 1875, t. II, p. 258. (Séance de la Brit. medical Association.)
- LUECKE. a) Die Krankheiten der Schilddrüse. — *Pitha und Billroth's Handbuch d. Chirurgie*; t. III, 2<sup>te</sup> Abth. B.  
 b) Ueber die Chirurg. Behandlung des Kropfes. — *Sammlung klin. Vortraege*, n° 7.
- MADLUNC. Anatomisches und Chirurgisches über die Glandula thyreoidea accessoria. — *Langenbeck's Archiv*, t. XXIV, p. 71. 1879.
- MAURY (de Philadelphie). — *The Photographie Review*; déc. 1871. (*American journ. of the med. Sc.*; janv., 1873, p. 281.)
- MEEH. Sechzehn Kropf-Operationen. — Inaugural-Dissertation. Erlangen, 1864.
- MICHEL (de Nancy). De l'extirpation complète de la glande thyroïde. — *Gaz. Hebdom.*, 1873, nos 44 et 45.
- MONOD. Extirpation d'un goître. — *Bulletin de la Soc. de chir. de Paris*; séance du 17 novembre 1880.
- MOSETIG-MOORHOF. Drei Kropfexstirpationen. — *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1881, nos 35 et 36.
- NELATON. Extirpation chez un homme de 20 ans. — *Bull. Soc. anat.*, 1835; t. X, p. 100.
- NELSON (Wolffred). Extirpation d'un goître. — *American journal of the med. sc.*, avril, 1877. — (BOURSIER, *Bibliogr.*, et p. 125.)

- PALFIN. Anatomie chirurgicale (éd. franç.), t. II. p. 313. *Paris*, 1753.
- PERASSI. Gozzo voluminoso esportato con successo mediante il taglio e la legatura. — *Giornale della R. Accademia med.-chirurg. di Torino*; 10 mai 1878.
- PÉRIER. Thyroïdectomie. — *Bull. Soc. chir.*; Séance du 13 juillet 1881.
- PESME. De l'extirpation du goître. (Thèse de Strasbourg, 1868.)
- PETIT. Goître; opération suivie de mort. — *Bulletin Soc. anat.* t. 23, p. 205. *Paris*, 1848.
- PETIT (J. L.). Oeuvres complètes; s. l. 1837, p. 432.
- PIETRZIKOWSKI. Erfahrungen ueber die Behandlung von Strumen. — Clinique de M. Gussenbauer. — *Prag. med. Woch.*, 1882, n° 9 et suiv.
- PIROGOFF. Rapport médical d'un voyage au Caucase. *St-Petersbourg*, 1849. (*Schmidt's Jahrb.*; t. 67, p. 117.)
- POLAND. *Guy's Hospital Reports*, 1870-71; vol. XVI, p. 484. (*Madelung*, p. 85.)
- PURCELL. Removal of the right lobe of the thyroid. — *The Lancet*; 28 août 1880.
- REVERDIN (Aug.). a) Extirpation de goître; guérison. — *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1880, p. 119.  
b) Goître parenchymateux volumineux; extirpation; guérison. — *Boursier*, p. 187.
- RIEDEL. a) Die chirurgische Klinik in Goettingen, 1877-79. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1881; t. XV, p. 447.  
b) Kropfextirpation; Recurrenslaehmung durch Karbolloesung — *Centralblatt f. d. med. Wissenschaften*, 1882, n° 34.
- ROCHARD. Histoire de la chirurgie française au XIX<sup>e</sup> siècle; p. 267. *Paris*, 1875.
- ROLANDUS. Humani corporis interiorum et exteriorum morbis medendi ratio methodica. Ed. Gemusæus. *Bâle*, 1541, p. 273; chap. 14. (Imprimé à la suite des œuvres d'Albucase; même édition.)
- ROSE. a) Ueber Kropftod und Radicalcur der Kroepfe. — *Langenbeck's Archiv*, 1878; t. XXII, p. 1.  
b) Ueber die Exstirpation substernaler Kroepfe. — *Ibid.*, t. XXIII, p. 339.  
c) Deux cas d'extirpation totale; guérison. — *Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte*, 1879, IX<sup>e</sup> année, et KECK, p. 20 et 30.)
- ROUX. Extirpation d'un bronchocèle. — *Bull. Acad. méd. de Paris*, 1850, p. 1106.
- RUFZ. Extirpation d'un goître par le professeur Roux. — *Arch. gén. de méd.*, II<sup>e</sup> série, t. X, p. 25; 1836.
- RUGGI. Estirpazione totale della tiroide per un gozzo voluminoso. — *Bull. delle Scienze med. di Bologna*. août 1880. — (*Il Morgagni*, 1880, p. 786.)
- RULLIER. a) Recherches et observations touchant l'emploi des opérations de la chirurgie dans le traitement du goître (faisant partie de sa thèse inaugurale. *Paris*, 1808.)  
b) Article : GOÎTRE in *Dictionn. des sciences médicales*, t. XVIII; *Paris*, 1817.
- SAVOSTITZKI. Strumaextirpation. Heilung. — *Protokoll der moskauer chirurg. Gesellschaft*, 1879, n° 7. — *Centralb. f. Chir.*, 1879, p. 516, n° 31.)



- SÉDILLOT. *Bull. Acad. méd. de Paris*; t. XV, 1850, p. 1133.
- SEIFERT. In *Rust's Chirurgie*; t. XV, p. 504.
- SICK. *Med. Correspondenzblatt f. Württemberg*, 1867, n° 25. (Süskind, tabl. I.)
- SMITH. Tentative d'extirpation. — *Amer. med. Times*, oct. 1863. — *Gaz. hebdom.*, 25 décembre 1863.)
- SPENCE. Observation d'extirpation. — *Brit. med. journal*, 18 mai 1878.
- STUKOWENKOFF. Strumaextirpation. Heilung. — *Protokoll der moskauer chir. Gesellsch.*, 1879, n° 31. — (*Centralblatt f. Chir.*, 1879, n° 31.)
- SÜSKIND. Ueber die Exstirpation von Strumen. — *Inaug.-Abhandl. Tübingue*, 1877.)
- TANSINI. a) Extirpation totale d'un goître rétro-sternal, opéré par Bottini. — *Gazz. med. ital. di Lombardia*; 6 décembre 1879; — (BOURSIER, *biographie*.  
b) Sulla metodica estirpazione del gozzo. — *Giornale della R. Università di medicina di Torino*; 1880. — (*Lo Sperimentale*; nov. 1880, p. 551.)
- TERRILLON. a) *Bull. Soc. chir.*; Séance du 17 novembre 1880.  
b) *Bull. Soc. chir.*; Séance du 16 novembre 1881.
- THEDEN. Neue Bemerkungen und Erfahrungen, II<sup>e</sup> partie, p. 111, note, et p. 108. *Berlin*, 1782.
- TILLAUX. Thyroïdectomie pour un goître exophthalmique. — *Bull. Acad. méd. de Paris*; 27 avril 1880.)
- VELPEAU. Médecine opératoire. (5<sup>e</sup> édition). Bruxelles 1849; t. II, p. 260.)
- VOGEL. Observationes quædam chirurgicæ. — *Diss. inaug. Kiel*, 1771. — (GÜNTHER, p. 371.)
- VOISIN. Extirpation d'une tumeur thyroïdienne; guérison. — *Gazette médicale de Paris*, 1836, p. 372, n° du 11 juin.
- VOSS. Successful removal of the thyroid gland. — *Transactions of the New York Pathol. Soc.* — (*Br. med. journal*, 1862, p. 144.)
- WATSON (Heron). a) Excision of the thyroid gland. — *Brit. med. journal*, 1875, 4 et 25 septembre.  
b) *Edinburgh med. journal*; sept. 1873. pages 252 et 255.
- WEINLECHNER. Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Schilddrüsenknoten. — *Wiener medizinische Blätter*; 1882, n° 50.
- WEISS (Nathan). Ueber Tetanie. — *Sammlung klinisch. Vorträge*, n° 189, p. 16 et suiv.
- WERNER. Ueber die Chirurg. Behandlung der Strumen. — *Inaug. Diss. Tübingue*, 1853.
- WILD. Beiträge zur Exstirpation von Strumen. — *Inaugural Diss. München*, 1880.
- WISE. Operations for the removal of the thyroid body in goitre. — *The Lancet*, 11 juin 1881.
- WOELFLER. a) Zur Chirurg. Behandlung des Kropfes. — *Langenbeck's Archiv*, 1879. t. XXIV, p. 157.  
b) Weitere Beiträge zur chir. Behandl. des Kropfes. — *Wien. med. Wochenschrift*, 1879, nos 27-31.  
c) Die Kropfexstirpationen an Hofr. Billroth's Klinik von 1877 bis 1881. — *Wiener med. Woch.*, 1882, n° 1.



d, Zur Exstirpation des Kropfes. — 12<sup>e</sup> congrès de la Société  
mande de chirurgie; 5 avril 1883.

WOOD (New York). Excision of the Thyroid — *Transactions of the*  
*York Pathological Society*. — (*Brit. med. journal*, 1862; 8 février).

WOOD, John, (Londres). Cystic Disease of the thyroid. — *Transac-*  
*the patholog. Soc.* London, t. 29, p. 206, 1878.

ZARTMANN. De Strumæ extirpatione. — Diss. inaug. Bonn, 1829  
22 et 26.

---

## SÉANCE DU 28 AVRIL 1883.

---

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCQ.  
—

La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

### I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

M. le ministre de l'intérieur adresse un exemplaire de l'*Annuaire statistique pour 1882*, et, comme suite à de précédentes communications, par apostilles des 31 mars dernier et 16 avril courant, *divers documents relatifs à la situation sanitaire de différents pays*, documents émanant des agents diplomatiques du gouvernement belge. — Ces documents sont renvoyés à la commission des épidémies.

— M. le ministre de la justice fait parvenir le 9<sup>e</sup> fascicule du tome VI des procès-verbaux des séances de la commission royale chargée de la publication des anciennes lois et ordonnances de la Belgique.

— Le *Medical Record*, de New York, annonce que M. le d<sup>r</sup> Joseph-K. Barnes, chirurgien général en retraite des armées des États-Unis, est décédé à Washington, le 5 avril courant, à l'âge de 66 ans.

M. Barnes était membre honoraire de l'Académie depuis 1866. — Une lettre de condoléance sera adressée, au nom de la Compagnie, à la famille du défunt.



— Des délégués des médecins des petites villes de Flandre occidentale ont adressé, sous les dates des 10 et 11 avril courant, des lettres accompagnées de documents exposant les considérations qui militent en faveur du maintien de l'état de choses actuel, quant à la faculté de prescrire de délivrer à leurs clients les médicaments qu'ils leur prescrivent. Ces lettres et les documents y annexés ont été envoyés par le Bureau à la commission chargée de l'examen de la question soumise à ce sujet par le gouvernement de la Compagnie.

— Le même renvoi a été fait de la requête et des documents adressés, le 17 avril, par six médecins de Louvain.

— Le comité directeur de la *Caisse de pensions médicales belges* offre 12 exemplaires d'une brochure contenant le bilan de l'association, le rapport des secrétaires, celle-ci et les listes nominatives des participants, des honoraires honoraires, etc. A cette publication est jointe une circulaire du comité directeur, fixant l'attention sur l'importance de ladite caisse de pensions et faisant ressortir les avantages personnels qu'elle présente pour les membres, l'intérêt qu'a chacun d'eux à ce qu'aucun membre ne souffre des conséquences d'un revers de fortune.

— M. le dr Célarier, inspecteur général du service médical militaire, présente un exemplaire de la *Statistique médicale de l'armée belge pour la période de 1875-1879*.

— L'académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique fait parvenir le programme des cours de la classe des sciences pour 1884.

— En adressant le travail qu'il vient de publier sur la *Glycosurie paludique*, M. le dr Burdel, à Vierzou, qu'il est correspondant de la Compagnie depuis 1878.

ans, qu'il lui a offert régulièrement ses publications, et il exprime le désir d'être promu au rang de membre honoraire.

— M. le dr Guermontez, à Lille, qui a soumis à l'Académie, dans sa dernière séance, un travail manuscrit *sur le traitement de la pseudarthrose du tibia*, sollicite le titre de correspondant.

— M. le dr Jean Bouillet, à Béziers, fait la même demande, en présentant un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier, sous le titre de : *Précis d'histoire de la médecine*.

— Les demandes de MM. Burdel, Guermontez et Bouillet seront renvoyées à la commission qui sera appelée ultérieurement à présenter des candidats.

— M. H. Boëns, membre correspondant, fait parvenir la traduction française d'une protestation, qui vient d'être adressée de Londres, au gouvernement français, par la commission exécutive de la Ligue internationale des anti-vaccinateurs, relativement aux considérants scientifiques du projet de loi qui a pour objet de porter à 25,000 francs la pension nationale de M. Pasteur. — Dépôt aux archives.

— M. Warlomont, membre titulaire, offre un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de : *Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale*.

— M. Deneffe, membre titulaire, présente également son ouvrage intitulé : *Creuznach; études médicales sur ses eaux chlorurées, iodo-bromurées*.

— MM. Henri Gueneau de Mussy, membre honoraire; P. Albrecht, à Bruxelles; V. Cavagnis, à Desio; Chavée-Leroy, à Clermont-les-Fermes; F. Chavernac, à Aix; P. De Vecchi, à San Francisco; A. Erlenmeyer, à Bendorf;



P.-P. Gray, à Utica; L'Huillier, à Nancy; E. Philbert, à Brides; C.-E. Schmitt, à Lille; Titeca, à Bruxelles; E. Tordeus, à Bruxelles, font hommage de publications dont les titres seront mentionnés au Bulletin.

L'Académie vote des remerciements aux auteurs des publications qui lui ont été offertes.

## II. — RAPPORTS, LECTURES ET DISCUSSIONS.

### **1. RAPPORT de la commission chargée d'apprécier le travail de M. le dr CHARON, relatif à un cas de sténose congénitale de l'artère pulmonaire, accompagnée de cyanose. — M. WEHENKEL, rapporteur.**

Messieurs, le travail que vous avez bien voulu envoyer à l'examen de M. Bodart et de moi, est intitulé : « Sténose de » l'artère pulmonaire, accompagnée de cyanose ; diagnostic » confirmé par l'autopsie. » Dans ce mémoire, M. Charon, adjoint au service des enfants à l'hôpital St-Pierre, expose d'une façon fort succincte quelques données cliniques sur le cas dont il s'agit ; il décrit ensuite les lésions reconnues à l'autopsie du malade et termine son travail par quelques réflexions dans lesquelles il cherche surtout à établir la cause de la cyanose ou à en donner au moins une explication.

Le malade dont M. Charon s'occupe dans son travail, est mort à l'âge de quatre ans et quatre mois ; au moment où la terminaison fatale est survenue, il avait déjà depuis quinze mois séjourné dans les salles de l'hôpital St-Pierre où il était entré pour cause de broncho-pneumonie et de cyanose.

La broncho-pneumonie, dit M. Charon, céda rapidement

et la disparition des râles abondants et fort prononcés qui avaient existé jusque-là, permit dès lors de mieux étudier le bruit systolique assez intense que présentait ce malade et qui avait son maximum de force au niveau du deuxième espace intercostal gauche ; la matité précordiale était également augmentée. Malgré la rétrocession complète de l'affection respiratoire qui avait motivé l'entrée à l'hôpital de ce malade, celui-ci ne quitta pas cet établissement à cause de l'état de somnolence et de dyspnée dont il continuait à être atteint. Il succomba le six septembre 1882.

Après un exposé clinique de l'histoire de son malade, exposé dans lequel nous regrettons de ne pas trouver quelques indications sur les caractères du pouls, sur la température du corps et sur l'état du fond de l'œil, M. Charon décrit avec soin les lésions constatées à l'ouverture du cadavre, qui fut faite dans le service anatomo-pathologique des hôpitaux civils de Bruxelles.

Il insiste surtout sur les anomalies des gros vaisseaux et du cœur ; celui-ci, notablement hypertrophié dans sa moitié droite, avait sa cloison interventriculaire perforée dans le voisinage des orifices artériels.

L'artère pulmonaire n'avait que les deux tiers de ses dimensions normales ; son orifice, qui ne mesurait que trois millimètres de diamètre, était circonscrit par du tissu fibreux, blanc et nacré ; ses valvules faisaient complètement défaut.

Le trou de Botal était resté béant ; il avait environ quatre millimètres de diamètre.

Le canal artériel n'était oblitéré qu'au point de sa communication avec la division gauche de l'artère pulmonaire.

M. Charon mentionne en outre quelques anomalies de

moindre importance quant à l'origine et la situation des gros vaisseaux.

Après cet exposé de faits, l'auteur du mémoire soumis à notre examen fait ressortir, en quelques mots, l'importance, pour le diagnostic précis des altérations cardiaques, de la détermination exacte du lieu de production des bruits anormaux du cœur, et il justifie le diagnostic qu'il a posé du vivant de son malade.

Il cherche ensuite à établir la cause de l'occlusion incomplète du canal artériel.

Tenant compte des caractères de la zone fibreuse dont il a constaté l'existence au niveau de l'origine de l'artère pulmonaire, M. Charon croit pouvoir considérer comme cause du rétrécissement de ce vaisseau une inflammation de l'endocarde survenue pendant l'âge fœtal.

Vu la persistance de la communication interventriculaire dans ce cas, et considérant l'époque de l'évolution à laquelle cette communication disparaît dans les conditions normales, M. Charon fixe approximativement le moment où cette endocardite doit avoir existé. Il rappelle et apprécie ensuite les opinions et avis émis par différents auteurs et savants sur la cause de la cyanose et attribue, avec les adversaires de l'opinion de Gintrac, la production du trouble respiratoire au rétrécissement de l'artère pulmonaire ; il considère la non occlusion des orifices cardiaques qui normalement disparaissent, comme lésion compensatrice propre à prolonger l'existence de l'individu intéressé.

L'estimable praticien de l'hôpital St-Pierre mentionne enfin la fréquence des rétrécissements de l'artère pulmonaire, comparativement aux anomalies des autres orifices et il termine son travail en rappelant un cas relaté par M. Hyer-

naux, dans lequel l'artère pulmonaire faisait complètement défaut. L'aorte qui, comme cela arrive dans ces circonstances, prenait son origine sur la limite des deux ventricules, présentait dans ce cas, à l'origine de sa crosse, un petit tronc unique d'où partaient les artères pulmonaires droite et gauche.

Tout en appréciant la valeur de cette intéressante observation de M. Charon, nous ne pouvons nous empêcher de dire que nous ne partageons pas, en tout point, les opinions émises dans les réflexions dont cet honorable confrère fait suivre l'exposé du cas qu'il a eu à observer. Nous admettons avec lui que le rétrécissement de l'artère pulmonaire a évidemment été la cause essentielle de la cyanose chez son malade; le rétrécissement notable de l'orifice de cette artère a dû entraver considérablement la circulation pulmonaire et par conséquent l'hématose. Nous considérons encore avec lui la non oblitération de la communication interventriculaire et l'hypertrophie du ventricule droit comme des conséquences du rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Le siège et les caractères de l'orifice de communication interventriculaire, ainsi que la coexistence de celui-ci avec le rétrécissement de l'artère pulmonaire, nous font attribuer la persistance de cet orifice à un arrêt de développement dû au passage incessant et violent du sang à travers cet orifice, la voie d'échappement normal de ce liquide ayant été insuffisante.

L'aorte, qui pendant la vie fœtale reçoit, par la voie du canal artériel ou de Botal, une partie du sang chassé par le ventricule droit dans l'artère pulmonaire, a continué à recevoir, chez cet enfant, non par la voie ordinaire, mais par une voie anormale, par celle de l'orifice de communication



interventriculaire et du ventricule gauche, la plus grande partie du sang qui affluait dans le ventricule droit ; ce sang, en s'ajoutant au liquide déjà renfermé dans le ventricule gauche, a déterminé une augmentation de pression intraortique qui, comme le dit M. Charon, n'a sans doute pas été étrangère à la persistance du canal artériel.

Si nous partageons jusqu'ici les interprétations que nous trouvons dans le travail de M. Charon, dans ce qu'elles ont d'essentiel, il n'en est plus de même quant à la nature du processus qui, d'après l'auteur de ce travail, a déterminé le rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Pour cet auteur, tout porte à croire qu'à l'état fœtal il a existé, au niveau de l'orifice pulmonaire, une endocardite. A notre avis, il n'en a pas été ainsi, l'absence de toute trace de valvules sigmoïdes et l'existence à l'endroit correspondant d'une zone de tissu fibreux blanchâtre, presque cicatriciel, nous paraissent bien plutôt indiquer une déviation dans le développement des valvules sigmoïdes comme cause de ce rétrécissement.

Les bourrelets semi-cylindriques, proéminents et épais qui représentent les valvules semi-lunaires au début de leur formation, se creusent plus tard et donnent lieu à la production des nids de pigeons ; c'est ce dernier processus que l'on observe chez le lapin vers le seizième jour de l'évolution embryonnaire qui, à notre avis, n'est pas survenu. Le tissu spongieux de ces bourrelets s'est peu à peu condensé et il a, de cette façon, produit la zone fibreuse signalée par M. Charon ; nous attribuons donc le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire à un *arrêt de développement* avec épaissement, condensation et peut-être même retrait consécutif.

Quant à la cyanose, observée dans ce cas, son interpré-

tation ne nous semble guère douteuse : elle n'a évidemment pas existé pendant la période fœtale, car la circonstance que le sang du ventricule droit arrivait, pendant cette phase de la vie, en grande partie à l'aorte et à ses ramifications par l'orifice interventriculaire, au lieu d'y arriver par le canal de Botal, n'a certes pas pu déterminer cette cyanose ; mais il n'en a plus été de même après la naissance. Dès le début de la vie extra-utérine, l'hématose pulmonaire aurait dû remplacer la placentaire et le sang du ventricule droit aurait dû passer par le poumon et s'y charger d'oxygène.

Le retrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire empêchait ce liquide d'arriver en quantité suffisante dans l'organe respiratoire ; la plus grande partie du sang repassait directement dans le ventricule gauche et de là dans l'aorte ; celle-ci par conséquent recevait surtout du sang noir, du sang veineux. Nous admettons parfaitement que la cyanose peut dépendre de beaucoup d'autres causes ; mais, dans le cas actuel, elle nous paraît suffisamment expliquée par l'influence du retrécissement de l'artère pulmonaire, comme l'admet du reste aussi M. Charon.

Malgré les quelques lacunes que présente le travail soumis à notre examen et les quelques interprétations que nous ne pouvons admettre sans réserve, nous le considérons comme suffisamment intéressant pour mériter d'être imprimé.

Quant aux planches qui y sont annexées, la reproduction ne nous en paraît pas nécessaire.

En conséquence, nous vous proposons, messieurs, de décider que le travail de M. Charon sera inséré, sans les planches, dans le Bulletin, et que des remerciements seront adressés à l'auteur.

— Ces conclusions sont adoptées.

**2. NOTE sur l'inspection médicale des écoles de la ville d'Anvers et la revaccination des élèves; par M. V. DES-GUIN, membre titulaire.**

Les enfants en âge d'école sont soumis, pendant toute la durée de leur passage par les établissements d'instruction, à une série d'influences physiques, morales et intellectuelles entièrement spéciales et ne se rencontrant, dans leur ensemble, nulle part ailleurs; ils constituent un groupe désigné depuis longtemps par les hygiénistes sous le nom de groupe scolaire. Les modifications particulières dont ils subissent incessamment l'action, l'évolution de l'âge, le confinement dans des locaux spéciaux et la nature de leurs occupations, justifient la création de ce groupe et lui créent, au point de vue de l'hygiène, certaines exigences dont il n'est plus permis de ne pas tenir compte.

L'hygiène de la population scolaire diffère, sous bien des points de vue, de l'hygiène générale. Pendant longtemps, le bon vouloir des instituteurs a été considéré comme suffisant pour maintenir dans l'école les conditions propres à la rendre inoffensive pour la santé morale et matérielle des élèves. Malheureusement, la bonne volonté ne peut tenir lieu de science; à défaut de connaissances précises et raisonnées, n'ayant même reçu aucun enseignement hygiénique, les instituteurs ont dû le plus souvent suivre certaines idées préconçues en eux, obéir à bien des préjugés dont la santé des enfants, physique et intellectuelle à la fois, devait nécessairement subir la déplorable influence.

Le règlement général des écoles, promulgué par arrêté royal du 15 octobre 1846, confiait aux médecins des bureaux de bienfaisance la mission d'inspecter les écoles commu-

nales, au point de vue de l'hygiène; les dispositions de cet arrêté ont été maintenues par le règlement du 16 août 1879. Il y avait là, sur l'ancien état de choses, un progrès réel, dont il était juste de féliciter le gouvernement. Toutefois les devoirs imposés aux médecins des pauvres sont trop nombreux et trop absorbants pour leur permettre de s'occuper d'une manière active et continue de l'hygiène scolaire; leurs visites aux écoles sont nécessairement en nombre très limité; ils sont fatalement amenés à devoir considérer l'inspection des établissements d'instruction comme un simple accessoire parmi leurs nombreuses occupations; il serait en effet impossible de leur imposer toutes les obligations d'une inspection médicale scolaire bien entendue.

Je ne crois pas, messieurs, devant l'Académie, devoir démontrer la nécessité de l'intervention médicale dans l'inspection hygiénique de l'école, ni exposer l'utilité de cette inspection, bien réglementée, bien faite et séparée du service du Bureau de bienfaisance. Notre éminent collègue, M. Janssens, inspecteur du service de santé de la ville de Bruxelles, s'est chargé de cette tâche et l'a remplie avec une autorité, une compétence incontestable dans sa communication au Congrès international de l'enseignement en 1880. D'autres hygiénistes se sont occupés de la même question, notamment au Congrès d'hygiène et de démographie de Genève, en 1882, où le principe de la nécessité d'une inspection médicale officielle des écoles a été proclamé par M. Kuborn, par M. Cohn, professeur à Breslau, etc. L'opinion de ces savants a été unanimement adoptée. La cause, on peut donc le dire, est entendue. Mais, de la reconnaissance d'un principe juste à son application, il y a souvent loin. Bien des difficultés se dressent et doivent être vaincues



pour le faire passer dans le domaine pratique. Pour nos communes belges, il faut bien l'avouer, la question financière vient souvent se mettre en travers de la réalisation des idées les plus justes, surtout en matière d'hygiène. Et cependant on ne peut pas le contester, les dépenses faites dans un but d'hygiène sont de toutes les plus fructueuses : là véritablement on sème pour récolter et les résultats ne se font pas attendre longtemps. Rendre sains et vigoureux les enfants des écoles, c'est aider d'abord au développement de leur intelligence, c'est les mettre en position de travailler plus tard d'une manière productive et de ne pas tomber à la charge de la charité publique ; assurer leur santé physique et morale, c'est également assurer leur bonheur dans l'avenir.

La ville de Bruxelles a compris admirablement ces grandes vérités : en 1874, fut créé son Bureau d'hygiène ; il eut pour corollaire l'organisation de l'inspection médicale des écoles. Les résultats de cette institution sont remarquables. Vous savez, messieurs, combien ils impressionnèrent les savants venus au Congrès d'hygiène de Bruxelles en 1876 ; beaucoup reportèrent dans leur patrie les enseignements puisés dans notre capitale et diverses municipalités françaises décrétèrent des institutions similaires.

A Anvers, l'Administration communale, soucieuse au plus haut degré des intérêts de l'enseignement public et désireuse de doter ses écoles d'une surveillance efficace au point de vue hygiénique et médical, a distrait l'inspection scolaire des attributions du Bureau de bienfaisance. Toutefois, un Bureau d'hygiène, concentrant en lui tous les services sanitaires communaux, n'existant pas encore à Anvers, la ville s'est vue obligée de nommer, pour l'inspection des écoles, un personnel nouveau, composé de quatre médecins-inspecteurs.

Ce service, régi par un règlement spécial, imposant aux titulaires de grands devoirs, a été inauguré le 1<sup>er</sup> juin 1882.

Pour l'élaboration de ce règlement organique, on s'est largement inspiré de l'organisation du service similaire de Bruxelles; cependant les médecins inspecteurs, n'ayant pas d'autres fonctions, on a cru pouvoir leur imposer, au moins pour les premiers temps, une visite hebdomadaire dans toutes les écoles. Ces visites, en temps d'épidémie, doivent être faites encore plus fréquemment. A chaque inspection, les médecins remplissent et laissent à l'école un bulletin constatant le résultat de cette visite. Tous les élèves reçus depuis la visite précédente sont présentés au médecin et soumis à son examen, leur état de santé est noté dans un registre spécial. Les élèves atteints d'une maladie transmissible sont immédiatement renvoyés chez eux et les parents sont avertis du motif du renvoi par une lettre d'avis émanant du chef de l'école. Ces élèves, pour rentrer à l'école, doivent être munis d'un certificat médical constatant leur parfaite guérison. Les médecins inspecteurs donnent au personnel enseignant des conférences pour leur apprendre à reconnaître rapidement les premiers symptômes de ces maladies. Les enfants reconnus porteurs de prédispositions à certaines maladies sont soumis, dans le local même, à un traitement préventif. Les médecins-inspecteurs tiennent, dans chaque école, un registre de ces élèves; ils y indiquent la nature de la prédisposition, le traitement institué et les résultats obtenus. Chaque trimestre, ils adressent à l'Administration un rapport détaillé sur la médecine préventive instituée dans les écoles. Ils sont en outre chargés de la revaccination de tous les élèves ayant atteint leur dixième année; deux fois par an, il est procédé à cette opération, en

mai et en octobre. A ces diverses prescriptions, il faut ajouter la surveillance incessante exercée sur les locaux d'école, au point de vue de la propreté, de l'aération, de la température, de la lumière et de l'hygrométrie et même au point de vue du régime scolaire, afin de signaler, s'il s'en trouve, les pratiques contraires aux lois de l'hygiène.

Telle est, en résumé, l'organisation de l'inspection médicale des écoles, à Anvers. La ville possède aujourd'hui 37 écoles, dont 16 de garçons, 13 de filles et 8 jardins d'enfants. De ces écoles, 31 sont gratuites; dans toutes ces dernières a été instituée la médecine préventive. Enhardie par l'essai tenté à Bruxelles, et encouragée par les résultats obtenus et cités par M. Janssens dans son rapport, l'administration communale d'Anvers n'a pas hésité à organiser la médecine préventive dans toutes les écoles gratuites à la fois. Au commencement, il faut bien le dire, un bon nombre de parents s'opposaient à l'administration de médicaments faite à leurs enfants en dehors de leur intervention; on a toujours respecté leurs scrupules; bientôt du reste, en voyant l'amélioration manifeste de la constitution des enfants soumis à ce traitement reconstituant, les oppositions se sont presque toutes évanouies; au contraire, les médecins sont maintenant obligés de résister à des demandes nombreuses de traitement, souvent non justifiées.

Du 1<sup>er</sup> juin 1882 au 31 décembre, donc pendant un laps de temps de sept mois, 1,042 enfants ont été soumis à la médication préventive, dont les principaux agents ont été : l'huile de foie de morue, le lactophosphate et le chlorhydrophosphate de chaux, le sirop d'iodure de fer, les pilules de Blaud et de Blancard, etc., et en dernier lieu, la poudre zootrophique de Polli. Déjà la médication a pu être discon-

tinuée chez bon nombre d'enfants, dont la constitution s'était suffisamment améliorée, et une conséquence, dès à présent remarquée de ce traitement reconstituant, a été la diminution notable des journées d'absence des élèves. Les éléments font encore défaut pour apprécier l'influence de la médecine préventive sur l'intelligence des élèves et sur leurs succès dans les études, mais elle ne peut manquer de se manifester également dans un avenir prochain.

La revaccination, à l'âge de 10 ans, a été considérée par l'administration comme un des moyens les plus efficaces de la médecine préventive. Ici encore on s'est heurté, mais dans une très faible mesure, à la mauvaise volonté ou aux préjugés de certains pères de familles, dont on a également respecté consciencieusement la volonté. Le nombre du reste en a été très petit ; 2,425 enfants, âgés de 10 ans ou au delà, ont été revaccinés par les quatre médecins-inspecteurs. Ce chiffre est certainement considérable, mais il s'explique : la revaccination des écoles s'opérait pour la première fois et l'on ne s'est pas borné à inoculer les élèves de 10 ans, mais aussi ceux d'un âge supérieur. Le nombre des enfants à revacciner sera donc notablement moindre pendant les années subséquentes.

L'Office vaccinogène central de l'État, placé sous la direction habile et intelligente de notre collègue, M. Degive, a fourni, aux jours fixés, toute la quantité de vaccin animal frais nécessaire à ces nombreuses inoculations. On ne saurait assez remercier la direction de cet Office de l'exactitude qu'elle a mise dans ses envois ; on ne saurait assez féliciter l'honorable Ministre de l'intérieur, dont l'initiative éclairée a créé cet utile établissement. Les médecins-inspecteurs se sont donc trouvés dans les meilleurs conditions



pour opérer les revaccinations, avec toutes les chances possibles de succès. Les résultats ont dépassé toute attente. Les quatre médecins ont obtenu respectivement 50, 51, 57 et 61 p. c. de succès ; sur 2,425 revaccinations, les succès ont été au nombre de 1,336, soit 55 p. c.

Cette forte proportion de résultats positifs peut, à bon droit, nous étonner ; elle s'expliquerait, si tous les cas de fausse vaccine avaient été rangés parmi les succès ; mais plusieurs des médecins disent, dans leur rapport, les avoir comptés parmi les résultats négatifs ; la proportion des succès (et ceci nous impose des réserves au point de vue de la statistique) dépasse notablement la moyenne obtenue par les autres vaccinateurs ; l'Institut vaccinogène de l'armée, à Anvers, a donné, en 1881, à M. Riemslag, une moyenne de 37,87 p. c., et, en 1882, à M. Gellens, 37,81.

Faut-il attribuer à la nature du vaccin employé la proportion des succès obtenus dans nos écoles ? Je l'ignore. Tous les enfants inoculés ont été revus par les médecins-inspecteurs ; chez 63 les résultats n'ont pu être contrôlés ; ils ont été classés parmi les insuccès.

Depuis bien des années, on a demandé, en Belgique, une loi rendant la vaccination obligatoire ; sous le régime de liberté dont nos concitoyens ont raison d'être si jaloux, une pareille loi n'entre pas, dans nos mœurs, et nos gouvernants, en la proposant, heurteraient peut-être le sentiment de la nation.

Grâce aux mesures prises à Anvers, non seulement la vaccination, mais même la revaccination, y sont devenues non obligatoires, mais presque générales. Aucun élève n'est admis dans les écoles officielles sans un certificat de vaccine et bien peu d'entre eux se soustraient plus tard à la revacci-

nation ; ces opérations d'ailleurs sont singulièrement facilitées par la distribution gratuite et abondante du vaccin de l'Office central de l'État. Si des mesures semblables étaient prises par les écoles privées, les épidémies de variole deviendraient à Anvers, de plus en plus rares, de moins en moins meurtrières.

En faisant cette communication à l'Académie, je me suis proposé, messieurs, comme but principal, de montrer l'importance d'une bonne inspection hygiénique des écoles, confiée à un personnel médical spécial, indépendant des Bureaux de bienfaisance. En présence de l'accroissement considérable du nombre des écoles officielles, créées en vertu de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1879, cette inspection hygiénique et médicale, avec la revaccination comme corollaire, s'impose à toutes les communes ; beaucoup d'entre elles voudront sans doute suivre l'exemple des villes de Bruxelles et d'Anvers.

**3. ÉTUDE sur CRITCHETT, membre honoraire,  
par M. WARLOMONT, membre titulaire.**

Quelqu'un a dit de l'année présente, à l'occasion des morts retentissantes qui en ont assombri les premiers jours, que c'était une année gourmande. Nous pouvons hélas ! jetant un triste regard en arrière, en dire autant, en ce qui nous concerne, de celle qui l'a précédée : comme l'année actuelle elle a, avidement, dans le petit monde où s'agitent nos prédilections et où nos méditations se complaisent, choisi, pour les dévorer, les proies les plus riches et les plus précieuses. En regard du grand et fougueux citoyen, en regard de l'homme de guerre prudent et sage que la France a perdus, nous voyons, avec le sentiment

d'une douleur profonde, deux des hommes qui ont fait pour la science que nous chérissons : Desmarres, l'élève impétueux, l'opérateur hardi ne redoutant rien, Chett, le lutteur calme et serein, le praticien tempéré et sage, César et Fabius, nous quittant l'un et l'autre quelques mois de distance.

Nous avons, de ce seul mot, donné la caractéristique de deux illustres défunts. Nous les avons suivis, pas à pas, leur carrière active et militante ; leurs voies ont été différentes, mais ils sont arrivés au même but : tous deux des vulgarisateurs puissants et d'ingénieux innovateurs.

GEORGES CRITCHETT, né à Highgate, le 25 mars 1835, a eu pour bonne heure l'élève de feu John Scott, chirurgien de la *Hospital*. Ce patronage lui fut d'un grand secours à se faire rapidement une place au soleil de la médecine. Il fut successivement membre (1839), puis fellow (1844) du *College of Surgeons*, » membre du « *King's College*, » démonstrateur d'anatomie à « *London Hospital*, » chirurgien assistant (1843), puis chirurgien (1849) du « *Royal Ophthalmic Hospital*, » il avait été élu, en 1845, après un cours des plus sérieux, chirurgien-assistant, et, quelques années après, lecteur en chirurgie au « *London Hospital*. » Après seize ans de service comme assistant-chirurgien, il obtint le poste de chirurgien effectif, qu'il occupa jusqu'en 1863 (1).

(1) G. Critchett était entré à Moorfield's, le 11 juin 1835, et en fut élu chirurgien-consultant le 8 mai de la même année. Membre du Bureau du « *College of Surgeons*, » Vice-président de la Société ophtalmologique du Royaume-Uni, Président de la commission d'organisation du congrès d'ophtalmologie de Londres (1861), correspondant de l'Académie impériale de médecine de Rio de Janeiro, honoraire de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc.

Cette détermination lui avait été imposée par l'impérieuse nécessité de consacrer une plus grande partie de son temps à l'étude de l'ophtalmologie, devenue, de par ses prédilections et la faveur de la clientèle, la branche principale, puis bientôt exclusive, de sa pratique médicale. Occupé, plusieurs jours par semaine pendant de longues heures, à la consultation du « *Royal London Ophthalmic Hospital (Moorefield's)* » dont, depuis 1849, il était l'un des chirurgiens, puis au service d'un cabinet privé dont la besogne s'étendait chaque jour davantage, il finit par consacrer tout son temps à la spécialité dont il devait devenir l'un des représentants les plus dignes et les plus élevés.

L'influence de Critchett sur le mouvement de l'ophtalmologie contemporaine a été considérable, encore qu'elle ne se soit point manifestée dans des ingérences tapageuses.

Froid, studieux, circonspect, il tenait plus à cœur et à honneur de faire valoir ou de perfectionner les découvertes acquises d'ailleurs, que de se produire lui-même. Le temps vint cependant où, se sentant les ailes lui pousser, il cessa de vivre de la vie des autres pour s'élancer, toujours avec la sagesse dont il semblait être l'incarnation, vers des conquêtes propres, dont le moment est venu de dresser l'inventaire.

Nous le voyons tout d'abord sous ses aspects timides, presque timorés ; la patience est l'un des traits intéressants de son aimable nature. Bien tenir un couteau à cataracte et faire des incisions kératiques irréprochables n'est pas plus difficile, avec de l'habitude, qu'il ne l'est à un ouvrier charpentier de tailler correctement une queue d'aronde ; c'est l'alphabet du métier ; chaque temps y est réglé, mesuré, indiqué classiquement. Autre chose est de se mettre aux



prises avec des désordres que je me plairai à appeler « hors la règle ».

Voici, par exemple, un cas que j'emprunte à sa pratique : Il s'agit d'une jeune fille de 28 ans, ayant perdu, il y a un an, l'œil droit par une inflammation aiguë, et dont l'œil gauche, six semaines plus tard, s'était enflammé également ; il en était résulté, au centre de la cornée, un ulcère pénétrant et une adhérence complète du bord pupillaire de l'iris à la cicatrice, étendue et épaisse, de la cornée. La chambre antérieure était presque complètement effacée, mais la cornée était restée transparente autour de la cicatrice.

Le cas était difficile et digne de sa main persévérante et délicate ; il fit une pupille artificielle par la section d'un lambeau d'iris qu'il lui fallut détacher d'abord de ses adhérences avec la cicatrice ; on vit alors que le cristallin était opaque. A quinze jours de là, il fit l'extraction de la cataracte, mais la vision n'en fut pas rétablie : derrière la pupille nouvelle, un lambeau de capsule opaque faisait rideau. L'enlever sans tout lacérer, il n'y fallait pas songer. Critchett introduisit, *par la cornée*, une petite aiguille à cataracte avec laquelle il perfora la capsule d'avant en arrière, puis, *par la sclérotique*, une seconde aiguille, tenue de l'autre main, qui vint rejoindre la première, mais d'arrière en avant. Il les écarta alors l'une de l'autre, afin de dilacérer la capsule. Une semaine après, la malade distinguait parfaitement les gros objets et, avec un verre approprié, lisait les gros caractères. La manœuvre de ces deux aiguilles était bien ingénieuse, on en conviendra (1).

Voici un autre cas : c'est celui d'une jeune fille de 22 ans,

(1) 1836. *The Lancet* (Vol. I, p. 50).

qui avait été atteinte de cataracte congénitale double, de strabisme interne et de nystagmus latéral; elle avait déjà subi de nombreuses opérations, et ses pupilles, irrégulières, étaient occupées par une substance blanche opaque. Il était difficile de trouver un cas plus compliqué; toutefois, la conservation de la perception distincte de la lumière était une circonstance favorable. Critchett se piqua au jeu; il détacha d'abord les adhérences des iris aux capsules, au moyen d'une aiguille introduite par la cornée. Plus tard, à travers une légère incision scléroticale, il écarta la capsule opaque hors du champ de la vision, d'un côté avec un crochet, de l'autre avec une pince. Puis, contre le nystagmus, il fit la section des muscles droits internes et externes (1). Un bon degré de vision couronna ces efforts.

Critchett se complaisait à ces luttes de l'habileté manuelle contre les désordres organiques, et retirait plus de satisfaction des succès ainsi obtenus que de centaines de kératotomies divinement pratiquées. Et peut-être même se mêlait-il à cette satisfaction un grain de vanité. Il me souvient d'un de ses opérés dont, pendant de longues années, il me parla fièrement à chacune de nos rencontres; il avait littéralement *taraudé*, en un nombre considérable de séances, un appareil cristallinien adhérent de partout; ne pouvant songer à l'enlever ni à l'écarter, il avait, avec une persistance dont un magnifique succès devait être la récompense, percé petit à petit toute la masse d'un canal central permanent, à travers lequel la lumière put pénétrer jusqu'à la rétine.

Nous voici en 1858. De Græfe venait d'imaginer l'iridec-tomie curative du glaucome, sans trouver à en expliquer le mode d'action. Critchett n'était pas satisfait; cette lacune

(1) *Dublin medical Press*, 1855 et *Annales d'Oculistique*, février 1855.



lui pesait et son ambition était de la faire disparaître. Dans un travail publié dans le 2<sup>e</sup> n° de l'« *Ophthalmic Hospital Reports* » et reproduit dans les *Annales d'oculistique* (1), il s'occupe de ce soin. Étant donné ce fait, établi par de Graefe, qu'il y a, dans le glaucome, rupture de l'équilibre entre le contenu et la capacité du globe de l'œil, l'indication qui se présente doit être, dit l'auteur, de rétablir cet équilibre en installant, pour un temps, *une sorte de soupape de sûreté* pouvant empêcher cet équilibre d'être dérangé de nouveau. Et à cette fin, il recommande l'opération suivante : « Attirer au dehors, à l'aide d'un crochet mousse, » une portion de l'iris qu'on laisse dans la plaie, ou dont » on retranche une partie si la saillie est trop considérable, » mais en en conservant toujours une certaine portion dans » la plaie. L'effet immédiat de l'opération est de faire cesser » la distension du globe oculaire ; son effet secondaire est » l'amélioration graduelle et persistante de la vision, et, » autant qu'on puisse en juger, son effet éloigné doit être » de faire disparaître la tendance à la reproduction de nouvelles attaques. L'avantage qu'il y a à attirer une portion » de l'iris au dehors, c'est qu'on donne ainsi le temps à la » tension de reprendre son équilibre normal. »

Cet article et les idées fondamentales qui y sont exprimées ont passé inaperçus ou ont été rapidement oubliés dans le mouvement enthousiaste qui a accompagné la découverte de de Graefe ; ils devaient toutefois se représenter bientôt sous une autre forme et sous d'autres patronages : *la cicatrice à filtration* et les déductions pratiques qu'on en a tirées étaient non seulement en germe, mais en substance dans le travail de Critchett que je viens de rappeler. C'est

(1) 1858, t. XXXIX, p. 182.

bien lui qui en est le père, et, s'il n'a pas fait valoir ses droits, en leur temps, à la priorité de cette idée scientifique, c'est que sa nature discrète s'accommodait mal de ce genre de revendications.

De cet enclavement, voulu, de l'iris, à titre d'adjuvant de la paracentèse kératique ou de la sclérotomie, naquit l'*iriddésis*, parue en 1859 (1), et dont voici la technique opératoire : l'œil bien fixé, on pratique, à l'aide d'une large aiguille, à travers la cornée et tout contre la sclérotique, une ouverture juste assez grande pour livrer passage à un instrument préhenseur, pince à canule ou petit crochet, forme Tyrell, au moyen duquel on attire au dehors une portion d'iris proportionnée à l'étendue qu'on veut donner à la pupille ; puis on fait glisser une anse de fil de soie, qu'on a d'avance disposée autour de l'instrument préhenseur, et l'on serre la portion d'iris amenée au dehors de façon à en déterminer l'étranglement. L'opération s'applique spécialement aux cas dans lesquels la pupille est restée mobile, et où il existe une opacité bornée au centre de la cornée ; en attirant légèrement d'un côté ou de l'autre la pupille naturelle, pour qu'elle se trouve en face d'une portion transparente de la cornée, on obtient une ouverture nette, avec conservation de tout ou partie de la contractilité naturelle de la pupille.

L'iriddésis a eu son époque de gloire ; accueillie avec la plus grande faveur, on l'a vue tout d'abord grandir, se modifier, s'embellir sous les efforts des perfectionnistes. Bientôt, à la place du modeste appareil adopté par l'inventeur : une large aiguille, une pince et un fil de soie, on vit surgir

(1) De l'iriddésis ou formation d'une pupille artificielle par la ligature de l'iris, par CRITCHETT (*Ophthalmic hospital Reports*. N. 4, 1859.)



tout un arsenal instrumental perfectionné; d'autre part, les applications s'étendirent bien au delà des visées de l'auteur. « On a si bien habillé mon enfant, me dit-il, que je ne peux plus le reconnaître; mais il me semble qu'il est devenu plus méchant. » Et, en effet, la sérénité des premiers jours finit par se troubler : l'enclavement et le tiraillement de l'iris, résultats de l'iriddésis, devaient, disait-on, donner lieu souvent à de l'irido-choroïdite. Ce fut en Allemagne que la foudre éclata : dans une note de M. Horing (1), on trouve rapportés trois faits où l'opération, exécutée dans des cas de cataracte stratifiée, avait été suivie d'irido-choroïde à issue fatale. De ce moment l'iriddésis eut du plomb dans l'aile. Critchett, cependant, ne voulut jamais admettre que son petit joyau chirurgical pût porter semblable tare. « Vous n'avez donc jamais vu d'accidents de ce genre, lui dis-je un jour? — Jamais. — Vous croyez bien cependant qu'il en peut arriver? — Chez les Allemands peut-être, pas chez les Anglais. »

En 1865 parut, dans l'*Ophthalmic Hospital Reports* (2), son travail sur l'excision du staphylome. Il s'agit du staphylome complet, où une opération est absolument nécessaire. D'ordinaire, la difformité est considérable et sujette à augmenter; il y a dans l'organe une altération morbide, souvent accompagnée d'inflammation ou d'irritation, ce qui exerce une influence défavorable sur l'autre œil. Soit que le staphylome reste indolent, soit qu'il subisse les altérations dont nous avons parlé, l'opération est une chose désirable. Quelle opération? Celle qui aura pour effet de réduire le

(1) Note sur l'iriddésis (Klin. Monatsblätter, 1<sup>er</sup> semestre 1865, p. 42 et 46).

(2) 1865, vol. IV, 1<sup>re</sup> partie, n° 18, et *Annales d'oculistique*, 1865, t. 4, p. 506 et 516.

staphylome à un bulbe solide, élastique, pouvant être parfaitement influencé par les divers muscles qui meuvent l'œil, et présentant un diamètre anté-postérieur d'un bon tiers moindre que l'œil normal, cet état de choses étant le plus favorable pour l'application d'un œil artificiel. Ce sont ces conditions que Critchett a voulu réaliser par sa méthode d'*abscision*; le staphylome se trouvant bien en vue, on choisit une série de quatre ou cinq petites aiguilles à courbe demi-circulaire et munies de fils forts, et on leur fait traverser toute la masse de l'œil, à égale distance les unes des autres et dans des points correspondant aux lignes que les incisions devront parcourir : la partie à enlever, et qui doit toujours comprendre la région ciliaire, est donc située au devant de la concavité des aiguilles, qui font une sorte de grillage derrière elle, et empêchent la coque de se vider complètement quand on fait l'excision. Celle-ci terminée, il n'y a qu'à serrer les fils.

L'opération, méthodiquement pratiquée, donne pour résultat un coussinet admirablement disposé pour recevoir une coque artificielle. Elle est restée et restera dans la pratique, probablement même verra-t-elle ses indications s'élargir; dans certains cas où l'énucléation préventive de l'ophtalmie sympathique est indiquée, l'abscision antérieure, comprenant largement la région ciliaire, peut la remplacer avantageusement.

Ce n'est pas sans intention que, parlant de Critchett, nous avons, en matière d'ophtalmie sympathique, restreint l'indication de l'énucléation au titre préventif seul. C'est qu'en effet, notre cher collègue anglais avait, dans ce domaine, des idées très arrêtées. « Il importe beaucoup, a-t-il dit un jour (1),

(1) Société ophtalmologique de Heidelberg, session de 1863, séance du 4 septembre, *Ann. d'ocul.*, 1864, t. LI, p. 250.

» et souvent répété depuis, de déterminer jusqu'à quel point  
 » il est vrai que l'extirpation de l'œil blessé arrête la mala-  
 » die qui a éclaté dans l'autre ; mon expérience personnelle  
 » me porte à dire qu'une fois que cette forme si fatale d'in-  
 » flammation — l'irido-cyclite — s'est déclarée, l'opération  
 » n'offre que peu ou pas d'utilité. C'est donc un point à  
 » examiner que celui de savoir si, dans les cas de plaies de  
 » l'œil avec destruction complète de la vision, alors qu'il  
 » est le siège d'une irritation prolongée, il ne vaut pas  
 » mieux enlever cet organe et ne pas attendre que l'in-  
 » flammation ou même des signes d'irritation se soient  
 » manifestés dans l'autre œil. »

Il arrive fréquemment, en effet, que l'œil blessé, s'il a conservé quelque vestige de lumière, finit par redevenir secourable au malade, alors que l'irido-cyclite, dans l'immense majorité des cas, ne laisse après elle que la nuit la plus profonde. On ne saurait être assez circonspect.

Critchett est donc bien le vrai chef de l'école de l'énucléation préventive, dont nous nous sommes fait plus tard l'adepte convaincu parmi tant d'autres. On sait aujourd'hui le pronostic presque constamment fatal de l'irido-cyclite sympathique, *quoi qu'on fasse*. C'est à la prévenir qu'il faut s'appliquer de toutes ses forces. En faisant prévaloir cette doctrine, Critchett a rendu à l'humanité un inappréciable service.

En 1859, un mouvement d'opinion s'était opéré en faveur de l'extraction linéaire, d'où devait sortir bientôt l'éclipse, au moins momentanée, de la belle opération de Daviel. Il ne sera pas sans intérêt de préciser la part que Critchett a prise à ce mouvement, provoqué par Albert de Græfe.



Dans l'*Archiv* (1), dont il était le directeur, l'illustre chirurgien de Berlin avait, en 1859, recommandé deux modifications de l'opération de la cataracte : l'emploi d'une curette pour l'extraction du cristallin et la section préalable de la portion d'iris qu'on était exposé à blesser par les mouvements de la curette; l'incision de la cornée se faisait au moyen d'un large couteau lancéolaire, s'étendait au quart environ de cette membrane, et siégeait à son côté externe; la curette était plus large, plus plate et un peu plus tranchante en avant que celle de Daviel. Ces modifications ne s'appliquaient qu'aux cas, c'est bien clair, de cataracte à substance corticale et à noyau dur.

L'idée de l'instrument avulseur fit un chemin rapide. En 1860 (2), Schuft, disciple de de Græfe, en imagina un à son tour, de quatre formats gradués : les cuillers étaient en argent, plus larges que celle de Daviel et que celle de de Græfe, plus relevées à leur extrémité libre, plus minces et plus concaves. La curette ne se continuait pas avec une tige de même calibre; elle était, au contraire, supportée par une tige très mince, qui permettait de manœuvrer sans maintenir largement béante la plaie de la cornée. L'incision de Schuft, au lieu de se faire, comme celle du maître, au côté externe, se faisait au côté interne. Le reste comme ci-dessus. Se contentant d'abord d'appliquer aux cataractes à substance corticale molle la petite manœuvre de ses grandes cuillers, Schuft s'y complut, et, au bout de peu de temps, prétendit l'appliquer à tous les cas où l'on recourt généralement à l'extraction ordinaire.

(1) *Archiv für Ophthalmologie*, 1859, t. V, 1<sup>re</sup> partie, p. 158 et 183, et *Annales d'oculistique*, 1861, t. XLV, p. 270.

(2) *Die Aussloeffelung des Staars*, Berlin, 1860, et *Annales d'Oculistique*, 1860, t. XLIV, p. 151.



Peu de temps après, Critchett entraînait dans la même voie : incision linéaire et avulsion du cristallin à l'aide de curettes; seulement la curette était différente. C'était le contre-pied de celles de Schuft; autant celles-ci étaient monumentales, autant menue était la sienne (*vectis spoon*) : destinée à glisser entre la membrane hyaloïde et la face postérieure du cristallin, sans pénétrer dans la substance de celui-ci, la forme s'en adaptait assez exactement à la face postérieure du cristallin pour que, en le retirant graduellement, elle entraînant, grâce à un rebord minuscule dont son extrémité antérieure était pourvue, toute la cataracte, sans la rompre, ou tout au moins son noyau dur (1).

De même que Schuft avait fait naguère, Critchett prétendit, à son tour, que toutes les cataractes susceptibles d'être opérées par les procédés anciens étaient justiciables du sien, et, dans un excellent travail écrit en 1864 (2), il plaida éloquemment la cause de ce dernier.

En voici les différents temps.

1. Les paupières écartées par un blépharostat, et l'œil fixé solidement *au moyen de pinces appropriées*, on incise la cornée. L'incision doit être légèrement courbe, *participer de la nature d'une fente plutôt que de celle d'un lambeau*, et avoir des dimensions assez grandes pour ouvrir une issue facile au noyau de la cataracte. On la pratique au moyen d'un large couteau lancéolaire, *à la partie supérieure de la cornée*; on l'agrandit d'un ou de deux coups de ciseaux quand on la trouve trop petite, mais dans la même direction, *pour éviter de convertir la fente en un véritable lambeau*.

(1) *Description d'un nouvel instrument pour l'extraction de la cataracte* (*The Lancet*, 1864, et *Annales d'ocul.*, 1864, t. LII, p. 44.)

(2) *De l'extraction de la cataracte au moyen de la curette*, *Annales d'Ocul.* 1864, t. LII, p. 113.

2. Iridectomie par le procédé ordinaire; kystitomie.

3. Avulsion par la curette avec les précautions voulues.

L'auteur attribue à sa méthode, entre autres avantages, celui d'une plaie linéaire se réunissant beaucoup plus rapidement et beaucoup plus sûrement qu'une incision semi-circulaire, exposant moins à des troubles de la cornée, et celui d'éviter le prolapsus de l'iris, qu'il se plaisait à appeler la *bête noire* de l'extraction à lambeau, et termine ainsi son travail : « L'opinion publique plaidant d'ailleurs en faveur » de l'excision d'une partie de l'iris, toute la controverse » réside actuellement dans un point, à savoir ce qu'il faut » préférer, d'un lambeau ou d'une plaie linéaire, dans » laquelle on introduit une curette en forme de cuiller. Il » faudra peut-être encore un long temps et de nombreux » essais pour trancher la question. »

De Græfe répondit à cet appel : dans un mémoire (1) qui a fait sensation, il se prononça, avec la haute autorité qui s'attachait à sa parole, pour l'abandon des instruments tracteurs et l'adoption de la section linéaire, pratiquée à la partie supérieure de l'œil.

Telle fut la part coopérative prise par Critchett à la révolution qui s'est opérée, durant ces dernières années, dans le domaine de l'extraction de la cataracte, révolution sur laquelle d'ailleurs le dernier mot n'est pas encore dit.

Tout ce qui se rattache à la cataracte a été, de sa part, l'objet des méditations les plus attentives. On lui doit un excellent travail, déjà ancien : « *Observations pratiques sur la cataracte congénitale* » (2), et un autre sur le même sujet :

(1) *Remarques sur l'extraction linéaire de la cataracte* (Archiv für Ophthalmologie, 1866, B. XII, Abth. 1, pages 150-225).

(2) *Ophthalmic Hospital Reports*, XIV et XV de l'ancienne série, et *Annales d'oculistique*, 1861, t. XLVI, p. 209.

« *Remarques pratiques sur la cataracte congénitale* », de date plus récente (2).

Dans celui-ci, il s'occupe surtout de ces cataractes dites *stratifiées*, où l'opacité, toujours centrale, occupe des couches parallèles séparées par d'autres restées indemnes. Quant à la circonférence, elle est tantôt tout à fait transparente, tantôt revêtue de teintes grises plus ou moins saturées. « C'est avec l'attention la plus scrupuleuse, dit-il, qu'il » faut examiner les différents groupes de ces sortes de cataractes partielles; rien, suivant moi, n'exige davantage un » esprit prudent et judicieux. » L'auteur s'y prononce en faveur de la discision, qu'il préfère à l'extraction linéaire, mais qu'il ne conseille que dans les cas où l'on ne peut pas espérer un avantage marqué de l'établissement d'une pupille artificielle, appelée à découvrir des parties excentriques du cristallin, demeurées transparentes. En second lieu, il se fait une règle invariable de n'opérer jamais qu'un œil à la fois, l'échec toujours possible sur les deux yeux constituant, dit-il « un naufrage effrayant, une catastrophe » dont j'ai été plusieurs fois témoin et que j'ai l'espérance » et le vif désir de ne plus rencontrer désormais. »

Aucun oculiste n'ignore qu'entre le moment où l'on pose pour la première fois le diagnostic d'une cataracte et celui où celle-ci est arrivée à maturité, il s'écoule ordinairement un long espace de temps, pendant lequel les intéressés sont en proie à une grande anxiété. L'oculiste doit faire preuve, vis-à-vis d'eux, de beaucoup de tact, car, durant cette période, se présentent des questions d'une solution difficile

(1) *Annales d'oculistique*, 1875, t. LXXIV, p. 219. Travail communiqué à la section d'ophtalmologie du *Congrès périodique international des sciences médicales*, septembre 1875.

et qui sont du ressort tant de l'esthétique que de la science médicale. Elles ont trait, non seulement à la direction à donner au patient pendant la formation graduelle de la cataracte, mais aussi à la fixation de l'époque de l'opération, au degré de l'affaiblissement visuel qui la justifie ou la commande, à son accomplissement dans des circonstances exceptionnelles, telles, par exemple, que la maturité incomplète, enfin à la conduite à tenir quand un seul œil est atteint tandis que son congénère est encore sain.

Toutes ces questions ont été traitées par Critchett avec un grand soin et un grand sens pratique, dans un article intitulé : *Traitement des cataractes en attendant l'opération* (1) et dont on ne saurait assez se pénétrer.

Dans ces dernières années, il s'était fait une règle de conduite fortement motivée : la cornée et la sclérotique sont les deux terrains où peut porter l'incision à travers laquelle la cataracte devra faire issue. Or, il est d'observation que, chez certains sujets, c'est la première, chez les autres, la seconde, qui y est la plus favorable. Opérer les deux yeux le même jour, c'est s'exposer à tomber sur le mauvais terrain et à se faire l'auteur d'un désastre. De là le précepte de n'opérer qu'un œil à la fois, afin de pouvoir, pour le second, s'inspirer des circonstances. Il y a des cas cependant où un client, dont le temps est compté, demande à être rapidement exécuté : dans ces cas, Critchett, imitant un peu les écoliers qui, dans une dictée, hésitant sur l'orthographe d'un mot, préfèrent l'écrire de deux façons différentes afin d'être sûrs de ne faire qu'une faute, conseille de pratiquer l'incision, sur un œil dans la sclérotique, sur un autre dans la cornée. En général, alors, il faisait l'opération de de

(1) *Annales d'oculistique*, 1875, t. LXX, p. 161.



Græfe d'un côté, celle à petit lambeau médian de l'autre.

Il est peu d'opérations de chirurgie oculaire sur lesquelles Critchett n'ait posé son empreinte; parmi elles, nous citerons : un mode spécial pour la pupille artificielle, dans lequel un crochet, diminutif de celui de Tyrell, va harponner le bord pupillaire et l'attire au dehors, à travers une ouverture étroite faite en pleine cornée; un procédé nouveau pour l'énucléation du globe de l'œil, et un autre pour la strabotomie sous-conjonctivale, un mode original de redressement du strabisme divergent par avancement du muscle droit interne, etc., etc. Il n'a pas publié d'ouvrages de longue haleine, mais on lui doit de nombreux travaux répandus dans des publications diverses, et, parmi eux, une série de *Lectures sur les maladies de l'œil*, publiées dans *The Lancet* de 1854, et une autre sur les affections des annexes de l'œil, y compris l'appareil lacrymal (1).

Les longs et compendieux mémoires, prétentieusement rédigés, n'étaient point le fait de notre auteur. Il n'écrivait que lorsqu'il avait quelque chose à faire connaître et il écrivait court et bon. Parmi ces productions, en apparence légères, mais dont il n'était aucune qui ne portât, nous citerons un tout petit mémoire : *Des affections superficielles de l'œil et de leur traitement* (2), où, sans phraser et sans avoir l'air d'y toucher, il pose, en matière de diagnostic et de traitement, des aphorismes d'une haute signification et dont nous avons plus d'une fois fait notre profit. D'après l'auteur, « on doit tout d'abord diviser les affections superficielles ou inflammations de l'œil en deux groupes primaires ou familles, qu'on peut nettement distinguer l'un

(1) *Annales d'oculistique*, 1861, t. LI, pp. 79 et 207.

(2) *Id.*, 1876, t. LXXVI, p. 25.

» de l'autre, chacun d'eux ayant des symptômes bien mar-  
» qués, donnant lieu à des complications spéciales et exi-  
» geant des méthodes de traitement différentes ou même  
» diamétralement opposées. Le premier groupe se compose  
» de l'ophtalmie simple et de ses complications, le second  
» de l'ophtalmie catarrhale avec ses complications et ses  
» développements. Dans le premier, dont la photophobie et  
» le larmolement sont les symptômes principaux, il faut  
» recourir à une thérapeutique composée de remèdes agis-  
» sant indirectement (du dehors) par l'intermédiaire des nerfs  
» (applications froides ou chaudes, lotions opiacées ou bel-  
» ladonées, dérivatifs locaux, temporaires ou permanents,  
» tels que sétons et cautères, etc). Dans le second, on doit  
» agir par des moyens portant directement sur la surface  
» enflammée (lotions variées contenant de l'alun, du zinc,  
» du cuivre, ou des applications caustiques dont la princi-  
» pale est le nitrate d'argent). C'est sur une adaptation exacte  
» de ces divers éléments aux exigences spéciales de chacun  
» des cas que nous avons décrits que repose le succès du  
» traitement. »

L'auteur fixe spécialement son attention sur un état ap-  
partenant au premier groupe : c'est une forme d'ulcère à la  
cornée, connue sous le nom « *d'ulcère vasculaire*, » qu'il dé-  
crit minutieusement. « J'ai été fréquemment consulté, dit-  
» il, pour des cas de cette nature, dans lesquels on avait  
» employé en vain toutes les méthodes de traitements, et  
» après que des années de souffrances avaient suffisamment  
» indiqué la nature opiniâtre de l'affection. J'ai alors l'ha-  
» bitude de pratiquer aux tempes de petits sétons de soie, et  
» cela avec un succès marqué, je pourrais presque dire in-  
» variable. La suppuration provoquée par ce moyen consti-



» tue un dérivatif permanent, qui, non seulement fait  
 » disparaître l'action morbide actuelle et détermine la dis-  
 » parition des vaisseaux, mais, de plus, devient une sauve-  
 » garde contre les rechutes. Ainsi que je l'ai déjà dit, j'ai  
 » fréquemment réussi à guérir, par ce moyen, des ulcères  
 » qui, pendant des mois et des années, avaient résisté à  
 » toutes les méthodes de traitement; aussi je ne néglige  
 » jamais l'occasion de témoigner publiquement combien il  
 » a de valeur. »

Et, en effet, ce petit fil, dissimulé dans la chevelure, et auquel, se plaisait-il à dire, il devait tant de succès, il en parlait volontiers. — Mais, lui dit un jour un confrère, est-ce que ce petit fil ne serait pas une ficelle? — Se retournant alors vers un tiers : « *What does it mean?* dit-il. » Et on le lui expliqua. Il eut quelque peine à comprendre, mais quand la lumière se fut faite, il se mit à rire de son rire si bon. Puis, reprenant son sérieux : « *Non, pas une ficelle, un bon petit fil (1).* »

Entré à Moorfields, en 1839, Critchett y resta, à titre de chirurgien, jusqu'à la limite d'âge, en 1877. Quoiqu'il fût alors dans la plénitude de ses facultés et à l'apogée de son talent, il dut subir la loi commune : il se retira, sans murmurer, d'un enseignement et d'une pratique auxquels il

(1) *Autres écrits de Critchett* : 1. Introductory Lecture delivered at the London Hospital, in 1847.

2. An address delivered before the members of the Hunterian Society on the method of investigating the value of remedial agents; with illustrations drawn chiefly from the treatment of certain ophthalmic diseases, 1850.

3. A course of lectures on Diseases of the Eye, delivered at the medical school of the London Hospital, published in the *Lancet*, in 1854.

4. Original observations founded upon a series of cases of extirpation of the globe. *Lancet*, 1855.

5. A case of Blindness from Birth, in which sight was restored in a

était resté attaché pendant trente-huit ans, et qu'il avait contribué, pour une si large part, à grandir et à élever. Mais il ne prit point, pour cela, sa retraite, dont le monde médical eût eu trop à souffrir; il accepta, à peu de temps de là, le poste de chirurgien-oculiste à l'hôpital de Middlesex, où il ne tarda pas à être suivi de la vaillante phalange d'étudiants et de savants étrangers, accourus de tous les points du monde pour s'initier à ses principes et à sa pratique (1).

George Critchett était un opérateur hors ligne; nul ne porta plus loin que lui le sang-froid et la dextérité, et c'était merveille de le voir à l'œuvre, c'était merveille de le voir tourner, retourner, j'allais presque dire tripoter un œil, sans qu'une fibre de son visage sourcillât. Qui donc a dit qu'on pouvait vider un œil ouvert par kératomie en le manipulant sans mesure? Pour Critchett, ce danger était tout imaginaire, tant son œil et sa main étaient fermes et sûrs. C'était simple-

Female by an operation at the age of 22. In the *Medico-Chirurgical-Transactions*, 1855.

6. Practical remarks on Strabismus : with some novel suggestions respecting the operation, 1855.

7. Introductory Lecture delivered at the London Hospital, 1859.

8. Lecture on Diseases of the ocular appendages. *Lancet*, 1862.

9. Lectures on the Diseases of the Lachrymal apparatus, delivered at Moorfield's Hospital. *Lancet*, 1865.

10. Case of extraction of a dislocated lens. *Lancet*, 1865.

11. Introductory Lecture delivered at the London Hospital, 1868.

12. On Cataract extraction. *Medical Press and Circular*, 1870.

13. Superficial affections of the Eye and their treatment. *Medical Examiner*, 1876.

14. Practical remarks on congenital Cataract. *British Medical Journal*, 1876.

15. A new method of treating gonorrhæal Ophthalmia. *British Medical Journal*, 1879.

16. On Peritomy. *Transactions of the Ophthalmological Society*, 1881.

17. On sympathetic Ophthalmia. *Ophthalmic Hospital Reports*, 1881.

18. Practical remarks on Cataract. *The Ophthalmic Review*, 1881 and 1882.

(1) Élu chirurgien-oculiste, à *Middlesex Hospital*, le 24 février 1876, Critchett résigna ce mandat le 12 avril 1881.



ment la perfection. Quelques-uns ont pu opérer aussi bien : qui pourrait se vanter de l'avoir dépassé ?

Lui seul répondait à cette question en citant son maître. Il avait, toute sa vie, d'abord de loin, puis ensuite de plus près en plus près, suivi un homme qu'il aimait et qu'il honorait par dessus tout, et c'était chose touchante que la façon dont il témoignait pour lui de sa déférence et de son admiration. Un panégyriste a dit récemment que l'Angleterre venait de perdre son plus grand oculiste. Avec quelle énergie il protesterait s'il pouvait renaître. Et il citerait son respectable ami Bowman, comme le savant qui résumait pour lui tous les mérites et toutes les gloires. C'était un trait de caractère que cette acceptation sans réserve d'une supériorité qu'il proclama jusqu'à son dernier jour, que ce respect pour un collègue défrichant le même terrain que lui, respect qui ne diminuait pas à mesure que se rapprochèrent les distances, et dont il a légué le culte à ses enfants.

Quand il fut sur son lit de mort, Bowman revint de la province pour lui serrer la main une dernière fois. Il ressentit de cette étreinte une joie immense et une suprême consolation.

Critchett était d'une modestie sincère ; quand il se trouvait en présence de celui que, toute sa vie, il s'était plu à appeler « le maître, » il se dérobait, ne voulant pas laisser croire qu'il pût faire vis-à-vis de lui acte de compétition. Rien de plus digne ni de plus aimable, je le répète, que cette attitude qui ne s'est jamais un instant démentie.

Tous ceux qui, au lendemain de sa mort si poignante, ont parlé de l'illustre défunt, lui ont tressé une couronne portant ces mots : honnêteté, science, probité scientifique.

Ces qualités appartenaient à l'homme public, au savant, au maître. L'homme privé reste, et il m'appartient, à moi qui, pendant trente ans, ai vécu de sa vie, et que jusqu'à la fin il a appelé son meilleur ami, d'en parler à cette heure.

Critchett était bon. C'était là sa note dominante. Son désir constant était d'épargner aux autres quelque peine ou quelque ennui. Un trait entre mille : il s'agissait de fixer la ville où siégerait le futur congrès d'ophtalmologie, New York ou Madrid. Nous étions convenus de voter pour Madrid. Au vote, je vis Critchett lever la main en faveur de New York. — Eh ! bien, lui dis-je après la séance, vous avez voté pour New York ? Et nos conventions ? — Oh ! mes amis d'Amérique me l'ont demandé. Mais j'ai aussi levé la main pour Madrid.

Critchett fut longtemps l'un des oculistes les plus occupés de Londres. A peine son temps y suffisait-il. Sa maison ne désemplassait pas, et, pour faire face à tout, il avait fini par passer à son fils Anderson, son aide fidèle qui ne le quittait pas et qui devait devenir maître à son tour, tous les cas se rapportant aux déterminations de la réfraction, et surtout à ces recherches sur l'astigmatisme qui souvent prennent tant de temps. Son cabinet était d'un riche produit. Et cependant ses exigences étaient modestes ; il recevait, sans y regarder, le *fee* entouré de papier que les clients déposaient sur sa cheminée, et riait le soir en voyant ce que parfois ce papier contenait. Il pardonnait de grand cœur à ces mystificateurs qu'il se bornait à plaindre. — Ils ne sont pas riches, disait-il, mais ils auraient mieux fait de le dire simplement. — Il faisait la part large, en effet, aux gens peu favorisés de la fortune, que leur situation lui désignait comme tels ; les artistes, dramatiques et autres, les institu-

teurs et institutrices, les petits employés. — Que vous dois je, monsieur? — Rien, répondait-il. — Quelques-uns insistaient et avançaient timidement leur modeste obole. — « Reprenez ça et allez voir *Lohengrin* ou le *Vaisseau fantôme*, leur disait-il, selon l'affiche du soir. Vous viendrez, la semaine prochaine, me dire si vous vous êtes bien amusé. »

Critchett faisait ainsi l'article au profit de l'idée wagnérienne, dont il était devenu l'un des plus fervents apôtres.

L'histoire rapporte que Lamartine se croyait plutôt appelé à la viticulture qu'à la poésie, et que Ingres se prétendait plus fort au violon qu'à la palette. Bien des grands hommes ont de ces déviations bizarres de l'orgueil. Critchett n'aimait rien tant que d'être loué de son dilettantisme musical. Il disait aimer la grande musique, et son dire était sincère; qui eût nié son affirmation l'eût violemment offensé. Sa fille, toute tissée d'harmonie, et dont le charme subtil eut une si grande influence sur sa vie, est musicienne accomplie. Éprise de la musique moderne, elle prit pour dieu Wagner, et son entourage eut à s'assimiler, à force de les entendre, les grandes œuvres du compositeur, qu'elle joue merveilleusement. Critchett s'enthousiasma. Sans doute il ne se doutait pas, le fin crédule, que le charme venait plutôt, pour lui, de la musicienne que de la partition; et que ce qu'il aimait encore le plus dans la fougueuse rhapsodie du maître, c'était la chère main qui glissait sur l'ivoire, mettant sur la musique rouge, comme pour en adoucir la flamme, la neige rose des doigts et la neige blanche du clavier.

Vinrent les représentations de Bayreuth. Critchett ne se tint pas de joie. Quittant la redingote du dandy correct et

compassé, il revêtit le *complet* couleur claire du touriste et partit pour la Bavière, avide de la réjouissance musicale qu'il croyait devoir ressentir. Et de fait, il la ressentit. La tétralogie le transporta dans le ciel, au pays des songes.....

Étrange phénomène ! Critchett avait, en matière de mesure musicale, de tonalité et de mélodie, des sensations et des notions d'une grande indépendance. Et cependant, à force d'entendre de bonne musique, il crut sincèrement qu'il en comprenait les finesses. Et, de fait, il y puisait des jouissances et des émotions réelles ; il finit par croire que c'était arrivé, et quelque chose *était arrivé* en effet. Dans les derniers jours, il demanda qu'on écrivît à Wagner, à Bayreuth, que, pendant ses longues heures de souffrance, rien ne l'avait soulagé, si ce n'est la musique du Parsival, que sa chère Amy lui jouait constamment. L'éducation passive et la conviction avaient eu raison de la torpeur originelle.

Il s'était bien trouvé, faut-il croire, de sa première campagne artistique. Aussi, quand, après la tétralogie vint le *Parsival*, il partit, le pied léger, et accompagné de sa chère fille, vers les régions où déjà il avait si délicieusement applaudi le maître. Cette fois, la fortune lui fut contraire. Au mois d'avril 1882, Critchett avait dû consulter M. Coulson pour sa santé ; celui-ci ne crut pas devoir alors se livrer à des investigations intimes, que l'état du malade d'ailleurs ne justifiait pas, et se borna à lui faire prendre quelques médicaments appuyés d'un régime sévère, dont l'extrême sobriété du patient lui rendait l'observance facile. Il vint alors, sous mon toit, où il apporta, une fois encore, cette verve inépuisable et cette humeur tranquille et douce qui en faisaient l'hôte le plus facile et le plus aimable. Il se trouva bien de ce séjour — qui devait, hélas ! être le der-



nier — et ne se plaignit plus de rien jusqu'au commencement du mois d'août. On remarqua alors qu'il quittait quelquefois les clients dont son cabinet était encombré, pour se reposer dans sa chambre. Une fois même, il eut des vomissements qu'on ne sut à quoi rapporter. Vint le second voyage de Bayreuth (1), qu'il devait faire suivre d'une visite à Paris et à Bruxelles. Il était bien portant et très gai, mais à peine arrivé, il fut pris d'une soif continuelle et d'une grande sécheresse de la bouche. Ces symptômes le préoccupèrent, et il se détermina à rentrer à Londres sans parfaire son itinéraire. Le retour se fit sans encombres, et, pendant les quatre jours qui le suivirent, il reçut ses malades comme de coutume, sans manifester la fatigue qu'il devait en ressentir.

Le 5 septembre, Critchett fit sa dernière opération de cataracte; il la pratiqua de la main gauche, à l'œil gauche. Jamais sa main n'avait été plus ferme; l'opéré, quelques semaines après, assistait aux funérailles de son sauveur; sa vue était parfaite. Le 14, il visita encore la princesse de Galles, et, le 28, il quitta son lit pour servir d'aide à son fils, appelé à pratiquer une iridectomie sur le duc de Wellington.

Ce fut sa dernière sortie et il dut s'aliter. Des douleurs violentes s'étaient manifestées, qui durèrent douze jours presque sans répit. Le *dr* Andrew Clark, sir Henri Thompson et M. Coulson furent appelés et firent le nécessaire. Cinq fois, pendant les huit semaines que dura la maladie, il parut se remettre, mais l'illusion ne fut jamais longue, les symptômes urémiques dont il était travaillé n'étaient pas de nature à pardonner (2). Il supporta ses souffrances avec un

(1) Il quitta Londres le 19 août et y rentra le 5 septembre.

(2) L'autopsie a fait constater les altérations suivantes : hypertro-

grand courage et une inaltérable patience, et jusqu'à la fin conserva la plénitude de ses facultés. Sa fille le veillait la nuit de sa mort; rien n'annonçait que celle-ci dût être si prochaine. La pauvre enfant, rentrant après être sortie un instant, trouva son père inquiet et la cherchant du regard. Il faut me promettre maintenant, lui dit-il, de ne plus me quitter. « *Kiss me darling, go on kissing me,* » puis la serra dans ses bras si fort qu'elle comprit qu'il lui disait adieu. Elle fit chercher alors toute la famille, et, au milieu de tous ceux qui avaient escorté sa vie, avec ce même calme suave qu'il avait déployé dans toutes les circonstances graves de son existence, le père s'endormit (1).

En Angleterre, à Londres surtout, les funérailles sont simples; on n'y convoque pas le ban et l'arrière-ban des amis dont souvent le défunt avait à peine le souvenir; les distances sont longues et le temps précieux. Les membres de la famille et quelques amis, des plus intimes, devaient seuls lui faire cortège. Au moment du départ, on vit se glisser, à la suite, des gens dont personne ne soupçonnait l'existence. Ils avaient des larmes aux yeux, et aux mains des bouquets, des guirlandes, des couronnes. C'étaient des clients reconnaissants, engeance rare, que Critchett avait fait sortir de terre à coups de bienfaits.

Georges Critchett laissera après lui, comme homme et comme savant, un ineffaçable souvenir. A ses enfants, il a légué un héritage précieux : un grand nom et un grand exemple.

— Cette lecture est accueillie par des applaudissements.

phie de la prostate, dilatation de la vessie et des uretères, dégénérescence des reins.

(1) Le 1<sup>er</sup> novembre 1882. Enterré à Highgate, lieu de sa naissance.

## III. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret, ouvert à une heure et l'Académie reçoit communication des rapports suivants.

1. Rapport de la commission de comptabilité sur l'administration administrative et financière du Bureau pendant l'année 1882.

Ce rapport constate que, comme les années précédentes, le Bureau s'est acquitté avec zèle et dévouement de ses fonctions qui lui incombait. La commission propose à l'Académie d'en lui en exprimer sa satisfaction. — Adopté.

2. Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la question de *l'exercice de la médecine et de la pharmacie par les femmes*.

Sur la proposition de M. le président, l'Assemblée décide que ce rapport sera imprimé et distribué pour être discuté dans la prochaine séance.

3. Rapport de la commission chargée de l'examen de la question de savoir *s'il ne conviendrait pas d'entourer le stage officiel des élèves en pharmacie d'une garantie plus satisfaisante que celle établie par la loi de 1876*. — Adopté. — Le rapporteur.

Après avoir entendu la lecture de ce rapport, l'Assemblée décide qu'il sera également imprimé et distribué et discuté dans la même réunion.

4. Rapport de la commission qui a examiné la question du *cumul de la médecine et de la pharmacie*.

M. Willems, rapporteur, donne communication de son travail, au sujet duquel la même décision est prise pour les deux rapports précédents.

— Sur la proposition de M. Warlomont, l'Académie charge le Bureau de demander à M. le ministre de l'intérieur que, par dérogation au règlement, ces rapports puissent être discutés en séance publique.

— La séance est levée à 2 heures.

---



**STÉNOSE congénitale de l'artère pulmonaire accompagnée de cyanose ; diagnostic confirmé par l'autopsie. — Observation recueillie par M. E. CHARON, médecin adjoint des enfants, à l'hôpital St-Pierre, etc., à Bruxelles.**

Le nommé Henri Philipschs, âgé de 4 ans et 4 mois, entra à l'hôpital Saint-Pierre, le 13 juin 1881. Il était atteint d'une broncho-pneumonie double ; malgré les progrès qui résultaient de la bronchite généralisée qui accompagnait la broncho-pneumonie, on percevait distinctement un bruit de souffle systolique à la région précordiale. Le faciès était bleuâtre, les narines se dilataient à chaque inspiration, l'enfant semblait sur le point d'être asphyxié. D'après l'anamnèse, nous crûmes d'abord à l'existence d'une endocardite qui compliquait l'affection de poitrine. Quand la broncho-pneumonie double eut cédé sous l'influence d'un traitement énergique, nous pûmes dire que la maladie purement accidentelle, l'inflammation broncho-pneumonique de celle qui était congénitale, la cause. Nous pûmes, quand il n'exista plus de râles bronchiaux, ausculter avec précision la région précordiale et détecter l'endroit où le bruit de souffle était le plus développé. C'était au niveau du second espace intercostal de la gauche, dans le voisinage du sternum, au foyer de distribution de l'artère pulmonaire. Quand on appliquait au niveau un stéthoscope d'un calibre étroit, dont le diamètre présentait un diamètre d'environ 2 centimètres, on percevait un bruit de souffle systolique excessivement rude qui diminuait d'intensité, si l'on promenait l'instrument le long d'une ligne verticale, vers la pointe du cœur, ou suivant une ligne horizontale à la partie supérieure et à droite du



num, vers le foyer aortique ; le souffle se prolongeait davantage du côté gauche, vers le milieu de la clavicule, suivant le trajet de l'artère pulmonaire.

A partir de la guérison de la broncho-pneumonie, qui fut complète vers le 15 juillet 1881, l'enfant vécut encore un an et deux mois. Vers le 4 septembre 1882, il présenta un état de somnolence, qui fut accompagné de dyspnée ; on le voyait souvent plongé dans un demi-coma auquel s'ajoutaient des phénomènes asphyxiques ; il en sortait habituellement pour reprendre ensuite une existence de valétudinaire ; cette fois, il s'éteignit doucement, le 16 septembre 1882, à 2 heures du matin. La veille, la peau était plus cyanosée que de coutume, la gêne de respiration s'était accrue considérablement. L'enfant était âgé de 5 ans et 7 mois ; il avait séjourné un an et trois mois à l'hôpital ; l'appétit s'était conservé jusqu'au dernier moment ; pendant une série de jours consécutifs, il se levait et jouait, assis dans un fauteuil, avec les autres petits malades, puis se succédaient d'autres jours où il était plus souffrant, demeurait assoupi même dans la journée ; la gêne de respiration devenait alors plus considérable, sans que l'on constatât le moindre râle du côté de la poitrine. Il avait, de la façon la plus marquée, les extrémités des doigts en forme de spatules ; les pieds étaient ordinairement glacés ; la coloration bleuâtre des téguments était très prononcée à la face et aux extrémités ; la muqueuse buccale était d'un bleu foncé noirâtre ; les gencives étaient souvent sanguinolentes ; les incisives se déchaussèrent pendant son séjour à l'hôpital, puis finirent par tomber, sans être remplacées par les dents de la seconde dentition, ce que nous attribuâmes à l'alanguissement général de la nutrition. Le souffle

était si bien marqué au foyer d'auscultation de l'artère monaire, si intense, si aisé à percevoir que, pendant l'année, il ne vint pas dans le service un visiteur, homme d'art, bien entendu, à qui je ne montrasse ce petit malade comme présentant le type le plus caractérisé de sténose de l'artère pulmonaire, accompagnée de cyanose, qu'il est possible de rencontrer. A la percussion, la matité précordiale dépassait de 2 centimètres environ la ligne mammaire, et de 3 centimètres, en dedans, le bord gauche du sternum; cet os était un peu rejeté en avant, la poitrine était aplatie sur les côtés : c'étaient des signes du rachitisme qui accompagnait les autres infirmités de ce pauvre enfant. Son caractère était très irritable, mais il était sensible, intéressant et affectueux.

L'autopsie fut pratiquée le 6 septembre, par M. le Dr Wehenkel, chef du service des autopsies; il voulut bien m'abandonner le cœur, après en avoir constaté les principales anomalies, pour que je pusse l'étudier d'une façon plus minutieuse qu'il n'était possible de le faire à l'amphithéâtre de l'hôpital. Nous passerons rapidement sur le résultat de la nécropsie, en ce qui concerne les organes autres que le cœur.

Taille de l'enfant : 94 centimètres; mesure du tour du thorax 55 centimètres. On constate un amaigrissement assez marqué de tout le corps; le ventre est fortement ballonné; le thorax présente les altérations du rachitisme, en ce sens qu'il est aplati latéralement, tandis que le sternum fait saillie en avant; les quatre incisives ont disparu en haut et en bas; l'on ne voit pas de vestiges de nouvelles dents; les canines sont branlantes et déchaussées; la muqueuse buccale est d'une coloration bleuâtre. Après avoir enlevé, avec précaution,



tion, la trachée, le cœur et les poumons, on constate une scyphose rachitique de la colonne vertébrale, assez prononcée au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales. Le cerveau est d'une coloration bleue, uniforme, très foncée, presque noirâtre et telle que nous ne l'avons jamais observée dans aucune autopsie antérieure. Cette teinte accentuée est due à la stase sanguine dans toutes les veines qui se ramifient à la surface de l'encéphale; sur des sections du cerveau et du cervelet, on remarque une vive injection de toute la masse nerveuse; les toiles choroïdiennes offrent une coloration d'un rouge noirâtre; les petits vaisseaux qui les parcourent, principalement les veines, sont très dilatés; à la base, les artères sont saines, mais les sinus sont d'une teinte violacée.

Dilatation excessive des veinules qui tapissent la face postérieure du sternum. La veine sous-clavière droite est énormément dilatée, d'une coloration noirâtre et a le volume du doigt d'un adulte; tous les vaisseaux veineux du cou présentent également une excessive dilatation. Les poumons sont gorgés d'un sang noir et leur tissu offre plus de résistance qu'à l'état normal. Du côté du poumon gauche, on constate que la partie du lobe inférieur, en contact avec le diaphragme, est d'une coloration violacée, qu'elle présente de la congestion et de l'œdème; mais la résistance du parenchyme, l'absence de friabilité prouvent qu'il n'existe pas de trace d'hépatisation; le poumon droit présente aussi une teinte très foncée; il est moins œdémateux, à la base, que le poumon gauche. Il n'existe pas la moindre trace d'épanchement pleural.

Le foie mesure 17 centimètres de largeur, 12 de hauteur et 4 d'épaisseur; la rate est très légèrement hypertrophiée;



l'estomac est fortement distendu et renferme des débris d'aliments; les reins sont un peu gorgés de sang, on ne constate aucune lésion; l'intestin grêle est quelque peu congestionné, surtout dans sa partie postérieure; on ne note rien d'anormal du côté du gros intestin.

Nous arrivons maintenant à l'organe le plus important à étudier chez ce sujet, au cœur, ainsi qu'aux gros vaisseaux qui y prennent naissance, principalement l'aorte et l'artère pulmonaire. Le cœur est notablement hypertrophié. Que l'on se rappelle que l'enfant n'avait que cinq ans, et qu'un cœur d'adulte a une longueur de 98 millimètres, l'origine de l'aorte à la pointe, 107 millimètres de largeur prise d'un bord à l'autre, à la base des ventricules. Celui que nous étudions mesure 75 millimètres à la base, sur une hauteur de 80 millimètres. Le péricarde ne présente rien d'anormal, si ce n'est une vive injection; il n'y existe ni d'épanchement séreux ni sanguin.

A l'état normal, l'aorte se dirige en haut, en décrivant une légère courbure à convexité à droite; à sa sortie du péricarde, elle se porte brusquement de droite à gauche et d'avant en arrière jusqu'à la partie latérale gauche de la colonne vertébrale, et par sa concavité elle répond à la *bronche gauche*, qui passe derrière sa portion horizontale. Sur ce cœur nous constatons que l'aorte se porte, à sa sortie du péricarde, du côté droit, de manière à embrasser par sa concavité la *bronche droite*. A l'état normal, l'artère carotide primitive droite naît du tronc brachio-céphalique; chez ce sujet les vaisseaux du côté droit, l'artère carotide et l'artère sous-clavière naissent séparément de la crosse de l'aorte, en arrière des vaisseaux du même nom du côté gauche; ces derniers sont réunis vers leur origine en



tronc brachio-céphalique très court. Le canal artériel naît à l'origine de l'artère sous-clavière gauche, non pas de l'aorte, mais du tronc brachio-céphalique gauche et se rend à la division gauche de l'artère pulmonaire, et tandis qu'à l'état normal (1) on trouve le canal artériel transformé en un cordon fibreux qui, du point de bifurcation de l'artère pulmonaire, se rend à la concavité de l'aorte, ici le canal artériel est resté perméable dans toute son étendue jusqu'au point où il se jette dans la division gauche de l'artère pulmonaire; à ce point précis un stylet très mince introduit dans la lumière du canal artériel est arrêté par une cloison; le canal artériel ne communique donc plus avec l'artère pulmonaire, il a un calibre de deux millimètres environ.

L'hypertrophie du ventricule droit est considérable; je parle d'une hypertrophie active, portant sur la paroi même du ventricule, dont l'épaisseur dépasse même celle du ventricule gauche, puisqu'elle mesure dix millimètres et celle du ventricule gauche huit millimètres au plus.

Le diamètre transversal de l'aorte est de 25 millimètres; l'artère pulmonaire est rétrécie, son calibre est d'un tiers moins considérable qu'à l'état normal; il mesure huit millimètres de largeur, mais la sténose porte surtout sur son orifice, au niveau de l'infundibulum, dans le ventricule droit; cet orifice ne mesure guère plus de trois millimètres de diamètre; il est entouré d'une zone de tissu fibreux d'un blanc nacré, et l'on n'y distingue plus de trace des valvules sigmoïdes; à la droite de cet orifice, on observe dans le

(1) D'après J. Parrot (*Clinique des nouveau-nés*, l'athrepsie, p. 22) l'oblitération du canal artériel est complète au vingtième jour. D'après Langer, au bout de cinq jours déjà l'oblitération commence; après 14 jours le conduit serait oblitéré et présenterait la forme d'un sablier; à la fin du troisième mois, il est transformé en un cordon massif.

ventricule droit une ouverture quadrangulaire de 10 centimètres de largeur, qui fait communiquer entre eux les deux ventricules; elle est située dans le ventricule gauche immédiatement au-dessous des valvules sigmoïdes de l'aorte et occupe la base du septum interventriculaire, arrêté au même niveau dans son développement normal; cette ouverture occupe la partie membraneuse et supérieure de la cloison à l'endroit où les endocardes des deux cavités, droite et gauche, s'adossent à l'état normal sans intermédiaire de fibres musculaires.

Enfin, pour en finir avec les anomalies de l'organe central de la circulation, nous trouvons également que chez ce sujet le trou de Botal est demeuré béant; nous avons pu faire passer avec facilité un drain de quatre millimètres de diamètre.

*Réflexions.* — Pour arriver à faire un diagnostic précis chez notre petit malade, il était important de faire usage d'un stéthoscope; le nôtre, dont l'extrémité opposée au pavillon présente un orifice étroit de deux centimètres de diamètre, s'applique parfaitement au niveau des principaux foyers d'auscultation du cœur, si limités chez l'enfant. Nous avons pu préciser le point où le bruit de souffle se faisait entendre avec le plus d'intensité et faire un diagnostic conforme aux résultats fournis par la nécropsie. Cela nous eût été impossible en agissant comme on le voit faire en clinique par certains praticiens qui ne sont pas familiarisés avec le maniement du stéthoscope, et qui se contentent d'appliquer leur oreille sur la poitrine du malade, au niveau de la région cardiaque; en auscultant de la sorte le cœur d'un enfant, ils n'auraient pu surprendre qu'un bruit de souffle intense, mais ils n'auraient pu préciser quel en était le point.

de départ; de là à se contenter de rapporter la cause de la cyanose à la persistance du trou de Botal, comme on le faisait jadis, il n'y a qu'un pas (1). Peut-être objectera-t-on qu'il est assez inutile de faire en semblable occurrence un diagnostic bien rigoureux; il n'est pas moins vrai que si l'on peut établir que le rétrécissement de l'artère pulmonaire existe, qu'il est congénital, qu'il est le véritable facteur de la cyanose, on saura mieux prévoir tous les accidents qui doivent fatalement se succéder sous les yeux de l'observateur, tels que l'hypertrophie consécutive du cœur droit, la stase veineuse dans les viscères, l'asphyxie et la somnolence alternant avec un état syncopal; on donnera mieux à tous ces phénomènes morbides leur véritable interprétation et l'on ne songera jamais à combattre des désordres qu'on s'attend à voir survenir comme conséquences logiques d'une altération irréparable par des moyens pénibles pour le patient, tels que des émissions sanguines ou des vésicatoires, mais on se contentera de tenir tête à la plupart des accidents par une médication purement palliative.

Une fois la sténose de l'artère pulmonaire reconnue, vu l'intensité du bruit de souffle et l'état de cyanose congénitale de l'enfant, nous pouvions nous douter de la communication des deux cœurs, supposer la persistance du trou de Botal ou la perforation du septum interventriculaire; mais notre diagnostic ne pouvait pas aller plus loin en précision; nous ne pouvions pas affirmer si la perforation existait entre les oreillettes seulement, entre les ventricules ou bien, comme c'était le cas, entre les quatre poches du cœur.

(1) On croyait jadis, dit Vogel, avoir suffisamment expliqué la cyanose en faisant passer une sonde d'une oreillette à l'autre, que la valvule fût suffisante ou non.



On peut voir, concurremment avec la communication entre les ventricules et les oreillettes, persister, en cas de sténose de l'artère pulmonaire, le canal artériel; dans le cas présent, il n'était pas transformé en cordon fibreux, il était resté perméable dans presque toute son étendue, il n'était oblitéré que du côté de la division gauche de l'artère pulmonaire; en somme, il ne permettait pas au sang veineux de se mélanger avec le sang artériel. On comprend pourquoi l'oblitération s'était effectuée du côté de l'artère pulmonaire : le sang devait recevoir une impulsion considérable dans ce vaisseau par suite du rétrécissement de l'orifice artériel ; il devait, au contraire, à chaque systole refluer avec force du côté de l'aorte et des vaisseaux coronaires émergeaient, au travers de la perforation du septum interventriculaire. En conséquence, la perméabilité du canal artériel avait persisté du côté du tronc brachio-céphalique et son oblitération avait pu s'accomplir au niveau de l'artère pulmonaire, où la circulation était ralentie.

L'extrême hypertrophie du ventricule droit est aussi un fait qui résulte directement du rétrécissement de l'artère pulmonaire (loi de l'hypertrophie, en aval de l'obstacle) ; ici la paroi du ventricule droit était même devenue plus épaisse que celle du ventricule gauche.

On remarquait, au pourtour de l'orifice de l'artère pulmonaire, une zone de tissu fibreux, blanchâtre et probablement cicatriciel ; ce tissu est ordinairement le reliquat d'une endocardite ; dans le cas présent, tout porte à croire qu'à l'état fœtal il a existé, à ce niveau, une inflammation de l'endocarde ; Bouillaud, on le sait, rapportait à l'inflammation toutes les anomalies du cœur chez le fœtus. C'est à la septième semaine (Cadet de Gassicourt), tout au plus,

le deuxième mois (Johann Steiner), que la cloison interventriculaire est arrivée à son complet développement; la solution de continuité de cette cloison nous permet de nous rendre approximativement compte de l'époque de la vie fœtale à laquelle est survenu, chez ce sujet l'endocardite qui a déterminé la sténose de l'artère pulmonaire; par suite de l'excessive étroitesse de l'orifice de ce vaisseau, il a fallu que le trop-plein du sang forçât la cloison et empêchât son oblitération, ou bien l'enfant aurait succombé, même avant la délivrance, par suite de l'arrêt du cœur.

On a cru pendant longtemps que la cyanose était due au mélange des deux sangs, soit au travers des oreillettes, par le fait de la non oblitération du trou de Botal, soit par des solutions de la cloison interventriculaire ou par suite de la persistance du canal artériel. Gintrac, père, définissait même la cyanose comme étant une maladie constituée par l'introduction du sang veineux dans le système artériel général, en vertu de communications ouvertes soit entre les cavités droite et gauche, soit entre les principaux troncs vasculaires, maladie qui est accompagnée de la coloration bleuâtre, livide de la peau et des muqueuses. « Autrefois, » dit Requin (1), les pathologistes s'accordaient à regarder » cette coloration bleue ou livide de la peau comme un effet » directement dû à ce que les artères, dans le cas dont il » s'agit, contiennent, au lieu de sang artériel pur, un mélange de sang artériel et veineux; — comme étant, en un » mot, une teinte à la fois adoucie et altérée par le moyen » de laquelle se laissât entrevoir et reconnaître à travers » l'imparfaite et grossière transparence du derme et de » l'épiderme, ce sang mélangé, et toujours supposé d'un

(1) *Éléments de pathologie médicale*; par A.-P. REQUIN; t. II, p. 804.

» rouge noirâtre, en circulation dans les capillaires cutanés  
 » tant artériel que veineux. » Mais d'abord, comme l'a  
 observer Vogel, la cyanose peut parfaitement exister dans  
 un état normal du cœur, en cas de choléra, par exemple,  
 ou bien dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.  
 Mais, contre, le mélange du sang artériel et du sang veineux  
 n'a pas toujours lieu avec absence de cyanose.

Des observations dont on ne peut contester l'authenticité, qui sont dues à des auteurs dont on ne peut mettre en doute le savoir et la bonne foi, prouvent que le sang artériel et veineux ont pu se mêler par suite du défaut de cloisonnement des cavités du cœur, sans qu'on ait observé la cyanose chez les sujets qui avaient présenté, après la mort, cette anomalie. Nous citerons, à l'appui de ces faits, plusieurs cas : Requin (1) constate la persistance du trou de Botal, à l'autopsie d'un tuberculeux, qui n'avait, de son vivant, présenté aucun phénomène de cyanose et qui était même ordinairement très pâle. Valleix (2), à l'Hospice des enfants-trouvés, constata chez un enfant, une si large communication des ventricules et des oreillettes, qu'il n'y avait qu'un rudiment très faible de la cloison. Le mélange des deux sangs était donc incontestable. Or, cet enfant avait vécu plusieurs jours, non seulement sans présenter la coloration bleue de la peau, mais encore en passant par les diverses colorations que présente l'enfant naissant. Ainsi, les taches, après avoir été d'un rouge assez foncé, prirent une teinte légèrement jaunâtre et finirent par devenir roses comme chez les autres enfants.

(1) *Revue médicale*. Septembre 1842 : Compte rendu de la Société de médecine de Paris.

(2) *Guide du médecin praticien*; par F.-L.-J. VALLEIX, 1850; p. 711.

M. Breschet (1) a fait, avec M. Bertin, l'ouverture du corps d'une femme de 56 ans, dont la peau avait conservé la couleur naturelle, bien qu'il existât une perforation de la cloison des oreillettes et qu'on eût remarqué, à l'orifice de l'artère pulmonaire, une membrane mince, percée d'une très petite ouverture.

On a vu la cyanose ne pas se produire chez un enfant de 6 semaines, et dont la coloration était à peine changée; MM. Breschet et Meckel trouvèrent, avec surprise, le cœur uniloculaire. Toutes les cavités de cet organe communiquaient ensemble ou plutôt n'en formaient qu'une, par suite de l'absence presque complète de leurs cloisons.

Ogle rapporte que, sur soixante-deux cœurs pris au hasard sur autant de cadavres d'adultes, il en a trouvé treize (1 sur 5), ayant le trou ovale plus ou moins ouvert. Dans plusieurs cas, l'ouverture était ovale ou ronde, et deux fois elle était assez grande pour laisser passer le bout du petit doigt. Dans aucun de ces cas, il n'avait été observé de cyanose pendant la vie.

C'est à mesure que ces faits furent publiés et connus, que l'on ne fit plus jouer à l'inocclusion des cloisons le rôle principal dans la pathogénie de la cyanose; que celle-ci ne fut plus considérée dans cette affection comme la lésion principale, mais comme un phénomène secondaire, et même quand elle est isolée, elle tend à être considérée de nos jours comme une simple curiosité pathologique sans importance.

« La cause de la cyanose, suivant Vogel (2), consiste dans

(1) *Dictionnaire de médecine*; par MM. ADELON, BÉCLARD, etc. Paris, 1827, : article *cyanose*.

(2) *Traité élémentaire des maladies de l'enfance*, par A. VOGEL, traduit de l'allemand par les docteurs L. CULMANN et CH. SENDEL. Paris, 1872, p. 328.



» l'oxydation insuffisante dans le poumon, joint  
 » stase dans le système périphérique. Or, ce proces  
 » être déterminé par des états différents : ou il  
 » obstacle dans le cœur gauche et par conséqu  
 » stase sanguine dans les veines pulmonaires ; ou l  
 » flux du sang au poumon est diminué par un ré  
 » ment dans le cœur droit, et par cela même le  
 » oxydé en plus faible quantité ; ou bien la circulat  
 » contre des obstacles dans le poumon par suite d  
 » dies du parenchyme de cet organe ; ou bien enfin  
 » piré est pauvre en oxygène et n'oxyde que d'une  
 » incomplète. La consistance du sang peut encore  
 » tels changements que son cours soit ralenti, ce  
 » surtout le cas pour l'épaississement de ce liquide  
 » choléra. » Ces considérations, qui prouvent que  
 difications mécaniques du cœur n'engendrent pas  
 cyanose, font que, de nos jours, on n'admet plus la  
 de Gintrac attribuant cette maladie à l'introduction  
 veineux dans le système artériel ; la plupart des au  
 sont ralliés à la théorie de Louis. Ce dernier, a  
 Bertin et son collaborateur, M. Bouillaud, ont été  
 miers en France à soutenir la doctrine d'une étro  
 time connexion de la cyanose avec la gêne et le tr  
 de la circulation veineuse. Nous avons été étonné  
 D'Espine et Picot (1), dont les idées sont si avancées  
 jours si en rapport avec les progrès de la science, p  
 dans leur pathologie de l'enfance, à l'article : cyan  
 celle-ci est la conséquence du mélange du sang rou  
 sang noir, qui résulte de la communication entre

(1) *Manuel pratique des maladies de l'enfance* ; par A. d  
 C. PICOT. Paris, 1880 ; p. 496.



côtés du cœur. « Ce mélange, disent-ils, est favorisé par les obstacles que rencontre la petite circulation, et particulièrement par le rétrécissement de l'artère pulmonaire. » Au contraire, le rétrécissement de l'artère pulmonaire est la cause de la perforation des cloisons, et c'est au défaut d'oxygénation du sang, à la stase veineuse, qui résultent de la sténose artérielle, que doit être rapportée la cyanose. Cadet de Gassicourt (1) repousse, comme surannées, les idées de Gintrac ; il estime que la cyanose est le résultat de l'oxygénation incomplète du sang et que c'est un fait général dont nous trouvons seulement la plus haute expression dans les maladies congénitales du cœur.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire constitue, d'après Bamberger, une des causes les plus fréquentes de la cyanose congénitale ; d'après cet auteur, la persistance du trou de Botal, comme lésion isolée, est un fait peu important, comme cela a été démontré par de nombreuses autopsies, et ne peut jamais produire la cyanose. Notre observation vient à l'appui de la théorie des adversaires de Gintrac ; en effet, le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire, datant de l'état fœtal, était considérable et devait entraver la circulation pulmonaire ; quant aux perforations des cloisons, elles ne devaient jouer, dans la cyanose observée chez notre sujet, aucun rôle, puisque nous avons prouvé que ces lésions, quand elles sont isolées, ne sont pas accompagnées de la coloration bleue des téguments ; le sang, par ces perforations, trouvait une échappée sans laquelle la vie eût été impossible, vu l'étroitesse de l'ouverture artérielle ; *les inocclusions des cloisons constituaient en*

(1) *Traité clinique des maladies de l'enfance*, par le dr CADET DE GASSICOURT ; t. 2, p. 28 et 29.



678 STÉNOSE CONGÉNITALE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, la somme des lésions compensatrices propres à prolonger l'existence.

Le retrécissement de l'artère pulmonaire est plus fréquent que les anomalies de tous les autres orifices réunis ensemble, et, d'après Cadet de Gassicourt, plus que toutes les anomalies cardiaques de toute nature, il se rencontre dans la proportion de 60 pour 100. D'après un médecin anglais, M. Peacock (1), sur 150 cas de lésions congénitales du cœur de tout genre, plus de 70 consistaient en un rétrécissement plus ou moins considérable de l'artère pulmonaire. Sur ces 150 enfants, 28 avaient dépassé 15 ans, et de ces 28, 24 étaient atteints de cette sténose. Toutefois, le nombre d'observations, dans lesquelles l'autopsie a suivi l'évolution du malade pendant la vie, est encore assez restreint. C'est pour science pour que nous n'ayons pas cru inutile de rassembler ces cas, principalement si l'on considère l'ensemble des anomalies qui accompagnaient ici la lésion la plus importante, la sténose de l'artère. En compulsant les travaux des auteurs belges, publiés depuis une trentaine d'années, la cyanose, nous n'avons pas été assez heureux pour rencontrer des observations analogues à la nôtre; par conséquent nous avons eu la bonne fortune de tomber sur un cas intéressant de cyanose, observé chez un enfant de dix et demi, qui présentait, pendant la vie, à peu près les mêmes symptômes que ceux relevés chez notre sujet. À l'autopsie, on découvrit l'ABSENCE COMPLÈTE D'ARTÈRE PULMONAIRE; on n'en apercevait pas la moindre trace. Il ne sortait du cœur qu'un seul gros vaisseau, représentant l'artère pulmonaire, qui prenait naissance dans les deux ventricules à l'endroit où elle se recourbe pour former la croix.

(1) PEACOCK, *Journal f. Kinderkrankheiten*, 1855.



donnait naissance à un petit tronc unique d'où partaient les artères pulmonaires droite et gauche. La cloison interventriculaire existait complète jusqu'au niveau du sillon circulaire; en ce point, un stylet, introduit par l'aorte, pouvait alternativement circonscrire l'un et l'autre ventricule. Cette artère unique, partant du cœur, était munie de trois valvules sigmoïdes qui, par leur adossement, en fermaient hermétiquement la lumière. Les valvules auriculo-ventriculaires et les ouvertures correspondantes étaient normales.

Dans ce cas, la cyanose devait tenir également à une oxygénation insuffisante, à la gêne de la circulation pulmonaire, dues à ce que le sang n'arrivait aux poumons que par un vaisseau d'un étroit calibre qui procédait de l'aorte.

Cette observation si intéressante et présentant une anomalie unique dans les annales de la science, fut publiée en 1851, dans le *Journal de médecine*, de Bruxelles, par M. Hyernaux, alors interne du service des enfants, dont, à cette époque, M. le dr Pigeolet avait la direction.



## OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ALBRECHT (P.). Note sur une hémivertèbre gauche surnuméraire  
*Python Sebæ*, Duméril. — Note sur la présence d'épiphyes t  
nales sur le corps des vertèbres d'un exemplaire des *Man*  
*americanus*, Desm. Bruxelles, 1883; 8°.
- ANNUAL REPORT of the managers of the State lunatic asylum at U  
for the year 1882. Albany, 1883; 8°.
- BOUILLET (J.). Précis d'histoire de la médecine. Paris, 1883; vol.
- BURDEL (E.). De l'impaludisme dans ses rapports avec la glycosu  
les traumatismes. Paris, 1882; 8°.
- CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE. — Bilan; rappor  
secrétaires; listes nominatives; assemblée générale du 27 sep  
bre 1882. Bruxelles, 1882; 8°.
- CAVAGNIS (V.). La pellagra a Desio. Milano, 1883; 8°.
- CHAVÉE-LEROY. Les théories modernes du libre-échange et des  
crobres. Laon, 1883; 4°.
- CHAVERNAC (F.). Les régions classiques du corps humain. Paris, 1  
vol. 8°.
- Étude clinique sur l'inversion de l'utérus. Marseille, 1882; 8°.
- Extraction de la cataracte; retour à la méthode de Daviel. C  
1883; 8°.
- COMMISSION ROYALE POUR LA PUBLICATION DES ANCIENNES LOI  
ORDONNANCES DE LA BELGIQUE. — Procès-verbaux des séances  
9° cahier du tome VI. Bruxelles, 1883; 8°.
- DENEFFE (V.). Creuznach; études médicales sur ses eaux chloru  
iodo-bromurées. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- ERLENMEYER (A.). Irrenwesen. Berlin, 1882; 8°.
- Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Neuwied, 1883; Ban
- GUENEAU DE MUSSY (H.). De la part des eaux potables dans l'étiolo  
de la fièvre typhoïde. Paris, 1883; 8°.
- L'HUILLIER. Quelques notes sur les maladies du cœur. — Des si  
de l'anévrysme de l'aorte. Nancy, 1883; 8°.
- MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Annuaire statistique de la Belgi  
Année 1882. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- PHILBERT (E.). Étude clinique sur les eaux thermales de Brides  
Bains. Paris, 1883; 8°.

- SCHMITT (C. E.). Le chloroforme destiné à l'anesthésie. Paris, 1883; 8°.
- STATISTIQUE médicale de l'armée belge (période de 1875-1879). Bruxelles, 1883; vol. 4°.
- TITECA. Levées de milice de 1881 et de 1882; nouvelles recherches relatives à la taille, au périmètre thoracique et au poids du corps. Bruxelles, 1883; 8°.
- Moyens pour découvrir la simulation et la dissimulation des maladies de l'oreille et de l'ouïe. Bruxelles, 1883; 8°.
- TORDEUS (E.). De l'électrolepsie ou chorée électrique. Bruxelles, 1883; 8°.
- WARLOMONT (E.). Traité de la vaccine et de la vaccination humaine et animale. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
-



---

## SÉANCE DU 26 MAI 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCCQ.  
—



La séance est ouverte à midi.

— Le procès-verbal de la précédente séance est adopté, avec une rectification réclamée par M. Warlomont, rectification tendant à mentionner, non au comité secret, mais au début de la séance publique, sa proposition relative à la discussion des rapports sur les questions concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

L'Académie, adoptant la proposition du secrétaire, décide que la rectification sera faite en ces termes, extraits de la sténographie :

« A la suite d'un échange d'observations entre MM. H. Boëns, Bellefroid, Warlomont, Hyernaux, Thiernes, Lefebvre et M. le président, l'Académie, sur la proposition de M. Warlomont, décide, à une grande majorité, de demander au gouvernement l'autorisation de discuter en séance publique les rapports qui figurent à l'ordre du jour du comité secret sous les n<sup>os</sup> 2, 3 et 4. »

### I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

— Par lettre du 28 avril dernier, le Bureau a soumis à M. le ministre de l'intérieur le désir exprimé par l'Académie de pouvoir discuter en séance publique les questions formulées dans sa dépêche du 16 mars 1883, relativement à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

— Donnant suite à cette lettre, M. le ministre a répondu, sous la date du 2 mai, qu'il ne voyait pas la nécessité de



cette discussion publique, ajoutant qu'elle ne pourrait leur être autorisée qu'en modifiant le règlement de la Compagnie, approuvé par arrêté royal du 7 avril 1881, et demandé à recevoir le plus tôt possible les rapports présentés par les commissions chargées par l'Académie d'étude des dites questions.

— En satisfaisant à cette demande, le Bureau a fait remarquer que ces rapports n'exprimaient que les avis des commissaires, avis qui peuvent n'être pas partagés par la Compagnie.

— Par dépêche du 25 mai, M. le ministre renvoie les rapports prémentionnés, qui doivent être discutés d'abord par le comité secret de cette séance.

— Le même haut fonctionnaire adresse pour la bibliothèque :

Deux exemplaires de la *Statistique médicale de l'État belge pour la période de 1875-1879* ;

Le tome III des *Archives de biologie*, publiées par MM. les professeurs Edouard Van Beneden et Charles Van Bambeke.

Un exemplaire du 12<sup>e</sup> fascicule de l'*Exposé de la situation du royaume de 1861 à 1875* ;

Le tome XXXVIII de la 3<sup>e</sup> série du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, publié sous la direction du Conseil de santé des armées françaises.

— Remercements.

— Une lettre adressée à l'Académie fait connaître la mort de M. le docteur Charles-Frédéric von Heusinger, professeur à l'Université de Marbourg, membre honoraire de l'Académie depuis le 25 octobre 1862, est décédé le 5 mai 1881, dans la susdite ville, à l'âge de 92 ans.

— Le Bureau est chargé d'exprimer à la famille d'

funt les sentiments de condoléance de la Compagnie.

— Le comité de l'*OEuvre des soirées populaires de Verviers* adresse une circulaire par laquelle il annonce que cette institution vient d'ouvrir un concours sur la question suivante :

« Quels sont les soins physiques, intellectuels et moraux à donner à un enfant, depuis le jour de sa naissance jusqu'à l'âge de sept ans, au double point de vue de la santé et de l'éducation? — Prix : un diplôme, une somme de 500 fr. et 100 exemplaires du travail couronné. — Clôture du concours le 31 décembre 1884. » — Dépôt à la salle de lecture.

— Le Bureau d'hygiène de Lansing (Michigan) a fait parvenir une circulaire annonçant l'ouverture d'un congrès de médecine, qui a eu lieu, en avril dernier, à Reed City (Michigan), et indiquant le programme des matières à traiter. — Même décision.

— Le comité d'organisation du *Congrès international de médecins des Colonies*, qui se tiendra à Amsterdam en septembre prochain, ayant exprimé le désir que l'Académie accorde son concours à cette association, le Bureau propose d'y déléguer M. Crocq, président, et M. Pigeolet, premier vice-président de la Compagnie. — Adopté.

— M. Cousot, second vice-président, présente, de la part de l'auteur, M. le Dr Monoyer, à Spy, un mémoire intitulé : *Recherches sur les mouvements involontaires*. — Commissaires : MM. Rommelaere et Van Bambeke.

— M. Vleminckx, correspondant, et M. le professeur Jouret, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique, offrent, de la part de l'auteur, M. Conrad Tommasi-Crudeli, professeur à l'Université de Rome, huit publications exposant



ses recherches relatives à la *malaria* et à l'assainissement de la Campagne romaine, publications dont les titres sont mentionnés au Bulletin.

— La Société des sciences médicales des Indes néerlandaises, à Batavia, fait parvenir un ouvrage in-4° *De Kina-Cultuur in Azië*, publié sous ses auspices par M. J.-C.-B. Moens.

— MM. Barella et Wehenkel, *membres titulaires*; P. Gels, J.-M. Maisch et C. Méhu, *correspondants*; P. Burq, à Bruxelles; V. Burq, à Paris; Chavée-Leroy, à Paris; J. Davezac, à Bordeaux; M. de Colleville, à Brignoles; Delgado, à Madrid; C. Firket, à Liège; N. Ruiz, à Madrid; et J. de Neira y Cayllet, à Séville; R. Schröter, à Berlin; E.-H.-M. Sell, à New York; F. Topai, à Rome; l'Académie académique franco-hispano-portugaise de Toulouse; la Société pour la protection des animaux contre la cruauté, à Londres, et le comité de rédaction des *Archives de médecine*, à Paris, font hommage de publications. Les titres seront indiqués au § OUVRAGES PRÉSENTÉS.

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont offerts.

## II. — RAPPORTS, LECTURES ET DISCUSSIONS.

### 1. RAPPORT de la commission à laquelle a été confiée la note de M. le Dr GUERMONPREZ sur le traitement de la pseudarthrose du tibia. — M. DE ROUBAIX.

Messieurs, M. Guermontprez, de Lille, a adressé à l'Académie une note sur le traitement de la pseudarthrose du tibia.

Dans cette note, l'auteur, après quelques considérations préliminaires sur les causes de la pseudarthrose,



indications concernant son traitement palliatif et curatif, passe brièvement en revue les différents moyens qui ont été mis en usage pour obtenir la cure radicale de l'affection. A propos de la résection, il est d'avis qu'il y a toujours quelque avantage à éviter cette opération, qu'il considère comme délicate et aléatoire; et il croit avec M. Denucé, que les irritations successives imprimées au cal fibreux augmentent sa puissance de rétraction et d'ossification. L'observation qu'il présente a pour but de prouver que le frottement automatique peut amener la guérison, et que surtout le procédé qu'il a employé pour l'obtenir peut avoir une large part dans le succès qui a suivi l'application qu'il a faite de cette méthode. Ce procédé consiste dans l'application de deux attelles de bois de saule ou de tilleul, chantournées de manière à se mouler sur le membre et à permettre au malade de marcher. Ce traitement, appliqué, après plusieurs autres restés inutiles, au cas dont il donne la description, a été suivi des meilleurs effets, puisque le patient a pu se promener, d'abord avec des béquilles, puis avec une canne, puis sans l'aide d'aucun soutien. Toutefois, l'auteur n'a pu constater qu'il ait pu se passer du secours des attelles.

M. Guérmonprez indique un autre cas où une pseudarthrose, survenue après une fracture du tibia chez un enfant, a été favorablement modifiée par un brodequin en treillage rembourré et lacé sur le devant.

M. Soupart et moi, nous jugeons que cette communication, comme le dit l'auteur, peut servir d'unité à ajouter aux pseudarthroses qui ont été heureusement modifiées par le frottement automatique. Au point de vue restreint indiqué par M. Guérmonprez, elle peut avoir son mérite. Nous pro-



posons donc de lui adresser des remerciements et d'insérer son travail dans le Bulletin de l'Académie. — Adopté.

**2. RAPPORT de la commission chargée d'apprécier le travail de M. le dr DEFFERNEZ, intitulé : Coup d'œil sur l'opportunité du vésicatoire et la saignée. — M. KUBORN, rapporteur.**

Messieurs, sous ce titre : « *Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée* » M. le dr E. Deffernez, de Jumet, a adressé à l'Académie un travail dont vous avez renvoyé l'examen à M. Cousot et à moi.

La doctrine de Broussais a mis en évidence d'innombrables vérités. Son système a vécu. Les échos de la réaction formidable qui s'est opérée contre le principe des émissions sanguines ne se sont pas même propagés jusqu'à la génération actuelle. C'est à peine si l'on consacrait encore il y a vingt-cinq ans, au nom de Broussais une chaire dans les chaires de nos Universités. On rencontre bien quelques vieux praticiens qu'illumine encore le prestige du maître, mais ils sont bien clairsemés, et leur foi aveugle n'a pas fait de prosélytes.

Dans le travail soumis à notre appréciation, M. Deffernez cherche à démontrer : « L'opportunité du vésicatoire par sa supériorité sur la saignée et les émissions sanguines, dans la pneumonie particulièrement, surtout dans le pays que nous habitons. »

L'auteur condamne la phlébotomie; il ne considère les émissions sanguines locales que comme un mode de traitement de la congestion active.

Mais quand un travail pathologique passe-t-il de la phase congestive à la phase inflammatoire? La transition est si brusque qu'elle échappe au médecin. « La saignée

M. Deffernez, n'agit que sur des symptômes ; ce n'est pas un remède, c'est un trompe-l'œil, un palliatif souvent trop dangereux et rarement utile dans ce pays-ci. La saignée n'a jamais guéri un pneumonique. Elle a tout au plus aidé à lui procurer un soulagement momentané et qu'il paie souvent du sang qu'on lui enlève. »

Dans les états de dyspnée intense avec température élevée, hyperémie, œdème collatéral et de stase encéphalique, l'auteur convient que la saignée produit un soulagement « immédiat », mais il prétend que ce soulagement n'est que « momentané » et qu'elle peut amener des désordres graves dans le cours de la maladie principale.

Observons, en passant, qu'un soulagement « immédiat » provoqué dans des états menaçant « immédiatement » les sources de la vie n'est pas à dédaigner. L'essentiel est d'agir vite et à l'aide des moyens les plus sûrs que l'on a sous la main.

Au fond, suivant l'auteur, le soulagement apporté par la saignée au pneumonique « n'est qu'apparent. *Il ne respire pas plus facilement ; il respire autrement par l'excitation de l'origine respiratoire du nerf pneumogastrique qui ralentit le mouvement de la respiration.* »

Sans doute, mais nous pensons aussi que l'ischémie bulbaire a pour effet consécutif de compenser ce ralentissement des mouvements respiratoires par leur amplitude, ce qui favorise l'acte de l'hématose.

« On a beau dire que la saignée est assez puissante pour éteindre, pour détourner une hyperémie, c'est-à-dire une inflammation se portant vers un organe fragile, pour rétablir l'équilibre circulatoire momentanément compromis, pour arrêter une hémorragie ; mais, s'il en est ainsi, pourquoi ne saigne-t-on plus aujourd'hui ? »



Si l'auteur ajoutait : aussi communément, ni aussi dardamment, il serait dans le vrai. Mais le fait est que beaucoup de praticiens ont encore recours, chez les paysans, aux évacuations sanguines. Ils ne perdent pas plus de pneumonies que dans les villes. Ils n'ont pas affaire à des étiologies spoliées comme celles dont sont porteurs les individus des agglomérations urbaines ou industrielles.

A cette question : « qu'on nous explique pourquoi l'usage de la saignée n'est plus aujourd'hui ? » l'auteur répond : « que nous ne retrouvons plus aujourd'hui qu'exceptionnellement les types de pneumonies franches compliquées. »

S'il y a eu une époque où de telles pneumonies existaient, ne se rencontre-t-il plus des circonstances individuelles autorisant l'usage de la saignée ? Cela est hors de doute.

Sous ces réserves, nous ne pouvons que souscrire à l'observation de l'auteur. Le type ayant changé, la médecine à employer a dû changer aussi. « La maladie et les hommes ont subi des métamorphoses ; la constitution médicale n'est plus la même. Dans les centres que nous habitons, cette dernière hypothèse ne peut être controuvée. Les hommes ont changé, parce que le milieu dans lequel ils naissent, ils vivent, ils travaillent, est complètement différent du milieu dans lequel on s'agitait autrefois, parce que le progrès y est venu implanter de ces modifications qui ont un retentissement connu sur toute l'économie ; parce que l'extraction de la houille, la fabrication du verre — besognes pénibles et ruineuses au point de vue de la santé — le travail dans les laminoirs et les forges, tous les métiers divers ont amené les organismes à subir des exigences journalières dont l'influence morbifique est incontestable ; parce que les descen-



ont hérité des métamorphoses apportées à la constitution des travailleurs et auxquelles se sont ajoutés les ravages causés par l'abus des spiritueux et les conditions sociales actuelles; parce que les maladies ont aussi participé à cette mutation et qu'elles ont revêtu une forme et des allures devenues typiques pour certaines professions. De ce nombre est la pneumonie. »

On ne peut mieux dire. Bien avant *les métiers* cependant, les logements insalubres et l'encombrement doivent figurer au nombre des causes générales de cette dépression physiologique qui étiole la race des travailleurs.

Cette tendance à l'adynamie relevée par M. Deffernez, le porte « à pouvoir affirmer de plus en plus la supériorité de la médication révulsive et surtout de l'emploi des toniques et des excitants dans les dernières périodes de la pneumonie. »

Il est avant tout partisan des applications d'eau froide, répétées d'après la méthode allemande, des vésicatoires et de l'usage de la teinture de *veratrum viride*.

Il trace entre la saignée et les vésicatoires, dans leur application aux maladies aiguës en général, un parallèle duquel résulte la supériorité du vésicatoire sur tout autre mode de traitement.

Il admet toutefois que le vésicatoire n'exclut pas une application de sangsues dans les fortes congestions. « La grande sûreté du vésicatoire c'est, surtout dans la pneumonie, de prévenir l'adynamie et par conséquent la mort, en ne portant aucune atteinte à la quantité ni à la qualité du liquide sanguin plus que jamais nécessaire à l'organisme. »

Relevons une des assertions de l'auteur que « l'estima-



tion de la quantité de sang à soustraire est toute de taise, basée sur des apparences souvent trompeuses reposant sur aucune donnée. »

Combien est grand le nombre de médicaments auxquels cette allégation est bien plus applicable?

On sait les effets physiologiques de la saignée. C'est tact du praticien à préciser les cas pathologiques où elle peut être avantageuse ou nuisible. La diminution brusque de la tension vasculaire dans une saignée modérée agit d'abord la circulation, pour la ralentir bientôt; dans une saignée abondante le ralentissement a lieu immédiatement. Dans l'un comme dans l'autre cas, il y a abaissement de température et enfin une activité considérable de l'absorption. Il n'est pas contestable que la saignée possède une efficacité qu'aucune médication ne peut lui disputer dans les hémorragies cérébrales menaçantes et dans les cas où s'étant produit un épanchement, les symptômes de congestion persistent ou se représentent. Dans certains cas d'éclampsie puerpérale, des accoucheurs tels que M. Depaul, M. Lorain, qui ne sont pas, que nous sachions, des sectateurs de Broussais, trouvent encore, dans les évacuations sanguines, une médication efficace. Les atroces douleurs occasionnées par la tension vasculaire du milieu de l'œil, dans des chorioidites, des iritis aiguës, ne sont jamais plus sûrement, et plus rapidement conjurés que par les évacuations sanguines.

Disons sagement : chaque fois qu'il est possible à un praticien de découvrir qu'une congestion existante ou imminente menace un organe, il ne peut assez tôt recourir aux émissions sanguines.

On se ralliera volontiers aux conclusions de l'auteur lorsqu'il préconise le vésicatoire et proscrit la saignée.

les circonstances spécifiées par lui. Il en serait autrement s'il s'agissait de condamner absolument un moyen précieux de traitement qui a rendu et continuera de rendre des services.

Si elle n'offre rien de bien neuf, la thèse de M. E. Deffernez est néanmoins l'œuvre d'un praticien instruit et observateur. Vous avez déjà reconnu son mérite en votant l'insertion au Bulletin de la Compagnie de son mémoire intitulé : « Hygiène, accidents et maladies des souffleurs de verre. »

Tout récemment vous avez décidé l'impression d'un plaidoyer en faveur des émissions sanguines. Nous vous demandons d'accorder la même distinction à la réplique.

La Commission vous propose en conséquence :

De remercier M. le Dr Deffernez pour sa communication ;

De l'engager à continuer ses relations avec l'Académie ;

D'insérer son travail dans le Bulletin et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de correspondant.

**M. Borlée.** — A l'occasion du rapport intéressant que vient de lire M. Kuborn, je prie l'Académie de décider qu'une discussion aura lieu sur ce travail et sur les indications de la saignée dans les affections inflammatoires des organes internes.

Aujourd'hui on abandonne à tort la saignée ; aussi voyons-nous la plupart des malades atteints de fluxion de poitrine succomber, parce que — c'est m'a conviction — on n'a plus recours à la saignée générale.

Lorsque j'étais interne ou chef de clinique à l'hôpital de Liège, nos professeurs prescrivaient la saignée dans la pneumonie et réussissaient presque toujours. Cette médication était considérée alors comme le triomphe de la médecine



physiologique, comme une arme puissante dans les mains des praticiens. Aujourd'hui, presque tous les jeunes médecins sortis des universités, n'ayant pas été initiés à la pratique de cette opération, n'osent plus y recourir.

Il est donc nécessaire de réagir contre l'omission, contre l'injuste proscription de la saignée, et d'en démontrer les avantages incontestables dans les congestions et les phlegmasies. Je désire que chacun de nous puisse émettre sa manière de voir sur les indications de la saignée, qu'il prenne l'exemple de mes maîtres j'ai toujours employée, dans le traitement de la pneumonie, avec un succès qui s'est rarement démenti.

Pour justifier l'abandon de cette héroïque médication on objecte que les conditions privées, que les constitutions médicales ne sont plus les mêmes de nos jours et que l'on a rarement affaire à des pneumonies franchement inflammatoires; c'est une erreur. Au lieu de se lancer dans des voies aventureuses et fantaisistes, que l'on revienne à la saignée en temps opportun, et l'on n'aura plus à déplorer la grande mortalité de la pneumonie.

Je désire donc que la discussion du rapport de M. Kuhn soit portée à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

— Les conclusions de ce rapport et la proposition de M. Borlée sont adoptées.

### III. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret, ouvert à midi trois quarts, l'Académie a discuté les rapports déposés dans la précédente séance sur les questions qui lui avaient été soumises par

**M.** le Ministre de l'Intérieur, concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Cette discussion sera continuée dans le comité secret de la prochaine assemblée.

— La séance est levée à 2 et demie.

---



**1. NOTE sur le traitement de la pseudarthrose du tibia; par**  
**M. le Dr GUERMONPREZ, à Lille.**

Lorsqu'une fracture du tibia, au lieu de se consolider se termine par une pseudarthrose, il importe toujours de faire la part des causes générales et celle des causes locales. Au premier groupe se rapportent la sénilité, l'inanition, la grossesse, l'allaitement, l'alcoolisme, la goutte, le cancer, la syphilis. Au second groupe se rapportent l'obliquité de la fracture, l'écartement des fragments, la présence de bourgeons charnus ou d'une inflammation localisée dans le foyer de la fracture et enfin l'anémie du membre lui-même. De ces diverses conditions étiologiques, il en est de modifiables, il en est d'inaccessibles aux ressources de la thérapeutique.

Il serait hors de propos de discuter dans cette simple note les nombreux moyens qui ont été proposés pour combattre un accident d'une rareté incontestable. Mais un fait instructif étant acquis, il est toujours utile d'en publier la relation sommaire. Il sera possible ensuite de chercher à lui donner sa place dans la pathologie et la thérapeutique chirurgicales.

Le traitement d'une pseudarthrose, en général, doit être curatif ou palliatif.

Ce dernier se trouve justifié par le voisinage d'une articulation, c'est-à-dire par le danger de toute intervention chirurgicale. C'est un pis aller, une sorte d'aveu d'impuissance de l'art, imposé parfois par les circonstances de l'état général. On s'y résigne le plus rarement possible, et on choisit toujours, parmi les procédés palliatifs, ceux qui laissent encore quelques chances de guérison.

Dans l'espoir d'éviter cette résignation, les procédés les plus divers ont été proposés. Nous ne saurions les indiquer tous ; nous nous bornerons à en faire un choix.

Parmi ces moyens de traitement curatif, le plus banal est sans contredit celui qui ne fait que prolonger le traitement régulier de la fracture, en assurant pendant plusieurs mois une contention exacte, après une coaptation aussi régulière que possible.

Le précepte ainsi formulé ne serait pas complet, si l'on n'indiquait un adjuvant important, le régime reconstituant et même tonique (fer, analeptiques, viandes noires, vin, alcool, etc.).

Mais la patience, ainsi organisée, pour ainsi dire, ne saurait dépasser certaines limites. Un temps vient où il faut opter entre ces deux alternatives : intervenir ou se résigner. Pour intervenir utilement, il faut, ou bien rétablir l'activité circulatoire locale, ou bien détruire le foyer de la pseudarthrose.

On remplit la première indication par l'irritation des fragments au niveau du foyer de la fracture. Les frictions stimulantes, les cautérisations soit transcurrentes soit potentielles (Hoetshorn, puis Kirkbride), les vésicatoires (Walker d'Oxford, puis Brodie) et les badigeons iodés (Gurlt) sont ainsi employés, si la fracture est facilement accessible. Les douches ont donné un succès à M. Verneuil ; les courants électriques en ont donné un autre à Birch. Dans le cas contraire, Withe, Hunter, Nélaton, Malgaigne, Smith, Everard Home, puis M. B. Anger ont essayé le frottement des deux fragments (Norris, Gurlt, Bérenger-Féraud). Malgaigne, puis Wiesel et Starcke ont pratiqué l'acupuncture ; M. de Saint-Germain, M. Azam, Scalli et Spath ont em-



ployé l'électropuncture; Dieffenbach a provoqué l'inflammation par l'introduction de corps étrangers (billes d'ivoire) à proximité de la pseudarthrose; le traitement de Winslow, Percy), plus simple et plus efficace, a été appliqué directement à travers la pseudarthrose; la compression des fragments, proposée par J. Amesbury, a été modifiée par Denonvilliers et par M. Ollier, (Gurlt, Béranger-Féraud).

On remplit la seconde indication, c'est-à-dire qu'on détruit le foyer même de la pseudarthrose, soit par la résection, soit par la cautérisation directe de chacun des fragments au niveau de la fausse articulation, soit encore par l'abrasion des os, opération proposée par M. Denucé en 1859. Il est vrai que la résection a été non seulement employée, mais encore régulièrement et expérimentalement mise à des règles par Roux, Laugier, Kearny, Roogers, Bert, Dolbeau, Rigaud, Jordan, Follin, Nussbaum et Langer; mais, il faut le reconnaître, il est toujours de quelque avantage d'éviter une opération aussi délicate et même aléatoire, que celle qui consiste à ramener des fragments plus ou moins déformés par le temps et les circonstances jusqu'à réaliser les conditions d'une fracture récente et d'un bon affrontement des surfaces, tant du côté du canal médullaire que du côté du périoste.

Il est du reste de précepte d'essayer ce que peut donner le temps, sous l'influence des irritations successives, et l'usage du membre malade peut entraîner.

M. P. Denucé l'a écrit très à propos : « On sait, depuis la tentative de Withe et les travaux de Hunter, que ces irritations successives, éprouvées par le cal fibreux, non seulement augmentent sa *puissance de rétraction*, mais révèlent celle d'*ossification*, qui s'était arrêtée à une certaine dis-

de chaque surface fracturée, et peut substituer ainsi au cal fibreux un véritable cal osseux. Les observations d'Ev. Home, celles d'Inglis, de Kluge, de Campion, de Jacquier, de Smith, dans lesquelles la guérison est survenue par le fait seul de l'usage du membre, sont venues confirmer ce point de doctrine (1). » M. Léon Le Fort a obtenu par les mêmes moyens des succès analogues (2).

L'observation suivante ajoute son unité à la méthode connue du frottement automatique de Hunter.

Mais à côté de la méthode se trouve le procédé.

Le nôtre n'est peut-être pas indigne de quelque attention; il semble avoir son utilité, en rendant la méthode plus universellement applicable et plus simplement pratique.

*Observation.* — Le 24 août 1881, l'accrocheur B., Alfred, âgé de 24 ans, est atteint violemment à la jambe gauche dans la manœuvre dite « au bâton ».

Cette manœuvre a pour but d'arrêter les wagons descendant une pente rapide, au plan incliné construit en vue de faire le triage des wagons d'un train de marchandises. Chacun des wagons est décroché à son tour et descend en vertu de son poids sur la voie vers laquelle il est aiguillé. Au moment où ce wagon approche de sa destination, le choc du matériel en stationnement serait plus ou moins violent si un homme n'intervenait. Celui-ci, muni d'un solide bâton, long de 1 m. 50 à 2 m., doit introduire ce bâton entre deux parties fixes du wagon, d'une part, et en même temps sur le limbe de la roue en mouvement, d'autre part. La roue étant

(1) *Nouv. dict. de méd. et chir. pratiques*, art. PSEUDARTHROSE. Paris, 1881, t. XXX, p. 41.

(2) *Bull. gén. de thérapeutique*. Paris, 1871, t. LXXX, p. 403.



ainsi immobilisée, glisse au lieu de tourner, fait office de frein et ralentit la descente.

La manœuvre n'ayant pas été réussie, les raies de la sonde font osciller violemment le bâton, dont la partie la plus éloignée vient heurter violemment la jambe.

Il en résulte une fracture oblique en bas, en avant, à l'intérieur vers le 5<sup>e</sup> supérieur du tibia et une autre fracture immédiatement au-dessous de l'extrémité supérieure de la fracture précédente. Bien qu'une contusion très violente accompagne ces fractures par cause directe, il n'existe aucune plaie.

Transporté à l'hôpital Saint-Sauveur, le jour même de l'accident, le blessé reçoit successivement les soins de M. J. Parise et ceux de M. H. Folet.

Un appareil de Scultet, étendu jusqu'à la partie inférieure de la cuisse, est installé régulièrement et devient bien assuré pendant 28 jours. La fracture du péroné est trouvée absolument consolidée. Celle du tibia ne l'est pas.

Un appareil silicaté est immédiatement appliqué jusqu'au milieu de la cuisse.

Le 43<sup>e</sup> jour le blessé marche pendant une demi-heure environ et agit de même les deux jours suivants. L'appareil silicaté est levé le 46<sup>e</sup> jour; aucune consolidation n'est obtenue.

Un nouvel appareil silicaté est aussitôt appliqué et levé qu'au 96<sup>e</sup> jour; le résultat est le même.

Deux jours plus tard (98<sup>e</sup>), un appareil plâtré enveloppe la totalité du membre jusqu'à la même hauteur que les précédents et M. H. Folet le laisse jusqu'au 134<sup>e</sup> jour.

Pendant ce temps l'acupuncture est pratiquée à trois reprises différentes dans le foyer de la fausse articulation d'une manière continue, l'iodure de potassium est a-



nistré à l'intérieur, à doses parfois aussi élevées que possible.

L'alimentation est d'ailleurs aussi reconstituante que le permet le régime de l'hôpital, et toutes les précautions sont prises pour diminuer les chances d'anémie du blessé. A ces soins, continués par la suite, est ajouté l'usage du phosphate tricalcique sous diverses formes.

Après trois semaines d'expectation, un nouvel appareil plâtré est installé, plus volumineux que le précédent et remontant jusqu'à la partie la plus supérieure du membre. Celui-ci demeure du 155<sup>e</sup> au 195<sup>e</sup> jour, et le résultat est encore tout aussi négatif que précédemment.

Deux attelles moulées en gutta-percha sont essayées et le blessé marche à l'aide de deux béquilles pendant environ huit jours.

Deux nouvelles attelles sont ensuite moulées à l'aide de gutta-percha disposée en couche épaisse autour d'une pièce solide de fil de fer galvanisé, et la marche est encore essayée jusqu'au jour de la sortie de l'hôpital, 7 avril 1882.

La mobilité anormale est à cette époque aussi étendue qu'au moment de l'accident, plus marquée encore dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal. Il n'y a pas de déformation notable, aucune crépitation, aucune sensibilité anormale, sauf en un point très restreint vers la face antéro-interne de l'os. L'impuissance du membre est complète. Si l'on place le membre dans la direction horizontale et qu'on le soutienne seulement par le creux poplité, on voit aussitôt la pointe du pied décrire un arc de cercle et le bord interne se placer suivant l'horizontale. Ce mouvement, accompli lentement, n'est que relativement peu douloureux ; mais cette situation ne saurait être con-



servée un instant à cause du poids énorme, que le blessé attribue à son pied, ou plutôt à cause d'une sensation de lourdeur absolument intolérable.

Le pied et la jambe sont amaigris; les chairs sont atrophiques; les téguments sont violacés, épaissis, infiltrés; les poils notablement allongés, durcis et brunis. La température refroidie, le peu de souplesse des articulations des orteils et de celles du pied achèvent de donner au membre cette allure spéciale, qui rappelle singulièrement celle des parties paralysées depuis un an ou deux.

M. Folet ayant proposé la marche, quelque pénible qu'elle soit, à l'aide de deux béquilles, je crus devoir recourir à ce traitement.

L'appareil organisé selon le type décrit plus haut est devenu illusoire. L'une des attelles avait perdu toute adhérence interne de gutta-percha et la surface du membre se trouvait mal protégée par une couche d'ouate contre le contact du treillage métallique. L'autre attelle, rompue en quatre ou cinq fragments, était moins utile encore. Il était impossible de songer à réorganiser le même appareil à cause du manque de soins, ou plutôt de l'incurie véritable de cet homme, très mal entouré d'ailleurs et placé dans les conditions les plus défavorables.

C'est pour y pourvoir que furent construites deux attelles de bois de saule ou de tilleul, creusées et pour ainsi dire moulées dans le but de satisfaire aux indications spéciales du cas particulier.

Le blessé n'hésita pas à préférer ces attelles à tout autre moyen, à cause, disait-il, de la fermeté qu'elles donnaient au membre.

Le contact fut rendu plus facilement supportable



l'interposition d'une très mince couche d'ouate ou d'un simple débris de flanelle placé entre l'attelle et la peau. Le tout était facilement maintenu par une simple bande roulée.

Quinze jours plus tard survint une suppuration sanieuse et filante au niveau de la partie la plus antérieure du foyer de la fracture. Aucune induration ne l'avait précédée; une plaque violacée, livide et une minime sensibilité l'auraient seules annoncée. Les mouvements imprimés aux fragments favorisaient cet écoulement, qui ne persista guère plus de huit jours, sans jamais être bien abondant et sans que jamais le foyer de cette inflammation s'étendit à la totalité de la pseudarthrose.

Aucun autre incident ne vint diminuer la monotonie de cette période. A mesure que le membre reprenait son volume normal, les bords des attelles étaient moins rapprochés. Des frictions alcooliques furent pratiquées avec une régularité assez douteuse.

Vers la fin de juillet, une béquille est abandonnée, bien que la mobilité anormale, très minime, il est vrai, soit encore manifeste.

En décembre, la marche à l'aide d'une simple canne commence à être possible, pourvu que les attelles soient conservées. La fausse articulation existe cependant encore, puisqu'on retrouve un reste des mouvements anormaux. La nutrition du membre est redevenue presque normale. Le volume n'est plus que de 15 millimètres inférieur à celui de son congénère; la chaleur se rétablit; les chairs sont redevenues fermes; la vigueur est en partie recouvrée; la peau demeure cependant plus épaisse et le système pileux est encore un peu exubérant.



Il reste une déformation du membre qui semble attribuable à une sorte d'atrophie du tibia. L'extrémité supérieure du péroné fait en effet une saillie très marquée. Le tibia est courbé, mais sa concavité semble moins marquée au niveau du foyer de la fracture par suite de la tuméfaction de l'os à ce niveau, tant du côté antéro-interne que du côté postérieur.

Depuis cette époque la guérison est devenue complète. La marche est possible sans aucun secours; mais il ne nous a pas été possible de savoir si l'usage des attelles a été abandonné, n'ayant pu obtenir ces derniers renseignements par nous-même.

Ainsi est prouvé une fois de plus l'utilité des irritations successives déterminées par l'usage du membre affecté de pseudarthrose.

Le fait, bien établi pour le membre supérieur et au moins pour la cuisse, était peut-être moins bien prouvé pour le tibia intéressé isolément.

L'observation qui se rapproche le plus de la nôtre est celle de M. P. Denucé.

J'ai soigné une enfant, qui avait une malformation congénitale de la jambe pliée à peu près à angle droit vers le tiers inférieur. Dans une chute, cette enfant a eu la jambe fracturée à peu près au niveau du point infléchi. J'en ai profité pour redresser la jambe et la mettre dans un appareil. Après trois ou quatre mois la consolidation n'était pas obtenue; j'ai placé la jambe dans un brodequin en treillage de fil de fer rembourré et lacé sur le devant. La marche est devenue possible et la consolidation semble de jour en jour faire des progrès assez sensibles.



Sans insister sur les différences d'un intérêt secondaire, nous ferons remarquer comment nos attelles de bois remplissent les trois indications pour ainsi dire classiques : rendre la rigidité et la résistance au membre atteint de cette infirmité ; laisser aux articulations leur jeu naturel ; ne point comprimer les vaisseaux. Ajoutons que nos attelles s'adaptent autant qu'aucun autre moyen aux variations de volume du membre d'abord atrophié ou œdématié, et plus tard revenu à sa configuration et à son volume normaux.

Il est à peine besoin d'insister sur la supériorité de la rigidité et de la résistance des attelles de bois comparées à celles de gutta-percha, de cuir même épais, quels que puissent être les treillages en fil de fer ou les lamelles de zinc destinées à leur donner de la solidité.

La liberté des mouvements des articulations, tant supérieures qu'inférieures, est aussi garantie que possible.

La compression des vaisseaux est d'autant mieux évitée que la couche d'ouate est moins tassée par l'usage.

Enfin la marche est beaucoup plus facile, puisque le poids de l'appareil est réduit au minimum.

Le bénéfice des conseils de White, d'Hunter et de Champion est conservé : le patient marche pendant quelque temps pour guérir sa pseudarthrose du membre inférieur. Mais il le fait sans courir les risques de tuméfaction, de douleur, d'inflammation et même de gangrène, ainsi qu'il résulte de l'usage de l'« appareil solide et inamovible » primitivement employé et conseillé encore par la troisième conclusion de Gurlt.

Notre appareil ne paraît pas atteint non plus par le reproche d'un publiciste connu dans sa protestation contre



les « attelles métalliques, minces, cylindriques de M. de Lausanne (1). »

L'événement a montré comment l'atrophie est combattue avec beaucoup plus de simplicité que par le procédé de M. Auber (de Lyon). Cet auteur applique tout d'abord immédiatement sur la peau un certain nombre de petites bandes métalliques très minces, isolées les unes des autres, et il en fait sortir les extrémités entre les interstices d'un bandage amidonné ou autre construit suivant les règles ordinaires. Il se sert ensuite de ces feuilles métalliques comme conducteurs du fluide électrique, et applique pendant l'immobilisation, à l'époque jugée convenable, après les quinze ou vingt premiers jours, un exemple (2).

On ne peut pas non plus opposer aux attelles modernes en bois la difficulté de les faire entrer dans la pratique : prétexte, du côté pour ainsi dire artistique, d'une construction toute spéciale nécessitée par chaque cas particulier.

Il est impossible de méconnaître combien d'ouvriers sont aptes aux travaux de ce genre. Les modelleurs en bois, encore ces menuisiers spéciaux, qui construisent les modèles de bois destinés à servir de modèles aux mouleurs en plâtre sont évidemment les plus habitués aux travaux analogues. Mais un bon ouvrier sabotier, un charron habile arriveront aisément à réussir, après les tâtonnements nécessaires, les attelles que nous proposons.

Enfin, le choix de l'essence ligneuse a encore son importance pour faciliter le travail du bois et aussi pour assurer

(1) L. PEISSE, *La médecine et les médecins*. Paris, 1857, II, p. 19.

(2) *Société des sciences médicales de Lyon. — Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. Paris, 1867, LXXII, p. 41.



la légèreté de l'appareil. C'est pour ce motif que le saule et le tilleul ont été préférés.

Nous ne saurions oublier que dans son remarquable travail, M. Bérenger-Feraud (1), en présence d'un retard dans la consolidation d'une fracture, ne prescrit le frottement direct et automatique qu'en *dernière analyse*, après l'acupuncture, après l'électropuncture. « Je le conseille en fin de compte, écrit-il, pensant qu'il va faire sortir, dans tous les cas, le sujet de cet état d'attente passive d'une consolidation. En effet, ou bien il produira une excitation circulatoire favorable à la consolidation, ou bien, au contraire, il transformera ce simple retard de la consolidation en une véritable pseudarthrose fibreuse, et alors l'affection ayant gagné en gravité, pour ainsi dire, justifiera l'emploi de moyens plus énergiques. »

Le frottement automatique est si bénin et si facile à réaliser par les attelles modelées en bois, que nous ne saurions nous rallier à ce conseil.

Il en est de même de l'avis de Follin. « Au début d'une pseudarthrose, écrit cet auteur, il faut employer l'immobilisation des fragments; si l'on ne réussit pas, après plusieurs mois d'application de ce moyen, il faut avoir recours au séton..., puis à la résection (2). »

Les résultats obtenus imposent de faire une place plus grande, en thérapeutique chirurgicale, à ce moyen si simple des irritations successives, déterminées dans la fausse articulation, par l'usage modéré du membre rendu moins impuissant grâce à la rigidité fournie par l'appareil.

(1) *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. Paris, 1871, LXXX, p. 403.

(2) E. FOLLIN, *Traité élémentaire de pathologie externe*. Paris, 1867, II, p. 802.



Nous concluons donc :

1° En cas de pseudarthrose du tibia, la marche, pr  
dans des limites appropriées, n'est pas nuisible; el  
même contribuer à la guérison proprement dite;

2° Pour assurer la marche, toutes les indications  
peutiques sont remplies aussi avantageusement que  
ble par l'usage de deux attelles de bois de tilleul, cr  
modelées, adaptées à chaque cas particulier et main  
par une simple bande roulée.

---

**2. COUP D'OEIL sur le vésicatoire et la saignée ; par M. le docteur Edmond DEFFERNEZ, à Jumet.**

COUP D'OEIL SUR LE VÉSICATOIRE ET LA SAIGNÉE.

J'aime à croire, messieurs, que l'ombre de l'immortel Broussais, comme disent ses fidèles adeptes, ne répond plus aux évocations de ceux qui, partisans de sa réforme et toujours enthousiastes de son autorité passée, s'imaginent qu'il en est de son système autrement que de toute autre chose; de ceux qui tâchent de faire fumer encore quelques grains de cet encens qu'on lui a prodigué autrefois, mais que le vent de la science et l'air de la constitution médicale nouvelle dissipent chaque jour de plus en plus et malgré leurs efforts. S'il en est autrement, s'ils veulent conserver à leur idole un reste d'auréole, il est temps qu'ils la recouchent à l'abri du vent qui souffle et qui ne laissera debout, des nimbes où elle plane, que le squelette d'un entêtement systématique destiné à devenir, dans ces temps modernes, un véritable épouvantail.

*Cuique suum.* Broussais était un génie inventif, créateur, un chercheur qui ne savait qu'affirmer et combattre, mais qui eut le malheur de douter de tout le monde et jamais de lui-même. Ce fut un réformateur, et son nom demeurera inscrit à côté des grands noms de la science qu'il a certes cultivée, honorée et perfectionnée. Ainsi pensait Mignet, son contemporain.

Il est vrai que Broussais a rattaché la pathologie à la physiologie; mais il fut plutôt un chef d'insurrection dans la science qu'un organisateur. « Ses titres, disait déjà Peisse, en 1838, ne conserveront pas dans l'avenir la valeur



qu'ont paru leur accorder ses contemporains. » Il fut ainsi jugé par la plupart de ces derniers.

Nous sommes loin de chercher à ternir le moindre rayon de son génie, qui sont loin d'être les mêmes ceux de sa gloire. Plus que jamais, Broussais méritait les mots de Sieyès : « Il a vécu. » Laissons ses cendres tranquilles au Val-de-Grâce, où l'on voit sa statue poser sagement le pied droit sur une pile de livres antérieurs à sa doctrine ; car il est bien à craindre que cette injure aux anciennes croyances médicales ne soit vengée par la postérité. Nous laissons à chacun son opinion, et, voulant faire prévaloir la nôtre, nous n'en respectons pas moins celle des autres. Nous savons d'ailleurs que, même à notre cause certains de nos estimables adversaires ne tenteraient l'impossible. Si nous pouvions seulement leur faire quelques concessions, si nous pouvions seulement leur mettre sur la route qui mène à Damas, une autre — d'essai, sans doute — se chargera de leur montrer le grand jour où prévaut la médecine nouvelle. En attendant, voici le sujet du litige :

*Démontrer l'opportunité du vésicatoire et sa supériorité sur la saignée et les émissions sanguines, en cas de pneumonie, particulièrement dans le pays que nous habitons.*

Messieurs, la constitution médicale a bien changé depuis l'évolution que le progrès, l'industrie et la civilisation ont fait subir à notre siècle. Nous sommes les petits-enfants de Broussais, et s'il s'est permis de traiter nos pères avec la lancette, je crois qu'il reculerait maintenant à l'idée d'user du même procédé envers leurs descendants.

Nous ne sommes pas du reste les premiers hématopistes. Van Helmont, Portius, Baillon, Stoll, Andral, G



Chomel, Louis, etc., ont de tous temps bataillé contre les Willis, les Sydenham, les Protà, les Gui-Patin, les Chirac, les Broussais et les Bouillaud. Galien lui-même avait déjà dit expressément qu'il ne fallait pas saigner les Gaulois.

Il est réellement désolant de jeter un coup d'œil sur l'histoire de la médecine, ou plutôt sur le mécanisme au moyen duquel la saignée devait triompher des maladies. Hippocrate, dit Bricheteau, cherchait à évacuer la matière morbifique, à ôter le superflu des parties engorgées, à rappeler ou détourner le sang des lieux où il ne devait pas être. Les méthodistes employaient la saignée comme le meilleur des relâchants dans les maladies où il y a une constriction prédominante. Dans la néphrite, Arétée, saignait hardiment pour faciliter l'expulsion des calculs. Galien voulait, tantôt diminuer la plénitude, tantôt faire diversion ou opérer une révulsion et même évacuer une partie de l'humeur morbifique. Les mécaniciens employaient la saignée pour désobstruer les vaisseaux engorgés par un sang épais et visqueux. Les humoristes s'en servaient pour débarrasser le malade de ses humeurs peccantes. L'école de Broussais avait en vue d'enlever aux organes irrités, l'élément de la phlegmasie.

Toutes ces théories, si disparates, ont fait chacune leur temps, et nous nous étonnons aujourd'hui de voir qu'elles aient pu trouver crédit. Aux hypothèses et aux notions erronées des anciens, nous répondons à présent par l'analyse et l'expérimentation. Avec elles et leur perfectionnement, le doute disparaît de plus en plus pour mettre en pleine lumière la connaissance raisonnée des lois qui régissent l'organisme sain ou malade.

La saignée a eu son temps, et il en sera peut-être un jour



de même pour les émissions sanguines locales. Les sues iront sans doute rejoindre les lancettes.

Autres temps, autres gens..., autres traitements que jamais c'est le cas de rajeunir le vieux proverbe

Comparez, messieurs. Où donc est-il ce bel âge, où matin le cabinet de l'homme de l'art n'était rempli de clients implorant une saignée? Où l'inévitable conséquence de toute consultation était la découverte d'une inflammation quelconque, réclamant sans retard l'ouverture d'une veine? Il faut bien l'avouer, *les partisans de la phlogistique sont bien obligés de suivre, à regret peut-être, le courant de l'école nouvelle.* Ce n'est qu'à de rares intervalles que nous préconisons encore parfois les émissions sanguines locales qu'ils se hâtent de préférer la lancette aux vésicatures, tant il est dur de lâcher tout d'un coup la méthode débiliteuse qui a presque entièrement bouclé ses jours dans le milieu où nous habitons, et depuis les travaux scientifiques sur la fièvre et les phlegmasies hyposthénisantes et les altérants ont cédé la place aux toniques et aux reconstituants. Razi et son tartre stibiacal sont déjà bien loin; la médication diaphorétique a suivi de près, et Laennec ne se doutait peut-être qu'il deviendrait le promoteur d'une école sérieuse réclamant que l'*« alcool est parfois un antiphlogistique »*. Tood, Béhier, Claude Bernard ont prouvé par la pratique et par leurs travaux ce que le grand homme avait fait prévoir. Confessons tout d'abord que nous avons ainsi dire complètement abandonné la lancette, que nous ne pourrions regarder les émissions sanguines locales que comme le traitement de la congestion. Nous ne tendons parler encore que des congestions ac-



non passives, qui demandent un traitement tout opposé.

Qu'est-ce que la congestion ?

C'est l'afflux du sang dans une partie plus ou moins circonscrite du corps. Dans l'hyperémie active, c'est plutôt un appel du sang. Dans la forme passive, c'est une accumulation par suite de relâchement dans les capillaires.

Cette définition donne, pour chacune de ces formes, le genre de traitement qu'on doit leur approprier.

Parmi les conséquences physiologiques de la pléthore locale, il en est une qui nous intéresse ici particulièrement. C'est l'inflammation. Le travail congestif est souvent le premier degré de ce phénomène morbide dû à des altérations de la circulation dans les capillaires. A la suite du resserrement des dernières ramifications artérielles et veineuses, les capillaires se dilatent et la marche du liquide sanguin y est arrêtée. *Il y a simplement congestion.*

Plus tard, l'obstruction des vaisseaux devient complète ; ils se distendent et donnent passage aux globules qui s'élancent dans toutes les directions, en même temps que s'établit le travail phlegmasique. *Il y a inflammation.*

Mais quand a lieu cette transition entre ces deux états pathologiques ? Qui pourrait préciser l'instant physiologique où le travail congestif est devenu inflammatoire ? Le plus souvent, Messieurs, cette période d'afflux, qui est l'avant-coureur du véritable processus inflammatoire, est tellement courte, l'impression vaso-motrice qui la produit a été tellement forte que les effets sont soudainement manifestes et que, comme le dit encore le savant chef de clinique de l'Hôpital de Paris, le médecin est rarement appelé au début, non pas d'une congestion, mais même d'une phlegmasie franche.



Dix-neuf fois sur vingt à notre arrivée, cette transition est franchie par le travail exsudatif, et le cas qui nous occupe ici particulièrement, *par la production épithéliale et l'exsudation fibrineuse caractéristique du parenchyme pulmonaire*. Dix-neuf fois sur vingt dans les pneumonies pour lesquelles nous sommes requis, nous constatons à la vue : les crachats colorés par le sang des capillaires distendus et rompus ; à l'oreille : les râles crépitants fins du début.

Or, par quoi se révèle à nous la pneumonie ?

Par ces mêmes crachats, par ces mêmes râles qui sont la conséquence indéniable de l'exsudation fibrineuse intra-alvéolaire. Le poumon est donc devenu un foyer d'infection récente et l'émission sanguine, — utile peut-être à l'organisme pour combattre la stase — est devenue bien plus nuisible que sans influence pour hâter la résorption des produits inflammatoires.

Vous n'avez pas été, messieurs, sans constater la gravité des pertes de sang sur les inflammations phlegmonieuses externes. *Nous n'avons, pour notre part, jamais vu l'application de sangsues faire avorter un phlegmon de la face ou du cou.* Nous avons conclu qu'elles n'étaient que nuisibles, destinées à prolonger la période de suppuration. Le sang ne peut agir que comme agent déplétif d'un foyer d'accès à la sortie du pus.

Il en est de même dans les phlegmasies internes, quand le pus est en formation. Tirez alors du sang jusqu'à épuisement complet, ce sera sans aucun bénéfice. Les vésicules pulmonaires contiendront toujours les liquides fibrineux coagulés et la perte de sang n'empêchera pas l'hépatite et ses suites.



Écoutez Jaccoud : « C'est parce que l'on n'a pas assez tenu compte de cette distinction capitale entre la congestion simple, résultant uniquement d'un changement dans le calibre des vaisseaux, et la congestion inflammatoire qui marche dès le premier instant, qu'on a cru pouvoir admettre l'indication de la saignée comme pouvant juguler la pneumonie à son début. L'anatomie pathologique et l'observation démentent cette assimilation et la conséquence thérapeutique qu'on a voulu en tirer.

» La saignée ne peut alors que troubler la circulation locale, retarder l'évolution des produits de l'exsudation dont la marche, pour disparaître, doit fatalement passer par des phases constantes. »

Nous le répétons, tant que la congestion n'est que mécanique, la saignée est superflue, mais les émissions locales sont parfois passagèrement avantageuses. Au contraire, ce mode de traitement devient dangereux, lorsque la maladie est entrée dans cette phase d'inflammation, qui réclame, pour sa résolution, un élément précieux, le sang, que vous tirez de la veine, alors qu'il doit remplir un rôle si important dans l'économie.

On m'objectera que la dyspnée peut être intense et la température élevée; qu'il peut se produire des phénomènes d'hyperémie, d'œdème collatéral et de stase encéphalique et que, dans ces derniers cas du moins, la saignée produit un soulagement « immédiat ». Sans doute, mais on ferait bien, d'ajouter « momentané », avec cette restriction : qu'elle peut amener des désordres graves dans le cours de la maladie principale.

Les états signalés plus haut ne sont que des complications auxquelles on peut opposer des moyens moins hé-



roïques, comme on dit, et par conséquent moins reux. D'un autre côté, nous avouons aussi franchement que nous ne retrouvons plus, que bien exceptionnellement des types de pneumonies franches compliquées ou le type est resté, et alors pourquoi cet abandon de tement de Broussais et de Valsalva? Ou le type a c et avec lui la médication à lui opposer.

Comme le dit Fonssagrives, par la saignée, on obtient 1° un effet dynamique; on déprime l'économie, en enlevant une partie de ses matériaux, de son activité, de son sang; 2° un effet déplétif, en désobstruant le système circulatoire, et 3° un effet dérivatif, en appelant le sang vers un vaisseau ouvert. Or, Messieurs, combien rare est l'indication thérapeutique, qui exige dans le cours de la pneumonie l'action simultanée de ces trois effets, conséquence inévitable de toute saignée. Vous aurez beau nous dire que la saignée a puissance pour éteindre, en des mains saignées, l'éréthisme inflammatoire, pour détourner une éruption se portant vers un organe fragile, pour rétablir l'équilibre circulatoire compromis d'une manière mécanique pour arrêter une hémorragie; nous voulons bien reconnaître tous ces avantages à la saignée, mais qu'on nous explique alors pourquoi l'on ne saigne plus.

Les médecins du commencement de ce siècle ont fait, comme tous autres, abusé de la lancette. Guy-Patin avait saigné 325 fois un de ses amis, 20 fois son fils et 75 fois sa propre personne. Ne cite-t-on pas partout cette pauvre hystérique qui a été saignée en 19 ans, 80 fois aux pieds et 940 fois aux bras? On en abusait surtout pour juguler certaines affections, comme la pneumonie et le rhumatisme. N'a-t-on pas fait depuis, dans certaines conditions individuelles, une



pour ne pas saigner? Quelle était autrefois la femme enceinte qui, à mi-terme, n'allait pas porter son bras au chirurgien? Les couches de ces temps-ci sont-elles plus difficiles, plus mauvaises, depuis qu'on a renoncé à cette pratique?

On ne subordonne pas non plus l'emploi de la saignée à des principes thérapeutiques rationnels, par exemple : saigner toujours les apoplectiques et ne pas saigner les phtisiques.

Il y a plus : les maladies et les hommes ont subi des métamorphoses ; la constitution médicale n'est plus la même. Dans les centres que nous habitons cette dernière hypothèse ne peut être controuvée.

Les hommes ont changé, parce que le milieu dans lequel ils naissent, ils vivent, ils travaillent est complètement différent du milieu dans lequel on s'agitait autrefois ; parce que le progrès est venu y implanter de ces modifications qui ont un retentissement connu sur toute l'économie ; parce que l'extraction de la houille, la fabrication du verre — besognes pénibles et ruineuses au point de vue de la santé — le travail dans les laminoirs dans les forges, tous les métiers divers ont amené l'organisme à subir des exigences journalières dont l'influence morbigène est incontestable ; parce que les descendants ont hérité des métamorphoses apportées à la constitution des travailleurs, auxquelles se sont ajoutés les ravages causés par l'abus des spiritueux et les conditions sociales actuelles ; parce que les maladies ont aussi participé à cette mutation et qu'elles ont revêtu une forme et des allures devenues typiques pour certaines professions. De ce nombre est la pneumonie.

J'ai eu l'honneur de présenter à messieurs les membres

de l'Académie de médecine, un travail dont ils ont l'impression, travail intitulé : *Hygiène, accidents maladies des souffleurs de verre*, dans lequel je crois disséquer fidèlement la forme de pneumonie, classique pour tous les cas, qui se rencontre chez ces ouvriers. Je tenais alors à faire remarquer déjà cette tendance presque constante, à l'adynamie, tendance qui est la plus sérieuse contre-indication du traitement préconisé par nos honorables adversaires. Nous avons maintenant la satisfaction de pouvoir affirmer de plus en plus la supériorité de la médication révulsive et surtout de l'emploi de saignées et des excitants dans les différentes périodes de la pneumonie.

Dans de nombreux cas, grâce à la méthode allemande, aux applications d'eau froide répétées, grâce surtout aux vésicatoires et à la teinture de *veratrum viride* ou à la strychnine, dont l'action sur le processus pulmonaire nous paraît évidente, nous avons souvent pu suivre avec succès les évolutions de cette redoutable maladie et la voir presque toujours se terminer par une résolution complète.

Et s'il fallait, messieurs, nous départir de ces moyens, nous considérons comme souverains, nous préférons nous faire partisans de la méthode expectante, voire même de l'homœopathie, plutôt que de recourir au traitement systématique de Broussais.

La saignée ne peut agir que sur des symptômes. Ce n'est pas un remède, c'est un trompe-l'œil, un palliatif souvent trop dangereux et rarement utile dans ce pays-ci.

La saignée n'a jamais guéri un pneumonique; elle n'a au plus aidé à lui procurer un soulagement momentané, qu'il paie souvent du sang qu'on lui enlève. « Le p



devoir d'un médecin, dit Jaccoud, n'est pas de soulager, mais plutôt d'aider à guérir. »

L'aide sur lequel vous pouvez toujours compter, c'est le vésicatoire. La saignée et la médication débilitante, il faut bien le reconnaître, ne répondent plus à ces deux grandes indications qu'on doit toujours avoir en vue dans le traitement des affections aiguës : *soutenir les forces du malade, ne pas troubler la marche de la maladie*. Le vésicatoire laisse le patient avec toutes ses résistances, avec toute sa vitalité, qu'il fouette même lorsqu'elle tend à s'affaiblir. Il ne peut que hâter la résolution du processus pulmonaire, sans troubler en rien le cours de l'affection. La saignée diminue la masse du sang; Hufeland a pu dire avec raison que son effet fondamental est l'affaiblissement de la vie. C'est un moyen de dénutrition qui prépare l'anémie globulaire, lente à réparer, et qui modifie singulièrement la constitution du liquide sanguin. Voyez combien sont longues et difficiles les convalescences des pneumoniques traités à la Broussais. Les émissions sanguines ne peuvent que préparer le terrain aux affections concomitantes et parfois à la phtisie.

L'estimation que l'on fait de la quantité de sang à extraire est toute de fantaisie; elle est basée sur des apparences souvent trompeuses et elle ne repose sur aucune donnée scientifique.

Le vésicatoire, ne distrayant qu'une part de la masse sanguine, n'agit pas directement sur ses éléments vivifiants. Il n'enlève qu'une certaine quantité de son sérum, celle qui peut-être, par des transformations chimiques successives, habituelles ou morbides, peut devenir la plus nuisible dans le cas de pneumonie. Il ne diminue, par suite, ni les oxy-



dations, ni la température, et il ne trouble aucunement la circulation.

La saignée amène une perturbation constante, qui termine presque toujours fatalement par la syncope. La déplétion causée par la saignée n'est d'ailleurs que momentanée. Pour amuser le malade à ses dépens, il faut souvent la renouveler.

Le vésicatoire est un dérivatif, un révulsif, un exutoire que l'on rend constant à volonté.

Quand on pratique une saignée dans le cas de pneumonie, on ne sait pas même d'avance quelle est, des deux circulations, de l'artère pulmonaire ou de l'artère bronchique, celle qui sera intéressée, si ce sera l'hématose ou la nutrition qui se modifiera. On l'ignore, il faut y aller en aveugle. Il n'y a qu'un effet à constater, c'est l'effet déplétif. Nous savons quelles peuvent en être les conséquences.

La saignée du bras ne soulage pas directement le malade, même au point de vue de la dyspnée; la déplétion agit sur tout le système vasculaire. Elle n'a aucun effet sur le processus pneumonique. Chose à remarquer, messieurs, et bien digne de votre attention, *la quantité de fibrine diminue pas par la saignée, elle augmente même; jamais la saignée ne jugulera la phlegmasie.* Le soulagement apparent par elle au pneumonique n'est qu'apparent. *Il ne respire pas plus facilement, il respire autrement par l'excitation de l'origine respiratoire du pneumogastrique qui ralentit le mouvement de la respiration.*

Si l'on avait annoncé cette découverte à Broussais, il aurait sans doute parti d'un grand éclat de rire. Or, l'asphyxie reconnaît pour cause mécanique l'obstruction des vésicules pulmonaires par le plasma fibrineux et la prolifération



lulaire extra-vésiculaire, obstacle que la saignée n'enlèvera jamais et que le vésicatoire amoindrira.

La quantité de fibrine soustraite, constatée par la couche couenneuse de ce sang noir devant lequel s'extasient très adroitement tous les saigneurs en général, n'est que relative.

Voici, du reste, Guérard qui assure que, dans les phlegmasies, comme nous le disions plus haut, la fibrine ne fait qu'augmenter à mesure que l'on multiplie les émissions sanguines, celles-ci ayant pour effet de diminuer le nombre des globules, tandis que le travail inflammatoire élève le chiffre de la fibrine.

Écoutez encore le professeur Sée : « L'hyperinose, dit-il, à qui on a voulu faire jouer un rôle si capital au point de vue thérapeutique, s'observe dans les états les plus opposés, à preuve les inanitiés, où il y a augmentation de fibrine. »

La saignée combat efficacement la chaleur morbide. Thermomètre en mains, l'on a maintenant des moyens plus sûrs : les boissons acidules, les bains tièdes et la digitale.

Si la saignée a un effet plus rapide que les épispastiques, nous disons que, dans les cas rares de complications, il est bien préférable et moins dangereux de remédier à l'œdème collatéral et à la congestion céphalique, par des applications de sangsues, mais surtout par les dérivatifs puissants, internes et externes, concurremment avec le vésicatoire.

Le vésicatoire est un révulsif graduel beaucoup moins douloureux qu'on le dit, quand il est bien préparé, et qui agit sans nul doute sur les voies respiratoires par son principe actif : la cantharidine.

En attendant des données nouvelles de la science, qui

oserait nier les effets souvent très prompts du vésicatoire sur la marche de la pneumonie et le soulagement accordé par le malade, qui oublie la douleur du début pour reconnaître que ses craintes étaient mal fondées? Car, il faut l'admettre, il existe dans les masses un préjugé qu'on ne parviendra pas, comme tant d'autres, hélas! à déraciner sitôt. Combien à tort les parents s'opposent à l'emploi des vésicants! alors que surtout, pour les enfants atteints de bronchite et de pneumonie, ils sont un remède certain et un adjuvant incontestable et l'obstacle le plus rationnel à la mort par asphyxie qui les emporte si souvent. Citerai-je les confiants qui n'attendent jamais le deuxième jour pour en faire la heureuse application chez les enfants? Conservez à ces enfants débile, affaibli, ruiné par la fièvre le reste de forces nécessaires pour surmonter les dangers de la période asphyxique. *Et dans les cas particuliers des fièvres éruptives*, où souvent la congestion pulmonaire est passive, ce serait, à mon avis, une erreur bien grave que de la favoriser par les émissions sanguines. La seule médication, la plus rationnelle, est celle du vésicatoire et des fortifiants.

Non, messieurs, le vésicatoire ne peut pas, comme on l'entend dire, « tuer un enfant. » Ce qui tue parfois, c'est le retard que l'on met à s'en servir. Quelques praticiens même en renom, redoutent l'emploi d'un révulsif dans la période fébrile des maladies aiguës, et cela parce qu'ils partagent encore cette idée fausse que les agents révulsifs augmentent la fièvre et l'effervescence.

Le mal est là et c'est par là qu'il faut le saper à la base.

Les anciens pouvaient tomber dans cette erreur, eux qui étaient loin de posséder les moyens d'investigation que nous avons aujourd'hui à notre disposition, mais

nous est plus possible de laisser continuer ce procès, alors qu'il nous est si facile de contrôler et de juger la question. Ce manque d'accord, conséquence évidente d'un manque d'étude, est cause qu'on ne retire généralement pas de ce moyen thérapeutique tous les avantages qu'il est à même de procurer. Comme le dit le docteur Dauby, beaucoup ne possèdent aucune notion précise sur le mode d'action des révulsifs; ils se figurent encore que les agents de la méthode dite *révulsive* ou *transpositive* déterminent d'une façon tout à fait inexplicable le transfert du mal du processus morbide. Et de fait le mécanisme de la révulsion n'est connu que depuis 1869, époque où le docteur De Beaufort en a donné une explication conforme aux lois de la physiologie. C'est par une action réflexe qu'on peut se rendre compte de tous les phénomènes observés dans la révulsion. La douleur déterminée à la périphérie, aux dernières ramifications nerveuses de la peau, se transmet jusqu'au centre cérébro-spinal, qui réagit par l'intermédiaire des filets nerveux moteurs sur les vaisseaux appartenant au tronc vasculaire qui alimente le point irrité par le révulsif. Il en résulte une contraction, puis une dilatation de ces vaisseaux et, comme conséquence, une ischémie relative avec augmentation de la pression du sang, suivie d'une hyperémie coïncidant avec un abaissement plus ou moins marqué de la tension vasculaire. Ce sont ces modifications dans le calibre des vaisseaux sanguins qu'on utilise, quand on veut combattre une hyperémie active ou passive, quand on veut obtenir la résorption d'exsudats et de transsudats.

Malgré la justesse de la définition et l'exactitude du fait, il en est qui défendent encore avec vigueur la théorie an-



cienne sous forme de propositions que le docteur Digne formule de cette façon :

1° Les révulsifs ne peuvent rien réverser, tant que le système circulatoire est turgescent par les liquides qui s'accumulent ou par le calorique qui le dilate et qui excite les mouvements ;

2° En telles circonstances, ils sont même funestes, puisque les faits et la raison prouvent qu'ils excitent et provoquent l'effervescence ;

3° Les véritables mouvements de résolution se produisent avec ou par la défervescence qui ramène la contraction physiologique, les révulsifs sont alors tout au moins utiles, s'ils ne sont pas dangereux (*Moniteur thérapeutique*).

Ces conclusions sont en contradiction flagrante avec les données physiologiques nouvelles et les résultats expérimentaux obtenus à la suite de nombreuses expériences. Et d'ailleurs, messieurs, pour agir, les révulsifs doivent causer de la douleur. Il suffit de remonter à la théorie nerveuse de leur mode d'action pour s'en convaincre. La peau, une fois anesthésiée au point d'application, l'agent révulseur ne produit aucun effet, ce n'est que par la sensation de douleur que l'on peut arriver aux divers états de contraction et de dilatation des vaisseaux nécessaire au développement de la révulsion. Or, c'est précisément lorsque le système vasculaire est turgescent que les révulsifs sont inefficaces, puisque toute leur activité repose sur les modifications vasculaires que nous venons de citer.

En second lieu, les expériences de Neuman ont minutieusement démontré que la méthode transfusoriale n'augmente pas l'effervescence, qu'au contraire elle diminue plutôt la température normale, diminue l'état fébrile.



ralentit le mouvement circulatoire. En consultant les nombreux tracés sphygmographiques et thermométriques de cet expérimentateur, on voit qu'à la suite de toute irritation *intense* ou *prolongée* de la peau, il apparaît une diminution dans la force et la fréquence du pouls, ainsi qu'un abaissement de la chaleur animale. Il y a deux temps dans ce phénomène, et le mode d'action du premier temps n'est pas sans donner une certaine valeur aux remarques du d<sup>r</sup> Dauvergne. En effet, la contractibilité vasculaire — le premier temps — sous l'influence des vaso-moteurs, a pour conséquence un effet tout opposé aux déductions de Neuman; c'est ce qui arrive quand l'irritation locale est minime et passagère. Le second temps, c'est-à-dire la dilatation vasculaire, et par suite l'afflux sanguin, ne se produit pas et n'amène pas, par conséquent, l'état décrit par Neuman.

Il résulte de tout ce qui précède qu'il faut toujours employer de *larges vésicatoires* ; qu'il faut les laisser longtemps en contact parfait avec la peau et *se garder de les saupoudrer de morphine*, pour épargner aux malades la sensation douloureuse, utile, nécessaire à la révulsion.

Si les moyens irritants révulseurs, dit le d<sup>r</sup> Dauby, ne sont nullement contre-indiqués durant le stade fébrile des affections aiguës, ils ne sont pas non plus inutiles, lors de la défervescence, comme le prétend M. Dauvergne. Depuis longtemps on avait, au contraire, constaté l'efficacité parfois étonnante des révulsifs, au déclin des processus aigus et subaigus, alors qu'à la période d'état ils n'avaient amené nulle amélioration. Cette anomalie apparente s'explique parfaitement par la théorie de De Beaufort. En effet, tant que les produits inflammatoires n'ont pas subi les transfor-

mations nécessaires à leur résorption, les modifications circulatoires que va déterminer le révulsif autour du foyer morbide, ne peuvent avoir pour résultat que le dégorgement des parties simplement hyperémiées ; tandis que plus tard la dilatation des vaisseaux aide puissamment à la résorption des divers éléments résultant de la métamorphose des produits exsudés ou transsudés.

Du reste, messieurs, le vésicatoire n'exclut pas une application de sangsues dans les fortes congestions ; il est aussi un mode facile de faire absorber les médicaments par la méthode endermique.

Nous ne parlerons pas de la pneumonie des vieillards, où il est pour ainsi dire seul ordonné avec les excitants et les toniques.

D'un autre côté, les accidents qui peuvent survenir à la suite de l'application du vésicatoire, sont moins fréquents et moins graves que ceux qui peuvent résulter d'une saignée inopportune, mal faite et même bien faite. Mais son grand mérite sur celle-ci, dans l'affection qui nous occupe particulièrement, c'est de prévenir l'adynamie et par conséquent la mort, en ne portant aucune atteinte à la quantité et à la qualité du liquide sanguin plus que jamais nécessaire à l'organisme.

Le sang, c'est de la chair coulante, a dit Bordeu ; c'est l'élément principal, indispensable de notre organisation ; c'est le liquide qui baigne la vie. Le sang vit, a dit Virchow, et ce n'est pas impunément que vous le faites sortir des vaisseaux où il est emprisonné. Le sang fait notre force et notre résistance ; en l'enlevant à l'économie, chez l'homme sain, vous lui enlevez ses moyens de défense contre les assauts de la maladie ; chez l'homme malade, vous l'aban-



donnez, dans certains cas, à ses empiètements nuisibles et trop souvent mortels.

Dans la pneumonie, messieurs, permettez-moi cette comparaison, le sang comme le scorpion, porte en lui le poison et le remède. Le poison, c'est la fibrine dont le dépôt dans les ramifications capillaires et les interstices intravésiculaires enraie la circulation pulmonaire, empêche l'hématose et prépare l'asphyxie. Le remède, c'est son pouvoir résorbant qu'il faut ménager, activer et au besoin augmenter, pour faire face à l'exsudation fibrineuse et à la prolifération cellulaire.

---



## OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ALBRECHT (P.). Mémoire sur le basiotique. — Un nouvel os de la base du crâne, situé entre l'occipital et le sphénoïde. Bruxelles, 1885; 4°.
- ARCHIVES DE BIOLOGIE, publiées par MM. E. Van Beneden et C. Van Bambeke. Tome III. Bruxelles, 1882; vol. 8°.
- BARELLA (H.). Notice sur la vie et les écrits du docteur Fossion. Bruxelles, 1885; 8°.
- BIZZOZERO (G.). Manuel de microscopie clinique; traduit de l'italien par le docteur Firket. Bruxelles, 1885; vol. 8°.
- BOËNS (H.). No mas vacunacion, no mas vacuna ó medio de llegar á suprimir el método de Jenner; traduccion de los doctores Ruiz y Olavarria y J. de Neira y Cayllet. Sevilla, 1885; 8°.
- Tratamiento de la agonia; version espanola por P.-A. Delgado. Madrid, 1885; 12°.
- BULLETIN de la Société académique franco-hispano-portugaise de Toulouse. Numéros 2 et 3 du tome III. Toulouse, 1882; 2 br. 8°.
- BURQ (V.). Des origines de la métallothérapie. Paris, 1885; vol. 8°.
- CHAVÉE-LEROY. La maladie des pommes de terre et les fabriques de produits chimiques. Clermont, 1885; 4°.
- Le phylloxera et les vignes d'Aigues-Mortes. Laon, 1885; 4°.
- DAVEZAC (J.). Note sur le gavage et les inhalations iodoformées chez les phtisiques. Bordeaux, 1885; 8°.
- DE COLLEVILLE (M.). De la nourriture, au point de vue de l'économie publique et privée. Manchester, 1885; 12°.
- DISCOURS prononcés sur la tombe de M. le professeur Lasègue. Paris, 1885; 8°.
- INGELS (B.-C.). Analyse de l'ouvrage intitulé : « Recherches expérimentales sur l'action hypnotique et sédative de la paralaldéide, dans les maladies mentales »; par le dr H. Morselli. Gand, 1885; 8°.
- Épilepsie; convulsions Jacksonniennes. Gand, 1885; 8°.
- Analyse du recueil intitulé : « Psychiatrische Bladen ». Gand, 1885; 8°.

LA DÉCOUVERTE du ferment spécifique de la malaria dans le sang des fiévreux. Turin, 1882; 8°.

MÉHU (C.). Remarques sur les variations de la composition du sperme, dans quelques cas pathologiques. Paris, 1883; 8°.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. Exposé de la situation du royaume de 1861 à 1875, publié par les soins de la Commission centrale de statistique; 12<sup>e</sup> fascicule. Bruxelles, 1883; vol. 8°.

MOENS (J.-C.-B.). De kina-cultuur in Azie. Batavia, 1882; vol. 4°.

PHYSIOLOGICAL fallacies. London, 1882; vol. 8°.

PROCEEDINGS of the American pharmaceutical Association at the thirtieth annual meeting, held at Niagara Falls, N. Y., september, 1882. Philadelphia, 1883; vol. 8°.

SELL (E.-H.M.). The opium habit; its successful treatment by the avena sativa. Jersey City, 1883; 8°.

STATISTIQUE médicale de l'armée belge. — Période de 1875-1879. Bruxelles, 1883; vol. 4°.

TOMMASI-CRUDELI (C.). Studi sull' agro romano e sulla malaria. Roma, 1879-1880; vol. 4°.

— I. Presentazione della memoria dei signori E. Marchiafava e G. Cuboni, intitolata : « Nuovi studi sulla natura della malaria. »

II. Comunicazione preventiva : « Sulla preservazione dell' uomo nei paesi di malaria ». Roma, 1880; 4°.

— Studi sul bonificazione dell' agro romano. I. L'antica fognatura delle colline romane. Roma, 1881; 4°.

— La malaria de Rome et l'ancien drainage des collines romaines. Paris, 1881; 8°.

— Études sur l'assainissement de la campagne de Rome. II. — Encore un mot sur l'ancien drainage des collines romaines. Turin, 1882; 8°.

— Études sur l'assainissement de la campagne romaine. III. La malaria des Trois-Fontaines, en 1882. Turin, 1883; 8°.

— Études sur l'assainissement de la campagne romaine. IV. La préservation de l'homme dans les pays à malaria. Turin, 1883; 8°.

TOPAI (F.). Sul ginocchio valgo. Roma, 1883; 8°.

UNNA (P.-G.) und SCHRÖTER (R.). Ichthyol. Berlin, 1885 ; 4<sup>o</sup>.

WEHENKEL (J.-M.). Rapport général sur l'état sanitaire des animaux domestiques pendant l'année 1881, d'après les documents fournis par les médecins vétérinaires du gouvernement. Bruxelles, 1885; 4<sup>o</sup>.

---

STATISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE & MÉDICALE  
DE  
L'AGGLOMÉRATION BRUXELLOISE  
ET  
TABLEAUX NOSOLOGIQUES DES DÉCÈS  
DE LA VILLE DE BRUXELLES

PAR

**M. le docteur E. JANSSENS,**  
Inspecteur en chef du service d'hygiène,  
Membre titulaire de l'Académie royale de médecine de Belgique,  
Membre de la commission centrale de statistique, etc.

---

ANNÉE 1882



## Relevé quotidien des mariages, des naiss

M O I S .		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mariages.	Janvier . . .	—	—	5	6	—	—	16	—	6	2	3	2
	Février . . .	5	3	—	15	—	11	2	5	5	—	15	—
	Mars . . .	2	4	—	11	—	12	1	—	2	—	8	—
	Avril . . .	5	8	—	7	—	7	—	—	—	28	6	15
	Mai . . .	15	2	4	1	—	16	—	10	5	7	—	—
	Juin . . .	2	—	12	—	14	2	6	—	—	18	—	8
	Juillet . . .	15	—	5	2	11	—	—	15	—	8	2	1
	Août . . .	—	7	2	—	10	—	12	6	5	—	—	17
	Septembre . .	—	16	—	10	2	14	1	—	16	—	6	4
	Octobre . . .	—	6	1	9	2	—	20	—	15	5	4	4
	Novembre . . .	—	—	—	34	—	16	2	4	—	—	16	—
	Décembre . . .	—	6	—	9	—	8	—	—	10	—	9	5
Naissances.	Janvier . . .	22	15	26	19	15	15	24	19	18	12	14	14
	Février . . .	17	16	15	22	16	9	11	16	20	19	14	22
	Mars . . .	19	16	20	25	20	14	11	15	15	16	15	35
	Avril . . .	28	15	16	14	24	15	14	12	15	18	17	14
	Mai . . .	17	15	19	18	15	16	18	8	16	14	21	16
	Juin . . .	15	14	11	16	15	19	14	15	18	11	20	22
	Juillet . . .	16	18	19	7	14	19	12	12	14	19	16	11
	Août . . .	15	16	15	14	10	11	15	10	12	15	9	18
	Septembre . .	8	8	18	9	15	21	18	17	9	15	18	10
	Octobre . . .	15	15	10	17	14	18	8	16	18	16	15	16
	Novembre . . .	15	12	15	14	16	18	12	14	18	15	15	10
	Décembre . . .	17	18	21	18	19	17	17	15	16	16	25	24
Mort-nés.	Janvier . . .	—	1	1	1	2	—	1	—	1	1	1	5
	Février . . .	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—
	Mars . . .	2	1	1	—	—	—	—	1	2	2	1	—
	Avril . . .	2	—	—	—	—	1	1	2	5	3	—	2
	Mai . . .	—	—	1	—	—	1	1	—	1	1	1	2
	Juin . . .	—	—	1	5	1	1	1	—	1	1	—	1
	Juillet . . .	—	1	1	—	2	1	5	4	1	1	—	—
	Août . . .	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	—	2
	Septembre . .	—	—	—	—	—	1	—	5	—	2	2	3
	Octobre . . .	—	1	—	—	—	1	2	2	1	1	4	—
	Novembre . . .	5	—	2	—	—	1	1	1	2	—	1	2
	Décembre . . .	5	1	2	1	1	2	—	2	1	—	—	—
Décès (étrangers compris)	Janvier . . .	18	20	15	15	10	8	12	9	18	16	7	15
	Février . . .	18	10	12	14	17	10	21	18	15	15	15	17
	Mars . . .	12	15	17	27	14	11	14	18	8	16	18	8
	Avril . . .	8	13	18	15	15	19	18	7	6	10	17	11
	Mai . . .	12	15	17	14	10	15	9	17	12	15	14	19
	Juin . . .	9	18	15	15	11	15	12	18	14	11	22	12
	Juillet . . .	10	12	12	11	18	15	10	14	10	19	9	9
	Août . . .	15	18	12	15	17	15	10	15	12	17	6	16
	Septembre . .	9	12	2	9	15	15	12	11	11	11	7	19
	Octobre . . .	9	12	8	10	10	20	10	12	10	9	15	6
	Novembre . . .	15	17	4	11	10	12	11	8	5	7	14	19
	Décembre . . .	14	14	15	18	21	14	17	10	9	9	15	10

nés et des décès constatés à Bruxelles.

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Moyennes quotidiennes.
—	11	4	—	12	—	5	—	11	1	—	10	—	10	1	4.0
—	27	—	6	—	—	2	—	18	—	5	—	—	—	—	4.9
—	10	—	8	—	3	2	—	4	—	9	1	4	1	—	3.1
12	1	10	2	—	10	—	11	—	4	2	—	16	—	—	5.4
11	—	—	12	—	7	—	7	—	—	28	—	29	1	5	5.9
12	—	15	4	4	—	—	18	—	12	—	10	2	—	—	5.0
12	—	11	—	—	12	—	14	2	2	—	—	11	—	7	4.6
—	—	16	—	—	—	5	—	—	25	—	11	—	4	—	4.6
—	18	2	9	—	—	10	—	15	2	7	—	—	12	—	5.6
1	6	—	—	12	—	4	2	7	5	—	10	—	12	4	4.6
2	14	—	10	9	4	—	—	17	—	5	—	3	4	—	5.0
—	5	2	8	2	—	18	—	—	—	12	—	—	29	—	4.5
14	16	15	17	10	12	18	18	12	21	20	17	19	15	17	16.8
15	18	14	25	16	20	15	19	17	20	16	16	—	—	—	17.1
12	24	18	22	18	29	11	20	20	19	15	21	14	17	14	17.6
26	20	11	12	11	17	25	20	11	15	10	15	16	19	—	16.7
15	11	15	23	11	21	19	19	11	11	19	16	14	17	14	15.9
16	21	15	8	14	27	16	14	11	16	16	14	19	19	—	15.6
12	14	14	18	19	15	13	20	15	19	17	14	9	15	18	15.5
7	16	14	19	14	15	10	16	16	14	24	16	14	14	17	14.2
29	15	11	20	11	17	20	19	14	18	21	22	15	15	—	15.6
8	17	12	17	14	15	21	17	15	15	5	11	17	14	18	14.1
23	8	13	27	17	8	16	17	11	15	18	17	17	17	—	15.4
18	16	15	12	20	17	7	15	15	19	16	18	19	13	11	16.9
2	1	1	—	2	1	4	5	—	2	2	1	1	—	4	4.0
1	1	1	2	2	2	—	5	1	2	—	1	—	—	—	1.0
1	—	—	2	—	—	1	—	1	1	1	2	1	—	1	0.7
1	2	1	—	2	5	—	3	1	2	—	1	2	—	—	1.2
1	1	1	1	1	1	2	—	2	2	—	—	1	4	2	0.8
1	1	1	2	1	1	1	1	—	1	—	3	2	1	—	1.0
1	1	1	1	1	1	1	2	—	5	1	—	—	—	2	1.0
—	2	—	—	1	1	—	2	—	2	—	1	1	—	—	0.9
—	1	—	1	—	—	4	—	—	—	1	1	1	1	—	0.8
1	1	—	1	—	—	1	1	1	1	1	—	—	2	2	1.0
—	2	1	2	—	2	1	—	2	2	2	—	1	—	—	1.5
3	4	1	—	—	2	2	1	2	—	5	—	—	1	1	1.2
12	13	18	10	15	12	10	19	10	13	12	17	15	12	15	15.2
18	15	21	12	14	15	12	14	10	20	14	16	—	—	—	15.0
12	16	14	13	15	12	15	17	10	25	21	17	11	9	17	14.9
15	18	12	12	11	18	16	20	15	6	22	15	19	18	—	14.8
18	14	17	14	16	5	15	15	15	16	17	12	14	10	11	13.6
16	17	15	13	9	7	9	11	15	7	10	15	8	9	—	12.7
15	12	20	11	10	15	14	17	12	16	14	7	15	16	12	13.0
12	16	20	9	12	8	17	14	14	18	8	11	15	12	15	15.5
15	9	15	15	16	9	10	12	15	15	7	12	11	17	6	11.5
9	10	12	12	8	9	17	15	11	7	7	12	11	9	12	10.5
11	15	15	12	14	12	17	12	15	8	10	6	22	15	—	11.7
17	15	8	14	19	17	8	15	19	14	12	12	16	17	11	15.9

## Relevé quotidien des mariages, des naissances

MOIS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Mariages.	Janvier . . .	—	—	5	6	—	—	16	—	6	2	5	2
	Février . . .	5	5	—	13	—	11	2	5	5	—	15	—
	Mars . . .	2	4	—	11	—	12	1	—	2	—	8	—
	Avril . . .	5	8	—	7	—	7	—	—	—	28	6	15
	Mai . . .	15	2	4	1	—	16	—	10	5	7	—	—
	Juin . . .	2	—	12	—	14	2	6	—	—	18	—	8
	Juillet . . .	15	—	5	2	11	—	—	15	—	8	2	1
	Août . . .	—	7	2	—	10	—	12	6	5	—	—	17
	Septembre . .	—	16	—	10	2	14	1	—	16	—	6	4
	Octobre . . .	—	6	1	9	2	—	20	—	15	5	4	4
	Novembre . . .	—	—	—	54	—	16	2	4	—	—	16	—
	Décembre . . .	—	6	—	9	—	8	—	—	10	—	9	5
Naissances.	Janvier . . .	22	15	26	19	15	15	24	19	18	12	14	14
	Février . . .	17	16	15	22	16	9	11	16	20	19	14	22
	Mars . . .	19	16	20	23	20	14	11	15	15	16	15	35
	Avril . . .	28	15	16	14	24	15	14	12	15	18	17	14
	Mai . . .	17	15	19	18	15	16	18	8	16	14	21	16
	Juin . . .	15	14	11	16	15	19	14	15	18	11	20	22
	Juillet . . .	16	18	19	7	14	19	12	12	14	19	16	11
	Août . . .	15	16	15	14	10	11	15	10	12	15	9	18
	Septembre . .	8	8	18	9	15	21	18	17	9	15	18	10
	Octobre . . .	15	15	10	17	14	18	8	16	18	16	15	16
	Novembre . . .	15	12	15	14	16	18	12	14	18	15	15	10
	Décembre . .	17	18	21	18	19	17	17	15	16	16	25	24
Mort-nés.	Janvier . . .	—	1	1	1	2	—	1	—	1	1	1	5
	Février . . .	2	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	1
	Mars . . .	2	1	1	—	—	—	—	1	2	2	1	—
	Avril . . .	2	—	—	—	—	1	1	2	5	5	—	2
	Mai . . .	—	—	1	—	—	1	1	—	1	1	1	2
	Juin . . .	—	—	1	3	1	1	1	—	1	1	—	1
	Juillet . . .	—	1	1	—	2	1	5	4	1	1	—	—
	Août . . .	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	—	—
	Septembre . .	—	—	—	—	—	1	—	5	—	2	2	5
	Octobre . . .	—	1	—	—	—	1	2	2	1	1	4	—
	Novembre . . .	5	—	2	—	—	1	1	1	2	—	1	2
	Décembre . . .	5	1	2	1	1	2	—	2	1	—	—	2
Décès (étrangers compris)	Janvier . . .	18	20	15	15	10	8	12	9	18	16	7	15
	Février . . .	18	10	12	14	17	10	21	18	15	15	15	17
	Mars . . .	12	15	17	27	14	11	14	18	8	16	18	8
	Avril . . .	8	15	18	15	15	19	18	7	6	10	17	11
	Mai . . .	12	15	17	14	10	15	9	17	12	15	14	19
	Juin . . .	9	18	15	15	11	15	12	18	14	11	22	12
	Juillet . . .	10	12	12	11	18	15	10	14	10	19	9	9
	Août . . .	15	18	12	15	17	15	10	15	12	17	6	16
	Septembre . .	9	12	2	9	15	15	12	11	11	11	7	19
	Octobre . . .	9	12	8	10	10	20	10	12	10	9	15	6
	Novembre . . .	15	17	4	11	10	12	11	8	5	7	14	19
	Décembre . . .	14	14	15	18	21	14	17	10	9	9	15	10

et mort-nés et des décès constatés à Bruxelles.

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Moyennes quotidiennes.
5	—	11	1	—	12	—	5	—	11	1	—	10	—	10	1	4.0
3	—	27	—	6	—	—	2	—	18	—	5	—	—	—	—	4.9
1	—	10	—	8	—	3	2	—	4	—	9	1	4	1	—	5.1
—	12	1	10	2	—	10	—	11	—	4	2	—	16	—	—	5.4
—	11	—	—	12	—	7	—	7	—	—	28	—	29	1	5	5.9
—	12	—	15	4	4	—	—	18	—	12	—	10	2	—	—	5.0
—	12	—	11	—	—	12	—	14	2	2	—	—	11	—	7	4.6
5	—	—	16	—	—	—	5	—	—	25	—	11	—	4	—	4.6
21	—	18	2	9	—	—	10	—	15	2	7	—	—	12	—	5.6
7	1	6	—	—	12	—	4	2	7	5	—	10	—	12	4	4.6
—	2	14	—	10	9	4	—	—	17	—	5	—	3	4	—	5.0
12	—	5	2	8	2	—	18	—	—	—	12	—	—	29	—	4.5
17	14	16	15	17	10	12	18	18	12	21	20	17	19	15	17	16.8
18	13	13	14	25	16	20	15	19	17	20	16	16	—	—	—	17.1
11	12	24	18	22	18	29	11	20	20	19	15	21	14	17	14	17.6
17	26	20	11	12	11	17	25	20	11	15	10	15	16	19	—	16.7
21	15	11	15	23	11	21	19	19	11	11	19	16	14	17	14	15.9
16	16	21	13	8	14	27	16	14	11	16	16	14	19	19	—	15.6
16	12	14	14	18	19	13	15	20	15	19	17	14	9	15	18	15.5
12	7	16	14	19	14	15	10	16	16	14	24	16	14	14	17	14.2
11	29	15	11	20	11	17	20	19	14	18	21	22	13	15	—	15.6
9	8	17	12	17	14	15	21	17	15	15	5	11	17	14	18	14.1
11	23	8	13	27	17	8	16	17	11	15	18	17	17	17	—	15.4
19	13	16	15	12	20	17	7	15	15	19	16	18	19	13	11	16.9
—	2	1	1	—	2	1	1	5	—	2	2	1	1	—	1	1.0
—	1	1	1	2	2	2	—	5	1	2	—	1	—	—	—	1.0
—	1	—	—	2	—	—	1	—	1	1	1	2	1	—	1	0.7
—	—	2	1	—	2	3	—	3	1	2	—	1	—	—	—	1.2
—	1	1	1	1	1	1	2	—	2	2	—	—	1	1	2	0.8
2	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	—	3	2	1	—	1.0
2	1	1	1	1	1	1	1	2	—	5	1	—	—	—	2	1.0
—	1	2	—	—	1	1	—	2	—	2	—	1	1	—	—	0.9
—	—	1	—	1	2	—	1	—	—	—	1	1	1	1	—	0.8
1	—	1	—	1	—	—	4	1	1	1	1	—	—	2	2	1.0
—	2	1	4	2	—	2	1	—	2	2	2	—	1	—	—	1.5
3	4	1	—	—	—	2	2	1	2	—	5	—	—	1	1	1.2
12	15	18	10	10	13	12	10	19	10	13	12	17	15	12	13	13.2
18	15	21	12	14	15	10	12	14	10	20	14	16	—	—	—	15.0
12	16	14	13	15	12	15	17	17	10	25	21	17	11	9	17	14.9
13	18	12	12	11	18	20	15	6	22	15	19	18	15	—	—	14.8
18	14	17	14	16	5	15	14	15	13	16	17	12	14	10	11	13.6
16	17	15	13	9	7	9	11	15	7	10	13	13	8	9	—	12.7
23	13	20	11	10	15	14	17	12	16	14	7	15	16	12	13	13.0
12	16	20	9	12	8	17	14	14	18	8	11	15	12	18	15	15.5
15	9	15	15	16	9	10	12	15	13	7	12	11	17	6	—	11.5
9	10	12	12	8	9	17	15	11	7	7	12	11	9	12	15	10.5
11	15	15	12	14	12	17	12	15	8	8	10	6	22	15	—	11.7
17	15	8	14	19	17	8	11	15	19	14	12	12	16	17	11	15.9



## Statistique démographique mensuelle de la ville de Bruxelles.

MOIS.	N A I S S A N C E S										Jumeaux compris dans les naissances.				Déclarés sans vie.		D É C È S		Légitimations.	Mariages.	Divorces.
	Légitimes.		Illégitimes.		T O T A L						Légit.		Illégit.		Avortions.	Mort-nés.	Résidents.	Généraux.			
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	Général.	M.	F.	M.	F.								
Janvier . . . .	196	188	74	62	270	250	520	4	2	—	—	—	—	12	54	540	410	46	121	4	
Février . . . .	158	177	77	66	255	245	478	—	—	—	—	—	—	11	29	335	419	50	159	2	
Mars . . . . .	209	179	84	74	295	255	546	4	2	2	2	2	—	13	25	581	462	55	97	1	
Avril . . . . .	185	181	61	75	246	254	500	6	4	4	2	—	—	10	57	565	445	39	156	5	
Mai . . . . .	182	160	75	76	257	256	495	2	6	1	1	1	1	15	26	545	425	66	185	6	
Juin . . . . .	183	166	64	54	247	220	467	6	7	—	2	—	—	9	29	525	382	36	150	4	
Juillet . . . .	178	180	59	57	257	257	474	5	4	—	2	—	—	19	52	544	402	35	145	4	
Août . . . . .	165	157	64	74	229	241	440	4	6	2	2	—	—	19	27	548	419	47	157	5	
Septembre . . .	168	162	74	64	242	226	468	11	3	2	2	—	—	16	24	285	338	58	168	5	
Octobre . . . .	165	164	54	54	219	218	437	2	—	—	—	—	—	14	50	269	326	48	145	7	
Novembre . . .	164	166	62	70	226	256	462	—	2	—	—	—	—	8	40	271	350	47	150	4	
Décembre . . .	192	176	89	67	281	245	524	7	1	—	2	1	—	15	58	551	452	50	140	5	
Total . . . . .	2145	2056	837	791	2082	2827	5309	51	57	9	7	157	369	3957	4808	515	1729	50			

## Résumé annuel du mouvement de la population de la ville de Bruxelles.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1881, la population de fait s'élevait, d'après les relevés officiels, à 165,550 habitants (76,823 masc. et 88,527 fém.).

Pendant l'année, il a été déclaré au bureau de l'état civil 5,809 naissances, qui se répartissent comme suit, au point de vue du sexe, de l'état-civil, du domicile des parents et de la condition sociale de ceux-ci

MASCULINS :	légitimes	2145	illégitimes	857	Total	2982
FÉMININS :	id.	2056	id.	791		2827
	Total	4181		1628		5809

Dans ce nombre sont comprises 104 naissances gémellaires (60 masc., 44 fém.), dont 88 légitimes et 16 illégitimes.

Parmi les naissances illégitimes figurent 414 enfants issus de mère étrangère à la ville.

Lieu de naissance : 1<sup>re</sup> division, 941; 2<sup>e</sup> division, 1566; 3<sup>e</sup> division, 2597; 4<sup>e</sup> division, 588; 5<sup>e</sup> division, 281; 6<sup>e</sup> division, 36.

Taux annuel de natalité sur 1000 habitants :

1<sup>re</sup> division, 29.3; 2<sup>e</sup> division, 35.4; 3<sup>e</sup> division, 51.0; 4<sup>e</sup> division, 21.4; 5<sup>e</sup> division, 21.6; 6<sup>e</sup> division, 14.1.

Naissances par condition sociale : parents riches, 50, aisés, 559; pauvres et indigents, 5200.

L'officier de l'état civil a célébré 1729 mariages et prononcé 50 divorces.

Nombre de décès par sexe. . . . . { 2563 m. } 4808  
 { 2245 f. }

Nombre de mort-nés (non compris dans le chiffre de décès.) { 214 m. } 569  
 { 155 f. }

Nombre des avortons, 161.

Domicile des décédés : 1<sup>re</sup> division, 787; 2<sup>e</sup> division, 1221; 3<sup>e</sup> division, 1148; 4<sup>e</sup> division, 568; 5<sup>e</sup> division, 193; 6<sup>e</sup> division, 40; non résidents, 851.

Taux annuel de mortalité sur 1000 habitants :

1<sup>re</sup> division, 24.5; 2<sup>e</sup> division, 27.6; 3<sup>e</sup> division, 24.5; 4<sup>e</sup> division, 20.7; 5<sup>e</sup> division, 14.9; 6<sup>e</sup> division, 15.6.

Diminution de décès comparativement à la moyenne décennale de 1871-80 545

Excédant du chiffre des naissances sur celui des décès. 1001

Moyenne quotidienne des naissances, 15.9; des mariages, 4.5; des décès, 15.2; des mort-nés, 1.

Décès à domicile. . . . . 5046

Décès dans les hôpitaux : { habitants de Bruxelles . . . . . 911  
 { non résidents . . . . . 851

Décès par état-civil : enfants et célibataires, 2729; mariés, 1558; divorcés, 12; veufs et veuves, 799.

Décès par condition sociale : riches, 126; aisés, 885; pauvres et indigents, 3797.

Nombre absolu des décès fournis par la population stable de Bruxelles 3957

Moyenne par jour " " " " " 10.8

Taux annuel de mortalité sur 1,000, " " " 23.8

Statistique démographique annuelle de l'agglomération bruxelloise.

LOCALITÉS.	POPULATION CALCULÉE au 1 <sup>er</sup> janvier 1882.	SUPERFICIE.	NOMBRE DES										T A U X		MALADIES	
			NAISSANCES		MORT-NÉS		DÉCÈS		LÉGITIMATIONS.	MARIAGES.	DIVORCES.	annuels sur 1,000 habit.	natalité.	mortal.	Nombre des décès.	Mortalité sur 1000 habit.
			Légitimes.	Illégitimes.	Légitimes.	Illégitimes.	A domicile.	Dans les hôpitaux.								
Bruxelles . . . . .	165,350	H. A. C. 896,71,50	4181	4628	240	129	3046	911	515	1729	50	35,4	25,8	271	1,6	
Anderlecht . . . . .	24,300	1784	876	100	35	5	527	75	68	203	2	40,7	25,1	62	2,6	
Etterbeek . . . . .	12,540	310	372	65	11	2	181	15	25	95	1	34,8	15,5	14	1,1	
Ixelles . . . . .	37,825	708	914	159	22	1	643	66	82	554	12	27,8	18,7	58	1,0	
Laeken . . . . .	18,710	854,82,14	712	102	49	2	428	49	52	168	7	45,5	25,5	45	2,4	
Molenbeek-St-Jean.	41,608	656	1454	300	85	21	950	136	50	374	9	42,1	25,6	48	1,1	
Schaerbeek . . . . .	45,154	876,27,72	1092	180	40	12	822	108	104	599	9	29,5	21,5	24	0,6	
Saint-Gilles . . . . .	55,065	252,16,29	971	201	47	15	646	114	60	257	4	53,5	21,7	58	1,7	
St-Josse-ten-Noode.	28,484	110,12,53	644	141	19	2	495	78	64	249	10	27,5	20,1	20	0,7	
Total. . . . .	407,034	6448,10,18	11216	2859	548	189	7780	1550	1000	3808	104	34,6	22,9	580	1,4	

Communes-faubourg de l'agglomération bruxelloise.

## Statistique démographique mensuelle et collective des huit communes suburbaines de l'agglomération bruxelloise.

MOIS.	NAISSANCES										Jumeaux compris dans les naissances.				Mort-nés.	DÉCÈS.	Mariages.	Divorces.
	Légitimes.		Illégitimes.		T O T A L.		Légitimes.		Illégitimes.									
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.								
											général.							
													M.	F.				
Janvier . . . . .	328	319	52	57	380	376	756	10	7	1	1	34	486	154	1			
Février . . . . .	299	282	50	50	349	352	681	6	6	2	—	29	475	168	5			
Mars . . . . .	338	305	61	45	399	348	747	11	7	—	—	54	552	109	2			
Avril . . . . .	307	279	47	47	354	326	680	5	6	—	1	29	458	202	5			
Mai. . . . .	306	295	67	52	373	347	720	4	2	1	1	36	455	190	6			
Juin . . . . .	296	297	54	48	350	345	695	4	9	—	2	24	409	166	5			
Juillet. . . . .	258	278	41	55	299	351	650	7	5	1	1	56	455	192	5			
Août . . . . .	277	267	45	61	320	328	648	6	5	—	1	29	495	144	4			
Septembre . . . .	266	278	57	60	305	358	641	10	4	—	—	26	404	211	10			
Octobre . . . . .	315	287	45	51	356	358	694	5	4	2	1	55	378	167	7			
Novembre . . . .	298	266	49	47	347	315	660	5	5	1	1	26	581	192	5			
Décembre. . . .	315	285	65	51	380	354	714	1	5	—	1	50	426	184	5			
Total. . . . .	5601	5454	609	632	4210	4056	8266	72	65	8	10	568	5311	2079	54			



## Résumé des bulletins hebdomadaires de statistique météorologique

Numéros d'ordre de la semaine.	Dates des semaines.		VILLE DE BRUXELLES.											COM.	
			Mariages.	Naissances.	Avortons. 0 à 6 m. de gestat.	Morts-nés. 6 à 9 m. de gestat.	Total.	DÉCÈS.					Mariages.	Naissances.	
	De 0 à 1 an.	MALADIES						Mort violent.							
		Zymotiq.							Saisonn.	Tuberc.					
Jours.	Mois.														
1	1-7	Janvier.	27	154	5	6	76	18	4	32	16	4	56	18	
2	8-14	Id.	27	114	5	8	82	17	9	56	15	4	27	17	
3	15-21	Id.	29	105	4	8	74	15	5	55	8	2	40	15	
4	22-28	Id.	27	118	2	10	77	14	6	55	16	1	59	16	
5	29-4	Janvier-février.	50	121	2	4	80	15	4	56	21	—	59	17	
6	5-11	Février.	56	105	4	4	85	28	5	58	17	1	44	18	
7	12-18	Id.	55	127	3	7	86	25	6	50	15	3	48	17	
8	19-25	Id.	26	124	2	15	77	16	4	25	21	3	55	16	
9	26-4	Février-mars.	22	150	5	7	91	16	9	50	20	3	58	16	
10	5-11	Mars.	25	102	1	6	85	25	5	40	16	1	25	17	
11	12-18	Id.	25	150	4	3	77	17	6	54	20	2	25	16	
12	19-25	Id.	17	158	1	4	81	18	5	56	21	2	25	17	
13	26-1	Mars-avril.	20	126	5	8	85	18	8	29	20	—	26	15	
14	2-8	Avril.	25	106	1	4	82	15	4	55	21	2	17	13	
15	9-15	Id.	61	125	2	14	87	17	4	59	25	1	95	15	
16	16-22	Id.	55	114	2	8	84	17	4	52	18	5	49	15	
17	23-29	Id.	43	108	5	9	89	24	9	27	21	3	45	15	
18	30-6	Avril-mai.	56	119	5	2	76	22	6	26	16	2	58	17	
19	7-15	Mai.	54	108	5	7	82	19	8	52	20	1	40	15	
20	14-20	Id.	42	113	2	5	89	29	15	54	16	—	54	15	
21	21-27	Id.	46	111	2	8	68	12	9	22	17	5	69	14	
22	28-5	Mai-juin.	49	99	5	5	76	10	8	27	19	2	45	15	
23	4-10	Juin.	40	106	5	8	79	11	8	51	10	1	41	16	
24	11-17	Id.	52	115	2	6	85	21	7	25	18	1	58	15	
25	18-24	Id.	41	115	1	7	69	22	9	25	14	—	49	15	
26	25-1	Juin-juillet.	59	111	1	7	61	18	1	50	15	5	52	17	
27	2-8	Juillet.	55	101	6	12	76	17	4	55	15	5	49	14	
28	9-15	Id.	24	111	5	3	62	18	5	25	6	5	49	15	
29	16-22	Id.	55	106	5	8	92	54	8	42	16	1	51	12	
30	23-29	Id.	29	107	5	7	86	51	6	56	14	5	52	16	
31	30-5	Juillet-août.	26	103	4	7	82	28	5	41	15	2	59	15	
32	6-12	Id.	58	88	6	10	78	55	5	40	14	—	54	14	
33	13-19	Id.	55	95	5	4	80	24	9	52	15	4	29	12	
34	20-26	Id.	50	102	5	6	78	29	5	56	15	2	55	13	
35	27-2	Id.	51	101	5	2	71	25	4	28	17	1	56	17	
36	3-9	Id.	45	107	4	4	82	21	2	51	8	1	42	16	
37	10-16	Id.	54	102	7	11	70	15	4	55	16	2	45	15	
38	17-23	Id.	59	121	4	5	71	15	5	26	16	5	45	16	
39	24-30	Id.	56	122	—	4	61	21	5	24	16	2	60	15	
40	1-7	Id.	58	95	5	4	65	12	5	25	14	1	46	15	
41	8-14	Id.	59	107	6	9	50	11	5	14	17	2	55	15	
42	15-21	Id.	26	89	1	5	56	15	5	24	16	5	55	14	
43	22-28	Id.	26	97	2	8	68	14	4	50	15	2	45	15	
44	29-4	Id.	52	105	2	11	59	16	2	26	15	1	58	15	
45	5-11	Id.	44	168	1	6	52	10	5	17	10	5	60	15	
46	12-18	Id.	51	107	2	11	71	20	4	50	9	1	42	15	
47	19-25	Id.	40	109	4	11	67	15	5	25	14	—	49	15	
48	26-2	Id.	18	117	5	9	71	19	5	26	20	—	40	15	
49	3-9	Id.	27	125	5	9	85	21	3	27	9	1	59	15	
50	10-16	Id.	31	135	4	8	79	14	6	50	21	5	45	15	
51	17-23	Id.	55	105	2	9	71	16	4	54	10	2	41	17	
52	24-31	Id.	41	126	5	8	89	28	9	56	8	2	46	16	

raphique et médicale de l'agglomération bruxelloise. — Année 1882.

ES-FAUBOURGS.					Pression baromé- trique.	Température.			Évaporation.	Eau tombée.	Vents domi- nants.	Numéros d'ordre de la semaine.
DÉCÈS.						Moyenne.	Maximum.	Minimum.				
De 0 à 1 an.	MALADIES			Mort violent.								
	Zymo- tiques.	Salon- nières.	Tuber- culeux.									
51	11	54	14	1	752.55	6.2	11.2	1.6	0.502	10.4	S.W.	1
16	8	55	17	1	766.22	5.1	8.1	2.0	1.521	6.5	S.W.	2
27	5	42	15	5	778.25	0.5	5.7	5.5	—	0.1	S.	3
57	14	44	22	1	772.25	0.4	6.5	4.0	—	—	E.S.E.	4
41	16	51	25	2	770.55	2.0	8.5	3.7	1.462	2.0	E.	5
28	14	57	26	—	767.58	1.4	9.1	2.5	0.550	—	E.	6
31	12	59	24	—	761.82	7.9	11.4	2.0	1.011	12.0	S.W.	7
27	6	56	20	5	767.91	6.3	14.5	2.2	1.141	5.1	N.N.W.	8
52	9	42	50	7	745.21	8.5	15.0	5.9	1.529	11.6	S.W.	9
51	10	55	19	5	762.45	18.7	15.8	5.0	1.652	2.5	S.W.	10
29	8	54	25	5	771.05	8.6	15.5	5.1	1.859	4.7	N.	11
22	10	58	25	4	754.69	7.6	17.1	0.8	2.225	10.5	W.N.W.	12
25	7	29	18	2	751.55	8.6	15.8	2.8	1.668	57.0	S.W.	15
27	7	56	15	5	759.25	9.5	17.0	1.5	5.682	6.7	E.N.E.	14
51	10	44	25	2	751.70	8.5	16.5	1.5	2.871	6.7	E.N.E.	15
29	8	26	18	5	754.59	10.8	25.1	2.7	2.957	15.7	S.S.W.	16
50	10	56	26	2	745.51	9.4	16.6	4.2	2.597	51.6	W.S.W.	17
27	7	44	29	5	755.56	15.4	25.6	5.6	5.900	4.9	S.S.W.	18
18	8	27	15	1	762.32	12.4	19.4	4.4	5.554	—	E.	19
24	10	27	20	—	761.96	9.8	18.5	4.1	4.150	0.5	N.E.	20
25	5	46	21	5	752.50	16.4	24.0	6.0	5.507	4.4	S.S.W.	21
24	8	51	20	5	765.16	16.6	27.5	6.9	4.161	5.2	E.N.E.	22
19	4	54	14	5	756.77	15.4	24.8	9.0	5.859	54.5	S.W.	25
54	11	44	25	5	755.77	10.9	17.9	5.7	2.622	56.8	W.	24
21	10	54	18	1	754.59	16.1	25.4	8.9	5.596	9.4	W.S.W.	25
51	12	26	19	4	758.94	16.6	25.5	11.1	2.725	55.6	W.S.W.	26
29	5	56	16	4	751.41	16.9	25.5	10.7	7.507	16.5	S.W.	27
58	9	58	14	1	749.58	17.6	50.7	12.0	5.896	25.8	S.S.W.	28
52	5	50	16	5	757.04	18.5	24.2	12.8	4.600	56.5	S.S.W.	29
40	7	55	19	4	759.51	16.0	22.2	10.8	5.064	51.1	S.S.W.	50
48	11	42	17	2	760.59	12.2	23.9	11.4	5.046	16.1	W.S.W.	51
52	9	54	15	2	759.99	16.5	27.0	11.9	5.050	12.5	N.N.W.	52
45	6	59	22	2	754.21	18.0	24.1	10.5	2.907	15.2	S.W.	53
40	8	58	24	4	750.22	15.0	20.5	10.2	1.561	26.6	S.S.W.	54
46	8	45	25	2	752.14	15.8	25.4	9.8	2.896	19.4	S.W.	55
59	7	50	19	4	761.57	15.8	20.5	7.8	2.582	18.8	E.N.E.	56
28	5	55	24	1	749.57	15.5	22.0	4.5	1.150	4.5	S.W.	57
26	4	55	25	5	766.28	19.7	17.5	9.7	1.550	55.2	W.N.W.	58
27	5	57	17	5	750.06	12.8	18.4	8.4	1.482	9.8	S.W.	59
55	5	52	16	2	761.28	15.1	19.8	6.6	1.425	2.8	W.N.W.	40
19	5	24	21	5	754.41	15.9	21.0	9.4	1.554	48.4	S.S.W.	41
25	4	29	25	5	754.67	9.2	15.6	5.9	1.020	17.6	W.S.W.	42
26	6	55	6	1	745.95	9.7	15.6	6.1	1.495	21.8	S.	45
19	7	56	17	4	754.52	10.2	14.5	4.8	1.189	9.2	S.S.E.	44
16	2	55	19	2	750.85	8.4	15.8	4.0	1.550	24.6	S.W.	45
21	7	52	16	5	751.25	2.1	8.5	5.0	0.657	59.5	S.W.	46
55	4	59	16	1	744.88	6.7	12.4	1.2	1.068	47.9	S.S.W.	47
50	11	40	16	4	752.75	2.9	8.9	5.0	1.219	15.5	W.S.W.	48
28	5	59	12	1	740.19	2.6	8.1	2.7	0.656	16.6	S.S.W.	49
28	11	55	18	5	751.87	2.1	9.1	5.2	0.190	3.7	W.S.W.	50
22	8	51	16	4	755.55	5.5	8.5	1.0	0.594	14.6	S.S.W.	51
51	9	56	18	1	748.95	8.6	12.5	0.7	0.975	58.5	W.S.W.	52

Numéros d'ordre.	DÉSIGNATION des Maladies, causes décès.	DOMICILE DES DÉCÉDÉS.						CONDIT. SOCIAL			
		DIVISIONS DE POLICE						Riches.	Aisés.		
		1	2	3	4	5	6				
										Étrangers à la ville.	
A. MORTS PAR CAUSES NATURELLES.											
	Avortons (0 à 6 mois de gestation) . . . . .	27	44	50	34	5	1	—	—		
1	Mort-nés (6 à 9 mois de gestation). { Avant terme. { Avant	26	32	55	18	6	—	—	—		
		Pendant l'accouchement.	8	5	16	5	3	—	—	—	
			Après	25	15	44	25	7	—	—	—
			A terme. { Avant	2	24	15	1	6	1	—	—
				Pendant	4	7	12	5	—	—	—
	Après	11	28	25	1	3	—	5	—		
2	Débilité congénitale . . . . .	1	—	—	—	—	—	1	—		
3	Cyanose . . . . .	1	—	2	—	—	—	—	—		
	Spina bifida et hydrocéphale. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
	Imperforation de l'anus, etc. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
	Autres vices de conformation. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
4	Débilité sénile . . . . .	20	32	60	21	6	—	20	11		
B. MORTS PAR CAUSES ACCIDENTELLES ET VIOLENTES.											
5	Accidents divers . . . . .	8	17	11	7	5	—	40	5		
6	Suicides . . . . .	8	12	17	11	4	2	5	14		
7	Homicides . . . . .	1	2	2	—	1	—	—	1		
8	Exécution judiciaire. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
C. MALADIES GÉNÉRALES OU ATTAQUANT DIVERS ORGANES.											
9	Anémie et chlorose. . . . .	—	—	2	—	—	—	1	—		
10	Anthrax. . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—		
11	a. Cancer du sein. . . . .	4	1	2	1	1	—	4	1		
	b. Cancer utérin. . . . .	7	5	14	4	2	—	12	6		
	c. Cancers externes. . . . .	5	10	11	5	2	1	11	6		
12	Carie et nécrose . . . . .	1	—	2	2	—	—	1	1		
13	Choléra asiatique. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
14	Choléra indigène . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
15	Delirium tremens . . . . .	6	3	8	2	1	—	12	3		
16	Diabète . . . . .	5	2	—	2	1	—	2	—		
17	Diarrhée et lientérie . . . . .	14	46	25	24	4	1	25	8		
18	Dysenterie . . . . .	—	—	—	1	—	—	—	—		
19	Ergotisme (ergot). . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
20	Erysipèles . . . . .	2	8	5	4	1	—	5	1		
21	Fièvre intermittente . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
22	Fistules . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
23	a. Gangrène. . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—		
	b. Gangrène sénile . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
24	Goutte. . . . .	—	—	1	—	—	—	—	—		
25	Grippe (influenza). . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
26	Hémorragies. . . . .	1	2	1	1	—	—	1	—		
27	Hydrophobie (rage) . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
28	Hydropisies . . . . .	—	1	—	1	—	—	—	—		
29	Intoxication métallique lente . . . . .	1	—	—	—	—	—	1	—		
30	Maladie de Pott. . . . .	4	2	1	—	1	—	—	—		
31	Morve et farcin. . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
32	Phlegmons et abcès . . . . .	5	5	1	—	—	—	1	—		
33	Pourriture d'hôpital . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—		
34	Pustule maligne (charbon). . . . .	1	—	—	—	—	—	—	—		
35	Résorption purulente. . . . .	—	1	—	—	—	—	1	—		

[illegible]

aux de mortalité sont calculés sur le chiffre des décès, déduction faite des étrangers à la ville.





MOIS												TOTAL ANNUEL.			Moyenne décennale 1871-1880.	MORTALITÉ (1881) *.		Numéros d'ordre.
Février.	Mars.	Avril.	Mai.	Juin.	Juillet.	Août.	Septembre.	Octobre.	Novembre.	Décembre.	M.	F.	Total.	sur 1,000 décès.		sur 10,000 vivants.		
—	—	—	—	1	—	—	1	—	1	—	2	1	5	2.4	0.5	0.1	56	
—	1	—	—	—	1	—	2	2	1	1	5	6	9	12.4	1.8	0.4	57	
—	1	5	—	—	2	—	2	2	2	2	6	12	18	18.5	2.8	0.7	58	
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	0.2	0.5	0.1	59	
—	—	1	2	—	1	2	1	4	5	4	9	12	21	78.2	4.8	1.2	40	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.4	—	—	41	
—	—	1	1	—	2	1	—	—	1	1	5	2	7	10.5	1.5	0.5	42	
17	15	19	21	15	14	14	14	6	12	15	96	71	167	229.6	41.4	9.9	45	
1	5	6	8	4	1	2	1	—	2	—	18	14	52	116.6	7.5	1.1	44	
84	87	92	75	60	54	67	61	70	57	59	525	308	851	956.9	155.4	57.2	45	
—	—	2	—	5	—	1	5	—	—	1	5	8	11	7.1	2.5	0.5	46	
5	8	8	7	4	6	5	5	8	5	6	41	25	66	158.1	11.6	2.8	47	
20	25	24	17	26	26	16	16	12	10	21	122	112	254	205.1	49.8	11.9	48	
—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	2	2.6	0.5	0.1	49	
21	26	15	24	15	29	26	16	14	19	29	155	115	248	188.6	61.2	14.6	50	
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	1	2	1.5	0.5	0.1	51	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2.0	—	—	52	
5	2	2	1	5	1	5	4	5	4	6	20	14	54	58.6	6.5	1.5	53	
—	1	2	—	2	1	—	1	—	—	1	7	2	9	10.2	2.5	0.5	54	
2	2	4	1	1	5	4	1	—	1	2	17	7	24	25.7	4.5	1.0	55	
5	5	5	8	6	4	7	6	4	5	8	45	24	67	81.9	15.4	3.2	56	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.2	—	—	57	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.6	—	—	58	
—	—	2	—	—	2	1	1	1	1	2	12	2	14	14.5	5.5	0.8	59	
1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1	5	5.5	0.8	0.2	60	
56	59	55	56	14	28	20	16	26	27	29	174	166	540	515.2	77.6	18.6	61	
4	12	8	8	4	2	6	5	—	1	1	25	55	60	50.0	14.7	2.9	62	
4	4	2	—	1	1	2	5	4	5	5	20	16	56	58.9	7.8	1.9	63	
1	2	—	1	—	—	—	—	—	1	5	5	4	9	8.8	1.8	0.4	64	
—	—	1	—	2	—	—	—	—	1	—	4	—	4	1.2	0.5	0.1	65	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.4	—	—	66	
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2.5	0.5	0.1	67	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1.8	—	—	68	
2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	5	2	5	5.7	1.5	0.5	69	
2	2	5	6	2	5	5	4	1	5	1	25	15	58	22.4	7.6	1.8	70	
57	40	29	28	25	50	52	20	22	29	45	214	174	588	545.2	78.8	19.9	71	
—	—	—	1	—	1	—	1	2	2	—	7	2	9	10.5	1.7	0.4	72	
—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	1	2	5	2.0	0.5	0.1	75	
5	1	4	—	—	1	1	5	1	—	5	9	11	20	25.9	5.5	0.8	74	
51	41	51	50	25	19	16	50	25	24	59	159	200	559	597.0	70.5	16.9	75	
—	—	—	2	2	1	—	—	1	—	—	5	5	6	15.5	1.5	0.5	76	
24	52	58	25	59	48	86	48	27	5	27	225	225	446	556.9	99.5	25.8	77	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.1	—	—	78	







Agglomération bruxelloise. — Statistique spéciale de la mortalité générale de 0 à 5 ans, par sexe et par état civil.

TRIMESTRES	0-15 jours.		15-30 jours.		1-3 mois.		3-6 mois.		6-9 mois.		9-12 mois.		1-3 ans.		4-5 ans.		TOTAL.			TAUX mensuels.	
	Légit.		Légit.		Légit.		Légit.		Légit.		Légit.		Légit.		Légit.		0 à 1 an.	1 à 5 ans.	Général	Sur 1,000 naissanc.	Sur 1,000 décès.
	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.	Légit.	Illégit.					
1 <sup>er</sup> trimestre 1882 . . . . .	24	9	6	3	50	13	54	19	36	9	39	7	115	27	51	4	269	177	446	288.9	345.5
2 <sup>e</sup> id. . . . .	20	10	22	8	32	22	46	28	42	15	32	5	109	25	39	11	280	184	464	317.8	371.2
3 <sup>e</sup> id. . . . .	18	9	24	9	36	30	51	26	36	19	20	9	116	29	37	2	287	184	471	341.0	406.4
4 <sup>e</sup> id. . . . .	13	9	15	13	38	28	32	24	27	7	19	8	88	9	20	2	235	119	352	247.4	317.7
Bruxelles. { Masculins. . . . .	49	11	36	11	97	60	92	48	81	24	60	14	202	43	71	8	583	324	907	504.3	553.9
{ Féminins. . . . .	26	26	31	22	59	53	91	49	60	26	50	13	226	47	56	11	486	340	826	292.2	367.1
Total. . . . .	75	37	67	33	156	113	183	97	141	50	110	27	428	90	127	19	1,069	664	1,733	398.5	560.4
Communes-faubourgs. { Masculins. . . . .	70	19	48	22	163	59	121	55	166		50		245	51	79	5	775	378	1,151	273.4	384.4
{ Féminins. . . . .	42	18	53	24	98	60	125	59	171		53		264	58	78	7	685	407	1,090	261.1	371.0
Total. . . . .	112	37	101	46	261	119	246	114	337		103		507	109	157	12	1,456	785	2,241	271.1	422.0
Total de l'agglomération. . . . .	187	74	168	79	417	212	429	191	528		240		955	199	284	51	2,525	1,449	282.4	267.2	392.7

## Statistique spéciale des morts violentes ou accidentelles.

		Strangulation.	Submersion.	Armes à feu.	Instruments tranchants et autres.	Empoisonnement	Chute d'un lieu élevé.	Brûlures.	Asphyxie par le charbon.	Asphyxie par suffocation.	Voitures, chevaux, etc.	Convois de chemin de fer.	Machines Industrielles.	Inanition.	Autres causes ou moyens.
Homicide	Masculin.	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Féminin.	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suicide	Masculin.	28	6	9	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
	Féminin.	4	1	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Accident	Masculin.	—	1	—	6	—	39	7	—	—	3	3	4	—	4
	Féminin.	—	1	—	—	—	16	5	—	—	3	—	—	—	—

## Statistique mensuelle des mariages d'après l'état-civil des conjoints.

VILLE DE BRUXELLES						COMMUNES-FACBOURGS.				
MOIS.	Total des mariages.	Unions contractées entre				Total des mariages.	Unions contractées entre			
		Céliba- taires.	Célibataires et veuves.	Veufs et cé- libataires.	Veufs et veuves.		Céliba- taires.	Célibataires et veuves.	Veufs et cé- libataires.	Veufs et veuves.
Janvier .	121	94	11	6	10	154	125	12	13	6
Février .	139	114	7	15	3	169	131	13	14	11
Mars. . .	97	76	5	12	4	109	81	9	12	7
Avril. . .	156	130	8	13	5	202	168	10	12	12
Mai . . .	183	145	12	15	11	190	145	15	24	6
Juin . . .	150	126	11	11	2	166	133	11	10	12
Juillet . .	143	120	8	12	3	191	155	9	20	7
Août . . .	137	110	12	8	7	144	114	10	15	5
Septembre	168	137	4	21	6	211	171	10	20	10
Octobre .	145	124	5	9	7	167	129	11	20	7
Novembre	150	120	15	7	8	192	152	17	9	14
Décembre	140	113	16	6	5	184	152	15	10	7
Total.	1729	1409	114	135	71	2079	1654	142	179	104

*Relevé, par ordre de fréquence, des principales causes de décès constatées en 1882 parmi la population résidant à Bruxelles et mises en parallèle avec les données numériques fournies par chacune des cinq années précédentes et par la moyenne quinquennale 1877-1881.*

CAUSES DE DÉCÈS.	ANNÉES.						Moyenne 1877-1881.
	1882	1881	1880	1879	1878	1877	
Bronchite et pneumonie. . . . .	619	660	627	766	632	647	666.4
Phtisie pulmonaire. . . . .	615	631	648	612	641	715	655.4
Entérite et diarrhée. . . . .	505	571	635	578	579	545	581.6
Maladies des organes du cœur. . .	279	277	297	299	300	295	293.6
Apoplexie et ramoll. du cerveau .	250	264	253	233	255	233	243.6
Convulsions des enfants. . . . .	242	204	220	231	150	141	189.2
Méningite tuberculeuse. . . . .	164	156	160	162	190	233	180.2
Débilité sénile . . . . .	159	145	155	173	154	127	150.8
Variole. . . . .	82	9	5	9	1	122	29.2
Cancers . . . . .	73	68	66	57	61	55	61.4
Débilité congénitale . . . . .	68	100	93	99	94	84	94.0
Maladies de foie . . . . .	68	64	77	53	60	59	62.6
Coqueluche . . . . .	58	46	35	59	70	60	54.0
Suicide. . . . .	54	51	60	43	35	46	47.0
Albuminurie et néphrite. . . . .	49	58	60	56	50	49	54.6
Mort par accident externe . . . .	46	65	53	67	61	62	61.6
Fièvre typhoïde. . . . .	46	59	67	70	64	48	61.6
Maladies suites de couches . . . .	40	30	23	22	42	41	31.6
Croup et angine couenneuse . . .	36	25	31	30	28	37	30.2
Squirrhe, ulcère de l'estomac . . .	54	44	59	50	51	45	45.8
Carreau . . . . .	29	42	57	54	63	102	63.6
Rougeole . . . . .	22	57	32	129	67	53	67.6
Delirium tremens. . . . .	20	16	26	20	16	26	20.8
Scarlatine. . . . .	7	8	10	17	6	5	9.2
Homicide . . . . .	6	2	1	—	—	2	1.0

Statistique, détaillée par service, du mouvement des hôpitaux civils et militaires. — Année 1882.

SERVICES DIVERS.	HÔPITAL			Hospice de l'infirmerie	
	Saint-Jean.	Saint-Pierre.	Milit.	Incurables.	Succursalistes.
MÈDE- CINE.	Entrées. Masc.	1,097	1,587	688	28
	Entrées. Fém.	1,077	1,024	"	47
	Sorties. Masc.	823	1,210	505	4
	Sorties. Fém.	885	798	"	3
	Décès. Masc.	278	363	21	19
	Décès. Fém.	198	217	"	26
CHIRUR- GIE.	Entrées. Masc.	886	1,003	593	"
	Entrées. Fém.	347	376	"	12
	Sorties. Masc.	848	959	518	37
	Sorties. Fém.	322	345	"	3
	Décès. Masc.	43	53	3	8
	Décès. Fém.	19	23	"	5
ENFANTS malades.	Entrées. Masc.	"	534	"	17
	Entrées. Fém.	"	449	"	"
	Sorties. Masc.	"	416	"	"
	Sorties. Fém.	"	334	"	"
	Décès. Masc.	"	131	"	"
	Décès. Fém.	"	115	"	"
ENFANTS en subsistance.	Entrées. Masc.	78	"	"	"
	Entrées. Fém.	67	"	"	"
	Sorties. Masc.	67	"	"	"
	Sorties. Fém.	61	"	"	"
	Décès. Masc.	17	"	1	"
	Décès. Fém.	7	"	69	"
OPHTALMO- LOGIE.	Entrées. Masc.	265	"	"	"
	Entrées. Fém.	152	"	64	"
	Sorties. Masc.	261	"	"	"
	Sorties. Fém.	151	"	"	"
	Décès. Masc.	"	"	"	"
	Décès. Fém.	1	"	"	"
ALIÉNÉS.	Entrées. Masc.	119	"	"	"
	Entrées. Fém.	67	"	"	"
	Sorties. Masc.	119	"	"	"
	Sorties. Fém.	62	"	"	"
	Décès. Masc.	7	"	"	"
	Décès. Fém.	3	"	"	"
MALADIES de la peau.	Entrées. Masc.	"	5,933	"	"
	Entrées. Fém.	"	4,088	"	"
	Sorties. Masc.	"	5,933	"	"
	Sorties. Fém.	"	4,098	"	"
	Décès. Masc.	"	5	"	"
	Décès. Fém.	"	4	"	"
VÉNÉRIENS libres.	Entrées.	"	299	228	"
	Sorties.	"	294	209	"
	Décès.	"	3	"	"
VÉNÉ- RIENNES libres.	Entrées.	"	179	"	"
	Sorties.	"	187	"	"
	Décès.	"	1	"	"
VÉNÉRIEN- NES filles publiques.	Entrées.	"	225	"	"
	Sorties.	"	214	"	"
	Décès.	"	2	"	"



# Anné

lies	Maladi
nes	du foi
a	et de
S-	la rate
u.	
F.	M. I
"	"
"	"
"	"
"	1
"	1-
"	"
"	"
"	1
"	"
"	2
"	"
"	"
"	"
"	1
"	"
"	"

**Année 1882.**

**e. — Answer**

Maladies	F.	M.	F.
du foie			
et de			
la rate.			

**e. — Année 1882.**

Maladies du foie et de la rate.	Maladies des organes génito- uri- naires.		Exan- thèmes et maladies de la peau.		Morts violentes ou acci- dentelles.		Morts par causes inconnues.		Débi- lité sénile.		TOTAL.			NUMÉROS D'ORDRE.	
	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.		géné- ral.
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	74
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	75
»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	76
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	2	77
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	78
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	79
»	»	1	»	2	»	»	1	»	»	3	»	46	30	76	80
»	»	»	»	2	»	»	»	»	3	»	1	»	50	50	81
»	2	»	1	»	»	»	1	»	»	2	»	50	»	50	82
»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	6	2	8	83
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	10	»	10	84
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	85
»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	15	15	86
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	2	87
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	88
»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	15	»	15	89
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	90
»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	91
»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	11	»	11	92





---

---

SÉANCE DU 30 JUIN 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCC.  
—



La séance est ouverte à midi.

M. le président annonce que M. Thiernes, secrétaire, est empêché par une indisposition d'assister à la séance, et que, aux termes de l'article 70 du règlement, il doit être remplacé par le moins âgé des membres titulaires présents. En l'absence de M. Masoin, qui est le membre le plus jeune de l'Académie, M. Degive est appelé à remplir les fonctions de secrétaire.

Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

L'Académie a reçu :

1<sup>o</sup> De M. le Ministre de l'intérieur :

a). Un exemplaire du compte rendu de la Conférence internationale sanitaire qui s'est réunie à Washington, en 1881 ;

b). Le tome XXXV du Bulletin du Conseil supérieur d'agriculture.

2<sup>o</sup> De M. le Ministre de l'instruction publique : trois exemplaires de chacun des deux mémoires couronnés au dernier concours de l'enseignement supérieur, intitulés, l'un : *La diphtérie, considérée principalement au point de vue de ses causes, de sa nature et de son traitement* ; par M. le

dr Francotte, assistant à l'Université de Liège; l'autre : *Du rôle des organismes inférieurs dans les complications des plaies*; par le dr Dandois, de Mellet, ancien élève de l'Université de Louvain;

3<sup>o</sup> De M. le Ministre de la guerre, deux exemplaires du 1<sup>er</sup> volume du catalogue de la bibliothèque de son département.

— Remerciements.

— La mort a tout récemment éclairci de nouveau les rangs des savants affiliés à la Compagnie. M. le docteur Valentin, l'éminent professeur de physiologie à l'Université de Berne, que l'Académie avait élevé à l'honorariat le 25 octobre 1862, est décédé dans cette ville, le 25 mai 1883, à l'âge de 73 ans, et M. le dr Dumont (de Monteux), dont l'ouvrage publié sous le titre de *Testament médical*, perpétuera la mémoire et qui a été associé, en 1865, aux travaux de la Compagnie en qualité de correspondant, est mort à Rennes, le 16 juin courant, à l'âge de 81 ans. — Des lettres de condoléance seront respectivement adressées, au nom de la Compagnie, aux familles des regrettés défunts.

— M. le dr Burq, à Paris, qui, dans la dernière séance, avait offert à l'Académie son ouvrage sur les *Origines de la métallothérapie* et avait exprimé le désir que son travail soit l'objet d'un rapport, s'est conformé, depuis lors, à l'article 93 du règlement, en envoyant le résumé analytique de sa publication. — Renvoi à M. Masoin.

— M. Liagre, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, fait parvenir une circulaire du comité institué en vue de recueillir les fonds nécessaires pour ériger un monument, dans la commune d'Acquapendente (Italie), à la mémoire

du savant, connu sous le nom de Jérôme Fabricius ab Acquapendente, célèbre anatomiste du xvi<sup>e</sup> siècle, qui a découvert les valvules des veines. M. Liagre transmet en même temps une des listes de souscription qui lui ont été adressées par le susdit comité et offre de centraliser les fonds recueillis par les deux Académies.

Cette liste est déposée au secrétariat et sera mise à la disposition des membres et des correspondants qui pourraient désirer de prendre part à la souscription.

— M. Crane, chirurgien général des armées des États-Unis d'Amérique, adresse une notice biographique sur son prédécesseur, M. Barnes, membre honoraire de l'Académie, dont la mort a été annoncée dans la séance du 26 mai dernier.

— M. le d<sup>r</sup> Feigneaux, à Bruxelles, offre pour l'Académie et ses membres cinquante exemplaires d'un ouvrage de M. John G. Lee, médecin légiste, qu'il vient de traduire de l'anglais et de publier. Cet ouvrage traite du suicide dans le comté et la capitale de Philadelphie, de 1872 à 1881 inclusivement.

— M. le secrétaire de l'Association générale pharmaceutique de Belgique adresse, au nom de cette société, une lettre par laquelle il prie l'Académie de prendre en considération les arguments contenus dans une pétition dont il joint un exemplaire et qui a été adressée, en 1876, par ladite Association aux Chambres législatives, pétition tendant à ce que trois années soient consacrées à l'étude de la pharmacie et que le stage soit complètement séparé des études proprement dites et réservé pour la troisième année.

— Dépôt sur le bureau pendant la discussion de la question.



— MM. Ercolani et Waldeyer, *membres honoraires*; P. Albrecht, à Bruxelles; M. Cazaux, à Paris; V. Cavagnis, à Desio; L. Desguin, à Anvers; N. Droixhe, à Huy; P. Liebrecht, à Liège; C. Manfredi, à Modène; G. Nepveu, à Paris, et E. Tordeus, à Bruxelles, font hommage de publications dont les titres sont indiqués au § **OUVRAGES PRÉSENTÉS**.

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs de ces dons.

## II. — MOTION D'ORDRE.

**M. Lefebvre.** — Messieurs, je vous demande pardon d'interrompre quelques moments vos travaux scientifiques, pour vous entretenir, fort brièvement, du reste, d'une question qui n'attend pas; je veux parler du choléra.

Tout le monde sait aujourd'hui que le choléra règne en Egypte. Ainsi, pour citer quelques chiffres, le dernier bulletin que nous avons reçu, annonce 156 décès, à Damiette, 4 à Mansourah; la maladie asiatique a également éclaté à Port-Saïd et au Caire. La voilà donc installée sur les bords de la Méditerranée, pour ainsi dire en face de l'Europe.

Je ne viens pas ici, oiseau de mauvais augure, jeter un cri effaré qui pourrait troubler les populations. Je suis, au contraire, tout à fait convaincu que si les gouvernements veulent prendre des mesures sérieuses, grâce aux notions précises que nous possédons maintenant en ce qui concerne l'origine du choléra et ses moyens de propagation, on arrivera à l'empêcher de pénétrer en Europe, ou du moins on l'étouffera dès son arrivée sur nos rivages. Mais je suis également persuadé que si ces mesures ne sont pas prises, avant un mois, le choléra débarquera à Marseille, dans deux ou trois mois il arrivera jusqu'au centre du continent, et

avant l'hiver dans ce coin auquel nous tenons particulièrement, et qu'on appelle la Belgique.

Pour justifier ces appréhensions, d'un côté, et ces espérances, de l'autre, je vous demande la permission de rappeler en peu de mots les rétroactes — comme disent les juristes — de la question.

Vous savez que depuis trois ans le Gouvernement, accueillant gracieusement un vœu exprimé par l'Académie, nous adresse régulièrement les documents statistiques qu'il reçoit de ses agents à l'étranger sur l'origine, le développement, la transmission des grandes maladies envahissantes, le choléra, la peste et la fièvre jaune. L'Académie renvoie les documents dont il s'agit à la commission des épidémies qui les étudie, je puis le dire, avec quelque soin.

Dans la séance du 27 janvier, j'ai été son organe, et je vous demande la permission de vous rappeler en peu de mots ce que nous avons l'honneur de vous dire à cette époque.

Nous vous rappelions que l'on doit considérer maintenant comme une thèse bien établie, ayant droit de cité dans la science, que le choléra ne naît pas spontanément dans notre pays. Celui-ci ne produit pas plus la graine du choléra, que celle du café ou du cacao ; mais comme ces denrées, le choléra peut être importé chez nous, du pays qui le produit. Or, ce pays, c'est le Delta du Gange. Là est le foyer principal, sinon unique des miasmes cholérigènes. La maladie y existe habituellement à l'état sporadique, mais quelques fois elle prend le caractère épidémique, et elle a alors une grande tendance envahissante. Des Indes anglaises et hollandaises, le choléra se dirige assez facilement vers l'Europe par des voies diverses ; mais celle

qui les prime toutes maintenant, c'est celle de l'Hedjaz.

La maladie est importée sur les deux rives de la mer Rouge et spécialement dans l'Hedjaz, par les provenances indiennes qui traversent la mer d'Amman et arrivent ainsi dans ce grand golfe. Une fois le choléra installé dans l'Hedjaz, on peut dire qu'il nous serre de près.

On a prévu le danger et l'on a institué contre l'invasion du fléau indien une double barrière : d'abord une barrière destinée à préserver l'Hedjaz, surtout pendant les pèlerinages, de l'importation du choléra provenant des Indes, ensuite une barrière destinée à préserver l'Égypte et la Syrie de l'invasion cholérique partant de l'Hedjaz. Vous connaissez le détail de ces mesures préservatrices qui jusqu'ici étaient arrivées au but que l'on voulait atteindre, c'est-à-dire préserver l'Égypte.

Depuis la dernière épidémie européenne du choléra, en 1866, il y a eu 7 ou 8 petites épidémies sur le bord de la mer Rouge, mais toujours elles sont venues s'arrêter devant les mesures répressives prises par les Puissances.

A la tête des institutions préservatrices se trouve le conseil supérieur de Constantinople, dans lequel toutes les Puissances européennes sont représentées. Il existe, en outre, un conseil maritime et quarantenaire à Alexandrie, placé sous la direction de celui de Constantinople.

L'Europe dormait donc tranquille sur la foi des traités et de la surveillance des États, mais l'an dernier un incident très grave est venu compromettre la situation. Nous vous l'avons signalé dans la séance du 27 janvier dernier.

« L'expérience du passé, disions-nous, et spécialement celle qui ressort de la grave épidémie de 1881, que ces mesures ont étouffée dans l'Hedjaz, semblaient de nature à

affermir la confiance de l'Europe dans ces mesures de préservation.

» Le 23 mai 1882, une communication grave fut faite par le gouvernement anglais au Conseil international de santé de Constantinople. » .....

» Toutes les mesures quaranténaires appliquées par l'Égypte sur le littoral de la Méditerranée, qui ont pour objet de préserver l'Europe d'une invasion de choléra du côté de l'Orient, reposent sur les énoncés et les conclusions de la Conférence sanitaire de Constantinople de 1866 et de celle de Vienne de 1874. Ces mesures ont été basées sur deux propositions, à savoir : que le choléra naît dans l'Inde et seulement dans l'Inde et que les manifestations de cette maladie en d'autres pays ne sont dues qu'à des importations de l'Inde par voies directes ou par voies indirectes. Le gouverneur général discute ces deux questions ; il arrive à ces conclusions : quant à la première question, que la crainte d'une importation du choléra de l'Inde en Égypte et en Europe par mer n'est basée que sur des théories émises par lesdites Conférences, au sujet de ce qui aurait dû arriver d'après leur opinion, mais ce qui de fait n'est jamais arrivé ». « Nous soutenons donc, dit-il, qu'en » face de ces faits, il est impossible d'admettre que les » ports indiens et les navires venant de l'Inde aient été un » danger pour l'Égypte et, par l'Égypte, pour d'autres pays.

» Quant à la seconde question, le gouverneur déclare qu'en admettant même l'existence actuelle ou à l'avenir d'un danger d'importation, il n'a pas été démontré que les mesures quaranténaires puissent l'empêcher ou l'amoin- drir.....

» Le gouverneur général, dans le cours de cette commu-



nication, laisse très bien entrevoir le motif extra-médical auquel il obéit. Parlant des conseils sanitaires et de leurs prescriptions, il s'exprime ainsi : « Le comble de tout ceci » sera probablement que le commerce de l'Inde aura à » subir des restrictions plus sérieuses encore que celles du » passé ; l'action de ces Conseils sanitaires, pendant les der- » nières années, a été celle d'accroître de plus en plus la » sévérité de leurs mesures, et si l'on n'y met pas bientôt » un frein, le résultat sera une quarantaine permanente » contre l'Inde et des interruptions intolérables aux com- » munications entre l'Inde et l'Angleterre. »

Par cette communication le gouvernement anglais résiliait le contrat sanitaire international.

La commission des épidémies terminait ainsi son rapport :

« Nous n'avons qu'une seule réflexion à faire sur ces communications. La Grande-Bretagne tend à abandonner le concert des puissances, représenté par la Conférence sanitaire internationale de Constantinople, dans la question des mesures de préservation contre les invasions du choléra. La nouvelle attitude de cette grande puissance, aujourd'hui maîtresse réelle sinon nominale de l'Égypte, constitue un fait d'une importance redoutable. Si elle persévère dans la voie nouvelle que ses intérêts commerciaux paraissent lui avoir inspirée, il n'est pas téméraire de prédire que, dans un avenir peu éloigné, elle importera le choléra en Europe avec ses cargaisons de Calcutta et de Bombay. »

Cette facile prophétie menace de se réaliser, et si les renseignements que les journaux publient sur l'origine et la marche de l'épidémie actuelle sont exacts, l'Angleterre

n'échappera pas à une grave responsabilité. Ainsi ils rapportent que le 12 mai déjà on avait signalé la présence du choléra à Bombay, ce grand port d'embarquement pour l'Europe. On n'aurait pris aucune mesure quarantenaire; on aurait laissé partir les navires sans contrôle sanitaire, et, fidèle en cela à la nouvelle jurisprudence commerciale et tout à fait anti-médicale que la Grande-Bretagne semble avoir adoptée, on aurait laissé débarquer tranquillement le choléra sur le bord de la mer Rouge et peut-être en Égypte, avec les passagers et les denrées de provenance indienne.

Le Conseil sanitaire de Marseille, qui vient de prendre, lui, des mesures de préservation, ne craint pas de dire : en présence de l'incurie du gouvernement anglais, nous sommes obligé d'instituer, dès maintenant, une quarantaine de 5, 7 ou 12 jours contre toutes les provenances de l'Égypte ou des possessions anglaises.

En résumé, l'Europe est sérieusement menacée, et je persisterai à croire que le gouvernement de l'Angleterre a une grande part de responsabilité dans les éventualités qui nous menacent, jusqu'au jour où des documents authentiques nous prouveront que les renseignements sur lesquels cette appréciation est basée sont complètement erronés. Je me hâte d'ajouter que les hommes éminents qui président aux destinées de cette grande nation ont l'esprit trop droit et le cœur trop généreux pour ne pas reconnaître une erreur momentanée, si elle a été commise. S'ils associent leurs efforts à ceux des autres gouvernements, on arrivera à arrêter ou au moins à circonscrire l'épidémie qui nous menace. Il ne faut pas se dissimuler pourtant que la faute qui a été faite — les responsabilités définitives s'établiront plus tard — a donné une grande avance au fléau. Comme

les années précédentes, on pouvait l'arrêter à distance, on l'a laissé approcher : on peut dire que l'Europe est assiégée, et tout le monde sait que quand l'ennemi est aux pieds des murailles les assiégés ont souvent tort.

Comme conclusion pratique, j'ai l'honneur de proposer à la Compagnie de prier le gouvernement, conformément aux antécédents, de nous communiquer tous les documents qu'il recevra sur le choléra. Ces documents devraient être demandés à nos agents et envoyés par ceux-ci par voie télégraphique, plutôt que par les voies ordinaires, car le paquebot qui nous apporterait ces bulletins pourrait nous apporter en même temps le choléra.

**M. Craninx.** — J'appuie cette proposition.

**M. le Président.** — Personne ne s'opposant à cette proposition, faite dans l'intérêt de la santé publique, je la déclare adoptée.

### III. — COMITÉ SECRET.

Dans le comité secret ouvert à 12 heures et demie, l'Académie a terminé l'examen de la question de savoir « s'il ne conviendrait pas d'entourer d'une garantie plus satisfaisante que celle établie par la loi du 20 mai 1876, le stage officinal des élèves en pharmacie ».

La suite de la discussion relative à la question du cumul de la médecine et de la pharmacie est remise à la prochaine séance, fixée au 14 juillet.

— La séance est levée à 2 1/2 heures.

---

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ALBRECHT (P.). Sur les paracostoïdes des vertèbres lombaires de l'homme. Bruxelles, 1883; 4°.
- CAVAGNIS (V.). Caso di spina bifida lombare trattato e guarito mediante la legatura elastica. Milano, 1883; 8°.
- CAZAUX (M.). Nature et traitement hydrologique de la phtisie pulmonaire. Paris, 1883; 8°.
- CRANE. Obituary notice of the late surgeon general Joseph K. Barnes. Washington, 1883; 8°.
- DANDOIS (L.). Du rôle des organismes inférieurs dans les complications des plaies. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- DESCAMPS (E.) et DESGUIN (L.). Trois cas de croup ayant nécessité la trachéotomie. Anvers, 1883; 8°.
- DESGUIN (L.). Angine couenneuse et croup chez une dame âgée de 65 ans; guérison. Anvers, 1883; 8°.
- Le croup et la trachéotomie à Anvers. Anvers, 1883; 8°.
- DROIXHE (N.). Considérations pratiques sur la fièvre typhoïde chez les enfants. Bruxelles, 1883; 8°.
- ERCOLANI (G.-B.). Nuove ricerche di anatomia normale et patologica sulla placenta dei mammiferi e della donna. Bologna, 1883; vol. 4°.
- Sulle alterazioni patologiche portate della sifilide nella placenta umana. Bologna, 1883; 8°.
- FRANCOTTE (X.). La diphtérie, considérée principalement au point de vue de ses causes, de sa nature et de son traitement. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- LEE (J.-G.). Le suicide dans le comté et la capitale de Philadelphie, de 1872 à 1881 inclusivement; traduit de l'anglais, par le dr A. Feigneaux. Bruxelles, 1883; 8°.
- LIEBRECHT (P.). De l'excision du goître parenchymateux. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- MANFREDI (N.). La congiuntivite jequiritica e la sua efficacia nella cura del tracoma. Modena, 1883; 4°.
- MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Catalogue de la bibliothèque. Tome 1<sup>er</sup>. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- NEPVEU (G.). Contribution à la résection pathologique du poignet. Paris, 1883; 8°.
- PROCEEDINGS of the international sanitary conference, provided for by point resolution of the Senate and House of Representatives, in the early part of 1881. Washington, 1881; vol. 8°.
- TORDEUS (E.). De la vaccine considérée comme moyen curatif de la variole. Bruxelles, 1883; 8°.
- WALDEYER (W.). Cornée et sclérotique. — Anatomie microscopique. Paris, 1883; vol. 8°.
-



---

**SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 14 JUILLET 1883.**

—  
**PRÉSIDENCE DE M. CROCQ.**

—  
**COMITÉ SECRET.**

**La séance est ouverte à midi.**

**Après l'adoption du procès-verbal du précédent comité secret, l'Académie reprend la discussion des conclusions du rapport relatif au cumul de la médecine et de la pharmacie.**

**La discussion étant close, la Compagnie vote diverses résolutions qui seront transmises au Gouvernement.**

**La séance est levée à 2 1/2 heures.**

---

**1. RAPPORT de la commission à laquelle a été renvoyée la question de l'exercice de la médecine et de la pharmacie par les femmes, question soumise à l'Académie par M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. — M. MASIUS, rapporteur (1).**

Messieurs, dans votre séance du 31 mars dernier, vous avez nommé une commission, composée de MM. Crocq, Lefebvre et Masius, pour étudier la question soumise à l'avis de l'Académie de Médecine et ainsi conçue : « A l'occasion des études relatives à la prochaine revision de la loi du 20 mai 1876 sur la collation des grades universitaires, on soulève la question de savoir s'il ne conviendrait pas que la nouvelle loi consacrât expressément le droit, pour les femmes, d'exercer la médecine ou la pharmacie. »

La question, soumise à l'examen de l'Académie, est précise ; aussi votre Commission n'est pas sortie des limites qui lui étaient tracées. Elle ne s'est pas demandé s'il est désirable que les femmes exercent la médecine, ni si elles ont pour cela les qualités voulues. Ces points ont été examinés, discutés par l'Académie dans sa séance du 3 avril 1875.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'aucun obstacle légal ne s'oppose à ce que, en Belgique, les femmes se livrent à la pratique médicale ; elles ont le droit incontestable, et personne ne songe à le leur dénier, de faire telles études qu'il leur plait et d'obtenir le grade de docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, le grade

(1) Les rapports suivants de MM. MASIUS, GILLE et WILLEMS ont été discutés dans les comités secrets des séances des 26 mai, 30 juin et 14 juillet 1883. — Par dépêche du 15 juillet M. le Ministre de l'Intérieur, à la demande du Bureau, a autorisé l'insertion dans le Bulletin de ces rapports et des discussions auxquelles ils ont donné lieu.

de pharmacien ou tout autre grade légalement institué. Elles n'ont, comme le dit très bien notre honorable collègue, M. Crocq, dans son rapport lu à l'Académie, le 3 avril 1875, elles n'ont qu'à faire preuve de capacité devant les jurys institués par la loi, qui n'interdit pas leur admission. Tout récemment d'ailleurs, M. le Ministre de l'Instruction publique a renvoyé devant le jury central une demoiselle diplômée de la Faculté de médecine de Berne, qui voulait avoir le droit de pratiquer dans notre pays.

Il n'est donc pas nécessaire que la loi en préparation sur la collation des grades académiques consacre expressément, pour les femmes, le droit d'exercer non seulement la médecine ou la pharmacie, mais toute profession libérale quelconque.

Nous devons, à la vérité, ajouter que, dans la loi du 20 mai 1876, l'article 43 dit : « Le gouvernement est autorisé à fixer les conditions d'après lesquelles les femmes pourront être admises à l'exercice de certaines branches de l'art de guérir. » Nous croyons que cet article doit disparaître de la loi, car il crée en faveur des femmes un privilège que rien ne justifie; il permettrait au gouvernement de restreindre pour celles-ci l'étendue et la force des études.

Or, le programme actuel, comme tout programme d'examen du reste, énumère le minimum des connaissances requises pour l'obtention des grades, et c'est par suite une barrière qui ne doit s'abaisser pour personne.

D'autre part, il est impossible de pratiquer avec succès une partie quelconque de l'art de guérir sans avoir des connaissances générales en médecine, en chirurgie et en accouchements. Les femmes doivent donc être soumises en tout aux mêmes épreuves que les hommes.

En conséquence, nous vous proposons, Messieurs, la délibération suivante :

1<sup>o</sup> La loi n'a pas à consacrer expressément, pour les femmes, le droit d'exercer la médecine ou la pharmacie.

2<sup>o</sup> L'article 43 de cette loi doit être supprimé.

**M. le président.** — Quelqu'un demande-t-il la parole sur les conclusions de ce rapport ?

**M. Thiernesse.** — Oui, M. le président, je désire savoir si, dans l'opinion de la commission, il résulte des conclusions de son rapport, que les sages-femmes ne seraient pas maintenues ? Leur existence me paraît une chose indispensable surtout dans les campagnes.

**M. Decaisne.** — Certes, on doit faire une exception pour les sages-femmes.

**M. Thiernesse.** — Voici comment est formulé l'article 43 de la loi, dont on demande la suppression : « Le gouvernement est autorisé à fixer les conditions d'après lesquelles les femmes pourront être admises à l'exercice de certaines branches de l'art de guérir. » Or, les accouchements constituent bien une branche de l'art de guérir.

**M. De Roubaix.** — Il existe un règlement d'après lequel les commissions médicales sont chargées des examens des droguistes, des sages-femmes et des dentistes.

**M. Masius.** — Je ne sache pas que l'instruction des sages-femmes fasse partie de l'enseignement supérieur ; or, il s'agit ici de l'enseignement supérieur.

**M. Van Bastelaer.** — La loi de 1818 sur l'art de guérir renferme tout ce qui est nécessaire au sujet de la réglementation de la profession de sage-femme. Cet article 43 peut être supprimé et la loi de 1818 n'en existera pas moins.



**M. le président.** — Il ne s'agit pas de toucher à la position des sages-femmes ; mais de dire jusqu'à quel point les femmes peuvent être admises à exercer la médecine et la pharmacie. Les sages-femmes ont toujours été admises à la pratique de l'art des accouchements.

— Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

**2. RAPPORT de la commission chargée de l'examen de la question de savoir s'il ne conviendrait pas d'entourer, d'une garantie plus satisfaisante que celle établie par la loi du 20 mai 1876, le stage officinal des élèves en pharmacie. — M. GILLE, rapporteur (1).**

Messieurs, la circulaire ministérielle du 16 mars s'exprime ainsi à propos du stage pharmaceutique :

« Pour délivrer le certificat constatant les deux années de stage, la commission médicale n'a pas le droit de s'assurer de l'aptitude professionnelle du porteur du diplôme. Elle ne peut que constater le fait du stage à l'aide de certificats délivrés avec plus ou moins de véracité par le pharmacien, patron du stagiaire.

» Il s'agirait donc, ajoute cette circulaire, de savoir s'il n'y aurait pas lieu d'en revenir aux dispositions du projet annexé au deuxième rapport de la section centrale chargée de l'examen de la loi de 1876. » Ce rapport comporte :

« 1° La nécessité d'avoir terminé le stage pour se présenter à l'examen de pharmacien et 2° l'inscription, dans les épreuves pratiques de cet examen, des « préparations magistrales », ou bien, si l'on ne pourrait pas, ce qui serait

(1) La commission était composée de MM. CHANDELON, DEPAIRE et GILLE.

peut-être préférable, instituer un *examen de stage* à subir devant la commission médicale, indépendamment des examens universitaires.

Les art. 4 et 28 de la loi sur la collation des grades académiques exigent deux années de stage fait postérieurement à l'époque où le stagiaire a obtenu le grade de candidat; il peut donc faire ce stage, soit préalablement, soit postérieurement à l'examen de pharmacien.

Des instructions ministérielles du 14 octobre 1857, ordonnent aux stagiaires de remettre à la commission médicale provinciale, à la fin de chaque trimestre, un certificat de leur patron, et l'art. 11 de l'arrêté royal du 31 mai 1880, confie aux dites commissions médicales, la surveillance du stage.

Telle est la législation en vigueur à ce sujet.

Votre commission a été unanime à reconnaître que les certificats de stage, délivrés dans les conditions actuelles, ne donnent pas à la société des garanties suffisantes en ce qui concerne la préparation des *ordonnances* des médecins, et elle a été d'avis qu'il était indispensable de donner une sanction à ce stage, en faisant subir, au stagiaire, une épreuve pratique sur les préparations dites magistrales et sur les connaissances acquises à l'officine.

Cette appréciation est basée sur les considérations suivantes :

1° Le stage fait dans une pharmacie sans importance, peut laisser le stagiaire parfaitement incapable de tenir convenablement une pharmacie;

2° Un grand nombre de stagiaires ne font que des apparitions dans la pharmacie.

3° La surveillance du stage, prévue par l'arrêté royal

du 31 mai 1880, ne peut prévenir cet abus qu'en y consacrant un temps considérable.

4° En France, on a institué un examen de validation de stage. L'art. 2 du décret du 31 août 1878 est ainsi conçu : « Après avoir accompli le stage officinal et avant de prendre la première inscription de scolarité, les élèves en pharmacie, de l'une ou de l'autre classe, devront subir un examen de validation de stage devant un jury composé de deux pharmaciens de première classe et d'un professeur ou agrégé de l'École supérieure de pharmacie, président. »

5° En Hollande, la préparation des recettes fait partie de l'examen pratique.

6° En Allemagne, il existe un examen de *fin d'apprentissage*.

7° L'examen pratique, comprenant les préparations magistrales, était indiqué, non seulement dans le deuxième rapport rappelé dans la circulaire ministérielle, mais encore dans les amendements présentés à la Chambre par l'honorable M. Van Humbeeck, dans la séance du 4 avril 1876.

A la suite de l'examen qu'elle a fait de la question relative à la nécessité d'exiger que le stage du candidat soit terminé avant de pouvoir se présenter pour obtenir le diplôme de pharmacien, votre commission a reconnu l'utilité de faire marcher de pair les études théoriques et les études pratiques, y compris celles de l'officine. Cette appréciation est basée sur la nécessité d'appuyer, par la pratique, au comptoir, les études théoriques des préparations magistrales, enseignées, dans certaines limites, dans les universités.

A propos de cette question, votre commission a examiné des objections soulevées assez souvent à propos du temps consacré au stage, considéré comme insuffisant, lorsque

le stage a lieu en même temps que les études universitaires? On a objecté, en effet, que les stagiaires passent beaucoup de temps à l'Université.

Voici ce que les programmes indiquent à ce sujet :

*Bruxelles*, toute l'année : Lundi, mardi, mercredi de 8 1/2 à 12 h.; jeudi, vendredi de 8 1/2 à 11 1/2 h.

*Gand*, 1<sup>er</sup> semestre : Lundi 0, mardi de 2 1/2 à 6 h.; mercredi 0; jeudi de 2 1/2 à 6 h.; vendredi de 4 à 6 h.; samedi de 2 1/2 à 6 h.

2<sup>e</sup> Semestre : Lundi 0; mardi de 2 1/2 à 6 h.; mercredi 0; jeudi de 2 1/2 à 6 h.; vendredi de 3 à 6 h.; samedi de 2 1/2 à 6 h.

*Louvain*, 1<sup>er</sup> semestre : Lundi de 11 1/2 à 1 h. et de 2 1/2 à 6 h.; mardi de 8 1/2 à 1 h., et de 2 1/2 à 6 h.; mercredi de 10 à 1 h., et de 2 1/2 à 6 h.; jeudi de 10 à 1 h.; vendredi de 10 à 11 1/2 h.; samedi 0.

2<sup>e</sup> semestre : Lundi de 11 1/2 à 1 h., et de 2 1/2 à 6 h.; mardi de 8 1/2 à 1 h., et de 2 1/2 à 6 h.; mercredi de 11 1/2 à 1 h., et de 2 1/2 à 6 h.; jeudi de 11 1/2 à 1 h.; vendredi 0; samedi 0.

*Liège*, toute l'année : Lundi 0; mardi de 8 à 12 h, et de 2 à 6 h.; mercredi 0; jeudi de 8 à 12 h., et de 2 à 6 h.; vendredi 0; samedi de 8 à 12 h.

En ajoutant aux heures des leçons le temps nécessaire pour étudier les cours, les congés et les vacances, il ne reste aux stagiaires, a-t-on dit, pas assez de temps pour faire un stage efficace comme l'exige la circulaire ministérielle du 28 juillet 1868. Cette circulaire porte : « Par stage officinal il faut entendre une fréquentation régulière d'une officine en qualité d'aide. » Trois jours par semaine ce serait contraire à la loi.



On a encore objecté qu'en France l'on exige, même pour les pharmaciens de seconde classe, trois années de stage et que dans la plupart des autres pays cet apprentissage doit durer plus de deux années.

Enfin on a opposé à ce système, que les stagiaires sont parfois dans l'impossibilité de trouver, dans les villes universitaires, assez de pharmacies dont les chefs consentent à les admettre, et on prétend que ces jeunes gens pourraient faire ce stage plus efficacement dans d'autres villes et villages, comme cela a lieu aujourd'hui si, comme le rappelle la circulaire ministérielle, on instituait un examen de stage, indépendamment des examens universitaires.

Il y a en effet actuellement dans le Brabant 103 stagiaires civils, et, au 1<sup>er</sup> janvier, il y avait, en outre, 15 stagiaires militaires, 8 à Bruxelles et 7 à Louvain; total 118 pour le Brabant seul.

Dans la province de Liège, il y en a 79.

A ces considérations on peut ajouter que la section centrale précitée avait été d'avis qu'il y avait lieu, pour permettre de faire un stage sérieux, de laisser la latitude de le séparer complètement des études universitaires, afin que les élèves puissent aller le faire dans une pharmacie quelconque.

De l'avis de votre commission, il serait sans doute désirable de pouvoir consacrer plus de temps au stage pharmaceutique. Son rapporteur est même d'avis qu'il conviendrait d'exiger une année de stage après l'obtention du diplôme universitaire et d'instituer ensuite l'examen de stage mentionné dans la circulaire ministérielle, non devant la commission médicale, mais devant un jury spécial, afin que le pharmacien puisse s'établir dans tous le pays sans devoir subir une nouvelle épreuve. Mais la majorité

s'est arrêtée à cette considération, que pour en arriver là il faudrait augmenter les études d'une année et imposer ainsi de plus grands sacrifices aux intéressés ; elle croit que l'insuffisance des connaissances, dont il s'agit dans la dépêche ministérielle, a sa cause principale là où résidait le mal : dans le système *des branches à certificats*, et elle est d'avis qu'en faisant subir un examen pratique sérieux, destiné à s'assurer si le stage a été efficace, on arrivera à un résultat satisfaisant.

Quant à la question de savoir si l'examen de stage se fera par les jurys ou par la commission médicale, la majorité de votre commission a été d'avis qu'il devait se faire par les jurys tels qu'ils fonctionnent actuellement.

Le rapporteur a fait à ce sujet quelques réserves. Il a d'abord invoqué le principe de la loi sur la collation des grades académiques qui assure au récipiendaire l'avantage d'être interrogé par ses professeurs, et il a rappelé, à cette occasion, l'application faite de ce principe sous le régime des jurys combinés, alors que deux pharmaciens praticiens étaient adjoints au jury de pharmacie pour représenter la pratique. Il a ensuite signalé l'absence complète de pharmaciens praticiens dans trois de nos universités, dont les professeurs de pharmacie, très savants du reste, n'ont jamais dirigé une officine et qui peuvent être par ce fait peu familiers avec la préparation des *ordonnances*, nouvel objet de l'examen.

Notre honorable président, M. Crocq, a déjà déploré cette situation à propos du jury de pharmacie. Dans la séance du Sénat du 21 mars 1877, il disait : « Le gouvernement a de tout temps reconnu la nécessité d'introduire des pharmaciens dans le jury chargé d'examiner les élèves

en pharmacie. Par pharmacien, j'entends, disait-il, non pas un homme ayant purement et simplement un diplôme, un titre honorifique quelconque, mais un homme ayant pratiqué la pharmacie. »

Pour permettre d'apprécier la valeur de l'examen de validation de stage institué en France par le décret du 31 août 1878, il est bon d'ajouter que le *Répertoire de pharmacie*, rendant compte de l'application de ce décret, fait connaître que le stagiaire doit, entre autres choses, reconnaître quarante médicaments, et qu'en ce qui concerne les préparations magistrales les juges s'assurent si l'élève sait faire des pilules bien rondes et bien égales, des masses pilulaires, des pommades, des poudres, des suppositoires, des émulsions bien homogènes; s'il sait étendre également un emplâtre, en un mot s'il sait travailler convenablement, proprement et rapidement.

En réponse à ces considérations, on a fait remarquer que le praticien que l'on ferait entrer dans le jury ne serait pas le professeur du récipiendaire, et que par conséquent le principe invoqué à ce sujet tombe de lui-même.

D'un autre côté, la majorité de la commission n'a pas admis que les professeurs des universités, chargés d'enseigner la pharmacie pratique, pussent ne pas être à même de faire subir l'examen sur les préparations magistrales.

Comme conclusions, la majorité de votre commission vous propose de répondre à M. le ministre de l'intérieur qu'il y a lieu de revenir aux dispositions du second rapport de la section centrale chargée de l'examen de la loi de 1876 comportant :

1° La nécessité d'avoir terminé le stage pour se présenter à l'examen de pharmacien;

2° L'inscription dans les épreuves pratiques de cet examen d'une série de préparations magistrales (préparation des ordonnances).

**M. le président.** — La parole est à M. Warlomont.

**M. Warlomont.** — D'ordinaire, l'organe d'une commission académique est l'avocat naturel des conclusions dans lesquelles un rapport se résume. Dans la circonstance présente, il n'en a pas été tout à fait ainsi : l'honorable rapporteur, représentant de la minorité de la Commission, n'a pas cherché à déguiser ses hésitations et à fournir ainsi à l'opposition des armes dont elle saura se servir. Adversaire par conviction de la promiscuité des études scientifiques et du travail de comptoir pharmaceutique, je me serais cependant abstenu de mêler une note discordante à la voix compétente des membres éminents de la majorité, si je ne m'étais senti soutenu. J'ai compris, heureusement, que j'avais des intelligences dans la place et je me suis hasardé.

Messieurs, la situation est d'une gravité extrême ; la loi du 20 mai 1876 va être révisée. Ce qui sortira de cette étude nouvelle nous régira peut-être pendant un quart de siècle et plus. Soyons donc attentifs et prudents.

Il s'agit de savoir s'il n'y a pas lieu d'entourer le stage des pharmaciens de garanties plus sérieuses que celles que ce stage offre actuellement.

La Commission est unanime à reconnaître l'urgence de ces garanties nouvelles ; mais quelles seront-elles ? Les cherchera-t-on dans la séparation du stage d'avec les études scientifiques proprement dites, ou dans un *examen de fin d'apprentissage*, suivant l'expression gracieuse de messieurs les Allemands. Ces deux opinions, défendues au sein de la



Commission, n'y ont trouvé grâce ni l'une ni l'autre à la façon dont je le conçois. Mon intervention va donc être bien révolutionnaire, car je viens les défendre toutes deux, convaincu que de leur adoption commune sortirait une solution en rapport avec les exigences bien comprises de la situation actuelle.

L'examen pour le grade de pharmacien comprend :

« Les éléments de chimie analytique et de chimie toxicologique ;

» Les drogues et les médicaments en tant que marchandises ;

» Les altérations, les falsifications et les doses maxima ;

» La pharmacie théorique et la pharmacie pratique. »

Les récipiendaires subissent, en outre, les épreuves pratiques suivantes :

» Deux opérations chimiques ;

» Deux préparations pharmaceutiques ;

» Une analyse générale ;

» Une opération propre à découvrir la falsification des médicaments ;

» Une recherche microscopique. »

Ce programme si chargé — il comprend deux matières qui ne figuraient pas à l'ancien — ce programme, dis-je, doit actuellement marcher de front avec le stage officinal. L'élève-pharmacien doit, en même temps qu'il fréquente les cours, si multipliés, que nous venons de citer et les laboratoires où il en appliquera les données, trouver le nombre d'heures voulu pour répondre aux exigences du stage.

On se demandera sans doute, et nous nous le demandons tout le premier, où l'étudiant trouvera ses heures

d'étude personnelle, alors que le stage accaparerait, s'il est sérieux, le temps qu'il ne passe pas à l'Université. Or, le stage doit être sérieux. Votre rapporteur l'a dit excellemment : « Par stage officinal, il faut entendre la fréquentation » *régulière* d'une officine en qualité d'aide. Trois jours par » semaine, ce serait contraire à la loi. » Mais des demi-journées, des quarts, des vingtièmes de journée peut-être, n'y seraient-ils pas contraires au même degré ?

L'activité humaine a sa mesure qu'on ne peut pas dépasser. Dans l'espèce, si deux années doivent être consacrées à l'examen des pharmaciens, et que la moitié au moins doive en être réservée au service de l'officine, il n'en saurait rester à l'étude scientifique que la seconde moitié, soit une année sur deux. Pourquoi, dès lors, ne pas les séparer ? Pourquoi ne pas consacrer une première année à l'Université et à l'examen final, la seconde au comptoir pharmaceutique ? Je sais la réponse : le programme universitaire est trop chargé pour qu'il y puisse être satisfait en une seule année. Mais alors, c'est donc le stage officinal qui est sacrifié ?

La nécessité de séparer la fréquentation des cours universitaires de celle du comptoir pharmaceutique découle de ces prémisses. Le stage se ferait après l'obtention du grade de pharmacien et ne durerait qu'une année ; mais cette année, tout entière occupée, ne représenterait-elle pas un exercice bien autrement attentif, partant bien autrement fructueux que celui qui se fait maintenant pendant les journées d'une période double, sans cesse entrecoupées d'allées et de venues, de vacances, d'examens, de cours, de répétitions, etc., etc. ?

Ceci est une réponse à des objections qui ont été soule-

vées au sein de la Commission. L'honorable rapporteur y avait exprimé l'avis qu'il conviendrait d'exiger une année de stage devant un *jury spécial*, mais la majorité s'était heurtée à cette considération que le temps d'étude total s'en trouverait augmenté d'autant. Cette conclusion, nous venons de le voir, n'est pas absolument rigoureuse : bien des élèves, débarrassés du stage et de ses distractions, feront leur examen au bout d'un an.

Quant à l'examen de stage final, abstraction faite du jury qui serait appelé à le recevoir, il est de stricte nécessité pour tous, ne fût-ce que pour faire disparaître ce dernier débris de l'ère malheureuse des cours à certificats. Mais c'est surtout pour les pharmaciens militaires que cette nécessité est impérieuse, ainsi qu'on va le voir.

L'art. 4 de la loi du 20 mai 1876 est ainsi conçu :

« Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il  
» ne justifie, au moyen d'un certificat délivré par une com-  
» mission médicale provinciale ou par l'Inspecteur général  
» du service de santé de l'armée, de deux années de stage  
» officinal, fait postérieurement à l'époque où il a obtenu  
» le grade de candidat en pharmacie ou celui de candidat  
» en sciences naturelles. »

Comment pourrait-on considérer comme un vrai stage officinal le service fait dans les hôpitaux militaires par les élèves pharmaciens, quand on se représente que ces hôpitaux reçoivent de la *pharmacie centrale de l'armée*, beaucoup de médicaments tout préparés, ce qui fait que l'élève pharmacien des hôpitaux militaires a pour rôle principal le débit des médicaments, c'est-à-dire le service du comptoir. Ce n'est pas là évidemment le but du stage officinal. « Le  
» pharmacien a pour *devoir professionnel*, M. Stas l'a dit

» avant moi en mainte occasion, de préparer LUI-MÊME les  
» matières médicinales inscrites au *codex* et qui ne sont pas  
» des produits chimiques parfaitement définis, faciles à  
» reconnaître, et dont on peut constater la pureté et la  
» bonne qualité. Ainsi, les extraits *vireux* et beaucoup  
» d'autres doivent, de toute nécessité, être préparés par le  
» pharmacien, *d'après les prescriptions du codex*, parce que  
» les propriétés médicinales de ces extraits varient d'après  
» leur mode de préparation, et, de plus, par le motif qu'on  
» ne saurait reconnaître le degré de pureté de ceux livrés  
» par le commerce. »

Peut-être me répondra-t-on que le service de santé n'a pas cette exigence, ni ne ressent ce besoin ; mais, du jour au lendemain, il dépend du pharmacien militaire de passer pharmacien civil. Et le gouvernement serait-il vraiment indiscret, pour vouloir s'assurer d'avance de la valeur pratique de tous ?

Quant au jury qui serait préposé à l'examen de fin de stage, on a invoqué l'esprit de la loi qui assure au récipiendaire l'avantage d'être interrogé par ses professeurs, ce qui enlèverait cet examen aux commissions médicales. Mais le professeur du stagiaire, n'est-ce pas le pharmacien qui l'a dirigé, et pourquoi ce pharmacien ne serait-il pas appelé à faire partie du jury de stage, soit que ce jury fût spécial, soit qu'il fût représenté par les commissions médicales ? Le Gouvernement d'ailleurs, mieux que l'Académie, aurait facilement raison de cette apparente difficulté.

L'adoption de ces dispositions serait, selon moi, conforme aux intérêts, non seulement de l'élève, dont les études se feraient plus correctement, mais aussi des patrons, qui, ayant à leur officine des jeunes gens instruits



et désormais attentifs, pourraient avoir plus de confiance en eux. J'estime que la société y trouverait également son compte, et cet intérêt doit dominer tous les autres : il faut qu'au lieu de trouver au comptoir des jeunes gens encore peu instruits, l'esprit absorbé par l'étude, la tête plongée dans les cahiers, le client rencontre quelqu'un de sûr à qui s'adresser.

J'ai dit plus haut que, dans les conditions que je souhaite voir se réaliser, bien des élèves, débarrassés du stage et de ses diversions, viendraient à bout de l'examen de pharmacien en une année, au prix de quelques efforts. Je tiens à justifier cette appréciation, en disant les considérations inédites sur lesquelles elle s'appuie.

Aujourd'hui l'examen de pharmacien répond à un but double : il doit former des pharmaciens propres à exercer la pratique de la pharmacie proprement dite, en même temps qu'à se livrer aux expertises médico-légales. Nul doute que s'il était allégé de cette dernière charge, il n'en résultât un dégrèvement immédiat du programme d'examen. Eh bien, le moment paraît venu de créer des chimistes-légistes, comme il l'est de voir instituer des médecins-légistes, des médecins-aliénistes peut-être, revêtus de brevets spéciaux. Je ne suis pas dans le secret des dieux, mais cette conception est dans l'air et j'estime qu'elle y est assez pour que nous en tenions compte.

L'examen de pharmacien ne devrait plus comprendre, dès lors, que les branches rigoureusement nécessaires pour faire un bon pharmacien, savoir :

« Les éléments de chimie analytique ;

» Les drogues et les médicaments, en tant que marchandises ;

- » Les altérations, les falsifications et les doses maxima;
- » La pharmacie pratique;
- » Deux opérations chimiques, deux préparations pharmaceutiques, une analyse générale. »

Peut-être même les *deux opérations chimiques* pourraient-elles être utilement transférées à l'examen de candidat en pharmacie.

Tous passeraient cet examen ainsi débarrassé des branches de luxe ou d'ornementation. Les admis bifurqueraient alors; les uns feraient leur stage officinal; ce sont ceux qui se destineraient à faire simplement de la pharmacie. Les autres, que leur vocation appellerait à la conquête du diplôme d'état, passeraient un examen supplémentaire sur :

- « La pharmacie théorique, la chimie analytique qualitative et quantitative;
- » La toxicologie;
- » Les altérations des denrées alimentaires et des boissons;
- » Les analyses microscopiques. »

Cet examen subi, ceux des pharmaciens-légistes qui entendraient se vouer exclusivement à cette spécialité n'auraient pas à apprendre « à faire des pilules bien rondes et » bien égales, des masses pilulaires, des pommades, des » poudres, des suppositoires, des émulsions bien homo- » gènes; à étendre également un emplâtre, en un mot à » travailler dans cette direction, convenablement, propre- » ment et rapidement. » Cette tâche n'incomberait qu'à ceux qui voudraient exercer en même temps la pharmacie; ceux-là auraient à faire, à leur tour, le stage officinal, et leur temps d'étude en serait augmenté d'autant, mais ils trouveraient certaine compensation dans les attributions privilégiées auxquelles ils seraient appelés à satisfaire.

Tout cela n'exigerait pas plus de cinq années d'études. Et la majorité des élèves, aujourd'hui, ne s'en tire pas à moins, avec un résultat évidemment moindre.

Ce serait, me paraît-il, une solution correcte aux difficultés présentes. Et cette solution ouvrirait en même temps le champ à celle d'une autre question qui se représente périodiquement, menaçant injustement dans leur existence des praticiens vaillants qu'on fait les boucs-émissaires d'une situation délicate, et dont l'Académie aura sans doute encore à s'occuper tantôt, je veux parler du cumul de la médecine et de la pharmacie. Un apologue exprimera bien ici ma pensée : on avait mis quelque part au concours la recherche du meilleur moyen de détruire les souris. Le mémoire couronné portait trois mots : « Multipliez les chats. » Je dirai à mon tour : pour diminuer le nombre de ces abominables cumulards, « multipliez les pharmaciens. »

J'écouterai dans un recueillement respectueux les objections qui seront sans doute faites à mon système. S'il reste debout, il pourra se résumer dans les propositions suivantes :

1. Retour de l'examen de pharmacien aux seules branches nécessaires pour faire un pharmacien praticien parfait.

2. Stage officinal d'un an, à partir de l'obtention du grade de pharmacien, et examen final.

3. Institution d'un brevet de pharmacien-légiste, à délivrer à la suite d'un examen d'État devant un jury spécial.

**M. le Président.** — Voudriez-vous déposer sur le bureau la proposition que vous venez de faire ?

**M. Warlomont.** — Pour le moment, je me suis borné à résumer mon discours en des conclusions finales,

qui ne sont pas encore des amendements à celles du rapport. Maintenant, je désirerais savoir ce que vont devenir les matériaux de la discussion actuelle. Seront-ils *imprimés*? Dans l'affirmative, je déposerai le texte de mon discours qui a été très étudié et dont je n'ai pas le double. Dans le cas contraire, je le conserverai et me bornerai à déposer les propositions dans lesquelles il se résume et que je viens de lire.

Je le répète, ce ne sont pas des conclusions. J'ai trop de respect pour les membres de la commission pour déposer des amendements avant de les avoir entendus. Je ne le ferai que si la discussion, qui est imminente, ne me fait pas changer d'avis.

**M. le Président.** — Je répondrai à la question que m'a posée M. Warlomont, relativement au sort réservé au discours, très bien fait d'ailleurs, qu'il vient de prononcer. Je me bornerai pour cela à lire l'article 57 du règlement. Le voici : « Les discussions étrangères à la science, qui ont lieu en comité secret, ne peuvent être publiées sans l'autorisation du gouvernement. »

La discussion actuelle ne sera donc pas *publiée* immédiatement ; elle doit être transmise au gouvernement comme tous les documents qui concernent le comité secret, et le gouvernement nous autorisera sans doute à publier la discussion.

**M. Warlomont.** — Je suis en possession d'un volume — n'ayant rien de commun avec la discussion actuelle — qui a été *imprimé* par le gouvernement et qui renferme des documents confidentiels : c'est un moyen en usage pour multiplier les exemplaires et pas autre chose. Eh bien, je demande s'il est dans les intentions du Bureau de faire im-



primer la discussion actuelle pour la transmettre ainsi au gouvernement, ou pour la communiquer aux membres de l'Académie. Dans l'affirmative, je déposerai mon travail, qui est d'ailleurs à la disposition du Bureau.

**M. le Président.** — Il est bien difficile de trancher la question telle que vient de la formuler M. Warlomont. Le gouvernement nous donnera sans aucun doute l'autorisation de publier la discussion ; il n'y a pas de raison pour qu'il ne l'accorde pas. Nous avons le droit de décider l'impression, dans les limites que vient d'indiquer M. Warlomont. Mais, si nous décidons d'imprimer la discussion, comme nous serons probablement autorisés à la publier ultérieurement, il y aurait là pour l'Académie une double charge, qu'il convient d'éviter. L'assemblée est souveraine, d'ailleurs, pour décider que l'impression aura lieu avant que le gouvernement ait autorisé la publication.

**M. Warlomont.** — Cette discussion a une très grande importance. Il convient, me semble-t-il, de mettre les membres de l'Académie, ceux qui sont absents, par exemple, à même d'en apprécier tous les termes.

**M. Thiernesse.** — Il est très probable, comme l'a dit M. le Président, que la demande de pouvoir publier les rapports et la discussion, qui sera faite par le Bureau à M. le Ministre de l'Intérieur, sera bien accueillie. Mais quant à faire imprimer préalablement tous les discours, voire notamment celui très circonstancié de M. Warlomont, cela n'est pas admissible ; l'Académie ne peut faire imprimer que les documents susceptibles d'être discutés ultérieurement. Or, je pense qu'il ne s'agira plus, après la séance de ce jour, du discours de M. Warlomont. Pourquoi donc le livrer à l'impression ?

**M. Mascart.** — L'autorisation de discuter en séance publique les rapports des commissions ayant été refusée par M. le Ministre de l'Intérieur, l'Académie ne peut, ce me semble, imprimer la discussion à laquelle nous nous livrons en comité secret.

**M. le Président.** — Nous avons le droit de faire imprimer les discours et autres documents pour les distribuer aux membres titulaires et honoraires. Si l'Académie, frappée de l'importance des observations de M. Warlomont, trouvait qu'il y a lieu de remettre la discussion à une autre séance, elle aurait le droit de décider l'impression et la distribution aux membres titulaires et honoraires. Le gouvernement devrait aussi recevoir communication de ces imprimés ; mais la publication est une chose différente.

**M. Mascart.** — Mon observation est donc sans objet. Je la retire.

**M. Lefebvre.** — La question est très importante, comme on l'a dit tout à l'heure, et l'Académie n'est pas suffisamment éclairée par la simple audition d'un discours aussi développé que l'est celui de M. Warlomont. Nous avons, du reste, déjà décidé l'impression de discussions qui avaient un caractère plus intime, par exemple, le règlement de l'Académie, ainsi que les rapports sur les candidatures présentées pour l'élection de membres honoraires et de correspondants.

**M. Warlomont.** — Et les rapports actuels eux-mêmes, qui sont imprimés mais non pas publiés.

**M. Lefebvre.** — Oui. Eh bien ! une impression tardive ne nous intéresserait pas ; je ne désire pas qu'on la fasse. Mais je demande qu'on imprime tout d'abord la discussion

**M. le Président.** — Vous proposez implicitement la remise du vote à la prochaine séance.

**M. Lefebvre.** — Oui, M. le Président.

**M. Michaux.** — Je propose aussi de remettre le vote à une autre séance et de continuer aujourd'hui la discussion.

**M. le Président.** — Parfaitement; et il y aura lieu d'imprimer tout ce qui aura été dit aujourd'hui.

**M. Lefebvre.** — Et la discussion continuera dans la prochaine séance, cela doit être bien entendu.

**M. le Président.** — Naturellement!

**M. Depaire.** — Je ne m'oppose pas à l'impression; je demande, au contraire, qu'elle se fasse le plus tôt possible, afin que nous puissions rédiger et faire imprimer les réponses que nous aurons à faire aux arguments qui ont été ou qui seront présentés; sinon, messieurs, nous arriverions à la prochaine séance avec des discours non imprimés, dont vous devriez demander également l'impression.

— La proposition de M. Lefebvre est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

**M. Van Bastelaer.** — Messieurs, sans admettre complètement les idées de M. Warlomont, j'approuve en grande partie les considérations qu'il a fait valoir. Je présenterai quelques arguments nouveaux en faveur de sa thèse.

Nous sommes tous du même avis: il faut renforcer les études pharmaceutiques, théoriques et pratiques. Les rapports des corps universitaires, des présidents des jurys, des commissions médicales et des commissions spécialement nommées le proclament; mais les hommes compétents ajoutent que c'est surtout la pratique qui laisse à désirer. Tous déclarent sans hésiter que le jeune pharmacien belge, qui a

terminé des études, manque de pratique pour monter et gérer convenablement une officine; c'est là un vrai danger public qu'il faut supprimer à tout prix. Or les heures de l'étudiant en pharmacie sont déjà remplies et il est impossible de compléter le cadre de ses études sans trouver moyen de le mettre à même d'y consacrer plus de temps. Cela ne pourrait être obtenu, comme nous allons voir, qu'en modifiant notre système de stage.

Sans doute, en parlant de l'absence de pratique, on entend, pour une part, le manque d'habitude des manipulations scientifiques; mais aussi et surtout l'on veut parler de la pratique professionnelle que doit donner le stage, laquelle est de beaucoup la plus nécessaire.

Précisons d'abord en quelques mots l'objet véritable du stage, quelles aptitudes, quelles connaissances on veut inculquer au pharmacien dans cette dernière période de ses études. C'est un point nécessaire, parce que le plus souvent l'on s'en fait en vérité une idée fort vague ou même tout à fait fausse. La pratique du stage, c'est la pratique professionnelle, la pratique du comptoir; elle n'a aucun rapport avec les études universitaires pratiques : la chimie pratique, la pharmacie pratique ou du laboratoire, etc. Il s'agit, pendant le stage, de faire d'un homme de sciences un pharmacien de profession au point de vue de ce que ses concitoyens exigent de lui. Il s'agit des relations avec le public, du but final uniquement visé en dernière analyse par l'ensemble des études pharmaceutiques : la préparation convenable de ce que prescrit le médecin traitant pour soulager l'humanité et l'exercice réel de la profession au point de vue du malade. Pour que le stage soit efficace, il faut que le jeune pharmacien soit à même de remplir son



rôle dans la société; qu'il soit apte à satisfaire celui qui souffre et à même de préparer les recettes dont ce malade attend la santé. Or combien de fois cela n'est-il pas actuellement, et alors de quoi servent ses profondes études scientifiques? Combien a-t-on dit et écrit que c'était là le défaut en Belgique? Il faut en outre que le jeune praticien se mette en mesure de connaître ses droits et ses devoirs dans ses nouvelles fonctions; qu'il prenne des notions de la réglementation spéciale relative à sa profession; enfin qu'il sache rester digne pharmacien et, tout en maintenant la dignité professionnelle, rendre sa carrière lucrative et honorable.

Ces connaissances n'ont aucun rapport avec un examen universitaire; elles forment tout à fait la matière d'un examen professionnel; mais dans notre pays le principe des jurys professionnels n'est pas encore admis d'une façon générale.

Cette pratique du stage est une affaire d'officine, de boutique pharmaceutique, tout le monde le sait; pour l'acquiescer il faut être aide en pharmacie, comme le précise et l'exige la circulaire ministérielle du 28 juillet 1868, et il faut l'être en réalité du matin au soir.

Sous l'empire de la loi de 1818, l'affaire allait de soi: toutes les études du pharmacien se faisaient à l'officine, le stage était toujours assuré; la loi n'avait guère à s'en occuper. Tous les pharmaciens étaient des hommes pratiques avant tout, au grand profit du public, mais la science théorique laissait parfois à désirer; aussi était-ce la principale préoccupation des examinateurs, et l'on finit, pour ce motif, par établir des études pharmaceutiques universitaires. La loi de 1857 sur les grades universitaires y pour-

vut. La balance changea : on avait des praticiens, peu théoriciens peut-être, et l'on obtint des théoriciens peu praticiens à coup sûr. Cette loi avait un but qui fut méconnu et l'on alla plus loin qu'elle ne le voulait. Le stage fut tué au profit de la science.

De fait, la loi de 1857 avait divisé les études pharmaceutiques en deux catégories : les études scientifiques pures, pour lesquelles il est nécessaire de suivre des cours universitaires : chimie générale, physique, botanique générale, etc. (examen de candidature), et études de sciences appliquées, telles que : histoire des drogues et des médicaments, leurs altérations et leurs falsifications, pharmacie théorique et pratique, etc. (examen de pharmacien). On pensait alors que les élèves viendraient généralement dans les pharmacies, faire leurs dernières études. On regardait avec raison le stage comme à peu près incompatible avec les premières études, purement universitaires. Mais il en était tout autrement pour les secondes, pendant lesquelles le jeune homme pouvait étudier dans une officine et y travailler ; c'était le vrai moment de faire un stage officinal fructueux, et le législateur exigea qu'il se fit à ce moment. Ce stage, de deux années, devait être terminé lors du dernier examen. Or cet examen ne renfermait aucun point relatif au stage, aucune opération qui eût pour but de constater qu'il eût été fait avec fruit. La sanction manquait.

Plus tard, dans la loi de 1876, on renforça les études pharmaceutiques et certaines sciences, la chimie toxicologique et analytique ; des recherches microscopiques, etc., furent ajoutées au dernier examen ; les études que comportait celui-ci devinrent réellement, par le fait, des études absolument universitaires. Le législateur, sentant l'incompa-

tibilité de ces études universitaires avec un bon stage pratique dans une pharmacie, consacra la faculté de faire ce stage après le dernier examen. C'était une demi-mesure entièrement nuisible.

Ce stage, insuffisant sous l'empire de la loi de 1857, parce que peu d'élèves allaient étudier les matières du dernier examen chez un pharmacien, devint tout à fait illusoire sous l'empire de la loi de 1876. Aucun élève ne pouvait espérer de réussir ses examens s'il ne fréquentait les cours de l'université jusqu'au bout. Les jeunes gens négligeaient le stage pendant le temps des études et, pressés de s'établir ensuite, ils ne se donnaient pas la peine, pour la plupart, de le faire après avoir obtenu le diplôme. Le stage se fit par certificats de complaisance, constatant la présence dans les pharmacies de jeunes gens qui n'y allaient que pendant les vacances et qui, en réalité, habitaient les villes universitaires. Et pourtant encore aucun examen spécial ne permettait d'en établir l'efficacité ni de servir de sanction.

Telle est toujours la position actuelle.

Aujourd'hui qu'on va renouveler la loi, tout le monde est unanime à vouloir renforcer de nouveau les études pharmaceutiques; on veut y joindre diverses sciences nouvelles nécessaires; la recherche des falsifications d'aliments, l'analyse quantitative complète, la microscopie, etc. Le stage deviendra absolument impossible pendant les études, l'on aura beau établir un examen spécial, aucun élève ne saura le passer dans de semblables conditions. Je ne comprends pas que l'on puisse tenter de revenir à faire le stage pendant les études universitaires et à retourner en arrière sur ce point, en reprenant la loi de 1857. Cette loi avait cependant fait ses preuves et il n'y eut qu'une approbation una-

nime quand on modifia la disposition relative au stage. Il faut séparer complètement celui-ci des études pour qu'il redevienne réel. Ce système est établi en France et dans d'autres pays. Comme le jeune avocat, il faut que le pharmacien soit débarrassé de ses études universitaires, et qu'il ait son diplôme avant de s'occuper de son stage dans une officine; il faut que ce stage ait un examen pour sanction finale, selon l'expression de M. le Ministre de l'Intérieur; il faut enfin, pour délivrer le certificat constatant le stage, certificat qui permet l'établissement du porteur de diplôme, qu'un jury s'assure de l'aptitude professionnelle du diplômé.

On a parlé de l'inconvénient d'augmenter le temps des études de pharmacie; l'on veut cependant renforcer, toujours renforcer ces études, et l'on a raison; mais il n'y a pas moyen de pouvoir faire l'un sans l'autre. On a augmenté le temps des études pour le droit, on l'a fait pour la médecine. La profession de pharmacien est, du reste, littéralement encombrée; l'on peut donc se permettre d'en rendre l'accès un peu plus difficile; une année de plus ne rebutera pas beaucoup de jeunes gens. Cette assertion est tellement vraie, qu'actuellement les jeunes gens sérieux font ce que nous demandons d'imposer par une loi: avant de s'établir, ils se placent une année dans une pharmacie, sentant eux-mêmes la nécessité de cette mesure. L'expérience des commissions médicales prouve que les impatients, dans ce cas, sont d'ordinaire les moins intelligents et les moins capables.

On a dit aussi que la concomitance du stage et des études scientifiques universitaires est indispensable. Je n'en vois pas la raison; je ne vois aucun rapport entre la pratique absolument professionnelle du stage, telle que je l'ai dé-



duite tout à l'heure, et les études scientifiques universitaires. Ces études scientifiques ont leur pratique propre, leurs travaux de laboratoire qui les complètent. Mais que pourrait perdre un bon cours de chimie ou de pharmacie, parce que les élèves ne fréquenteraient pas en même temps le comptoir, ne feraient pas des pilules ou des mélanges et ne serviraient pas la clientèle? Je ne me le figure pas, et c'est même ce qui, en réalité, se passe aujourd'hui. Le professeur donne au laboratoire toute la pratique scientifique nécessaire pour affermir et renforcer la science théorique. Le talent d'aide pharmacien n'a rien à voir en tout ceci.

Viendra-t-il jamais à l'idée de demander que, pendant les études universitaires, le jeune avocat soit obligé de suivre la procédure, de se mettre au courant des affaires, de fréquenter le barreau, d'assister aux audiences? ou bien que le futur notaire soit forcé de fréquenter une étude, pour se mettre au courant des détails, des ventes ou des relations notariales avec le public?

Disons-le carrément, les études du stage pharmaceutique comme de tout autre stage, sont tout à fait distinctes des études scientifiques universitaires; elles sont la suite et l'application professionnelles de celles-ci.

Sans doute, dans ces conditions, un stage de deux années ne sera pas nécessaire, et il ne serait pas juste de retenir le jeune pharmacien tout ce temps après l'obtention du diplôme pour l'autoriser à s'établir. L'institution d'un examen et la suppression pour le candidat de toute préoccupation d'études théoriques permettent de réduire alors la longueur du stage à une année; ou si l'on veut en maintenir deux, la première pourra se faire d'une façon telle quelle, comme cela se passe aujourd'hui, pendant les études universitaires.

Ce serait même un moyen de donner en quelque sorte satisfaction à ceux qui professent l'opinion que nous combattons.

Mais il serait déplorable de voir encore s'arrêter à des demi-mesures insuffisantes, à un stage impossible et illusoire, quoi qu'on fasse, si l'on s'obstine à exiger qu'il se fasse en même temps que les études universitaires.

Sans doute, on pourrait ainsi forcer l'élève à se mettre en mesure de pouvoir préparer quelques pilules, quelques potions, dont on veut joindre la confection à l'examen de pharmacie. Mais, entendue ainsi, la réforme n'en sera pas une et l'on devra recommencer à nouveau dans quelques années.

Quand tout le monde réclame un examen de stage, tout le monde veut un examen sérieux et efficace, un examen complet comme celui qu'exigent les pays qui sont entrés dans cette voie. L'examen de *validation de stage*, établi en France, comprend une épreuve pratique de 4 heures pour les préparations magistrales et même officinales. Des r<sup>é</sup>cipiendaires doivent en outre reconnaître 30 drogues simples et 10 médicaments composés — excellente mesure trop négligée — et subir un examen oral sur le Codex. De cet examen doivent faire partie la pharmacotechnie magistrale dans tous ses détails, l'incompatibilité des substances dans les mélanges, les doses maxima dont souvent l'on ne s'occupe guère aujourd'hui, les règles de conservations dont on s'occupe encore moins, l'administration intérieure de l'officine, la législation et la déontologie pharmaceutique; bref ce doit être véritablement un examen professionnel sérieux, comprenant au moins deux heures de pratique sur la préparation magistrale.

Un tel examen ne peut et ne doit pas être un accessoire de la dernière épreuve de pharmacie; ce ne peut être à aucun point de vue un examen de jury universitaire, il est tout à fait distinct des études scientifiques et doit se passer non par-devant des professeurs d'universités, mais par-devant des hommes pratiques, d'anciens pharmaciens, distingués et expérimentés, ayant exercé longtemps et choisis par le gouvernement pour former le jury professionnel.

On pourrait faire les choix parmi l'élite du personnel des commissions médicales.

Tel est le seul moyen, me semble-t-il, d'obtenir une amélioration assez radicale pour être utile.

Si les idées qui viennent d'être exposées ont quelque chance d'être admises, je déposerai sur le bureau un amendement aux conclusions du rapport de la commission, et si l'assemblée ne s'y oppose pas, j'en donnerai immédiatement lecture. (*Adhésion.*)

Aucun pharmacien ne peut ouvrir une officine :

1° Si postérieurement à l'obtention du diplôme de pharmacien, il n'a fait une année de stage officinal effectif et assidu dans une pharmacie préalablement désignée par lui à la commission médicale provinciale, qui est chargée de la surveillance et de la constatation de ce stage.

2° S'il n'a subi devant un jury professionnel, composé de pharmaciens expérimentés et ayant exercé leur art depuis longtemps, un examen de stage, consistant en :

a. Un examen oral d'une heure sur la pharmacotechnie magistrale, les incompatibilités dans les mélanges, les doses maxima, la législation, l'économie, l'administration, la déontologie et même la partie commerciale pharmaceutique.

*b.* Un examen pratique de deux heures comportant une série de préparations de pharmacie magistrale.

**M. Depaire.** — Le discours de l'honorable M. Warlomont se résume dans les propositions suivantes :

1. Retour de l'examen de pharmacien aux seules branches nécessaires pour faire un pharmacien praticien parfait.

2. Stage officinal d'un an, à partir de l'obtention du grade de pharmacien, et examen final.

3. Institution d'un brevet de pharmacien légiste, à délivrer à la suite d'un examen d'État devant un jury spécial.

Les propositions 1 et 3 sont étrangères à la réponse que l'Académie doit donner à la question qui lui est posée par M. le Ministre de l'Intérieur dans les termes suivants : « Ne conviendrait-il pas d'entourer d'une garantie plus satisfaisante que celle établie par la loi du 20 mai 1876, le stage officinal des élèves en pharmacie ? »

Nous ne les examinerons pas pour le moment, parce qu'elles sont étrangères au débat.

Afin de rendre le stage officinal plus efficace, l'honorable M. Warlomont voudrait le réduire à une année et le séparer complètement des études pharmaceutiques.

Cette opinion a été examinée par la commission à laquelle vous avez renvoyé l'examen de la question, posée par M. le Ministre, et vous savez qu'elle n'a pas été approuvée par la majorité, pour plusieurs raisons, dont la principale a été l'augmentation du temps consacré aux études pharmaceutiques.

M. Warlomont n'admet pas cette manière de voir : les études proprement dites se feraient, d'après lui, en une année ; la seconde année serait consacrée au travail de l'officine.



Mais que l'honorable membre me permette de lui dire que son système se heurte contre deux impossibilités matérielles : le professeur ne peut enseigner en une année les matières de l'examen final ; l'élève à plus forte raison ne peut classer dans son esprit, ne peut digérer l'énorme quantité de connaissances qui sont indispensables pour répondre aux exigences de la loi en vigueur.

Mais, dit mon honorable contradicteur, le programme actuel est trop chargé, proposons à M. le Ministre de le réduire aux branches rigoureusement nécessaires pour faire un bon pharmacien, qui sont :

Les éléments de chimie analytique ;

Les drogues et les médicaments, en tant que marchandises ;

Les altérations, les falsifications et les doses maxima ;

La pharmacie pratique ;

Deux opérations chimiques, deux opérations pharmaceutiques, une analyse générale. »

Eh bien, messieurs, ce programme, même réduit, ne pourrait être exécuté en une année par le professeur et encore moins étudié avec fruit par les élèves. J'en parle de science certaine, puisque j'enseigne depuis 19 ans les matières de l'examen de pharmacien et que, par conséquent, j'ai rempli mes fonctions, non seulement sous le régime de la loi de 1876, mais encore lorsque la loi de 1857 était en vigueur.

Je ne puis admettre, avec M. Warlomont, que le stage officinal serait plus efficace, s'il était séparé complètement des études pharmaceutiques : parce que je considère le travail de l'officine comme un sujet d'études continuelles, comme l'application directe des données théoriques des cours universitaires. Le travail de l'officine n'est point, comme semble

le croire notre honorable collègue, un sujet de distraction, une perte de temps pour les études pharmaceutiques ; non, c'est, je le répète, une étude continuelle et variée, une application constante de l'enseignement dogmatique.

Vouloir séparer radicalement les études de pharmacie de la pratique de l'officine, autant vaudrait exiger que l'anatomie s'enseigne une année et que les dissections se fassent l'année suivante; autant vaudrait séparer l'analyse chimique théorique de l'analyse chimique pratique.

Un pareil système n'est plus considéré de nos jours comme sérieux; on veut avec raison que l'enseignement théorique soit complété par les travaux pratiques et qu'il marche de front avec ces travaux.

J'estime donc que le seul moyen de rendre le stage officinal sérieux, c'est de revenir aux dispositions du second rapport de la section centrale chargée de l'examen de la loi de 1876, comportant :

1<sup>o</sup> La nécessité d'avoir terminé le stage pour se présenter à l'examen de pharmacien ;

2<sup>o</sup> L'inscription, dans les épreuves pratiques de cet examen, d'une série de préparations magistrales.

**M. Van Bastelaer.** — Messieurs, l'honorable M. Warlomont a proposé de réduire l'examen du pharmacien praticien. Entrer dans cette voie, ce serait méconnaître les heureuses tendances de notre pays, où l'on marche largement dans le progrès de l'instruction et des études scientifiques; ce serait demander à nos universités et à nos lois sur les grades universitaires de rétrograder; ce serait enfin aller à l'encontre des vœux généralement formulés. Tous ceux qui se sont occupés de la question sont, au contraire, unanimes à réclamer, dans l'intérêt public, des exa-

mens plus complets ; le corps pharmaceutique tout entier et toutes les commissions consultées sont de cet avis. Il ne s'agit pas de faciliter l'accès de cette carrière; elle n'est déjà que beaucoup trop encombrée. Le trop plein de nos provinces industrielles suffirait probablement au service des autres provinces, si, ce qui n'est pas possible pour le moment, le cumul y cessait du jour au lendemain.

Notre collègue voudrait créer une seconde catégorie de pharmaciens plus instruits et dont l'aptitude aux fonctions de l'État serait constatée par un examen. Ce serait revenir aux pharmaciens de campagnes et de villes, cette triste institution qui n'a soulevé de tout temps que la réprobation ; ou bien aux pharmaciens de 1<sup>re</sup> classe et de 2<sup>e</sup> classe, comme en France, où cette distinction est condamnée depuis longtemps et où l'on s'efforce de la faire disparaître.

Une conséquence immédiate qu'entraînerait cette mesure, ce serait la supériorité du corps pharmaceutique militaire sur le corps pharmaceutique civil qui s'en tiendrait généralement à l'examen le plus facile, déplorable conséquence qui, grâce à l'excessive abondance des praticiens inférieurs, enlèverait à la corporation la considération qu'elle a tant de peine à obtenir malgré ses efforts.

Je ne pourrai voter la mesure proposée par M. Warlomont, et je maintiens l'amendement que j'ai formulé à la dernière séance sur la question du stage.

L'Académie aura, me semble-t-il, à voter, avant tout, sur le principe de la séparation du stage et des études universitaires : « exigera-t-on une année de stage postérieure au diplôme de pharmacien et un examen séparé de validation de ce stage ? » Voilà la formule la plus simple de ma proposition.

**M. Chandelon.** — Messieurs, notre honorable rapporteur a résumé avec une grande impartialité les arguments qui ont décidé la majorité de votre commission à vous soumettre les conclusions sur lesquelles vous êtes appelés à délibérer.

J'aurai peu de chose à ajouter. Ce qui domine la matière, c'est la nécessité de n'autoriser à tenir une officine de pharmacien que la personne qui a fait preuve suffisante d'un savoir à la fois théorique et pratique. Si l'on est d'avis qu'un bagage scientifique suffit, il faut supprimer toute autre épreuve, si l'on estime, au contraire, qu'une expérience pratique est indispensable, il faut que celle-ci soit acquise et prouvée avant l'octroi du diplôme.

Or, dans l'état actuel de la législation, on peut être proclamé pharmacien, sans connaître ce que l'on appelle les préparations magistrales, et l'on ne requiert la preuve d'un stage officinal biennal que de celui qui veut exercer la profession de pharmacien : encore ce stage se justifie-t-il simplement par un certificat délivré par une commission médicale ou par l'inspecteur-général du service de santé de l'armée (art. 17 et 4 de la loi du 20 mai 1876).

Il a paru au gouvernement que l'on pouvait faire un pas de plus et exiger la constatation du stage et l'examen relatif aux préparations des ordonnances, avant la délivrance du diplôme. C'est ce système que nous vous proposons d'approuver.

Vous remarquerez que seul il cadre avec les autres dispositions de la loi. En effet, pour les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, la collation du diplôme est subordonnée non seulement à des examens pratiques, mais aussi à la preuve de la fréquentation, *avec assiduité et suc-*



cès, pendant deux ans au moins, de la clinique interne, de la clinique externe et de la clinique des accouchements (art. 14, 15 et 3 de la loi).

Il en est de même pour les candidats notaires : le diplôme ne peut être accordé qu'après une épreuve pratique, consistant en une rédaction d'actes (art. 9 de la loi), c'est-à-dire, après la démonstration que le récipiendaire est capable de remplir les devoirs que lui impose son titre éventuel. Or, c'est là précisément ce que nous devons demander aussi pour les candidats pharmaciens.

Les observations présentées par nos honorables collègues, MM. Warlomont et Van Bastelaer, n'ont pas ébranlé ma conviction. Je vais les passer rapidement en revue et indiquer les raisons pour lesquelles je ne puis me rallier à leur avis.

Les propositions de M. Warlomont sont au nombre de trois :

1. Retour de l'examen de pharmacien aux seules branches nécessaires pour faire un pharmacien praticien parfait.

C'est tout le contraire qu'il faut désirer.

Tous les jours de nouveaux médicaments sont introduits dans la pratique, et, par conséquent, la science du pharmacien doit augmenter.

S'il est vrai que les préparations se centralisent et que le praticien en a moins à faire lui-même, par contre, il est d'autant plus nécessaire qu'il soit capable de reconnaître et de vérifier la composition exacte, la qualité et la pureté des articles qu'il reçoit. C'est lui en effet qui seul assume vis-à-vis du public la responsabilité des médicaments qu'il délivre.

D'ailleurs le pharmacien, dans la plupart des localités, est le seul chimiste qu'on puisse consulter pour toute espèce d'analyse. Il faut donc non seulement qu'il soit outillé convenablement, mais encore qu'il sache procéder à toutes les opérations de laboratoire, non pas empiriquement, mais scientifiquement. Il doit rester l'homme de l'art et ne peut devenir un simple débitant de remèdes tout composés.

2. Stage officinal d'un an, à partir de l'obtention du grade de pharmacien, et examen final.

Dès l'instant que l'on reconnaît la nécessité d'une éducation pratique pour le pharmacien, il faut que celle-ci commence le plus tôt possible. L'élève débutant se pliera sans peine à tous les travaux purement manuels, qui forment la partie matérielle de cette éducation; il se laissera conduire comme un apprenti. Plus tard, au contraire, quand il sera muni d'un diplôme, il dédaignera cette tâche vulgaire; il la considérera comme au-dessous de sa dignité. Il y a d'ailleurs des choses que l'on n'apprend bien que peu à peu; les opérations si complexes du laboratoire sont certainement de ce nombre.

Le stage officinal, loin de nuire aux études scientifiques, en forme au contraire le complément obligé, l'application quotidienne. C'est pour l'élève une distraction utile, un repos relatif. Il étudiera mieux les livres, s'il n'est pas exclusivement confiné dans leur lecture et si, de temps à autre, il peut les abandonner pour se livrer à des travaux physiques.

Comme l'a dit d'ailleurs avec raison M. Van Bastelaer, il y a dans la pharmacie une partie commerciale qu'il n'est pas permis de négliger et que le stage seul peut faire connaître. C'est en forgeant qu'on devient forgeron.

3. Institution d'un brevet de pharmacien-légiste, à délivrer, à la suite d'un examen d'État, devant un jury spécial.

On ne voit pas l'utilité de cette innovation. Tous les pharmaciens doivent être à même d'aider la justice et les autorités administratives dans leurs recherches. Si l'un d'eux veut poursuivre des études particulières, acquérir un titre exceptionnel, la loi lui en fournit les moyens par la création de doctorats spéciaux; mais cela ne touche en rien au sujet qui est actuellement soumis à l'Académie, à savoir : l'organisation pratique des examens de pharmacien.

Je passe aux deux propositions de M. Van Bastelaer.

La première doit être écartée pour les considérations qui précèdent.

Il demande en effet un stage postérieur à l'obtention du diplôme; tandis que nous voulons un stage antérieur. Or je viens de démontrer, je pense, que celui-ci seul peut être efficace.

Quant à la deuxième proposition, qui consiste à instituer un *jury professionnel*, composé de pharmaciens expérimentés et ayant exercé leur art depuis longtemps, pour l'examen de stage, elle laisse trop facilement supposer que, jusqu'ici, les jurys n'ont pas eu la capacité désirable. Les professeurs qui en ont fait partie étaient évidemment compétents pour tout ce qui concerne la partie scientifique et théorique des examens et ils l'étaient plus que de simples praticiens.

Quant aux manipulations, aux opérations matérielles, aux connaissances techniques, on ne prétendra sans doute pas qu'il faille nécessairement avoir blanchi dans une officine pour savoir les apprécier.

Dans leur enseignement ou dans leur pratique, les mem-

bres actuels des jurys ont à s'en occuper tous les jours; tous les secrets du laboratoire leur sont familiers; ils connaissent toutes les préparations que l'on peut demander à un pharmacien; beaucoup d'entre eux ont même constamment à surveiller les officines, comme membres des commissions médicales.

L'idée de M. Van Bastelaer n'a donc, en fait, aucune raison d'être présentée.

Je conclus que le plus sage est de s'en tenir aux deux propositions de la majorité de votre Commission.

En exigeant un stage antérieur à l'examen et en inscrivant les préparations magistrales parmi les épreuves pratiques, on réalisera tous les progrès que l'expérience suggère et l'on arrivera à former des pharmaciens réunissant toutes les conditions désirables de capacité à la fois théorique et pratique.

**M. le Président** rappelle (dans la séance du 30 juin) les conclusions de la commission et ajoute : M. Warlomont a proposé un amendement.

**M. Warlomont.** — Pardon, M. le Président, voici ce que j'ai dit : « J'écouterai dans un recueillement respectueux les objections qui seront faites à mon système. S'il reste debout, il pourra se résumer dans les propositions suivantes. » Inutile de rappeler ces propositions, l'Académie les connaît.

Je tiens donc essentiellement à ce qu'elles ne soient pas considérées comme amendement; c'est simplement le résumé de mon discours.

**M. le Président.** — Parfaitement.

Après avoir donné lecture des amendements de M. Van Bastelaer, M. le Président ajoute : nous avons reçu, à pro-



pos de cette question, de M. Kupfferschlaeger, membre honoraire à Liège, une lettre dont je vais vous donner connaissance.

« Monsieur le président, comme je ne pourrai assister à la séance de samedi prochain, j'ai l'honneur de vous adresser ma manière de voir sur les questions relatives au stage pharmaceutique, au cumul de la médecine et de la pharmacie, et de vous prier de la communiquer à l'Académie.

» Selon moi, le stage officinal devra durer deux années et se faire après l'examen de pharmacien, parce que les études pharmaceutiques, que l'on propose de renforcer encore, réclament tout le temps des élèves et ne leur permettent pas de faire un stage profitable. En effet, aussi longtemps que les élèves sont préoccupés de leurs études et des examens, ils ne considèrent le stage officinal que comme une corvée, et s'en acquittent tant bien que mal, uniquement pour satisfaire à l'exigence de la loi.

» J'ajouterai que si, d'une part, le patron est complaisant ou si l'élève lui paie une rétribution, le stage sera de pure forme; que si, d'autre part, le patron est exigeant et la besogne considérable chez lui, le stagiaire devra sacrifier plus ou moins ses études, parce qu'il ne pourra laisser la besogne du patron inachevée et se rendre préférablement aux cours.

» Pour que le stage officinal soit profitable, il faut que le futur pharmacien puisse s'y adonner entièrement, qu'il y prenne goût, qu'il observe et raisonne bien tout ce qu'il fait, qu'il cherche même à modifier les procédés et les appareils, afin de faire progresser la partie pratique de la pharmacie.

» Pour combattre le stage officinal après les études théo-

riques, M. Depaire a dit que « séparer radicalement les études de la pharmacie de la pratique de l'officine, autant vaudrait exiger que l'anatomie s'enseigne une année et que les dissections se fassent l'année suivante; autant vaudrait séparer l'analyse chimique théorique de l'analyse chimique pratique.

» Mais cette objection n'est pas exacte, car les manipulations pharmaceutiques et analytiques se font aux universités à la suite des cours théoriques, comme les dissections s'y font également après les leçons théoriques d'anatomie.

» Il ne faut donc pas confondre la pratique des cours scientifiques avec celle de l'officine du pharmacien.

» Quant au cumul de la médecine et de la pharmacie, je le réproouve absolument. Dans un pays aussi sensé que le nôtre, où l'on cherche à progresser logiquement, les hommes instruits devraient adopter cette maxime : *Chacun fait ce qui concerne son état*, parce que hors de là c'est du charlatanisme.

» Les communications sont si multipliées aujourd'hui partout, que l'on peut se procurer facilement chez les pharmaciens les médicaments prescrits par les médecins.

» Je n'en dirai pas davantage sur ce sujet, attendu que je me rallie à ce qu'a si bien dit l'honorable M. Van Bastelaer.

» N'oublions pas, Messieurs, que vouloir c'est pouvoir. »

**M. Gille.** — Messieurs, nous sommes, paraît-il, tous d'accord sur le point principal de la question qui nous est soumise par M. le Ministre. Le stage pharmaceutique, dans les conditions actuelles, ne donne pas à la société des garanties suffisantes; il faut prendre des mesures pour prévenir les dangers qui en résultent.

Mais où il y a divergence d'opinions, c'est sur la manière de faire ce stage et sur le moyen de procéder à cet examen essentiellement pratique?

Minorité dans la commission des trois membres, nommés par le Bureau, je n'ai pu me rallier à l'opinion de mes deux honorables collègues qui veulent que le stage soit limité à deux années, pendant les études universitaires, et que l'examen de stage soit subi devant les facultés des universités, pour les uns, et devant le jury central, pour les autres. J'ai fait connaître, dans le rapport, les raisons sur lesquelles j'étais mon opinion et je les livre avec confiance à l'appréciation de l'Académie.

Les pays voisins nous donnent l'exemple de l'importance qu'ils attachent à l'examen qui doit démontrer que le jeune pharmacien possède l'expérience nécessaire pour préparer convenablement les prescriptions des médecins. Nous ne pouvons raisonnablement prétendre que ceux de notre pays sont tellement bien doués qu'ils puissent être dispensés du stage sérieux exigé chez nos voisins.

J'en appelle à l'opinion émise, à ce sujet, par la plupart des pharmaciens belges et surtout par ceux qui ont eu des stagiaires.

L'Association générale pharmaceutique de Belgique, composée de pharmaciens de toutes les provinces, a adressé aux Chambres, en 1876, une pétition demandant d'augmenter le temps consacré au stage et d'inscrire dans la loi une examen pratique sur ce stage.

La Société de pharmacie de Bruxelles, avait aussi étudié cette question en 1859, et la conclusion de la commission qu'elle avait nommée et dont notre honorable collègue, M. Belval, était le rapporteur, avait conclu en ces termes :

*« le stage officinal doit être porté à trois années; il est indispensable que deux années, au moins, soient indépendantes des études théoriques. »*

Voilà l'opinion d'hommes compétents qui, la plupart, ont vu les stagiaires à l'œuvre.

Ils ont pu constater, comme chez nos voisins, que le stage, fait pendant les études universitaires, s'il peut être utile pour appuyer les études théoriques, ne peut être suffisant pour assurer l'expérience indispensable pour bien gérer une pharmacie.

Le candidat en pharmacie a besoin de tout son temps pour étudier ses cours, et pour étudier avec fruit, il faut, vous le savez, le silence du cabinet; eh bien, est-ce dans une pharmacie achalandée que ces études peuvent se faire? Non. Ou bien l'élève s'occupera sérieusement du travail de l'officine, et alors il ne pourra guère étudier, ou bien il étudiera ses cours, et alors il se tiendra trop éloigné de l'officine. L'aspirant pharmacien, qui devrait faire tout son stage en même temps que ses études universitaires, arriverait donc trop souvent à se montrer insuffisant dans la partie de l'examen comprenant les préparations magistrales, et cela à cause du peu de temps qu'il aurait pu consacrer à l'officine.

Dans cette occurrence quelle sera la position du récipiendaire? Il se sera montré très capable dans l'examen qu'il aura subi sur toutes les autres branches, mais ses connaissances relatives au travail du comptoir auront été trouvées insuffisantes; en bonne justice, il devra être ajourné, puisque, comme l'a dit, avec raison, M. Warlomont, cette partie de l'examen est une des plus importantes, au point de vue des garanties dues aux malades et aux médecins.



Dans ce cas, vous allez donc, avec le système de la majorité de la commission, forcer ce récipiendaire à subir de nouveau un examen sur des matières qui ont été l'objet de la première épreuve, subie avec distinction ; il ne pourra fournir, dans un nouvel examen, la preuve qu'il possède les connaissances qui lui manquaient, sans devoir recommencer l'examen complet.

Ce sera là le contraire de ce que l'on a fait depuis peu, pour les études universitaires du pharmacien, puisque aujourd'hui l'examen théorique est complètement séparé de l'examen pratique.

Et maintenant, en ce qui concerne le jury chargé d'apprécier les connaissances acquises pendant le stage, je vous prie, messieurs, de vous rendre compte de la composition de ces jurys des facultés : il doit être de cinq membres, et dans chacune des universités de l'État, il y a un seul pharmacien. Dans ces universités, ce serait donc des ingénieurs et des médecins qui seraient chargés, avec un seul pharmacien, d'apprécier si l'aspirant sait préparer toutes les ordonnances qui peuvent être présentées dans une pharmacie !

En résumé, je persiste à proposer trois années de stage, dont deux, peu fructueuses, pendant les études universitaires, et surtout une troisième, après l'obtention du diplôme scientifique de pharmacien. Je recommande, comme sanction, un examen de stage devant un jury unique composé en majeure partie de praticiens.

J'appuie donc, sur ces points, la proposition de M. Van Bastelaer.

**M. le Président.** — Je dois vous faire observer que la manière de voir que vous venez d'exprimer, est en contradiction avec les conclusions de votre rapport. Vous dites,

en effet, qu'il faut trois années de stage, dont une année suivra l'examen de pharmacien, tandis que les conclusions du rapport sont conçues comme suit :

« 1<sup>o</sup> La nécessité d'avoir terminé le stage pour se présenter à l'examen de pharmacien ;

» 2<sup>o</sup> L'inscription dans les épreuves pratiques de cet examen d'une série de préparations magistrales. »

**M. Gille.** — J'ai toujours prétendu la même chose ; j'ai fait mes réserves dans le rapport. Au sein de la commission, il y avait une minorité et une majorité. Je formais la minorité, et c'est en cette qualité que je viens de parler.

**M. Warlomont.** — Cela prouve qu'un membre de la minorité ne devrait pas être nommé rapporteur.

**M. Depaire.** — Un membre de la minorité ne devrait pas accepter les fonctions de rapporteur.

**M. Warlomont.** — L'une et l'autre réflexion sont fondées.

**M. Gille.** — J'ai été nommé le rapporteur avant le vote.

**M. le Président.** — C'est ce qui ne devrait pas se faire ; cela peut entraîner des inconvénients. En effet, nous voyons ici un rapporteur qui vient combattre les conclusions de son propre rapport.

**M. Depaire.** — Messieurs, je ne puis me rallier à l'opinion de l'honorable M. Gille qui propose trois années de stage, deux plus ou moins fructueuses, et la troisième très fructueuse. Les deux premières se feraient en même temps que les études pharmaceutiques. Cette opinion est diamétralement opposée à celle qui a été émise par l'honorable M. Warlomont qui ne veut, lui, admettre aucun stage pendant les études pharmaceutiques.

Voici pourquoi je ne puis partager cette manière de voir.

Le stage officinal est pour moi l'application des données théoriques pharmaceutiques. Lorsque l'élève a reçu à l'université, ou bien lorsqu'il a puisé dans ses livres, les données théoriques nécessaires, il trouve dans le stage officinal l'application de ces données.

On objecte que le stage officinal, fait pendant les études pharmaceutiques, doit nuire à celles-ci.

C'est tout le contraire qui se présente en réalité. L'expérience prouve que pendant le travail du laboratoire de la pharmacie et même du comptoir l'élève trouve l'occasion d'appliquer ses connaissances, et s'il est studieux, ce travail, en quelque sorte manuel, devient en réalité essentiellement intellectuel. Ce n'est pas une machine qui s'amuse, comme le disait M. Warlomont, à faire des pilules bien rondes, c'est une tête qui travaille et qui se demande pourquoi ces pilules doivent être faites d'une certaine façon; pourquoi on ne peut pas associer certains médicaments à d'autres; comment on a préparé les médicaments qui entrent dans la composition des prescriptions. C'est donc une étude continuelle.

M. Gille dit que l'on fera pendant les deux années d'études un stage un peu à la légère. Je crois avoir démontré que ce stage, même fait pendant les études, n'est pas inefficace. Pour M. Gille, la troisième année comprendra le stage réellement sérieux. Eh bien, qu'il me permette de le lui dire, il verse dans une très grande erreur.

Lorsque la plupart des jeunes gens ont obtenu leur diplôme de pharmacien, ils songent le moins possible à la pharmacie; ils pensent à se marier, à s'amuser ou à faire

tout autre chose n'ayant pas le moindre rapport avec la pharmacie. De sorte que la troisième année de stage, imposée en dehors des études, sera bien moins efficace que les deux autres. Il faut voir ce qui se passe et non pas ce qui devrait exister.

Pour la médecine c'est la même chose.

Si vous accordiez le diplôme de médecin à la suite d'études purement théoriques, les études pratiques seraient bien le moindre souci des jeunes médecins.

Je persiste donc dans mon opinion : qu'il faut deux années de stage. Si l'on pouvait allonger les études pharmaceutiques, cela serait loin d'être désavantageux, car les matières sont nombreuses et doivent être fort condensées pour pouvoir être enseignées en deux années ; mais il faut voir quelles seraient les conséquences de ce système.

Pour moi, deux années de stage sont largement suffisantes, si l'on tient compte du but pratique que l'on veut atteindre.

Actuellement l'élève peut faire son stage en dehors de ses études ; il peut faire ses études d'abord, et son stage ensuite. Le fait-il ? non. Il fait son stage en même temps que ses études. Donc, il ne trouve aucun avantage à faire son stage après les études pharmaceutiques. La loi n'exige qu'une chose : c'est que celui qui veut exercer la profession de pharmacien ait accompli deux années de stage, constatées par la commission médicale ; mais la loi ne dit pas que le stage doit être fait pendant ou après les études ; l'élève a le choix. Or, jamais un élève ne s'avise de commencer son stage après ses études.

Parfois il lui manque un trimestre ou un semestre de stage, soit qu'il ait été empêché de le faire complètement



par une circonstance quelconque, soit qu'il ait négligé de se faire inscrire à temps; mais c'est l'exception.

Je ne vois pas que ce système produise un si mauvais résultat. Je persiste donc dans les conclusions de la majorité de la commission.

**M. Gille.** — Ce qui se passe dans la pratique, je puis en parler en connaissance de cause, puisque pour l'année courante, je suis surveillant du stage pharmaceutique dans le Brabant, où il y a plus de 100 stagiaires.

J'ai préparé un rapport dans lequel je constate qu'un grand nombre de stagiaires ne sont pas dans la pharmacie aux heures auxquelles ils devraient s'y trouver après les cours. Ils consacrent presque tout leurs temps aux études scientifiques. Beaucoup n'habitent pas la pharmacie; on constate parfois jusqu'à trois de ces étudiants inscrits dans la même officine. Comment voulez-vous qu'ils fassent un stage sérieux dans ces conditions?

**M. Depaire** dit qu'ils font tous leur stage en même temps que leurs études. Il y a des exceptions : je connais plusieurs pharmaciens diplômés qui font actuellement leur stage à Bruxelles. Les pharmaciens ne font donc pas toujours le stage sérieux qui doit leur donner les connaissances voulues, et c'est là une considération importante dont il faut tenir compte.

**M. Van Bastelaer.** — Je désire résumer quelques idées que j'ai déjà émises et qui touchent de très près aux observations qui viennent d'être faites.

On a confondu la matière du stage officinal avec celle des sciences pratiques. Nous avons toujours réclamé pour les pharmaciens des cours pratiques; nous avons demandé qu'on renforce les études pratiques. Nous avons obtenu satisfaction

en grande partie; mais il s'agissait alors de l'application de la science proprement dite, de l'application de la chimie, des opérations se faisant au laboratoire de l'université.

Il ne faut pas se faire illusion; pour le stage, il s'agit de tout autre chose : il s'agit de la pratique professionnelle, de la pratique du comptoir; il s'agit de donner aux jeunes gens les connaissances pratiques qu'ils doivent posséder dans l'intérêt du public avec lequel ils seront en rapport.

Il y a une immense différence entre la pratique professionnelle et la pratique scientifique.

Je suis d'avis qu'il faudrait fortifier les études de pharmacie, les prolonger même d'une année. Actuellement le programme est surchargé. Or, on exige que l'élève aille passer une partie de son temps dans une officine, mais il ne peut y aller assez pour faire un bon stage, et il y va trop pour le bien des longues études scientifiques qui l'occupent à l'université.

Dans ces conditions, une année de stage, indépendante des études, serait très avantageuse.

**M. Warlomont.** — Messieurs, ainsi que je l'ai dit en terminant le discours que j'ai prononcé dans la dernière séance, je me suis réservé de faire ultérieurement des propositions ou de n'en pas faire. Je me suis borné à résumer en 3 points la matière de ce discours.

Je me félicite, Messieurs, de cette réserve.

Dans un des discours qui précèdent, l'honorable M. Depaire fait observer avec infiniment de raison que les deux conclusions 1 et 3, qui concernent le retour de l'examen de pharmacien aux seules branches nécessaires pour faire un pharmacien praticien parfait et l'institution d'un brevet de

pharmacien légiste à délivrer à la suite d'un examen d'État devant un jury spécial, ne font pas partie des avis que le Gouvernement nous demande.

Je **renonce** donc à faire de ces deux points l'objet d'amendements, me **bornant** à les faire servir à l'exposé des motifs qui me sollicitent à **maintenir** l'avis qu'il y a lieu d'exiger, après l'examen de pharmacien, **un** stage officinal d'une année au moins, avec examen de stage.

Dans un langage très sincère et avec une **compétence** qui ne sera contestée par personne, l'honorable M. Depaire vous a parlé de la situation, dans la pharmacie, du stagiaire qui répète ce qu'il a entendu dire et faire aux cours de l'université.

C'est très-bien ; mais si quelqu'un peut être autorisé à tenir ce langage, ce n'est certes pas l'honorable M. Depaire, et je vais vous en dire la raison : c'est que notre éminent collègue est professeur et pharmacien en même temps. Comment ! M. Depaire donne à l'université des cours magnifiques ; il y a ses élèves sous la main ; il leur fait faire des expériences sous ses yeux ; puis il revient chez lui tout imprégné encore de son cours et il y retrouve ses stagiaires ; heureux stagiaires, messieurs, car M. Depaire les reprend de nouveau et leur fait recommencer les expériences déjà faites au laboratoire de l'université. Son laboratoire pharmaceutique, à lui, n'est pas autre chose qu'une succursale de l'université.

Mais, grands dieux ! où donc semblable bonne fortune est-elle réservée aux stagiaires ? Dans quelle autre pharmacie leur fait-on répéter (ce n'est pas le lieu, du reste), les expériences chimiques faites à l'université ? Le laboratoire chimique de celle-ci n'a d'ailleurs rien de commun avec

celui de l'officine. C'est à l'université qu'il faut faire dépenser aux élèves le temps nécessaire pour faire les expériences scientifiques proprement dites et non à l'officine. Ici, il y a autre chose à faire.

Ce sont les seules observations que j'avais à présenter; après tout ce qui a été dit par MM. Van Bastelaer, Gille et Kupfferschlaeger, la question me paraît jugée.

**M. Depaire.** — Messieurs, au fond, si je ne considérais pas les résultats de l'expérience, il me serait indifférent d'admettre une année ou plusieurs années de stage, à quelque époque que ce soit.

Dans mon système, il y a un jury spécialement chargé d'examiner si l'élève a les connaissances voulues au point de vue pratique, qu'il ait acquis ces connaissances pendant ou après les études pharmaceutiques; ce jury n'admettra pas le récipiendaire qui ne les posséderait pas. C'est ce qui se passe pour tous les examens quelconques. La loi dit-elle : l'élève consacrera deux ans à l'étude de la botanique? Non, la loi dit que l'élève étudiera cette branche dans les conditions et pendant le temps qu'il lui plaira, mais qu'il devra faire preuve de ses connaissances, avant d'obtenir un grade déterminé.

Si j'envisage la question au point de vue de l'élève, au point de vue essentiellement pratique, je dis que le stage doit être fait pendant les études. S'il n'a pas été bien fait, le jury ajournera le récipiendaire à six mois ou même à un an, et ce dernier fera ainsi deux ans et demi ou trois ans de stage.

Messieurs, s'il fallait admettre ce que prétendent les honorables préopinants, les examens pour le grade de pharmacien n'auraient aucun bon résultat. En effet, les uns disent



que les études théoriques empêchent que le stage soit fait efficacement ; les autres, au contraire, soutiennent que le stage nuit aux études. La conséquence n'est-elle pas que rien ne vaut dans le système actuel ? Eh bien, ce n'est pas ce que l'expérience démontre. Les jeunes pharmaciens formés sous le régime actuel ne sont certes pas moins au courant de leur art que les anciens ; les résultats des examens prouvent qu'aujourd'hui, comme autrefois, 25 pour 100 des récipiendaires sont ajournés, et ce rapport est sensiblement le même dans toutes les Facultés.

**M. Hairion.** — Si l'on tient compte des transformations qu'a subies l'enseignement de la pharmacie depuis 1857, on est amené à reconnaître aujourd'hui la nécessité de séparer le stage officinal des études universitaires.

Sous l'empire de la loi de 1857, les cours universitaires que devait suivre l'élève pharmacien étaient peu nombreux et forts réduits. Cependant, sous ce régime déjà, l'insuffisance du stage, fait en même temps que les études universitaires, était si bien reconnue que M. le Ministre de l'intérieur avait cru devoir adresser aux Commissions médicales provinciales une circulaire (juillet 1865), leur rappelant que la loi exige un stage d'une durée réelle de deux années et leur faisant observer que la fréquentation des cours universitaires n'est pas pour les étudiants une raison de se soustraire à cette obligation légale.

La loi de 1876 ajouta au programme des études pharmaceutiques *les éléments de chimie analytique*, les éléments de *chimie toxicologique* et *les recherches microscopiques*. Depuis lors, le temps que les élèves pouvaient consacrer au stage devint pour ainsi dire illusoire et, de fait, se réduisait à quelques mois d'une fréquentation irrégulière et sans suite.

Le stage fait dans de telles conditions n'est évidemment pas sérieux, et l'on peut se demander ce qu'il en adviendra, lorsque le nouveau programme, auquel la commission de perfectionnement vient d'adjoindre *les altérations et les falsifications des denrées alimentaires et l'analyse quantitative*, sera mis en vigueur.

On voit d'après ce qui précède que les études scientifiques de celui qui se destine à la profession de pharmacien deviennent de plus en plus longues et difficiles, et que l'élève doit pouvoir y donner tout son temps, sans en être distrait par quoi que ce soit.

Quant au stage officinal, il doit se borner aujourd'hui aux occupations du comptoir, les travaux chimiques, exécutés autrefois dans le laboratoire de la pharmacie, se faisant actuellement à l'université.

Pour ces motifs, je voterai pour l'amendement de M. Van Bastelaer qui peut se résumer dans les trois propositions suivantes :

- 1° Séparer le stage officinal des études universitaires ;
- 2° Placer le stage après l'examen de pharmacien et le limiter à une année ;
- 3° Instituer un examen de validation devant un jury spécial.

(M. Pigeolet remplace M. Crocq au fauteuil de la présidence).

**M. Crocq.** — Messieurs, vous venez d'entendre l'expression d'opinions diverses sur la question du stage pharmaceutique. Permettez-moi de vous donner mon appréciation à ce sujet, après tous les discours que j'ai entendus.

Deux opinions principales sont en présence : la première est celle de la commission, qui conclut à la nécessité d'avoir

terminé le stage avant de se présenter à l'examen de pharmacien ; c'est aussi celle de M. Depaire.

La deuxième opinion, diamétralement opposée, est celle de MM. Warlomont et Van Bastelaer qui veulent séparer le stage des études nécessaires pour arriver à obtenir le diplôme de pharmacien. Le pharmacien devrait, après avoir obtenu son grade, faire une année de stage dans une officine, sous la direction d'un praticien. Cette manière de voir a été défendue également par M. Hairion.

Actuellement, le récipiendaire peut faire son stage pendant ou après ses études. Mais M. Depaire a dit que la plupart des futurs pharmaciens font leur stage pendant leurs études ; ceux qui le font après celles-ci, forment l'exception. Il semble donc qu'ils aient un intérêt particulier à agir de la sorte.

Mais, me direz-vous, allez-vous prendre l'avis de MM. les étudiants en pharmacie, pour savoir ce qu'il convient de faire ? Pas précisément ; mais pourtant leur manière d'agir mérite d'être prise en considération. En définitive, bien souvent, l'homme agit pour ainsi dire instinctivement, et lorsqu'on analyse ses actes, l'on trouve que ce qu'il a fait, sans trop s'en rendre compte, est précisément ce qu'il pouvait faire de mieux. Il faut donc se demander si cette tendance instinctive des étudiants à procéder de cette façon, n'a pas sa raison d'être dans la nature même des choses. On ne réclame pas précisément contre l'habitude de la plupart des candidats pharmaciens de faire leur stage pendant leurs études ; mais on se plaint de ce que la loi stipule deux années de stage, sans qu'il existe aucune garantie bien positive que ce stage a été réellement accompli.

Vous me direz peut-être que l'accomplissement du stage

doit être constaté par les commissions médicales et que c'est là une garantie. Mais, messieurs, les membres de ces commissions ne peuvent pas être présents à toute heure dans les officines, pour voir si les stagiaires sont là, jusqu'à quel point ils remplissent leurs obligations et s'ils sont convenablement dirigés par le pharmacien chez lequel ils sont placés. Il y a donc un défaut de garantie, et c'est précisément contre cet état de choses que le ministre cherche à se précautionner, en demandant, à la suite de plaintes venues de différents côtés, s'il n'y aurait pas moyen de rendre le stage plus efficace. Telle est la véritable portée de la demande du ministre ; il ne se préoccupe nullement du point de savoir s'il y a lieu de fixer le stage avant ou après l'examen final de pharmacien.

Pour résoudre cette question capitale, il y a un moyen bien simple sur lequel je crois que les honorables préopinants sont à peu près d'accord : c'est de faire subir, à la suite du stage, un examen pratique constatant que le pharmacien diplômé est apte à servir le public et à préparer les médicaments prescrits par le médecin.

Devant qui cet examen devra-t-il être subi ? On ne s'est pas occupé suffisamment de cette question. On a toutefois fait allusion aux jurys universitaires ; on a dit que ceux-ci pouvaient ne pas contenir un nombre suffisant de pharmaciens capables de se prononcer à ce sujet ; on a aussi parlé de jury professionnel. Il y aurait un moyen plus simple de résoudre cette question.

A qui est dévolue actuellement la surveillance du stage pharmaceutique ? Aux commissions médicales. Eh bien, que celles-ci soient également chargées de faire subir aux pharmaciens l'examen de stage. Ces commissions renfer-



ment des pharmaciens, et, du reste, en cas d'insuffisance de membres compétents, elles pourraient s'adjoindre des praticiens en nombre suffisant. Cet examen se ferait de la même manière que celui des dentistes ou des sages-femmes, en vertu du nouvel arrêté royal qui a réorganisé ces commissions.

Mais, messieurs, on soulève subsidiairement la question de savoir si le stage doit être fait pendant ou après les études universitaires. Cette question ne se rattache pas directement à celle qui nous est soumise par M. le Ministre de l'Intérieur. Elle mérite cependant d'être discutée, car elle a des rapports évidents avec celle du stage.

C'est ici principalement qu'il y a divergence d'opinions entre les orateurs qui ont pris jusqu'à présent la parole.

Ainsi, d'après l'honorable M. Van Bastelaer, qui a défendu le plus énergiquement et avec le plus de raison cette manière de voir, le stage doit être indépendant des études universitaires, parce qu'il doit servir à faire l'éducation du pharmacien, au point de vue pratique, afin de le rendre apte à connaître les médicaments, à préparer les prescriptions des médecins et à satisfaire à toutes les exigences de sa profession. L'honorable membre a même caractérisé d'une manière plus énergique ce que doit être le stage : c'est affaire de boutique pharmaceutique en quelque sorte, chose tout à fait étrangère aux études universitaires. En disant cela, il a, selon moi, parlé contre le stage détaché des études universitaires. C'est précisément parce que le stage est un peu une question de boutique pharmaceutique, que je désire, moi, qu'il prenne le moins possible ce caractère.

Devons-nous pousser les jeunes gens à considérer avant

tout le côté commercial de la pharmacie? Non, nous devons tâcher de les maintenir le plus possible dans les hautes sphères de la science, et de leur faire considérer le reste comme une simple application de celle-ci. Le but social avant tout. Or, où apprend-on aux jeunes gens à songer principalement à l'intérêt de l'humanité? C'est à l'université, c'est aux cours donnés là par des professeurs distingués; la science doit être constamment présente à l'esprit de l'élève pharmacien, aussi bien qu'à celui de l'étudiant en médecine.

Je ne méconnaissais pas l'importance de la pratique de l'officine; mais elle doit être, ainsi que l'a très bien dit l'honorable M. Depaire, l'application pure et simple des principes que l'élève puise dans les leçons de ses professeurs et dans les livres. A cet effet, que faut-il faire? Il convient de faire simultanément le stage et les études universitaires. C'est la véritable manière de rendre le stage réellement efficace. Si l'élève se livre d'abord aux études théoriques, et qu'ensuite il se lance tout d'un coup dans la pratique, il est à craindre qu'il n'oublie tout ce qu'il a appris, au point de vue scientifique, et qu'il ne tombe dans l'empirisme et dans la routine.

On a parlé de la durée des études, et l'on s'est demandé si, étant donnée l'étendue des programmes universitaires, l'élève aurait le temps de faire un stage efficace en deux ans. Mais, messieurs, rien n'empêche de décider que, si l'élève ne peut satisfaire en deux ans aux exigences du programme, il y consacrerait trois ans. Reculeriez-vous par hasard devant l'idée de prolonger quelque peu les études? Je le comprendrais s'il y avait pénurie de pharmaciens et si la société en souffrait. Mais il semble, au contraire, qu'il

y a pléthore de pharmaciens; j'ai entendu souvent des plaintes à ce sujet. Si les études étaient prolongées, on créerait peut-être dix ou quinze pharmaciens de moins en Belgique chaque année, mais il y en aurait encore assez. En outre, les pharmaciens, étant plus capables et moins nombreux, se livreraient moins à cette concurrence qui trop souvent aboutit au charlatanisme.

Du reste, messieurs, pour citer un exemple, où les étudiants en médecine font-ils leur stage? Dans les hôpitaux, à nos cliniques, pendant le cours de leurs études et non pas après celles-ci. Il en résulte que leurs études terminées, leur stage se trouve par le fait même accompli, et ils connaissent parfaitement les opérations chirurgicales, l'observation médicale, les prescriptions de médicaments, en un mot tout ce qui constitue l'art médical. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les pharmaciens? Le stage est-il une si grande affaire?

On a dit que l'élève est surchargé de cours pendant plusieurs jours de la semaine, et qu'il n'a plus que peu de temps à consacrer au stage. Mais s'il s'y adonne avec zèle pendant deux ou trois ans, ce sera suffisant; cette partie matérielle en quelque sorte de la pharmacie, peut fort bien être apprise pendant ce temps par des jeunes gens intelligents, d'autant plus que l'enseignement universitaire n'est pas purement théorique. Il existe à l'université des laboratoires dans lesquels les élèves apprennent la pratique des opérations chimiques et pharmaceutiques.

L'honorable M. Warlomont a dit que les stagiaires qui entrent dans la pharmacie-type en quelque sorte de M. Depaire, ont un grand avantage, parce qu'ils y trouvent un laboratoire complet, continuation en quelque sorte du laboratoire uni-

versitaire. N'est-ce pas une raison de plus pour exiger que le stage se fasse pendant les études? En effet, que l'élève pharmacien travaille d'abord au laboratoire de l'université, qu'ensuite il travaille au comptoir du pharmacien chez lequel il est en stage, et il aura une éducation pharmaceutique parfaitement rationnelle et à laquelle il ne manquera rien. Tel est le but auquel nous devons tendre.

La commission a donc bien fait de conclure ainsi que le porte le paragraphe premier ainsi conçu :

« La nécessité d'avoir terminé le stage pour se présenter à l'examen de pharmacien. »

Je propose d'ajouter un second paragraphe ainsi rédigé, et répondant plus particulièrement à la demande du Ministre.

« Le résultat du stage sera constaté par un examen spécial subi devant la commission médicale provinciale. »

(M. Crocq reprend la présidence.)

**M. Van Bastelaer.** — Je demande à appeler l'attention de l'Académie, pendant quelques instants encore, sur la question qui nous occupe et sur les conséquences du système que l'on vous propose. En supposant que l'examen de stage, joint à celui de pharmacien, prouve qu'un élève n'est pas apte à tenir une officine, on lui refusera le diplôme de pharmacien, malgré toute sa science. J'ai connu beaucoup de jeunes pharmaciens qui, sortant de l'université, étaient suffisamment instruits, mais n'avaient pas la pratique professionnelle nécessaire pour diriger une pharmacie. Si vous refusez de délivrer le diplôme de pharmacien à ces candidats, vous les forcez à rester à l'université et à perdre un temps précieux à revoir les matières sur lesquelles il devra être examiné et qu'il connaît très bien. Or c'est là



une perte de temps très préjudiciable. Cela prouve qu'il faut séparer l'examen de stage de l'examen scientifique. Cet examen de stage pourrait être subi devant un jury de praticiens ou même devant les jurys universitaires, ce qui me semblerait cependant beaucoup moins rationnel.

**M. le Président.** — Le système que j'ai préconisé est précisément de faire subir l'examen de stage, indépendamment de l'examen universitaire.

**M. Lefebvre.** — Je demande à motiver mon vote. Je n'aime pas à faire des lois inutiles et dépourvues de sanction. Or, je suis convaincu que l'Académie n'oserait pas inscrire dans les propositions à soumettre au Gouvernement la proposition suivante : le stage aura lieu en même temps que les études et l'étudiant devra travailler au moins deux heures par jour dans une officine. Eh bien l'étudiant ne saurait pas même trouver ce peu de temps pour travailler chez son patron. Est-il donc sérieux d'instituer le stage dans de semblables conditions ? N'est-ce pas une illusion pure ? Telle est la première raison qui m'empêche de voter pour l'accomplissement du stage pendant les études scientifiques.

L'autre raison a été développée admirablement par l'honorable Président de l'Académie. Il a démontré l'importance capitale des études scientifiques. Eh bien, vous allez rendre ces études incomplètes. Ne savons-nous pas tous que l'étudiant, qui ne médite pas chez lui les cours qu'il a suivis à l'université, fait des études imparfaites ? Il entend un bruit qui entre par une oreille et qui sort par l'autre. En dehors des heures de cours, il reste à l'étudiant peu de temps pour étudier à domicile, et vous ne pouvez pas exiger qu'après avoir travaillé toute la journée à l'université et à

l'officine, il se mette encore à la besogne à 9 ou 10 heures du soir jusqu'à 1 heure du matin, pour compléter son éducation scientifique.

Une raison que notre honorable Président a fait valoir et qui cependant me semble fondée sur une erreur, c'est que les études pratiques doivent être faites concurremment avec les études théoriques. La remarque est juste, mais M. Crocq a oublié que l'enseignement de la pharmacie, à l'université, est théorique le matin et pratique l'après-midi. Il se fait dans les mêmes conditions que l'enseignement, à la fois théorique et pratique du génie et des mines suivi dans les Universités de Louvain, de Liège et de Bruxelles.

On a dit : l'examen sera la sanction de la réalité du stage.

C'est vrai, mais qu'est-ce qui empêcherait les surveillants du stage, de le surveiller effectivement ? Dans les conditions actuelles cette surveillance est impossible. En effet, si vous vous présentez dans une pharmacie pour vous assurer de la présence d'un élève, on vous dira : il n'est pas ici, mais il rentrera vers 5 ou 6 heures du soir. Mais si le stage était reporté après les études universitaires, le surveillant du stage serait autorisé à exiger la présence habituelle de l'élève dans la pharmacie. Il y aurait alors une sanction réelle, comme il y en a une quant à la visite des officines.

Pour toutes ces raisons, je me rallie à l'amendement si bien développé par M. Kupfferschlaeger, et qui concorde du reste avec celui de M. Warlomont et avec celui de M. Van Bastelaer.

Reste la question de savoir devant qui l'examen de stage pourrait être subi.

Je me rallie à l'idée de le faire passer devant les commissions médicales, bien qu'elles ne renferment pas tou-

jours assez de pharmaciens pour examiner les récipiendaires; mais, ainsi qu'on l'a fort bien dit, en cas d'insuffisance, les commissions médicales pourraient s'adjoindre d'autres membres.

**M. Bribosia.** — Je suis également partisan du stage après les études. Il est évident que si l'élève suit les cours de l'université, on le trouvera souvent absent de l'officine. Le seul moyen de rendre le stage efficace, c'est donc de le placer après les études universitaires.

**M. Van Bastelaer.** — Je tiens à faire remarquer à M. Lefebvre que l'amendement de M. Kupfferschlaeger n'est pas absolument le même que celui de M. Warlomont et le mien, en ce sens qu'il implique deux années de stage.

**M. Michaux.** — Le principe est le même.

**M. Lefebvre.** — Évidemment.

**M. Depaire.** — Messieurs, si ce que disent les honorables préopinants est vrai, il n'y a plus rien de bon en matière d'examen pharmaceutique. Pour les uns, les études annihilent le stage; pour les autres, c'est celui-ci qui annihile les études. Eh bien, la vérité est que, dans les examens, la moyenne des jeunes gens ajournés ou refusés est de 25 %. J'ai siégé, comme membre du jury, sous les différents régimes qui ont été successivement en vigueur et j'ai constaté que cette moyenne est toujours à peu près la même. Cela montre, me semble-t-il, la valeur des arguments qu'on a présentés tout à l'heure.

**M. Gille.** — L'examen n'a jamais porté sur le stage, par conséquent ces résultats, à mon avis, n'ont pas de signification.

**M. Depaire.** — Ils signifient que le stage ne nuit nullement aux études.

**Plusieurs membres.** — Aux voix !

La clôture est mise aux voix et prononcée.

**M. le président.** — Nous avons à résoudre la première question, relative à l'époque à laquelle le stage doit avoir lieu. Nous sommes ici en présence de deux propositions : la première est la proposition de la commission : d'avoir terminé le stage pour se présenter à l'examen de pharmacien.

La seconde est formulée dans l'amendement de M. Van Bastelaer qui est ainsi formulé :

« Aucun pharmacien ne peut ouvrir une officine »

« 1° Si, postérieurement à l'obtention du diplôme de pharmacien, il n'a fait une année de stage officinal effectif et assidu dans une pharmacie préalablement désignée par lui à la commission médicale provinciale, qui est chargée de la surveillance et de la constatation de ce stage.

» 2° S'il n'a subi devant un jury professionnel, composé de pharmaciens expérimentés et ayant exercé leur art depuis longtemps, un examen de stage consistant en :

» a. Un examen oral d'une heure sur la pharmacotechnie magistrale, les incompatibilités dans les mélanges, les doses maxima, la législation, l'économie, l'administration, la déontologie, et même la partie commerciale pharmaceutique.

» b. Un examen pratique de deux heures comportant une série de préparations de pharmacie magistrale. »

**M. Desguin.** — Je demande la parole sur la position de la question. Est-il entendu que si le stage est postérieur à l'examen de pharmacien, il sera lui-même suivi d'un examen de stage ?

**M. le président** — C'est le but de la seconde partie de la question, que nous n'abordons pas maintenant.



Faites-vous une proposition M. Desguin ?

**M. Desguin.** — Je préfère que le stage soit, dans ces conditions, lui-même suivi d'un examen de stage.

**Des membres.** — Cela va sans dire.

**M. Hairion.** — Je demande qu'on vote d'abord sur la séparation des études du stage officinal, ensuite sur la fixation du stage après l'examen de pharmacien et sur sa limitation à la durée d'une année; enfin sur la question de la création d'un examen de stage devant un jury.

**M. le président.** — Les deux premiers points sont compris dans la proposition de M. Van Bastelaer, et sur le troisième point on votera plus tard.

**M. Hairion.** — Je demande la division.

**M. Kuborn.** — Ce qu'il faut, c'est une sanction; or, s'il n'y a pas d'examen de stage, plusieurs membres sont décidés à voter contre la proposition de M. Van Bastelaer.

**M. le président.** — Vous proposez donc d'intervertir l'ordre, et de voter d'abord sur la question d'examen de stage ?

**Plusieurs membres.** — Oui ! oui !

**M. Rommelaere.** — Le système que l'on propose se traduit par le maintien de la situation actuelle; ce que l'on appelle *examen de stage* fait en réalité partie de l'épreuve pour le grade de pharmacien, inscrit dans la loi de 1876. En effet, ce dernier examen comprend les épreuves pratiques suivantes :

- « Deux opérations chimiques;
- » Deux préparations pharmaceutiques;
- » Une analyse générale;
- » Une opération propre à découvrir les falsifications des médicaments;

» Une recherche microscopique. »

Le gouvernement nous demande *s'il ne conviendrait pas d'entourer d'une garantie plus satisfaisante que celle établie par la loi du 20 mai 1876 le stage officinal des élèves en pharmacie.*

La proposition que l'on veut mettre aux voix ne répond pas à cette question ; elle se borne à déclarer qu'il faut un examen pratique, ce qui existe actuellement et ce qui ne constitue pas une garantie de réalité de stage.

La proposition d'un examen de stage n'ajoute donc aucune garantie, puisqu'elle se borne à maintenir ce qui existe.

**M. Willems.** — Il me semble qu'il vaudrait mieux suivre l'ordre des questions.

La première est la question de principe : le stage se fera-t-il après l'examen de pharmacien ?

La deuxième : le stage sera-t-il vérifié par un examen ?

La troisième : quelle sera la durée du stage ?

**M. le Président.** — C'est l'ordre des questions, tel que je l'ai établi d'abord. Mais M. Kuborn demande de l'intervertir.

**M. Depaire.** — Je crois que cette demande doit être prise en sérieuse considération. La meilleure réponse à faire à la question posée par le gouvernement, c'est de dire : il y aura un examen de stage. C'est le point essentiel.

Si l'on vote qu'il y aura un examen, il est assez indifférent de faire le stage pendant ou après les études.

**M. le Président.** — Je mets donc aux voix la question suivante : y aura-t-il un examen de stage ?

— Cette question est mise aux voix par appel nominal et résolue affirmativement à l'unanimité des trente membres présents.

**M. le président.** — Je mets maintenant aux voix la proposition de M. Van Bastelaer qui se résume en ceci ; le stage sera-t-il consécutif à l'examen de pharmacien, c'est-à-dire d'un an après les études universitaires ?

Cette proposition est mise aux voix et adoptée par 18 voix contre 11.

Ont répondu oui : MM. Borlée, Bribosia, Cousot, Craininx, Degive, Desguin, Gallez, Gille, Hairion, Kuborn, Lefebvre, Masoin, Lequime, Michaux, Van Bastelaer, Warlomont, Willems et Willième.

Ont répondu non : MM. Crocq, De Roubaix, Depaire, Janssens, Mascart, Masius, Pigeolet, Rommelaere, Thiry, Van Bambeke et Wehenkel.

**M. le président.** — Vous avez maintenant à voter en dernier lieu sur la question de savoir si l'examen de stage sera subi devant les commissions médicales, ainsi que je l'ai proposé.

— Cette proposition est adoptée par 14 voix contre 13.

**3. RAPPORT de la commission qui a examiné la question du cumul de la médecine et de la pharmacie. — M. WILLEMS, rapporteur (1).**

Messieurs, par une dépêche, en date du 16 mars dernier, M. le Ministre de l'intérieur a demandé à l'Académie son avis sur les améliorations qu'il convient d'apporter aux lois sur l'art de guérir et notamment en ce qui concerne le *cumul de la pharmacie et de la médecine*. M. le Ministre s'exprime comme suit :

« Les dispositions de la loi du 12 mars 1818, qui règlent

(1) La commission était composée de MM. COUSOT, MASCART, PIGEOLET, VAN BASTELAER et WILLEMS, rapporteur.

» les conditions de ce cumul, notamment la distinction  
 » entre les villes et le plat-pays, sont en partie surannées.  
 » La loi du 20 mai 1876, renfermant un chapitre sur *les*  
 » *effets légaux des grades*, le gouvernement se réserve d'exa-  
 » miner s'il ne serait pas opportun d'introduire dans ce  
 » chapitre une disposition qui indiquerait les conditions  
 » spéciales dans lesquelles les porteurs de diplôme de doc-  
 » teur en médecine pourront désormais délivrer des médi-  
 » caments à leurs malades.

» A cette fin, je désirerais connaître l'opinion de l'Acadé-  
 » mie sur la manière dont devrait être formulée cette  
 » disposition. »

L'examen de cette question a été renvoyé à une commis-  
 sion composée de MM. Cousot, Mascart, Pigeolet, Van  
 Bastelaer et Willems, et j'ai l'honneur de venir vous rendre  
 compte de ses délibérations et des conclusions auxquelles  
 elle est arrivée.

D'après la loi de 1818, article 11, tous les médecins ou chi-  
 rurgiens, habitant la campagne ou les villes assimilées au  
 plat-pays, c'est-à-dire celles où il ne se trouve pas un nom-  
 bre suffisant de docteurs en médecine pour y établir une  
 commission médicale locale, ont le droit de fournir des  
 médicaments à leurs malades.

Ce droit, sous certaines conditions, est encore aujour-  
 d'hui admis par tout le monde, par les médecins comme  
 par les pharmaciens, quoique cette tolérance soit une vio-  
 lation évidente du principe absolu, qui veut que la phar-  
 macie soit complètement séparée de la médecine et exercée  
 par des hommes possédant des diplômes spéciaux.

Ce principe repose sur l'obligation d'assurer la sécurité  
 publique et sur la nécessité du contrôle de plusieurs per-



sonnes en ce qui concerne l'administration de matières qui peuvent devenir mortelles. Mais dans la pratique, le principe de l'incompatibilité de l'exercice de la pharmacie et de la médecine n'est pas applicable partout : souvent dans les campagnes le cumul est devenu une nécessité sociale, qui intéresse non seulement les malades, mais aussi les hommes de l'art, car de la solution de cette question dépend l'existence de la moitié du corps médical belge. Les discussions qui ont eu lieu au sein de l'Académie, à diverses reprises, et notamment en 1868, nous ont fourni la preuve de l'accord presque unanime qui règne à ce sujet parmi les membres de la grande famille médicale.

La Fédération médicale belge et l'Association générale pharmaceutique de la Belgique, sociétés très compétentes dans la matière et qui renferment dans leur sein la grande majorité des médecins et des pharmaciens du royaume, sont arrivées, après de longs débats, à des conclusions conformes à celles formulées par l'Académie, en 1868.

Mais s'il y a quasi unanimité au sein des corps savants et parmi les praticiens du pays, pour maintenir des droits exceptionnels aux médecins de la campagne et des petites villes, quant à la fourniture des médicaments à leurs malades, cette unanimité disparaît, lorsqu'il s'agit de déterminer les conditions spéciales dans lesquelles cette faculté doit leur être accordée. C'est là le point capital à élucider et qui doit surtout préoccuper le législateur.

La solution de cette question présente une grande importance à cause des intérêts multiples qui s'y rattachent, tant pour le médecin que pour le pharmacien, et aussi et avant tout, pour le public.

Votre commission a cru devoir tenir compte de la situa-

tion et des intérêts de tous ceux qui, après de grands sacrifices pécuniaires et des labeurs incessants, sont parvenus à obtenir un diplôme dans l'une des branches de l'art de guérir.

Le pouvoir qui accorde un diplôme à ceux qui en sont dignes, doit naturellement leur accorder aussi, à tous indistinctement, les droits attachés à ce privilège.

Aux termes de la loi de 1818, tout médecin exerçant au plat-pays et dans les petites villes, peut délivrer des médicaments à ses malades. Cette disposition porte préjudice aux droits des pharmaciens, et votre commission s'est demandé si elle peut être maintenue et à quelles conditions?

Une des premières conditions que la Commission désire voir adopter par le Gouvernement serait de renforcer les études pharmaceutiques des médecins, en leur faisant subir un examen spécial, qui aurait lieu lors des examens du doctorat en médecine et qui aurait pour objet la préparation des prescriptions magistrales et les procédés propres à reconnaître et à constater les qualités des médicaments. Ces médicaments devraient d'ailleurs toujours être achetés chez un pharmacien établi, seul agent qui a légalement le droit de les vendre.

S'il est vrai que dans les petites localités, où il n'y a qu'un ou deux médecins, le praticien ne peut matériellement pas vivre à côté du pharmacien; que leur coexistence doit nécessairement entraîner leur ruine réciproque, il n'en est plus de même dans les localités plus importantes, où les ressources et les richesses des habitants peuvent fournir aux uns comme aux autres les moyens de vivre honorablement.

Il reste donc à préciser les conditions que l'on doit regarder comme empêchant le médecin et le pharmacien de vivre côte à côte.

La loi de 1818, avait établi, pour admettre l'exercice du cumul, la distinction entre villes et plat-pays, villes ayant ou n'ayant pas de Commission médicale locale. Ces distinctions, opportunes alors, n'ont plus de raison d'être aujourd'hui; aussi l'Académie admit, en 1868, pour la solution de cette question, une base nouvelle : elle proposa de confier à la Députation permanente et à la Commission médicale provinciale le droit de décider dans quelles localités le cumul peut être permis. Mais ce corps savant ne mit aucune restriction à ce droit; toutes les communes, les plus importantes mêmes, restaient sous ce point soumises à la compétence de ces deux autorités provinciales. C'est là un droit exorbitant que le législateur ne peut accorder; il ne peut le faire que pour les cas douteux. La loi devrait donc le limiter aux communes ayant moins de 4,000 habitants, pour lesquelles le doute pourrait s'élever sur l'opportunité ou la non-opportunité du cumul.

En dehors de cette exception, le principe de séparation resterait absolu et serait ainsi appliqué dans le plus grand nombre des villes de la Belgique.

Le plus simple serait de dresser une liste nominative des communes où le cumul sera autorisé par décision commune de la Députation permanente et de la Commission médicale provinciale

Votre commission, pour arriver à une formule pratique, a étudié les divers systèmes mis en avant depuis un grand nombre d'années, au sein des sociétés savantes et des associations professionnelles; elle a tenu compte aussi des observations judicieuses, quant à la rétroactivité des effets de la loi nouvelle, adressées récemment à l'Académie par les médecins des petites villes des deux Flandres, et elle a

reconnu qu'il serait injuste de déposséder un grand nombre de praticiens, à leur grand préjudice, de droits acquis depuis plusieurs années.

Les conclusions que la commission a adoptées et qu'elle a l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie et de M. le ministre de l'intérieur sont l'expression des vœux et des aspirations de tous les hommes de l'art. Les médecins et les pharmaciens, verraient avec bonheur l'honorable ministre, qui a déjà apporté de notables améliorations dans la composition et les attributions des commissions médicales provinciales, accorder de nouvelles satisfactions à leurs vœux légitimes, en modifiant la loi vermoulue de 1818 sur l'art de guérir.

CONCLUSIONS. — La commission estime qu'il y a lieu d'introduire dans la nouvelle loi les dispositions suivantes :

§ 1. Aucune branche de l'art de guérir ne sera exercée cumulativement avec la pharmacie.

Toutefois, dans les communes ayant moins de 4,000 habitants, où les ressources de la population ne permettent pas la coexistence du médecin et du pharmacien, la Députation permanente peut, de l'avis conforme de la commission médicale de la province, autoriser les médecins à préparer eux-mêmes les médicaments magistraux et à les délivrer à leurs malades.

Cette autorisation pourra être révoquée, également sur l'avis de la commission médicale.

Dans les trois mois après la promulgation de la présente loi, les députations permanentes dresseront une liste des communes de leurs provinces où le cumul est autorisé. Cette liste, révisée tous les trois ans, sera publiée dans le *Mémorial administratif*.



§ 2. Les médicaments devront être pris à l'état de préparation officinale chez un pharmacien, tenant officine ouverte, et porteront l'étiquette de celui-ci; les quantités vendues seront inscrites journellement dans un registre spécial tenu par le médecin.

*Disposition transitoire.* — § 3. Tout médecin qui, au moment de la promulgation de la présente loi, jouira, en vertu des dispositions antérieures, de la faculté de fournir des médicaments à ses malades, continuera d'en jouir aussi longtemps qu'il résidera dans la même localité.

**M. le président** accorde la parole à M. Depaire.

**M. Depaire.** — Messieurs, je partage absolument les idées émises dans le rapport de M. Willems, bien qu'au fond je voulusse voir interdire le cumul de la pharmacie et de la médecine. Je ne me suis jamais bien expliqué pourquoi, dans les provinces flamandes, les choses dussent se passer autrement que dans les provinces wallonnes. Dans ces dernières, l'exercice de la médecine est pratiqué par les médecins et celui de la pharmacie par les pharmaciens. Il y a plus : les vétérinaires des provinces wallonnes ne vendent pas de médicaments vétérinaires; les cultivateurs se les procurent chez les pharmaciens. Ainsi donc, dans les provinces wallonnes, il y a, en général, séparation complète de la médecine et de la pharmacie. Pourquoi cela n'existe-t-il pas dans les provinces flamandes? J'ai relu les discussions qui ont eu lieu sur ce point; il y est dit qu'on ne peut pas faire autrement, à cause de la situation. J'ai peine à le croire, car je connais des localités flamandes, extrêmement importantes, où aucun pharmacien ne peut s'établir, parce que tous les médecins y vendent des médicaments.

La commission propose une limite de population, c'est-à-dire 4,000 habitants. Mais une commune de 4,000 habitants est chose exceptionnelle dans notre pays; il en est très peu qui possèdent ce nombre d'habitants, à part quelques localités industrielles dont la population est supérieure à celle de certaines petites villes. Toutes les autres communes ont une population de 1,000 à 2,000 âmes en moyenne. Je désirerais voir réduire le chiffre proposé à 3,000.

Si je suis d'accord en principe avec les idées développées dans le rapport, je dois faire cependant quelques réserves quant aux conclusions définitives.

Dans le premier paragraphe, il est dit que la Députation permanente peut, de l'avis conforme de la Commission médicale, accorder l'autorisation dont il s'agit. De sorte que la Députation n'y est pas obligée : elle peut le faire si cela lui convient, mais si la chose ne plaît pas à ses électeurs, elle peut n'en rien faire; elle donnera ou non l'autorisation, selon les circonstances. Je pense que l'on devrait enlever à la Députation permanente cette latitude et lui imposer l'obligation d'agir d'une manière déterminée. La Commission médicale me semble être à même de juger parfaitement s'il y a lieu ou non d'autoriser le cumul.

Si un médecin veut faire de la pharmacie, il doit commencer par apprendre la manipulation des médicaments. En lisant les développements du rapport, je croyais trouver quelque chose relativement à ce point; mais je n'y ai rien vu. On y dit qu'il serait à désirer que les études pharmaceutiques des médecins fussent plus développées; mais, dans les conclusions, la commission ne fait aucune proposition à ce sujet. Il serait juste, cependant, d'exiger que celui qui

veut préparer les médicaments ait au moins la connaissance de ceux-ci et de leur préparation. Je propose, par amendement, un paragraphe 2, ainsi conçu :

« § 2. Les médecins qui voudront, dans les cas prévus par le paragraphe précédent, délivrer les médicaments à leurs malades, devront subir un examen spécial sur les préparations magistrales ainsi que sur les procédés propres à reconnaître et à constater la pureté et les qualités des médicaments simples et composés. »

Si ce paragraphe était admis, le paragraphe 2 de la commission deviendrait le paragraphe 3. Telle est, messieurs, la proposition que j'ai l'honneur de déposer sur le bureau.

**M. Van Bastelaer.** — Messieurs, nous savons tous que la question du cumul est une question fort difficile. Pour y arriver il faut l'étudier, non seulement d'une façon générale, mais même et surtout en examiner l'application dans les diverses parties du pays. Je l'ai fait sérieusement, en me mettant au point de vue de chaque province, de chaque arrondissement et même de chaque commune ou agglomération de communes, et c'est le résumé des impressions et des idées que ce travail consciencieux et attentif m'a suggérées que je viens vous communiquer.

Je commence par faire remarquer que nous sommes sans doute unanimes pour sauvegarder les droits légalement acquis et que, par conséquent, ce point admis, nous nous trouvons dans les conditions convenables pour faire abstraction de tout intérêt personnel et ne voir que l'intérêt public. Nous pouvons ainsi, sans arrière-pensée, attaquer l'abus par la base et chercher le remède le plus radical possible pour le faire disparaître ; car aujourd'hui les con-

ditions qui ont amené la loi de 1818 sont tout à fait changées dans le pays.

Membre de la commission que vous avez chargée de vous faire rapport, et ayant moi-même coopéré activement aux conclusions de ce rapport, je dois vous déclarer tout d'abord que le temps nous a manqué; que nos discussions ont dû être forcément écourtées et que nos conclusions ont été formulées surtout en vue d'une partie du pays et même à un point de vue particulier.

Je m'explique. Le chiffre de population, ou la clientèle de 4,000 habitants, donné comme suffisant pour entraîner la défense du cumul, est trop élevé dans tous les cas; j'avais proposé 3,000, et ce chiffre avait d'abord été adopté. Quoi qu'il en soit, le même chiffre ne pourrait être uniformément appliqué à toutes les provinces.

Il y a plus, nous ne pouvons nous arrêter au type *commune*, pour juger où le cumul ne peut être toléré. En effet, voici une vérité qui saute aux yeux : la clientèle ne se limite jamais à une localité, et, dans une commune, si le personnel médical est suffisant pour que le cumul n'ait aucune utilité publique et pour qu'il y soit interdit, il devra l'être aussi, nécessairement, dans les communes qui entourent et touchent la première, car elles font partie de la clientèle des praticiens qui y exercent.

Les habitants de ces communes contiguës peuvent facilement, en effet, se pourvoir dans la localité qui est proche.

Il serait vraiment trop facile d'éluder la loi, si celle-ci n'établissait cette défense. Le cumulard viendrait demeurer à la limite extrême de la ville ou du bourg où le commerce de médicaments lui serait interdit; l'abus pourrait ainsi envahir, malgré la loi, même les villes les plus importantes et



les plus populeuses. En effet, je pourrais citer certains spéculateurs qui se sont ainsi placés au faubourg de villes importantes où le cumul est dès aujourd'hui défendu.

Nous ne devons donc pas nous arrêter à la population et à l'importance de chaque commune, mais bien à l'importance des agglomérations, c'est-à-dire des groupes de communes adjacentes formés d'une commune centrale et des communes contiguës. A la campagne, en effet, le médecin traite les malades non seulement de son village, mais aussi des villages voisins, et les habitants vont eux-mêmes régulièrement faire préparer leurs ordonnances dans le voisinage. Ces praticiens comptent, avec raison, sur la population qui entoure la localité où ils ont fixé leur résidence.

Je reviendrai, plus loin, sur ces agglomérations, car j'ai la conviction qu'elles doivent servir de base à la façon dont nous résoudrons la grave question du cumul.

Je vais d'abord discuter la proposition du rapport et le chiffre de 4,000 habitants par commune, en examinant ce qui existe à ce point de vue dans les différentes provinces.

Dans le Hainaut, une commune de 2,000 habitants peut très bien donner à vivre à un médecin et à un pharmacien. En fait, une commune entre 2 et 3,000 habitants, a d'ordinaire, aujourd'hui, tout un corps médical complet, formé de plusieurs médecins et pharmaciens ; j'en pourrais citer une quarantaine d'exemples, au moins, dans la province. Je me contenterai de nommer : Montigny-le-Tilleul, Gerpinnes, Frasnes-lez-Gosselies, Manage, Lens, Havré, Nimy, Silly, Haine-Saint-Paul, Belœil, Rœulx, Ham-sur-Heure, Nalinnes, etc., et même Quiévrain, Beaumont, Sivry, Antoing, qui sont dans ce cas.

Voilà des communes dont on ne peut dénier l'importance et qui ont 2,000 et quelques habitants.

Froid-Chapelle, Grandreng, Merbes-le-Château, Rance, Solre-sur-Sambre, Thuillies ont moins de 2,000 âmes.

Quant à celles qui en possèdent entre 3 et 4,000, pour faire juger de leur importance, il suffit de citer Strépy-Bracquagnies, Chimay, Blaton, Les Acren, Chièvres, Senneffe, Éverbecq, La Hestre, Forchies-la-Marche, Templeuve et autres, où l'on trouve trois, quatre ou cinq médecins et plus, ainsi que des pharmaciens.

N'est-il pas évident qu'il ne faut pas penser à ce chiffre de 4,000 habitants?

Dans le Hainaut il existe 40 communes où le cumul est pratiqué.

Six de ces communes ont chacune plus de 4,000 habitants, sans l'agglomération voisine.

Six ont entre 3 et 4 mille âmes.

Huit possèdent déjà au moins un pharmacien, vivant avec les médecins. On y trouve jusqu'à deux médecins cumulards, avec trois pharmaciens.

Seize, enfin, donnent à vivre à plusieurs praticiens.

Les quelques communes, qui ne rentrent pas dans ces catégories, sont toutes assez rapprochées d'autres communes pour pouvoir s'y procurer les médicaments chez le pharmacien.

Les localités du Hainaut sont tellement agglomérées que beaucoup de petites communes ont, soit un pharmacien et un médecin, soit un pharmacien seul, soit un médecin non cumulard seul. Le service est complété par les localités environnantes.

Pour s'arrêter à une résolution, il y a donc plusieurs

éléments à considérer : il faut examiner ce qui a rapport aux communes isolées, et en outre, et surtout, aux agglomérations de population. Or, dans le Hainaut, la population est assez dense pour que les agglomérations se touchent pour ainsi dire; aussi, partout, les médecins comme les pharmaciens desservent plusieurs communes. Le médecin traite dans toute une circonscription et ses malades, dans leur commune ou dans la commune voisine, trouvent une pharmacie. C'est ainsi que se fait aujourd'hui le service, et j'estime que pour cette province le corps médical est suffisant et que le cumul y doit être défendu d'une manière absolue.

Si nous observons la province de Liège, nous arrivons à une conclusion semblable.

Fléron, Louvegnez, Warnant, Hannut, Landen, Verlaine, Wasseige n'ont pas 2,000 âmes.

Pepinster, Esneux, Waremme, Comblain-au-Pont et bien d'autres communes n'ont pas 3,000 âmes et possèdent néanmoins tout un service médical.

Flemalle-Grande, Hollogne-aux-Pierres, Aubel, Wandre, Amay, etc., n'ont pas 4,000 habitants; ce sont là des localités dont tout le monde connaît l'importance.

De même que dans le Hainaut le cumul dans cette province est très rare, ce qui tient aussi à la densité de la population et à la proximité des agglomérations.

Il y a seulement dans la province de Liège 13 communes où le cumul existe.

Six de ces communes seulement n'ont pas plus de 2,000 âmes, sans tenir compte de l'agglomération voisine.

Cinq possèdent actuellement un pharmacien, vivant à côté des médecins.

Huit donnent à vivre à plusieurs praticiens.

Les trois communes qui ne tombent pas dans les catégories précédentes, sont assez proches de localités qui peuvent les approvisionner de médicaments.

Il se rencontre aussi dans la province de Liège quantité de communes peu peuplées ayant soit un médecin et un pharmacien, soit un médecin non cumulaire seul, soit un pharmacien seul, et dont le service est complété par les communes du voisinage.

L'on devrait aussi y établir la défense absolue du cumul.

Dans le Brabant, quelques cantons n'offrent pas une population aussi dense ni des agglomérations aussi rapprochées que dans les deux provinces précédentes; mais les communes de plus de 2,000 habitants forment centres et, avec les communes qui les entourent, elles peuvent facilement nourrir un médecin et un pharmacien et plus. Etterbeek, Hoeylaert, Ternath, Lubbeek, Herbeeck, Saventhem, Genappe, Ittre, Ohain, Perwez, Jauche et beaucoup d'autres, ont à peine 2,000 âmes ou moins; Watermael-Boitsfort, Hougarder, Waterloo, Forest, Héverlé, Court-St-Étienne, Rebecq, Tubise, etc., n'en ont pas 4,000.

Dans le Brabant, il y a 65 communes où le cumul existe.

Quinze ont plus de 4,000 habitants; l'on en trouve qui en ont 7,000, 8,000 et même 9,000, non comprise l'agglomération qui les entoure.

Quatorze ont entre 3 et 4,000 âmes.

Seize, entre 2 et 3,000.

Huit ont déjà un, deux ou trois pharmaciens vivant à côté des médecins.

Vingt-sept donnent à vivre à plusieurs praticiens; ils sont jusqu'à seize dans la même localité.



Le reste de ces communes à cumul ont des pharmacies dans leur voisinage.

En outre, beaucoup de communes peu importantes ont un médecin et un pharmacien, ou un médecin non cumular d ou un pharmacien, et le service est complété par le voisinage.

On pourrait aussi défendre le cumul d'une manière absolue dans cette province.

Il en est de même pour la province de Namur. S'arrêter à 4,000 âmes, serait du reste, dans cette province comme dans les autres, livrer toute la contrée au cumul, puisque nous n'y rencontrons que 4 localités qui dépassent ce chiffre. Les communes y acquièrent une véritable importance par leur rapprochement des localités qui fournissent une agglomération suffisante pour un médecin et un pharmacien. Les suivantes ont une importance reconnue et le personnel médical est relativement assez important, malgré leur population peu élevée : Mariembourg et Sanzeilles ont moins de 1,000 habitants; Walcourt, Assesses, Bois-de-Villers, St-Gérard, Beauraing, Thy-le-Château, Philippeville, etc., ont de 1 à 2,000; Floreffe, Sombreffe, Taminies, Rochefort, Couvin, Florennes, etc., de 2 à 3,000 : Gembloux, Mettet, Ciney et autres de 3 à 4,000 habitants.

Il y a, dans la province de Namur, 19 communes seulement, où le cumul a lieu.

Quatre ont plus de 2,000 âmes chacune, non comprise l'agglomération voisine.

Quatre ont, dès maintenant, un ou deux pharmaciens, vivant à côté de médecins cumulards.

Sept donnent à vivre à plusieurs praticiens.

Les autres peuvent se procurer les médicaments dans une localité voisine.

On trouve aussi, dans cette province, quantité de petites communes ayant, soit un pharmacien et un médecin, soit un médecin non cumularde seul, soit un pharmacien seul, le service étant complété par le voisinage.

La défense absolue du cumul peut être appliquée à cette province.

Dans la province d'Anvers, on rencontre bon nombre de communes isolées où le médecin et le pharmacien ne pourraient vivre côte à côte et où le cumul doit être toléré; mais ce sont de toutes petites communes.

Les localités de 2 et de 3,000 âmes y ont une grande importance; il ne faut pas songer à y tolérer le cumul. En voici des exemples : Broechem, Contich, Hoogstraeten, Brecht, Eeckeren, Esschen, Hemixem, Santvliet, Westerloo, Hoboken, etc.; on y trouve trois ou quatre médecins. Les deux premières ont même moins de 2,000 et les deux dernières communes n'ont que 2,600 habitants.

La défense du cumul devrait être appliquée aux communes de plus de 2,000 âmes, ou 3,000 en y comprenant les communes adjacentes.

Les mêmes observations sont applicables au Limbourg. Si l'on fixait le chiffre à 4,000 habitants, le cumul ne serait interdit que dans les villes de Hasselt, Saint-Trond, Maeseyck et Tongres, seules communes qui aient cette population. Les localités de 3,000 habitants sont bien desservies : Beeringen, Bourg-Léopold, Stévoort, etc., ont deux médecins quoiqu'elles aient moins de deux mille âmes. Il en est de même de Looz, qui n'a que 1,800 âmes, et qui possède 4 médecins et 4 pharmaciens. Ce sont là

des localités formant des centres d'agglomération et qui acquièrent par là de l'importance.

La plupart des autres localités sont loin d'atteindre 15 à 1,800 habitants.

On peut parfaitement s'arrêter ici encore au chiffre de 2,000 âmes par commune, ou 3,000 par agglomération. Dépasser ce chiffre, ce serait véritablement rétrograder, puisque, aujourd'hui, le service médical se fait régulièrement, sans cumul, dans un grand nombre de petites localités. Celles où cela n'a pas lieu sont fort peu peuplées.

Il en est encore identiquement de même pour le Luxembourg : Neufchâteau, Bertrix, Etalle, Florenville, etc., ont moins de 2,000 âmes; Bastogne, Bouillon, Saint-Hubert, Virton et autres, ont moins de 3,000 âmes, et pourtant on trouve dans toutes ces localités tout un corps médical, parce que ce sont des centres d'agglomération où l'on se porte de toutes parts.

Arlon, seul dans toute la province, a 4,000 habitants; Marche et Vielsalm, 3,000.

Le reste des communes ont quelques centaines d'habitants seulement.

Il faut donc ici encore prendre pour maximum, relativement au cumul, 2,000 habitants, ou 3,000 par centre d'agglomération; encore est-ce bien large.

Pour les deux Flandres, l'étude particulière que j'ai faite des communes m'a conduit à des conclusions un peu différentes. Les communes isolées y ont généralement, comme dans le Hainaut, une population plus forte; elles atteignent 2,000 habitants, mais elles n'offrent pas les mêmes ressources que dans cette province.

Les communes, auxquelles l'agglomération qui les en-

ture donne de l'importance, ont souvent 3,000 habitants. Elles peuvent donc facilement, avec les communes limitrophes, fournir une position à plusieurs médecins et pharmaciens, par exemple : Nederbrakel, Deynze, Avelghem, Anseghem, Waereghem, Nieuport, Warneton, Moorselede, Denderleeuw, Sotteghem, Eyne, Melle, Sevenecken, Blankenbergh, etc. Ces communes possèdent trois et quatre médecins, souvent un pharmacien, et cependant plusieurs n'ont même pas 2,000 habitants.

D'autre part, dans ces provinces, une trop large tolérance a produit l'habitude d'abuser du cumul.

Toutes ces raisons pourront peut-être amener le gouvernement à prendre pour limite, dans ces deux provinces, la population de 3,000 habitants par commune, ou 4,000 par agglomération.

Voilà bien des détails, direz-vous. En vous les donnant, Messieurs, j'ai eu un seul but : vous faire voir que l'on ne peut s'en rapporter au chiffre de la population de chaque commune, prise isolément, pour régler le cumul. Ce point est élucidé me semble-t-il; nous devons atteindre non pas les communes, mais les agglomérations formées d'une commune principale et de toutes celles qui y sont contiguës.

Nous arrivons à cette conclusion que : dans le Hainaut, le Brabant, la province de Liège et celle de Namur, le cumul doit, pour l'avenir, être interdit d'une manière absolue.

Pour les autres provinces l'interdiction doit frapper toute agglomération, formée d'une commune centrale et des communes contiguës, ayant plus de 3,000 habitants; pour les provinces de Limbourg, de Luxembourg et d'Anvers, et 4,000 habitants pour les deux Flandres.



Pour en arriver là, j'ai eu la patience d'examiner, une à une, les communes de la Belgique et les populations des diverses agglomérations, entendues comme je l'ai indiqué.

On pourrait, en pratique, adopter le chiffre uniforme de 4,000 habitants.

En réalité, cela est encore bien compliqué; et le plus clair dans ce qui précède, c'est que j'ai montré combien est peu fondée, en pratique, la conclusion principale du rapport de votre commission. Il vaut donc mieux s'arrêter dans une mauvaise voie que d'aller jusqu'au bout, et je ne fais pas difficulté de déclarer que, quant à moi, je considère comme difficile la voie où l'on s'est engagé.

J'ai cherché une formule qui pût réunir les principes précédents en un seul article, et qui fût à peu près équivalente. Voici ce que je me suis dit : en fait, partout où il y aura moyen de s'établir avantageusement à plusieurs, les praticiens l'apprécieront bientôt et y afflueront. Voilà ce qui peut nous servir de guide.

Partout où il n'y a pas de nécessité d'autoriser le cumul, le devoir du gouvernement est d'empêcher ce qui est arrivé dans les Flandres, au détriment du public : l'exclusion du pharmacien au grand avantage matériel du médecin.

Voici où j'ai ainsi été conduit : quand dans une même commune, ou dans deux communes voisines, deux médecins sont établis depuis deux années, si un pharmacien vient y ouvrir une officine, le cumul sera interdit dans ces communes ainsi que dans toutes celles qui y sont contiguës.

Je viens de donner deux formules qui me paraissent à peu près équivalentes pour l'interdiction du cumul. Je me réserve de choisir entre les deux et de proposer un amen-

dement, lorsque j'aurai entendu la discussion et apprécié les objections qui pourront se faire jour.

**M. Desguin.** — Messieurs, je commencerai par rectifier, dans les observations que vient de présenter M. Van Bastelaer, quelques faits qui ont trait spécialement à la province d'Anvers, que je connais plus particulièrement.

L'honorable membre nous a cité une série de localités qui ont chacune trois ou quatre médecins. En réalité, il a été mal renseigné, car de toutes les communes dont il nous a parlé, il n'y en a qu'une qui ait quatre médecins et trois autres qui en possèdent trois pratiquant encore. Il y a en réalité deux médecins dans un certain nombre de communes de la province d'Anvers, mais ce n'est pas dans le plus grand nombre.

Il est évident que, dans la plupart des agglomérations, il serait absolument impossible qu'un pharmacien vécût à côté du médecin. L'Académie ferait œuvre mauvaise en fixant une limite de population au-dessus de laquelle il serait interdit de pratiquer le cumul de la médecine et de la pharmacie, car cette interdiction aboutirait à dépeupler les campagnes au point de vue du service médical.

S'il est vrai, selon M. Van Bastelaer, que dans certaines communes des provinces wallonnes, principalement dans le Hainaut et dans la province de Liège, des populations de 2 à 3000 âmes puissent facilement procurer les ressources nécessaires à un pharmacien, il n'en est pas de même dans la province d'Anvers. Les provinces de Hainaut et de Liège sont riches, au point de vue industriel et les ouvriers y gagnent beaucoup d'argent, tandis que, dans les Flandres et dans la province d'Anvers, il y a des communes

agricoles, où les salaires sont peu élevés. Les seules communes industrielles de la province d'Anvers, sont celles où l'on fait les briques, par exemple, aux environs de Boom. Les ouvriers y sont très pauvres, mais il y a des familles riches parmi les maîtres briquetiers. Si l'on empêchait les médecins, dans ces localités, de délivrer les médicaments, aucun pharmacien ne viendrait s'y établir, parce qu'il serait certain de ne pouvoir y vivre. Les malades iront-ils se pourvoir à la ville voisine ? Mais, messieurs, ils devraient faire parfois trois, quatre ou cinq lieues ; or cela ne serait ni pratique, ni humanitaire. En supposant qu'un pharmacien vint s'établir dans une de ces communes, le médecin ne pourrait y rester, il irait habiter une grande ville. Or, dans les grandes villes, messieurs, il n'y a pas pénurie de médecins, au contraire, il y a surabondance.

Je propose donc un amendement aux conclusions de la commission, et au lieu de dire :

« Toutefois dans les communes ayant moins de 4000 » habitants, où les ressources de la population, etc. »

Je propose de supprimer les mots :

« Ayant moins de 4000 habitants. »

Et de mettre :

« Dans les communes où les ressources de la popula- » tion, etc. »

Certes, je ne voudrais pas me fier entièrement pour déterminer une limite à un corps électif comme la Députation permanente, car un corps politique a toujours ses préférences, ses amitiés et ses inimitiés ; il serait mauvais de lui confier de pareils intérêts. Mais il y a un correctif aux décisions de la Députation permanente : c'est l'avis conforme de la Commission médicale provinciale. Or cet avis

peut, en général, être considéré comme impartial et donne toute garantie.

Je propose donc, au § 1 des conclusions du rapport, de supprimer les mots : *ayant moins de 4000 habitants*. Je dépose cet amendement sur le bureau.

**M. Gille.** — Je ne serai pas long. Je désire attirer l'attention de l'Académie sur une mesure qui fut prise par le gouvernement en 1880 et qui a tranché, pour les villes, la question qui nous divise, c'est-à-dire la limite qui doit être admise pour autoriser ou défendre le cumul.

L'article 35 de l'arrêté royal du 31 mai 1880, relatif à la réorganisation des commissions médicales, est ainsi conçu :

« Des commissions médicales locales peuvent être organisées, par les soins des administrations communales, dans toutes les villes où se trouvent établis, soit au moins trois médecins, soit au moins deux médecins et un pharmacien..... »

La question est donc tranchée pour les villes, puisque, là où il y a les *éléments nécessaires pour former une commission médicale locale*, les médecins ne sont plus autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades. Ce principe a été nettement confirmé par M. le Ministre de l'Intérieur lui-même, dans une dépêche adressée à la Commission médicale de la Flandre Orientale, à propos d'un conflit survenu à Audenarde. Là, un médecin avait continué de délivrer des médicaments, malgré l'arrêté royal prérappelé; mais un pharmacien ayant pris son recours au Roi, M. le Ministre écrivit, le 12 juillet 1881, à la Commission médicale, que dans les villes où il y avait les *éléments nécessaires pour former une commission médicale locale*, les médecins ne pouvaient plus délivrer de médicaments aux malades.



Vous le voyez, Messieurs, d'après cette disposition, les médecins ne peuvent plus délivrer de médicaments dans les villes où il est possible de former ces commissions, c'est-à-dire où il y a deux médecins et un pharmacien, ou au moins trois médecins.

Or, à moins de prétendre que le gouvernement a mal compris l'intérêt public, il faut bien admettre que si cette limite a sa raison d'être pour les villes, elle l'a aussi pour les grandes localités, que, dans la loi de 1818, on appelle le plat-pays.

Lorsqu'il y a trois ou même deux médecins dans une localité, c'est qu'ils ont reconnu eux-mêmes que les ressources de la population sont suffisantes, et, dans ce cas, il est préférable d'avoir deux médecins et un pharmacien, que d'avoir trois médecins ou plus.

J'attire sur ce point l'attention de l'Académie et je propose de modifier les conclusions du rapport dans le sens de ce qui a été fait par le gouvernement, inspiré par l'intérêt public seul.

Je désire aussi appeler l'attention de la Compagnie sur les dispositions transitoires du rapport de la Commission.

On prend toutes les précautions voulues pour assurer aux médecins la position qu'ils ont acquise, et l'on a parfaitement raison. Mais il conviendrait de prendre une disposition analogue à l'égard des pharmaciens qui sont établis dans les campagnes, car il est à craindre que, quand les médecins verront qu'on veut prendre de nouvelles dispositions pour l'avenir, quelques-uns d'entre eux n'établissent immédiatement une pharmacie, afin de pouvoir continuer à débiter les médicaments.

Je propose, pour ce motif, de modifier les dispositions

transitoires et je dépose en conséquence l'amendement suivant :

« Tout médecin qui, au moment de la présentation du présent projet de loi, jouissait, en vertu des dispositions antérieures, de la faculté de fournir des médicaments à ses malades, continuera d'en jouir, aussi longtemps qu'il résidera dans la même localité. A partir de cette présentation, les médecins ne pourront commencer à tenir officine sans autorisation préalable dans les communes où il y a un ou plusieurs pharmaciens établis. »

De cette manière, on préviendrait, dans certaines mesures, l'inconvénient que je viens de signaler.

**M. Willems.** — Messieurs, la Commission dont j'ai été l'organe n'a pas cru devoir faire de distinction entre les diverses provinces de la Belgique; elle n'a tenu compte que de l'intérêt général et a cherché une formule applicable aux provinces wallonnes comme aux provinces flamandes, quoiqu'il y ait entre elles de grandes différences. Les premières offrent en effet généralement plus de ressources: elles sont plus industrielles et la population y est plus condensée.

Il en est autrement dans les provinces flamandes; là les villages sont plus éloignés les uns des autres et les habitants se livrent exclusivement aux travaux agricoles.

Les mesures proposées par la Commission, devraient donc être appliquées selon les besoins et les ressources de chaque localité.

L'honorable M. Desguin vient de nous dire ce qui se passe dans la province d'Anvers. Dans le Limbourg, il en est à peu près de même: il y a là des communes de 3,000 habitants qui offrent à peine le nécessaire à l'exis-

tence d'un seul médecin. Je citerai parmi elles les communes de Tessengerloo, Diepenbeek, Cortessem, Lummen, Alken, Zonhoven. Dans deux ou trois de ces communes un pharmacien est venu s'établir et, au bout de peu de temps, il a été obligé de se retirer, faute de moyens d'existence.

Si donc le cumul n'était pas admis dans les communes au-dessus de 3,000 habitants, comme le demande M. Depaire, plusieurs localités de la province du Limbourg seraient privées de médecins.

J'estime en conséquence qu'il faut maintenir le chiffre de 4,000 habitants, à moins que l'Académie ne trouve une autre combinaison plus favorable au public ainsi qu'aux hommes de l'art. Ce chiffre n'a d'ailleurs été fixé que comme limite *maxima*; la Députation permanente et la Commission médicale provinciale, pourront toujours permettre ou empêcher le cumul dans les localités où ces corps compétents le jugeront nécessaire.

Quant aux conflits qui pourraient surgir entre ces deux autorités, et que M. Depaire semble craindre, se présenteront-ils? Je ne le pense pas. Les membres des Députations permanentes ne voudront pas aller à l'encontre des décisions et des vœux exprimés par les commissions médicales, composées de membres habitant diverses parties de la province et par conséquent connaissant parfaitement les nécessités du service médico-pharmaceutique.

Il faut donc laisser aux commissions médicales l'initiative de désigner les localités où le cumul peut être permis, sauf l'approbation des Députations permanentes.

La limite de 4,000 habitants a été admise, afin que le cumul ne puisse pas être autorisé dans des communes plus

importantes. Sans cette restriction, et en admettant la proposition, telle qu'elle a été formulée, en 1868, par notre honorable président, M. Crocq, et admise par l'Académie, la Députation permanente pourrait autoriser le cumul même dans les grandes villes.

**M. Desguins.** — De l'avis conforme de la Commission médicale ; mais elle ne donnerait pas cet avis.

**M. Willems.** — Soit ; mais dans le cas où ces deux autorités seraient d'accord, leur pouvoir serait toutefois sans limites.

J'ajouterai que les médecins des petites villes des Flandres élèvent des prétentions encore plus grandes ; ils viennent d'exprimer à l'Académie le vœu de voir limiter le cumul de la médecine et de la pharmacie aux communes ayant au moins 5,000 habitants. C'est pour eux, disent-ils, une nécessité sociale et une condition d'existence.

L'honorable M. Depaire demande, avec raison, d'introduire dans les conclusions, le vœu exprimé dans le corps du rapport, vœu qui consiste à voir adopter par le Gouvernement la mesure de renforcer les études pharmaceutiques des médecins, en leur faisant subir, lors des examens du doctorat en médecine, un examen spécial, qui aurait pour objet la préparation des prescriptions magistrales et les procédés propres à reconnaître les qualités des médicaments. Je ne vois aucun inconvénient à admettre l'amendement de notre honorable collègue. La Commission avait cru qu'il suffisait d'appeler sur ce point l'attention toute spéciale de M. le Ministre de l'Intérieur.

M. Van Bastelaer, de son côté, voudrait abaisser le chiffre de 4,000 à 2,000 habitants pour les localités où l'on pourrait permettre le cumul. Mais si une pareille mesure était



admise, l'exercice de la médecine deviendrait complètement impossible dans la plupart de nos provinces; je l'ai dit plus haut. J'estime que le chiffre de 4,000 habitants doit être maintenu; seulement la Commission médicale, d'accord avec la Députation permanente, jugera dans quelles localités le cumul peut être équitablement toléré, pour ne pas compromettre les intérêts du public, ni ceux des hommes de l'art.

**M. le Président.** — Faites-vous un amendement?

**M. Willems.** — Non; pour le moment je maintiens les propositions de la Commission purement et simplement.

**M. Masoin.** — L'heure est déjà fort avancée et la séance doit bientôt finir. Aussi, je serai bref. Mais je désire vous signaler, dès aujourd'hui, un document qui me paraît avoir une réelle importance. C'est une pièce qui a été rédigée, avec beaucoup de soin, par de nombreux médecins de la Flandre Occidentale. Ces honorables confrères estiment, entre autres, que le chiffre de 4,000 habitants, indiqué par le rapport académique, est absolument trop bas.

Sans nous engager aujourd'hui dans un débat approfondi, reconnaissons que les conditions d'existence sont variables, suivant les lieux, pour les représentants de la profession médicale. — Considérez, par exemple, les Flandres en comparaison des provinces wallonnes. — Aussi je me rallierais, dès à présent, en principe du moins, à l'opinion de l'honorable M. Van Bastelaer : je voudrais fixer des chiffres différents, suivant les provinces. Mais peut-être vaudrait-il mieux encore abandonner tout chiffre dans cette matière; peut-être y aurait-il lieu d'adopter l'amendement de l'honorable M. Desguin, c'est-à-dire de s'en rapporter complètement aux appréciations des Commissions

médicales. Je n'ai pas d'opinion arrêtée à cet égard ; mais je déclare que je n'accepterai pas le chiffre de 4,000 habitants pour la Belgique entière, sans distinguer les provinces. Je reviendrai peut-être, ultérieurement, avec détails sur ces distinctions, basées sur les diversités des conditions locales et dont j'avais l'intention de signaler le principe.

Revenant pour le moment aux médecins de la Flandre Occidentale, je constate que nos honorables confrères nous demandent d'adopter le chiffre de 5,000 habitants au minimum (*Interruption*), chiffre en dessous duquel les communes sont soumises aux attributions des Commissaires d'arrondissement. A ce dernier titre, l'organisation d'ordre administratif offrirait une certaine harmonie avec les conditions professionnelles.

J'aurais encore bien d'autres choses à dire ; ainsi je ne puis croire que l'exercice cumulatif de la médecine et de la pharmacie dans les Flandres se fasse au détriment de l'humanité : c'est là une exagération.....

**M. Van Bastelaer.** — Il y a une seule opinion à cet égard.

**M. Masoin.** — L'opinion contraire s'est produite aussi.

**Un membre.** — Il y a des médecins dans les Flandres qui gagnent 30,000 francs, de leur aveu.

**M. le Président.** — Pas de conversation particulière, messieurs, je vous en prie.

**M. Masoin.** — Je ne parle pas de la somme d'argent qu'ils peuvent gagner ; il s'agit d'une autre question pour laquelle je désire que l'assertion de l'honorable M. Van Bastelaer ne reste pas sans protestation ; car malgré tous les

sentiments d'estime que m'inspire l'honorable membre, je ne puis entendre dire, sans réclamer, que l'exercice cumulatif de la médecine et de la pharmacie se serait fait au détriment de l'humanité. Jusqu'à preuves formelles du contraire, je ne croirai pas que les médecins pratiquant le cumul aient mérité ce reproche grave, et que l'on puisse articuler contre eux des griefs particuliers. Oui, des griefs particuliers, car n'y a-t-il pas de griefs à faire valoir contre les médecins qui exercent la médecine seule, et contre les pharmaciens qui font de la pharmacie uniquement? Avant d'accuser ceux qu'on appelle des cumulards, on devrait démontrer qu'il y a des accidents exceptionnels, des abus graves ou des négligences intolérables à leur charge, ce qui n'est pas établi.

Un dernier mot.

Je ne pourrai pas me rallier non plus à l'idée, exprimée dans le rapport de la Commission, d'inscrire dans le programme des examens, une épreuve nouvelle de pharmacie pratique, qui serait applicable, d'une manière générale, aux étudiants en médecine, et voici pourquoi :

Par comparaison, on trouve que les études de médecine sont beaucoup plus longues en Belgique que dans d'autres pays, notamment dans la savante Allemagne. En elles-mêmes ces études sont déjà assez chargées; aussi je voudrais, tout au plus, rendre facultatif l'examen nouveau que la Commission propose : l'étudiant en médecine, qui désire aller s'établir dans une localité où il pourra cumuler l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie, se présenterait à cet examen; mais gardons-nous de l'imposer à tous les étudiants en médecine sans exception, comme le demande le rapport.

Je me borne à ces quelques considérations, sauf à y revenir plus tard, s'il y a lieu.

**M. Van Bastelaer.** — L'honorable membre qui vient de se rasseoir a été un peu loin; je n'ai pas eu l'intention de dire que des médecins auraient agi contrairement aux intérêts de l'humanité; j'ai parlé à un point de vue général, qui a été apprécié d'ailleurs par beaucoup d'auteurs. L'argument consiste dans l'impossibilité de cumuler la pharmacie et la médecine. Le médecin qui est en route du matin au soir, pour visiter ses malades, n'a pas le temps de préparer les médicaments. Voilà l'inconvénient qui existe au détriment du public, dans les Flandres.

L'honorable M. Desguin, contrairement aux conclusions de votre commission, a proposé un amendement ayant pour but de laisser la commission médicale provinciale, ou un autre corps constitué, maîtresse absolue de permettre le cumul dans toutes les communes de Belgique, les plus importantes comme les plus petites, dans les moindres villes comme dans les plus populeuses, Anvers, Gand, Bruxelles même, etc.

Ce système reviendrait à supprimer toute disposition légale pour s'en rapporter complètement à l'arbitraire et presque au despotisme de quelques hommes. Formuler une telle concession, c'est la condamner. S'il s'agit des députations permanentes, on sait que chaque cas sera parfois transformé en question politique; s'il s'agit des commissions médicales, nous ne pouvons perdre de vue que, dans les provinces où le cumul existe, beaucoup de membres seraient partie et juges. Nous ne pouvons oublier non plus ce que, depuis 1818, ces corps officiels ont fait des Flandres, où onze communes seulement, quatre villes dans



la Flandre occidentale et sept dans la Flandre orientale, ne sont pas livrées au cumul.

Cette plaie y envahit tout, même d'importantes et nombreuses villes peuplées de 10, 12, 15 et 17,000 âmes, renfermant jusqu'à 6 et 7 médecins et 2 pharmaciens. Voilà certes une tolérance *illégal* ; car si l'on n'a pas créé dans ces villes des commissions médicales locales, c'est intentionnellement et non par impossibilité « à raison de ce qu'il ne s'y trouve pas un nombre suffisant de docteurs en médecine », selon le texte de la loi de 1818.

Or, il est remarquable que ce sont précisément ces hauts bonnets du cumul dans les villes, cumul absolument illégal, qui y mettent le plus d'âpreté, en raison de l'importance des positions. Ce sont eux et non les médecins de campagne qui se sont toujours agités et s'agitent encore, qui réclament, font jouer toutes leurs influences et veulent arrêter le progrès dans les dispositions légales du pays, résultat obtenu déjà, malheureusement, dans les années antérieures.

Certainement, si le gouvernement avait été appelé dans de semblables circonstances, à prendre des mesures *sur l'avis conforme* des deux corps constitués, il les aurait prises plus impartiales et plus équitables. Aussi convient-il de ne pas sortir de ces dernières conditions pour autoriser le cumul. Mais, avant tout, il est nécessaire de préciser les conditions dans lesquelles personne ne pourra accorder cette autorisation, et qui constitueront la règle générale.

Sans faire tomber les raisons que j'ai développées à la dernière séance, M. Willems a maintenu, surtout pour le Limbourg, le chiffre de 4,000 habitants. Dans ces conditions, je ne puis que m'en rapporter à ce que j'ai dit. Je rappellerai seulement ici : que permettre le cumul dans les

communes inférieures à 4,000 âmes, ce serait livrer, d'un seul coup, à cet abus, les provinces tout entières de Namur, de Limbourg et de Luxembourg, sauf neuf communes seulement, neuf villes, qui dépassent ce chiffre : une dans le Luxembourg, quatre dans le Limbourg et quatre dans la province de Namur.

On ne se douterait pas, dans ces conditions, que nous cherchions le progrès et l'intérêt bien entendu des populations.

M. Masoin a été beaucoup plus loin. Au détriment de l'intérêt public, avais-je dit, les pharmaciens ont été chassés des communes flamandes par le cumul. Cet honorable collègue a *protesté* au nom des médecins qui cumulent. Il a déclaré qu'il ne voulait pas laisser passer une telle assertion sans qu'une voix s'élevât en faveur des médecins des Flandres. Eh bien, quant à moi je crois devoir maintenir mon opinion, et je suis en cela d'accord avec tous les hommes compétents.

Certes, je ne veux nullement m'occuper des personnes, mais uniquement des faits ; cependant je ne veux pas, à mon tour, laisser passer l'approbation et la glorification, en quelque sorte, du système établi dans les Flandres, sans qu'une voix s'élève de même pour *protester*. Je proteste donc moi aussi, mais je ne proteste point au nom de l'intérêt personnel, au nom de la bourse de quelques-uns, je proteste au nom de l'intérêt et de la santé publics. Notre collègue a eu tort, à mon avis, de prendre la question sous cette face ; il y avait entre nous une espèce d'accord tacite pour jeter un voile sur les abus présents et pour ne parler que de la réforme dans l'avenir.

Je me suis montré fort discret dans mon discours. Je l'ai

commencé en déclarant que, décidés à sauvegarder les positions acquises légalement, nous pouvions tous marcher carrément dans la voie des réformes pour l'avenir, sans aucune préoccupation des intérêts personnels. C'était faire la part du feu, en consacrant des positions acquises, quoiqu'un bon nombre résultent d'abus. Mais ce serait manquer à nos devoirs que de ne pas demander au gouvernement de supprimer ces abus et de faire une loi assez juste et assez sévère pour que nos successeurs n'aient plus à refaire notre besogne et à admettre de nouveau eux-mêmes toute une série de positions acquises établies sur de nouveaux abus.

Notre honorable collègue m'a mis dans la nécessité de justifier mon assertion, en examinant en quelques mots la position des localités flamandes, au point de vue du service médical. Je le ferai en puisant dans les données officielles ce que j'ai à faire connaître.

Je rappellerai ici que l'étude, dont j'ai communiqué le résultat à l'Académie, repose sur des documents officiels publiés pour 1883. Je donnerai ci-après, en *Annexe*, les chiffres de ces documents; je les considère comme nécessaires pour éclairer les membres, avant qu'ils soient appelés à émettre leur vote, et pour justifier mes assertions contre les doutes.

Je le constate tout d'abord : ce qui a été dit, pour la défense des médecins qui cumulent, par eux et par leurs amis, consiste à affirmer qu'ils sont restés dans la légalité, et ils demandent qu'on sauvegarde leur position, c'est-à-dire leur intérêt pécuniaire. Je ne veux pas même discuter ce point personnel; mais une loi susceptible d'amener les résultats dont nous sommes témoins est une mauvaise loi qui

doit être radicalement changée au plus tôt. Voilà ma thèse.

Quand on examine les institutions universitaires de Belgique et les progrès qu'elles ont faits et qu'elles réalisent de plus en plus, on doit reconnaître que notre instruction médicale est plus sérieuse et plus forte que dans la plupart des autres pays ; la science du corps médical et du corps pharmaceutique, chacun en ce qui le concerne, est poussée à un haut degré. On l'a reconnu et prouvé depuis longtemps en théorie, le progrès exige que ces professions soient tout à fait séparées comme incompatibles. Mais comment se fait-il qu'en pratique nous soyons restés si fort en arrière et que la plus grande partie de la Belgique, cependant si riche dans toute son étendue, soit privée de pharmaciens ? La seule cause en est que la réglementation professionnelle n'a pas marché avec les progrès de notre instruction, sinon le cumul n'existerait plus depuis longtemps dans le pays ; il serait mort : car ce qu'on nous donne comme une nécessité et un besoin n'est en réalité qu'artificiel, n'est qu'une habitude invétérée qu'une loi impuissante a laissé grandir.

Au lieu de cette suppression, que constatons-nous cependant ? C'est que dans nos belles Flandres et dans d'autres provinces, qui, en somme, ne sont pas si dépeuplées, ni si misérables qu'on se plaît parfois à le dire, les praticiens, engagés par la tolérance d'une loi surannée et établie pour un autre âge, sont arrivés à supprimer de fait les pharmaciens, corporation officiellement reconnue nécessaire, et ont habitué les populations à se passer de cette corporation. Par un esprit d'intérêt mal entendu, même pour eux, et qui les a rendus esclaves du peuple, ils ont accaparé des fonctions qu'il leur est impossible de remplir convenablement, faute de temps et de connaissances, et ils



ont ainsi chassé les membres d'un corps préparé par des études longues et spéciales à l'exercice de leur profession.

Aujourd'hui le mal est arrivé à ce point que la plaie du cumul commence à envahir même nos riches provinces industrielles. Il est urgent d'y porter remède.

Tous ces abus, plus ou moins tolérés par la loi, ne sont-ils pas établis au grand détriment de la santé et de la sécurité publiques? Peut-on le nier?

Dans la discussion de 1868 sur le même sujet, le dr Graux, l'un des hommes les plus savants et les plus intelligents qui aient fait partie de notre Académie, disait avec raison : « N'est-il pas déplorable de voir à la campagne des médecins transportant avec eux des médicaments et les distribuant à tort et à travers aux malades qu'ils ont à soigner? »

Les médecins ne sont pas compétents, pour la pharmacie, ni en droit et en théorie, par un examen spécial, ni souvent en pratique et en fait, par l'état brillant de leurs dépôts de médicaments. Que l'on demande aux membres des commissions médicales, chargés de l'inspection de ces dépôts, leur opinion sur le degré de confiance que leur inspire ce service ainsi établi; ils diront que souvent l'état de ces médicaments est vraiment déplorable; que le dépôt est incomplet et que ce qui peut arriver de plus désirable, c'est que le propriétaire se restreigne à l'emploi des moyens les plus simples qu'il a sous la main.

De fait, comment pourrait-il en être autrement? Comment un médecin de campagne, obligé de faire de longues courses et d'être hors de chez lui du matin au soir, pourrait-il y rentrer pour préparer le médicament prescrit à chacun de ses malades? Ou bien les préparera-t-il le soir à son retour? Et comment ces remèdes, jugés urgents, parviendront-ils aux

patients? Pauvres malades, je les plains; malgré leur attente anxieuse, ils risquent bien d'aspirer jusqu'à la nouvelle visite après le secours désiré; de fait, c'est ce qui se passe d'ordinaire. Encore le docteur prépare-t-il rarement lui-même ses médicaments. Les inspecteurs des pharmacies vous diront que le préparateur ordinaire est un pharmacien en jupons, dame ou cuisinière, dont les manipulations ne sont pas sans inspirer quelque défiance bien légitime.

Or, dans ce cas, de quoi servira même l'examen spécial que nous réclamons? Ce n'est pas au docteur qu'il faudrait l'imposer.

Voilà un métier que je ne voudrais pas exercer, et la plupart des médecins sont de mon avis.

Même dans les Flandres, au centre du foyer où certains prétendent que le médecin ne peut vivre sans le cumul, nous comptons d'honorables exceptions et nous connaissons bon nombre de médecins de campagne qui professent uniquement la médecine et dédaignent de manipuler les médicaments. Il est même beaucoup de vétérinaires qui agissent de même, et cependant ceux-là souvent le pourraient légalement, ayant fait des études et passé un examen sur la matière.

Dans les Flandres et le Luxembourg, faute de pharmaciens, presque tous les vétérinaires délivrent des médicaments; dans les provinces d'Anvers et de Limbourg, la moitié est dans le même cas; mais dans le Brabant et la province de Namur, il n'y en a que le tiers à peine; dans le Hainaut et la province de Liège, ceux qui le font constituent de très rares exceptions.

Il est beaucoup de personnes qui tiennent au cumul, même sans une ombre d'utilité pour le public; d'autres raisons les guident.

C'est ainsi que dans un grand nombre de villes de cinq provinces belges, villes qui comptent plus de 5, 10, 12 et même 17 mille âmes, 3, 4, 6 ou 7 médecins cumulent la médecine et la pharmacie, tandis que les pharmaciens ont été refoulés dans les provinces wallonnes. Il s'agit souvent ici d'une vraie expulsion, car les pharmaciens y étaient établis depuis longtemps. Des médecins qui cumulent sont venus souvent en nombre habiter ces localités et en ont chassé les premiers occupants.

On peut, dans la Flandre orientale, citer un grand nombre de ces localités; je n'en nommerai que quelques-unes.

Cruyshautem, Maldegheem, Eecloo, Selzaete, Everghem, Ledeborgh, Somerghem, Waerschot, Beveren, Sinay, Hamme, Wetteren, Zèle et autres communes ont 3, 4 et 5 médecins qui cumulent; leur population s'élève à plus de 5, 6, 9, 10 et 11,000 âmes. A Zèle, commune de près de 13,000 habitants, le cumul a lieu, même à la barbe d'un pharmacien établi. Loockeren, avec une population de 17,500 habitants et 2 pharmaciens établis, possède 6 médecins qui cumulent. Tamise, commune de 10,000 âmes, en a également 7, ainsi qu'un pharmacien. Je n'en citerai pas davantage. Les documents que je joindrai à mon discours en diront beaucoup plus long.

Les pharmaciens sont à ce point expulsés de ces provinces que les jeunes gens des Flandres ne se font pharmaciens que pour aller s'établir dans d'autres parties du pays.

L'abus est poussé au point que les pharmacies des grands hôpitaux et des hospices ont des médecins pour gérants, comme on peut le constater dans les listes officielles. Parfois même ces gérants habitent une autre localité; il arrive qu'ils gèrent à la fois les pharmacies d'hôpitaux de

deux communes distinctes, ce qui ne les empêche pas d'avoir en outre, personnellement, une troisième pharmacie pour l'usage de leur clientèle. Voilà des choses que l'on ne tolérerait pas s'il s'agissait de pharmaciens et que ceux-ci ne tenteraient du reste même pas.

Les hôpitaux ou hospices de : Tamise, qui a 10,000 âmes, de Zèle, qui en a 12,700, de Maldegheem, qui en a 8,500, ont des médecins-gérants pour leurs pharmacies.

N'est-il pas vrai, comme je l'ai affirmé, que les faits que je viens de signaler ne peuvent exister qu'au détriment du public?

La même chose se passe dans la Flandre occidentale.

Furnes, Thourout, Mouscron, Thielt, etc., avec des populations qui dépassent 8 à 10,000 habitants, ont un pharmacien et trois, quatre ou cinq médecins qui cumulent.

Dixmude a six médecins qui font la pharmacie en concurrence avec trois pharmaciens.

Poperinghe et Menin, villes de près de 12,000 âmes, ont deux pharmaciens et trois et cinq médecins qui cumulent.

Roulers, avec près de 18,000 âmes, a deux pharmaciens et six médecins qui cumulent.

Voilà des exemples frappants.

Dans cette province, encore les médecins sont gérants des pharmacies d'établissements hospitaliers, même à Courtrai et à Bruges.

Encore une fois l'intérêt public n'a-t-il rien à perdre en tout cela? Vraiment, en constatant de pareilles choses, en présence de semblables abus, on ne peut se défendre d'une certaine indignation, ces pharmaciens dépossédés ayant, au vœu de la loi, obtenu leur diplôme après des études spéciales et de grands sacrifices.



Ce qu'il y a de déplorable, c'est que le mauvais exemple a débordé dans les autres provinces. Même jusque dans certaines communes de nos centres industriels nous rencontrons aujourd'hui des médecins qui tiennent officine, et qui sont venus s'établir, à côté de pharmaciens régulièrement diplômés, dans des localités souvent très importantes. Nous en trouvons plusieurs dans le Luxembourg, dans la province d'Anvers, dans la province de Namur, dans celle de Liège et surtout dans le Hainaut et le Brabant, où la population et l'aisance les ont attirés et en attirant chaque jour de nouveaux.

Des communes comme Anderlecht, Etterbeek, Uccle, Hal, Limbourg-Dolhain, Pepinster, Fosse, Enghien, Flobecq, Houdeng-Goegnies, Boom, Gheel, Tongres, Marche, Bastogne, Virton, Thy-le-Château, etc., n'en sont pas exemptes malgré le personnel médical nombreux, médecins et pharmaciens, qui y exerce régulièrement.

En présence de ces abus ne devons-nous pas nous efforcer de préciser quelle agglomération, quelle circonscription doit entraîner la défense du cumul? Il y a péril. Il ne s'agit plus d'apprécier la valeur numérique d'une seule localité : une commune n'est que le siège et le centre d'une clientèle qui certes peut s'étendre et, de fait, s'étend ordinairement à plusieurs lieues.

Considérant les choses à ce point de vue, l'État, pour les villes, a défendu le cumul quand elles possédaient deux médecins et un pharmacien. C'est bien.

Mais, dans les campagnes, nous devons chercher une circonscription qui puisse être considérée comme l'équivalent d'une ville. Je pense que l'honorable M. Willems lui-même entrera dans cette voie.

Voici la solution que je propose sous forme d'amendement, et j'espère que cet amendement réunira la majorité.

« A. 1<sup>er</sup>. — Nul ne peut exercer la pharmacie en Belgique, s'il n'est pharmacien.

» Aucune branche de l'art de guérir ne peut être exercée cumulativement avec la pharmacie.

» A. 2. — Toutefois, et par mesure transitoire applicable seulement aux provinces de Luxembourg, de Limbourg, d'Anvers et des deux Flandres, ces défenses seront tempérées comme suit :

» Quand dans une même commune ou dans deux communes voisines deux médecins seront établis depuis deux ans et qu'un pharmacien viendra y ouvrir une officine, le cumul sera interdit dans ces communes et dans toutes celles qui y sont contiguës.

» Dans les autres localités, le gouvernement, sur l'avis conforme de la Députation permanente et de la Commission médicale de la province, pourra autoriser les médecins à préparer eux-mêmes leurs médicaments magistraux et à les délivrer à leurs malades. Cette autorisation sera toute personnelle et pourra être révoquée également par les mêmes autorités.

» Dans les trois mois qui suivront la promulgation de la présente loi, les listes des communes où le cumul pourra être autorisé seront dressées. Ces listes revisées tous les trois ans, seront publiées dans le Moniteur et dans le Mémorial administratif.

» A. 3. — Les médicaments, dans ce cas, seront achetés à l'état de préparation officinale chez un pharmacien ; ce qui sera justifié par la production des factures, lors de l'inspection des pharmacies, et ce qui n'empêchera pas le médecin

de rester responsable de la bonne conservation et même de la bonne qualité des médicaments jusqu'à ce qu'il ait fait la preuve de leur origine et de leur identité. Les quantités vendues seront inscrites journellement sur un registre spécial.

» A. 4. — Tout médecin qui, au moment du dépôt de la présente loi à la Chambre des Représentants, jouira en vertu de dispositions légales antérieures de la faculté de fournir des médicaments à ses malades continuera d'en jouir aussi longtemps qu'il résidera dans la même localité.

» Dans toute commune, où un pharmacien sera établi au même moment, le cumul ne pourra être autorisé aussi longtemps que ce pharmacien y pratiquera. »

(Ici pourrait se placer l'amendement de M. Depaire, relatif à l'examen à imposer au praticien qui aurait l'intention de cumuler la médecine et la pharmacie.)

**ANNEXE aux discours de M. VAN BASTELAER sur le cumul de la médecine et de la pharmacie en Belgique.**

*Renseignements extraits de la liste officielle des personnes admises à exercer l'art de guérir et du dictionnaire des communes, publiés par le gouvernement pour 1883.*

**Province de la Flandre-Orientale.**

*Pharmacies publiques gérées officiellement par des médecins :*

Pharmacie de l'hospice St-Laurent. (Deux gérants.)

—	—	de Ninove.
—	—	Van Caeneghem, à Bellem. (Le gérant habite Lootenhulle.)
—	—	de Basel.
—	—	des aliénés de Selzaete. (Le gérant habite Wynkel.)
—	—	de Zèle. (Trois gérants.)
—	—	de Nieuwkerken. (Le gérant habite Haesdonk.)

Pharmacie de l'hospice de Hansebeke. (Le gérant habite Landegem.)

—	—	de Waesmunster.	
—	—	de Leeuwerghem.	{ Le gér <sup>t</sup> est le même pour les deux et habite Landeghem.
—	de l'hôpital	de Sotteghem.	
—	—	de Maldeghem. (Deux gérants.)	
—	—	de Beveren.	
—	—	de Rupelmonde.	
—	—	de Tamise. (Deux gérants.)	

*Localités où le cumul existe abusivement, sans utilité pour le public :*

Ninove (2429 habit.), 4 médecins, 1 vétérinaire, 2 droguistes.  
 Denderleeuw (3826 h.), 2 méd.  
 Haeltert (3329 h.), 2 méd.  
 Oordegem (2158 h.), 2 méd.  
 Weize (1920 h.), 2 méd.  
 Sotteghem (2936 h.), 4 méd., 2 vét.  
 Melsele (3090 h.), 2 méd.  
 Berchem (2067 h.), 2 méd.  
 Kieldrecht (3146 h.), 2 méd.  
 Eyne (2566 h.), 2 méd., 1 vét.  
 Nederbrakel (3860 h.), 4 méd., 1 vét.  
 Seveneeken (2027 h.), 2 méd.  
 Wortegem (2803 h.), 2 méd.  
 Deynze (3803 h.), 3 méd., 4 vét.  
 Oosterzeele (2660 h.), 2 méd.  
 Capryck (3491 h.), 2 méd.  
 Gåvre (1556 h.), 2 méd.  
 Loochristy (3662 h.), 2 méd., 1 vét.  
 Lovendeghem (3600 h.), 2 méd.  
 Melle (3084 h.), 2 méd.  
 Saint-Laurent (3513 h.), 2 méd.  
 Berlaere (3925 h.), 2 méd.  
 Cruyshautem (6762 h.), 3 méd., 1 vét.  
 Eecloo (10421 h.), 3 méd., 1 vét.,  
 Everghem (6488 h.), 4 méd.  
 Ledebergh (9649 habitants), 4 médecins.



Maldegheem (8582 h.), 3 méd., 1 vét.  
 Selzaete (5136 h.), 3 méd.  
 Somerghem (5647 h.), 3 méd., 3 vét.  
 Waarschoot (5234 h.), 3 méd.  
 Beveren (7844 h.), 4 méd., 1 vét.  
 Sinay (4576 h.), 3 méd.  
 Hamme (11167 h.), 5 méd., 1 vét.  
 Wetteren (10805 h.), 4 méd., 1 vét.  
 Zèle (12772 h.), 4 méd., 2 vét.  
 Lokeren (7844 h.), 6 méd., 2 pharm., 1 vét., 1 drog.  
 Tamise (9943 h.), 7 méd. et 1 pharm.  
 Etc.

*Les sept principales villes de la province sont les seules localités que le cumul n'ait pas encore envahies. Ce sont :*

Alost (21000 h.), 9 méd., 7 pharm., 2 drog.  
 Grammont (9286 h.), 5 méd., 5 pharm.  
 Audenaerde (2774 h.), 6 méd., 4 pharm., 1 drog.  
 Renaix (14370 h.), 8 méd., 2 pharm.  
 Gand (12880 h.), 85 méd., 56 pharm., 3 drog.  
 Saint-Nicolas (25000 h.), 9 méd., 3 pharm.  
 Termonde (8200 h.), 5 méd., 3 pharm.

*Personnel médical de cette province.*

VILLES.

128 médecins (85, à Gand).  
 16 médecins qui cumulent.  
 81 pharmaciens (56, à Gand).  
 14 vétérinaires.  
 10 vétérinaires qui cumulent.

COMMUNES RURALES.

0 médecin qui ne cumul pas.  
 92 médecins qui cumulent.  
 2 pharmaciens.  
 0 vétérinaire qui ne cumul pas.  
 42 vétérinaires qui cumulent.

**Province de la Flandre-Occidentale.***Pharmacies publiques gérées officiellement par des médecins :*

Pharmacie de l'hôpital Saint-Julien, à Bruges.

— — de Courtrai.

— — de l'école de garçons, à Ruysselede.

*Localités où le cumul existe abusivement, sans utilité pour le public.*

Avelghem (3995 habitants), 3 médecins, 1 vétérinaire.

Waerneton (3562 h.), 3 méd.

Dudzele (2182 h.), 2 méd.

Ghistelle (333 h.), 2 méd.

Moorslede (3123 h.), 2 méd.

Wacken (2409 h.), 2 méd.

Oudenbourg (2164 h.), 2 méd., 1 vét.

Passchendaele (3601 h.), 2 méd.

Anseghem (3448 h.), 2 méd.

Waereghem (7231 h.), 3 méd., 1 vét.

Blankenberghe (2822 h.), 4 méd., 1 pharm., 2 vét.

Iseghem (9079 h.), 3 méd., 1 vét.

Nieuport (3200 h.), 2 méd., 1 pharm., 1 vét.

Verwick (4980 h.), 2 méd., 1 vét.

Thourout (8651 h.), 5 méd., 1 pharm., 1 vét.

Dixmude (4040 h.), 6 méd., 3 pharm., 2 vét.

Furnes (5036 h.), 5 méd., 1 pharm., 1 vét.

Poperinghe (11275 h.), 3 méd., 2 pharm., 2 vét.

Menin (11701 h.), 5 méd., 2 pharm., 1 vét.

Mouscron (10404 h.), 5 méd., 1 pharm., 1 vét.

Thielt (10300 h.), 3 méd., 1 pharm., 1 vét.

Roulers (11790 h.), 6 méd., 2 pharm., 1 vét.

Inghelmuister (5800 h.), 2 méd.

*Les quatre principales villes de la province sont les seules localités que le cumul n'ait pas encore envahies. Ce sont :*

Bruges (45000 hab.), 33 méd., 17 pharm.

Ostende (17000 h.), 11 méd., 6 pharm., 1 vét.

Courtrai (26500 h.), 12 méd., 6 pharm., 1 vét.

Ypres (15,500 h.), 12 méd., 9 pharm., 2 vét.

*Personnel médical de cette province :*

VILLES.

68 médecins (33, à Bruges).  
51 médecins qui cumulent.  
51 pharmaciens (17, à Bruges).  
2 vétérinaires.  
16 vétérinaires qui cumulent.

COMMUNES RURALES.

0 médecin qui ne cumule pas.  
106 médecins qui cumulent.  
1 pharmacien.  
2 vétérinaires.  
40 vétérinaires qui cumulent.

**Province d'Anvers.**

*Localités où le cumul existe abusivement, sans utilité pour le public.*

Bouchout (2140 h.), 2 médecins.  
Brecht (2383 h.), 2 méd.  
Broechem (1737 h.), 2 méd.  
Contich (3594 h.), 3 méd.  
Eeckeren (3936 h.), 2 méd.  
Esschen (3131 h.), 2 méd.  
Hemixem (3592 h.), 2 méd.  
Hoboken (3738 h.), 3 méd.  
Santvlied (2472 h.), 2 méd.  
Berlaere (3699 h.), 2 méd.  
Hoogstraeten (1919 h.), 2 méd.  
Westerloo (2753 h.), 3 méd.  
Puers (3622 h.), 2 méd.  
St-Amand (2677 h.), 2 méd.  
Boom (12,549 h.), 5 méd., dont 4 qui cum., 1 pharm., 1 drog.  
Gheel (10,502 h.), 4 méd. dont 1 qui cum., 3 pharm.

Hérenthals (4648 habitants), 3 médecins, 1 droguiste.

Meerhout (5993 h.), 3 méd.

Willebroeck (7700 h.), 3 méd.

*Les six principales villes de la province sont les seules communes que le cumul n'ait pas encore envahies. Ce sont :*

Anvers (151000 hab.), 99 méd., 6 pharm., 19 drog.

Berchem (8906 h.), 4 méd., 3 pharm.

Borgerhout (20247 h.), 5 méd., 5 pharm.

Turnhout (15700 h.), 5 méd. 3 pharm.

Lierre (16000 h.), 6 méd., 6 pharm., 3 drog.

Malines (39000 h.), 14 méd., 12 pharm., 3 drog.

*Personnel médical de cette province.*

VILLES.

125 médecins (100, à Anvers).

0 médecin qui cumule.

82 pharmaciens (67, à Anvers).

5 vétérinaires.

3 vétérinaires qui cumulent.

COMMUNES RURALES.

14 médecins.

84 médecins qui cumulent.

12 pharmaciens,

10 vétérinaires.

13 vétérinaires qui cumulent.

**Province de Limbourg.**

*Localités où le cumul existe abusivement, sans utilité pour le public.*

Tongres (7816 hab.), 8 médecins dont 2 cumulent, 6 pharm.

Brée (2493 h.), 2 méd. dont 1 qui cum., 2 pharm., 1 drog.

Sevoort (1041 h.), 2 méd. dont 1 qui cum.

Beeringen (1115 h.), 2 méd.

Zonhoven (2671 h.), 2 méd.

Etc.



*Communes peu importantes où le cumul n'existe pas et qui desservent même les agglomérations environnantes.*

Gelinden (844 habitants), 1 médecin, 1 pharmacien.  
Goyer (1119 h.), 1 méd.  
Haelen (1886 h.), 1 méd., 1 pharm.  
Herck (2347 h.), 2 méd., 2 pharm.  
Montenaeken (1351 h.), 1 méd., 1 pharm.  
Niel (443 h.), 1 méd.  
Bourg-Léopold (1299 h.), 1 méd.  
Boorg-Heers (869 h.), 1 méd., 1 pharm.  
Looz (1911 h.), 4 méd., 4 pharm.  
Reekheim (1353 h.), 1 méd., 1 pharm.  
Rocclange (1170 h.), 1 méd.  
Bassange (1124 h.), 1 pharm.  
Etc.

*Les quatre villes suivantes sont les seules communes dépassant 4000 habitants.*

Hasselt (11872 habitants), 10 méd., 8 pharm., 1 drog.  
Saint-Trond (11547 h.), 8 méd., 6 pharm., 2 drog.  
Maeseyck (4467 h.), 3 méd., 3 pharm.  
Tongres (7816 h.), 7 méd., dont 2 qui cum., 6 pharm.

*Personnel médical de cette province.*

#### VILLES.

26 médecins.  
2 médecins qui cumulent.  
23 pharmaciens.  
2 Vétérinaires.  
5 Vétérinaires qui cumulent.

#### COMMUNES RURALES.

17 médecins.  
27 médecins qui cumulent.  
14 pharmaciens.  
10 Vétérinaires.

5 Vétérinaires qui cumulent.

**Province de Luxembourg.**

*Localités où le cumul existe abusivement, sans utilité pour le public.*

Marche (3082 hab.), 5 méd. dont 3 qui cum., 2 pharm., 1 vét. qui cumule.

Bastogne (2686 h.), 3 méd., 1 pharm., 1 vét.

Virton (2500 h.), 3 méd. dont 2 qui cum., 2 ph., 1 vét. qui cum.

Vielsalm (3104 h.), 3 méd. dont 1 qui cum.

Neufchâteau (1934 h.), 2 méd., 1 vét.

Florenville (1944 h.), 3 méd., 1 vét.

Bertrix (1059 h.), 2 méd.

Bouillon (2548), 2 méd., 1 vét.

Saint-Hubert (2553 h.), 2 méd. dont 1 qui cum., 1 ph., 1 vét.

Étalle (1677 h.), 2 méd., 1 vét.

Habay (2024 h.), 2 méd. dont 1 qui cum., 1 pharm.

*Communes peu importantes, où les médecins ne cumulent pas et qui desservent les agglomérations environnantes.*

Cherin (882 habitants), 1 médecin.

Muno (1687 h.), 1 méd.

Sugny (1843 h.), 1 méd.

Lamorteau (779 h.), 1 méd.

Etc.

*La ville suivante est la seule commune dépassant 4000 habitants.*

Arlon (7227 h.), 6 médecins, 3 pharmaciens, 1 vétérinaire.

*Personnel médical de cette province.*

**VILLES.**

9 médecins.

10 médecins qui cumulent.

8 pharmaciens.

1 vétérinaire.

8 vétérinaires qui cumulent.

## COMMUNES RURALES.

7 médecins.  
 42 médecins qui cumulent.  
 2 pharmaciens.  
 4 vétérinaires.  
 4 vétérinaires qui cumulent.

**Province de Brabant.**

*Liste complète des communes de la province dans lesquelles le cumul s'est introduit.*

Hal (9000 hab.), 3 méd. dont 1 qui cum., 3 ph., 1 drog., 2 vét.  
 Assche (6372 h.), 4 méd. dont 2 qui cum., 1 vét.  
 Anderlecht (12173 h.), 9 méd. dont 1 qui cum., 6 ph., 4 dr.,  
 2 vétérinaires.  
 Campenhout (3005 h.), 2 méd.  
 Castre (1875 h.), 1 méd.  
 Dieghem (1664 h.) 1 méd.  
 Elewyt (1424 h.), 1 méd.  
 Etterbeek (1207 h.), 3 méd. dont 1 qui cum., 2 pharm., 1 dr.  
 Evere (2154 h.), 1 méd.  
 Forest (2562 h.), 2 méd., 1 pharm.  
 Grimberghen (3410 h.), 2 méd. dont 1 qui cum., 1 vét.  
 Herffelingen (1870 h.), 1 méd.  
 Herinnes (3734 h.), 1 méd., 2 vét.  
 Jettes (4611 h.), 2 méd.  
 Koekelbergh (5187 h.), 1 méd.  
 Lennick-St-Quentin (2835 h.), 1 méd., 1 vét.  
 Leeuw-St-Pierre (5245 h.), 2 méd., 1 vét.  
 Londerzele (4524 h.), 2 méd.  
 Merchtem (4291 h.), 2 méd.  
 Opwyck (4236 h.), 2 méd.  
 Overysse (5167 h.), 2 méd.  
 Pamel (3113 h.), 1 méd.  
 Rhodes-S<sup>te</sup>-Génèse (3417), 1 méd.  
 Saintes (2148 h.), 1 méd.  
 Sempst (2669 h.), 2 méd.  
 Ternath (2175 habitants), 3 méd. dont 2 qui cumulent.  
 Tollembeek (2546 h.), 1 méd.

Tourneeppe (4404 h.), 2 méd. dont 1 qui cum.  
Uccle (10300 h.), 6 méd. dont 1 qui cum., 2 pharm.  
Vilvorde (8531 h.), 4 méd. dont 1 qui cum., 3 pharm., 1 vét.  
Vollerzeele (1761 h.), 1 méd.  
Watermael (3459 h.), 4 méd. dont 1 qui cum.  
Wolwerthem (3527 h.), 1 méd.  
Arschot (3527 h.), 3 méd. dont 1 qui cum., 3 ph., 1 vét.  
Bierbeeck (2018 h.), 1 méd., 1 vét.  
Boort-Mierbeeck (1551 h.), 1 méd.  
Cortenbergh (1017 h.), 1 méd., 1 vét.  
Dormael (536 h.), 1 méd.  
Erps-Querbs (2201 h.), 1 méd.  
Geet-Betz (1754 h.), 1 méd., 1 vét.  
Haecht (2328 h.), 1 méd.  
Herent (3268 h.), 1 méd.  
Heverlé (3511 h.), 2 méd.  
Hougaerde (3774 h.), 3 méd., 1 pharm., 1 vét.  
Huldenbergh (1548 h.), 1 méd.  
Keerbergen (2262 h.), 1 méd.  
Kersbeeck-Miscom (1069 h.), 1 méd.  
Leau (1931 h.), 1 méd., 1 pharm., 1 vét.  
Leeftael (1821 h.), 1 méd.  
Lubbeeck (2608 h.), 2 méd.  
Molenbeeck-Wersbeeck (928 h.), 1 méd.  
Montaigu (2845 h.), 1 méd.  
Neerheydissem (1465 h.), 1 méd.  
Neerysche (1169), 1 méd.  
Rillaer (2227 h.), 1 méd.  
Rotselaer (2090 h.), 1 méd.  
Sichem (2521 h.), 1 méd.  
Tervueren (2521 h.), 1 méd., 1 vét.  
Thildonck (1291 h.), 1 méd.  
Wesmael (1686 h.), 1 méd.  
Winghe-St-Georges (1192 h.), 1 méd.  
Beauvechain (1880 h.), 1 méd., 1 pharm., 1 vét.  
Braine-le-Château (3151 h.), 1 méd.  
La Hulpe (2030 h.), 1 méd.  
Waterloo (3380 h.), 1 méd.



*Exemples de personnel médical important, eu égard au chiffre de population de la localité.*

Etterbeek (1207 h.), 3 médecins, 2 pharmaciens, 1 droguiste.  
 Saventhem (2331 h.), 2 méd.  
 Ternath (2172 h.), 3 méd.  
 Watermael (3459 h.), 4 méd.  
 Hougaerde (3774 h.) 3 méd., 1 pharm., 1 vét.  
 Court-St-Étienne (3317 h.), 3 méd., 2 pharm.  
 Genappe (1692 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Grèz-Doiceau (2565 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Jauche (1344 h.), 2 méd., 3 pharm., 1 vét.  
 Marbais (593 h.), 2 méd., 1 pharm.  
 Mont-St-André (838 h.), 1 méd., 1 pharm.  
 Ohain (2747 h.), 2 méd., 1 pharm., 1 vét.  
 Opprebaix (1667 h.), 1 méd., 2 pharm.  
 Perwez (2476 h.), 1 méd., 2 pharm. 1 vét.  
 Rebecq-Rognon (3594 h.), 3 méd., 2 pharm., 1 vét.  
 Tubise (3964 h.), 2 méd., 2 pharm., 1 vét.  
 Etc.

Bon nombre de communes rurales peu importantes, par elles-mêmes (une cinquantaine), possèdent un ou plusieurs médecins et pharmaciens qui habitent la même commune ou qui ont leur domicile chacun dans une localité différente. Ces communes, formant des centres d'agglomération, sont desservies par ces praticiens.

*Personnel médical de cette province.*

VILLES.

216 médecins (160, à Bruxelles).  
 3 médecins qui cumulent.  
 122 pharmaciens (91, à Bruxelles).  
 13 vétérinaires.  
 6 vétérinaires qui cumulent.

COMMUNES RURALES.

209 médecins.  
 70 médecins qui cumulent.  
 130 pharmaciens.  
 39 vétérinaires.  
 20 vétérinaires qui cumulent.

**Province de Namur.***Liste complète des communes de la province dans lesquelles le cumul s'est introduit.*

Fosse (3272 h.), 2 médecins dont 1 qui cum., 2 pharm.  
 Bois-de-Villers (1514 h.), 2 méd. dont 1 qui cum.  
 Gesves (2051 h.), 2 méd.  
 Malonne (2854 h.), 1 méd.  
 Vélaine (2335 h.), 1 méd.  
 Alle (627 h.), 1 méd.  
 Bièvre (520 h.), 1 méd.  
 Bure (715 h.), 1 méd.  
 Havelange (1290 h.), 1 méd., 2 pharm.  
 Jemelle (1633 h.), 1 méd.  
 Rienne (758 h.), 1 méd.  
 Yvoir (890 h.), 1 méd.  
 Cerfontaine (1686 h.), 1 méd.  
 Cul-des-Sarts (1216 h.), 2 méd. dont 1 qui cum., 1 pharm.  
 Oignies (1563 h.), 1 méd.  
 Olloy (1130 h.), 1 méd.  
 Sanzeilles (822 h.), 2 méd. dont 1 qui cum.  
 Thy-le-Château (1784 h.), 2 méd. dont 1 qui cum., 1 pharm.  
 Treignes (730 h.), 1 méd.

*Exemples de personnel médical important, eu égard au chiffre de population de la localité.*

Fosse (3272 h.), 2 médecins, 2 pharmaciens.  
 Gembloux (3502 h.), 4 méd., 3 pharm.  
 Mettet (3028 h.), 4 méd., 2 pharm.  
 Tamines (2605 h.), 3 méd., 1 pharm.  
 Ciney (3557 h.), 4 méd., 4 pharm.  
 Rochefort (2475 h.), 3 méd., 2 pharm.  
 Havelanges (1290 h.), 1 méd., 2 pharm.  
 Philippeville (1268 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Sombreffe (2620 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Couvin (2694 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Cul-des-Sarts (1216 h.), 2 méd., 1 pharm.  
 Florenne (2483 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Sanzeilles (822 h.), 2 méd.

Thy-le-Château (1784 habitants), 2 médecins, 1 pharmacien.  
 Beauraing (1500 h.), 2 méd., 1 pharm.  
 Bois-de-Villers (1514 h.), 2 méd.  
 St-Gérard (1827 h.), 2 méd., 1 pharm.  
 Fosses (3272 h.), 2 méd., 2 pharm.

*Seules communes dépassant 4000 habitants.*

Namur (25000 h.), 17 médecins, 14 pharmaciens.  
 Auvelais (4755 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Andennes (7167 h.), 4 méd., 3 pharm.  
 Dinant (6200 h.), 5 méd., 4 pharm.  
 (Même observation qu'à la page 884.)

*Personnel médical de cette province.*

VILLES.

30 médecins (17, à Namur).  
 1 médecin qui cumule.  
 25 pharmaciens (14, à Namur).  
 7 vétérinaires.  
 3 vétérinaires qui cumulent.

COMMUNES RURALES.

67 médecins.  
 19 médecins qui cumulent.  
 52 pharmaciens.  
 16 vétérinaires.  
 9 vétérinaires qui cumulent.

**Province de Liège.**

*Liste complète des communes de la province dans lesquelles  
 le cumul s'est introduit.*

Argenteau (965 h.), 1 médecin, 1 pharmacien.  
 Esneux (2203 h.), 2 méd., dont 1 qui cum., 1 vét.  
 Fléron (1732 h.), 2 méd., dont 1 qui cum., 1 pharm.  
 Houtain St-Siméon (1221 h.), 1 méd.  
 Louvegné (1569 h.), 2 méd., dont 1 qui cum.  
 Nessonvaux (1165 h.), 1 méd.

Soumagne (2836 habitants), 1 médecin.  
 Sprimont (4177 h.), 2 méd.  
 Trembleur (2159 h.), 1 méd.  
 Charneux (2016 h.), 1 méd., 1 pharm.  
 Limbourg (4118 h.), 3 méd., dont 1 qui cum., 3 pharm.  
 Pepinster (2723 h.), 2 méd., dont 1 qui cum., 2 pharm.  
 Xhoris (874 h.), 1 méd.

*Exemples de personnel médical important, eu égard au chiffre  
 de population de la localité.*

Awirs (1773 h.), 2 médecins, 1 pharmacien.  
 Comblain-au-Pont (2971 h.), 2 méd.  
 Esneux (2203 h.), 2 méd.  
 Hollogne-aux-Pierres (3185 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Aubel (3175 h.), 2 méd., 2 pharm., 2 vét.  
 Pepinster (2723 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Limont (621 h.), 1 méd., 2 pharm.  
 Amay (3925 h.), 3 méd., 2 pharm.  
 Thimister (2893 h.), 1 méd., 2 pharm.  
 Waremme (2719 h.), 6 méd., 4 pharm., 1 vét.  
 Hannut (1514 h.), 2 méd., 4 pharm., 1 vét.  
 Landenne (1584 h.), 3 méd., 1 pharm.  
 Petit-Rechain (2212 h.), 1 méd., 2 pharm.  
 Chénée (5652 h.), 4 méd., 2 pharm., 1 vét.  
 Montegnée (4845 h.), 1 méd., 3 pharm.  
 Jupille (4120 h.), 2 méd., 1 pharm., 1 vét.  
 Herve (4566 h.), 4 méd., 5 pharm.  
 Stavelot (4275 h.), 2 méd., 4 pharm., 1 vét.  
 Limbourg (4108 h.), 3 méd., 3 pharm.  
 Theux (4750 h.), 5 méd., 2 pharm., 2 vét.  
 Marchin (4592 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Flémalle-Grande (3739 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Fléron (1732 h.), 2 méd., 1 pharm.  
 Limbourg (4118 h.), 3 méd., 3 pharm.  
 Hermalle (906 h.), 2 pharm.  
 Wasseige (1194 h.), 2 médecins, 1 pharmacien.

Dans une centaine environ de communes, peu importantes, il y a un ou plusieurs médecins et pharmaciens qui habitent la même commune ou qui ont leur domicile, chacun dans une localité distincte. Ces communes formant un centre d'agglomé-



ration, celles qui sont adjacentes sont desservies par ces praticiens.

*Personnel médical de cette province.*

VILLES.

151 médecins (111, à Liège).  
 0 médecin qui cumule.  
 129 pharmaciens (71, à Liège).  
 12 vétérinaires.  
 0 vétérinaire qui cumule.

COMMUNES RURALES.

137 médecins.  
 13 médecins qui cumulent.  
 113 pharmaciens.  
 56 vétérinaires.  
 2 vétérinaires qui cumulent.

**Province de Hainaut.**

*Liste complète des communes de la province dans lesquelles le cumul s'est introduit.*

Anvaing (1403 h.), 1 méd.  
 Basecle (4054 h.), 1 méd., 1 pharm.  
 Ellezelle (5605 h.), 3 méd.  
 Everbecq (3607 h.), 2 méd., dont 1 qui cumule.  
 Flobecq (4396 h.), 3 méd., 1 phar., 1 vét.  
 Frasnes-lez-Buissenal (4090 h.), 1 méd.  
 Ghislenghien (823 h.), 1 méd.  
 Quevaucamp (2708 h.), 1 méd., 1 vét.  
 Forchies-la-Marche (3681 h.), 1 méd. 1 pharm.  
 Montignies-le-Tilleul 2845 h.), 2 méd., dont 1 qui cum.  
 Neufville (2186 h.), 1 méd., 1 vét.  
 Obourg (1473 h.), 1 méd.  
 Thulin (2431 h.), 1 méd., 1 vét.  
 Enghien (4060 h.), 2 méd., 3 pharm., 2 vét., 1 drog.  
 Deux-Aires (3628 h.), 2 méd., 1 vét.  
 Bieven (2907 h.), 1 méd.

Horrués (2587 habitants), 1 médecin.  
 Houdeng-Gœgnies (5026 h.), 2 méd., dont 1 qui cum., 3 pharm.  
 Marches-lez-Ecaussinnes (2191 h.), 1 méd.  
 Petit-Enghien (1848 h.), 2 méd., dont 1 qui cum.  
 Trivière (1300 h.), 1 méd.  
 Froidchapelle (1831 h.), 2 méd., 1 vét.  
 Rance (1856 h.), 1 méd., 1 pharm.  
 Solre-sur-Sambre (1774 h.), 2 méd., dont 1 qui cum., 1 pharm.  
 Blandain (2399 h.), 1 méd.  
 Blaton (3399 h.), 2 méd., dont 1 qui cum., 1 pharm.  
 Braffe (736 h.), 1 méd.  
 Celles (1555 h.), 1 méd.  
 Estaimbourg (1118 h.), 1 méd.  
 Froidmont (823 h.), 2 méd., dont 1 qui cum.  
 Ligne (1057 h.), 1 méd.  
 Molembaix (1276 h.), 1 méd.  
 Mont-Saint-Aubert (1221 h.), 1 méd.  
 Pecq (2077 h.), 1 méd.  
 Pipaix (1911 h.), 1 méd.  
 Potte (1949 h.), 1 méd.  
 Taintignies (3046 h.), 2 méd.  
 Templeuve (3286 h.), 1 méd.  
 Velaines (2231 h.), 1 méd.  
 Warcoing (1058 h.), 1 méd.

*Exemples de personnel médical important, eu égard au chiffre de population de la localité.*

Chièvres (3408 h.), 4 médecins, 2 pharmaciens, 2 vétérinaires.  
 Belœil (2880 h.), 3 méd., 1 pharm.  
 Gerpinnes (2057 h.), 2 méd., 1 pharm.  
 La Hestre (3423 h.), 2 méd., 1 pharm., 2 vét.  
 Montigny-le-Tilleul (2845 h.), 2 méd.  
 Pont-à-Celles (3389 h.), 2 méd., 1 2 pharm.  
 Seneffe (3258 h.), 2 méd., 2 pharm.  
 Trazegnies (3744 h.), 2 méd., 1 pharm., 1 vét.  
 Saint-Ghislain (3272 h.), 3 méd., 2 pharm. 1 vét. 1 drog.  
 Havré (2049 h.), 1 méd., 1 pharm.  
 Flobecq (4296 h.), 3 méd., 1 pharm. 1 vét.  
 Lens (2191 h.), 2 méd., 1 pharm., 1 vét.  
 Enghien (4060 h.), 3 méd., 3 pharm., 1 vét., 1 drog.

Rœulx (2735 habit.), 2 médecin, 1 pharmacien, 1 vétérinaire.  
Pommerœil (1815 h.), 1 méd., 2 pharm.  
Strepy-Bracquegnies (3903 h.), 2 méd., 2 pharm.  
Beaumont (2022 h.), 2 méd., 3 pharm., 1 vét.  
Chimay (3185 h.), 3 méd., 3 pharm., 3 vét.  
Grandreng (1327 h.), 2 méd., 2 pharm.  
Ham-sur-Heure (2144 h.), 2 méd., 2 pharm.  
Merbes-le-Château (1269 h.), 2 méd., 1 pharm., 1 vét.  
Nalinnes (2626 h.), 2 méd., 1 pharm., 1 vét.  
Sivry (2920 h.), 2 méd., 3 pharm., 1 vét.  
Froidchapelle (1831 h.), 2 méd., 1 vét.  
Solre-sur-Sambre (1774 h.), 2 méd., 1 pharm.  
Antoing (2604 h.), 2 méd., 2 pharm., 1 vét.  
Blaton (3387 h.), 2 méd., 1 pharm.  
Everbécq (3607 h.), 3 méd.  
Fleurus (4793 h.), 4 méd., 2 pharm., 2 vét.  
Elouges (4113 h.), 1 méd., 2 pharm., 1 vét.  
Quiévrain (2918 h.), 2 m., 2 pharm.  
(Même observation qu'à la page 887.)

*Personnel médical de cette province*

VILLES.

111 médecins, (20, à Mons).  
2 médecins qui cumulent.  
90 pharmaciens, (13, à Mons).  
36 vétérinaires.  
3 vétérinaires qui cumulent.

COMMUNES RURALES.

176 médecins.  
61 médecins qui cumulent.  
160 pharmaciens.  
48 vétérinaires.  
9 vétérinaires qui cumulent.

---

Après avoir rappelé (séance du 14 juillet) les conclusions de la commission et les amendements qui ont été proposés par MM. Depaire, Desguin, Gille et Van Bastelaer.

**M. le président** donne lecture de la lettre suivante de M. Bribosia.

« Monsieur le Président, j'ai l'honneur de vous informer qu'une indisposition m'empêche d'assister à la séance que l'Académie de médecine tiendra le 14 juillet.

» J'y aurais présenté les deux amendements suivants, qui ont été adoptés par la Commission médicale de la province de Namur, dans sa séance du 22 juin dernier, savoir :

» 1<sup>o</sup> Pour être admis à délivrer des médicaments, le médecin devra préalablement subir un examen pratique sur la pharmacie devant un jury universitaire.

» 2<sup>o</sup> Le médecin, autorisé à tenir officine, ne pourra fournir des médicaments à ses malades dans les communes où il existe une pharmacie. »

**M. Willems.** — Messieurs, divers amendements ont été présentés par les orateurs qui ont pris part à la discussion du rapport concernant le cumul de la médecine et de la pharmacie.

C'est surtout le § 1 des conclusions qui a été en butte aux observations et aux critiques de ces honorables préopinants. Tous cependant admettent la nécessité du cumul, sous certaines conditions, mais ils diffèrent d'opinion quand il s'agit de limiter les conditions de ce privilège.

Ainsi, M. Desguin demande à conserver la conclusion du rapport telle qu'elle est formulée, en supprimant toutefois les mots : « ayant moins de 4,000 habitants. »



M. Gille voudrait en arriver tout simplement à l'application de l'art. 35 de l'arrêté royal du 31 mai 1880, relatif à l'organisation des commissions médicales, ainsi conçu :

« Des commissions médicales locales peuvent être organisées, par les soins des administrations communales, dans toutes les villes où se trouvent établis, soit au moins trois médecins, soit deux médecins et un pharmacien.

L'honorable membre voudrait étendre cette mesure aux localités que la loi de 1818 désigne sous le nom de plat-pays.

M. Depaire, tout en maintenant la conclusion du rapport, réduit le chiffre de 4,000 à 3,000 habitants.

M. Van Bastelaer conclut, ou à supprimer le cumul dans plusieurs provinces d'une manière absolue et à abaisser dans les autres le chiffre de 4,000 à 3,000 et même à 2,000 âmes; ou à l'interdire « là où dans une même commune, ou dans deux communes voisines, deux médecins sont établis depuis deux ans, du moment qu'un pharmacien vient y ouvrir une officine. »

Vous remarquerez, messieurs, que tous les préopinants qui se sont occupés de la fixation du chiffre de la population des communes pour admettre ou défendre le cumul dans les localités des diverses provinces ne s'entendent pas entre eux et qu'ils ne veulent pas non plus admettre le chiffre de 4,000 habitants, proposé par la commission.

Je tiens à vous déclarer que cette base de 3,000 habitants, indiqué par un membre de votre commission et portée ensuite par celle-ci à 4,000, est abandonnée aujourd'hui par son auteur; je n'ai soutenu devant l'Académie cette combinaison que parce qu'elle exprimait l'opinion de la majorité des membres de la commission.

Avant d'aller plus loin et avant de vous exposer mes observations à ce sujet, je ne puis laisser debout, sans présenter quelques considérations, les arguments et les calculs que M. Van Bastelaer fait valoir pour interdire ou restreindre le cumul dans nos diverses provinces.

Notre honorable collègue a une manière de voir, à l'endroit du cumul exercé par les médecins dans les campagnes, que je ne puis partager. Il ne tient pas assez compte des nécessités du service médico-pharmaceutique dans des communes souvent populeuses, mais très étendues et fort éloignées des communes environnantes; il entoure de beaucoup de sollicitude la position des pharmaciens, qu'il cherche à caser un peu partout, aux dépens même des médecins et des malades. A l'effet de prouver les nombreux abus du cumul, il fait passer sous nos yeux une grande quantité de chiffres et de localités qu'il a recueillis patiemment et groupés avec beaucoup de talent; mais qui ne sont guère propres à porter la conviction dans nos esprits.

En ce qui concerne la province de Limbourg, que je connais particulièrement, les statistiques de M. Van Bastelaer sont entachées de singulières erreurs. Pour ce qui regarde les autres provinces, je n'ai pas pu examiner si les renseignements qu'il donne sont plus exacts.

Il y a dans la province de Limbourg 33 pharmaciens et 68 médecins praticiens; 41 d'entre ces derniers n'ont pas de dépôt de médicaments, et les 27, qui fournissent des médicaments à leurs malades et qui, par ce fait même, sont appelés gracieusement des *cumulards*, sont guidés dans cette manière d'agir par des sentiments d'humanité et de dévouement à leurs malades et nullement par leur propre

intérêt. Ils cumulent par nécessité, ils mènent une vie de sacrifices, et, tout en rendant de grands services à la société, ils s'acquittent avec honneur et probité des devoirs de leur profession. Quand arrive pour eux l'heure de la retraite et des infirmités, plusieurs d'entre eux, prématurément usés par les fatigues incessantes de la profession, loin d'être les favorisés de la fortune, n'ont pas assez pour se mettre à l'abri des privations de tout genre et ne sont pas à même d'entretenir convenablement leurs familles. Plus d'une fois j'ai eu l'occasion de constater cette situation dans les tournées d'inspection des officines.

Quand M. Van Bastelaer décrit la position des médecins de campagne et propose l'interdiction du cumul pour la plupart d'entre eux, il semble ne pas avoir étudié avec assez d'attention la situation exacte des communes, ni leurs besoins médicaux. Ainsi, l'honorable membre voudrait que l'on ne tolère pas le cumul dans des communes de 2 à 3,000 habitants; or dans ce cas le service médical deviendrait complètement impossible dans plusieurs d'entre elles : car le médecin, pas plus que le pharmacien, ne pourrait y vivre honorablement l'un à côté de l'autre, et alors ces localités seraient désertées par les hommes de l'art, au détriment de l'intérêt public.

J'ai dit que M. Van Bastelaer, en parlant de la province de Limbourg, avait été induit en erreur; j'ai hâte de le prouver.

« Les localités, dit-il, de 3,000 habitants sont bien desservies. »

Vous allez en juger.

La commune de Tessenderloo possède :

		3,632 hab. et a 1 méd.	
—	de Diepenbeek	3,465 —	1 —
—	de Lummen	3,038 —	1 —
—	d'Alken	3,100 —	2 —
—	de Lommel	3,075 —	1 —
—	de Zonhoven	2,711 —	2 —

et ainsi des autres communes.

Puis arrivent :

La commune de Pael	2,287 hab., pas de médecin.	
— de Hoesselt	2,252 —	—
— de Genck	2,209 —	—
— de Zolder	2,084 —	—

etc.

Il résulte de ces renseignements officiels que, dans la plupart de ces communes *bien desservies*, il n'y a qu'un médecin, et que d'autres, à peu près de même importance, n'offrent pas assez de ressources pour y permettre l'existence à un seul praticien.

Comment le cumul pourrait-il être interdit dans de semblables conditions, et que deviendraient alors les malades de ces localités?

La Belgique, malgré les incessants progrès de la civilisation actuelle, n'est pas encore arrivée à ce point de bien-être pour permettre au législateur d'interdire partout au médecin la distribution des médicaments pris dans l'officine du pharmacien; il ferait une œuvre mauvaise en n'accordant pas cette faculté, là où les autorités compétentes, c'est-à-dire les commissions médicales provinciales et les députations permanentes en reconnaissent la nécessité dans l'intérêt public.



Mon honorable contradicteur attribue aux villes de *Brée* et de *Herck-la-Ville* deux pharmaciens, tandis qu'il n'y en a qu'un dans chacune de ces communes.

Il en est de même pour les médecins, M. Van Bastelaer compte pour *Stevooort* deux médecins, tandis qu'il n'y en a qu'un, et deux pour *Bourg-Léopold*, alors qu'il n'y en a qu'un seul, qui est en même temps médecin-militaire, attaché au camp de Beverloo.

Pour la ville de Hasselt, il compte huit pharmaciens, tandis qu'il n'y en a que six qui tiennent officine, et dix médecins, alors qu'il n'y a que sept médecins civils, deux médecins militaires et un qui ne pratique pas.

A Saint-Trond sont attribués huit médecins, or il n'y en a que sept, et à la ville de Tongres, tantôt sept, tantôt huit, alors qu'il n'y en a que six, et ce qui est moins compréhensible, notre honorable collègue ajoute que deux d'entre eux cumulent. Or, le cumul n'a jamais existé dans cette ville.

Les données fournies tant pour les chiffres de la population des communes, que pour celui des praticiens, sont donc insuffisantes pour nous éclairer, ainsi que pour prouver l'abus du cumul.

En prenant le chiffre de la population pour base, il faudrait le varier à l'infini, d'après les différentes localités d'une province et d'après les provinces elles-mêmes, et j'estime en conséquence qu'il y a lieu de l'abandonner et d'en revenir à la proposition que j'avais faite au sein de la commission, mais qu'elle n'avait pas admise. Elle ralliera, je l'espère, autour d'elle, la généralité des membres de l'Académie.

Cette proposition visait à l'interdiction du cumul dans les communes où sont établis au moins trois médecins, car

dans ces localités les ressources paraissent suffisantes pour permettre l'existence d'un ou de plusieurs pharmaciens à côté des médecins.

Cette base, messieurs, s'accorde parfaitement avec les différents amendements proposés à l'avant dernière séance de l'Académie, et même avec celui de l'honorable M. Van Bastelaer; elle concorde avec l'article 6 de la loi de 1818, avec l'arrêté royal du 31 mai 1880 et plus particulièrement avec la proposition de M. Gille, ainsi qu'avec une décision prise, en 1846, par l'Académie qui adopta, à cette époque, l'amendement de Guislain, qui était ainsi conçu : « Je demande qu'on exécute la loi de 1818, et que le gouvernement indique nominativement, sur la proposition des commissions médicales provinciales, les communes qui ne seraient point comprises au nombre de celles qu'il considère comme appartenant au plat-pays. »

Toutefois, dans les localités où, d'après l'arrêté royal de 1880, il n'y a pas de commission médicale locale, et dans celles où il n'y a pas au moins trois médecins, ou deux médecins et un pharmacien, la députation permanente, d'accord avec la commission médicale provinciale, *pourra* autoriser le cumul, si l'importance des communes et les ressources de la population ne permettent pas la coexistence du médecin et du pharmacien.

Cette manière de voir me semble concilier les intérêts du public et ceux des corps médicaux et pharmaceutiques. Il y aurait de cette façon une limite nettement tranchée où le cumul ne serait plus permis, et en-dessous de celle-ci, il ne serait toléré que là où la nécessité serait reconnue par les commissions médicales, dont la sagacité et l'impartialité doivent nous inspirer confiance, d'autant plus qu'elles

renferment dans leur sein l'élite des praticiens qui, choisis dans toutes les parties de la province, sont le mieux à même, avec la députation permanente, de connaître les besoins et les ressources de chaque localité.

Le paragraphe 1<sup>er</sup> serait donc modifié de la manière suivante :

« Aucune branche de l'art de guérir ne sera exercée cumulativement avec la pharmacie.

» Toutefois, dans les communes où il n'existe pas de commission médicale locale, et dans celles où il n'y a pas au moins trois médecins ou deux médecins et un pharmacien, la Députation permanente peut, de l'avis conforme de la commission médicale provinciale, autoriser les médecins à préparer eux-mêmes les médicaments magistraux et à les délivrer à leurs malades, si les ressources de la population ne permettent pas la coexistence du médecin et du pharmacien. »

(Le reste comme aux conclusions du rapport.)

**M. Warlomont.** — Messieurs, si je m'en rapporte au texte même de la lettre ministérielle qui a été le point de départ de ce débat, ce dont il s'agit en ce moment, ce n'est pas de savoir si le cumul de la pharmacie et de la médecine doit être empêché de fait et d'une manière absolue, conformément à la loi ; mais, au contraire, de rechercher la manière d'éluder cette dernière, dans les conditions spéciales où peuvent se trouver les porteurs de diplôme de docteur en médecine.

En 1867 et 1868, la même question s'est débattue au sein de cette assemblée, où l'avait introduite l'initiative d'un de ses membres, l'honorable M. Crocq. Notre président actuel l'avait ainsi précisée (1) :

(1) *Bulletin*. 1867, p.599.

« Il y a certainement, dans le droit qu'ont les médecins  
 » de campagne de délivrer les médicaments à leurs ma-  
 » lades, une violation du principe qui veut que la phar-  
 » macie soit une branche complètement séparée de toutes  
 » les autres ; mais, autant il est désirable d'appliquer rigou-  
 » reusement ce principe là où il est possible de le faire,  
 » autant il serait absurde de vouloir l'établir là où il est  
 » impossible. »

C'était réclamer ouvertement, on le voit, une application nouvelle de la reconnaissance des maux nécessaires. Vainement M. le docteur Graux s'était-il écrié qu'« il était  
 » déplorable de voir à la campagne des médecins transpor-  
 » tant avec eux des médicaments et les distribuant à tort  
 » et à travers à leurs malades, » la nécessité de cette pratique *déplorable* avait passé en article de foi. La question de principe avait été à peine abordée.

A quinze ans de distance, les choses semblent devoir encore se passer de même. La réglementation d'un abus qualifié de « déplorable » paraissait avoir seule préoccupé la commission, et c'est à peine si l'un des membres de cette assemblée, en quelques mots, en disant plus à la vérité que bien des pages, avait rappelé l'historiette des haricots dans leurs rapports avec le choléra, en demandant comment il se pouvait faire que le cumul, mauvais pour les wallons, pût être si bon pour les flamands.

De son côté, M. Van Bastelaer, dans un premier travail, avait étudié la question au point de vue de la statistique, et en était arrivé à apporter ici les conclusions que vous savez.

Le débat semblait devoir se traîner dans ces modestes ornières, quand un incident insignifiant, une ombre de



provocation, amena M. Van Bastelaer à prendre une attitude nouvelle. Dans un second travail, non moins étudié que le premier, notre honorable collègue de Marcinelle prend le taureau par les cornes : « Je m'étais, dit-il, montré jusqu'ici fort discret. J'avais commencé mon discours en » déclarant que, *décidés à sauvegarder les positions acquises* » *légalement*, nous pouvions tous marcher carrément dans » la voie des réformes pour l'avenir, sans aucune préoccupation des intérêts personnels. Mais ce serait manquer » à nos devoirs que de ne pas demander au gouvernement » de supprimer ces abus et de faire une loi assez juste et » assez sévère pour que nos successeurs n'aient pas à refaire notre besogne, et à admettre de nouveau eux-mêmes » toute une série de positions acquises établies sur de nouveaux abus. »

Cette attitude vaillante demande à être encouragée. Qu'est-ce, en effet, que ce cumul de la médecine et de la pharmacie, à la façon dont il s'exerce, au nom de l'intérêt de la société? Voici un jeune docteur en médecine, en chirurgie et en accouchements, il vient de décrocher son diplôme et n'a qu'un désir, celui de pratiquer son art avec dignité et indépendance. C'est en Flandre qu'il va se fixer. Il est nouveau venu, et incontinent tout le vieux stock des incurables vient à lui. Il examine, interroge, ausculte, touche, sonde, percute et prescrit; et tout est dit pour lui. D'honoraires, on ne lui en parle point, et quand, timide et rougissant, il réclame ce qui lui est dû, on lui répond qu'on ne lui doit rien, que les médicaments fournis seuls se paient. Quelles que fussent ses résolutions premières, il est pris dans l'engrenage, malgré tout son dégoût, et au bout de la semaine, la commune compte un cumulard de plus.

Nous allons le retrouver dix ans plus tard : il part le matin, sa consultation faite à son cabinet, avec débit de petites ou de grosses bouteilles, pour visiter sa clientèle rurale, à pied, à cheval ou en voiture. Il s'en va à deux, trois, quatre, dix kilomètres et plus, distribuant avis et drogues. Un cas spécial, inattendu, se présente-t-il, il n'a pas sur lui les médicaments voulus, et, soit qu'il les prescrive pour être délivrés par la personne qui tient sa maison, où il ne rentrera que le soir, soit qu'il se réserve de les préparer au retour, le client n'y trouve ni sécurité ni prestesse.

Je n'insiste pas. Tout cela a été dit et redit bien des fois, et M. Van Bastelaer vient de le redire encore. Je ne chercherai donc pas à prouver une fois de plus que le cumul, tel qu'il se pratique dans certaines de nos provinces, est un mal, presque un scandale, ce serait inutile, et je répugnerais, je l'avoue, à dire un seul mot qui pût blesser nos vaillants confrères de la campagne, qui, en somme, ne sauraient être faits responsables d'une situation qu'ils n'ont pas créée. Ce que je veux dire cependant, parce qu'il ne faut pas que le gouvernement l'ignore, c'est qu'il y a là une plaie sociale qu'il faut s'efforcer de cicatriser, au lieu d'y apporter des amendements propres à en perpétuer l'existence.

C'est ce que l'Académie fera bien, je pense, de faire remarquer au gouvernement, au lieu de se borner à lui donner la formule que celui-ci lui demande et qui l'induirait, si elle la livrait simplement, à se faire la complice d'une pratique qu'elle ne saurait approuver. Je voudrais donc que la réponse réclamée par M. le ministre de l'intérieur comprît, comme introduction, le vœu que toutes mesures fussent prises, tous droits acquis réservés, pour en arriver,

par voie d'extinction, à l'interdiction du cumul, aussi absolue que le permet l'intérêt public.

Quelles mesures l'Académie devra-t-elle lui recommander dans cette vue? Il en est plus d'une dont il a déjà été question et sur lesquelles je me permettrai de revenir, soit pour arriver à une extinction totale, soit pour rendre, en attendant, le cumul moins dommageable là où il devra être momentanément respecté.

Entendons-nous bien d'abord. M. Crocq a dit, en 1868<sup>(1)</sup>, ces mots, que nous retenons parce qu'ils dépeignent bien la situation : « La séparation est de principe; mais si l'on » se trouve dans des localités où les populations sont trop » pauvres pour pouvoir payer à la fois le médecin et le » pharmacien, il faut compter avec elle. »

Toute la question est là, en effet. Il s'agit de rechercher quelles sont les localités où cette misère existe réellement à un tel degré, et de faire pour elles ce qui convient. Mais c'est la seule considération sur laquelle il faille s'appuyer désormais. Aucune autre ne me saurait toucher, et lorsque le même orateur dit — et ici c'est la misère intellectuelle qu'il fait intervenir — « qu'il faut compter avec les localités » où les mœurs sont telles que, depuis des siècles, on est » habitué à ce que les médicaments soient donnés par le » médecin; où l'on considère, par tradition, le médecin » autant comme un distributeur de drogues que comme » un homme donnant des conseils », je me regimbe et je dis : non, il ne faut pas compter avec ces localités, ni capituler, à leur profit, avec les principes; il faut les éclairer — on l'a bien fait en matière de vaccine et de revaccination, — et les forcer à entrer dans la raison commune. Je me

(1) *Bulletin* 1868, p. 60.

résume : à l'exception des localités où les ressources sont réellement insuffisantes, et elles se font de plus en plus rares, je voudrais m'appuyer sur ce principe que je crois vrai : si le cumul n'existait pas, il ne faudrait pas l'inventer.

Restent les droits acquis. M'est avis qu'il faut les respecter dans toute leur plénitude et procéder par simple voie d'extinction. Laissez donc, dirais-je volontiers au gouvernement, disparaître un à un les possesseurs de ces droits et ne les remplacez que là, où, après une instruction minutieuse, vous aurez reconnu que la misère — matérielle — rend ce remplacement indispensable. Et comme corollaire, découragez les compétiteurs. Je sais qu'on me montrera comme conséquence, le reflux des praticiens vers les grands centres, mais c'est trop oublier la grande loi de l'offre et de la demande. Rendez donc de plus en plus difficile l'accès au cumul, et vous avez pour cela l'excellent moyen, à deux tranchants, que, dans un autre ordre d'idées, je dois le reconnaître, M. Depaire a recommandé : obligez les candidats à subir un examen spécial sur les préparations pharmaceutiques magistrales et vous aurez fait d'une pierre deux coups. C'est même de ce point de vue seul que j'en attends quelque chose. M. Van Bastelaer ne nous l'a-t-il pas dit? « Le médecin prépare rarement lui-même ses » médicaments. Les inspecteurs des pharmacies vous diront » que le préparateur ordinaire est un pharmacien en » jupons, dame ou cuisinière; or, cela étant, ne voit-on » pas que, cet examen spécial, ce n'est pas au docteur qu'il » faudrait l'imposer? »

Que de méditations tout cela ne suscite-t-il pas ! Voici un médecin voyant un malade à dix kilomètres de son domi-



cile. Il y a des médicaments à lui faire prendre et le médecin ne les a pas sur lui ; le mari, la femme, le frère, le fils du malade s'élancent à travers des océans de soleil, de pluie ou de neige pour aller s'en pourvoir. Si le remède est innocent, c'est pitié vraiment, et, s'il est actif, où est la sécurité ?

Messieurs, le rapport conclut à l'admission du cumul dans toutes les communes à telle population déterminée ; cette base, mal défendue, est bien près, je pense, d'être abandonnée, vu les appétits et les exigences qui se sont, d'ores et déjà, manifestées, et qui, à quel chiffre qu'on montât, n'y trouveraient pas satisfaction. Quoi qu'il en soit, les conclusions du rapport maintiennent le chiffre maximum de 4,000 âmes et chargent les députations permanentes, de l'avis conforme des commissions médicales, de donner des autorisations dans ce sens. Mais on nous l'a dit, s'il s'agit des députations, on sait que chaque cas ne demande qu'à se transformer en question politique ; et s'il s'agit des commissions médicales, on ne saurait perdre de vue que, dans les provinces où le cumul existe, beaucoup de membres seraient juges et parties.

M. Van Bastelaer en conclut que c'est par le Gouvernement que les dispenses devront être délivrées, et ici je suis encore complètement de son avis. Je crois personnellement que le pouvoir ministériel, si discrétionnaire et si autoritaire qu'il se montre parfois, est toujours moins à craindre — sa responsabilité le retient — que l'autorité de collèges où cette responsabilité n'existe pas, parce qu'elle est multipersonnelle. Je me sépare seulement de M. Van Bastelaer sur deux points de détail ; là où il demande l'avis conforme, je demande l'avis simple. Et, en effet, si la

commission disait *oui* et la députation *non*, comment ferait le Gouvernement pour se conformer à la fois à l'un et à l'autre?

Dans le paragraphe suivant, il est dit que : « dans les » trois mois qui suivront la promulgation de la loi, les listes » des communes où le cumul pourra être autorisé seront » dressées »; je préférerais la rédaction suivante :

« Dans l'année qui suivra la promulgation de la présente » loi, les listes des praticiens qui seront autorisés à délivrer » des médicaments à leurs malades seront dressées, avec » indication des communes ou des agglomérations où ils » pourront exercer ce cumul.

» Les praticiens justifiant de deux années au moins de » jouissance du cumul figureront de droit sur ces listes et » et n'en pourront être biffés aussi longtemps qu'ils séjour- » neront dans la même localité. Ceux dont les noms y » seront ajoutés n'y figureront qu'à titre révocable en » tout temps, et n'y pourront être inscrits que sur la pré- » sentation d'un certificat d'examen supplémentaire sur les » préparations magistrales, subi avec succès.

Chaque demande d'inscription devrait ainsi faire l'objet d'une instruction spéciale de la part du Gouvernement. On éviterait de la sorte la création de pépinières faisant souche de droits acquis, qu'il faudrait respecter encore une fois pendant un demi-siècle, et l'on épargnerait à telles ou telles agglomérations flamandes le stigmate de la misère — matérielle ou intellectuelle — sur laquelle on voudrait s'appuyer pour leur faire une situation qui serait humiliante bien plutôt que privilégiée.

Messieurs, si j'en crois des propos de couloir qui ont péniblement frappé mon oreille, le débat actuel, pour quel-

ques personnes, se résumerait en une querelle d'intérêts professionnels : médecins contre pharmaciens. Ce propos malheureux a été tenu. En m'associant aux idées exprimées par M. Van Bastelaer, et en signant les amendements qu'il nous présentera de concert avec M. Gille, et sur lesquels nous sommes tombés d'accord, je le réduirai à sa valeur au moins en ce qui me concerne. Je répugne à la pensée que semblable querelle puisse se vider sur le terrain académique.

Je proteste également contre cette autre idée, trop souvent exprimée, que l'Académie serait la gardienne naturelle des intérêts du corps médical. C'est un vieux cliché à effacer. L'Académie plane au-dessus des intérêts personnels, soit des médecins, soit des pharmaciens, pour ne se préoccuper que de l'intérêt public. Les droits acquis trouveront ici, j'en ai l'espérance, un unanime appui ; mais je me garderai de fournir au gouvernement, contrairement aux intérêts de la société et au mépris de la dignité professionnelle, la recette de fromages plantureux devant servir à procurer jusqu'à la fin des siècles, à nos amis et à nos arrière-neveux, la nourriture, le chauffage et le logement.

C'est en conformité de ces idées que sont conçus les amendements qui portent la signature de MM. Van Bastelaer et Gille, ainsi que la mienne, et dont M. Van Bastelaer donnera lecture immédiatement, si l'Académie le désire.

**M. Mascart.** — Dans l'état actuel de la discussion, après les discours que nous avons entendus, je me bornerai à vous présenter quelques considérations pour motiver le vote que j'émettrai sur les propositions qui nous sont soumises.

En principe, je suis opposé au cumul de la pratique de

la médecine et de la pharmacie ; je persiste ainsi dans l'opinion que j'ai exprimée en 1846 (1), lorsque l'Académie a délibéré une première fois sur la question qui nous occupe.

Il existe une certaine incompatibilité entre la pratique de ces deux branches de l'art de guérir.

Le médecin établi dans les localités peu peuplées doit parcourir de longues distances pour visiter quelques malades ; ces visites absorbent son temps au point qu'il est souvent forcé d'ajourner, au détriment de ses malades, la livraison des médicaments qu'il prescrit.

En rentrant à son domicile, après une journée de fatigue et de privations, le praticien est peu disposé à consacrer à la préparation des remèdes les soins nécessaires. Et quel temps lui reste-t-il, dans de semblables conditions, pour se livrer à l'étude et se tenir au courant du progrès de la science ?

Au surplus, on a contesté avec raison l'aptitude du médecin à se substituer au pharmacien, en ce qui concerne l'exécution des prescriptions médicales.

L'autorisation pour le médecin de fournir des médicaments à ses malades soulève une question de dignité professionnelle.

Il est dangereux et contraire à la morale de placer l'homme entre les inspirations de sa conscience et son intérêt personnel.

Telle est cependant la situation qui est faite au médecin qui délivre des médicaments à ses clients.

Il n'est pas dans l'intérêt du malade qu'on lui administre trop fréquemment des remèdes : selon un grand nombre de praticiens, à peine est-il nécessaire, terme moyen, de

(1) *Bulletin*, t. V, p. 290.



prescrire une fois sur six visites. Le médecin, qui est placé en pareil cas entre son devoir qui est de s'abstenir de prescrire et son intérêt qui est de toujours prescrire, se trouve incontestablement dans une position fausse et délicate.

L'abus que les médecins font de l'autorisation qu'ils ont de délivrer des médicaments dans un but mercantile est sans doute peu répandu, mais il suffit qu'il soit possible et qu'il puisse se pratiquer sans contrôle pour justifier les propositions qui nous sont faites en vue de le renfermer dans de justes limites.

Sous la réserve de me rallier à certains amendements qui seraient présentés au cours de la discussion, je voterai l'ensemble des conclusions de la commission.

**M. Van Bastelaer.** — Messieurs, je félicite d'abord M. Willems d'être revenu aux idées qu'il avait professées dans le principe. Nous sommes aujourd'hui unanimes pour admettre que le chiffre d'habitants des communes est si variable qu'on ne peut s'y arrêter.

M. Willems propose toutefois de ne défendre le cumul que dans les communes où se trouvent trois médecins ou deux médecins et un pharmacien. Or, nous nous occupons, nous, des agglomérations et non des communes. Nous basant sur cette considération que la clientèle ne se compose pas des habitants d'une seule commune, mais de ceux de toutes les communes adjacentes, nous demandons que là où se trouve le corps médical dont parle M. Willems, la défense s'étende aux communes environnantes.

L'honorable M. Willems a laissé entendre que dans le discours que j'ai prononcé, j'avais en vue la rivalité des médecins et pharmaciens. Je proteste contre cette interprétation de ma pensée, je n'ai eu en vue que le bien-être

général, et rien de ce que j'ai dit ne peut justifier ce que mon honorable contradicteur a semblé vouloir énoncer.

**M. Willems** a critiqué aussi quelques chiffres des nombreuses statistiques que j'ai exposées. Je ne discuterai pas chacun de ces chiffres; je me bornerai à dire qu'ils sont extraits de la liste officielle.

**M. Willems.** — Mes chiffres sont extraits de la liste officielle dressée par la députation permanente et la commission médicale de la province du Limbourg pour 1883.

**M. Van Bastelaer.** — Nous avons puisé à la même source; il y a donc une erreur.

**M. Warlomont.** — Qu'importe d'ailleurs?

**M. Willems.** — Il n'y a pas seulement erreur, mais aucun chiffre n'est pour ainsi dire exact. En ce qui concerne la population, j'ai emprunté mes données à l'exposé administratif de la province du Limbourg, qui a été publié il y a quinze jours, et presque tous les chiffres cités par **M. Van Bastelaer** sont en désaccord avec les chiffres officiels. Il en est de même pour la liste générale officielle des personnes admises à l'exercice de l'art de guérir, dont voici un exemplaire d'après lequel je vous prie de vérifier.

**M. Van Bastelaer.** — Vous exagérez. Nous avons puisé à la même source pour les gens de l'art. D'où vient l'erreur?

**M. Willems.** — Je n'y attache pas grande importance, du reste.

**M. Van Bastelaer.** — Moi non plus. Quant à la population, **M. Willems** pourrait prendre plusieurs publications dites officielles et y trouver des différences de 20, 30, 100 habitants, sans qu'il y ait rien d'étonnant. Je n'insiste donc pas.

Je vais maintenant vous donner lecture des amendements que MM. Warlomont, Gille et moi, vous proposons et qui modifient ceux que j'avais présentés moi-même et qui ont été imprimés.

« Art. I. La pharmacie ne peut être exercée cumulative-ment avec une branche quelconque de l'art de guérir. »

La formule est modifiée, mais l'idée est la même. Ceci est plus simple.

« Art. II. Toutefois, et par mesure transitoire applicable seulement à certaines localités ou agglomérations où les ressources générales ne permettent pas la coexistence du médecin et du pharmacien, cette interdiction sera tempérée comme suit. »

Remarquez qu'ici j'ai abandonné l'idée de séparer la Belgique en différentes provinces, ce qui entraînait une complication trop grande. Après avoir étudié à ce point de vue les différents chiffres, je suis arrivé à cette conviction que l'application du principe exprimé au 1<sup>er</sup> §, conduira directement à la suppression complète du cumul, dans le Hainaut, la province de Namur, la province de Liège et dans la plus grande partie du Brabant. Certaine partie du Brabant se rapproche encore de l'état des Flandres.

« § 1. Quand, dans une même commune ou dans deux communes contiguës, deux médecins et un pharmacien seront établis, le cumul sera, par le fait, interdit dans ces communes et dans toutes celles qui y sont contiguës, sous les réserves exprimées aux §§ 2, 3, 4 et 5. »

Vous remarquez que le principe émis par M. Willems est le même, sauf que nous ajoutons, et dans les communes contiguës :

« § 2. Dans les autres localités, le gouvernement, après

avoir pris l'avis de la députation permanente et de la Commission médicale provinciale, pourra autoriser des docteurs en médecine, sur la présentation, par ceux-ci, d'un certificat d'examen subi avec succès sur les préparations magistrales, à faire celles-ci et à les délivrer à leurs malades. Cette autorisation sera personnelle et pourra être révoquée en tout temps. »

C'est ma proposition avec l'adjonction de l'examen.

« § 3. Pendant l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, les listes des praticiens qui seront autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades seront dressées par le Gouvernement, avec indication des communes ou des agglomérations où ils pourront exercer le cumul. Les praticiens justifiant de deux années au moins de jouissance légale du cumul, figureront de droit sur ces listes, aussi longtemps qu'ils séjourneront dans ces localités. »

Nous avons augmenté le temps accordé au Gouvernement pour publier ces listes. Au lieu de 3 mois, nous mettons une année. Étant données les lenteurs administratives, une année sera probablement nécessaire. »

« § 4. Le cumul ne pourra pas être autorisé dans une commune où une officine pharmaceutique existe depuis plus de deux ans, ni dans les communes contiguës. »

C'est la contre-partie de ce que contient le § précédent. Les droits acquis des médecins et des pharmaciens sont donc sauvegardés respectivement dans chacun de ces deux paragraphes.

« § 5. Les médecins autorisés devront acheter leurs médicaments à l'état de préparations officinales, chez un pharmacien établi, ce dont celui-ci devra justifier au besoin par la production des factures. Les quantités vendues par lui



seront inscrites journellement sur un registre spécial.

» En cas d'action judiciaire, le médecin pourra toujours dégager sa responsabilité en administrant la preuve de l'origine régulière, de l'identité des produits et de leur bonne conservation dans son dépôt. »

Je dépose ces amendements sur le bureau.

**M. Gille.** — Les décisions prises par l'Académie dans sa dernière séance, à propos du stage pharmaceutique, ont un rapport direct avec la question que nous avons à débattre aujourd'hui, et il faut nécessairement se les rappeler pour bien apprécier l'importance que l'on doit attacher aux manipulations pharmaceutiques qui se font à l'officine.

A l'unanimité, nous avons reconnu qu'il était nécessaire d'exiger du pharmacien un examen spécial pour constater ses aptitudes à préparer les recettes des médecins et nous avons décidé, en outre, qu'il était nécessaire de lui imposer une année de stage après l'obtention du diplôme de pharmacien.

Le médecin qui délivre lui-même les médicaments à ses malades doit à la société les mêmes garanties que le pharmacien pour la qualité et la bonne préparation des médicaments, et pour cela on doit exiger de lui le même examen de stage que celui imposé aux pharmaciens.

Comme je l'ai dit en 1868, on ne peut faire moins pour les populations rurales que pour les animaux. Or, les médecins vétérinaires sont exercés pendant deux ans à la pratique des préparations magistrales et à constater l'identité et la pureté des médicaments; ils sont ensuite, d'après la loi, soumis à un examen pratique. On ne peut raisonnablement soutenir que ce que le législateur a reconnu utile pour le médecin vétérinaire ne le soit pas pour le méde-

cin, car ce serait arriver à cette conclusion : que les habitants des campagnes méritent moins de sollicitude que les animaux domestiques.

Dans l'armée les médecins sont également exercés aux manipulations pharmaceutiques.

Il est donc utile, comme notre honorable collègue M. Depaire l'a proposé, d'instituer un *examen de stage* pour les médecins qui veulent délivrer des médicaments à leurs malades. Cet examen devrait être aussi sérieux que celui exigé des pharmaciens et il devrait être subi devant des hommes expérimentés.

Je ne me dissimule pas ce que cet examen aurait de préjudiciable aux pharmaciens, mais il s'agit ici de l'intérêt public, de l'intérêt de la santé des habitants des campagnes et celui-là doit passer avant celui des pharmaciens ou des médecins.

Un mot maintenant sur ce qui se fait actuellement en France.

L'Académie a intérêt à être éclairée par ce qui vient de se produire à la Chambre des députés, au sujet de ce qui nous occupe en ce moment ; je vais lui faire connaître le passage du rapport fait, au nom de onze députés, par un médecin, M. le d<sup>r</sup> Naquet, le professeur de chimie dont vous connaissez tous la réputation. Voici cet extrait.

« La loi du 21 germinal, an XI, étant muette sur le point de savoir si l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie est actuellement permis aux personnes pourvues des deux diplômes, il en est résulté de graves abus. Il est toujours mauvais de placer un homme entre son intérêt et sa conscience, et le médecin, qui cumulera avec la profession médicale celle de pharmacien, aura toujours intérêt à

vendre aux malades des médicaments dont ceux-ci n'auront nul besoin. Il pourra même, abusant de la crédulité publique, abaisser le prix de ses consultations ou le supprimer tout à fait et faire ainsi vis-à-vis de ses confrères, acte de concurrence déloyale. S'il ne se livre à aucune de ces pratiques **repréhensibles**, s'il exerce honorablement sa double profession, il sera soupçonné, et ces soupçons ne peuvent qu'abaisser le corps médical. A tous les points de vue, il est donc bon de réparer l'omission de la loi de germinal, en obligeant les médecins qui sont en même temps pharmaciens à opter entre la profession médicale et la profession pharmaceutique et en leur interdisant d'exercer les deux à la fois.

» Cette interdiction se justifie d'autant plus qu'en fait la profession de pharmacien astreint, dans une large mesure, celui qui l'exerce, à rester dans sa pharmacie, tandis que celle du médecin oblige, au contraire, celui-ci à être le plus souvent au dehors auprès de ses malades ; il y a donc entre elles une naturelle incompatibilité.

» Les mêmes raisons morales qui nous ont portés à interdire l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie devaient également nous conduire à prohiber toute association entre un médecin et un pharmacien en vue de vendre des médicaments. »

Ce passage du rapport de M. Naquet, s'applique évidemment à tous les médecins qui délivrent des médicaments à leurs malades, qu'ils aient ou non le diplôme de pharmacien, et quant à ceux qui n'ont pas ce dernier diplôme, ils présentent en plus, les dangers inhérents à l'inexpérience et pouvant amener des accidents, des empoisonnements.

Que de fois, Messieurs, j'ai prévenu de ces accidents pen-

dant la période de plus de trente années que j'exerce aux manipulations nos aspirants vétérinaires! Et s'il en est ainsi pour les médecins vétérinaires, peut-il en être autrement pour les médecins de l'homme? Jugez-en. Pour vous en donner un exemple, je vous dirai que, depuis notre dernière séance, j'ai vu donner 500 grammes d'émétique pour 500 grammes de crème de tartre. Heureusement, je m'en suis aperçu assez tôt, pour prévenir tout accident; l'auteur de cette erreur de nomenclature avait cependant fait, comme les médecins, les cours de pharmacologie et de chimie.

Les députés français, tenant compte des situations, ont cependant proposé, dans leur projet de loi, un article ainsi formulé :

« Art. 8. En cas de péril urgent, et aussi dans tous les cas où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte à une distance de six kilomètres *du domicile du malade*, les médecins peuvent fournir des médicaments à leurs clients, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte.

» La même exception sera applicable aux vétérinaires dans les mêmes conditions. »

En terminant je crois devoir faire connaître à l'Académie que depuis notre dernière séance j'ai reçu, en qualité de président honoraire de l'Association générale pharmaceutique de Belgique, deux lettres m'annonçant que deux médecins du Hainaut, habitant des communes ayant un pharmacien (Ghlin et Silly), ont commencé à tenir officine depuis que le gouvernement a demandé les avis de l'Académie, des commissions médicales et du conseil supérieur d'hygiène. Ces faits vous démontrent, messieurs, l'utilité de prendre des mesures pour faire respecter les positions acquises



aussi bien pour les pharmaciens que pour les médecins.

**M. Kuborn.** — On a dit d'excellentes choses, mais je trouve que dans tout ceci l'on a un peu dépassé le but. Il semble qu'après s'être mis d'accord sur le principe absolu de la séparation de la médecine et de la pharmacie, on veuille dresser un acte d'accusation contre les médecins qui livrent des médicaments et rendre le cumul impossible dans les localités où il est indispensable.

La médecine et la pharmacie sont deux professions essentiellement distinctes. Il n'y a pas une voix discordante à ce sujet.

Il y a plus : je déclare qu'au point de vue moral, au point de vue de la compétence, il n'y a pas lieu d'admettre, qu'en pratique, un médecin puisse être un bon pharmacien. Mais s'agit-il de faire d'un médecin un pharmacien ? Nullement.

Je ne sais jusqu'à quel point on réalisera jamais le principe de la liberté complète des professions ; les tendances sont à cela néanmoins. Mais pour ne considérer que notre législation, rappelons simplement que nul ne peut exercer la pharmacie s'il n'est diplômé comme pharmacien ; nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est diplômé comme médecin. Telle est la règle.

Dans ces conditions il faut examiner si la pratique permet toujours d'observer partout cette prescription légale. Vous le savez, dans beaucoup de localités, cela est impossible.

S'agit-il d'intérêts professionnels dans l'espèce ? Oui, beaucoup dans l'esprit des intéressés. Mais n'insistons pas trop ; les médecins auraient beau jeu ici.

Je ne parle pas des pharmaciens honnêtes et dignes, mais de ceux, en trop grand nombre, qui, au vu et au su

des autorités, par affiches, par annonces, publient des remèdes contre telle ou telle affection et en débitent en dépit des prescriptions légales. A cet égard, il y aurait certes lieu de demander une loi protectrice des intérêts professionnels de la médecine et contre la bêtise humaine. Nous laissons là ce côté de notre sujet. Les orateurs qui ont pris la parole ont eu raison de dire que la question des intérêts professionnels doit être mise à l'écart, que nous ne devons nous occuper que de ceux de la santé publique. Eh bien, là où il est démontré que la coexistence du médecin et du pharmacien est impossible, il faut y appeler le médecin et non le pharmacien. Or, on veut imposer au médecin un examen constatant qu'il est apte à préparer les médicaments. A quoi bon, puisqu'on veut que les préparations soient faites dans une pharmacie ? Nous souscrivons à cette condition ; mais dès lors pourquoi soumettre le médecin à un examen pharmaceutique ? Il y a plus : le médecin autorisé ne délivre de médicaments qu'à sa clientèle ; il les prescrit à sa convenance, sous sa responsabilité, sans que personne ait le droit de s'immiscer dans sa thérapeutique. J'ajoute qu'en dehors d'une trentaine ou d'une quarantaine de médicaments dans lesquels il a mis sa confiance, le médecin, dans sa pratique, ne se soucie guère d'autres médicaments préconisés dans les journaux de médecine, dans les feuilles publiques ou même inscrits dans les pharmacopées.

Un tel examen n'a donc aucune raison d'être à nos yeux.

Je demanderai aux honorables membres qui veulent soumettre le médecin à l'examen de pharmacien, à un stage pharmaceutique, s'ils ont bien réfléchi à l'étendue des études médicales.

On disait dans cette enceinte qu'en Belgique ces études ont la valeur des études médicales faites dans les pays les plus avancés. C'est très exact; la durée des études est aussi longue en Belgique que n'importe où; elle est même plus longue. Mais ces études, en Belgique même sont-elles suffisamment complètes? Nullement; il y a de regrettables lacunes dans notre enseignement.

Ainsi, l'étude des maladies des enfants à la mamelle est forcément négligée dans nos facultés. A la Chambre des Représentants, M. Wagener, qui a été recteur de l'Université de Gand, disait qu'à Gand la clinique des enfants à la mamelle n'existe pas. Il est certain que dans les autres Universités elle n'existe pas davantage. De là résulte qu'en sortant de l'université, le jeune médecin n'a point de pratique des maladies de la première enfance; qu'il n'acquiert de l'expérience qu'au prix de la santé, de la vie de ses premiers petits malades. Sans doute, une telle clinique est difficile à organiser, parce qu'il faudrait hospitaliser les mères; il y aurait deux personnes à entretenir à l'hôpital au lieu d'une, ce dont le budget ne s'accommoderait guère. Et, conséquence plus grave, qui donc soignerait le foyer domestique? On ne peut enlever la mère à celui-ci. En France on a trouvé le moyen de faire face à ces exigences. Il n'y a pas que la consultation faite le matin au cabinet de l'hôpital : les élèves du dernier doctorat sont sériés par semaine ou par mois et chargés de donner à domicile des soins aux enfants qui ne peuvent plus être présentés à la consultation, et cela sous la direction du professeur et de médecins de l'assistance publique.

La médecine légale est-elle sérieusement enseignée en Belgique? Comme le disait M. Wagener, elle l'est parfaitement

en Allemagne, et nous ajoutons : mieux encore en France.

Pour donner cet enseignement d'une manière efficace, il ne suffit pas d'un cours oral. Il faut pratiquer des autopsies spéciales; faire de la clinique à la morgue; il faut, lorsque les convenances du parquet le permettent, faire assister les élèves aux autopsies médico-légales. Il faut enfin expérimenter au laboratoire sur les animaux; ces laboratoires, où sont-ils?

La médecine légale est enseignée de cette façon par M. Brouardel, à Paris et ailleurs.

Enfin l'histoire de la médecine et des doctrines médicales est rayée, on ne sait trop pourquoi, du programme de la Faculté; l'épidémiologie qui a pris tant d'importance aujourd'hui, à laquelle on érige des chaires spéciales en France, en Angleterre, en Allemagne, en ont-elles chez nous?

Et l'enseignement complet et pratique de l'hygiène, où est-il? Voilà bien des lacunes dans l'enseignement. Et lorsqu'il reste tant à faire on prétendrait soumettre les médecins à un examen de pharmacien!

Déjà les praticiens refluent dans les villes; ils devraient être attirés vers les campagnes; l'examen aurait pour effet de les en écarter. Il y a la lutte pour vivre. On craint de voir ces praticiens de campagne mourir de faim, parce qu'ils n'auraient plus l'appoint des ressources que leur vaut la délivrance de médicaments.

A cet égard, le gouvernement n'a pas lieu d'être embarrassé; il pourrait supprimer la délivrance des médicaments, et sauvegarder du même coup les intérêts et la dignité professionnelle et ceux de la sécurité publique.

Ainsi, la médecine de campagne n'est pas organisée en Belgique.



**M. le Président.** — Je vous prie de vous renfermer dans l'objet en discussion.

**M. Kuborn.** — J'y suis parfaitement, M. le président; d'ailleurs, je termine.

La vérification des décès, l'inspection sanitaire des écoles confiées nominalemeut aux médecins des bureaux de bienfaisance, médecins qui sont loin d'exister partout; le service de la vaccine, voilà bien des compensations. Ah! si le gouvernement voulait, il ouvrirait bien des sources de modestes revenus pour le médecin, tout en organisant en même temps le service de la santé publique.

Un mot encore, messieurs. Il y aurait un moyen de tout concilier, ce serait de limiter le nombre des officines; mais on n'obtiendra pas cela; ce ne doit pas être dans les intentions du gouvernement. Ce serait cependant la seule manière de ménager la dignité du pharmacien, de lui procurer une source suffisante et honorable de revenus et de l'empêcher d'empiéter sur la médecine.

Le gouvernement limite bien de la sorte les offices des notaires, des huissiers, des avoués, pourquoi ne pas agir de même pour les pharmaciens? C'est une des bonnes choses à emprunter à l'Allemagne.

Je conclus en me déclarant partisan des amendements de MM. Van Bastelaer et consorts; mais je ne puis me rallier à la partie de la proposition qui tend à soumettre les médecins à un examen de pharmacien.

**M. Van Bastelaer.** — Nous ne sommes pas tout à fait du même avis que M. Kuborn en ce qui concerne l'examen. L'honorable membre a parlé d'un examen fort compliqué et difficile, semblable à celui de pharmacien. Ce n'est pas ce que nous demandons. Nous voulons simple-

ment un examen analogue à l'examen de stage pharmaceutique. On doit apprendre au médecin à préparer les pilules, les onguents, les mélanges, etc., qu'il prescrit. Les connaissances ne seraient donc pas bien profondes, ni l'examen difficile.

**M. Kuborn** disait que le médecin emploie ordinairement un certain nombre de médicaments qu'il applique à toute sa clientèle. Mais il ne s'agit pas de savoir combien il connaît et emploie de médicaments ; c'est son affaire à lui. Le tout est de savoir s'il sait préparer ce qu'il ordonne à ses malades. Je crois que, dans ces conditions, **M. Kuborn** votera avec nous la proposition relative à l'examen.

(**M. Crocq** cède la présidence à **M. Pigeolet**).

**M. Crocq.**—Messieurs, il est juste que celui qui exerce une profession ait, par des études convenables, acquis l'aptitude nécessaire pour pouvoir le faire d'une manière fructueuse pour le public et pour lui-même. La société a le droit d'exiger que cette aptitude ait été acquise et de constater au besoin qu'elle l'a été. Ce droit est d'autant plus strict et son application est d'autant plus légitime que la profession exercée a plus d'importance au point de vue de l'influence qu'elle peut avoir sur la fortune, la santé ou la vie des citoyens. Voilà pourquoi, messieurs, toutes les nations civilisées ont exigé des preuves de capacité plus ou moins rigoureuses de ceux qui exercent ces professions. Il résulte de là qu'on doit s'adonner uniquement à la pratique des sciences sur lesquelles roulent les études dont le diplôme constate l'accomplissement. La médecine doit être pratiquée uniquement par les médecins et la pharmacie par les pharmaciens. Celle-ci constitue d'ailleurs une science assez vaste pour occuper pleinement celui qui la cultive,

surtout si l'on y ajoute les nombreuses applications de chimie analytique et pratique dont le pharmacien est souvent appelé à s'occuper. Ces considérations justifient parfaitement le premier alinéa du rapport : *Aucune branche de l'art de guérir ne sera exercée cumulativement avec la pharmacie.* Ce sont là, me semble-t-il, des principes incontestables, et leur application ne paraît offrir aucune difficulté. Il n'en est toutefois pas ainsi. Dans le domaine de la science pure les principes sont absolus, les moyens termes n'existent pas. Mais dans la pratique il n'en est pas de même ; là il faut savoir se plier à toutes les circonstances, à des exigences variées et multiples, il faut savoir transiger à propos, il faut en un mot être opportuniste. C'est le sentiment de ces nécessités qui constitue l'esprit pratique, c'est l'absence de ce sentiment qui produit dans toutes les directions les hommes à systèmes, les rêveurs et les utopistes.

Dans cette catégorie je range ceux qui veulent supprimer le cumul ou plutôt l'autorisation donnée aux médecins de délivrer des médicaments dans certains cas déterminés. C'est ce que je vais maintenant vous démontrer.

Dans beaucoup de communes rurales, faites disparaître cette autorisation et demandez-vous ce qui arrivera. Les campagnards, habitués à considérer la dispensation du médicament comme la chose principale et l'examen médical comme un accessoire, comme une espèce de luxe secondaire, se passeront volontiers du médecin pour aller directement chez le pharmacien. Celui-ci généralement cédera à leurs exigences, d'autant plus que la plupart ont une tendance bien marquée à s'occuper de médecine. En effet, notons bien ceci, messieurs, beaucoup de pharmaciens font de la médecine, tandis que je ne connais

pas un médecin qui fasse illicitement de la pharmacie.

Le médecin qui délivre des médicaments le fait dans les limites autorisées par la loi, tandis que le pharmacien interlope court les rues.

**M. Van Bastelaer.** — Il y en a d'autres aussi.

**M. Crocq.** — Sans doute, il y a des bouchers et des savetiers qui font de la médecine, mais quand je vois des pharmaciens imiter cet exemple, cela m'affecte beaucoup plus, et je n'ai pas besoin de vous en dire la raison.

**M. Van Bastelaer.** — Nous condamnons formellement cette pratique.

**M. Willems.** — Cela ne l'empêche pas d'exister.

**M. Crocq.** — Vous avez raison de la condamner. Mais remarquez que nous avons ici l'élite de la profession pharmaceutique. Ce sont des savants et des hommes hors ligne. Mais je pose en fait qu'en dehors des hommes distingués que nous avons l'honneur de posséder parmi nous, peut-être la moitié des pharmaciens pratiquent la médecine.

**M. Willems.** — Même dans les villes.

**M. Crocq.** — Certainement, à Bruxelles même.

En vertu des mêmes idées, le campagnard paiera volontiers et facilement le pharmacien, mais difficilement et en rechignant le médecin, dont il apprécie peu les efforts et les services. Souvent même, grâce à ce charlatanisme qui s'étale sous le titre alléchant de spécialité, à la quatrième page des journaux, et dont presque tous les pharmaciens se rendent complices, le campagnard ira tout simplement acheter un de ces arcanes que la lettre moulée déclare merveilleux.

Parfois même le pharmacien, consulté par lui, les lui conseillera et les lui vendra de préférence, trouvant là une



source de bénéfices plus faciles et plus élevés que ceux que pourrait lui rapporter l'exercice consciencieux et scientifique de sa profession.

Au milieu de tout cela, que deviendra le médecin, qui, dans ces localités, parvient tout juste à gagner sa vie ? Il s'en ira, laissant le champ libre au pharmacien, à son charlatanisme et à ses spécialités. Voilà, messieurs, ce qui arrivera ; voilà où conduira l'application absolue d'un principe juste.

Dans ces conditions, il faut donc faire un choix entre le pharmacien et le médecin. Lequel des deux doit-on préférer, quand on ne peut les réunir, ce qui sans doute vaudrait mieux ? La nature même des choses va nous l'indiquer. Du médecin et du pharmacien, lequel est supérieur et antérieur à l'autre ? Lequel est la cause et lequel est la conséquence ? Évidemment le médecin est la cause, le point de départ ; dans lui se réalise pleinement l'art de guérir ; il est le *vir bonus medendi peritus* ; le pharmacien n'est que son second, son aide, son exécuteur, et longtemps le médecin a vécu sans le pharmacien. Celui-ci, effet, aide, exécuteur des ordonnances, n'a que le second rang et le second rôle ; sans le médecin, il n'aurait pas de raison d'être, il n'existerait pas.

Ajoutez à cela que, dans un grand nombre de cas, le régime, une bonne hygiène et les forces de la nature bien dirigées suffisent à rétablir la santé sans l'intervention de médicaments actifs, et que, dans d'autres, les émissions sanguines et les révulsifs cutanés sont d'un puissant secours. Oui, Messieurs, bien souvent ces moyens seuls suffisent, peut-être dans la moitié des cas. Voilà qui augmente encore la valeur du médecin et diminue d'autant l'importance du pharmacien.

Là où les deux ne peuvent coexister, c'est donc le pharmacien qui devient caduc ; c'est lui qui disparaît par la seule force des choses, car l'effet ne peut exister sans ce qui est sa cause et sa raison d'être.

Vous allez m'objecter que le médecin n'a pas appris la préparation des médicaments et que dès lors, il ne la connaît pas. Je dis, moi, qu'il n'a pas besoin de la connaître, ni de savoir apprécier le degré de pureté des médicaments, dès que la loi l'oblige à s'en approvisionner chez un pharmacien tenant officine ouverte, et apposant sur ses produits son cachet, qui assure leur provenance et engage sa responsabilité.

Là, se trouve la garantie de la pureté des médicaments, que le médecin n'a ni l'aptitude, ni le temps de constater. En d'autres termes, c'est par un abus de langage que l'on accuse le médecin de cumuler l'exercice de son art avec celui de la pharmacie ; il ne fait pas de pharmacie, puisqu'il ne prépare pas les médicaments et ne vérifie pas leurs qualités ; il ne fait que les *dispenser*, ce qui n'exige aucune connaissance spéciale, et ce que tout homme ayant reçu un certain degré d'instruction pourrait faire aussi bien que lui. Du reste, le public trouve-t-il plus de garanties chez les pharmaciens diplômés, dans un grand nombre de cas, quand il s'agit de ces produits que l'on décore du nom de spécialités pharmaceutiques et qu'ils délivrent en flacons ou en paquets cachetés par le fabricant, sans même savoir ce qu'ils renferment ? Savent-ils par exemple ce que contiennent le quina Laroche, le sirop de Laroze au bromure de potassium, les pastilles de Dethan, les vins de quinquina de Grimauld ou d'Aroud, le fer Bravais, et cent autres ? Et celui qui tient maintenant le haut du pavé, jusqu'à ce

qu'un autre vienne le supplanter, le fameux Hop Bitters, que contient-il? Quelle garantie le public a-t-il de la qualité, de la pureté, du dosage de ces médicaments, bien qu'ils soient dispensés par des pharmaciens diplômés, et ne la rencontrerait-il pas au même degré, si ces médicaments leur étaient vendus par un médecin, ou même par un épicier?

A cet égard, j'ai lu dernièrement dans les journaux de médecine une observation qui va vous édifier complètement sur leur valeur. Une femme a avalé par mégarde des granules dosimétriques représentant dix centigrammes de digitaline.

**Une voix.** — Vous voulez dire dix milligrammes.

**M. Crocq.** — Non, je dis 10 centigrammes, car il y avait 100 granules d'un milligramme chacun. Elle a aussi avalé 10 centigrammes d'aconitine et 10 centigrammes d'hyosciamine. Que pensez-vous bien que cette femme soit devenue à la suite de cette ingestion de doses colossales de ces redoutables poisons? Le lendemain elle était bien portante et ne se doutait de rien.

Eh bien, il n'est pas nécessaire de procéder à une analyse pour se convaincre que ces granules ne renferment aucune substance active.

Quand on veut savoir si une substance contient ces poisons, on l'expérimente sur des animaux, et si elle n'a pas d'action sur ceux-ci, on en conclut qu'elle ne les renferme pas.

Dans le cas que je viens de citer, l'expérimentation a été faite, accidentellement bien entendu, sur l'homme, et elle a conduit à un résultat absolument négatif.

Donc les granules en questions ne contiennent aucun principe actif, ce sont des globules homœopathiques, c'est-à-dire des granules de sucre de lait.

Messieurs, je coupe court à cette digression qui me conduit cependant à l'examen de pratique pharmaceutique qu'on voudrait imposer aux étudiants en médecine. Votre commission, non pas dans ses conclusions, mais dans le corps du rapport, a proposé de faire subir aux médecins « un » examen spécial, qui aurait lieu lors des examens du doctorat en médecine et qui aurait pour objet la préparation des prescriptions magistrales et les procédés propres à reconnaître et à constater les qualités des médicaments. »

L'honorable M. Depaire, dans la dernière séance, a repris cette idée pour en faire l'objet d'un amendement qui est déposé sur le bureau. Il voudrait que la loi astreignit le médecin à subir cet examen.

Ici, je proteste de toutes mes forces ; bien que cette idée paraisse avoir rencontré au sein de l'Académie quelque sympathie, je dois la repousser d'une manière absolue.

Les études médicales sont déjà trop étendues, les programmes sont trop surchargés. Cependant l'honorable M. Kuborn disait tout à l'heure qu'il faudrait encore y adjoindre des branches dont nous sommes loin de contester l'utilité. Il a signalé dans l'enseignement des lacunes qui touchent à la vie quotidienne même du médecin, et vous voudriez forcer celui-ci à subir encore une épreuve sur ses aptitudes pharmaceutiques ! C'est d'une impossibilité absolue.

Certains membres voudraient que cette constatation supplémentaire s'appliquât principalement aux médecins qui veulent aller s'établir à la campagne. Ce serait soumettre ces derniers à une épreuve de plus que ceux qui restent en ville. En d'autres termes ceux dont la pratique serait la moins fructueuse, ceux qui auraient le plus de peine à ga-



gner leur vie, seraient précisément ceux auxquels on imposerait les charges les plus lourdes, au point de vue des aptitudes que l'on exigerait d'eux ! •

Je me demande à quoi cet examen peut servir, si le médecin doit prendre ses médicaments chez un pharmacien qui doit avoir vérifié leur qualité et qui doit en être responsable.

Au surplus, je proteste contre la trop grande multiplicité des examens. Si cela continue on ne pourra bientôt plus faire un pas dans la rue sans être soumis à un examen sur le point de savoir si l'on sait marcher convenablement !

Ainsi, dans la dernière séance, nous avons adopté à l'unanimité la proposition que voici : pour savoir si un élève a fait un stage pharmaceutique convenable, il faut lui faire subir un examen de stage. Or, je ne comprends pas qu'on puisse constater par un examen cette pratique, cette routine qu'on n'acquiert qu'en se frottant pour ainsi dire aux choses de la vie et de la pratique. En y réfléchissant bien, je dois dire qu'à mon avis nous avons, dans la dernière séance, voté une absurdité.

**M. Warlomont.** — On n'a pas discuté la question. Voilà le malheur. On a tout discuté, excepté cette question. Je ne dirai pas qu'elle a été escamotée, parce que personne n'avait l'intention de l'escamoter, mais je dis qu'elle a été résolue sans examen.

**M. Crocq.** — C'est vrai. Ce sont des entraînements auxquels on cède sans trop de réflexions.

**M. Warlomont.** — C'est regrettable.

**M. Rommelaere.** — Cependant, je dois faire remarquer que, dans la dernière séance, j'ai exprimé la même réserve que l'honorable préopinant. Au moment du vote,

j'ai fait observer que la question d'examen n'ajoutait absolument aucune garantie.

**M. Crocq.** — Maintenant, messieurs, est-ce à juste titre que l'on prétend que les médecins qui délivrent des médicaments font du tort aux pharmaciens? On le croirait, quand on entend le ton que prennent les pharmaciens, lorsqu'ils traitent cette question. Il semble vraiment qu'on veuille les léser dans l'exercice de leur profession, lorsqu'on parle d'autoriser les médecins à distribuer des médicaments.

Cependant, il n'en est absolument rien. Ils connaissent les localités dans lesquelles cette faculté est consacrée par l'usage. Il leur suffit donc de ne pas aller s'y fixer; de cette façon, ils ne rencontreront pas la concurrence des médecins.

Les médecins qui délivrent des médicaments ne font concurrence à aucun pharmacien établi; ils ne font concurrence qu'aux embryons de pharmaciens, à ceux qui pourraient surgir dans l'avenir. Or, une concurrence peut-elle être future? Evidemment non; elle est actuelle ou elle n'existe pas.

Il s'agit donc, dans l'espèce, d'un droit acquis au profit des médecins, et on voudrait le leur enlever! On marche en guerre contre eux.

Ce droit qui leur appartient en quelque sorte par prescription, dont ils jouissent depuis un temps immémorial, on veut brusquement le supprimer par des considérations théoriques sans aucune espèce de valeur.

Messieurs, je suis tellement convaincu de la valeur des idées que je viens de développer, que je ne verrais même absolument aucun inconvénient à permettre à tous les médecins sans exception de distribuer eux-mêmes les médi-

caments à leurs malades. Comme, pour ma part, je n'ai nulle envie de le faire, vous concevez que je n'ai aucun intérêt personnel à m'exprimer ainsi.

Mais enfin, abordons la question d'application, voyons en quels termes nous demanderons au gouvernement d'inscrire dans la loi la faculté pour certains médecins de continuer à délivrer des médicaments, comme ils le font actuellement.

Quel est le critérium sur lequel on s'appuiera pour savoir dans quelles localités la distribution des médicaments par les médecins pourra être autorisée ou tolérée par la loi ?

La commission avait proposé de prendre pour critérium le nombre des habitants de la commune et de fixer comme minimum le chiffre de 4,000 habitants.

L'honorable rapporteur a tout à l'heure renoncé à ce chiffre, et il a bien fait, car M. Van Bastelaer avait complètement démoli le système dont il s'agit. Comme il l'a prouvé, il y a des communes de 2,000 habitants, où un pharmacien et un médecin peuvent fort bien coexister; tandis que dans d'autres, comptant 4,000 habitants, cette coexistence est impossible. La population ne fournit donc pas le critérium dont je viens de parler.

M. Van Bastelaer a amené par ces considérations l'amendement de M. Desguin, tendant à ce que la pratique simultanée de la médecine et de la pharmacie soit autorisée dans les communes où les circonstances exigeront qu'il en soit ainsi, abstraction faite du nombre de leurs habitants.

L'honorable M. Desguin a été parfaitement logique en exprimant cette manière de voir. Il n'a fait que tirer la conclusion inévitable de la démonstration si bien faite par M. Van Bastelaer.

Mais il y a encore dans les considérations qu'a fait valoir M. Van Bastelaer, un point sur lequel je désire insister, parce que, faute d'y prendre garde, nous pourrions nous laisser aller à prendre une résolution que nous regretterions plus tard.

Je crois que l'honorable membre a maintenu l'idée à laquelle je fais allusion, ou à peu près, dans l'amendement qu'il a déposé aujourd'hui.

Voici cette idée :

« Quand dans une même commune, ou dans deux communes voisines, deux médecins sont établis depuis deux années, si un pharmacien vient y ouvrir une officine, le cumul sera interdit dans ces communes, ainsi que dans toutes celles qui y sont contiguës. »

Cela est très élastique, très aléatoire : le médecin serait, par cette disposition, exposé à un danger continu. Il aurait sans cesse en perspective le pharmacien futur qui doit un jour, quand il lui plaira, venir le déposséder du droit de fournir les médicaments ; il aura une épée de Damoclès suspendue continuellement sur sa tête, le menaçant dans ses moyens d'existence. C'est ce que nous ne pouvons pas tolérer.

**M. Warlomont.** — Notre amendement ne dit pas cela.

**M. Crocq.** — Non, mais celui qui avait été proposé précédemment le disait.

**M. Warlomont.** — Il est retiré.

**M. Crocq.** — Je tiens naturellement à réfuter le système en vertu duquel on pourrait faire dépendre la dispensation des médicaments par le médecin de l'existence d'un pharmacien.



**M. Warlomont.** — Mais l'amendement n'implique pas ce système.

**M. Crocq.** — Par des mesures de ce genre, on arriverait finalement à diminuer le nombre des médecins de campagne, tandis que dans l'intérêt de l'humanité on doit l'augmenter.

Je ne sais vraiment pas pourquoi nous adopterions autre chose que ce qui a été admis en 1868 par l'Académie relativement à cette question. Je trouve que la rédaction qui a été adoptée à cette époque est peut-être encore meilleure que tout ce que l'on pourrait proposer aujourd'hui.

Voici ce que l'Académie a adopté en 1868 :

« Aucune branche de l'art de guérir ne peut être exercée »  
» cumulativement avec la pharmacie. »

Il n'y a pas de discussion possible à ce sujet, c'est l'énoncé d'un principe auquel tout le monde se rallie.

» Toutefois, dans les localités où le chiffre, l'agglomération et les ressources générales de la population ne permettent pas la coexistence du médecin et du pharmacien, »  
» la Députation permanente peut, sur l'avis conforme de la »  
» Commission médicale provinciale, autoriser les médecins »  
» et chirurgiens à fournir des médicaments à leurs malades. »  
» Le gouvernement, sur l'avis des commissions susdites, »  
» publiera une liste, soumise à révision tous les trois ans, »  
» des localités où cette autorisation cessera d'être accordée »  
» dès qu'un pharmacien y sera établi.

» Tout médecin ou chirurgien, qui profitera de cette disposition au moment de la promulgation de la présente »  
» loi, continuera d'en jouir aussi longtemps qu'il résidera »  
» dans la même localité ou dans une commune rurale où »  
» le cumul est permis.

» Les médicaments devront être pris chez un pharmacien tenant officine ouverte et porter l'étiquette et le cachet du pharmacien qui les aura fournis. »

Je ferai remarquer qu'à cette époque l'honorable M. Depaire s'était rallié à cette rédaction, ainsi que le constate le *Bulletin de l'Académie*.

J'ajoute qu'une rédaction conçue à peu près dans des termes identiques avait été adoptée par deux associations professionnelles libres, qui s'étaient mises d'accord sur ce point : je veux parler de la *Fédération médicale belge* et de l'*Association générale pharmaceutique de Belgique*.

Je vous propose donc, pour terminer ces longs débats, d'adopter purement et simplement cette rédaction, que l'Académie a admise en 1868. Nous continuerions ainsi à marcher dans la voie que nous avons suivie précédemment et nous nous en tiendrions aux principes dont nous avons déjà eu l'occasion de reconnaître la justesse et la valeur.

(M. Crocq reprend la présidence).

**M. Warlomont.** — L'honorable président a fait remarquer incidemment que dans la dernière séance nous avons voté une absurdité. Je trouve qu'il a été bien sévère à son égard, puisque c'est lui qui a présidé à cette décision.

Pour ma part, je tiens à faire remarquer de nouveau que la résolution qui confie aux commissions médicales le soin de recevoir l'examen de stage officinal a été prise en quelque sorte au pied levé et sans discussion préalable.

Messieurs, je ne répondrai pas d'une manière détaillée au long discours de l'honorable M. Crocq. Je dois lui faire observer cependant qu'il vient de rééditer l'objection produite par M. Kuborn et à laquelle M. Van Bastelaer a répondu, à savoir qu'il s'agirait de faire subir, au sortir de

l'université, l'examen de pharmacien aux médecins qui seraient destinés à devenir médecins de campagne ayant la faculté de délivrer des médicaments. Il n'a pas été question de cela. Il s'est agi simplement d'imposer aux médecins qui demanderaient à exercer le cumul l'obligation de prouver qu'ils savent préparer une décoction, faire des pilules, etc. Or, ce n'est pas si effrayant ni si monstrueux qu'on pourrait le croire.

Ainsi, à l'époque où j'étais médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Bruxelles, me trouvant sur le point d'être envoyé dans une localité où j'allais avoir à exercer en même temps les fonctions de médecin militaire et de pharmacien, j'ai dû faire un véritable stage officinal. Je me souviens que, pendant quelques mois, j'ai fait des pilules, préparé des onguents, etc. Je faisais de mon mieux. Je me rappelle aussi que notre regretté président, l'inspecteur général Vleminckx, un jour d'inspection, a voulu s'assurer par lui-même de la façon dont je m'acquittais de cette besogne. J'ai fait devant lui de très belles petites pilules, bien rondes, et il n'a pas hésité à me prédire, rien qu'à l'examen de ces pilules, les plus hautes destinées. (*Rires.*)

Franchement, ce n'est donc pas trop d'exiger du médecin qui veut s'établir à la campagne, que de lui imposer un examen semblable devant une commission médicale, par exemple.

Malgré cela, je ne serais pas bien éloigné de faire une concession plus large, et de dire qu'en définitive je ne tiens pas beaucoup à cet examen, parce que ce n'est pas au médecin qu'il faudrait l'imposer.

**Un membre.** — A qui donc ?

**M. Warlomont.** — M. Van Bastelaer vous l'a dit : au pharmacien en jupons qui le remplace.

**M. le Président.** — Je vais mettre aux voix les conclusions de la Commission et les divers amendements qui ont été présentés.

Voici d'abord les conclusions de la Commission :

« Aucune branche de l'art de guérir ne sera exercée » cumulativement avec la pharmacie. »

**M. Barella.** — Ne pourrait-on pas dire que du moment où la pharmacie ne peut être exercée par le médecin, le pharmacien ne peut exercer la médecine?

**M. Warlomont.** — Mais, c'est de droit; la loi est là; c'est enfoncer une porte ouverte!

**M. Van Bastelaer.** — Je demande la parole sur la position de la question. Il y a beaucoup d'amendements, et il faut mettre de l'ordre dans le vote.

**M. Warlomont.** — Justement.

**M. Van Bastelaer.** — Nous sommes en présence de deux systèmes importants qui résument pour ainsi dire toutes les idées qui ont été émises. Ne croyez-vous pas qu'il faudrait statuer d'abord, sur le principe de l'examen : faudra-t-il, oui ou non, un examen? Ensuite sur le principe proposé par M. Desguin : faudra-t-il, oui ou non, pour défendre le cumul, indiquer une limite de population ou de personnel médical? Enfin, sur l'amendement que l'honorable président vient de proposer et qui tend à en revenir à la décision prise par l'Académie en 1868.

Il y a encore un amendement de M. Gilles qui tombe, je pense, par le fait même qu'il a signé notre amendement dans lequel la même question est reproduite.

Resteraient alors les deux systèmes principaux sur lesquels il s'agirait de voter : celui de la commission, amendé par M. Willems et celui que nous avons proposé nous-mêmes.



**M. le Président.** — Quant à l'examen proposé par M. Depaire, c'est une question qui ne rentre pas dans le paragraphe dont nous avons à nous occuper maintenant, et qui est seulement relatif à l'autorisation pour le médecin de distribuer des médicaments. Nous nous occuperons de l'examen ensuite. De même, nous nous occuperons après de la disposition proposée par M. Gilles, qui établit les conditions dans lesquelles le médecin ne sera plus autorisé à tenir officine.

Voici ce que propose la commission :

« Toutefois, dans les communes ayant moins de 4,000  
» habitants, où les ressources de la population ne permet-  
» tent pas la coexistence du médecin et du pharmacien, la  
» Députation permanente peut, de l'avis conforme de la  
» Commission médicale de la province, autoriser les mé-  
» decins à préparer eux-mêmes les médicaments magis-  
» traux et à les délivrer à leurs malades.

» Cette autorisation pourra être révoquée, également sur  
» l'avis de la Commission médicale.

» Dans les trois mois après la promulgation de la pré-  
» sente loi, les Députations permanentes dresseront une  
» liste des communes de leurs provinces où le cumul est  
» autorisé. Cette liste révisée tous les trois ans, sera publiée  
» dans le *Mémorial administratif*. »

M. Desguins propose de supprimer le chiffre de 4,000 habitants, en maintenant le reste comme ci-dessus.

M. Willems propose de dire :

« Toutefois, dans les communes où il n'existe pas de  
» Commission médicale locale, et dans celles où il n'y a pas  
» au moins trois médecins, ou deux médecins et un phar-  
» macien, la Députation permanente peut, de l'avis con-

» forme de la Commission médicale provinciale, autoriser  
 » les médecins à préparer eux-mêmes les médicaments ma-  
 » gistraux et à les délivrer à leurs malades, si les res-  
 » sources de la population ne permettent pas la coexis-  
 » tance du médecin et du pharmacien. »

La proposition que je viens de développer est ainsi conçue :

« Toutefois, dans les localités où le nombre, l'agglomé-  
 » ration et les ressources générales de la population ne  
 » permettent pas la coexistence du médecin et du pharma-  
 » cien, la députation permanente peut, sur l'avis conforme  
 » de la commission médicale provinciale, autoriser les  
 » médecins et chirurgiens, à fournir des médicaments à  
 » leurs malades. Le gouvernement, sur l'avis des commis-  
 » sions susdites, publiera une liste, soumise à révision  
 » tous les trois ans, des localités où cette autorisation cessera  
 » d'être accordée dès qu'un pharmacien y sera établi.

» Tout médecin ou chirurgien qui profitera de cette dis-  
 » position au moment de la promulgation de la présente  
 » loi, continuera d'en jouir aussi longtemps qu'il résidera  
 » dans la même localité ou dans une commune rurale où  
 » le cumul est permis. »

Cette rédaction, adoptée par l'Académie en 1868, consacre d'une manière beaucoup plus nette les droits des médecins, que celle qui est proposée par la commission.

Après cela vient l'amendement de MM. Van Bastelaer, Warlomont et Gilles, qui est beaucoup plus radical et qui s'éloigne plus complètement de la rédaction primitive de la commission.

Nous commencerons donc par mettre cet amendement aux voix. Il est ainsi conçu :

» Toutefois, et par mesure transitoire applicable seule-  
» ment à certaines localités ou agglomérations, où les res-  
» sources générales ne permettent pas la coexistence du  
» médecin et du pharmacien, cette interdiction sera tempé-  
» rée comme suit :

» 1° Quand, dans une même commune ou dans deux  
» communes contiguës, deux médecins et un pharmacien  
» seront établis, le cumul sera, par le fait, interdit dans  
» ces communes et dans toutes celles qui y sont contiguës,  
» sous les réserves exprimées aux § 2, 3, 4 et 5.

» 2° Dans les autres localités, le gouvernement, après avoir  
» pris l'avis de la députation permanente et de la commis-  
» sion médicale provinciale, pourra autoriser les docteurs  
» en médecine, sur la présentation, par ceux-ci, d'un certi-  
» ficat d'examen subi avec succès sur les préparations ma-  
» gistrales, à faire celles-ci et à les délivrer à leurs malades.  
» Cette autorisation sera personnelle et pourra être révo-  
» quée en tout temps.

» 3° Pendant l'année qui suivra la promulgation de la  
» présente loi, les listes des praticiens qui seront autorisés  
» à délivrer des médicaments à leurs malades seront dres-  
» sées par le gouvernement, avec indication des communes  
» ou des agglomérations où ils pourront exercer le cumul.  
» Les praticiens justifiant de deux années au moins de  
» jouissance légale du cumul, figureront de droit sur ces  
» listes aussi longtemps qu'ils séjourneront dans ces loca-  
» lités.

» 4° Le cumul ne pourra pas être autorisé dans une  
» commune où une officine pharmaceutique existe depuis  
» plus de deux ans, ni dans les communes contiguës. »

Je m'arrête ici, ces paragraphes de la proposition de

**MM. Van Bastelaer, Warlomont et Gilles** étant les seuls qui soient relatifs à la partie des conclusions sur laquelle nous avons à statuer maintenant.

Je mets donc aux voix ces paragraphes.

**M. Desguin.** — Il faut diviser.

**M. Kuborn.** — Dans l'amendement de ces messieurs, et dans le texte de la commission, il s'agit de savoir qui donnera l'avis : la Députation permanente, la Commission médicale ou le Gouvernement.

La division est donc nécessaire.

**M. le Président.** — Vous proposez donc de voter successivement chacun des paragraphes?

**Des membres.** — Oui.

**M. le Président.** — C'est difficile. Si vous votez un paragraphe, comme il s'agit d'un système parfaitement agencé, il faut aussi voter les autres.

**M. Warlomont.** — Quand on aura voté sur chacun des paragraphes, on procèdera au vote sur l'ensemble.

**M. le Président.** — Je le répète, le vote d'un paragraphe emporte le vote des autres.

**M. Warlomont.** — Non pas; par exemple, la question du certificat et de l'examen peut disparaître.

**M. Van Bastelaer.** — Il faudrait d'abord débayer le chemin, en statuant sur la question de l'examen. (*Interruption.*)

**M. Desguin.** — La loi de 1868 exige que l'exercice de la médecine et celui de la pharmacie soient absolument séparés. Je crois que nous sommes unanimes sur ce principe, et que, s'il était possible de l'appliquer, en toute circonstance, nous le ferions. Mais nous reconnaissons qu'il n'est pas possible de l'appliquer partout, et nous recher-



chons dans quels cas il y a lieu d'autoriser le cumul. C'est donc là, me semble-t-il, la première question à résoudre. Nous examinerons ensuite quelles sont les conditions auxquelles nous soumettrons ceux à qui il sera permis de cumuler.

Je pense donc que mon amendement doit avoir la priorité.

Viendrait ensuite le vote sur le système proposé par la Commission, en ce qui concerne la limitation du chiffre d'habitants au-dessus duquel le cumul serait interdit.

**M. le Président.** — Nous ne pouvons pas nous borner ici à énoncer des principes; nous devons adopter des propositions formelles que nous puissions soumettre au Gouvernement.

**Des membres.** — C'est évident.

**M. le Président.** — Nous devons donc voter sur les propositions de la commission. Mais celles-ci ont été amendées. D'après tous les usages reçus dans les assemblées délibérantes, les amendements doivent être mis aux voix avant la proposition principale; il faut voter d'abord sur celui qui s'en écarte le plus. Or, l'amendement qui réunit ces conditions est celui qui a été proposé par MM. Van Bastelaer, Gilles et Warlomont.

**M. Thiry.** — C'est exact.

**M. le Président.** — Si cet amendement est adopté, les conclusions de la commission seront par le fait même repoussées. S'il n'est pas adopté, nous mettrons aux voix successivement les autres amendements.

**M. Warlomont.** — Il faut mettre en discussion chacun des articles.

**M. le Président.** — La discussion a eu lieu et a été close.

**M. Warlomont.** — Pas le moins du monde. J'ai dit que j'étais, pour ma part, disposé à faire des concessions en ce qui concerne l'examen.

**M. le Président.** — Vous pouviez demander la parole tout à l'heure.

**M. Desguin.** — La discussion générale seule a été close.

**M. le Président.** — Il est impossible de discuter séparément chaque idée qui pourrait surgir. Ce serait prolonger indéfiniment ce débat. La discussion a été suffisamment longue et circonstanciée ; je ne pense pas qu'il y ait lieu de la recommencer.

**Des membres.** — Votons.

**M. le Président.** — Par conséquent, à moins de décision contraire, je maintiens la manière de procéder que j'ai proposée.

**Des membres.** — Aux voix, aux voix !

**M. le Président.** — Je mets donc aux voix l'amendement de MM. Van Bastelaer, Gilles et Warlomont. Désirez-vous le voter article par article ?

**Plusieurs membres.** — Non, non !

**M. le Président.** — Je mets donc aux voix l'amendement *in globo*.

Cet amendement n'est pas adopté.

**M. le Président.** — Je mets maintenant aux voix la proposition de M. Willems. La voici :

« Toutefois, dans les communes où il n'existe pas de  
 » commission médicale locale, ou dans celles où il n'y a  
 » pas au moins trois médecins ou deux médecins et un  
 » pharmacien, la Députation permanente peut, de l'avis  
 » conforme de la Commission médicale provinciale, auto-

» riser les médecins à préparer eux-mêmes les médicaments magistraux et à les délivrer à leurs malades, si les ressources de la population ne permettent pas la coexistence du médecin et du pharmacien. »

**M. Gille.** — Je désire faire observer que les commissions médicales locales dont parle l'amendement n'existent que dans les villes; il ne peut y en avoir dans les communes. Ce point a été réglé par le gouvernement.

**M. Willems.** — J'ai dit que le cumul, comme limite, ne serait pas permis dans les villes.

**M. Gilles.** — Vous n'avez pas parlé des villes.

**M. Willems.** — Il s'agit bien, en réalité, des villes. Donc, dans les villes où il existe une Commission médicale locale, le cumul ne serait pas toléré. Mais j'ai assimilé les campagnes aux villes où il existe une Commission médicale. (*Interruption.*)

Le principe est donc général. Ce n'est qu'en-dessous de la limite que j'ai indiquée, que le cumul pourrait être toléré par la Commission médicale et la Députation permanente.

— L'amendement de M. Willems est mis aux voix; il n'est pas adopté.

**M. le Président.** — Vient maintenant la proposition que j'ai eu l'honneur de faire.

**M. Desguin.** — C'est la même proposition que la mienne.

**M. le Président.** — Pas tout à fait. Il y a ce paragraphe :

« Cette autorisation pourra être révoquée, également sur l'avis de la commission médicale », que je fais disparaître, parce qu'elle tend à limiter le droit du médecin en l'exposant à des mesures arbitraires.

Je le répète, il a dans ma rédaction quelque chose qui consacre d'une manière plus stable le droit du médecin de délivrer des médicaments.

— Cet amendement est mis aux voix et adopté. ‘

**M. le Président.** — Nous avons à voter enfin sur le dernier paragraphe.

**M. Desguin.** — Mon amendement n'a pas été mis aux voix.

**M. le Président.** — Il n'a plus de raison d'être, puisque le mien a été adopté.

**M. Desguin.** — Comme mesure transitoire.

**M. le Président.** — Du tout, comme mesure définitive. La conclusion de la commission devient caduque.

**Plusieurs membres.** — C'est clair.

**M. Desguin.** — J'ai cru que l'amendement que nous venons de voter était destiné à remplacer les dispositions transitoires qui se trouvent à la fin de la proposition de la commission.

**M. le Président.** — Non, cette disposition est bien définitive.

Le paragraphe 2 des conclusions de la commission est ainsi conçu :

« Les médicaments devront être pris à l'état de préparation officinale chez un pharmacien tenant officine ouverte, et porteront l'étiquette de celui-ci; les quantités vendues seront inscrites journellement dans un registre spécial tenu par le médecin. »

**M. Lefebvre.** — Je demande que le dernier paragraphe soit voté séparément.

**M. le Président.** — La rédaction que l'Académie a adoptée il y a 15 ans, en même temps que celle que vous



venez d'admettre pour le paragraphe premier, était celle-ci : « Les médicaments devront être pris chez un pharmacien tenant officine ouverte, et porter l'étiquette et le cachet du pharmacien qui les aura fournis. » C'est cette disposition que je vous ai proposée en remplacement de celle de la commission.

**M. Lefebvre.** — Je demande formellement la division. Il y a un paragraphe final que je ne veux pas voter. Il tend à faire décider que les médecins devront inscrire jour par jour les médicaments.

**Des membres.** — Évidemment, c'est absurde.

**M. le Président.** — Il y a encore un amendement de MM. Van Bastelaer, Warlomont et Gilles. Le voici :

« Les médecins autorisés devront acheter leurs médicaments à l'état de préparations officinales chez un pharmacien établi, ce dont celui-ci devra justifier au besoin par la production des factures. Les quantités vendues par lui seront inscrites journellement sur un registre spécial.

» En cas d'action judiciaire, le médecin pourra toujours dégager sa responsabilité en administrant la preuve de l'origine régulière, de l'identité des produits et de leur bonne conservation dans son dépôt. »

Il y a donc trois propositions en présence : celle de la commission, celle de M. Lefebvre, qui supprime le dernier membre de phrase : « Les quantités vendues seront inscrites journellement dans un registre spécial tenu par le médecin, » et celle de MM. Gilles, Van Bastelaer et Warlomont, dont je viens de donner lecture. Je mets aux voix celle-ci.

Cette proposition n'est pas adoptée.

**M. le Président.** — Je mets aux voix la proposition de M. Lefebvre.

**M. Barella.** — Est-ce que M. Lefebvre réduit sa proposition aux deux premières lignes du § 2 : « Les médicaments devront être pris à l'état de préparation officinale » chez un pharmacien tenant officine ouverte » en supprimant le reste ?

**M. Lefebvre.** — Non, je demande qu'on supprime la disposition qui astreint les médecins à inscrire journellement dans un registre les quantités de médicaments qu'ils auront vendues.

**M. le Président.** — M. Lefebvre, si je l'ai bien compris, appuie la rédaction que j'ai proposée et que voici : « Les médicaments devront être pris chez un pharmacien » tenant officine ouverte et porter l'étiquette et le cachet du » pharmacien qui les aura fournis. »

**M. Lefebvre.** — Parfaitement.

— Cette proposition est adoptée.

**M. le Président.** — Cela implique donc le rejet de la rédaction primitive de la commission.

Quant à la disposition transitoire, nous n'avons plus à nous en occuper, vu qu'elle est contenue dans le paragraphe adopté précédemment.

La séance est levée à 2 1/2 heures.

---



---

---

SÉANCE DU 28 JUILLET 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCQ.  
—



La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption des procès-verbaux des séances des 30 juin et 14 juillet, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

En réponse à la lettre par laquelle le Bureau a porté à la connaissance du gouvernement la proposition faite, dans la dernière séance, par M. Lefebvre en terminant sa communication sur le choléra et adoptée par l'Académie, M. le Ministre de l'Intérieur informe, par dépêche du 7 juillet, que les agents diplomatiques à l'étranger ont été priés de transmettre régulièrement des renseignements sur la marche du choléra qui sévit actuellement en Egypte.

Ces renseignements, ajoute M. le Ministre, sont immédiatement communiqués à la commission sanitaire de l'Escaut, et M. le Gouverneur de la province d'Anvers a été prié de les renvoyer le plus tôt possible, pour qu'ils puissent être communiqués à la Compagnie, suivant le désir qu'elle en a exprimé.

— Donnant suite à cette information, M. le Ministre fait parvenir, sous les dates des 10 et 12 juillet courant, 78 documents relatifs, la plupart, à l'épidémie susmentionnée et les autres, à la situation sanitaire de quelques pays étran-



gers. — Renvoyé d'urgence par le Bureau à la commission des épidémies.

— En réponse à une lettre du Bureau, M. le Ministre de l'Intérieur informe, par dépêche du 13 courant, qu'il autorise la publication dans le Bulletin des rapports et discussions concernant les trois questions qui ont fait l'objet de sa dépêche du 16 mars dernier et qui ont été discutées dans les trois derniers comités secrets.

— Ce haut fonctionnaire a transmis pour la bibliothèque de l'Académie un exemplaire des *Exposés de la situation administrative des provinces belges, pour l'année 1882*. — Remerciements.

— L'Académie vient de perdre encore deux de ses membres honoraires.

M. le dr Philippe Pacini, professeur d'anatomie topographique et microscopique à l'Institut royal supérieur de perfectionnement de Florence, est décédé dans cette ville, le 9 juillet courant, à l'âge de 71 ans. M. Pacini était un savant des plus distingués, qui s'est surtout rendu célèbre par la découverte qu'il a faite des corpuscules qui portent son nom.

Le second membre honoraire dont la Compagnie a à regretter la perte est M. le dr Pierre-François da Costa Alvarenga, professeur à l'Ecole de médecine de Lisbonne, décédé dans ladite ville, le 21 juillet courant, à l'âge de 57 ans, à la suite d'une maladie du cœur. Plusieurs des travaux que le dr Alvarenga a publiés sont les résultats de laborieuses recherches; quelques-uns d'entre eux constituent des œuvres véritablement magistrales.

M. le Président ajoute qu'un journal portugais : *A medicina contemporanea*, dans son n° du 22 juillet courant, an-

nonce que M. le d<sup>r</sup> Alvarenga, par son testament, fait certaines donations à diverses sociétés savantes, parmi lesquelles se trouve l'Académie royale de médecine de Belgique.

Des lettres de condoléance seront adressées aux familles des docteurs Pacini et Alvarenga.

— En faisant connaître que la quatrième réunion générale du corps médical belge aura lieu, sous les auspices de la Société de médecine publique de Belgique, le 21 août prochain, à deux heures de relevée, au palais de la Bourse, à Bruxelles, M. le d<sup>r</sup> Feigneaux, secrétaire général de ladite société, donne l'indication des questions qui seront traitées dans cette réunion et prie M. le Président de l'Académie de bien vouloir convier les membres et les correspondants de la Compagnie à y assister.

— Le comité d'organisation du Congrès international de médecins des colonies informe que ce congrès s'ouvrira à Amsterdam le 6 septembre prochain, à midi, et qu'il durera au moins jusqu'au 8 septembre inclusivement. — Pris pour notification.

— Une circulaire adressée à l'Académie fait connaître le programme d'un congrès sanitaire, qui s'ouvrira, à Muskegon (Michigan), sous les auspices du Bureau d'hygiène de Lansing, et qui aura lieu les 23 et 24 août prochain. — Pris également pour notification.

— En rappelant que l'Académie a bien voulu accepter un semblable dépôt, fait le 10 août 1882, M. le d<sup>r</sup> Wertheim, professeur à l'Université de Vienne, adresse de nouveau un pli cacheté, dans le but de s'assurer la priorité pour un sujet qui a trait à la question dont il s'agit dans celui qu'il a envoyé l'année dernière. — Le dépôt est accepté.

— L'Académie des sciences de l'Institut de Bologne fait

parvenir le programme d'un concours qu'elle a ouvert, pour le prix Aldini, prix qui sera accordé à l'inventeur d'un moyen efficace pour prévenir ou bien pour éteindre les incendies. — Dépôt à la salle de lecture.

— Par suite d'une décision prise par le comité central de la Ligue universelle des anti-vaccinateurs, M. H. Boëns, président, fait hommage, de la part du comité, à l'Académie, ses membres et ses correspondants, de 100 exemplaires de l'ouvrage intitulé : *La vaccine au point de vue historique et scientifique*. Il offre aussi, personnellement, pour la Compagnie, ses membres et ses correspondants, 102 exemplaires de la réponse à MM. Pasteur et Dumas qu'il a adressée aux membres de la Société nationale d'agriculture de France.

— En rappelant sa candidature au titre de correspondant, M. le dr Jean Bouillet, à Béziers, soumet à la Compagnie une note sur un cas d'urétrite, observé chez l'enfant. — Commissaire : M. Thiry.

— M. Janssens communique une lettre de M. le dr L. Martineau, à Paris, demandant le titre de correspondant et offrant onze publications à l'appui de sa candidature.

— MM. Degive, V. Desguin, Van Bastelaer et Hugues, *membres titulaires*; M. Kupfferschlaeger, *membre honoraire*; MM. Méhu et Zündel, *correspondants*; MM. P. Albrecht, à Bruxelles; J. Brenier, à Mons; Chavée-Leroy, à Clermont; H. Desplats, à Lille; P. De Vecchi, à San-Francisco; F. Rodenbach, à Ixelles; R. Serrand, à Cauterets; Stiénon, à Bruxelles; A. Vogt, à Berne, et la commission administrative de la caisse de prévoyance établie à Mons en faveur des ouvriers mineurs, font hommage de publications dont les titres, ainsi que ceux des travaux présentés par MM. Boëns et

Martineau, sont mentionnés au § OUVRAGES PRÉSENTÉS.

L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont offerts.

— A la demande de M. Mascin, M. V. Desguin est désigné pour examiner avec lui l'ouvrage intitulé : *Les origines de la métallothérapie*, qui a été récemment soumis à l'Académie par M. Burq.

## II. — RAPPORTS ET LECTURES.

**1. RAPPORT de la commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. le dr DEFFERNEZ, intitulé : *Rupia; dermatites à bulles plates, isolées, donnant lieu à des croûtes d'une forme particulière*. — M. THIRY, rapporteur.**

Messieurs, dans le travail que vous nous avez chargé, M. Hairion et moi, d'examiner, il s'agit d'une femme de soixante ans, d'un tempérament nerveux et d'une constitution solide mais sèche. La santé de cette femme fut toujours bonne; seulement elle subit jadis les atteintes du choléra et en fut rapidement guérie. Un acné rosacea et quelques pustules impétigineuses, qui se sont développées au nez, aux lèvres et au menton, témoignaient qu'elle se livrait habituellement à des excès alcooliques.

Quand M. Deffernez lui donna ses premiers soins, elle souffrait dans toutes les articulations et notamment dans celles des pieds. Ces douleurs ne tardèrent pas à être suivies d'une éruption vésiculeuse, qui apparut à la région dorsale des pieds et entre les orteils. Ces dernières étaient particulièrement douloureuses; toutes étaient circonscrites par un cercle inflammatoire bien dessiné. Une fois déjà, il y a sept à huit ans, une semblable éruption s'était produite, mais n'avait eu qu'une durée éphémère.



Quoi qu'il en soit, l'éruption vésiculeuse constatée en dernier lieu par M. Deffernez, ne tarda pas à s'étendre et à se transformer en bulles séro-purulentes. Ces bulles, de forme aplatie, éclatèrent; le liquide qu'elles renfermaient se dessécha en formant des lamelles plus ou moins étendues qui, en se superposant successivement les unes aux autres finirent par former des véritables cônes d'un gris sale, ressemblant à une masse de petites écailles d'huîtres superposées. Quand on enlevait ces écailles, la peau apparaissait saignante et ulcérée. La réaction inflammatoire périphérique s'étendait, le membre se recouvrait de petites vésicules nouvelles, en forme de chapelet. M. Deffernez fait remarquer que ces manifestations cutanées ne modéraient nullement l'intensité des douleurs articulaires. Le processus morbide persistant, les jambes, les cuisses et le tronc prirent part aux manifestations pathologiques : ils se recouvrirent successivement d'une éruption semblable à celle que nous venons de vous signaler; seulement, dans ces nouvelles localisations, le travail ulcératif, plus actif, aboutit à la formation d'ulcères très étendus; quelques-uns avaient la dimension d'une pièce de cinq francs. Les lèvres, les joues, les oreilles n'échappèrent pas à ce travail éruptif et ulcératif. On comprend, comme le fait du reste ressortir M. Deffernez, que dans une telle situation, l'aspect de cette malheureuse malade devait être repoussant, et que sa nutrition devait languir; aussi, constellée d'ulcères recouverts de croûtes grises ou noirâtres, elle était d'une maigreur extrême.

Les croûtes se détachaient spontanément quinze jours à un mois après leur formation. Chose remarquable, dit M. Deffernez, les surfaces ulcérées qu'elles laissaient à dé-

couvert se cicatrisaient rapidement et la cicatrice était blanche ou tout au moins striée de filets blanchâtres.

Inutile de dire, continue M. Deffernez, que la chute de ces croûtes était accélérée par l'application de cataplasmes amylacés. Notre confrère ne recourut à ce dernier moyen que quand il vit que le processus morbide n'était nullement enrayé par l'application du foie de soufre, soit en lotions, soit en pommades.

Évidemment, une telle situation était dangereuse, non seulement par les localisations de la maladie et la forme qu'elle recevait, mais encore par sa généralisation et par le peu de réaction que présentait l'organisme de cette femme contre le mal qui l'envahissait. Le pouls était peu élevé, la fièvre à peine sensible, la face s'injectait le soir et le sommeil était troublé par des rêves et des hallucinations que le médecin de Jumet, attribuait avec raison, à l'alcoolisme.

M. Deffernez ayant interdit les alcooliques à sa malade dut bientôt les lui rendre, car elle n'avait pas tardé à tomber dans une prostration inquiétante; en même temps il eut recours à l'administration de l'iodure de potassium et à un régime excitant, tonique, qui lui paraissait en situation. Les croûtes tombèrent et les ulcères commencèrent à se cicatriser.

Comme on devait s'y attendre, ce résultat, loin d'être favorable, amena des graves complications dans la situation de la malade. L'absorption se supprima, des congestions se produisirent vers les poumons et aboutirent à une hémorragie pulmonaire. Cette hémorragie, dit M. Deffernez, fut tellement abondante, qu'elle désespéra la malade et la plongea dans le collapsus. Des extravasations sanguines eurent lieu sous la peau; des suintements sanguins se firent

par la bouche; enfin l'anasarque arriva et la malade succomba.

Cette observation est précédée de quelques considérations générales. Dans ces considérations, M. Deffernez indique que Hébra rattache l'existence du rupia à une origine syphilitique; il se base sur cette opinion pour conclure que le rupia dont était atteint sa malade était aussi de nature syphilitique. « C'est parce qu'il y a, dit-il, des divergences nombreuses d'opinions sur des faits semblables, c'est parce qu'ils sont rares et peu connus, que j'ai cru devoir communiquer celui que je viens de reproduire à l'Académie royale de médecine de Belgique, en y joignant une planche coloriée, pour que chacun puisse se rendre compte de l'intérêt que présente l'observation. »

Nous avons connu Hébra, nous avons lu beaucoup de ses ouvrages; mais il ne nous paraît pas, en ce qui concerne les affections bulbeuses, du nom de rupia, que le célèbre dermatologiste viennois se soit jamais exprimé d'une manière aussi affirmative. Il admet plusieurs espèces de rupias, en raison de leur forme, de leur étendue et de leur généralisation; il admet que le plus souvent les rupias sont l'expression d'un état diathésique mauvais, parmi lesquels il comprend certainement la syphilis, sans toutefois lui accorder une part exclusive. Quoi qu'il en soit, nous ferons remarquer à notre honorable confrère de Jumet que l'intervention de la syphilis dans la production de la maladie dont il nous relate l'observation, est absolument spéculative; rien ne renseigne, dans le travail de M. Deffernez, une origine syphilitique; nous ne voyons, malgré notre bonne volonté, aucun symptôme, dans tous ceux qu'il nous signale, qui l'autorise à invoquer l'intervention vérolique.

Dès lors, ne serait-il pas plus rationnel et plus exact de reconnaître que le rupia, dont M. Deffernez nous relate l'observation, est tout simplement un *rupia cachecticum proeminens*, produit à la fois par l'alcoolisme et la maladie arthritique.

Les antécédents de la malade révèlent l'influence néfaste de l'alcool; les symptômes initiaux de la maladie dénotent l'influence de l'affection arthritique. Ces deux causes réunies n'avaient pas besoin du concours de la syphilis pour aboutir à une terminaison fatale.

A ce point de vue, nous ne pensons pas qu'il y aurait beaucoup de divergences d'opinion entre les dermatologistes, d'autant plus que des cas semblables, aujourd'hui principalement, ne sont pas rares dans la pratique.

Nous avons l'honneur, Messieurs, de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer sa communication aux archives. — Adopté.

**2. RAPPORT de la commission chargée d'apprécier la communication de M. CLÉMENT, relative à un fauteuil chirurgical, soumis à l'Académie par M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. — M. THIRY, rapporteur.**

Messieurs, vous avez renvoyé la communication de M. Clément à M. Pigeolet et à moi, afin de vous en faire un rapport.

M. Clément, de Sainte-Foix-la-Grande, a pris en France un brevet pour l'invention du fauteuil qui fait l'objet de sa notice explicative, à laquelle il a joint des planches photographiques qui peuvent donner une idée de la forme de ce meuble et des avantages qu'il présente d'après l'inventeur.

Ce fauteuil mécanique a des dispositions analogues à celles que l'on rencontre dans la plupart des meubles qui



ont la même destination. Il ne nous paraît pas avoir des avantages supérieurs aux appareils de l'espèce que nous possédons, et dont l'usage a été antérieurement recommandé.

Celui qui a été présenté, en 1871, à l'Académie royale de médecine de Belgique (*Bulletin* de l'année 1872, p. 253) par M. Engels, de Kessel-Loo, et à propos duquel notre collègue, M. Burggraeve, a fait un rapport élogieux, vaut, selon nous, le meuble de M. Clément, s'il ne lui est pas supérieur.

En conséquence, nous vous proposons d'adresser des remerciements à l'auteur, de déposer sa communication aux archives et de transmettre notre rapport à M. le ministre de l'intérieur. — Adopté.

**3. RAPPORT de la commission qui a examiné le travail de M. WARNANT, sur le traitement de la phtisie pulmonaire. — M. BARELLA, rapporteur.**

Messieurs, il y a quelques années, M. François et, après lui, M. Boulvin signalaient à l'Académie, comme une particularité remarquable, la rareté relative de la phtisie pulmonaire chez les houilleurs. Depuis que l'attention des médecins des charbonnages a été attirée sur ce fait, il a été confirmé par le témoignage d'un grand nombre d'entre eux. Et cependant s'il est un ouvrier qui semble appelé à payer un large tribut à la phtisie pulmonaire, c'est bien le houilleur. Qu'on suive l'enfant du charbonnier, futur houilleur lui-même, depuis sa naissance jusqu'au terme de sa carrière, on trouve, outre la déchéance due à l'hérédité, qu'à toutes les heures il enfreint les préceptes de l'hygiène, science dont il n'a, du reste, pas la moindre idée. Nouveau-né, il est 99

fois sur 100 élevé d'une manière absurde, meurtrière. Dans le premier âge, il a fort à faire pour se tirer tant bien que mal des maladies qui se présentent à cette époque de la vie? Les plus faibles succombent à la pneumonie, à la pleurésie, à la méningite, au carreau, à la lienterie, ou, un peu plus tard, aux fièvres éruptives et à leurs complications, à l'angine, à l'anasarque, à l'albuminurie. Entre 10 et 11 ans, l'enfant descend dans la fosse, et dès lors il parcourt une existence pénible. Son travail se fait dans un milieu où la température est généralement élevée, humide, viciée par des gaz délétères, irrespirables. Il travaille parfois dans des trous de 30 centimètres de hauteur. Il doit prendre les positions les plus inconfortables : tel est couché sur le ventre, tel autre sur le dos, un troisième sur le côté, un quatrième est à genoux, le corps ployé en deux. A peine au travail, il est couvert d'une abondante transpiration. La tâche finie, il va attendre à l'orifice du puits de descente, exposé à la température de l'air extérieur, le moment de remonter. Il passe de 22° ou 25° de température à celle de 5° ou 6°, quelquefois beaucoup moins. Son corps ruisselant de sueur se glace.

Dans l'intérieur même de la fosse la ventilation, dont les effets ne sont pas également appréciables partout, a pour résultat de mettre en mouvement une énorme quantité de poussière de charbon. Le houilleur en a plein la bouche, le nez, les yeux, les oreilles. Plus la ventilation est active, plus l'air de la mine contient en suspension de molécules charbonneuses. Joignez à cela le noir provenant de la fumée des lampes, nouvel ennemi pour les voies respiratoires.

Souvent encore le charbonnier subit les tristes effets de la misère. Cet ouvrier se marie généralement de très bonne heure, et, après quelques années de mariage, il se trouve

seul pour suffire aux besoins d'une famille souvent nombreuse. Il est vrai qu'il n'est pas rare que, sur dix ou douze enfants dont se compose une famille, la moitié soit enlevée par les maladies propres à l'enfance ou résultant d'une alimentation vicieuse du nouveau-né.

Son métier, la misère, l'imprévoyance, les excès qui sont le résultat d'une éducation morale insuffisante, autant de causes puissantes de dystrophie organique. Le tubercule devrait donc, semble-t-il, trouver chez le houilleur un terrain bien préparé pour son développement, sa propagation rapide. Et cependant on s'accorde sur ce point : le houilleur devient rarement phtisique. Il faut toutefois faire une exception pour la phtisie scléreuse, de nature alcoolique, dont nous avons observé plusieurs cas ; elle a une physionomie propre, des allures particulières ; elle diffère considérablement de la phtisie ordinaire ; parfois elle survient à un âge assez avancé. Pour ce qui est de la tuberculose ordinaire, le houilleur paie à cette triste affection un tribut beaucoup moins élevé que les métiers sédentaires.

Quelle est la cause de cette immunité relative ? M. War-nant croit que c'est le carbone lui-même au milieu duquel le houilleur vit ; ce carbone est suspendu dans certaines parties de la mine dans un état de ténuité telle, qu'il peut s'enflammer spontanément. Les enquêtes auxquelles on s'est livré en France, après des coups de feu attribués au grisou, ont démontré d'une façon péremptoire que ces accidents avaient été occasionnés, non par des inflammations de ce gaz, mais bien par la conflagration des poussières de charbon. Pour les prévenir, on a recours, dans certaines parties de la mine, à de fréquents arrosements.

L'auteur emprunte à la pratique du docteur Petit, de Wasmès, le cas suivant.

L'un des clients de ce praticien distingué était atteint de phtisie pulmonaire, l'auscultation décelait clairement l'existence de tubercules et de cavernes. Par suite d'un revers de fortune, il dut, quoique malade, demander son existence au travail dans la mine. Depuis longtemps déjà, il ne réclamait plus de soins médicaux, lorsqu'il périt victime d'un accident de fosse. M. Petit, ayant obtenu de faire l'autopsie, trouva les cavernes cicatrisées. Ainsi, conclut M. Warnant, loin de hâter la mort du malade, le travail des mines l'avait guéri. « Quelle était, se demande-t-il, la cause inconnue qui avait opéré cette guérison ? N'était-ce pas celle qui sauve de la phtisie le travailleur des mines ? » Le cas de M. Petit n'est pas aussi concluant pour nous qu'il a pu le paraître à M. Warnant : il ne prouve qu'une chose, c'est que la phtisie n'est pas fatalement incurable, ce que tout le monde sait, et qu'elle peut guérir, même malgré le travail dans les mines.

La constitution du houilleur, ne l'oublions pas, est caractérisée par la lenteur, la torpeur des actes de la vie organique, une espèce d'allanguissement vital général. Le travail habituel et prolongé dans un milieu aussi spécial que la mine a imprimé une modification profonde à toute son économie. Ce milieu se compose d'éléments divers, chacun de ces éléments imprime son cachet, cette action se répète pendant toute la vie de travail du houilleur. Pour apprécier cette influence, il faut prendre ce milieu tel qu'il est avec tous ses éléments de température élevée, d'hygrométrie, d'air saturé de produits carbonés et autres ; il faut tenir compte de l'absence de la lumière si bienfaisante du jour ; il faut encore tenir compte des efforts respiratoires



excessifs auxquels doit se livrer le houilleur. Par suite des attitudes qu'il doit prendre, la respiration est surtout diaphragmatique, les côtes étant immobilisées; la partie supérieure de la poitrine, siège de préférence des tubercules, agit moins que la partie inférieure.

Nous abordons sans plus ample préambule l'examen de la théorie de l'auteur.

Il rappelle ce fait bien connu que si l'on fait se rencontrer à l'air libre un jet d'oxygène et un jet d'hydrogène, ces deux gaz se mélangeront, sans qu'il s'ensuive aucune combinaison, aucun développement de chaleur; que si, au contraire, on interpose une éponge de platine entre ces deux jets, au point où ils se rencontrent, immédiatement la combinaison entre les deux gaz a lieu, de l'eau se forme et il se développe en même temps une quantité considérable de chaleur.

M. Warnant compare le poumon à cette éponge de platine. Il présente, selon lui, la même porosité, la même divisibilité; il peut donner lieu aux mêmes phénomènes catalytiques.

« Si, dit-il, une molécule de carbone est mise en contact avec l'oxygène qui se trouve dans la vésicule, par suite de la texture spéciale de celle-ci, une partie de l'oxygène se combinera, se transformera en acide carbonique, en déterminant une augmentation de température. Le *reste de l'oxygène*, par un phénomène identique à celui cité plus haut, artérialisera le sang, et l'acide carbonique du sang veineux, *augmenté de l'acide carbonique produit*, sera expulsé.

« Nous voyons qu'une augmentation de température vient d'être produite par la combinaison de la molécule de carbone et de l'oxygène. Ne produira-t-elle pas de désor-

dres? Nous répondrons : non dans un poumon sain, oui dans un poumon tuberculosé. C'est cette modification qui apporte avec elle la guérison. »

Cette théorie est passible de graves objections. Quand, sous l'influence de la mousse de platine, l'oxygène se combine à l'hydrogène pour former de l'eau en dégageant de la chaleur, il s'agit de deux gaz ; mais est-il bien sûr que, sous l'influence de la mousse de platine, le carbone, corps solide, en le supposant même en poudre ténuissime, se combine à un gaz, l'oxygène? La réalité de ce fait ne nous est pas démontrée. C'est de cette hypothèse et d'une comparaison entre la mousse de platine, cette éponge minérale, et le poumon, cette éponge vivante, soumise aux lois biologiques, que part l'auteur pour bâtir une théorie et créer un traitement.

Il constate que la présence du carbone dans les vésicules diminuera l'apport de l'oxygène dont elles ont besoin pour l'hématose ; le carbone a donc au moins un côté nuisible.

Mais, dit-il, il se produit une élévation de température, et cette élévation entraînera la cautérisation de la granulation tuberculeuse.

La vésicule, où se produit la combinaison de carbone et d'oxygène et le dégagement de chaleur, si elle est saine et contiguë à d'autres vésicules saines, est complètement entourée de vaisseaux dans lesquels circule continuellement un liquide, le sang, à une température déterminée. Dans ces conditions, pense l'auteur, le calorique développé ne peut avoir aucune influence sur les parois ainsi rafraîchies.

Il était cette opinion de quelques faits empruntés à la physique et aux arts industriels.

Voici, entre autres, une expérience bien simple : que l'on fasse un petit récipient de papier, qu'on le remplisse d'eau, qu'on mette le tout sur le feu, l'eau bouillira, le papier ne sera pas désorganisé, il ne roussira même pas. C'est que le corps en contact avec le feu a laissé traverser la chaleur produite et l'a laissé emporter par l'eau, portée celle-ci à l'ébullition.

L'auteur croit qu'il en est de même pour les parois de la vésicule saine, parce qu'elles contiennent un réseau sanguin très serré, dont chaque capillaire n'est séparé d'un autre que par un espace moindre que son diamètre. La paroi est donc constamment rafraîchie, ou, dirons-nous, le sang est constamment chauffé, mais faiblement. D'après l'auteur, cette élévation de température se répartirait sur la masse totale du sang et non sur la circulation locale.

« Ne résulte-t-il pas de ce qui précède, dit M. War-nant, que la partie des parois de la vésicule dans laquelle une circulation considérable suit sa marche normale, ne subira aucune altération provenant du développement de la chaleur, tandis que *le point de contact de la granulation et de la vésicule, dans lequel point de contact aucune circulation, aucun refroidissement, ou une circulation beaucoup moindre aura lieu*, subira une véritable cautérisation?

» N'est-il pas logique de conclure que toute la périphérie de la granulation, subissant la même cautérisation, présentera la *barrière* si ardemment cherchée qui doit arrêter les progrès de cette terrible maladie?

» Cette cautérisation lente, progressive, ne doit-elle pas détruire entièrement la granulation et la transformer en un corps inerte ne pouvant plus atrophier les parties environnantes? » Fort bien, mais que deviendra cette granula-

tion cautérisée? Est-elle devenue inoffensive par le fait de cette cautérisation! Probablement, elle doit s'éliminer par un travail inflammatoire des parties voisines; il se produira, par suite, une ulcération; cette ulcération elle-même devra se cicatriser. Que sera-ce quand des milliers de granulations se trouveront dans le poumon et devront être chacune éliminée par un travail inflammatoire?

M. Warnant s'exprime encore comme suit : « Ce qui est vrai pour la granulation, ne peut-il pas l'être pour le tubercule et pour la caverne? Cette cautérisation lente, continue, ne peut-elle pas amener leur guérison? Poser la question, c'est la résoudre — pas tout à fait, croyons-nous — et celui, qui aurait donné le moyen d'appliquer le fer rouge sur les lésions, sans blesser les parties avoisinantes, pourrait évidemment être considéré comme ayant trouvé la guérison certaine de cette terrible affection pulmonaire.

» C'est cependant ce que nous croyons vous apporter.

» Pour les ouvriers qui travaillent dans une atmosphère de pulvérin de charbon, la granulation, le point inerte est cautérisé dès qu'il se produit et la maladie est guérie dès son apparition; pour ceux dont le poumon est tuberculosé, la cicatrisation complète, et après elle la guérison aussi, toujours s'opère. » C'est très affirmatif (1).

En supposant que la tuberculose pulmonaire pût être traitée à la façon des affections chirurgicales, nous n'en serions guère plus avancés : la phtisie, en effet, n'est pas une maladie limitée aux poumons, c'est une maladie de

(1) Si l'on enlève d'un cadavre de houilleur un fragment de poumon et qu'on le mette dans la potasse caustique, la matière organique se dissout, la houille reste. Il n'y a donc pas eu combustion du carbone par l'oxygène de l'air contenu dans les poumons.



l'organisme entier, le tubercule pulmonaire n'en est qu'une manifestation localisée.

Mais si la phtisie est moins rare chez les houilleurs que dans les professions sédentaires, elle ne les épargne pas entièrement; on en rencontre des cas. M. Warnant ne conteste pas le fait, mais il l'explique par les considérations suivantes. Il est des charbons anthraciteux et maigres et des charbons gras. Les derniers produisent beaucoup de pulvérin de charbon, les anthraciteux en produisent peu. Les retours d'air de certains charbonnages n'en renferment pour ainsi dire pas. On n'y est pas préservé, il faut chercher le salut ailleurs. L'accrochage ne préserve pas davantage, il ne renferme que de l'air pur. Aussi les accrocheurs n'étant pas soumis à l'influence du pulvérin sont-ils aptes à contracter la maladie. Et puis les ouvriers du jour ne sont-ils pas confondus dans les statistiques avec les ouvriers du fond? Ainsi s'expliquent pour l'auteur les divergences que l'on rencontre dans les opinions des médecins de charbonnages. Il y a, dit-il, les médecins des mines à charbons gras, ceux des mines à charbons maigres, d'autres observent à la fois des houilleurs de ces deux séries. Les médecins des charbonnages gras sont plus affirmatifs pour l'immunité, les autres admettent seulement une fréquence moindre.

» D'après notre conviction, déclare l'auteur, le remède que nous proposons ne serait que d'un secours *inefficace* dans certains cas de phtisie galopante, *quand la granulation apparaît à la fois, sur tous les points des poumons. Quel soulagement apporterait dans ce cas la cautérisation, le malade pourrait-il vivre avec ses poumons tout désorganisés?* »

Disons que M. le professeur Crocq, dans ses travaux sur

l'anthracose, a prouvé depuis longtemps que le carbone est l'antagoniste du tubercule.

L'auteur, après avoir exposé ses idées sur la puissance curative du pulvérin de charbon, aborde le traitement. « Il est évident, dit-il, que le desideratum serait de pouvoir *faire respirer aux malades l'atmosphère telle qu'on la rencontre dans l'intérieur des mines ; chargée de ce poussier impalpable dont l'état pour ainsi dire moléculaire a été produit par cette force d'explosion du grisou, encore inexpliquée, et avec cette température constante que nous avons déterminée.* »

On pourrait dans les charbonnages gras, grisoutants, établir dans les galeries de retour d'air une chambre d'inhalation.

Comme il n'est pas probable que ce conseil soit suivi, l'auteur propose d'imiter cette atmosphère de pulvérin ; le malade serait placé dans un appartement chauffé à 22 ou 25°, l'air tiendrait du poussier de charbon en suspension et il serait saturé d'humidité. En un mot, au triple point de vue thermométrique, hygrométrique et poussiéreux, l'appartement du malade devrait être la reproduction fidèle du milieu spécial que l'auteur considère comme pouvant procurer l'immunité et la guérison.

M. Warnant conseille de répandre dans la chambre des malades du poussier de charbon dans un état de ténuité moléculaire. Cette poussière impalpable doit être recueillie sur le sol et le boisage des retours d'air des mines à charbons gras. Le poussier, répandu abondamment sur le plancher de la chambre et agité avec un balai, se répandra rapidement dans l'atmosphère et y restera en suspension pendant un temps assez long. Cette opération d'agitation est répétée chaque fois que l'on sent l'air se purifier.

Et la durée du traitement? Ce sera à l'expérience à la déterminer.

Ce travail est suivi d'un appendice de quelques pages dans lequel l'auteur rapporte les opinions d'un certain nombre de médecins du pays charbonnier; toutes s'accordent à admettre la rareté de la phtisie chez le houilleur du fond.

M. Warnant fait suivre son mémoire d'un *Complément à la note sur un traitement de la phtisie pulmonaire*. Dans ce dernier travail, il s'attache à défendre la thèse qui sert de base au premier.

» Réduit à l'état moléculaire, le poussier de charbon pénètre jusque dans les vésicules du poumon et s'y combure. Cette combustion a pour effet la cautérisation du tubercule. »

Il est hors de conteste que le charbon réduit à un état de division extrême, à l'état de poudre ténuissime, impalpable, pénètre dans tous les orifices du corps exposés à son contact. Il n'est pas douteux non plus que, sous cette forme, il arrive dans les dernières ramifications bronchiques. Mais s'y combure-t-il?

L'auteur le dit; il élève tout un échafaudage sur cette hypothèse, mais l'hypothèse reste hypothèse, malgré tout le talent et les connaissances déployées par M. Warnant.

D'après lui, le pulvérin de charbon préserve le houilleur de la phtisie et la guérit même au début. C'est donc à lui qu'il s'adresse comme agent curatif. Au premier abord, ce traitement peut séduire. En l'examinant de près, on reconnaît combien il est difficile de reproduire exactement ce milieu si spécial de l'atmosphère des retours d'air des houillères à charbons gras. On peut l'imiter jusqu'à un certain

point dans les salles d'un hôpital; seulement pour que cette expérimentation ait quelque valeur, il faut qu'elle soit le seul traitement usité, qu'elle s'exerce sur un certain nombre de malades et pendant un temps prolongé.

L'auteur cherche à prouver que le poussier est réellement carburé dans les poumons.

Dans les autopsies de mineurs jeunes, *on n'a pas*, dit-il, *constaté la présence du poussier de charbon* dans les poumons de ces ouvriers.

Mais que conclure du silence de certaines nécropsies? Que de fois n'est-on pas passé à côté des faits sans les voir, parce que l'attention n'était pas attirée sur eux!

Si au fur et à mesure de son arrivée dans les vésicules, le poussier n'y est pas comburé, objecte encore l'auteur, ne finira-t-il pas par y former des agglomérats? En effet, cela arrive quelquefois, assez souvent même, pas si souvent qu'on serait tenté de le croire; le pulvérin irrite la muqueuse des voies respiratoires, il fait naître la toux, l'expectoration, l'expulsion de crachats noirâtres. Nous admettons que ce noir expectoré provient en grande partie de la combustion des lampes, que c'est surtout du noir de fumée, mais les poussières, si fines, aspirées par le houilleur entrent également pour une grande part dans ces crachats mélaniques.

Avec tous les médecins de charbonnages nous rattachons l'immunité relative du houilleur à la production de l'emphysème pulmonaire. Le travail dans des attitudes impossibles, au milieu d'un air chaud et vicié, la pénétration du noir de fumée et du poussier de charbon dans les vésicules, l'expliquent suffisamment. Les efforts respiratoires exagérés amènent la déchirure d'un certain nombre de vésicules, les vésicules restantes doivent venir en aide à celles qui



sont perdues pour la respiration, nouvelle cause d'emphysème. D'autres vésicules sont oblitérées par le carbone. Ainsi le champ de l'hématose se rétrécit considérablement. L'emphysème à son tour engendre les affections cardiaques si communes chez nos malheureux ouvriers.

Quoiqu'il soutienne la thèse de la cautérisation du tubercule par l'action du carbone, l'auteur, qu'il le veuille ou non, est obligé comme nous de passer par l'emphysème, mais seulement l'explication qu'il en donne n'est pas la nôtre.

« Ainsi que nous l'avons dit, écrit M. Warnant, nous croyons que l'un des motifs de l'emphysème chez les mineurs est la combustion d'une partie de l'oxygène de l'air par le poussier de charbon. L'oxygène restant pour l'artérialisation n'est plus suffisant et peu à peu la nécessité d'une plus grande quantité de gaz se faisant sentir, la vésicule pulmonaire tend à se dilater pour en contenir davantage. Peu à peu cette dilatation subsiste et forme le caractère essentiel de l'emphysème pulmonaire. »

M. Warnant arrive donc comme nous à l'emphysème pulmonaire, mais par un autre chemin.

L'auteur signale une déduction intéressante de la théorie de la combustion du poussier de charbon dans les poumons. « On sait, a écrit notre co-commissaire M. Kuborn, que les ouvriers mineurs ne paraissent se nourrir que d'une façon insuffisante, eu égard aux énormes déperditions de force que le métier leur fait subir journellement et aux conditions de milieu dans lesquelles ils vivent. »

Cette insuffisance de l'alimentation, qui est commune du reste à presque tous les ouvriers, a été expliquée à tort par l'appoint du café; mais peut-on bien appeler ainsi l'infu-

sion de chicorée prise sous ce nom? Le café ne leur prête donc pas ses principes azotés, nutritifs.

Une partie notable des aliments que l'on ingère est transformée en chaleur, et celle-ci devient mouvement. Or, le poussier en se comburant produit de la chaleur, ce calorique charrié par le sang se transforme en mouvement et ainsi s'explique, pour M. Warnant, le surcroît de travail des mineurs avec une quantité minime de nourriture. L'auteur aurait pu ajouter que les houilleurs ne sont généralement pas de grands dormeurs; ils ne se préservent guère non plus du froid ni de l'humidité. Mais aussi il aurait pu se dire que l'accoutumance, l'habitude rendent certains travaux moins pénibles, certains usages moins dangereux.

En résumé, le mémoire de M. Warnant est une œuvre originale, intéressante, curieuse à lire. C'est un essai d'application des études chimiques à la physiologie des organes respiratoires. L'auteur, homme très instruit, ancien ingénieur de charbonnage, a observé, avec beaucoup d'autres, l'immunité relative du houilleur du fond contre la phtisie pulmonaire. Il l'attribue à l'action du pulvérin de charbon, à la cautérisation des tubercules par le carbone. Il bâtit sur cette utopie tout un édifice. Il en déduit un traitement très logique, si l'on admet les prémisses. Celles-ci nous paraissent très hasardées.

S'il y a peu de phtisiques parmi nos charbonniers, le rapporteur constate qu'il en est à peu près de même dans le restant de la population à laquelle il donne ses soins. Ceci doit donner à réfléchir au sujet de l'immunité. On peut, il est vrai, objecter qu'une partie au moins de cette population, actuellement étrangère aux mines, descend de parents qui ont pu subir dans la fosse l'influence du pous-

sier de charbon. Il n'en est pas moins vrai que la phtisie est surtout commune dans les villes populeuses où toutes les misères physiques, morales et sociales se trouvent largement réunies. Elle est beaucoup moins fréquente dans les campagnes et, parmi les communes rurales, il en est qui sont favorisées, d'autres qui sont beaucoup moins bien partagées. Il existe là des conditions particulières locales dont il faut tenir compte.

Si l'on se donnait la peine d'étudier sérieusement la topographie médicale, on verrait que, de même que chaque homme a son côté vulnérable, ses points de moindre résistance, chaque agglomération humaine se distingue par la prédominance de certains états morbides. S'explique-t-on bien pourquoi, dans certaines communes, les affections cancéreuses et notamment les cancers externes sont très fréquents, et pourquoi dans la commune voisine on ne les rencontre qu'exceptionnellement? Il en est de même pour beaucoup d'autres affections.

Nous concluons. Quoique pour notre part nous espérons peu dans le poussier de charbon comme traitement curatif de la phtisie pulmonaire, même au début — et que de fois la période initiale nous échappe-t-elle complètement — le travail de M. Warnant présente des qualités réelles.

La commission propose d'adresser des remerciements à M. Warnant ; d'ouvrir une discussion sur le mémoire qu'il a soumis à l'Académie et de n'émettre un vote, quant à l'impression de ce travail, qu'après la clôture de la discussion.

**M. Boëns.** — Messieurs, je ne sais si l'Académie sera d'avis qu'il y a lieu de discuter le travail sur lequel un rapport

vient de vous être présenté. Mais je ne veux pas attendre votre décision sans déclarer que je ne puis admettre la publication des hypothèses et des théories fantaisistes que vous avez entendu exposer sommairement par la bouche de M. Barella. Vous serez moins surpris, d'ailleurs, de l'étrangeté des idées émises dans ce travail, quand vous saurez qu'il émane d'un homme qui n'appartient ni directement, ni indirectement au corps médical.

Certes, je m'empresse de le reconnaître, M. Warnant est un érudit des plus estimables ; j'ai même l'avantage de le compter au nombre de mes amis ; mais ces considérations ne me feront jamais accepter comme œuvre originale, intéressante, nouvelle, une théorie imaginée par l'un de nos honorables collègues, M. Crocq, qui l'a exposée et défendue ici sans succès, il y a déjà plusieurs années.

Je le constate, après votre rapporteur lui-même, il n'y a dans ce mémoire aucun fait nouveau, aucune opinion scientifique qui ne soit déjà connue ; c'est une habile et savante compilation physique, chimique et médicale, empruntée à des travaux antérieurs, qui ont été publiés par divers savants et par des médecins de notre pays et de l'étranger. Et c'est un financier, un banquier, absolument étranger aux sciences biologiques et médicales, qui vient vous soumettre un semblable travail !

Je ne suis certes pas de ceux qui s'imaginent que le médecin doit être considéré comme le représentant exclusif des connaissances humaines qui se rattachent à l'art de guérir. Je pense, au contraire, que nous pouvons et devons tirer parti et profit de toutes les notions, de tous les éléments théoriques ou pratiques qui nous sont suggérés ou communiqués, même par des personnes qui n'ont avec



notre profession aucun rapport régulier ; mais encore faut-il qu'elles nous fassent connaître une idée ou un fait réellement original ou utile.

Or, l'honorable rapporteur affirme que les prémisses du mémoire de M. Warnant sont contestables, qu'elles ne tiennent pas. Que reste-t-il, dès lors, de tout cet agencement de déductions, qui ont pour objet de prétendre que la phtisie pulmonaire est quasi inconnue chez nos houilleurs, que ce fait serait dû à l'inhalation du poussier et que, par conséquent, pour guérir les phtisiques, il suffirait de les faire respirer dans une atmosphère de charbon ?

A ceux qui disent que la phtisie est rare chez les houilleurs, je ferai simplement remarquer, en passant, que presque tous les houilleurs meurent de maladies de poitrine.

Je le sais, je ne puis pas discuter aujourd'hui le fond de la question ; je dois me borner, pour le moment, à ces quelques réflexions. Seulement, je vous demande, en terminant : voulez-vous faire imprimer le mémoire dans votre Bulletin ? Bien qu'il ne contienne rien de neuf pour nous, je ne m'y opposerai pas. J'ajoute même qu'eu égard à cette circonstance, que M. Warnant est complètement étranger aux sciences médicales, son travail est remarquable. Il est peu d'hommes du monde qui soient capables d'en faire autant. M. Warnant, je me plais à le reconnaître, est un homme très intelligent, qui sait se mettre au courant de notre mouvement scientifique. Est-ce cette qualité et ce mérite que vous envisagez, avec le rapporteur et la Commission, dans la brillante compilation du savant banquier de Charleroi ? Alors, il ne faut pas vous en tenir aux conclusions du rapport : je trouve que vous devez aller plus

loin, et inscrire le nom de M. Warnant parmi les aspirants au titre de membre correspondant.

— Les conclusions du rapport sont adoptées.

**4. RAPPORT de la commission des épidémies sur les documents sanitaires adressés au gouvernement belge par ses agents à l'étranger et communiqués à l'Académie par M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. — M. LEFEBVRE, rapporteur.**

Messieurs, comme on vous l'a dit tout à l'heure, le gouvernement a envoyé à l'Académie des documents nombreux sur les maladies épidémiques régnant en Orient. Ils ont été renvoyés d'urgence à la Commission des épidémies, et celle-ci s'est réunie aujourd'hui. Nous devons demander votre indulgence pour ce rapport, qui n'est qu'une ébauche, parce que le temps nous a complètement fait défaut pour le rédiger.

Nous nous sommes hâtés, parce que la question présente un certain degré d'urgence, car, ainsi que vous l'avez appris par les journaux de médecine, le choléra fait des ravages très considérables en Égypte. Au Caire, il tue environ 500 personnes par jour; il a éclaté à Alexandrie. On peut dire qu'il règne sur tout le delta du Nil.

Du reste, les documents que nous sommes chargés d'analyser ne concernent pas que le choléra. Si nous cherchons à les classer, nous en trouvons qui se rapportent à des maladies communes, comme la diphtérie et le typhus, et que nous négligeons; d'autres concernent la peste; enfin, les plus importants ont trait au cholera.

**DOCUMENTS RELATIFS A LA PESTE.**

Nous avons reçu une vingtaine de dépêches assez contradictoires, relatives à une épidémie de peste qui aurait sévi

dans le Kurdistan persan. Les derniers documents éclaircissent la question. Le d<sup>r</sup> Stiépovich, envoyé sur les lieux par le gouvernement ottoman, donne des renseignements précis. Après mille difficultés, il a pu pénétrer avec un médecin persan dans les localités infectées. Ce sont deux villages, Zeylan et Bekir-Bey, appartenant au district persan de Djivanron, à peu de distance de la province ottomane de Bagdad, à l'est de Suleimanié. Voici le résumé de ses informations : les deux localités infectées comptent ensemble 150 maisons, ce qui suppose environ 650 habitants. La peste bubonique y a éclaté pendant le mois de mai 1883; elle a atteint 176 personnes, sur lesquelles on compte 170 morts et 6 guérisons. La maladie ne durait pas au delà de trois jours. Il n'y avait plus eu de cas à Bekir-Bey depuis le 5 mai, ni à Zeylan depuis le 20 avril. Le d<sup>r</sup> Stiépovich a visité les environs et n'a pas rencontré de cas de peste.

L'empire ottoman a pris des mesures quaranténaires sévères.

#### DOCUMENTS RELATIFS AU CHOLÉRA.

Ils se partagent en trois groupes : ils concernent l'épidémie des Iles Philippines, celle de Chine et enfin celle qui règne actuellement en Égypte.

##### *Documents relatifs au choléra des Iles Philippines.*

Notre Consul à Manille a fait parvenir, à M. le Ministre des affaires étrangères, six documents précis sur la marche de l'épidémie des Iles Philippines. Nous en extrayons les indications les plus importantes. Le choléra a fait en tout dans la capitale, à Manille, 5,413 victimes, dont 99 Euro-

péens. A la date de la dernière dépêche (9 avril), la maladie paraissait y avoir entièrement cessé; on ne constatait plus que de temps à autre des cas sporadiques auxquels les médecins n'attachaient pas d'importance; mais le fléau continuait à régner dans diverses provinces. La conclusion pratique à tirer de ces communications, c'est que les gouvernements doivent considérer encore comme suspectes toutes les provenances des Iles Philippines et leur appliquer les mesures ordinaires de préservation.

*Documents relatifs au choléra en Chine.*

Une dépêche du consul belge, en date du 19 mars 1883, informe M. le ministre des affaires étrangères que le choléra n'a jamais cessé complètement de sévir à Saïgon sur la population indigène, mais qu'il ne s'était pas encore attaqué à l'élément européen; dans ces derniers temps trois Européens ont succombé à la maladie. Le chef du service de santé ne délivre plus de patente nette (1).

*Documents concernant le choléra qui règne en ce moment en Egypte.*

Pour mettre quelque ordre dans ce groupe de dépêches, disons d'abord que plusieurs d'entre elles se rapportent à l'épidémie de l'Hedjaz de 1882, complètement terminée depuis six mois. Ces documents n'ont plus qu'un intérêt rétrospectif; nous les passerons sous silence.

Nous abordons la question de l'épidémie de 1883.

Comme d'habitude, la maladie a été importée en Egypte de son foyer permanent, les Indes.

(1) Nous ignorons quand et comment le choléra a été importé dans cette ville chinoise.



Les documents que nous avons sous les yeux constatent que le choléra s'est montré cette année avec plus d'intensité que d'habitude dans les Indes, et spécialement à Bombay et à Calcutta.

*Statistique pour Bombay.*

Pendant la semaine finissant le 21 avril 1883,	3 décès
— 28 —	8 —
— 5 mai	5 —
— 12 —	28 —
— 19 —	25 —
— 26 —	15 —
— 5 —	9 —

*Statistique de Calcutta.*

La maladie a été plus sévère. Dès la semaine qui finissait le 9 décembre 1882; on comptait 86 décès, pour la semaine finissant le 16, on notait 107 décès, et enfin pour la semaine finissant le 23, 96 décès. On sait que le choléra existe toujours à Calcutta, mais les chiffres que nous venons de citer sont exceptionnellement élevés. Voici en effet les statistiques de 1877, 1878, 1879 et 1880, que l'on peut considérer comme des années d'une léthalité moyenne par décès cholériques.

Nous prenons les trois semaines correspondantes à celles de la statistique de décembre 1883.

1877	32 décès	23 décès	16 décès.
1878	20 —	25 —	34 —
1879	12 —	15 —	14 —
1880	25 —	22 —	30 —

On voit que la mortalité cholérique était, dès le mois de décembre, à peu près trois fois aussi considérable que les

années moyennes. Après une courte rémission au commencement de 1883, la maladie reprit avec plus d'intensité au mois d'avril.

Notre consul à Calcutta écrit en date du 1<sup>er</sup> mai 1883 : « La mortalité hebdomadaire, qui était tombée à une vingtaine de cas, approche aujourd'hui de 100. Les quartiers les plus salubres habités par les Européens ne sont pas épargnés. » Dans un document ultérieur, nous trouvons que pendant la semaine finissant le 19 mai le chiffre des décès cholériques s'éleva à 145.

Le conseil sanitaire de Calcutta continue à déclarer que la maladie n'est pas épidémique.

D'autres documents annoncent l'irruption de la maladie en Egypte. Ils ne sont ni assez nombreux ni assez précis pour nous permettre de suivre la marche de la maladie des rivages indiens au bord de la Méditerranée; mais les journaux de médecine permettraient facilement de combler cette lacune.

Beaucoup de dépêches sont relatives aux mesures que les divers gouvernements prennent pour préserver leur pays de l'invasion du fléau indien.

Ce sont des mesures quaranténaires très sévères.

Nous regrettons de ne rien trouver dans les documents en question qui nous édifie sur les moyens que le Gouvernement britannique aurait préparés ou déjà mis en œuvre.

Pour exposer complètement notre pensée à cet égard, nous ne pouvons nous dispenser d'appeler votre attention sur deux questions.

La première est celle-ci : le Gouvernement colonial anglais a-t-il fait tout ce qu'il pouvait et tout ce qu'il devait faire pour empêcher l'extension du choléra asiatique vers l'Egypte et vers l'Europe ?

Il est permis d'en douter.

Nous venons de constater, par des documents officiels, que le choléra faisait, à Calcutta, au mois de décembre 1882, trois fois plus de victimes qu'aux époques correspondantes des autres années. La situation s'aggrave considérablement au mois de mai et les autorités persévèrent à déclarer, à l'étonnement des consuls, que la maladie est sporadique. C'est que la jurisprudence du gouvernement colonial est de ne prendre des mesures contre l'exportation du choléra que quand il est épidémique. Il en résulte qu'en niant le caractère épidémique de la maladie, on est dispensé de toute mesure de précaution.

Nous sommes autorisés à tenir ce langage. Voici en effet ce que nous trouvons dans les documents officiels. Le docteur Dickson, délégué d'Angleterre au Conseil sanitaire international de Constantinople, fait la communication suivante dans la séance du 8 mai dernier :

« On m'a demandé à diverses reprises si les décès de  
» choléra à Calcutta étaient notés sur les patentes sanitaires  
» de ce bord, par conséquent, si l'on prenait des mesures  
» pour préserver les régions vers lesquelles se dirigent les  
» navires. Je suis à même de répondre aujourd'hui que les  
» patentes n'indiquent pas les cas de choléra ou les décès  
» causés par cette maladie, lorsqu'elle ne sévit pas avec un  
» caractère épidémique. »

Quant à la définition que donnent les conseils médicaux des ports indiens, du terme « épidémique, » voici ce que dit M. Dickson :

« Une définition précise du terme épidémique, qui satis-  
» ferait l'opinion de toutes les autorités, est difficile à  
» donner. On a appliqué, en général, le terme épidémique,

» pour ce qui concerne Bombay et Calcutta, à la maladie  
» lorsqu'elle sévit avec plus d'intensité qu'elle ne le fait ordinairement à l'époque de l'année correspondante, et  
» lorsqu'elle a une tendance à augmenter. »

Nous abordons la seconde question qui nous préoccupe : aujourd'hui que le choléra nous assiège en quelque sorte, puisqu'il est assis sur les bords de la Méditerranée en face de l'Europe, le Gouvernement anglais est-il disposé à faire ce qui est en son pouvoir pour empêcher la maladie de se propager ? Encore une fois, il est permis d'en douter.

Cependant il nous paraît bien nécessaire que des mesures efficaces soient prises. Tel est aussi l'avis de la Commission sanitaire internationale.

Elle conclut en ces termes :

« Si des mesures ne sont pas prises sérieusement et très  
» prochainement pour prévenir la propagation du choléra,  
» la commission sanitaire internationale décidera que toute  
» provenance égyptienne est suspecte et lui imposera la  
» quarantaine. »

Je termine ici la mission que la commission des épidémies m'a donnée, si l'Académie veut bien m'accorder encore quelques moments d'attention, je l'entretiendrai très brièvement d'une autre question qui concerne également le choléra.

Vous savez qu'à la suite du choléra, qui a régné en Belgique en 1866, le Gouvernement a fait faire une grande enquête dans toutes ces communes. Je me suis chargé du dépouillement de cet immense dossier. Pour procéder méthodiquement, j'ai fait imprimer un questionnaire comprenant, sous forme de demandes, tous les points qui ont



été touchés dans les documents envoyés par les communes. Les réponses sont placées en regard des demandes. Je fais passer sous vos yeux ce questionnaire qui vous donnera une idée de l'étendue de cette enquête : il n'a pas moins de quatorze pages in-folio de demandes et de réponses.

Le dépouillement des documents est terminé, mais il faudrait maintenant trouver le temps de les classer, de les analyser et d'en tirer les conclusions qui en découlent.

Parmi ces conclusions, il en est un certain nombre qui me semblent résulter si évidemment d'un examen sommaire des dossiers, que je n'hésite pas à les communiquer à la Compagnie. Vous constaterez, du reste, que la plupart confirment des données généralement acceptées aujourd'hui, excepté peut-être en Angleterre.

I. Le choléra ne naît jamais spontanément en Europe.

II. Quand il y arrive, c'est toujours par importation.

III. Une fois importé, il se propage uniquement par contagion.

IV. Le principe contagieux réside principalement sinon exclusivement dans les déjections cholériques.

Échappé des déjections du malade, le contagé emprunte divers véhicules pour atteindre les sujets sains; les principaux sont l'air, l'eau et les vêtements des cholériques.

Le contagé peut être charrié par l'air, mais à de faibles distances que nous chercherons plus tard à préciser.

L'eau est un moyen de transport du contagé beaucoup plus important. Ce principe, une fois suspendu dans l'eau, peut s'en échapper et se répandre dans l'air. Le plus souvent il

entre dans les organismes sains avec l'eau contaminée employée comme boisson.

Les vêtements et les linges des cholériques peuvent communiquer la maladie à des sujets sains, alors surtout qu'ils sont souillés de déjections.

V. Le principe cholérique peut se conserver, dans certaines conditions, pendant longtemps, des mois, probablement des années, et reprendre action toxique, quand il rencontre des conditions favorables.

VI. Quelques mauvaises que puissent être les conditions hygiéniques dans lesquelles des sujets vivent : air confiné, air altéré par des émanations de tout ordre, alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité, excès de tout genre, jamais elles n'engendrent le véritable choléra.

Mais il faut se hâter d'ajouter que quand le contagion atteint des individus placés dans ces conditions anti-hygiéniques, il est d'une gravité extrême, et que, d'autre part, il se propage presque fatalement de sujet à sujet.

### III. — PRÉSENTATION D'UN INSTRUMENT DE CHIRURGIE.

M. Thiry présente, au nom de M. le dr Léon Desguin, à Anvers, un nouvel instrument destiné à simplifier l'opération de la trachéotomie. Il entre dans quelques détails explicatifs tendant à faire ressortir le mérite de cet instrument et termine en déposant sur le bureau le travail manuscrit de M. Desguin portant pour titre : *Conducteur pour l'incision et la dilatation de la trachée*. — Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Soupart et Thiry.

## IV. — DISCUSSIONS.

**1. SUITE DE LA DISCUSSION du rapport de la commission qui a examiné le mémoire de M. le dr LIEBRECHT, relatif à l'excision du goître parenchymateux (1).**

**M. Debaisieux.** — Messieurs, je ne m'attendais pas à prendre la parole aujourd'hui; mais craignant de voir clore la discussion ouverte sur le traitement du goître, je ne puis m'empêcher d'ajouter quelques mots à ce qui a été dit dans une des précédentes séances par M. De Roubaix et par notre honorable président.

Nous reconnaissons tous que la thyroïdectomie est une conquête de la chirurgie moderne et qu'elle mérite de prendre place définitivement dans le cadre des opérations; nous ajoutons seulement qu'elle n'échappe pas aux conditions ordinaires de toute intervention chirurgicale. Bien qu'elle n'ait peut-être pas tous les dangers qu'on lui attribuait autrefois, elle demeure une entreprise périlleuse et qui, en dépit de certaines statistiques probablement incomplètes, compromet la vie du patient. Elle n'est donc légitime que si la maladie elle-même constitue, non pas seulement une difformité, une gêne ou un inconvénient, mais un véritable danger.

Ceci étant admis, je voudrais insister sur un point trop souvent oublié à notre époque. Comme on l'a très bien dit, une sorte d'entraînement, de fièvre opératoire semble s'être emparée d'un certain nombre de chirurgiens, et, cédant au désir de pratiquer une opération redoutable mais retentissante, on perd de vue quelquefois qu'il existe des moyens beaucoup plus innocents de sauver le malade.

(1) *Bulletin*, 3<sup>e</sup> sér., t. XVI, p. 837; t. XVII, p. 221.

**M.** le président vous a cité un cas de goitre qu'il a heureusement guéri par les injections intra-parenchymateuses de teinture d'iode. Le moyen est bon et a réussi en beaucoup d'autres mains. Mais il en est un autre sur lequel je me permets d'appeler votre attention, moyen à la fois plus inoffensif, plus sûr et plus rapide que la teinture d'iode, c'est l'injection intra-parenchymateuse d'ergotine.

Si je ne me trompe, c'est un de nos compatriotes, **M.** le docteur Bauwens, d'Alost, qui a le premier péconisé et employé les injections d'ergotine dans le traitement du goitre. En 1881, il guérit par ce procédé un goitre volumineux datant de huit ans: quatre injections suffirent pour atteindre ce but. L'observation a été publiée dans le *Journal des sciences médicales de Louvain*.

La solution conseillée par **M.** le docteur Bauwens est la suivante: ergotine d'Yvon 5 grammes; eau et glycérine, de chaque 7 grammes. On injecte de cette solution le contenu d'une ou deux seringues de Pravaz, c'est-à-dire un ou deux grammes. On peut, si le goitre résiste, porter à quatre le nombre des injections en une seule séance.

Ce traitement a été essayé l'année dernière dans le service de **M.** le professeur Michaux, où je remplis les fonctions de chef de clinique. Il s'agissait d'une fille de 21 ans, atteinte d'un goitre volumineux, à marche progressive, avec gêne notable de la respiration et de la déglutition. Les partisans de la thyroïdectomie n'eussent pas manqué de trouver, dans l'ensemble de ces conditions, bien des raisons en faveur de l'opération sanglante, et cependant il a suffi d'une quinzaine d'injections d'ergotine pour débarrasser entièrement la malade de son infirmité. J'ai revu cette jeune fille au mois de juillet, et je puis affirmer qu'elle ne con-



serve plus la moindre trace de la tumeur dont elle a été atteinte.

J'ai dit qu'il avait fallu une quinzaine d'injections. Ce nombre peut paraître considérable; nous l'attribuons à ce que, n'ayant pas sous la main l'ergotine d'Yvon, nous dûmes recourir à l'ergotine de Bonjean. Or, la première convient beaucoup mieux pour les injections intra-parenchymateuses : à volume égal, elle est deux fois plus active; en outre, comme elle contient moins de matières étrangères, elle s'absorbe plus complètement et plus vite et produit moins d'irritation locale.

Depuis deux ans que cette médication est à l'essai, M. le dr Bauwens a réuni huit cas de goîtres ainsi traités, dont cinq lui sont personnels. Tous ces cas, sans une seule exception, ont été radicalement guéris, sans qu'aucun accident soit venu entraver la marche régulière du traitement. Le nombre des injections nécessaires varie. Dans un cas, il n'en a fallu qu'une seule pour faire disparaître un goître volumineux datant de cinq ans; d'autres fois, il en a fallu quatre, huit ou davantage. En tout état de cause, la guérison survient beaucoup plus promptement que par les injections de teinture d'iode, qu'il faut parfois continuer pendant un an et plus.

Je n'insiste pas davantage, M. le dr Bauwens m'ayant manifesté l'intention de communiquer à l'Académie les observations qu'il a recueillies sur cet intéressant sujet. Mais j'ai cru faire chose utile, au moment où l'on agite dans cette enceinte la question du traitement opératoire du goitre, en signalant une médication prônée par un de nos compatriotes et qui, sans avoir aucun des dangers de la

thyroïdectomie, permettra, dans maintes circonstances, d'arriver au même but.

— La clôture de la discussion est ensuite prononcée.

**2. SUITE DE LA DISCUSSION des observations obstétricales de M. WASSEIGE, membre titulaire.**

— Personne ne demandant la parole, cet objet est rayé de l'ordre du jour.

**3. DISCUSSION du rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la proposition de M. DEPAIRE, relative à l'inspection des viandes.**

— Cette discussion est ajournée à la prochaine séance.

**4. DISCUSSION de la communication de M. KUPFFER-SCHLAEGER sur la nécessité de l'analyse chimique dans les présomptions d'empoisonnement.**

**M. Van Bastelaer.** — Messieurs, après la communication de notre honorable collègue, M. KUPFFERSCHLAEGER, sur la *Nécessité de l'analyse chimique dans les présomptions d'empoisonnement*, j'ai demandé à joindre quelques observations à celles que vous veniez d'entendre; je voulais seulement appuyer cette note; je n'avais nullement l'intention de la discuter. Elle ne me paraît même pas discutable; je pense que nous sommes tous du même avis sur ce point : que maintes fois des investigations du chimiste résulte, non seulement le principal indice, mais parfois même la seule preuve du crime.

Certainement un juge d'instruction n'aura jamais la pensée de se passer du secours de la chimie, dans un cas d'empoisonnement, et je doute qu'en Cour d'assises l'accusation pût en aucun cas obtenir une condamnation, si

elle n'avait eu soin de réclamer l'aide de la toxicologie. Un magistrat oserait-il du reste se présenter devant la Cour sans avoir rempli ce devoir? Non, sans doute; cela paraît impossible à tous; nous n'avons pas besoin d'en donner la moindre démonstration. Même, quand les recherches chimiques seraient évidemment superflues, on devrait y avoir recours comme contrôle, et en réalité, c'est ce qui a toujours lieu. L'importance de la toxicologie, dans tout procès d'empoisonnement, n'est mise en doute par personne.

Je crois inutile de faire remarquer que, si les conclusions des chimistes sont négatives, les poursuites sont abandonnées par le fait même.

Mais combien de fois l'expertise chimique, loin d'être inutile ou peu utile, n'est-elle pas le guide de la justice et le pivot du procès tout entier. Je veux donner en quelques mots deux ou trois exemples remarquables d'affaires dans lesquelles la chimie seule faisait ses révélations à la justice, alors que les hommes et les circonstances étaient interrogés en vain et restaient muets. Je ne citerai que des faits auxquels j'ai été mêlé comme expert et que je ne tiens aucunement de source étrangère.

Voici le premier et le mieux caractérisé. C'était en 1869, à Châtelineau, une fille Céline Marlier vivait maritalement avec un ouvrier dont la conduite était naturellement peu rangée. Cependant les orages étaient assez rares dans la maison; on y vivait relativement en paix; au jour le jour, et l'on n'y travaillait que poussé par le besoin, festoyant quelque peu à l'arrivée de la quinzaine. Vie pénible au résumé pour les deux personnages.

Un soir, l'amant proposa à sa maîtresse d'aller le lendemain à Charleroi passer une bonne journée de foire; le

prétexte était d'aller payer au bureau d'enregistrement une amende infligée au couple par le juge de paix.

Ce fut le dernier jour de la femme. Dès avant le départ, elle commença à vomir et, arrivée à Charleroi, le temps étant doux et beau, elle fut transportée sur les glacis de la forteresse où, couchée sur l'herbe, elle resta en proie aux vomissements, aux selles et à un anéantissement qui amena la mort avant le soir. Le médecin, qui l'avait traitée et revue maintes fois dans la journée, déclara qu'elle était morte du choléra, qui régnait à ce moment en ville, et tout fut dit.

Mais le public s'émut et l'on fut amené à faire une instruction ; celle-ci ne révéla rien de suspect. L'exhumation et l'autopsie furent cependant ordonnées, par simple acquit de conscience et, en recevant les viscères, les chimistes furent même avertis qu'ils ne trouveraient probablement aucun poison ; l'autopsie n'avait pas infirmé le diagnostic du médecin traitant.

Cependant la présence d'une forte proportion d'arsenic fut découverte dès l'abord. Une descente de lieux se fit et procura à l'expertise un grand nombre de pièces à examiner. A ce point la chimie devenue guide et maîtresse absolue de l'instruction la mena comme par la main dans toutes les parties de ce drame intime et mystérieux ; elle reconstruisit seule toute l'histoire du crime ; elle refit en détail la dernière journée de la victime, marquant chaque étape de son pénible voyage. Elle la prit dans son lit, buvant la jatte de café que lui avait préparée son amant avant même qu'elle se levât, jatte dans laquelle celui-ci avait versé le poison, car la cafetière n'en renfermait pas, tandis que le fond de la tasse en était saturé. La chimie retrouva l'arsenic dans le sable humecté par les premiers vomissements



de la pauvre femme au pied même du lit; elle le retrouva dans la terre du sol à la gare de chemin de fer de Châtelineau et de Charleroi, terre qui avait été imbibée des mêmes déjections; elle le retrouva encore sur l'herbe inondée par la victime pendant ses douleurs; elle le retrouva sur les vêtements de la malheureuse femme; enfin elle le retira en abondance des viscères de la morte. La démonstration était complète et foudroyante, le criminel ne pût qu'avouer et crier grâce; il fut condamné à mort, mais ne fut pas exécuté.

Permettez-moi, messieurs, de vous citer un autre crime plus lâche et plus triste, parce que l'auteur ne fut jamais connu.

Une famille aisée de Jumet, nommée Bastin, famille patriarcale, tenant depuis très longtemps une de ces anciennes boutiques de village où tout le monde s'approvisionne de confiance, se composait de deux générations conservant leur vieille grand'mère. Cette famille fut pendant plusieurs années exposée aux tentatives criminelles d'un misérable empoisonneur frappant dans l'ombre.

En 1854 se manifesta subitement une indisposition de toute la famille. On soupçonna que les aliments avaient pu renfermer quelques matières nuisibles, et sans penser même à réclamer l'intervention de la justice, on nous apporta de la farine et du pain. La farine était pure, mais le pain était empoisonné par l'arsenic; je parvins même à en recueillir quelques parcelles, à l'état de menus grumeaux. Le poison avait été jeté dans le pétrin ou dans l'eau de pétrissage.

Un jour de l'année suivante, en 1855, même accident après le repas de midi. Les recherches amenèrent la même découverte dans du bouillon de bœuf qui avait été empoisonné dans le pot au feu.

La vieille grand'mère ne se remit jamais de cette seconde secousse; elle n'en eut du reste pas le temps, comme on va le voir. La famille se méfiait, mais le scélérat, embusqué dans l'ombre, redoubla de malice infernale et, en 1856, il jeta de nouveau son poison dans les aliments de la famille; la vieille femme succomba, les autres échappèrent au danger. Toutefois un jeune homme resta souffrant toute sa vie.

La série de crimes était prouvée par la toxicologie; la justice s'en occupa et fit une instruction, mais le criminel resta inconnu. Nul ne fut même soupçonné!

Voici un troisième exemple.

En 1863, François Wery, de Gosselies, se méfiant de sa femme dont la conduite était légère, trouva suspect le café qu'elle lui avait servi, un matin, avant son départ pour le travail. Une analyse fut ordonnée et nous fit constater dans cette boisson les éléments de la *teinture noire* que le peuple de la localité regarde comme un poison violent.

L'année suivante Wery mourut subitement. L'incident de 1863 et les renseignements que l'on devait uniquement à la chimie éveillèrent l'attention. De nouvelles recherches furent ordonnées. Nous retrouvâmes de l'arsenic dans les viscères de la victime; l'auteur connu de la première tentative fut incriminé et finit par subir la condamnation qu'il avait méritée.

Voici maintenant, comme dernier exemple, l'exposé de faits peut-être inouis dans les annales du crime, tant les agissements du criminel démontrèrent de mépris bestial pour la vie de ses semblables dans les moyens que cette brute employa pour arriver à se venger.

Au commencement de l'année 1876, au bois des Hamandes, hameau de Jumet, une espèce d'épidémie se développa

dans un p  t   de maisons ouvrières, saines, bien construites et presque neuves, appartenant à un nommé Lejour. Ce dernier habitait lui-même l'une des cinq maisons qui constituaient toute sa fortune.

Les médecins crurent d'abord à un choléra, plusieurs personnes moururent en une quinzaine de jours, mais, chose étonnante, les animaux eux-mêmes n'étaient pas épargnés, un cheval et un chien périrent. Les médecins étaient sur les dents. Tout le monde était atteint dans trois maisons, et tous, malgré les remèdes, s'acheminaient plus ou moins lentement, mais à pas assurés, vers la mort.

Certains symptômes finirent par éveiller l'attention. La justice fut appelée et l'on fit successivement exhumer trois cadavres. L'autopsie ne donna aucun indice; mais la toxicologie y d  c  la la présence de l'arsénic. Nul n'était soupçonné, mais on remarqua l'immunité complète qui avait protégé les habitants de deux maisons de l'agglomération, celle de Lejour et la voisine, et l'on observa que ces maisons avaient une citerne commune, tandis que les trois autres étaient desservies par une seconde citerne. L   était puisée l'eau à boire, car il n'y avait pas de puits. Les chimistes furent appelés à la rescousse et constatèrent que le contenu de la seconde citerne était saturé d'arsénic. On la vida et l'on en tira des morceaux d'acide arsénieux gros comme le poing.

L'empoisonnement avait été général et de tous les instants. Il s'était continué même pendant le traitement des malades.

Quatre personnes étaient mortes et plusieurs autres restées languissantes moururent les années suivantes.

L'épouvante était à son comble, et quand la chimie révéla que cette terrible épidémie, l'effroi de tout le voisinage, était

due à l'arsenic, l'indignation publique n'eut plus de borne.

On sut que Lejour avait entretenu des relations intimes avec sa voisine ; que celle-ci l'avait ensuite abandonné et même qu'il avait paru fort irrité de cet abandon.

On l'interrogea ; le coupable fut atterré par la preuve palpable de son crime atroce, que la science mettait sous ses yeux ; il fit les aveux les plus complets : il avait voulu se venger d'une femme en empoisonnant la boisson de tout le voisinage.

Toutefois, il ne fut ni jugé, ni condamné, ni puni. Le misérable devint fou et mourut avant le procès.

Messieurs, vous vous demandez sans doute en vous-mêmes si l'arrondissement de Charleroi est peuplé d'empoisonneurs et si l'arsenic s'y trouve partout comme le charbon. Cette question se présente d'elle-même, en effet ; mais je n'ai pas pris la parole pour appeler le blâme sur mon arrondissement et sur son industrie. Cependant je dois déclarer ici une vérité triste et effrayante dont ressort pour l'Académie, me semble-t-il, un véritable devoir envers l'humanité.

Voici cette vérité : depuis trente ans que je fais les expertises toxicologiques du tribunal de Charleroi, j'ai constaté vingt-trois ou vingt-quatre empoisonnements par l'arsenic, et à peine trois ou quatre par d'autres toxiques, dont deux par le phosphore.

Avant de vous indiquer le devoir qui, à mon avis, incombe à l'Académie, je vous dois quelques développements au sujet de ce que je viens de vous révéler.

Le quart à peine de ces empoisonneurs ont été trouvés et punis, et dans quelques cas seulement l'instruction est parvenue à connaître l'origine de l'arsenic qui avait servi : il venait de l'une ou l'autre verrerie.



Quant à nous, il nous fut plusieurs fois donné de constater que le poison avait été administré non en fine poudre, comme est d'ordinaire l'arsénic employé dans la pharmacie et dans l'agriculture, mais en minces grumeaux et en poudre grossière, comme est l'arsénic des verreries.

Dans cette industrie en effet subsiste encore assez communément l'ancien usage d'utiliser l'acide arsénieux pour donner de la blancheur au verre en peroxydant les corps étrangers, le fer, etc.

Or, cet ingrédien est remisé alors avec les autres ingrédients de composition, sans qu'on n'y attache grand soin. Souvent il n'est pas même sous clef, et chaque ouvrier peut assez facilement en prendre. En résumé le toxique est véritablement ainsi sous la main du public et sous celle de l'assassin.

Voici maintenant ce que je considère comme le devoir de l'Académie, et je fais la proposition formelle qu'elle le remplisse. Je demande qu'elle s'adresse au gouvernement pour le prier d'intervenir ici dans l'intérêt de la sécurité publique, soit en réglementant l'emploi de l'arsénic dans la fabrication du verre et en prescrivant l'observation de certaines précautions nécessaires, soit même en prohibant l'emploi de cette substance pour l'usage indiqué. Cette suppression ne pourrait avoir aucun inconvénient : car, de l'avis des hommes compétents, ce procédé ancien peut être avantageusement remplacé par l'emploi du peroxyde de manganèse, et de fait beaucoup de fabricants sont déjà entrés dans cette voie.

— L'Académie renvoie cette proposition à l'examen d'une commission composée de MM. Chadelon, Depaire et Van Bastelaer et ajourne la suite de la discussion à la prochaine séance.

**5. DISCUSSION de la communication de M. BOËNS, sur la fièvre typhoïde.**

**M. Hambursin.** — Messieurs, je ne m'attendais pas à prendre la parole dans cette séance. Je serai bref. La question, au surplus, n'est pas dépourvue d'un certain intérêt, et je désire la voir maintenir à l'ordre du jour.

Cependant, en vérité, je ne sais trop pourquoi cette question est à l'ordre du jour, du moins dans les termes où elle est formulée. Il s'agit de la communication de M. Boëns. Mais on ne dit pas en quoi consiste cette communication. Dans le mémoire de M. Boëns, je n'ai vu absolument aucune idée neuve.

Certes, je ne reproche pas à M. Boëns de manquer d'originalité; mais, dans l'espèce, celle-ci leur a fait complètement défaut. C'est peut-être pour ce motif que j'adhère entièrement à sa manière de voir en cette circonstance, sauf en ce qui concerne son opinion quant à l'influence du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Boëns fait le procès aux saignées répétées, aux purgatifs, à la quinine, à l'acide salicylique; il recommande les soins hygiéniques, le renouvellement de l'air, la propreté, une alimentation en rapport avec la situation du patient.

Tout cela, messieurs, est très rationnel et conforme à une pratique généralement suivie.

Mais à côté de ce que j'appellerai la médecine opportuniste, il y a la médecine systématique qui se présente pour ainsi dire dans le traitement de toute maladie.

Les uns veulent purger coup sur coup, parce qu'ils croient qu'il y a beaucoup de matériaux en décomposition à éliminer.

D'autres ne prenant en considération que l'élément inflammatoire de la maladie, veulent pratiquer des saignées, espérant ainsi diminuer l'inflammation et, par suite, atténuer les dangers mêmes de la maladie.

Enfin, ceux qui ont égard à l'augmentation considérable de température prescrivent les bains froids ou la quinine, etc.

Ceux qui sont partisans de la doctrine des microbes, ont naturellement recours aux antiseptiques.

Mais toutes ces médications qui reposent sur des idées préconçues, sont rarement couronnées de succès dans la pratique.

Quant aux conseils que donne M. Boëns, et ils ne s'éloignent pas trop de ceux que Chomel donnait déjà, il y a 30 ans, dans ses cours, à Paris, et dans son traité sur la fièvre typhoïde. Il ne diffère pas non plus du traitement conseillé par Niemeyer.

Je me rallie également au système d'alimentation que préconise M. Boëns dans le cours de la fièvre typhoïde. Tout cela est bien pensé. Mais tout cela également a été dit; c'est en quelque sorte de la monnaie courante.

Quant à la quinine, je crois que l'honorable membre est tout à fait dans l'erreur.

Dans le cours de cette maladie, particulièrement dans la forme ataxique, non pas dans cette forme qui résulte de l'état d'inanition dans lequel on laissait jadis dépérir le malade, mais dans l'ataxie qui provient de l'intoxication, dans celle qui se présente non à la fin, mais dans les premières périodes de la maladie, non pas en quelque sorte comme un reliquat de la maladie, mais qui consiste dans les désordres nerveux résultant de l'empoisonnement du

sang, de la vexihémie, dans ces cas, dis-je, la quinine, à la dose d'un gr. 50, est le meilleur remède qu'on puisse employer, soit en la faisant avaler, soit en la prescrivant en lavement.

Un ancien praticien m'avait vanté cette médication; j'y ai eu recours un grand nombre de fois, avec un plein succès.

Du reste, cette médication n'a pas attendu la théorie des microbes pour être en vogue : elle était déjà pratiquée par Trousseau qui en expliqua l'action par la vertu névrosthénique du médicament. On concevrait mieux son efficacité dans la théorie des microbes, en vertu de ses propriétés antiseptiques.

Pour ma part, je ne serais pas éloigné de rattacher l'action puissante de la quinine à la présence des microbes dans le cours de la fièvre dont il s'agit. Mais comme l'existence du *bacillus* de la fièvre tyhoïde ne me paraît pas parfaitement démontrée, il est bon de rester dans une certaine réserve en ce qui concerne cette explication; mais au point de vue pratique, le fait n'en est pas moins vrai, et c'est le côté important de la question.

Voilà, messieurs, en quoi je diffère d'avis avec M. Boëns, quant au traitement de la fièvre typhoïde.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

— La séance est levée à 2 heures et demie.



## OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ALBRECHT (P.). Note sur le basioccipital des batraciens anoures. Bruxelles, 1883; 8°.
- Note sur la présence d'un rudiment de proatlas sur un exemplaire de *Hatteria punctata*, Gray. Bruxelles, 1883; 8°.
- BOËNS (H.). La vaccine au point de vue historique et scientifique. Travaux originaux du Congrès de Cologne, en octobre 1881. — Correspondances, mémoires, discussion. Charleroi, 1882; vol. 8°.
- Réponse à MM. Pasteur et Dumas. Charleroi, 1883; 4°.
- BRENIER (J.). Considérations générales sur la thérapeutique. Mons, 1883; 8°.
- CAISSE DE PRÉVOYANCE, ÉTABLIE A MONS, EN FAVEUR DES OUVRIERS MINEURS. Rapport annuel, de 1882, de la Commission administrative. Mons, 1883; 4°.
- CHAVÉE-LEROY. M. Pasteur et les théories microbiques. Paris, 1883; 12°.
- CONSEILS PROVINCIAUX DE BELGIQUE. — Exposés de la situation administrative des provinces, pour l'année 1883. 9 vol. et 4 br. 8°.
- DEGIVE (A.). De l'inoculation des maladies contagieuses. — Rapport présenté au Congrès national agricole et forestier de Namur, en 1883; 8°.
- DESGUIN (V.). Note sur l'inspection médicale des écoles de la ville d'Anvers et la revaccination des élèves. Bruxelles, 1883; 8°.
- DESPLATS (H.). Application du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde. Paris, 1883; 8°.
- DE VECCHI (P.). Extirpation of the uterus. — Note on extirpation of the kidney. San Francisco, 1883; 8°.
- HUGUES (J.). L'enseignement en médecine vétérinaire; ce qu'il est; ce qu'il devrait être. Bruxelles, 1883; 8°.
- KUPFFERSCHLAEGER (I.). Éléments d'hygiène et d'économie domestiques, à l'usage des écoles de filles. Liège, 1883; vol. 12°.
- MARTINEAU (L.). Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1879; vol. 8°.
- Des déformations vulvaires produites par la défloration, la masturbation, le saphisme et la prostitution. Paris, 1880; 8°.

- MARTINEAU (L.).** Du vulvisme. Paris, 1881; 8°.
- Leçons sur la sodomie, professées à l'hôpital de Lourcine. Paris, 1881; 8°.
- De la propagation de la syphilis et de sa prophylaxie. Paris, 1881; 8°.
- Leçons sur la thérapeutique de la syphilis; recueillies par Hamonic. Paris, 1883; 8°.
- Des injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique, dans le traitement de la syphilis. Paris, 1881-1882; 3 br. 8°.
- De la syphilis du singe. Paris, 1883; 8°.
- MARTINEAU (L.) et HAMONIC.** De la bactériémie syphilitique. — De l'évolution syphilitique chez le porc. Paris, 1882; 8°.
- RODENBACH (F.).** Réfutation du livre de M. Laperre-de Roo, sur la consanguinité. Bruxelles, 1883; 12°.
- SERRAND (R.).** Du climat de Saint-Raphaël, Boulouris et Valescure. Paris, 1883; vol. 12°.
- STIÉNON (L.).** Étude sur la structure du névrome. Bruxelles, 1883; 8°.
- VAN BASTELAER (D.-A.).** Opuscules historiques sur la ville de Charleroi. Tome II. Mons, 1883; vol. 8°.
- VOGT (A.).** Zwei Pocken-expeditionen zur Verhütung des Impfkrauchs. Zürich, 1883; in-fol.
- ZUNDEL (A.).** Der Gesundheitszustand der Hausthiere in Elsass-Lothringen, in der Zeit, vom 1. April 1881 bis 1. April 1882, nach den amtlichen Berichten der Kreisthierärzte. Strassburg, 1883; Band 8°.
-



---

---

SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCQ.  
—



La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

— Comme suite à ses communications précédentes, M. le Ministre de l'Intérieur transmet un extrait d'une dépêche de l'administration sanitaire égyptienne, adressée, sous la date du 8 mai 1883, à M. Bimsenstein. Cette dépêche est relative à la quarantaine imposée aux navires arrivant de Sumatra, d'où, à cette date, le choléra avait complètement disparu. — Renvoyé par le Bureau à la Commission des épidémies.

— L'Académie a reçu du même Ministre, pour la bibliothèque :

a) Le 13<sup>e</sup> fascicule de l'*Exposé de la situation du royaume de 1861 à 1875* ;

b) Cinq exemplaires des *Rapports des Commissions médicales provinciales sur leurs travaux, pendant l'année 1881* ;

c) Les livraisons 33 à 36 de la publication intitulée : *Bibliotheca belgica; bibliographie générale des Pays-Bas*. — Remerciments.

— M. le Ministre de la Justice fait hommage à la Com-



pagnie d'un exemplaire du volume publié récemment par la Commission royale des anciennes lois et ordonnances de Belgique, comprenant le tome I<sup>er</sup> de la *Coutume du Bourg de Bruges*. — Remerciments.

— L'Académie a été informée par la famille de M. Foelen, médecin vétérinaire à Saint-Trond, du décès de ce membre honoraire, qui a succombé, dans cette ville, à la suite d'une longue maladie, le 30 août dernier, à l'âge de 53 ans.

Une députation, composée de MM. Degive, Hugues et Masoin, a été chargée de représenter la Compagnie à ses funérailles. Le premier de ces membres a été invité par le Bureau à dire le dernier adieu au regretté défunt. Il sera donné lecture du discours qu'il a prononcé, après l'analyse de la correspondance.

— Une lettre de condoléance sera adressée à la famille de M. Foelen.

— Le Bureau a renvoyé à M. le dr Monoyer, à sa demande, pour y apporter des modifications, le mémoire intitulé : *Recherches sur les mouvements involontaires*, que ce praticien avait soumis à l'Académie, dans sa séance du 26 mai dernier.

— M. le dr Nicolich junior, à Trieste, soumet à l'Académie un mémoire, intitulé : *Sclérodermie des adultes*. — Commissaires : MM. Masius et Rommelaere.

— M. Lefebvre, membre titulaire, dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. le dr Philippart, à Tournai, un travail manuscrit sur un *cas remarquable de choléra*. — Renvoyé à l'examen de MM. Cousot et Lefebvre.

— Sous la date du 20 septembre courant, M. Boëns, correspondant, devant se rendre à Berne pour présider le

Congrès international des antivaccinateurs qui s'est ouvert dans cette ville le 26 de ce mois et qui sera clos le 30, exprime le regret de n'avoir pu annoncer officiellement plus tôt à l'Académie l'ouverture de cette assemblée, la Compagnie ne s'étant pas réunie depuis que le Comité général des antivaccinateurs avait décidé que ce Congrès aurait lieu.

Se trouvant dans l'impossibilité d'assister à la séance de l'Académie, M. Boëns demande, vu l'intérêt d'actualité qu'il présente, à être autorisé à faire lire son travail intitulé : *Le choléra et les désinfectants, ou considérations sur les meilleurs moyens d'empêcher le développement et la propagation du choléra et des autres affections miasmatiques*, qui est porté à l'ordre du jour. — Accordé.

— M. Hyernaux, correspondant, présente, de la part de l'auteur, un ouvrage et s'exprime en ces termes : « Messieurs, il m'a été adressé, pour l'Académie, un livre qui me paraît mériter toute l'attention d'une certaine catégorie de médecins spécialistes, en raison du soin que l'auteur a mis à coordonner et à condenser les longues et laborieuses recherches qu'il a faites : c'est une étude de la *métrite chronique* et du traitement de cette affection, spécialement à l'aide d'injections intra-utérines médicamenteuses, par le dr Weverbergh, à Bruxelles.

» Cet ouvrage ne renferme peut-être rien d'absolument neuf et d'original ; mais il a néanmoins le mérite réel d'établir, d'une façon aussi lucide que complète, l'état actuel de l'intéressante et difficile question qui en fait l'objet.

» Je me hâte de déclarer, à la louange de l'auteur, que l'appréciation que je fais de son livre, ne m'est pas exclusivement personnelle. Je dois reconnaître que dans cette ap-

préciation, j'ai été de longtemps devancé par des praticiens plus autorisés que moi, notamment par les professeurs Thiry et Van den Corput, qui eurent à examiner le manuscrit. Voici, en effet, comme *imprimatur*, inscrit à la première page de ce livre, le jugement respectif de nos savants collègues :

« J'ai examiné, dit M. Thiry, le travail de M. Weverbergh, intitulé : *Mérite chronique*. Après avoir examiné l'état de la science sur cette question, l'auteur cite 9 observations recueillies dans le service de M. le professeur Crocq.

» Ce travail est rédigé avec soin et offre de l'intérêt ; il constitue une thèse excellente sur une partie de la science qui n'est pas assez étudiée dans notre pays. »

« La mention de M. Van den Corput n'est pas moins flatteuse, lorsqu'il écrit :

« La thèse de M. le dr Weverbergh constitue une monographie qui, quoique ne renfermant guère de faits nouveaux, offre cependant un incontestable intérêt, par la manière sage et rationnelle avec laquelle la thérapeutique si ingrate de la métrite chronique y est déduite des principes physiologiques et pathologiques appuyés sur l'expérience. Le travail tout entier est d'ailleurs rédigé avec l'esprit judicieux d'un praticien à la fois instruit et sagace. Il doit être considéré comme une fort bonne thèse qui résume l'état actuel de la science concernant la métrite chronique, et qui sera lue avec profit par bon nombre de médecins. »

« Ceci dit, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau, au nom de l'auteur qui en fait hommage à l'Académie, le livre dont je viens de vous parler. » — Remerciments.

— M. Barella, membre titulaire, offre à la Compagnie, de la part de M. le dr Paul Fabre, à Commentry, et à l'ap-

pui de la candidature de ce médecin au titre de correspondant, trois brochures dont les titres seront indiqués au Bulletin.

— Il sera également fait mention, au § **OUVRAGES PRÉSENTÉS**, des titres des publications dont il est fait hommage à l'Académie par M. Masoin, membre titulaire; par MM. Donders, Wenzel Gruber et von Trölsch, membres honoraires; par MM. G. von Adelman, N. Du Moulin et S. Herpain, correspondants; par MM. V. Cavagnis, à Desio; Chavée-Leroy, à Clermont; Crane, chirurgien général de l'armée des États-Unis d'Amérique, à Washington; Duboué, à Pau; H. Journez, à Liège; B. Lœwenberg, à Paris; J.-A. Peeters, à Gheel; David Prince, à Jaksonville; E. Vandeven, à Schaerbeek; Wonner, à Montévideo; par l'*Alumni Association*, à Philadelphie; par la Société de médecine de Nancy et par la Société de médecine de Steiermark.

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont présentés.

— M. le président accorde la parole à M. Degive pour donner lecture du discours suivant qu'il a prononcé aux funérailles de M. Foelen.

Messieurs, désigné, avec MM. Hugues et Masoin, pour représenter l'Académie royale de médecine à cette triste cérémonie, je viens déposer, au nom de ce corps savant, un tribut d'hommages sur la tombe du regretté collègue, qu'une mort prématurée est venue ravir à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis.

Modeste Foelen naquit à Saint-Trond, le 3 août 1830.

Après avoir achevé ses études humanitaires au collège



communal de cette ville, il se décida à embrasser la même carrière que son père, nommé médecin vétérinaire par le gouvernement des Pays-Bas.

Entré à l'École de médecine vétérinaire de Cureghem, en octobre 1848, il en sortit à la fin d'août 1852 en remportant le premier prix des examens généraux de la quatrième année d'études.

Nonobstant ce succès, comprenant toute l'importance qu'il y avait pour lui de compléter ses connaissances médicales pratiques, Foelen se rendit à Paris et suivit, pendant près d'une année, le cours de clinique de l'École vétérinaire d'Alfort.

Non content de cela, le regretté collègue profita de son séjour à Paris pour fréquenter différents cours de la faculté de médecine et de la clinique des principaux hôpitaux de cette ville.

Il put ainsi apprécier la haute utilité des études comparées, tant pour celui qui pratique la médecine des animaux que pour celui qui exerce la médecine de l'homme.

De retour dans sa ville natale, en 1853, Foelen mit son savoir à la disposition de ses concitoyens.

Élevé dans les nobles sentiments d'une famille justement considérée, préparé par les études sérieuses que nous venons de rappeler, guidé dans ses débuts par les sages conseils d'un père éclairé, Foelen réunissait tous les éléments voulus pour marcher d'un pas assuré dans la voie du succès.

Aussi ne tarda-t-il pas à faire apprécier les nombreux services qu'il rendit à la chose publique, comme médecin vétérinaire libre, d'abord, comme médecin vétérinaire du gouvernement, ensuite.

**Par** ses connaissances étendues, par sa conduite toujours digne, par le zèle et le dévouement qu'il apporta dans l'exercice de sa profession, Foelen s'éleva bientôt à un degré très élevé dans l'estime et la considération publique.

Tout en répondant aux exigences d'une nombreuse clientèle, le regretté confrère sut toujours faire en sorte de suivre le mouvement scientifique actuel et de se tenir au courant de tous les progrès réalisés dans les diverses branches de la médecine en général et plus particulièrement de la médecine vétérinaire.

Grâce à ces dispositions, Foelen a enrichi la littérature vétérinaire d'un bon nombre d'observations et de publications très intéressantes, que je laisse à un autre confrère le soin de vous indiquer.

Je noterai seulement que c'est en considération du mérite de ces diverses publications que Foelen fut affilié à un grand nombre de sociétés savantes; qu'il fut appelé plusieurs fois à faire partie du jury d'examen pour la collation du grade de médecin vétérinaire; que l'Académie royale de médecine lui ouvrit ses portes et lui accorda successivement, en 1870 et 1873, les titres de correspondant et de membre titulaire.

Malheureusement, l'espoir que la Compagnie avait conçu en se l'associant n'a pu se réaliser que d'une manière bien incomplète.

Atteint par une maladie paralytique grave, il fut bientôt contraint à l'inaction et dut suspendre diverses recherches commencées en vue de justifier la haute confiance de l'Académie.

Devenu tout à fait infirme, il a été, sur sa demande, admis à l'honorariat, dans la séance du 25 mars 1883.

Il avait pu espérer qu'en se livrant complètement au repos, il parviendrait peut-être à récupérer un peu de santé. Mais le mal dont il était atteint était de ceux contre lesquels la science et le dévouement doivent reconnaître leur impuissance.

Au lieu de s'améliorer, l'état du regretté collègue continua à empirer; il devait amener le dénouement fatal que nous avons à déplorer.

Esprit droit et bienveillant, cœur généreux et sympathique, M. Foelen était doué des dons qui font l'ami précieux, le confrère estimable, le père et l'époux bien-aimé.

Aussi sa mort constitue-t-elle une perte bien sensible, non seulement pour ses collègues et ses amis, mais encore pour sa famille et surtout pour sa digne compagne, dont la profonde douleur mérite les plus vives sympathies.

Elle peut trouver un motif de consolation dans cette pensée : qu'après d'aussi longues souffrances il a obtenu la récompense que Dieu réserve à ceux qui ont accompli sa loi.

Adieu, cher et honoré collègue, au nom de l'Académie royale de médecine, adieu !

## II. — LECTURES ET DISCUSSIONS.

### **1. LA CONTAGIOSITÉ du tubercule et ses conséquences cliniques ; par M. WARLOMONT, membre titulaire.**

La découverte des propriétés contagieuses de la lésion anatomique désignée sous le nom de « tubercule », signalée par M. Willemin, le 5 décembre 1865, à l'Académie de médecine de Paris, a été un événement. Cependant, après quelques jours d'une hésitation qui se comprend, plus d'un

s'est écrié : « Je l'avais bien dit. Ne sait-on pas, depuis Hippocrate, qu'entre époux la phtisie se gagne ? »

Et tout fut dit pour assez longtemps. Quant à la question de savoir quel est, dans le tubercule, produit pathologique complexe, l'élément qui en constitue la virulence, on s'en était peu préoccupé, faute d'espoir sans doute de pouvoir la résoudre. Il fallut qu'apparût la doctrine parasitaire pour allumer des ardeurs de curiosité jusque-là fort assoupies. De ce moment, les recherches commencèrent dans une direction déterminée. Qui dit virulence, dit vie, c'est le premier jet qui se projette de la doctrine ; la génération spontanée est désormais un mythe, et cette conclusion doit être entendue dans toute sa rigueur. Rien de ce qui a vie dans la nature ne se crée, c'est-à-dire que rien ne s'y produit sans l'intervention d'un germe, pas plus le gigantesque iguanodon des temps anciens que l'insecte immonde qui pollue la chevelure de nos petits enfants.

Cela étant, il fallait rechercher quel est, pour le tubercule, le germe vivant qui le rend transmissible. Cette recherche aboutit, plus tôt peut-être qu'on ne l'avait espéré : en 1881, Koch décrivait la bacille de la tuberculose, étudiait la façon dont elle se comporte au sein des tissus où, épine ennemie, elle ne tarde pas à s'entourer de productions spéciales, réussissait à isoler ce nouveau schizomycète, à le cultiver en dehors de l'organisme animal, et à faire des produits de cette culture une véritable semence à tubercules.

De ce moment, la notion tubercule se trouva définie ; il y avait des tubercules vrais et des tubercules faux : au centre des premiers se trouvait — c'en était la condition essentielle — une bacille, germe vivant susceptible de re-



production ; au cœur des autres, un corps étranger indéfini, ayant pu se produire et s'étant produit, spontanément le plus souvent et de toutes pièces, dans les organes du malade.

La notion que la plupart des maîtres de la clinique se font encore actuellement de la nature et de la genèse du tubercule ne comprend pas cette distinction ; le tubercule se résume pour eux, tout entier, dans la seconde de ces deux conceptions, dont M. Bouchardat a tout récemment, dans une note à laquelle il déclare avoir apporté tout le soin dont il est capable, exposé comme suit les termes principaux (1).

« Le caractère de la misère physiologique, c'est la continuité dans l'insuffisance de la production de la chaleur ou de l'exhalation de l'acide carbonique, eu égard aux besoins de l'organisation.

» Cette diminution se lie fatalement, nécessairement, à l'insuffisance de la respiration. Tous les cliniciens ont constaté, chez les phtisiques au début, que la respiration est moins active, surtout au sommet des poumons. Le murmure respiratoire est notablement affaibli. La circulation a, par ce fait, progressivement diminué d'intensité, surtout dans les capillaires de la région sous-clavière des poumons, précisément où les tubercules apparaissent le plus souvent au début de la maladie.

» Sous l'influence de l'amoindrissement de la circulation, les cellules lymphatiques, ou d'autres organites du sang ou de la lymphe adhérant aux parois des capillaires, déterminent leur élargissement. La cellule lymphatique, étant plus que toute autre apte à émettre des prolongements, doit être surtout mise en cause.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*; 4 septembre, 1885.

» La circulation s'arrête dans les capillaires, le sang se coagule, les globules rouges se dissolvent, leur hémoglobine colore plus ou moins le coagulum, dans lequel la fibrine passe à l'état granuleux. C'est ce qui a été constaté par MM. Cornil et Ranvier.

» On comprend sans peine que la production tuberculeuse s'étende de proche en proche, enveloppant les éléments voisins. Les *bacilles se répandent au dehors*, d'abord à l'extérieur des capillaires, où elles se sont développées. Elles se propagent ensuite et continuent à former les granulations grises de Laennec ; puis, par un envahissement progressif du tissu du poumon, les alvéoles et leurs parois y sont incorporés, pour constituer d'énormes masses tuberculeuses.

» Par le fait de l'insuffisance de la circulation au sommet des poumons, des cellules lymphatiques ou d'autres organites normaux s'arrêtent dans les capillaires, les dilatent, les obstruent, y prolifèrent et *s'y transforment*.

» Les cellules ne sont plus soumises à leurs conditions normales d'existence ; elles s'isolent du grand tout qui constitue l'agrégat humain ; elles ont une vie à part, comme des parasites, dans les vaisseaux, dans les organes qu'elles ont envahis. Ces conditions nouvelles développent en elles des formes, des aptitudes nouvelles. Dans cette lutte pour la vie avec les organismes divers du sang et des tissus, leur puissance individuelle s'est accrue ; *elles constituent les parasites que M. Koch a découverts, qui ne viennent pas du dehors, mais qui sont produits par la transformation d'organites dont les conditions ont changé.* »

Et M. Bouchardat, après avoir, nouveau Pygmalion, pétri, ciselé ses bacilles et les avoir *animées*, conclut comme suit :

« Ce n'est pas contre le parasite du dehors qu'il faut s'armer, c'est contre le parasite qui s'engendre au dedans ; celui-ci, il faut l'empêcher de se produire. »

Rien de mieux, en effet, mais cette *animation*, si je puis ainsi m'exprimer, des organites par voie de transformation interstitielle, c'est simplement de la génération spontanée. M. Bouchardat y a-t-il bien pensé et ne devait-il pas, avant de donner le vol à semblable idée, avant de proclamer la transformation de ses organites en bacilles, qui ne seraient autres que le parasite de Koch(!), les mettre en situation de croître et de multiplier, et, les isolant du « grand tout, qui constitue l'agrégat humain, » voir comment ils se comportent en cabinet particulier ? On prouve le mouvement en marchant, mais n'est-ce pas en faisant souche qu'on prouve le mieux la vie ? Cette démonstration manque, et, du coup, la tuberculose fausse en vient à se placer, d'autorité, à côté de la tuberculose vraie. Les *microzymas* de M. Béchamp — et l'on sait que le savant médecin de Lille entend sous ce nom des particules organisées, représentant l'élément vivant *per se* de nos tissus, et qui seraient des germes de bactéries susceptibles de se métamorphoser en microbes (!) morbides — ne s'éloignent guère de l'idée de M. Bouchardat et n'échappent pas davantage aux considérations que nous venons de faire valoir et aux conséquences qui s'en dégagent.

Il faudra plus que ces vues de l'esprit — qui n'ont pour elles que la côte d'Adam — pour faire revivre les anciennes idées sur la génération spontanée, si véhémentement condamnées par la philosophie et la science modernes.

La bacille de Koch, croissant et multipliant, et que nul

ne songe plus à nier, après la démonstration qui s'en fait journellement, engendre le tubercule spécifique; c'est d'elle que naît une phtisie virulente, causée par l'ennemi venu du dehors, caractérisée par les symptômes classiques, et qui, surtout ouverte, exhalera à son tour des légions de ce même ennemi, lesquelles répandront la maladie et la mort parmi ceux qui lui auront imprudemment ouvert leur porte ou qui n'auront pas su se défendre de leurs atteintes. Et à côté de celle-là viendra se placer une phtisie non virulente, fruit, celle-ci, de la misère physiologique, innée ou acquise, et de ses conséquences. L'examen microscopique ne sera sans doute pas impuissant à les différencier cliniquement, et ce ne sera pas, pour la science du diagnostic, une médiocre conquête.

Cette distinction, fondée tant sur la clinique que sur l'anatomie pathologique, est de nature à faire cesser bien des divergences.

Les maîtres en clinique affirment, et M. Bouchardat écrit, que « la phtisie appartient au groupe des maladies contagieuses les moins à redouter par l'invasion d'un parasite venu du dehors, et que ce n'est que très exceptionnellement qu'on devient tuberculeux par cette cause ». Exceptionnellement, soit; mais alors le fait n'est plus nié, et ce n'est désormais qu'une question de proportionnalité entre les cas créés de toutes pièces et ceux nés d'une intervention venue du dehors. Dans de semblables conditions, l'entente cesse d'être difficile.

On semble, dans toute cette affaire, s'être trop peu préoccupé de la nature exclusivement *virulente* de la tuberculose, virulente à la façon de la syphilis et non à celle de la variole, qui est en même temps infectieuse. Jusqu'ici la



tuberculose, par voie d'absorption générale, reste à démontrer. Pour contracter la syphilis, il faut le contact du poison avec une partie dénudée du corps humain. La couche épidermique et la couche épithéliale sont la barrière naturelle opposée par l'organisme à ses invasions. En matière de tuberculose, la contagion ne se produit pas autrement. Des imprégnations obtenues par l'inoculation de bacilles *cultivées en dehors de l'organisme* — et l'on n'en est plus à les démontrer — prouvent que la phthisie peut être créée de toutes pièces par un ennemi venu du dehors.

Comment se comporte cet ennemi mis en rapport avec une surface dénudée? Eh bien! toujours ses produits se manifestent à la porte d'entrée. C'est au lieu où la bacille, isolée ou englobée des exsudats qu'elle a fait se développer autour d'elle, a été appliquée, qu'elle prolifère. C'est d'abord un nodule qui grandit sans s'ouvrir et se transforme en un ulcère à surface sèche, suivi de la pléiade pathognomonique. S'agit-il d'une tuberculose par voie d'inhalation, c'est dans le poumon, et spécialement dans les points où il y a déperdition de l'épithélium protecteur des muqueuses que va se fixer, de toutes pièces, la bacille génératrice du néoplasme. Le terrain du sujet ainsi attaqué est-il favorable à cette germination — et c'est le propre des organismes en proie à la misère physiologique — il sera bientôt occupé et envahi. Y est-il, au contraire, récalcitrant — et c'est le fait des organismes riches — l'ennemi en sera pour ses frais; il sera repoussé avec perte et bientôt expulsé, s'il était parvenu à franchir les premières lignes, par des forces supérieures. Enfin, il est naturel de penser que, dans les cas ainsi infligés de toutes pièces, l'ennemi se fixera définitivement aux lieux de sa première étape pour déterminer,

si c'est au larynx, une phtisie laryngée; une phtisie pulmonaire, si c'est à un point quelconque de l'arbre bronchique ou de ses terminaisons ultimes.

Si l'on tient compte de ces conditions essentielles à la production de la tuberculose par germe venu du dehors, on s'explique sans peine que la contagion par voie d'habitat ne s'effectue guère que d'époux à époux. Ici tout se réunit pour que la bacille hébergée dans le poumon ou le larynx du malade soit envoyée dans les organes respiratoires du voisin de lit, à chaque expiration du premier, à chaque inspiration de l'autre. Que celui-ci, par le fait d'une inflammation ulcéreuse de la muqueuse, soit des bronches, soit du larynx, offre ainsi une porte ouverte à l'ennemi, celui-ci n'aura pas de peine à y faire son œuvre.

Et c'est parce qu'il faut ce concours de circonstances pour que la tuberculose puisse s'introduire, puis se faire accepter, que « les élèves, les infirmiers, les surveillantes, les sœurs, qui sont continuellement dans les salles d'hôpitaux, où les phtisiques sont nombreux, et dans l'hôpital de Londres consacré à ces maladies, ne sont pas plus atteints, et moins peut-être en moyenne, que les citoyens d'un même âge (1). » Entre eux tous, en effet — en admettant que le fait fût établi, et il s'en faut — le commerce intime dont nous venons de parler n'existe point. Qu'on n'oublie pas, d'autre part, que ceux-là qui, par état, sont le plus continuellement en rapport avec des malades — infirmiers, sœurs de nos hôpitaux civils et militaires — sont, en général, triés sur le volet. Ce n'est pas de la chair à tubercules qu'on y enrôle d'ordinaire, et ce n'est pas d'eux qu'il faut craindre trop de facilité à se prêter à une dangereuse invasion.

(1) BOUCHARDAT, *loc. cit.*, p. 405.

La constatation du mode, suivant lequel s'effectue la transmission de la phtisie entre époux, par la voie buccale, mène à des prescriptions qu'il ne faut pas négliger, qui se devinent et qui ne sauraient être assez pressantes, surtout quand la maladie est déjà avancée, que le foyer en est ouvert et que celui des deux époux qu'il s'agit de préserver est lui-même d'une constitution moins propre à résister à la contagion. En temps d'irritation ou d'inflammation des voies respiratoires, voire d'un simple rhume, les précautions devront redoubler. Elles devront s'étendre, dans une certaine mesure, si cette dernière circonstance existe, à tous les individus, parents, garde-malades, médecins, appelés à soigner de près des personnes atteintes de tuberculose, surtout si celle-ci est « béante. »

On s'est demandé si la découverte de la bacille du tubercule avait quelque chance d'amener celle de son vaccin. On ne se fait guère d'illusion à cet égard. On ne saurait oublier, en effet, que la tuberculose est une maladie à longue portée, fréquente en récidives, entretenue — vraie — par un germe à longues somnolences et à réveils à répétition. Comment espérer, dès lors, arriver à fatiguer l'économie par des invasions de germes atténués, alors qu'elle supporte, pendant des vies souvent assez longues, une infiltration, parfois étendue, du germe lui-même, à son état de virilité ?

Dans un travail récent, M. J. Renaut a soulevé cette question (1) : « L'étude biologique des parasites tuberculisateurs, dit-il, étant poursuivie et achevée, on pourra poser le problème de la *préservation*, plus tôt peut-être que celui d'une vaccination que ne nous fait pas prévoir la

(1) *Gazette médicale de Paris*, 15 septembre 1885 ; p. 440.

marche bien connue de l'infection tuberculeuse. Rendre un milieu organique impropre à la culture d'un parasite, en l'imprégnant d'une substance incompatible, comme l'a fait M. Raulin pour *l'aspergillus*, telle est peut-être la véritable voie de l'avenir pour les maladies infectieuses qui, comme l'érysipèle et la tuberculose, ne vaccinent pas, mais, au contraire, prédisposent au plus haut degré l'organisme atteint une première fois. »

Le fait auquel M. Renaut fait allusion a été rapporté par M. Duclaux; c'est une expérience de laboratoire qui rend bien sensible la fragilité des germes, leurs exigences nutritives et leur extrême impressionnabilité. « Un liquide de culture contient un cinquante-millième de zinc; une ou deux générations d'*aspergillus* absorberont complètement ce métal et rendront chétive ou impossible l'existence d'une nouvelle génération.

« Dans un tel liquide, dit M. Duclaux, un nouvel ensemencement, j'allais dire une nouvelle inoculation, resterait sans effet. Ajoutons, continue-t-il, un seize cent millième de nitrate d'argent au liquide nourricier, et la végétation s'arrête brusquement. Elle ne peut pas même commencer dans un vase d'argent, bien que la chimie soit presque impuissante à montrer qu'une portion de la matière du vase se dissolvait dans le liquide. Mais la plante l'accuse en mourant. Supposons que l'*aspergillus* soit un parasite humain, pouvant vivre et se développer dans l'organisme et l'envahissant tout entier, la quantité de nitrate d'argent nécessaire pour le faire disparaître du corps d'un homme pesant 68 kilogrammes, serait de 40 milligrammes. S'il ne pullulait que dans le sang, 5 milligrammes suffiraient pour arrêter le développement d'un être aussi sensible. »



Nous croyons, comme M. Renaut, que là est la véritable voie de l'avenir pour la prophylaxie de plus d'une maladie virulente.

Qui nous dit que la syphilis, que la malaria ou que la fièvre paludéenne allant frapper à la porte de sujets imprégnés, au titre voulu, de mercure, d'eucalyptine, de quinquina, ne se verraient pas refuser l'entrée? La pharmacie fournirait ainsi des vaccins à son tour. M. Melsens, d'ailleurs, a déjà indiqué cette piste, en conseillant d'imprégner d'iodure de potassium, pour les préserver de l'hydrargyrisme, les ouvriers exposés, par profession, aux émanations mercurielles.

Il y a, en médecine, une école dite positiviste, qui ne se paie pas de mots. En qualité d'ophtalmologiste, j'y appartiens de droit, et cependant je ne recule pas devant les conjectures. L'hypothèse n'est-elle pas la matière première de l'expérimentation?

**2. COMMUNICATION relative à l'inoculation préventive de la pleuropneumonie contagieuse par injection intra-veineuse; par M. DEGIVE, membre titulaire.**

Messieurs, dans votre séance du 30 septembre 1882, nous avons fait, M. Thiernes et moi, une première communication concernant *l'inoculation de la pleuropneumonie contagieuse par injection intra-veineuse du virus de cette maladie*.

Je viens aujourd'hui vous rendre compte de la suite des expériences relatées dans ce travail, et vous exposer les quelques nouvelles recherches que j'ai faites, d'accord avec mon coexpérimentateur, depuis que la trop longue maladie dont il est atteint l'empêche de s'en occuper.

Je rappellerai d'abord :

1<sup>o</sup> Que les expériences relatées dans notre première communication avaient porté sur six bêtes bovines, d'un âge peu avancé;

2<sup>o</sup> Que parmi ces six jeunes bêtes, quatre avaient reçu deux grammes de virus péripneumonique en injection dans la veine jugulaire;

3<sup>o</sup> Que deux ou trois inoculations critères, faites avec le même liquide, sur les mêmes sujets, dans le tissu cellulaire d'une région *défundue sous peine de mort*, n'ont déterminé chez tous qu'une inflammation peu prononcée;

4<sup>o</sup> Que l'insertion du virus, pratiquée dans la même *région défendue*, chez les deux bêtes qui n'avaient subi aucune inoculation préalable, a provoqué chez l'une et l'autre une réaction inflammatoire grave, à marche progressive et promptement mortelle.

Des quatre premiers sujets, deux ont été sacrifiés pour les leçons d'anatomie comparée.

Huit nouvelles bêtes ajoutées aux deux qui sont restées, les n<sup>os</sup> 3 et 4, forment le contingent sur lequel ont porté les expériences dont nous avons à faire connaître les résultats.

Ces expériences peuvent être divisées en quatre groupes, suivant les dates auxquelles elles ont été faites.

#### 1. Inoculations du 25 octobre 1882.

Ces inoculations ont été pratiquées sur les deux anciens sujets, n<sup>os</sup> 3 et 4, et sur la première des huit nouvelles bêtes, à laquelle nous donnerons le n<sup>o</sup> 7, puisqu'elle vient après les six dont il a été question dans notre premier travail.

1. — Les n<sup>os</sup> 3 et 4 ont été l'objet d'une 4<sup>e</sup> inoculation critère à la région du fanon. Cette inoculation, comme les précédentes, a consisté dans l'injection de deux grammes

d'exsudat pulmonaire dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La réaction inflammatoire consécutive a été très peu marquée.

2. — *Sujet, n° 7.* — Génisse indigène, pie-noir, 18 mois.

Cet animal a reçu deux grammes du même liquide dans la veine jugulaire externe du côté droit.

Pour opérer cette injection, nous avons procédé de la manière que nous avons indiquée en terminant la note précédente. L'animal étant debout et maintenu comme pour la saignée ordinaire, nous avons successivement : coupé les poils, incisé la peau, plongé la canule aiguillée dans le vaisseau distendu, pratiqué l'injection et fermé la plaie.

Pour prévenir tout contact du liquide virulent avec le tissu cellulaire, nous avons employé une feuille très mince de caoutchouc, de forme carrée, large de 15 centimètres environ. Nous avons d'abord passé la canule à travers cette pièce, nous l'avons ensuite implantée dans la veine, puis nous avons adapté la seringue pour pousser l'injection. Si une goutte de liquide était venue à s'échapper de l'embouchure de la canule aiguillée ou de l'ouverture correspondante de la seringue, elle serait nécessairement tombée sur la feuille de caoutchouc et n'aurait pu atteindre la plaie parfaitement protégée par cette pièce.

La plaie a été fermée au moyen d'une épingle et d'un nœud de saignée ordinaire.

Une augmentation de température, à peine sensible, et un très léger engorgement inflammatoire ont été les seuls effets palpables constatés à la suite de cette inoculation.

## **2. Inoculations du 21 décembre 1882.**

Le 21 décembre 1882, disposant de quatre nouvelles

bêtes bovines, en jeune âge, nous les avons inoculées par injection intra-veineuse, au moyen d'un appareil instrumental qui nous avait été gracieusement offert, quelques semaines auparavant, par notre honorable confrère, M. Nocard, professeur de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort. Nous sommes heureux de saisir l'occasion qui nous est offerte aujourd'hui pour lui exprimer nos plus sincères remerciements.

L'appareil imaginé par M. Nocard, pour les injections intra-veineuses chez la bête bovine, comprend deux canules très étroites, d'inégale longueur, appropriées pour s'emboîter l'une dans l'autre.

La plus large et en même temps la plus courte, effilée à son extrémité libre, est destinée à la perforation de la paroi vasculaire; la plus longue et aussi la plus étroite est pourvue d'une extrémité mousse; l'une et l'autre présentent une embouchure conformée de manière à pouvoir être adaptée à la canule d'une seringue de Pravaz.

L'injection a été pratiquée suivant le procédé qu'a bien voulu nous indiquer l'inventeur de l'appareil.

Après avoir soigneusement coupé les poils et opéré la distension de la jugulaire par l'application d'une ligature provisoire sur la base de l'encolure, l'animal étant debout et solidement maintenu, nous adaptons la canule aiguillée à une seringue de Pravaz vide destinée à faire office de manche; nous implantons cette canule à travers la peau d'abord, à travers la paroi veineuse ensuite, au milieu de la masse fluctuante, dans la direction du vaisseau et un peu obliquement de haut en bas; l'écoulement d'une petite quantité de sang montre que la canule est bien dans la veine.

Nous passons ensuite la canule mousse dans la canule



aiguillée, puis nous adaptons la seringue à la première et nous poussons l'injection avec une certaine lenteur.

Cela étant fait, nous retirons la canule engainée d'abord, puis l'autre; l'opération est terminée.

En opérant ainsi, dit M. Nocard, le virus est déposé au milieu de la masse sanguine sans qu'il ait pu toucher un point quelconque des tissus interposés et sans avoir pu souiller la canule engainante, puisque l'autre l'a dépassée notablement.

Malgré le bon état de l'appareil employé; malgré le soin que nous avons mis à suivre le manuel opératoire de l'honorable collègue d'Alfort, les suites de l'opération ont été des plus défavorables. Les voici, résumées d'après les notes recueillies par les élèves du cours de clinique chargés de donner des soins aux bêtes inoculées.

1. *Sujet, n° 8.* — Génisse indigène, sous poil pie-noir grisonné, âgée de 2 ans.

Dès le septième jour après l'inoculation, on constate les symptômes d'une arthrite intense du boulet antérieur droit. Vers la même époque, on remarque, sur le trajet de la veine jugulaire, au point inoculé, un nodule dur, indolent, ayant la forme et le volume d'une petite noix. Ce nodule augmente assez rapidement de volume et de longueur, puis se perd bientôt dans la masse d'un engorgement inflammatoire qui, partant des parties profondes, contiguës à la veine jugulaire lésée, envahit successivement la face latérale et le bord inférieur de l'encolure, le poitrail, l'aisselle et la région scapulaire du côté correspondant.

Nonobstant diverses applications résolutives, les altérations continuent leur marche progressive, des troubles graves apparaissent dans les grandes fonctions; l'animal

succombe le 18 janvier 1883, 28 jours après l'inoculation.

A l'autopsie, outre l'infiltration séreuse considérable du tissu cellulaire général et interstitiel des régions engorgées, nous constatons :

1° Une injection et une infiltration prononcées des ganglions préscapulaires ;

2° La présence dans la veine jugulaire affectée, d'un caillot jaunâtre, fibrineux, en forme de languette, bouchant très incomplètement la lumière du vaisseau ;

3° Les lésions de la synovite aiguë, articulaire et tendineuse du boulet malade, avec dépôts fibrineux assez prononcés.

2. *Sujet, n° 9.* — Génisse indigène, pie-rouge, 18 mois environ.

A part les manifestations propres à l'arthrite du boulet, les symptômes et les lésions ont été, à peu de choses près, les mêmes que chez le sujet précédent. La mort a eu lieu le 31 janvier.

Le caillot jugulaire était plus volumineux et de couleur grisâtre. Une partie du lobe antérieur du poumon droit présentait une légère infiltration interlobulaire de couleur jaunâtre, d'aspect gélatineux.

L'insertion de cet exsudat dans le tissu cellulaire sous-cutané d'une bête encore vierge de toute inoculation a été tout à fait négative.

3. *Sujet, n° 10.* — Génisse indigène, pie-noir, 2 ans.

Quelques jours après l'inoculation, on observe une légère augmentation de la température générale ; la marche devient nonchalante, vacillante. Le douzième jour, l'animal tombe pour ne plus se relever ; il y a paralysie générale. Le pincement de la colonne vertébrale aux régions du dos et

des lombes détermine des mouvements convulsifs dans les membres postérieurs. Chaque fois qu'on étend fortement la tête, on provoque une agitation convulsive des quatre membres. Les phénomènes inflammatoires locaux sont très marqués.

Prévoyant une terminaison fatale rapprochée, nous faisons sacrifier la bête pour servir aux études d'anatomie comparée.

La nécropsie révèle l'existence d'une lésion assez remarquable : l'infiltration, à la fois séreuse et hémorragique, du tissu cellulaire recouvrant la surface de la dure mère, au point correspondant à l'extrémité antérieure de la moelle épinière, sur une étendue de 15 cent. environ.

4. *Sujet n° 11.* — Bouvillon, pie-rouge, 18 mois.

Les suites de l'inoculation ont d'abord présenté les mêmes caractères que chez les sujets 8 et 9, seulement les altérations sont restées beaucoup plus limitées. Elles ont cédé en peu de temps à l'application réitérée du feu belge phéniqué.

### 3. Inoculations du 16 mars 1883.

Les inoculations du 16 mars comprennent une inoculation primitive et deux inoculations critères, opérées avec le même liquide, recueilli dans un poumon provenant d'une bête pleuropneumonique sacrifiée à l'abattoir de Bruxelles.

1. *Sujet, n° 12.* — Taureau indigène, pie-noir, 18 mois.

Cet animal a subi l'inoculation primitive par injection intra-veineuse, suivant le procédé Nocard, avec cette seule modification, qu'au lieu d'implanter directement la canule aiguillée dans la veine, j'ai d'abord pratiqué une courte in-

cision à la peau, afin de faciliter la pénétration de cette canule et d'assurer ainsi le succès de l'opération.

Malgré cette précaution, les suites de cette dernière n'ont pas été plus heureuses que chez les sujets 8 et 9.

Une infiltration progressive, ayant pour point de départ l'endroit de l'inoculation, emporta l'animal dans les quinze jours.

2. L'inoculation critère a été faite sur les sujets 7 et 11, à la région du fanon. Cette inoculation a donné lieu à une légère infiltration de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qui a disparu spontanément, en un court espace de temps.

A propos des résultats constatés chez les sujets 8, 9 et 12, on peut se demander comment il s'est fait que l'inoculation, opérée suivant un mode qui devait mettre à l'abri de toute complication, a produit sur tous les trois, les effets habituels de l'insertion du virus pleuropneumonique en une *région défendue* ?

Un pareil fait n'a pu se produire qu'à la faveur de l'une ou l'autre des conditions suivantes : ou bien la solution de continuité a été souillée avec une faible quantité de virus pulmonaire déposée à l'intérieur de la canule aiguillée, lors du retrait de la canule engainée ; ou bien une goutte de liquide a coulé le long de la même canule et s'est introduite dans la piqûre ou dans l'incision pratiquée. Les choses étant telles, il nous a semblé qu'il n'était pas difficile de prévenir la réalisation de ces deux conditions.

Pour obvier à la première, il doit suffire avant de retirer la canule engainée, d'en opérer soigneusement le lavage, en aspirant et en expulsant successivement le sang de la jugu-



laire, par le moyen de la seringue, à trois ou quatre reprises différentes.

L'emploi de la pièce de caoutchouc, comme il a été fait lors de l'inoculation primitive du n° 7, doit être tout à fait suffisante pour prévenir la seconde.

#### **4. Inoculations du 7 juin 1883.**

Ces inoculations sont au nombre de six : une inoculation primitive, quatre inoculations critères et une inoculation de contrôle. Toutes ont été pratiquées avec le même virus, extrait d'un poumon frais qui nous avait été envoyé par M. Van Hertsen, inspecteur de l'abattoir de Bruxelles.

1. *Sujet, n° 13.* — Anorchide, de race Durham, pie-rouge, 18 mois.

J'ai pratiqué l'inoculation par l'injection intra-veineuse, en prenant les deux précautions susmentionnées : le lavage de la canule et l'emploi d'une pièce de caoutchouc. L'aiguille fut implantée après incision préalable de la peau.

Les suites de l'opération furent on ne peut plus heureuses. La plaie cutanée se cicatrisa sans engorgement sensible de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent.

2. *Réinoculation des sujets 3, 4, 7 et 11.* — Cette réinoculation a été faite, sur le milieu de la face droite de l'encolure, par injection hypodermique de deux grammes du liquide pulmonaire.

Chez les bêtes 3 et 11, la réaction locale a pour ainsi dire été nulle; chez les deux autres, il s'est développé, dès les premiers jours, une tumeur œdémateuse, arrondie, du volume d'un petit œuf de poule. Cette tumeur s'est bientôt ramollie au centre, puis a subi la résolution complète en l'espace de quelques semaines.

3. *Sujet, n° 14.* — Génisse indigène, pie-noir, 2 1/2 ans, petite taille, en état de gestation.

Cette bête n'a jamais été inoculée; elle doit servir de sujet de contrôle. On lui fait la même inoculation qu'aux sujets 3, 4, 7 et 11.

A la suite de cette opération, il se développe, à l'endroit lésé, un engorgement œdémateux considérable, accompagné d'une réaction fébrile assez marquée.

Entretiens, le septième jour après l'inoculation, la bête donne le jour à un jeune être assez bien développé. Trois jours plus tard, elle est atteinte de paralysie générale. Inoculée le 7 juin, elle est morte le 19 du même mois.

Outre les lésions exsudatives de l'encolure et des régions voisines, la nécropsie révèle l'existence d'une gastro-entérite aiguë très prononcée.

Peu de jours après la mort de sa mère, le veau présente les symptômes d'une synovite généralisée à marche progressive, à laquelle il ne tarde pas succomber.

A l'autopsie, on constate que la plupart des articulations sont le siège de lésions inflammatoires récentes. Parmi ces lésions, nous noterons particulièrement la présence de dépôts fibrineux assez considérables.

Si l'on considère, d'une part, l'analogie qui existe entre ces dépôts et ceux constatés à l'autopsie du sujet n° 8, et d'autre part, la fréquence des inflammations synoviales chez les très jeunes bêtes bovines inoculées avec le virus de la pleuropneumonie, on est porté à croire que les lésions articulaires, observées chez le veau dont il s'agit, ont été la conséquence d'une sorte d'inoculation de la mère au fœtus à travers les vaisseaux du placenta. Les mêmes faits ne semblent-ils pas démontrer aussi, qu'il existe une sorte

d'affinité élective entre le virus pleuropneumonique et les séreuses synoviales?

Si nous résumons les expériences qui précèdent, nous constatons :

1° Que huit réinoculations, pratiquées en des *régions défendues* (inoc. *critères*) sur quatre sujets préalablement inoculés par injection intra-veineuse, n'ont produit que peu ou point de réaction locale ;

2° Que sur cinq inoculations primitives — dont quatre accidentelles (sujets 8, 9, 11 et 12) et une intentionnelle (sujet 14) — faites également en des *régions proscrites*, quatre ont donné lieu à une inflammation progressive rapidement mortelle.

Ces nouvelles expériences viennent donc confirmer en tous points les conclusions de notre premier travail, à savoir :

1° Que l'injection intra-veineuse du virus de la pleuropneumonie, à la dose de deux grammes, investit l'organisme d'une immunité réelle contre une nouvelle atteinte de ladite maladie ;

2° Que cette immunité peut parfaitement être acquise, sans qu'il soit nécessaire que l'injection se traduise par les symptômes et les lésions qui caractérisent la maladie naturelle ou spontanée.

A propos de la méthode opératoire en question, je crois utile de signaler ici les quelques renseignements bibliographiques qu'il nous a été donné de recueillir à son sujet, depuis notre communication de l'an dernier.

L'injection intra-veineuse du virus péripleumonique a d'abord été pratiquée en 1854, à titre purement expérimental, par l'un de nous, M. Thiernes, au nom d'un comité

spécial, nommé au sein d'une commission officielle de Belgique, chargée d'apprécier la valeur du procédé préservatif découvert par M. le d<sup>r</sup> Willems.

Notons que parmi les six bêtes bovines ainsi inoculées par injection dans la jugulaire externe, l'une a présenté les lésions interstitielles, c'est-à-dire l'hépatisation marbrée caractéristique, de la pleuropneumonie contagieuse. La quantité de liquide injecté était de 35 grammes.

En 1869, M. H. Bouley étant à la recherche d'un procédé qui mît à l'abri des accidents causés par l'inoculation ordinaire, tenta l'injection du virus pulmonaire dans la veine jugulaire. Sur six bêtes opérées de la sorte, trois moururent des suites de l'engorgement inflammatoire développé à l'endroit de l'inoculation.

Il y a quelques années, en 1876, M. Burdon-Sanderson, professeur au Collège vétérinaire royal de Londres, pratiqua la même injection dans le triple but : 1<sup>o</sup> de s'assurer par quelles différentes voies un animal sain peut être infecté; 2<sup>o</sup> de déterminer jusqu'à quel point l'inoculation peut être utile et 3<sup>o</sup> de découvrir un moyen d'inoculer sans danger.

Dans ses expériences, M. Burdon-Sanderson s'est servi d'une seringue de la contenance de 2 drachmes (8 grammes), pourvue d'une canule mince, en acier, bien effilée. Il a opéré sur la principale veine de la face externe de l'oreille, en procédant de la manière suivante :

Après avoir coupé les poils à l'endroit choisi, il comprime le vaisseau de manière à le distendre le plus possible; il plante ensuite l'aiguille en maintenant la pointe dans la direction du cours du sang.

Avant d'adapter la seringue et de pousser l'injection, il s'assure que la canule est dans la veine, en laissant s'écouler



quelques gouttes de sang. Dès que la canule est retirée, il exerce une légère pression sur la veine, durant quelques secondes, afin de prévenir l'hémorragie qui pourrait se produire.

M. Burdon Sanderson a ainsi inoculé quatorze bêtes : l'une est morte à la suite d'une pleurésie aiguë ordinaire; les treize autres n'ont présenté qu'une très légère inflammation au lieu de l'opération. Sept de ces dernières, mises ensuite en rapport avec des animaux atteints de pleuropneumonie contagieuse, pendant trois et quatre mois, sont restées parfaitement saines.

Si l'on rapproche ces derniers résultats de ceux que nous avons obtenus, M. Thiernesse et moi, par l'emploi du même mode opératoire, il y a lieu de croire que l'injection intra-veineuse du virus pulmonaire constitue une opération préservative certaine de la pleuropneumonie épizootique. Ce fait étant acquis, il y a lieu de rechercher si cette opération peut être faite suivant un procédé qui soit à la fois, assez sûr dans ses résultats et assez simple dans son exécution pour entrer dans le domaine de la pratique usuelle. L'expérience susindiquée, faite sur le sujet, n° 13, nous porte à croire que ce procédé pourrait bien être trouvé.

Comme on peut en juger, ce procédé ne présente rien qui ne puisse être effectué avec facilité par toute personne qui possède la compétence et l'aptitude voulue, autrement dit, par un médecin vétérinaire. Mais avant de le recommander et de déclarer qu'il mérite la préférence sur les procédés usités jusqu'à ce jour, il importe d'attendre que de nouvelles expériences soient venues en confirmer la valeur.

**3. SUR TROIS CAS de thyroïdectomie; par M. HICGUET,**  
correspondant.

Je n'avais pas l'intention de publier actuellement les deux observations de thyroïdectomie que j'ai pratiquées. J'en attendais d'autres. La présentation à l'Académie du mémoire de M. Liebrecht sur *l'excision du goître parenchymateux* et le savant et judicieux rapport de M. De Roubaix m'ont obligé de livrer ces deux faits à la publicité. En effet, grâce à mon silence, on a pu croire, avec raison, que la thyroïdectomie n'avait pas été pratiquée en Belgique.

En avril dernier, une nouvelle occasion s'est offerte à moi d'enlever le goître. Ces trois opérations sont un assez mince bagage pour entrer en compte, quand il s'agit d'élucider la grave question de la thyroïdectomie. Cependant chaque fait bien observé a sa valeur.

Une autre raison m'a décidé à vous faire cette communication : des Belges, il est triste de le dire, certains médecins belges ont contribué à accréditer ici et à l'étranger l'opinion que les chirurgiens, leurs compatriotes, confinés dans le cercle des opérations vulgaires, n'osaient aborder ce qu'on est convenu d'appeler : *la grande chirurgie*. Vous savez quelles en ont été les conséquences : notre réputation scientifique, que dis-je, notre courage professionnel ont été mis en doute par ceux qui, les premiers, auraient dû les défendre !

Cela dit, j'entre en matière.

*Observation I.* — Muls, J., 36 ans, constitution lymphatique, d'une bonne santé habituelle, s'est aperçue, il y a dix ans, de l'existence d'une tumeur, du volume d'un pois, dure, complètement indolore, suivant le larynx dans les

mouvements de déglutition. Cette tumeur a augmenté pendant le dernier mois d'une première grossesse, il y a cinq ans. La malade attribue le brusque développement du goître à des vomissements fréquents survenus à cette époque. En 1880, violente bronchite qui détermine un nouvel accroissement de la tumeur. Depuis lors, gêne considérable de la respiration à l'occasion du moindre effort; parole quelquefois difficile; palpitations violentes du cœur.

La malade est admise à l'*Hôpital des Anglais* (Liège), le 2 octobre 1881.

Elle porte une tumeur du volume de deux poings d'adulte, occupant symétriquement la partie antérieure du cou. Cette tumeur est lisse, bien circonscrite, indolore, sans adhérence à la peau ni aux parties voisines, divisée en deux parties latérales par un sillon peu accentué et sensiblement vertical. Un lobe moyen, peu développé plonge derrière le sternum. La moitié gauche est de consistance charnue, rénitente; la moitié droite présente de la fluctuation. La ponction est faite avec la seringue de Pravaz; on retire de la tumeur un liquide jaunâtre, légèrement visqueux. Les mouvements de déglutition se communiquent à la tumeur.

Diagnostic : goître cysto-parenchymateux.

Traitement : 10 injections de teinture d'iode dans le kyste et dans le parenchyme et administration d'iodure de potassium à l'intérieur. Les premières injections déterminent une légère diminution du volume du goître. Mais cette faible amélioration s'arrête bientôt, sans avoir amendé les troubles de la respiration et de la circulation. La partie gauche de la tumeur est devenue dure et comme fibreuse.

L'extirpation du goître est pratiquée, le 16 novembre 1881, sous le chloroforme.

Incision médiane et verticale de la peau s'étendant de l'os hyoïde au sternum. Incision de l'aponévrose cervicale sur la sonde cannelée. Après avoir séparé avec cette sonde les muscles hyoïdiens, on trouve le goître. Les adhérences cellulaires qui l'unissent aux parties environnantes sont facilement déchirées avec le doigt et avec la spatule. Le lobe gauche est bientôt libéré. Le dégagement du lobe droit est plus difficile. Il présente, en effet, un prolongement du volume du pouce qui s'insinue entre la trachée et l'œsophage et y adhère assez intimement. En procédant, avec prudence, au moyen du doigt et de la spatule, il est énucléé complètement. Les artères et les veines thyroïdiennes supérieures et inférieures sont coupées entre deux ligatures au catgut. Enfin, la tumeur est séparée de ses attaches avec le cartilage thyroïde.

La trachée est saine. Elle ne semble ni déformée ni amincie.

La tumeur enlevée et examinée se compose à gauche de tissu glandulaire hypertrophié. Quant au lobe droit, il présente la dégénérescence cysto-parenchymateuse.

Lavage de la plaie avec l'eau phéniquée forte. Elle est fermée avec 5 points de suture au moyen de fil d'argent. Drain à sa partie inférieure. Pansement de Lister. La malade est mise au lit la tête et le corps dans le même plan horizontal.

On change le pansement le 17. Le 20, enlèvement des 4 points de suture supérieurs. Le tube est retiré le 21. Guérison complète le 24 novembre, huit jours après l'opération. Le thermomètre ne s'est jamais élevé au-dessus de 38°.

L'opérée quitte l'hôpital, le 2 décembre, conservant une légère raucité de la voix.



*Observation II.* — Madame Fr..., 41 ans, constitution délicate, mère de six enfants, tous vivants, bien réglée, mais atteinte de flueurs blanches et de dyspepsie habituelle. Au commencement de 1881, légers craquements au sommet d'un poumon et crachats sanguinolants. Un de ses frères est mort d'un cancer du pylore. L'apparition du goître remonte à l'âge de 29 ans. Jusqu'au mois de juin 1881, la tumeur reste stationnaire. Mais à partir de cette époque, elle s'accroît et, vers le milieu de septembre, la respiration est gênée. Mon honorable et habile confrère, le docteur Léopold Dejace, de Flémalle-Grande, propose la thyroïdectomie qui est refusée. Dans le courant d'octobre, survient un affaiblissement de la voix.

Des accidents plus sérieux éclatent brusquement le 13 novembre 1881. Appelé près de la malade le lendemain, M. Dejace constate une aphonie complète avec angoisse épouvantable, un pouls faible et précipité, de la cyanose, une agitation extrême. C'est dans cet état d'asphyxie menaçante qu'elle fut amenée le 16 novembre, au soir, à l'*Hôpital des Anglais*.

Il était trop tard pour songer à pratiquer l'extirpation de la tumeur. Des injections de morphine et une potion alcoolique, associées à la position assise dans le lit, permirent d'attendre jusqu'au lendemain. La situation et la saillie de la tumeur ne permettaient pas de procéder immédiatement, sans danger grave, à la trachéotomie.

Voici quel était l'état de la tumeur le 17 novembre, jour de l'opération : goître de toute la glande, du volume d'un très fort poing d'adulte. Lobe gauche rénitent, élastique, présentant une fausse fluctuation ; lobe moyen fluctuant en haut, pâteux en bas et plongeant derrière le sternum. Lobe

droit charnu, pâteux, s'engageant comme le lobe gauche en dedans du sterno-mastoïdien. Dyspnée extrême et dysphagie.

Diagnostic : goître adéno-cystique.

Là malade est opérée sous le chloroforme. Incision médiane allant de l'os hyoïde au sternum. Dégagement du lobe gauche qui plonge profondément entre la trachée et l'œsophage. Pendant que nous dégageons le lobe moyen de derrière le sternum, l'opérée, qui avait relativement bien supporté l'anesthésie, devient livide, se couvre de sueurs froides, reste sans pouls et sans respiration. Trachéotomie. Retour du pouls, respiration convenable. Division des attaches du lobe moyen aux parties environnantes, à la trachée et au larynx.

Pendant l'isolement du lobe droit, nouvelle disparition du pouls et de la respiration. Ligature en masse d'une petite partie externe adhérente du lobe droit et enlèvement de la tumeur.

Hémorragie très modérée.

Fixation de la canule. Pansement de Lister. Suites bonnes.

Enlèvement de la canule le 24 novembre. Respiration normale. Cicatrisation presque complète le 2 décembre. Au moment où l'opérée, guérie, quittait l'hôpital, survient une violente hémorragie par la bouche qui l'emporte en quelques minutes. L'autopsie a été refusée.

L'examen du goître a démontré qu'une partie du lobe gauche était constituée par du tissu sarcomateux. Le lobe droit et la partie inférieure du lobe moyen ne présentaient que du tissu glandulaire hypertrophié. Quant à la partie supérieure de ce dernier, elle était formée par une

poche kystique contenant un liquide visqueux, jaunâtre.

Quelle a été la cause de la mort de notre opérée? Où était la source de cette hémorragie foudroyante? L'autopsie, si elle avait été permise, nous l'aurait montré. Au moment de sortir de l'hôpital, l'opérée était réellement et non *en apparence guérie*, ainsi que l'écrit M. Liebrecht. D'après mon contradicteur, « la mort devrait être attribuée à une ulcération produite par le frottement de la canule sur les tuniques de l'un des troncs artériels naissant de la crosse de l'aorte, à travers la plaie trachéale; cette ulcération aurait continué à gagner en profondeur même après le retrait du tube et les aurait perforées. »

Nous ne pouvons admettre l'opinion de M. Liebrecht, et cela pour une foule de raisons. D'abord la canule employée était peu volumineuse, elle mesurait 7 1/2 millimètres de diamètre. Le tube, mobile sur le pavillon, ne permettait guère un frottement capable d'ulcérer dans l'espace de 7 *jours seulement* la trachée d'abord, le tissu cellulaire du médiastin et enfin les parois relativement épaisses et résistantes d'un des gros troncs fournis par l'aorte. Pour justifier son opinion, M. Liebrecht est forcé d'ajouter une nouvelle hypothèse à celle de l'ulcération artérielle. Selon lui, le travail ulcératif aurait continué même après l'enlèvement de la canule? Cette assertion est-elle admissible? Évidemment non; nous ne connaissons aucun fait de ce genre. Ou bien l'ulcération serait guérie, ou bien il se serait formé un anévrysme, lésion qui aurait été constatée plus tard et aurait amené la mort à une époque plus ou moins éloignée.

Selon nous, la mort a été le résultat ou d'une hématomèse ou d'une hémoptysie foudroyante.

Les antécédents de la malade, ses antécédents de famille

plaident en faveur de l'une ou de l'autre de ces hypothèses. Un de ses frères a succombé à un cancer du pylore. Elle-même souffrait depuis longtemps de l'estomac. Enfin, au commencement de 1881, M. Dejace craignait une tuberculose pulmonaire; en effet, il avait constaté des craquements au sommet d'un poumon, alors que la malade rendait des crachats sanguinolents.

Quoi qu'il en soit, rien n'autorise à ajouter ce cas au nécrologe de la thyroïdectomie; la malade était guérie, quand elle a quitté l'hôpital.

*Observation III.* — S... C., 17 ans, tempérament lymphatique, s'est aperçu, il y a trois ans, de l'existence d'une tumeur au devant du cou. Depuis lors, accroissement continu du goître. Il y a un an, commencement de dyspnée. A cette époque, la circonférence du cou mesurait, au niveau du goître, 38 c. En février 1883, une bronchite intense détermine une nouvelle augmentation de la tumeur et des accès de suffocation. Appelé près du malade, le dr Ernould prescrit une pommade à l'iodure de potassium et d'iode, et l'iodure de potassium à l'intérieur. Ce traitement n'amène aucune amélioration; il est remplacé par des injections interstitielles de teinture d'iode. Ces injections améliorent d'abord les fonctions respiratoires; mais ce mieux cesse bientôt.

Le malade entre à l'*Hôpital des Anglais* le 31 mars. La respiration est très difficile. Accès de suffocation. Râle trachéal. Traitement: application de glace sur le goître. Tous les jours une injection hypodermique au cou d'un gramme d'ergotine Yvon. Cette médication resta sans résultat.

Voici quel était l'état de la tumeur le 9 avril, jour de l'opération: la circonférence du cou au niveau de la partie



la plus saillante du goître est de 45 c. Le lobe droit part de l'angle de la mâchoire inférieure, descend jusqu'à la clavicule et s'enfonce en dedans du muscle sterno-mastoïdien. Le paquet vasculo-nerveux semble placé en dedans et en arrière de ce lobe. Le lobe gauche s'étend de l'os hyoïde obliquement en bas et en dedans et plonge derrière le sternum en refoulant aussi les gros troncs vasculaires en dedans et en arrière ; quant au lobe médian, il n'est appréciable ni à la vue, ni au toucher. Les deux lobes se touchent sur la ligne médiane. Leur jonction forme une ligne légèrement oblique en bas et à droite. Il est difficile de reconnaître la situation de la trachée. Une des veines jugulaires antérieures, fortement dilatée passe un peu à droite du sillon interlobaire.

MM. les d<sup>rs</sup> Deschamps, Ernould, Lebeau et Schiffers, nous assistent dans l'opération qui est faite avec toutes les précautions antiseptiques, sauf le spray. Anesthésie chloroformique.

Une incision verticale partant à 3 c. en dessous du milieu de l'os hyoïde, divise la peau et les aponévroses jusqu'à la fourchette du sternum. L'espace entre les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens est incisé sur une sonde cannelée ; la tumeur est mise à nu. Une incision transversale, longue de 6 c. et partant du milieu de l'incision verticale, divise la peau, le paucier, l'aponévrose et les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien droits. Le lobe droit de la tumeur est énucléé avec les doigts de l'atmosphère celluleuse qui l'entoure et amené hors la plaie. Au moment où nous procédons au dégagement du lobe gauche, la respiration se suspend ; le pouls, d'abord très fréquent et misérable, disparaît. Face livide, recouverte de sueur froide.

Sans perdre un instant nous soulevons la partie inférieure des deux lobes, pour aller à la recherche de la trachée, l'inciser et donner libre accès à l'air au moyen d'une canule. La trachée profondément placée et refoulée à gauche, est aplatie latéralement en forme de fourreau de sabre. Une incision rapide permet de placer une canule à trachéotomie. Bientôt la respiration devient normale, la face reprend sa coloration naturelle. Tout rentre dans l'ordre.

Les artères et les veines thyroïdiennes, ainsi que toutes les brides, sont coupées entre deux ligatures de catgut. Enfin, les adhérences de la tumeur avec la trachée sont détachées avec le thermo-cautère.

L'opération a duré une heure et demie et s'est faite sans grande perte de sang. 24 ligatures doubles ont été appliquées. L'œsophage était refoulé à gauche et débordait la trachée.

Cette vaste plaie est lavée avec une solution phéniquée à 4 p. c. Introduction dans la plaie d'environ un gramme d'iodoforme. Application de trois tubes à drainage, le premier dans l'angle externe de l'incision transversale, le second dans la loge occupée par le lobe gauche ; enfin, le troisième derrière l'articulation sterno-claviculaire gauche, à l'angle inférieur de l'incision verticale. La canule à trachéotomie est fixée à demeure. Suture des lèvres de la plaie avec du fil d'argent. Le tout est recouvert de gaze iodoformée, d'une feuille de gutta-percha et d'ouate maintenues en place au moyen d'une simple bande. Une compresse de gaze, pliée en quatre doubles, recouvre l'ouverture de la canule.

L'opéré est mis au lit, la tête et le corps dans un plan parfaitement horizontal, dans le but d'empêcher la stagnation des liquides derrière le sternum et l'infiltration consé-

cutive du tissu cellulaire du médiastin. La température de la chambre sera maintenue à 20° c.

L'examen de la tumeur démontre qu'elle est de nature folliculaire ou parenchymateuse.

Le soir du jour de l'opération, tout va bien. Légère douleur lors de la déglutition. Respiration normale; pouls 80; température 38°. Eau vineuse, bouillon, lait.

11 avril. Le pansement est renouvelé. Enlèvement des tubes qui ont peu donné. Le drain inférieur est obstrué par un caillot. Légère rétention de liquide séro-sanguinolent qui explique l'élévation thermométrique : 39°,5. Les drains sont raccourcis et remis en place. Pouls 90.

L'opéré se plaint d'éprouver des crampes légères dans les mains. Celles-ci semblent tenir une plume à écrire.

Le soir la température est tombée à 38°,5.

12 avril. Température du matin : 37°,5 du soir : 38°. Déglutition et respiration normales.

13 avril. Les crampes atteignent les mains et les pieds. L'opéré s'est levé, les crampes ont disparu. Température du matin et du soir : 38°. Toux rare, expectoration par la canule de mucosités bronchiques. Rien à la percussion, ni à l'auscultation de la poitrine. Transpiration notable. Potion au bromure de potassium. Injection hypodermique de morphine le soir. Nuit bonne.

14 avril. Les crampes ont presque disparu. Température : matin 37°,5; soir 38°. L'opéré demande à manger.

15 avril. Les tubes à drainage sont enlevés. Contractions fibrillaires des masséters, sans trismus. Même température que la veille. Peau sudorale. Reprise des crampes des extrémités. Respiration normale. Mucosités bronchiques plus

abondantes. Même régime. Vin de Porto. Injection de morphine et chloral.

16 avril. L'opéré a éprouvé la veille, au soir, une espèce de crise nerveuse qui n'a duré que quelques instants. Disparition presque complète des contractures. Constipation. Les trois quarts supérieurs de la plaie sont parfaitement réunis. Le pourtour de la plaie qui entoure la canule et une partie de la face gauche de la trachée sont recouverts de bourgeons rosés. Température du soir : 38°. Pilules de podophylle. Vin de Porto. Filet de bœuf.

17 avril. L'état de l'opéré est excellent. Il se lève et reste assis dans son fauteuil une partie de la journée. Je le vois le soir. Les bourgeons qui entourent la canule sont, on ne peut plus sains. La respiration, de fréquence normale, se fait à la fois par l'orifice de la canule externe et par la bouche, grâce à une ouverture pratiquée sur la partie convexe du tube.

18 avril. A mon arrivée à l'hôpital, j'apprends que l'opéré a succombé vers minuit. Voici dans quelles conditions ; je donne la parole à l'interne de garde.

« L'opéré était à demi-assis sur son lit ; la tête fléchie sur la poitrine. Respiration assez régulière, mais difficile. L'inspiration surtout était gênée, et s'accompagnait de fortes contractions des muscles sterno-mastoïdiens. Expiration relativement plus facile ; quelques râles trachéaux. La respiration était exclusivement buccale. Pas le moindre passage d'air par la canule.

» Pouls faible, légèrement accéléré ; peau moite. État presque comateux. Injection d'éther.

» L'opéré est placé dans le décubitus horizontal. Une plume d'aile de poule, introduite dans la canule, ne peut



franchir l'ouverture inférieure de l'instrument. Elle est désostruée avec une bougie en gomme élastique.

» Pendant 5 à 6 minutes, la respiration est facile. Mais cette amélioration cesse bientôt et la respiration devient intermittente.

» Sinapismes sur la poitrine et les cuisses, sans effet. Nouvelle injection d'éther.

» La canule est enlevée et remplacée par une autre, mais sans aucun résultat.

» Respiration de plus en plus intermittente; pouls faible et irrégulier. »

Mort une demi-heure après mon arrivée.

Un dernier effort respiratoire amena environ 15 grammes de muco-pus à travers l'ouverture de la trachée.

Absence complète de convulsions et de contractures.

En résumé, l'opéré a succombé à une asphyxie causée par l'obstruction de l'orifice inférieur de la canule; ou, en d'autres termes, à un défaut de surveillance.

L'autopsie n'a pas été permise.

Avant d'aller plus loin, je dois dire un mot d'un symptôme qui s'est manifesté dès le lendemain de l'opération: je veux parler des contractures qui se sont déclarées d'abord aux extrémités supérieures, puis aux extrémités inférieures et se sont compliquées ensuite de contractures fibrillaires des masséters et de petites crises nerveuses de courte durée.

Quelle a été la cause de ces phénomènes morbides? Sont-ils dus à l'invasion du tétanos? Mais cette terrible complication des plaies n'apparaît presque jamais le lendemain du traumatisme, mais la seconde ou la troisième semaine après l'opération. Elle débute par la raideur des mâchoires

et du cou, et non par la contracture des extrémités. Celles-ci ne sont envahies que consécutivement. Dans le tétanos, il y a une rigidité constante qui ne quitte plus le malade jusqu'à la mort ou la guérison, qui empêche le malade d'avaler, de se mouvoir et finit par envahir les muscles respirateurs, le larynx et par produire une asphyxie subite ou lente. Ajoutons que notre opéré, avant la mort, n'a pas présenté la moindre manifestation tétanique. Je ne connais d'ailleurs qu'une observation de thyroïdectomie où la mort a été la conséquence du tétanos. C'est un cas de Bryck, cité par M. Liebrecht dans son mémoire.

Faut-il attribuer ces contractures à une intoxication par l'iodoforme ? On pourrait y croire, malgré la dose relativement minime (un gramme environ) introduite dans la plaie. On sait, en effet, que l'absorption du médicament n'est pas en rapport avec la quantité qui a été déposée dans la plaie ; qu'elle est plus rapide par les surfaces cruentées, étendues comme dans le cas qui nous occupe. König, de Göttingen, rapporte une observation où des contractures et des convulsions des bras ont été déterminées par l'emploi de l'iodoforme en pansement, dans une résection de la hanche. D'ailleurs, les expériences faites par Humbert et Moretin démontrent que l'empoisonnement par l'iodoforme détermine, chez le chien, des convulsions, des contractures musculaires localisées, et même une véritable contracture tétanique.

C'est à l'invasion de la tétanie qu'il faut rattacher, selon nous, les contractures observées chez notre opéré. Cet accident post-opératoire n'est pas rare après la thyroïdectomie. A part notre opéré, il n'a encore été signalé que chez des femmes, et après l'excision complète de la glande.

D'après M. N. Weiss, on compterait actuellement 13 cas de complications de l'espèce, non compris le nôtre. Sur ces 13 cas, 7 opérées ont succombé, la première, 30 jours, la seconde, 3 mois, la troisième, 24 jours après l'opération. Je n'ai pu savoir quel a été l'intervalle écoulé, chez les autres, entre l'opération et la mort. Les trois premières ont présenté des complications pulmonaires (pleuropneumonie, bronchite). La guérison a été obtenue 5 fois. Chez une malade, la tétanie persistait encore 3 ans 1/2 après l'opération!

En admettant que notre opéré n'ait pas succombé à une asphyxie, causée par l'obstruction de la canule à trachéotomie, quelle influence l'invasion de la tétanie aurait-elle eue sur l'issue de l'opération? Il est difficile de répondre péremptoirement à cette question. Deux opérés seulement moururent de tétanie non compliquée d'accidents pulmonaires. Quant à notre opéré, il est mort asphyxié à un moment où les accidents nerveux étaient considérablement amendés. Il y avait donc lieu d'espérer une terminaison heureuse.

\*  
\* \*

Je ne veux pas me livrer ici à toutes les réflexions que comporte la thyroïdectomie. Cette opération, une des plus graves de la chirurgie, peut amener la mort pendant son exécution par asphyxie, par hémorragie ou bien à la suite de l'introduction de l'air dans les veines. Tout n'est pas dit quand l'opération a parfaitement réussi. Des accidents consécutifs, mortels peuvent survenir. Notons le phlegmon diffus du cou, l'inflammation et la suppuration du médiastin, la septicémie et l'infection purulente, la phlébite des veines du cou, la tétanie et même le tétanos. Il est donc de chirurgie sage et humaine de n'entreprendre l'extirpation

du goître qu'après l'insuccès avéré des moyens médicaux, alors qu'il n'existe plus d'autre ressource de sauver la vie du malade. Les malades des observations II et III se trouvaient dans ce cas.

Je n'ai rien à dire du procédé opératoire. Chaque chirurgien pratique les incisions de la peau et des tissus sous-jacents suivant le mode qu'il croit préférable ; il les étend, les modifie, les complique en tenant compte des nécessités ou des difficultés qui se présentent, de l'étendue, du volume, de la profondeur du goître. Dans les deux premières thyroïdectomies, je me suis borné à une simple incision verticale médiane, ainsi que le recommande M. Julliard, de Genève. Elle m'a suffi pour mener à bonne fin l'énucléation de la tumeur. Une incision en —| a été nécessaire dans la III<sup>e</sup> observation pour faciliter l'extirpation du lobe droit dont le volume était considérable. Arrivé sur la capsule fibreuse de la tumeur, on la détache des parties environnantes en commençant par ses parties supéro-latérales, de manière à atteindre d'abord les vaisseaux thyroïdiens supérieurs et à les lier. Les adhérences qui retiennent les parties latéro-inférieures du goître sont attaquées ensuite. Les artères thyroïdiennes inférieures sont mises à nu et entourées chacune d'une double ligature, en ayant bien soin de séparer ces vaisseaux du nerf récurrent et de ses branches qui les accompagnent. Enfin, on termine l'opération en séparant la partie centrale du goître, l'isthme des anneaux de la trachée ; si les tissus qui fixent l'isthme à la trachée sont lâches et peu vasculaires, on se contente de les déchirer avec une spatule ou l'extrémité de ciseaux mousses ; si on craint une hémorragie, il faut employer le thermocautère (*obs.* III). Quand les tissus sont denses et très vascu-



lares, il faut étreindre le pédicule dans une ligature simple ou double, suivant son épaisseur.

Une fois la peau et les tissus sous-jacents incisés, on doit renoncer au bistouri, et ne plus employer que des instruments mousses, les doigts, une spatule, l'extrémité des ciseaux mousses. Au lieu de pinces hémostatiques, je préfère appliquer sur les vaisseaux une ligature double en catgut. Les pinces encombrant le champ opératoire et gênent les manœuvres.

\*  
\* \*

J'aborde maintenant une question très importante. Faut-il, suivant le conseil de M. Rose, de Zurich, et cela dans le but d'éviter l'asphyxie, pratiquer la trachéotomie au début de l'opération, quand on suppose un ramollissement des anneaux de la trachée? Je ne crois pas cette précaution absolument nécessaire. Dans ce cas, c'est-à-dire quand le patient est menacé d'asphyxie, après l'incision des tissus qui recouvrent le goître, on doit immédiatement détacher et soulever les parties inférieures de la tumeur, séparer les deux lobes latéraux, découvrir la trachée. Alors, en cas de besoin, on peut inciser le canal aérien, y placer une canule et ainsi ne plus être inquiété par les menaces d'asphyxie. L'extirpation du goître s'achève alors avec plus de sécurité et partant avec plus de facilité et de rapidité. (*Obs. II et III.*)

La trachéotomie, faite au début, pendant ou après l'opération est loin d'être sans inconvénient. Elle permet l'entrée du sang dans les voies respiratoires; elle peut gêner et gêne les manœuvres opératoires; elle est une cause d'infection de la plaie dont il est impossible d'obtenir une réunion complète, par première intention. La présence de la canule dans la trachée provoque presque toujours une irritation

des organes respiratoires. La division de la trachée est une porte ouverte aux liquides irritants et plus ou moins septiques sécrétés par la plaie, liquides dont on connaît l'action fâcheuse sur les bronches et le tissu pulmonaire. Enfin, la canule peut s'oblitérer, et cette obstruction, si on n'y remédie pas à temps, amène la mort par asphyxie. (*Obs. III.*)

La statistique donnée par M. Liebrecht prête un singulier appui à ces considérations et démontre l'influence fâcheuse de la trachéotomie dans les suites de l'excision du goître. Sur cinq thyroïdectomies pratiquées par Billroth, où la trachéotomie a été nécessaire avant, pendant ou après l'opération, la mort est survenue trois fois ; tandis que sur quarante-trois extirpations de goître faites sans ouverture de la trachée, une seule opération a été mortelle.

Il faut donc éviter, autant que possible, de faire la trachéotomie pendant l'excision du goître. C'est une complication opératoire dangereuse au point de vue du pronostic. Ce n'est pas ici la déformation de la trachée, son ramollissement qui ont entraîné l'issue funeste ; la trachéotomie a paré aux conséquences de ces états. Dans des conditions semblables, lorsque le chirurgien a été assez habile ou assez heureux pour terminer la thyroïdectomie en respectant l'intégrité du canal aérien, la guérison a été la règle, avec très peu d'exceptions.

\*  
\* \*

Saisir les indications et les contre-indications d'une opération, voilà, selon moi, ce qui constitue le talent chirurgical. Pour le bien posséder, il faut plus de savoir, plus de tact, plus d'expérience que pour mener à bonne fin l'opération la plus difficile. La véritable science chirurgicale ne

réside pas dans l'art de manier plus ou moins habilement le couteau, mais bien dans l'emploi judicieux des moyens de s'en passer. La chirurgie doit être avant tout conservatrice. Cette vérité est surtout applicable au traitement du goître parenchymateux, le seul en cause. Ici des remèdes tirés de la matière médicale, l'iode et les iodés, administrés *intus et extra* sont souvent couronnés de succès. Certes, ils sont loin de réussir toujours ; mais on leur doit des guérisons complètes et durables. Administré en injections interstitielles sous forme de teinture, l'iode est un agent très efficace contre le goître ; nous lui devons des cures remarquables. Mais cette médication n'est pas sans inconvénients, sans dangers. M. Liebrecht cite plusieurs cas de mort survenue après les injections de teinture d'iode. Nous connaissons un autre cas où un malade est tombé foudroyé après une première injection de l'espèce. Souvent leur emploi est suivi d'un gonflement inflammatoire de la tumeur, qui amène des phénomènes de compression sur les vaisseaux, sur les nerfs du cou ou sur la trachée, et des menaces de congestion cérébrale ou d'asphyxie. Il faut donc s'abstenir de cette médication, dans les cas où la respiration est très gênée et surtout si le goître est en partie plongeant ou rétro-sternal.

Si les moyens médicaux échouent, il faut se décider à pratiquer la thyroïdectomie. Comme toutes les opérations, l'extirpation du goître a ses indications et ses contre-indications ; celles-ci se tirent de l'état général du patient, de l'état de la tumeur et des troubles plus ou moins graves qu'elle provoque dans les grandes fonctions.

L'âge du sujet doit être pris en considération. Après 60 ans, il faut renoncer, en général, à la thyroïdectomie.

Certains états généraux, les cachexies, l'alcoolisme, la leucémie, certaines tares organiques, les affections avancées du foie, du cœur, des poumons, les néphrites, l'albuminurie, le diabète, la dégénérescence athéromateuse des artères, contre-indications de toute intervention chirurgicale, s'opposent encore davantage à l'exérèse du goître.

Les contre-indications à la thyroïdectomie se trouvent surtout dans la tumeur elle-même. Ainsi les goîtres trop volumineux, peu mobiles, à large base adhérant largement à la trachée, pénétrant profondément en arrière dans les tissus du cou ou dans le médiastin, du côté de la mâchoire inférieure, les goîtres vasculaires caractérisés par un grand développement des veines et des artères ne sont pas justiciables de l'exérèse, à moins d'indication vitale urgente. C'est donc dans les troubles fonctionnels dus à la compression que se trouvent les véritables indications de la thyroïdectomie.

Il est très rare que le goître comprime assez fort les vaisseaux du cou, pour indiquer par ce seul accident l'opération.

Dans la statistique de M. Liebrecht, nous notons 4 cas sur 322 observations où la dysphagie seule a entraîné l'enlèvement de la tumeur. Cette indication d'opérer n'est donc pas fréquente.

De tous les accidents provoqués par le goître, les plus communs sont les troubles respiratoires dus à la compression et par suite au ramollissement de la trachée. La dyspnée, les accès de suffocation, l'asphyxie progressive constituent la principale indication de la thyroïdectomie. Si la dyspnée est peu intense, non compliquée d'accès graves de suffocation, il faut administrer à titre d'essai les iodés



*intus et extra*, avec prudence des injections parenchymateuses de teinture d'iode. Quand ces moyens échouent, si la respiration devient de plus en plus gênée (*obs.* I et III), il faut recourir à l'extirpation. Il ne faut plus hésiter un moment s'il survient des accès de suffocation. Enfin, si l'asphyxie existe et devient menaçante (*obs.* II et III), il faut opérer sans retard, à moins que les obstacles à l'opération dépendant de l'état général ou de l'état de la tumeur ne soient insurmontables. L'indication vitale existe; ne pas y obéir serait manquer gravement au devoir professionnel.

Nous venons d'examiner les cas où la thyroïdectomie est formellement indiquée. Existe-t-il des cas où elle est facultative? Selon M. Liebrecht, « on peut opérer pour faire disparaître une difformité, soit pour des motifs d'esthétique, soit qu'elle constitue pour le patient un obstacle à ses occupations ou à ses relations sociales, soit enfin que la tumeur, sans déterminer des accidents proprement dits, occasionne de la gêne ou des inconvénients au patient. » Qu'est-ce à dire? En admettant les idées de M. Liebrecht, on peut exciser tous les goîtres. En effet, il n'en est aucun qui ne soit une difformité au point de vue esthétique, aucun qui ne gêne ou ne présente des inconvénients! C'est donc permettre d'enlever tous les goîtres!!! Avec de tels préceptes, on justifie toutes les hardiesses, toutes les témérités chirurgicales; on lance dans des opérations hasardeuses, périlleuses, les jeunes chirurgiens déjà trop enclins à saisir le couteau et faire une *grande* opération.

Nous comprenons que M. Kocher prétende que : « *l'excision, faite à temps d'un goître ordinaire, est une opération sans danger.* » Son habileté, son expérience opératoire, de nombreux succès peuvent justifier une proposition semblable.

Mais la plupart des chirurgiens ne se trouvent pas dans le même cas, et ils ne peuvent admettre avec le savant professeur de Berne, que « l'ovariotomie ou d'autres grandes opérations analogues présentent peu de danger. » La statistique de M. Liebrecht nous donne 30 cas où la thyroïdectomie a été faite pour des motifs d'esthétique ou de coquetterie; il aurait dû nous dire si ces 30 opérations ont été toutes suivies de succès, si dans aucun cas la vie du patient n'a été en danger? Selon nous, il est faux et dangereux de soutenir « qu'il faut placer le goître au même rang que toute autre tumeur et la traiter comme telle, c'est-à-dire par l'extirpation. » Le goître n'est pas une tumeur comme une autre; c'est là une assertion erronée. M. De Roubaix a combattu cette proposition avec des arguments inattaquables; je suis de son avis.

En dehors des cas où l'excision est urgente sous peine de mort, où le développement continu du goître augmente progressivement les désordres fonctionnels et en particulier la gêne respiratoire, la thyroïdectomie peut être admise exceptionnellement. Ainsi, tout goître qui par les accidents qu'il détermine pendant le travail, empêche le patient de subvenir à ses besoins, pourra être opéré.

Un goître central, peu volumineux, mobile, pédiculé, est justiciable du bistouri, si la présence de cette tumeur amène des troubles moraux et le désespoir, et si le patient réclame impérieusement l'opération. Sur tous ces points, je partage complètement l'opinion de mon savant collègue M. De Roubaix. Hormis ces cas, le goître doit être combattu par la thérapeutique médicale; car la thyroïdectomie est et sera toujours une opération grave, difficile et assez souvent mortelle avant, pendant ou après son exécution.

Je sais bien qu'on a voulu, au moyen de chiffres, amoindrir la léthalité de la thyroïdectomie. Mais les statistiques produites dans ce cas ressemblent à celles de toutes les grandes opérations. Elles ne sont pas des statistiques intégrales. Beaucoup d'insuccès n'ont pas été publiés. Suivant M. Liebrecht, la mortalité par l'excision du goître parenchymateux serait réduite aujourd'hui à 7,30 p. %! Pour arriver à ce chiffre magnifique, M. Liebrecht élimine de sa statistique les cas de mort par hémorragie (10), par pyohémie et septicémie (10), par phlegmon et médiastinite (12), par convulsions (1), par collapsus (3), par aspiration du sang dans la trachée (1), par laryngectomie (1), par ramollissement ou sténose de la trachée (5), soit 43 décès. En défalquant ces 43 décès des 69 morts survenues à la suite de la thyroïdectomie il ne resterait plus que 26 décès imputables à l'excision du goître parenchymateux, soit 7,30 p. %!!!

Vous avez lu, Messieurs, le travail de M. Liebrecht. Il vous dit pourquoi il faut éliminer ces 43 décès de la léthalité de la thyroïdectomie? Parce que « l'emploi des anesthésiques, la technique opératoire (progrès de l'hémostase), l'hygiène actuelle des plaies (pansements antiseptiques), l'autorisent à rayer actuellement ces causes de mortalité. » Cette opinion de M. Liebrecht ne sera sans doute pas la vôtre; quant à moi, je ne puis la partager complètement. J'aurais très mauvaise grâce à nier l'influence heureuse de l'anesthésie, des progrès de l'hémostase, des pansements antiseptiques sur les résultats des opérations en général, sur l'excision du goître en particulier. Mais prétendre que toutes ces complications graves seront ou sont conjurées par ces nouveaux moyens, c'est, me semble-t-il, émettre une assertion qui est loin d'être d'accord avec les faits.

Ainsi, l'hémorragie a été mortelle dans plusieurs cas (Nussbaum, *obs.* CCI), (Kaldtschmidt, *obs.* CXLVII), (Billroth, *obs.* XLVIII), (Watson, *obs.* XXIX), (Holmes, *obs.* VII). Il s'agit ici de thyroïdectomies pratiquées après la mise en œuvre des moyens hémostatiques perfectionnés.

Disons un mot maintenant des complications consécutives à la thyroïdectomie, de la pyohémie et de la septicémie, du phlegmon et de la médiastinite. Selon M. Liebrecht, les pansements antiseptiques bien faits écarteront ces complications si funestes. Eh bien, l'application de la méthode de Lister n'a pas toujours amené ce bon résultat. Nous citerons les observations CCXXV de Weinlechner, LX de Billroth, CLVII de Kocher et d'autres, où malgré l'emploi des antiseptiques, un phlegmon grave est survenu. Les antiseptiques n'ont pas été plus heureux pour prévenir d'une façon absolue la médiastinite. Témoins les observations CCX de M. Rose, VII de M. Bouilly, XIX de M. Péan, etc.

Enfin, une malade opérée cette année par M. Billroth et une autre par M. Albert, de Vienne, sont mortes à la suite d'une médiastinite. Faut-il attribuer aussi ces insuccès à l'application défectueuse des antiseptiques???

Je suis le premier à reconnaître la haute efficacité de la méthode antiseptique contre les complications inflammatoires des plaies et leurs conséquences fâcheuses. Mais il m'est impossible d'y avoir une confiance absolue.

Je ne sais quelle influence heureuse l'emploi des anesthésiques peut avoir sur les suites de la thyroïdectomie et en particulier sur la tétanie? Nous trouvons plusieurs observations, notre observation III, entre autres, où l'usage du chloroforme n'a pas empêché l'invasion des contractures.



Les nouvelles méthodes chirurgicales s'opposent-elles à la mort par collapsus? M. Liebrecht croit à leur efficacité. Je regrette de ne pas être de son avis, qu'il ne motive d'ailleurs pas.

Enfin, selon M. Liebrecht, il faudrait rayer de la liste de la léthalité, par la thyroïdectomie, les cinq cas de mort dus au ramollissement ou à la sténose de la trachée, et où la trachéotomie eût pu sauver la vie du patient. Cette élimination serait permise, si cette complication opératoire était inoffensive. Or, il n'en est pas ainsi. Nous avons déjà signalé les conséquences fâcheuses de la trachéotomie. M. Liebrecht a-t-il donc oublié que sur 5 patients trachéotomisés par M. Billroth avant, pendant, ou après l'exérèse du goître, 3 moururent; tandis que des 43 autres opérés sans trachéotomie, 1 seul succomba!

C'est donc à tort que M. Liebrecht élimine de sa statistique tous les cas de mort dus aux accidents qu'il a signalés, sous prétexte que les perfectionnements survenus dans l'art opératoire permettent de les éviter. Quelques chiffres empruntés à son travail démontrent l'erreur où il verse: De 1877 à 1882, c'est-à-dire à une époque où tous les progrès réalisés en chirurgie ont été mis en œuvre, sur 164 thyroïdectomies, il y a eu 140 guérisons, 24 décès, soit 14.63 p. c. Nous voilà loin de 7.30 p. c., chiffre auquel la mortalité serait descendue.

En admettant même que ces accidents pussent être évités, grâce aux nouvelles acquisitions chirurgicales, la mortalité serait encore bien supérieure à la moyenne de 7.30 p. c. En effet, dans un travail publié récemment par M. Julliard, nous trouvons que sur 31 thyroïdectomies pratiquées par cet habile chirurgien, il y a eu 5 morts, soit

plus de 16 p. c. Et ces décès sont dus : à une mort subite au début de l'opération, à une embolie, à une pneumonie, à une mort subite pendant l'opération ; enfin, dans le cinquième cas, on n'a trouvé d'autre lésion qui puisse expliquer la mort, qu'une forte suffusion autour des pneumogastriques.

Laissons là les statistiques ; avec de l'habileté et un peu de bonne volonté, on peut leur faire dire les choses les plus étranges, quelquefois les plus contradictoires. Je ne veux pas dire qu'il n'en faille tenir aucun compte. Mais il est presque impossible d'opérer sur un chiffre respectable d'unités, d'observations semblables. *Non numerandæ, sed perpendendæ sunt observationes.* Ainsi, la thyroïdectomie présentait une gravité bien plus grande dans mes observations II et III que dans la première. L'extirpation des goîtres centraux, plus ou moins pédiculés, non compliqués de menace d'asphyxie, est bien plus facile et par conséquent moins dangereuse, que l'opération pratiquée sur les goîtres profonds, plongeants et accompagnés de phénomènes asphyxiques. Il serait absurde de les réunir ou confondre dans une seule et même statistique pour en tirer des conclusions correctes au point de vue de la léthalité à la suite de la thyroïdectomie.

En résumé, l'excision du goître est et sera toujours une opération grave. Pour moi, je n'en connais pas de plus émouvante. Le patient peut succomber même avant le début de l'acte opératoire ; il peut rester sous le couteau. Après avoir franchi heureusement les dangers de l'opération, il peut être emporté par des complications dont il n'est pas toujours possible de se rendre maître.

L'extirpation des tumeurs malignes, quel que soit leur

siège, l'organe malade, est loin de se trouver dans des conditions aussi favorables, quant à l'avenir des opérés. Ici la récurrence est la règle, la guérison définitive la rare exception.

L'année dernière, j'exposais devant l'Académie, la relation d'un cas de néphrectomie, pratiquée sur une fille de 6 ans, atteinte d'un sarcome du rein gauche. Tentative hardie et qui réussit à souhait. *J'osais espérer* une guérison complète, *à l'abri de toute récurrence*. Illusion et déception. Un an et demi après le succès opératoire, ma pauvre petite opérée succombait à la généralisation du néoplasme dans presque tous les viscères !!! N'est-ce pas là le résultat ordinaire de l'application de la grande chirurgie au traitement des tumeurs malignes des viscères. Quand les patients sont assez heureux pour échapper aux suites du traumatisme chirurgical, la récurrence ou la généralisation est là qui les reprend et les tue !

La thyroïdectomie, au contraire, malgré ses difficultés et ses dangers a cela d'encourageant, présente cet immense avantage : qu'après le succès opératoire, le patient est définitivement guéri et à l'abri de toute chance de récurrence.

**4. LE CHOLÉRA et les désinfectants, ou considérations sur les meilleurs moyens d'empêcher le développement et la propagation du choléra et des autres affections miasmatiques; par M. H. BOËNS, correspondant.**

Personne ne demandant à faire la lecture du travail de M. Boëns, cette communication est ajournée à la séance prochaine.

5. Sur la proposition de MM. Gille et Warlomont, les discussions, portées à l'ordre du jour, sont remises à la prochaine réunion.

## II. — COMITÉ SECRET.

Élection du président et des vice-présidents de l'Académie pour l'année 1884.

La Compagnie n'étant plus en nombre requis par le règlement cette élection est ajournée à la réunion du mois d'octobre.

— La séance est levée à 2 heures et un quart.



## OUVRAGES PRÉSENTÉS.

ANNUAL REPORT of the alumni Association, with the exercises of the sixty-second commencement of the Philadelphia college of pharmacy, for the year 1882-83. Philadelphia, 1883; vol. 8°.

CAVAGNIS (V.). Caso di spina bifida lombare, trattato e guarito mediante la legatura elastica, con alcune osservazioni sull' anatomia patologica e sulla patogenesi di quest' affezione. Parte II. Milano, 1883; 8°.

— Due casi di onichia maligna ed uno di ragade spasmodica dell' ano, curati col jodoformis. Milano, 1883; 8°.

CHAVÉE-LEROY. — La maladie des pommes de terre et le *botrytis infestans*. Laon, 1883; 4°.

— Réflexions à propos du choléra. Laon, 1883; 4°.

COMMISSION ROYALE POUR LA PUBLICATION DES ANCIENNES LOIS ET ORDONNANCES DE LA BELGIQUE. — Coutumes des pays et comté de Flandre. Coutume du Bourg de Bruges. Tome 1<sup>er</sup>. Bruxelles, 1883; vol. 4°.

DONDERS (F.-C.). Vier-en-twintigste jaarlijksch verslag betreffende de verpleging en het onderwijs in het nederlandsch gasthuis voor ooglijders. Utrecht, 1883; 8°.

DUBOUÉ. — Des effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde et de ceux produits en particulier par l'ergot de seigle de bonne qualité. Paris, 1883; 8°.

DU MOULIN (N.) et Galippe (V.). Note sur le reverdissage des cornichons par le cuivre, devant la Cour d'appel de Bruxelles, suivie de nouveaux dosages de cuivre dans les cornichons, les pickles, les piments, etc. Paris, 1883; 8°.

FABRE (P.). Nouvelles recherches sur l'hygiène des mineurs. — Des eaux dans les travaux de mine, au point de vue de l'hygiène professionnelle. Paris, 1883; 8°.

— De l'érythème polymorphe exsudatif ou maladie d'Hebra. Paris, 1883; 8°.

— Hémorragie artérielle produite par une piqure de sangsue. Paris, 1883; 8°.

GRUBER (W.). Beobachtungen aus der menschlichen und verglichenen Anatomie. IV. Heft. Berlin, 1883; 4°.

- HERPAIN (S.).** Précautions recommandées pour prévenir et combattre la fièvre typhoïde et d'autres maladies infectieuses et contagieuses. Bruxelles, 1883; 8°.
- JOURNEZ (H.).** Rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la garnison de Liège, pendant le 1<sup>er</sup> trimestre 1883. Bruxelles, 1883; 8°.
- LOEWENBERG (B.).** Les déviations de la cloison nasale; difficultés qu'elles apportent au cathétérisme de la trompe d'Eustache et nouveau moyen d'y remédier; recherches anatomiques et cliniques. Paris, 1883; 8°.
- MASOIN (E.).** Analyse de l'ouvrage de MM. P. Heger et Dallemagne, intitulé : *Etudes sur les caractères craniologiques d'une série d'assassins exécutés en Belgique*. Gand, 1883; 8°.
- MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.** — Rapports des commissions médicales provinciales sur leurs travaux pendant l'année 1881. Bruxelles; vol. in-8°.
- Exposé de la situation du royaume de 1861 à 1873, publié par les soins de la Commission centrale de statistique; 13<sup>e</sup> fascicule. Bruxelles; 8°.
- PEETERS (J.-A.).** Lettres médicales sur Gheel et le patronage familial. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- Discours prononcé à la Société de médecine mentale de Belgique, en prenant possession du fauteuil présidentiel. Gand, 1883; 8°.
- Paralyse agitante avec troubles intellectuels. Gand, 1883; 8°.
- PRINCE (D.).** A rectal obturator. Saint-Louis, 1883; 8°.
- The bead suture. A modification of the quilled suture for palatoplasty and for use in other situations in which the suture line requires to be supported for several days. Brooklyn, 1883; 8°.
- SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.** — Mémoires, compte rendu annuel et procès-verbaux des séances. — 1881-1882. Nancy, 1883; vol. 8°.
- SUTTON (F.).** Manuel systématique d'analyse chimique volumétrique, ou le dosage quantitatif des substances chimiques par les mesures, appliqué aux liquides, aux solides et aux gaz; traduit de l'anglais par le dr C. Méhu. Paris, 1883; vol. 8°.
- VANDER HAEGHEN (F.).** *Bibliotheca belgica*; bibliographie générale des Pays-Bas; 33<sup>e</sup>, 34<sup>e</sup>, 35<sup>e</sup> et 36<sup>e</sup> livraisons. Gand, 1883; 12°.

VEREIN DER AERZTE IN STEIERMARK. — Mittheilungen. — XIX. Vereinsjahr 1882. Graz, 1883; 8°.

VON ADELMANN (G.). Medicinisch-chirurgische Bemerkungen während einer italienischen Reise 1881-82. Berlin, 1883; 8°.

VON TRÖLTSCH (A.). Gesammelte Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ohres und zur Geschichte der Ohrenheilkunde. Leipzig, 1883; Band 8°.

WAR DEPARTMENT, SURGEON GENERAL'S OFFICE. — The medical and surgical history of the war of the rebellion. Part III. Vol. II. — Surgical history 2<sup>d</sup> issue. Washington, 1883; 4°.

WELLENBERGH. — Les lacunes veineuses de la dure-mère; traduit du néerlandais, par le dr E. Vandenvén. Gand, 1883; 8°.

WEVERBERGH (M.). La métrite chronique, étudiée au point de vue spécial de son traitement. Bruxelles, 1882; vol. 8°.

WONNER (E.). Envies et impressions morales des femmes enceintes. Montévideo, 1883; in-fol.

---

---

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCQ.  
—



La séance est ouverte à midi.

A l'ouverture de la séance, M. le président fait connaître que la place de secrétaire étant vacante par suite du décès de M. le professeur Thiernesse, le Bureau a chargé *ad interim* M. Rommelaere de la gestion des affaires du secrétariat.

— Après l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, le secrétaire fait l'analyse des communications et de la correspondance.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

L'Académie a reçu :

1<sup>o</sup> De M. le Ministre de l'Intérieur :

a). Le rapport, publié en allemand, que M. Koch a fait au nom de la commission allemande du choléra ;

b). Un exemplaire du rapport de M. Ad. Siret sur les travaux de la commission de la *Biographie nationale* belge, pendant l'année 1882-1883.

2<sup>o</sup> De M. le Ministre de la Justice :

a). Un exemplaire du résumé statistique de l'administration de la justice criminelle et civile, en Belgique, pendant la période de 1876 à 1880 ;

b). 40 cartes d'invitation à l'inauguration solennelle du Palais de justice à Bruxelles, qui a eu lieu le 15 octobre courant.

— Le Bureau a remercié MM. les Ministres de l'In-



térieur et de la Justice de leur gracieuse attention.

— Depuis la dernière séance, la mort est venue de nouveau éclaircir les rangs de l'Académie : MM. Delwart, membre honoraire et Thiernesse, secrétaire, tous les deux professeurs-directeurs émérites de l'École de médecine vétérinaire de l'État, sont décédés, le premier, le 6 octobre courant, à l'âge de 82 ans, à Cureghem ; le second, le 17 du même mois, âgé de 71 ans, à Ixelles.

Une députation, composée de MM. Crocq, Degive et Wehenkel, a été chargée de représenter la Compagnie aux funérailles de M. Delwart. Le dernier adieu a été dit, sur la tombe, par M. le président de l'Académie.

Conformément à la volonté formellement exprimée par M. Thiernesse, aucun discours n'a été prononcé à son enterrement ; mais le Bureau a délégué cinq membres : MM. Crocq, Pigeolet, De Roubaix, Gille et Wehenkel pour assister aux funérailles.

La Compagnie a fait une troisième perte en la personne de M. le docteur Willième, membre titulaire, décédé à Mons, le 13 octobre courant, dans la 56<sup>e</sup> année de son âge.

Le Bureau a chargé MM. Barella, Gallez et Van Bastelaer de rendre, au nom de l'Académie, les derniers devoirs à leur honoré collègue que la mort venait d'enlever prématurément.

M. Barella a prononcé sur la tombe le discours d'usage. Il en sera donné lecture, ainsi que de celui que M. Crocq a prononcé aux funérailles de M. Delwart, après le dépouillement de la correspondance.

— Des lettres de condoléance seront respectivement adressées, au nom de la Compagnie, aux familles des regrettés défunts.

— Sous la date du 22 septembre, M. le docteur Dutrieux annonce l'envoi à l'Académie, par l'intermédiaire du consul général de Belgique, au Caire, et le Ministère des Affaires étrangères, à Bruxelles, d'une note sur l'épidémie de choléra qu'il a eu l'occasion d'observer et d'étudier sur les points les plus infectés du Delta du Nil.

M. Deneffe annonce qu'il a reçu de M. Dutrieux le travail dont il s'agit et qu'il le fera parvenir au secrétariat. Le Bureau le renverra à l'examen d'une commission aussitôt qu'il lui aura été remis.

— En adressant quelques cartes d'entrée, M. Liagre, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, invite la Compagnie, au nom du corps savant dont il est l'organe, à assister à la séance publique annuelle de la classe des beaux-arts, qui aura lieu dimanche, 28 octobre, à 4 heure et demie, au Palais des Académies. — Remerciements.

— M. Janssens, membre titulaire, présente, au nom de l'auteur, M. le dr Martineau, à Paris, l'ouvrage publié sous le titre de : *Leçons sur les déformations vulvaires et annales*, etc., recueillies par M. Lormand, et, en son propre nom, un exemplaire du *Rapport sur les opérations du Bureau d'hygiène et sur la salubrité publique de la ville de Bruxelles pendant l'année 1882*.

— M. Wehenkel, membre titulaire, offre un exemplaire du rapport sur la phtisie pommelière, qu'il a traduit de l'allemand en collaboration de M. Siegen. Cet hommage est fait à l'Académie, de la part de l'auteur du rapport susdit, M. Lydtin, médecin vétérinaire principal du grand-duché de Bade.

— M. Méhu, correspondant à Paris, offre au nom de

l'auteur, M. Chicandard, pharmacien, une brochure sur la *fermentation panaire*.

— MM. P. Albrecht, à Bruxelles; E. Borek, à Saint-Louis; Th. Chandelon, à Liège; Chavée-Leroy, à Clermont-les-Fermes; H. Van Cleemputte, à Gand; le conseil d'administration de l'École et de l'Hôpital dentaires de Paris, et le comité du bureau d'hygiène de Lansing, font également hommage de publications dont les titres seront indiqués au Bulletin.

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont présentés.

— MM. Crocq et Barella donnent lecture des discours qu'ils ont respectivement prononcés aux funérailles de M. Delwart, membre honoraire, et de M. Willième, membre titulaire.

#### A. — DISCOURS DE M. CROCQ.

Messieurs, le collègue dont nous déplorons aujourd'hui la perte a été pendant une longue période de temps l'un des membres les plus distingués et les plus actifs de l'Académie royale de médecine, dont il faisait partie depuis plus de 40 ans.

Né à Rebecq, le 25 mai 1801, Louis-Valentin Delwart entra en 1820 à la célèbre École vétérinaire d'Alfort. Il en sortit en 1824 pour venir s'établir dans le lieu de sa naissance. Mais sa science et son talent lui réservaient d'autres destinées que de rester simple vétérinaire de campagne. Après la révolution qui, nous détachant du royaume des Pays-Bas, fonda notre indépendance, nous n'avions plus d'établissement national consacré à l'enseignement vétérinaire. C'était là une lacune qui ne pouvait tarder à être

comblée. C'est ce que comprirent quelques hommes dévoués, au nombre desquels se trouvait Delwart, et ils fondèrent l'école vétérinaire. La place de notre collègue y était marquée : les chaires de pathologie et de clinique lui furent dévolues.

Dès la première année de son existence, le 28 mars 1842, l'Académie se l'attacha en le nommant membre adjoint, catégorie aujourd'hui supprimée et intermédiaire entre les titulaires et les correspondants.

Le 14 novembre 1848, il fut élu membre titulaire et occupa cette position pendant à peu près 30 ans ; il fut promu, le 27 avril 1878, à l'honorariat, digne couronnement d'une carrière bien accomplie. Il fut toujours parmi les académiciens l'un des plus assidus ; rarement il manquait aux séances : il donnait l'exemple de l'exactitude et de l'activité. De nombreux rapports émanés de lui figurent dans le Bulletins de la Compagnie ; ils se distinguent à la fois par une science de bon aloi et un jugement solide.

Delwart est de plus auteur de nombreuses publications ; beaucoup d'articles dus à sa plume, figurent dans le *Journal vétérinaire et agricole de Belgique*, dans le *Répertoire* et dans les *Annales de médecine vétérinaire*. Il a publié également plusieurs ouvrages, parmi lesquels je citerai sa *Pathologie spéciale*, parue en 1837 ; le *Traité du carcinome du pied du cheval*, publié en 1843 ; un ouvrage sur la parturition des principales femelles domestiques, paru en 1839, et surtout son *Traité de médecine vétérinaire pratique*, publié en trois volumes, de 1850 à 1853. Dans le Bulletin de l'Académie, il fit paraître un mémoire sur les maladies des cavités nasales que l'on confond avec la morve, dont le but est de bien faire distinguer cette terrible maladie des affections cura-



bles, qui trop souvent ont été confondues avec elle.

Tous ces écrits, comme aussi l'enseignement de Delwart, portent le cachet d'un esprit sage, positif et éminemment pratique, doué de ce jugement sûr qui n'accompagne pas toujours la science et qui cependant est la qualité principale dans l'exercice des professions médicales.

L'activité de Delwart ne se manifesta pas seulement dans son professorat, dans ses écrits et dans ses travaux académiques; il trouvait encore du temps à donner à la vie publique : il siégea au Conseil communal d'Anderlecht et au Conseil provincial du Brabant.

Devant toute tombe ouverte, notre esprit se laisse aller aux regrets, et ceux-ci sont d'autant plus vifs, d'autant plus légitimes, d'autant plus généralement partagés que celui auquel ils s'adressent avait plus de valeur et s'était rendu plus utile à ses semblables. Si toutefois quelque chose peut alléger ces regrets, c'est la conviction que le défunt a complètement atteint le but de son existence, qu'il a accompli sa mission ici-bas et que sa vie a été bien remplie, fructueusement employée; ce témoignage, tous ceux qui ont connu le collègue que nous venons de perdre, le lui rendront.

Adieu Delwart, au nom de l'Académie royale de médecine, cher collègue, adieu !

— Après avoir lu le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Delwart, M. le président de l'Académie fait connaître qu'un grand nombre de membres se sont fait un devoir d'assister aux funérailles de M. Thiernesse, et, qu'à cette occasion il a reçu du fils du regretté secrétaire une lettre pour les remercier de cette marque d'estime donnée à son père vénéré.

## B. — DISCOURS DE M. BARELLA.

Messieurs, la mort, si imprévue, de M. le d<sup>r</sup> Willième, a douloureusement surpris tous ses collègues de l'Académie royale de médecine de Belgique.

C'est au nom de cette académie, que je prends la parole pour exprimer toute l'étendue de ses regrets.

L'éminent collègue, qui vient de nous être si brusquement enlevé, avait en effet les sympathies de tous : il était une des personifications les plus élevées du mérite médical ; mais surtout on honorait en lui un caractère énergiquement trempé, une âme virile.

Willième, Ferdinand Joseph, est né à Awenne, province de Luxembourg, le 25 novembre 1826.

Il était le septième et dernier enfant d'une famille de pauvres paysans. Dès son enfance, il eut à lutter pour se créer une place au soleil, mais, à cœur vaillant, il n'est rien d'impossible.

Son petit village n'avait pas d'école primaire permanente ; on se contentait d'envoyer les enfants à celle qui se tenait pendant les mois d'hiver ; l'été, le futur académicien menait paître les quelques vaches qui appartenaient à ses parents.

En 1842 (ceux-ci avaient quitté à cette époque le village natal pour aller habiter Bras, dans le canton de Saint-Hubert), l'instituteur de Willième, voyant ses bonnes dispositions et son ardent désir de s'instruire, engagea ses parents à faire tous les sacrifices en leur pouvoir pour l'envoyer suivre les cours normaux gratuits que l'évêché de Namur faisait donner aux instituteurs de la province, pendant les mois d'été. Ses bons parents se mirent à la gêne

pour suivre ces conseils. Il fut admis, après examen, dans le cours supérieur, et Willième eut assez de succès pour se trouver, après deux ans de ces cours d'été, au nombre des quelques élèves qui obtinrent un certificat de capacité pour l'enseignement primaire.

Depuis le mois d'octobre 1843 jusqu'en avril 1850, Willième remplit les humbles fonctions d'instituteur primaire dans une petite commune du canton de Paliseul. Pendant cette période de sa vie, poussé par le désir d'étendre ses connaissances et d'arriver à un poste dans l'enseignement moyen, il se mit à étudier le grec et le latin sous la direction d'un excellent prêtre, M. Coppine, ancien professeur de poésie, alors curé à Offagne, village situé à une demi-lieue de celui qu'il habitait.

En 1850, le directeur du collège communal de Tirlemont lui offrit une place de surveillant dans cet établissement, avec la perspective d'être nommé plus tard professeur de septième. Willième vit là un acheminement vers le but qu'il poursuivait; il accepta avec empressement. Malheureusement, ce protecteur mourut au mois d'août de la même année, pendant que Willième était en congé dans sa famille. Une lettre qu'il écrivit à son successeur fut mal comprise, et lorsqu'il se présenta à la rentrée des élèves pour reprendre son emploi, il avait été remplacé sans en être prévenu. Il se trouvait ainsi sur le pavé, sans autres ressources que son indomptable énergie et sa volonté ardente de parvenir.

Willième ne voulut pas retourner chez ses parents, afin de ne pas leur être à charge, l'hiver se passa à faire d'inutiles démarches pour obtenir une autre position.

Il se rendit alors à Louvain, où il connaissait un compagnon d'enfance, étudiant en théologie. Cet ami l'aida à se

procurer des leçons particulières. Willième se crut en état de vivre à Louvain, et, pour profiter de son séjour près d'une université, il demanda et obtint d'être inscrit pour les cours préparatoires au grade d'élève universitaire, annexés à la Faculté de philosophie. Entre temps, ses principales ressources avaient tari, mais le courageux étudiant parvint, à travers mille privations, à achever son année d'études, et le 23 septembre 1851, il passait à Bruxelles l'examen d'élève universitaire.

A la réouverture des cours, en octobre 1851, il se fit inscrire pour l'épreuve préparatoire à la candidature en sciences naturelles, avec l'intention de faire des études de médecine. Mais il se trouva, dès le mois de décembre, tellement dépourvu de moyens de faire face aux dépenses de première nécessité, qu'il se vit forcé de retourner chez ses parents.

Malgré tous les obstacles, Willième ne se découragea pas. Le vice-recteur de l'Université de Louvain ayant appris le motif qui le tenait éloigné des cours, s'efforça, avec la plus grande bienveillance, d'aplanir les obstacles qui se dressaient devant le vaillant élève. En mars 1852, il revenait à Louvain. A la session de Pâques, il se présentait pour l'épreuve préparatoire et il passait cet examen avec distinction. Dès ce moment, ses professeurs, connaissant sa position et toute sa bonne volonté, s'attachèrent à lui venir en aide.

Aux Pâques de 1853, il passait avec grande distinction la candidature en sciences naturelles, après une année de cours.

Au mois d'octobre de la même année, il fut nommé préparateur du cours d'anatomie; il remplit ces fonctions



jusqu'à la fin de 1856. A cette époque, il quitta ce poste : il avait concouru pour l'internat en chirurgie et il l'emportait sur ses compétiteurs.

Pendant la période de 1853 à 1857 Willième passa successivement tous ses examens de médecine avec la plus grande distinction. Il obtint la bourse de voyage du gouvernement et alla passer à Paris l'hiver de 1857 à 1858.

En juillet de cette année, il s'établit à Mons. Il y remplit les fonctions de médecin du Bureau de bienfaisance de 1865 à 1867 inclusivement.

L'épidémie de choléra de 1866 trouva notre regretté collègue, au premier rang, au poste du danger et de l'honneur. Il reçut la médaille civique de première classe.

En 1868, Willième publia son remarquable traité des *Dyspepsies*.

Cette œuvre magistrale obtint un grand retentissement non seulement dans les pays où la langue française est en vigueur, mais encore en Allemagne, en Angleterre et en Italie.

En 1870, pendant la guerre franco-allemande, attiré par le double culte de son art et de l'humanité, il se rendit à Metz pour y porter secours aux nombreuses victimes de cette guerre insensée. Il y organisa avec le docteur Niederkorn, de Luxembourg, l'ambulance de l'esplanade. La société française de secours aux blessés a offert au docteur Willième une croix de bronze, ainsi qu'un diplôme, en souvenir des soins qu'il avait prodigués aux blessés français. La société belge de la Croix rouge lui offrit également un diplôme. Bien modestes récompenses, il faut en convenir, pour tant d'abnégation et de sacrifices !

Les portes de l'Académie s'étaient ouvertes devant cet éminent confrère : il fut nommé membre correspondant, le

6 novembre 1869, et membre titulaire, le 28 octobre 1876. Il fit de nombreuses et intéressantes communications à ce corps savant, qui lui accordait une grande considération, la considération qui résulte de la science vraie, de l'honnêteté.

Chirurgien de l'hôpital civil de Mons, attaché à l'hospice des femmes aliénées, membre de la Commission médicale du Hainaut, médecin de l'École normale, Chevalier de l'ordre de Léopold, entouré de la confiance et de l'affection d'une clientèle choisie, Willième se vit à la tête d'une des plus belles positions médicales de notre pays. Cette position il l'avait conquise pied à pied, au prix d'une vie de labeur et d'honneur, au prix, aussi, hélas ! de sa santé.

Willième resta toute la vie dévoué à la religion qui avait consolé sa pauvreté dans les rudes jours de son enfance et de sa laborieuse jeunesse. Elle se confondait, du reste, dans son esprit avec les souvenirs du sol natal et les traits de ses protecteurs.

Après la tourmente, il était arrivé au port : sa ténacité, son énergie avaient obtenu raison de la fortune adverse ; il était heureux dans son foyer domestique ; époux tendrement aimé, père chéri, la vie ouvrait encore devant lui de riantes perspectives. Mais depuis longtemps l'intrépide lutteur portait dans son sein le germe de la maladie qui devait l'enlever à notre affection.

Cher et bien-aimé collègue, devant cette tombe qui va renfermer tant de trésors de science, de tendresse, de dévouement et d'honneur, reçois nos adieux ! Ton nom vénéré vivra éternellement dans nos cœurs ; tu nous as légué l'enseignement admirable de ta vie, nous en garderons le dépôt sacré.

Adieu, Willième, adieu !

## II. — RAPPORT, LECTURES ET DISCUSSIONS.

**1. RAPPORT de la commission qui a examiné la note de  
M. le dr PHILIPPART, sur un cas remarquable de choléra.  
— M. COUSOT, rapporteur.**

Messieurs, c'est encore notre vaillant confrère, M. le dr Philippart, de Tournai, qui nous a transmis une courte et intéressante communication dont nous devons, M. le professeur Lefebvre et moi, apprécier le mérite.

L'âge ne paraît refroidir en rien l'infatigable ardeur de ce généreux vétéran de notre art; on pourrait lui appliquer, en les modifiant, les vers célèbres du grand tragique :

« .... Chez les âmes bien nées,  
La valeur méconnaît le nombre des années. »

Il s'agit d'un « *cas de transmission du choléra asiatique par l'atmosphère* ».

L'observation, tracée du reste avec la netteté et l'exactitude qu'on doit attendre de notre vénéré confrère, est bien un cas de choléra, mortel en quelques heures, éclatant dans des conditions singulières. Le choléra indien sévissait à Stettin, nous arrivant par la voie du nord; nous étions au 8 décembre 1848; on n'avait signalé aucun cas dans le pays. La victime, une femme âgée, vivait assez retirée dans sa famille; elle n'avait eu aucune relation étrangère; elle était très bien portante lorsque l'affection mortelle l'atteignit.

C'est à propos de ce cas que M. Philippart semble, dans son titre même, accepter la contagion par le milieu atmosphérique de Stettin à Tournai !

S'il est question d'un cas de choléra indien, il faut bien admettre l'une des hypothèses suivantes : ou le choléra

asiatique peut naître sur place dans nos climats; ou le contagium, resté endormi pendant des années, peut se réveiller sous certaines conditions; ou enfin, comme le dit notre confrère, il peut se transmettre, par la voie de l'air, à des distances énormes.

Ne devrait-on pas plutôt admettre qu'il s'agit ici d'un cas de choléra nostras mortel? Cette affection est rare, à la vérité, surtout en hiver; mais on la rencontre, l'un de nous en a constaté l'existence.

Notre savant confrère du Hainaut attire notre attention sur une circonstance étrange: lorsque, deux mois plus tard, le fléau indien fit son apparition à Tournai, les quatre premiers cas signalés furent observés dans les maisons voisines de celle où la femme dont il est question avait succombé. Ce fait met une fois de plus en lumière l'influence des conditions locales sur le développement du contagé du choléra indien.

Nous retrouvons dans cette note les qualités qui distinguent notre vénéré confrère: sagacité, sens pratique, savoir profond, unis à une modestie et une méfiance de soi presque excessive; avec cela, un amour tout juvénile pour la science et pour notre laborieuse profession.

En conséquence, nous sommes d'avis qu'il y a lieu:

1<sup>o</sup> D'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer sa note aux archives;

2<sup>o</sup> De le recommander de nouveau à la Commission de présentation de candidats au titre de correspondant. Cette juste récompense irait réjouir sa verte et courageuse vieillesse et ferait honneur à la Compagnie.

— Ces conclusions sont adoptées.



**2. COMMUNICATION relative à l'appareil élytro-ptérygoïde de M. le dr CHASSAGNY, de Lyon ; par M. HUBERT, correspondant.**

Messieurs, la communication que je vais avoir l'honneur de vous faire a pour but d'attirer l'attention sur un nouveau procédé de tamponnement du vagin et de dilatation du col, récemment imaginé par M. Chassagny, de Lyon, et appelé, me paraît-il, à rendre, dans les cas les plus difficiles de la pratique obstétricale et gynécologique, les services les plus précieux.

L'appareil élytro-ptérygoïde se compose d'une vessie de porc et d'un petit spéculum à ailes.

La vessie, préparée par un procédé qui la rend à peu près inaltérable, est ramollie par une immersion de quelques minutes dans de l'eau tiède et enduite d'un corps gras ou de savon. Elle est placée entre les ailes du petit spéculum et introduite ainsi dans le vagin.

On la met alors en communication, au moyen d'un tube formant siphon, avec un réservoir d'eau, placé 70 centimètres plus haut. Du moment où cette communication est établie, la cavité de la vessie subit la pression d'une colonne d'eau égale à son diamètre multiplié par la hauteur de la chute d'eau ; en d'autres termes, chaque centimètre carré de surface supporte une pesée d'environ 70 grammes.

Sous l'influence de la pression, la vessie se ballonne, déplisse le vagin, le distend et tend à s'échapper du côté où elle rencontre le moins d'opposition : l'ouverture vulvaire. C'est à l'empêcher de fuir par là que sert le petit spéculum dont les ailes — que le développement de la vessie fait s'écarter — viennent prendre point d'appui sur l'entrée

du vagin sur les branches ischio-pubiennes et se mettre, pour ainsi dire, en travers de la porte.

La pression du liquide continuant, la vessie remplit bientôt tous les espaces libres, se moule dans toutes les anfractuosités, distend les culs-de-sac vaginaux, tiraille circulairement l'ouverture du col et bientôt y envoie un prolongement. Le liquide qui pénètre ainsi dans le col tend à le dilater uniformément dans toutes les directions.

On augmente ou on diminue la pression, à volonté, en élevant ou en abaissant le réservoir d'eau.

D'après son ingénieux inventeur, l'appareil élytro-ptérygoïde peut remplir les indications suivantes et être employé :

« 1° Pour préparer le travail à l'abri de toute hémorragie dans les cas de *placenta prævia* ;

» 2° Pour faire l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de dystocie probable ;

» 3° Pour faire l'avortement ou l'accouchement prématuré dans les cas de vomissements incoërcibles, ou de maladie compromettant la vie et aggravée par la grossesse ;

» 4° Pour activer ou provoquer le travail dans le cas d'éclampsie ;

» 5° Pour provoquer l'accouchement à la période ultime de maladies aiguës ou chroniques, faire accoucher les malades avant de mourir et remplacer ainsi ou l'opération césarienne ou l'accouchement forcé après la mort ;

» 6° Pour activer la dilatation dans l'accouchement naturel ;

» 7° Pour rouvrir l'utérus refermé sur tout ou partie du placenta après l'accouchement ;

» 8° Pour ouvrir l'utérus et permettre de faire le diag-

nostic d'affections *intra-utérines* et, en certains cas, en amener la guérison ;

» 9<sup>e</sup> Pour arrêter instantanément les hémorragies *ante partum* et *post partum*. »

Dans cette énumération M. Chassagny oublie de signaler les services que son appareil peut rendre dans l'avortement de 2 à 4 mois, et, d'après moi, ce ne sont pas les moins importants. Les complications les plus ordinaires de l'avortement sont l'hémorragie dépendant d'un décollement incomplet de l'œuf et la rétention du placenta. Pour surmonter les difficultés de la situation, pour parer à tous les accidents, quoi de plus ingénieux, de plus simple et de plus complet que l'appareil élytro-ptérygoïde? En se développant dans le vagin, il l'obture; en pénétrant dans la matrice, il remplace, par un œuf artificiel, l'œuf naturel trop tôt rompu; il appuie contre tous les vaisseaux qui donnent et il les bouche; il excite les contractions qui vont compléter le décollement du placenta et tarir définitivement l'écoulement de sang, et, enfin, il dilate suffisamment le col pour que le doigt ou des pinces puissent le traverser et extraire, au besoin, les derniers débris de l'arrière-faix. La conception nous paraît admirable et l'outil parfait.

Les indications que M. Chassagny attribue à son appareil — et que nous n'admettons pas toutes sans réserve — prêtent à des discussions très intéressantes, touchant aux questions les plus graves de l'obstétrique. L'Académie abordera cette discussion s'il lui convient. Pour le moment, je me bornerai à lui signaler trois faits d'ordre très différent et qui me paraissent offrir un réel intérêt.

Les deux premiers sont empruntés à l'inventeur de la méthode, le troisième m'est personnel.

« Madame F... est arrivée à la fin du huitième mois de sa troisième grossesse. Depuis deux mois elle a eu plusieurs hémorragies qui depuis quelque temps se rapprochent et deviennent de plus en plus fortes. Par le toucher vaginal on trouve le col entr'ouvert, permettant facilement l'introduction du doigt; il est très mou et paraît devoir être facilement dilatable; on constate à droite une substance molle, spongieuse, c'est le placenta inséré à peu près dans les deux tiers de sa circonférence.

» Certainement il n'y a pas péril en la demeure; mais M<sup>me</sup> F... habite la campagne, je suis éloigné de 4 kilomètres; il me suffit de lui dire que ses pertes doivent aller en augmentant et qu'au commencement du travail elles peuvent tout à coup prendre des proportions considérables, pour qu'elle soit prête à accepter tout ce qui pourra conjurer ce danger. »

« A 8 h. du matin, j'applique le double ballon; des douleurs excessivement vives et incessantes sont immédiatement provoquées; au bout d'une heure l'appareil est enlevé; il n'y a pas une goutte de sang, il n'y a point de caillots; la dilatation a acquis la dimension d'une pièce de 5 fr.; les ballons sont remis en place et retirés de nouveau au bout de 20 min., la dilatation est complète, je confirme mon diagnostic de présentation de la tête en première position; après la rupture de la poche des eaux, que je pratique immédiatement, elle descend et vient obturer l'orifice du col, les douleurs continuent, et 3/4 d'heure après, M<sup>me</sup> F... accouchait spontanément d'une fille parfaitement vivante pesant 2,700 gr. »

En résumé : voici donc une pluripare, arrivée à la fin du huitième mois, présentant un placenta prævia et que



l'appareil ptérygoïde délivre en deux heures, heureusement et sans perte de sang.

Deuxième fait.

« M. G... est arrivée presque au terme de sa douzième grossesse ; ses accouchements ont toujours été faciles et prompts. Depuis longtemps elle souffre d'un catarrhe pulmonaire chronique qui s'est considérablement aggravé pendant cette dernière grossesse ; depuis deux jours le dénouement se précipite ; les dernières ramifications bronchiques sont remplies par un mucus abondant, la respiration est anxieuse, difficile, accélérée, les lèvres sont cyanosées ; la peau est recouverte d'une sueur froide, visqueuse ; le poulx est petit misérable, presque imperceptible ; le regard est éteint ; la connaissance presque abolie : l'agonie commence, la malade vient d'être administrée. On entend parfaitement les bruits du cœur de l'enfant ; on perçoit ses mouvements actifs ; c'est de lui seul que je dois me préoccuper ; je me rappelle la peine que j'avais eue, dans une circonstance semblable, pour faire l'accouchement forcé après la mort, et la déception que j'avais éprouvée en amenant un enfant qui succomba après avoir donné quelques signes de vie ; mon parti est pris ; après avoir constaté que le col est déjà largement entr'ouvert, qu'il est très mou et très dilatable, j'introduis le double ballon. Il éveille instantanément des douleurs énergiques ; je m'oppose pendant près d'un quart d'heure à sa sortie, puis je le laisse expulser. Comme j'avais injecté une quantité considérable de liquide dans le ballon mince, je trouve la dilatation complète, je romps la poche des eaux, la tête s'engage et, trois douleurs suffisent, pour amener une petite fille parfaitement viable. »

« Mon but était atteint, mes espérances étaient large-

ment dépassées, car immédiatement après la sortie de l'enfant, il se produisit chez la mère une véritable résurrection, la respiration devint plus facile, les mucosités furent expulsées, la cyanose disparut, la peau reprit sa température normale. Malheureusement cette amélioration ne se soutint pas et deux jours après la malade succombait à un retour agressif de la maladie. »

Ces deux observations sont assurément fort remarquables et, dans les deux cas, aucune méthode que nous connaissions, n'eût agi ni plus vite ni mieux.

Le troisième fait, qui nous est personnel, est plus probant encore : l'appareil ptérygoïde a dilaté, non le col déjà effacé, ramolli et entrouvert d'une pluripare agonisante, mais il a ouvert le col dur et fermé d'une femme qui n'avait jamais conçu.

Au mois de mai dernier, une jeune femme d'Anvers est entrée dans le service de M. le professeur Michaux pour des métrorrhagies, presque incessantes, qui la tourmentent depuis trois ans. Le sujet est robuste, et, malgré les pertes continuelles, l'état général est resté bon. Mon vénéré maître me fait l'honneur de me demander d'examiner la malade avec lui. Le toucher et le spéculum ne nous apprennent rien sur les causes du mal : les organes intra-pelviens ont leur situation, leur forme et leur volume normaux.

Pourquoi les saignements? Y a-t-il état fongueux de la muqueuse ou un petit polype latent? Le diagnostic — et par conséquent un traitement rationnel — n'est possible qu'à la condition d'ouvrir, pour voir ou sentir ce qui se passe dans les profondeurs, un canal de femme qui n'a jamais conçu, étroit, rigide et fermé. J'essaie d'y introduire

un bâtonnet de laminaria de 3 millimètres d'épaisseur; il ne pénètre pas à un centimètre de profondeur.

La vessie franchira-t-elle ce détroit que la sonde utérine ne franchit pas? L'occasion de nous éclairer sur ce point était trop belle pour la laisser échapper. La patiente est couchée sur son lit; l'appareil élytro-ptérygoïde lui est appliqué, puis mis en communication avec un réservoir d'eau situé 70 centimètres plus haut. Aussitôt le robinet tourné, le niveau d'eau baisse dans le réservoir, pendant quelques instants, puis reste stationnaire; il ne s'est pas écoulé en tout un litre d'eau.

Au bout d'une heure, la malade accuse un sentiment de plénitude et de tension dans le bas-ventre, mais elle n'a éprouvé aucune douleur ou tranchée utérine. Une demi-heure plus tard, nous retirons l'appareil qui n'est plus qu'impatiemment toléré, et nous constatons, avec un peu de surprise, nous l'avouons, — et nous le faisons constater par les élèves présents — que le doigt peut parcourir maintenant, dans toute son étendue, le canal cervical qui tout à l'heure n'admettait pas une sonde fine. Nous plaçons dans le canal un bâtonnet de laminaria, gros comme le petit doigt; ce bâtonnet est laissé à demeure pendant 12 heures, puis retiré, et mon doigt peut explorer toute la cavité utérine et reconnaître qu'elle est vide.

Je cautérise au crayon de nitrate d'argent, la muqueuse cervicale, et, à partir de ce moment, les hémorragies ont cessé. Trois époques menstruelles sont passées depuis lors et n'ont rien présenté d'anormal.

Je m'arrête ici. Examiner tous les cas de gynécologie et d'obstétrique dans lesquels l'appareil élytro-ptérygoïde a été déjà avantageusement employé ou pourra l'être à l'ave-

nir, et discuter toutes les questions de doctrine que son emploi peut soulever, m'entraînerait beaucoup plus loin que je ne veux aller aujourd'hui.

Je me suis proposé uniquement, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire au début de cette communication, de vous signaler une nouveauté thérapeutique. Mérite-t-elle d'être mise à l'étude? Les trois faits que je vous ai rapportés me semblent prouver qu'elle est digne de fixer sérieusement l'attention des sociétés savantes et des praticiens. La parole est maintenant aux expériences et les faits nous diront bientôt sans doute si les espérances pratiques, que le nouvel appareil permet de concevoir, sont fondées.

**M. Hyernaux.** — Messieurs, après la lecture que nous venons d'entendre, je n'hésite pas à proclamer que le nouvel appareil de M. le dr Chassagny, de Lyon, est une véritable merveille dans l'art obstétrical, s'il répond à toutes les indications formulées dans le travail de l'auteur. M. Hubert nous a énuméré ces indications, et, comme vous l'avez sans doute constaté, elles visent des cas aussi importants que nombreux et fréquents. Il en est une que je rappellerai, parce qu'elle n'est pas la moins intéressante et qu'elle a été omise par notre savant collègue, celle relative aux myômes utérins, qui seraient susceptibles de guérison sous l'influence de l'élytro-ptérygoïde, agissant, d'après l'accoucheur Lyonnais, à l'instar, si pas mieux, des injections hypodermiques et des suppositoires d'ergotine.

Voici le point de départ de M. Chassagny.

Quand on emprisonne, dit-il, une vessie de porc préalablement bien ramollie et humectée d'une substance onctueuse ou mucilagineuse, dans une cavité d'une capacité



moindre qu'elle, mais close de toutes parts, sauf en un point où il existerait une petite ouverture, et qu'on la développe ensuite soit avec de l'air, soit avec de l'eau, elle pénétre infailliblement dans cette ouverture, si étroite que soit celle-ci.

Pour l'appliquer au vagin et la voir s'insinuer dans le col de la matrice, il ne fallait que trouver un obturateur qui empêchât la vessie de s'échapper par la vulve. M. Chassagny a résolu le problème, croit-il, en confectionnant une sorte de spéculum à ailes, qu'on vous a mis sous les yeux.

Déjà l'honorable M. Hubert m'avait fait connaître le cas intéressant qu'il vient de communiquer à l'Académie; à part moi, je l'ai peut-être interprété d'une autre façon que notre savant collègue, mais dans mon enthousiasme pour tout ce qui est simple et bon, je me suis hâté de me procurer l'appareil auquel il attribue son succès.

*A priori*, j'admettais difficilement que la vessie pût pénétrer dans le col utérin quelles que fussent la forme et les dimensions de l'orifice; mais comme la théorie a souvent tort vis-à-vis des faits, j'ai interrogé ceux-ci, et si l'Académie veut bien m'accorder quelques minutes, je lui dirai ce qu'ils m'ont répondu.

Voici d'abord les expériences que j'ai faites avec des réceptacles inertes.

La première a consisté dans l'introduction et le gonflement de la vessie emprisonnée dans un filet à larges mailles. Confiant dans les assertions de M. le dr Chassagny, qui m'avait fait la gracieuseté de m'adresser sa brochure, je comptais voir des prolongements digitaux sortir des mailles du filet, tout comme il doit s'en produire un si la vessie s'insinue dans le col et puis dans la cavité de l'uté-

rus. Je vis la vessie se gonfler, le filet se tendre et à chacune de ses mailles il y eut bientôt une bosselure, dont l'ensemble représentait en petit, la soie du ballon Nadar, retenue par ses cordages. Quant à des projections digitales il n'y en avait aucune.

Dans une deuxième expérience, j'avais un sac en tissu très résistant, d'une capacité naturellement moindre que celle de la vessie, et que je plongeai dans un mucilage épais de graines de lin, précaution que j'ai prise dans tous mes essais. A l'un des coins du sac, j'avais laissé une ouverture à passer le doigt. J'opérai lentement l'injection vésicale; j'attendis, augmentant peu à peu la pression du liquide; le sac gonfla jusqu'à ses dernières limites, mais son ouverture ne donna issue à aucun prolongement.

Je replaçai ensuite la vessie dans une poche à ouverture centrale, c'est-à-dire au milieu du fond; elle n'y passa pas davantage.

Voulant éviter tout diverticulum, je fis construire un sac à extrémité allongée, dans laquelle je pouvais passer le doigt. J'espérais qu'ici la vessie suivrait, en se développant, la direction qui lui était indiquée par les parois du sac et qu'elle ne tarderait pas à en sortir. Encore une fois, je fus trompé dans mon attente; je ne réussis pas davantage en emprisonnant la vessie dans une bourse, façonnée à l'instar des anciens ridicules et dont l'ouverture était froncée à l'aide d'une corde élastique.

J'imaginai alors de fixer le sac par son ouverture sur un tronçon de bouteille, dont le goulot faisait une légère saillie dans sa cavité. Toujours même insuccès; la bouteille resta vide.

Je fis une dernière expérience, avec un large entonnoir

en verre. Après l'avoir plongé dans un mucilage épais de graine de lin, j'y logeai la vessie, laissant passer le tube, qui devait servir à la gonfler, à travers le centre d'une toile résistante qui en fermait hermétiquement la grande circonférence. Ici, comme dans mes essais précédents, j'attendis en vain la pénétration d'un prolongement de la vessie dans le bec de l'entonnoir.

Ces insuccès, dus peut-être à un vice dans ma façon de procéder, ne me découragèrent cependant pas, et j'espérais avoir plus de chance dans l'application de l'élytro-ptérygoïde sur des sujets où son emploi serait indiqué. Mais le vagin le retiendrait-il? Et le spéculum ailé serait-il un obturateur de ce canal, suffisant pour empêcher la vessie de s'en échapper? Voilà ce qui m'intriguait surtout, et je n'ai pas tardé à être édifié à ce sujet par treize applications dont voici le résumé.

*I<sup>er</sup> CAS : deux applications.* — Femme primipare, à terme de grossesse, périnée intact et résistant, col long, orifice externe entr'ouvert, travail lent, douleurs rares et insignifiantes. Le cas est évidemment très favorable et je mets tous mes soins à réussir. Je fais deux applications successives, les deux fois, l'appareil est expulsé des parties sous l'influence du ténesme qu'il provoque.

*II<sup>e</sup> CAS : deux applications.* — Femme primipare, exactement dans les mêmes conditions que la première; donne le même résultat négatif dans deux applications

*III<sup>e</sup> CAS : deux applications.* — Un confrère, accoucheur, lui aussi, me prie un matin de me rendre au plus vite chez lui; il me dit que sa dame est en travail d'enfantement; qu'habituellement les choses se passent avec la plus grande régularité, mais que cette fois il y a des complications qui

l'engagent à recourir à mon intervention. Voici la situation : quatrièmepare ; eaux écoulées depuis 48 heures, contractions nulles ou à peu près ; col épais, flottant dans le vagin, en forme d'entonnoir, l'orifice externe admet trois doigts juxtaposés, l'interne, dur et indilatable, ne se laisserait pas franchir. L'enfant se présente par le tronc ; il est vivant.

Il s'agissait de mettre cette femme dans les conditions à pouvoir s'accoucher le plus tôt possible. A cet effet, je fis part à mon confrère du moyen conseillé par M. Chassagny, pour hâter la dilatation du col. Sous ses yeux et avec son concours, je fis une première application de l'élytro-ptérygoïde ; à peine la vessie avait-elle acquis quelque dimension, que la femme est prise de ténesme et tout l'appareil est bientôt expulsé ; même résultat dans une seconde tentative.

IV<sup>e</sup> CAS : *deux applications*. — Huitièmepare, à terme, col mou et relativement long, contractions nulles ; présentation du sommet au détroit supérieur. Dans une première application, l'appareil tombe immédiatement ; dans une seconde, j'empêche le spéculum de sortir ; la vessie s'échappe en arrière, le long de la gouttière périnéale.

V<sup>e</sup> CAS : *une application*. — Ce cas est relatif à une femme qu'il s'agit d'accoucher prématurément, à cause d'un vice du bassin ; c'est une cinquièmepare, arrivée à 7 1/2 mois de grossesse ; le col est mou, admet un doigt dans toute son étendue ; le produit est mobile et occupe encore, par la partie qui se présente, le grand bassin.

L'appareil du d<sup>r</sup> Chassagny trouvait encore ici son indication, d'autant plus que de tous les procédés conseillés pour provoquer l'accouchement avant terme, c'est bien assurément le plus inoffensif et celui qu'il faudrait peut-être



employer, à l'exclusion des autres, s'il était efficace. Je fus donc heureux d'avoir l'occasion de l'essayer dans ce cas; mais encore une fois, sous l'influence du ténésme qu'il occasionne, l'instrument glisse rapidement au dehors. J'ai jugé inutile de le réappliquer.

VI<sup>e</sup> CAS : *une application*. — Primipare à terme, périnée résistant, vulve et vagin étroits, col saillant, bords minces, circonférence dilatable, admet un doigt, on sent la poche d'eau, contractions nulles. Appareil parfaitement mis en place, mais non sans quelque difficulté d'introduction, à cause de l'étroitesse des parties. A peine trois quarts de pinte de liquide ont-ils pénétré dans la vessie, que le spéculum descend peu à peu et le tout sort bientôt précipitamment.

VII<sup>e</sup> CAS : *deux applications*. — Un de nos collègues, ici présent, me fait demander d'aller au plus vite chez la femme de son cocher laquelle, arrivée dans la dernière quinzaine de sa seconde grossesse, est prise d'hémorragie par suite de *placenta prævia*. Le col utérin est long, épais, admet deux doigts juxtaposés; on sent la tête fœtale au détroit supérieur.

Bien que, jusqu'à preuve du contraire, je considère dans les cas semblables l'appareil de M. Chassagny comme plus nuisible qu'utile, au point de vue de l'enfant surtout, je n'hésitai pas, pour mon édification, à y recourir, quitte à m'adresser à des moyens immédiats et plus expéditifs, si les circonstances exigeaient une prompte intervention. Dans une première application, quoique parfaitement placé en pleine excavation, l'appareil est immédiatement expulsé. Dans une seconde application j'ai retenu du doigt l'appareil : la vessie s'est échappée rapidement sur les parties antéro-latérales du conduit vaginal.

VIII<sup>e</sup> CAS : *une application*. — Il y a quinze jours M. le d<sup>r</sup> D... m'appelait chez une de ses clientes qui avait avorté huit jours auparavant, étant alors dans sa sixième semaine de grossesse, et chez laquelle il y avait des signes d'infection, par suite de rétention et de décomposition de débris ovulaires. Vulve et vagin extrêmement étroits, périnée intact et résistant, col long, admettant le médius dans toute son étendue ; la pulpe de l'index est serrée dans l'orifice interne.

Ce cas spécial rentre encore dans les indications de l'élytro-ptérygoïde, et mon confrère et moi eussions été bien heureux si, grâce à cet instrument, nous avions pu rapidement obtenir une dilatation du col utérin qui nous eut permis d'enlever de la cavité de la matrice les produits morbides qui menaçaient les jours de notre malade. Nous y eûmes donc recours. L'introduction un peu difficile et même douloureuse, en raison de l'étroitesse des organes fût néanmoins correcte. Malgré cette condition favorable au maintien de l'appareil, celui-ci tendit à descendre et son extrémité apparut bientôt à l'orifice vulvaire ; je l'y retins et la vessie glissa au dehors par les parties antéro-latérales.

Voilà, Messieurs, les expériences et les applications que j'ai faites de l'instrument de M. Chassagny. Je n'entends rien discuter pour le moment, car, avec l'honorable M. Hubert, je crois que nous devons attendre de nouveaux faits avant de nous prononcer définitivement ; nous devons surtout nous éclairer sur le point de savoir si ce nouvel appareil agit comme le prétend son auteur, par pénétration dans le col utérin ou simplement, ce qui me paraît assez probable, à la manière du tampon de Gariel, par exemple, ou de tout autre mode de tamponnement. Je ne demanderai

donc pas à l'Académie ce qu'elle pense de l'élytro-ptérygoïde et, quoique j'en aie dit, elle voudra bien me permettre de rester également dans une prudente réserve.

On m'objectera peut-être de n'avoir pas su manier convenablement l'appareil de l'accoucheur lyonnais. Je ne sais si, pour son application, il y a un secret que j'ignore ou s'il faut être doué d'une habileté que je ne possède pas; en tout cas, ce n'est pas là, tant s'en faut, ce qui ressort de la brochure qui en donne la description et en indique l'emploi; ce que je tiens à affirmer, c'est que j'ai mis tous mes soins à réussir, parce que, ainsi que je le disais en commençant le court exposé de mes essais, je considère l'appareil de M. Chassagny, comme une véritable merveille, comme la conception la plus heureuse, en matière d'obstétrique, s'il satisfaisait seulement à la moitié des nombreuses et si diverses indications signalées par son ingénieux inventeur.

**M. le Président.** — L'Académie entend-elle que la discussion de cette question ait lieu dans une prochaine séance?

**M. Boëns.** — Je demande que la discussion ait lieu.

**M. Thiry.** — Il n'y a pas d'éléments de discussion: nous sommes en présence de pures assertions.

**M. Boëns.** — Je demande à présenter quelques observations. Les expériences que M. Hyernaux vient de rapporter ne pouvaient donner d'autres résultats que ceux qu'il indique, parce qu'elles reposent sur un principe de physique que ni la médecine ni la clinique ne peuvent ébranler.

Chaque fois qu'on exerce une pression dans un sphéroïde à parois souples, au moyen d'un liquide ou d'un fluide quelconque, le contenant subit une pression excen-

trique uniforme qui tend à lui donner de plus en plus la forme d'une sphère. Si ce développement est empêché par des obstacles quelconques, le sphéroïde se moule sur eux et les brise, ou se dégage et s'échappe par les points qui ne lui offrent aucune résistance. Or, l'appareil de M. Chassagny, qui se trouve dans ces conditions au centre du vagin, ne peut que refouler en haut le col et le globe utérin sur lesquels il se moule; et, lorsque la pression atteint un certain degré d'énergie, il se dégage par la vulve, élastique et souple, où il ne rencontre pas la même résistance invincible que vers la matrice, quoi que fasse la main de l'accoucheur pour le maintenir dans la cavité vaginale.

Mais, messieurs, là n'est pas tout à fait la question.

Si l'appareil de M. Chassagny ne peut agir en s'insinuant dans le col utérin par un prolongement de son enveloppe, n'exerce-t-il pas dans le vagin une compression excentrique qui, par sensation réflexe, excite les contractions de l'utérus ainsi que des muscles de l'abdomen et du périnée? Ce qui ramènerait son action efficace à celle de tous les tampons volumineux qui titillent le col de la matrice, qui forment dans le vagin une masse à pression excentrique, et qui déterminent, par réaction, les contractions de la matrice?

Telles sont, messieurs, les observations que je désirais vous présenter.

**M. Hubert.** — Il est bien entendu que, si la discussion n'a pas lieu aujourd'hui, j'aurai la parole dans une prochaine séance.

— L'Académie décide que la discussion sera portée à l'ordre du jour d'une prochaine réunion.



**3. LE CHOLÉRA et les désinfectants, ou considérations sur les meilleurs moyens d'empêcher le développement et la propagation du choléra et des autres affections miasmatiques; par M. H. BOËNS, correspondant.**

I.

Au moment où je commençais à écrire cette note, le 5 août 1883, l'Égypte était en pleine épidémie cholérique et l'Académie de médecine de Paris discutait ces deux questions intéressantes :

D'où est venu ce fléau ?

Comment les pays qui sont en rapport avec cette contrée pourront-ils se prémunir contre la contagion ?

Comme je ne partage nullement les opinions qui ont été émises à ce propos par la majorité des académiciens français, malgré les protestations de M. Jules Guérin, dont la manière de voir a été l'objet d'une réprobation plus unanime que bienveillante, je vais me permettre, à mon tour, de traiter sommairement ce sujet devant vous.

1. — D'OÙ EST PROVENU LE CHOLÉRA D'ÉGYPTE.

Reconnaissons d'abord que de semblables questions reçoivent difficilement une réponse mathématique : c'est à tel jour et telle heure qu'on a importé la maladie; ou bien : c'est dans telle localité qu'elle s'est manifestée spontanément. Comme l'a parfaitement dit M. Jules Guérin, on peut avoir sur ce point des opinions, mais pas de certitudes.

Malheureusement, dans le fait qui nous occupe, des considérations étrangères à la science sont intervenues pour compliquer la question et passionner les esprits. Les affaires politiques de ces derniers temps ont aigri les fran-

çais et réveillé les animosités sourdes qui règnent depuis des siècles entre deux nations rivales et peu sympathiques l'une à l'autre, la France et l'Angleterre. A tort ou à raison, mais sans preuves décisives, les contagionistes qui inspirent les journaux de Paris ont accusé les anglais d'avoir laissé introduire en Egypte le choléra asiatique pendant où après le cours de la guerre de 1882-1883.

Ce n'est pas ce que croit M. Jules Guérin, et je suis complètement de son avis à cet égard.

Le docteur Hunter, de Londres, qui n'a pas attendu pour se rendre en Egypte que le choléra eût cessé d'y sévir avec violence (1), et M. De Castro, médecin à Alexandrie, pensent que l'épidémie n'a pas été importée, qu'elle s'est produite spontanément, d'emblée, sous l'influence des conditions atmosphériques et des circonstances locales dans lesquelles se trouvait le pays.

(1) Tandis que M. Hunter filait comme une flèche de Londres à Alexandrie, M. Pasteur demandait et obtenait une allocation nouvelle de 50,000 francs, écrivait à M. Gladstone et faisait de si nombreux et si longs préparatifs qu'il pouvait espérer que sa commission atteindrait l'Egypte lorsque la maladie et le danger auraient en grande partie disparu. Voici comment s'exprime, à ce sujet la *Revue médicale* de Paris, 25 Août, page 271 : « Obsédé par le microbe de M. Pasteur, microbe qu'il voit partout avec les yeux de la foi, et qu'il combat avant même de l'avoir aperçu, M. Bouley avait déclaré qu'il admettait l'immunité créée par le cuivre contre le choléra, parce que le cuivre était un antiseptique très énergique, capable (plusieurs faits expérimentaux l'attestaient) d'entraver la pullulation des microbes. M. Bouley avait ajouté que sur ses conseils, un jeune vétérinaire, appartenant à la mission Pasteur envoyée en Egypte, s'était avant le départ, fortement imprégné de cuivre et « blindé » contre le fléau qu'il allait étudier ! Par parenthèse, nous annoncerons au lecteurs que M. Pasteur, devenu sans doute trop grand depuis que nous lui faisons 50,000 livres de rentes (qu'il faudra continuer de payer après sa mort à M. Valéry-Radot, son gendre), M. Pasteur ne va plus en mission, il y envoie ses disciples, toujours avec notre argent... cela va sans dire. Ce n'est plus l'Académie qui propose et le gouvernement qui accorde les missions ; M. Pasteur à lui seul remplace les académies et le gouvernement.

« Voilà comment il y a une mission Pasteur, chargée d'étudier le microbe du choléra en Egypte, mission à laquelle il ne manque que M. Pasteur. »

(Dr E<sup>d</sup>. FOURNIÉ.)

Ces conditions et ces circonstances on les connaît; je les ai résumées dans un travail, publié le 30 juillet 1883, en ces quelques mots : « les privations, la misère, les impressions morales, l'accumulation des blessés, la multitude des cadavres d'hommes et d'animaux abandonnés sur le sol et la concentration de grandes masses de population, résultant de la guerre, d'une part; les chaleurs humides et orageuses de la saison, la malpropreté et l'incurie des Arabes, de l'autre; telles sont les causes accidentelles qui, en 1883, dans la Basse-Egypte et au Caire, ont pu donner naissance au poison cholérigène, sans aucune importation de l'Inde, de même que des causes analogues, en 1870, ont occasionné la fameuse épidémie variolique de Paris, qui a fait le tour d'une partie de l'Europe à la suite des armées étrangères, des émigrants et de la vaccination jennérienne. »

A propos du choléra, comme à propos de beaucoup d'autres affections contagieuses par miasmes ou effluves, M. le d<sup>r</sup> Pelletan le rappelait encore naguère dans son *Journal de micrographie*, les médecins se partagent en deux camps.

Il y a les *mystiques*, comme M. Pasteur, qui prétendent que tous les germes de ces maladies sont sortis de la boîte de Pandore ou de l'arche de Noé, d'où ils se seraient propagés indéfiniment jusqu'à nos jours d'un lieu à un autre, se multipliant sans cesse, sans jamais s'anéantir. Pour ces savants-là, le choléra a élu domicile dans l'Inde; mais à certaines époques, il entreprend un voyage de circumnavigation en Europe et en Afrique.

Il y a, en outre, les *positivistes* comme M. Jules Guérin et autres savants observateurs, qui admettent que dans tous pays chauds, sous diverses conditions permanentes ou pas-

sagères d'insalubrité faciles à déterminer, le poison cholérique, gaz, miasme, microbe, virus, poison, peut se développer comme se développent spontanément, un peu partout, tant de matières nuisibles et contagieuses de cette espèce, pour se répandre ensuite au loin, par l'air ou par les objets spongieux, à la façon des émanations infectieuses qui se créent dans les égouts, les cimetières ou les charniers mal entretenus, et qui vont se jeter sur les localités du voisinage, qu'elles empoisonnent directement et dans lesquelles elles se multiplient, comme des ferments, lorsqu'elles rencontrent des foyers propices à leur évolution.

Il est inutile, croyons-nous, de dire auquel de ces deux groupes de savants nous appartenons.

A l'appui de ces réflexions, nous pouvons citer un remarquable rapport qui a été rédigé par deux magistrats hollandais, lesquels, en se basant sur des observations et des faits parfaitement établis ont abouti aux conclusions suivantes :

« 1° Le typhus bovin règne en Egypte depuis le commencement de 1883; il a enlevé beaucoup de bestiaux, dont les cadavres ont été dépouillés de leur peau, mais n'ont pas été enterrés.

» 2° Le choléra a suivi de près le typhus bovin; il a éclaté d'abord aux environs de Damiette, dès le mois de mars, et a été occasionné probablement par les détritits en putréfaction qui gisaient le long des canaux.

» 3° Le choléra a gagné successivement les localités les plus malsaines et les plus éprouvées par le typhus bovin, dont les victimes constituaient de vastes foyers d'infection, grâce à l'incurie des Arabes et des autorités égyptiennes.

» 4° Il a fallu l'arrivée des médecins anglais et le con-



cours de quelques médecins égyptiens pour mettre fin à cet état de choses. On a procédé à l'enfouissement des cadavres de bœufs, abandonnés en plein air sur les bords des canaux, dans les villages de la Basse-Égypte. La crue du Nil a fait le reste de cette besogne hygiénique : tous les détritus furent emportés par le fleuve et rejetés à la mer. »

Ces documents authentiques ont mis à néant les présomptions formulées par les académiciens français, au sujet du choléra d'Égypte, qui est certainement né sur place quoi qu'en disent les contagionistes, qui ne veulent reconnaître à cette affection d'autre source initiale que l'Inde.

Ce fait me paraît si nettement établi, que je n'insisterai pas sur les arguments et les observations que MM. Jules Guérin, de Piétra-Santa et autres savants hygiénistes ont fait valoir en faveur de la manière de voir des d<sup>rs</sup> Hunter et de Castro. Je me bornerai à citer encore une réflexion fort juste de M. Jules Guérin, que le rédacteur en chef de la *Revue médicale*, de Paris, M. Ed. Fournié, rapporte en ces termes dans son numéro du 4 août :

« M. Guérin, précisant le fait et la date dont il avait parlé dans la dernière séance, rappelle que, lors de l'Exposition de 1867, alors que l'Europe presque entière était atteinte par le choléra, Paris a reçu de tous les points contaminés des visiteurs et des hôtes sans contracter la maladie ! Ce fait, dit-il, contredit d'une manière éclatante la doctrine fatale de l'importation. En voici un autre du même genre et non moins probant. Durant une partie de l'année 1873, la Belgique et la France furent exemptes de toute contamination cholérique, alors que l'Allemagne entière était infectée. Les communications incessantes par terre et par mer des contrées atteintes par la maladie, avec le reste du

monde, auraient dû transporter la maladie, par exemple de Vienne à Bruxelles et à Paris. Ces deux grands centres restèrent indemmes.

» Qu'a répondu à cela M. Fauvel ? Que le choléra perdait sa puissance en chemin de fer et la conservait dans les navires ! » (*Rev. méd.*, 4 août 1883.)

## 2. — COMMENT PEUT-ON EMPÊCHER LE DÉVELOPPEMENT ET LA PROPAGATION DU CHOLÉRA.

On a imaginé les quarantaines et les cordons sanitaires.

Voilà près de trente années que j'ai déclaré et que je prétends que ces moyens sont illusoires, inefficaces et dangereux.

*Illusoires*, parce que le germe cholérique passe facilement par-dessus la tête des cordons sanitaires, et qu'après une quarantaine, même de quarante jours, il peut n'avoir rien perdu de son activité.

*Inefficaces*, puisqu'ils sont illusoires.

*Dangereux*, parce qu'ils affolent et affament les populations malades, parce qu'ils augmentent l'intensité et la durée du fléau dans les foyers qui en sont atteints, en lui fournissant, par la démoralisation des masses et la concentration des malades, ses principaux aliments.

Beaucoup de savants distingués s'efforcent de faire triompher cette manière de voir ; je ne puis les citer tous, ici. Je rappellerai seulement que le dr Cuningham, cité par M. Jules Guérin, a montré que les épidémies cholériques débutent habituellement sur des centaines de points différents éloignés les uns des autres, sans aucune trace d'importation, parce que, comme le dit fort bien le vaillant anti-contagioniste de Paris : « la propagation du choléra est

subordonnée à des conditions préalables d'aptitude et de réceptivité qui expliquent à la fois l'impuissance des transports lointains et la stérilité si fréquente des contacts individuels. »

Avouons-le, le système des quarantaines et des cordons sanitaires est aujourd'hui très mollement défendu, même à l'Académie de médecine de Paris; « ce sont là, dit encore M. Jules Guérin, des institutions caduques qu'il faut supprimer et qui seront remplacées par des mesures plus sérieuses, plus sûres et plus salutaires ».

C'est aussi l'avis de M. le dr de Piétra-Santa et d'autres membres de la Société d'hygiène de Paris (1).

Dans un autre travail sur le *choléra de 1866* (2), j'ai particulièrement insisté sur la nécessité de traiter immédiatement, sur place, tous les cholériques, tant pour les guérir sûrement que pour diminuer les chances et les causes de propagation du fléau. Aujourd'hui, je m'attacherai exclusivement à développer ce principe de salubrité publique que pour enrayer la marche des épidémies de choléra, il faut s'efforcer de les anéantir sur place, en désinfectant au plus vite, et le plus complètement possible, les localités envahies, les habitations qui s'y trouvent et les sujets ainsi que les objets qui y séjournent ou qui en proviennent.

Examinons succinctement ces deux points.

(1) A propos des quarantaines et des cordons sanitaires le *Journal d'Hygiène* du 23 Août publie cette énergique protestation.

« Eh bien ! il faut avoir le courage de le dire, ce ne sont plus là des précautions sanitaires, c'est de la barbarie digne d'un autre âge. Si les populations méditerranéennes sont affolées par la peur, un gouvernement intelligent et fort ne doit ni respecter, ni surtout encourager, de pareils sentiments de pussillanimité. » (Dr DE PIÉTRA SANTA).

(2) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, séance du 28 septembre 1866.

a.) **Désinfection des localités.**

Quelles que soient les idées qui aient cours aujourd'hui dans la science sur la nature du choléra, qu'on en attribue la cause à des gaz, à des vapeurs, à des composés atomiques quelconques ou à des organismes plus ou moins développés, tels que ceux qui se rencontrent dans les ferments et les virus; que ces germes naissent spontanément sur place ou tombent de n'importe quel ciel étranger sur un sol prédestiné, le fait pratique qui domine toutes ces considérations doctrinales, c'est que le choléra surgit et s'implante de préférence dans les *foyers d'infection* qui existent autour de nous.

Il en est de même, d'ailleurs, sous ce rapport de la variole, de la peste et du typhus.

Lorsque le d<sup>r</sup> Hunter est arrivé à Damiette, qu'a-t-il vu ?

Des tas de charognes exposées sur les rivages à l'action de l'air, du soleil et de l'eau, qui dégageaient une quantité de miasmes infiniment supérieure à celle que l'oxygène de l'air pouvait détruire. Le premier soin de ce praticien fut de faire enfouir tous ces débris, ces détrit<sup>us</sup> organiques et de rétablir ainsi l'équilibre entre les émanations qui s'élèvent continuellement du sol dans tous les temps et tous les lieux, et le pouvoir oxydant ou comburant de l'air, qui attaque, décompose, amalgame sans cesse ces émanations et les transforme en produits gazeux, liquides ou solides, inoffensifs pour l'homme et les animaux.

Anéantir les foyers d'infection, c'est ce que le d<sup>r</sup> Hunter s'est efforcé de réaliser, et c'est le but que doit se proposer l'hygiéniste, pour supprimer dans sa source et à son origine le germe même du choléra, partout où il se manifeste, soit spontanément, soit par importation.



L'expérience, ici, confirme de tous points la doctrine, ou plutôt la doctrine est exclusivement fondée sur l'expérience.

Je ne m'arrêterai pas à indiquer tous les procédés auxquels on peut avoir recours pour atteindre ce but. Le feu, la ventilation, les caustiques solides, liquides ou gazeux, tous les corps avides d'eau, d'oxygène, d'hydrogène ou de carbone, dont l'énumération seule fournirait un long chapitre, peuvent être utilisés tour à tour ou simultanément à cette fin, selon les circonstances et les particularités diverses qui se présentent.

Il serait à désirer toutefois qu'un bon traité classique de désinfection des localités tant urbaines que rurales, indiquant les propriétés et les applications de chaque espèce de désinfectant fût rédigé et mis à la portée de tout le monde, des administrations civiles et des particuliers.

On rendrait un service immense à la société en faisant connaître comment il est possible de parvenir à supprimer un grand nombre d'épidémies, ou du moins à en restreindre le développement d'une manière plus certaine et moins dangereuse qu'on ne le fait encore aujourd'hui, par des institutions caduques, surannées, telles que les quarantaines, les cordons sanitaires ou bien l'inoculation directe aux hommes et aux animaux de virus plus ou moins affaiblis, sous prétexte de rendre les inoculés inaccessibles aux atteintes ultérieures de ces mêmes virus !

**b.) Désinfection des habitations, des individus et des objets.**

Si toutes les nations civilisées s'entendaient pour éteindre, à leur apparition, les foyers épidémiques des diverses maladies contagieuses et transmissibles à distance, il n'y aurait

pas tant à s'inquiéter des dangers d'importation qui sont la conséquence des relations sociales de peuple à peuple. Mais nous sommes loin de voir la réalisation d'un semblable accord. Il faut donc que chaque pays se prémunisse contre tous les agents, individus ou objets, susceptibles de transporter d'un lieu à un autre le germe de ces maladies.

Nous avons vu que les cordons sanitaires et les quarantaines ne constituent pas des obstacles sérieux à la marche du choléra. Ce qu'on peut faire de mieux, c'est de renoncer à ces pratiques, indignes de notre civilisation, et de leur substituer la désinfection complète et rapide des navires, des wagons, des marchandises, des animaux et des passagers qui arrivent des endroits contaminés.

Cette mesure hygiénique, disais-je dans une lettre qui a été récemment publiée, est d'autant plus recommandable qu'elle est infaillible et d'une application quasi instantanée, grâce aux nombreux procédés de désinfection que la science possède aujourd'hui.

Je l'ai dit plus haut, je n'ai pas l'intention de faire ici la revue historique, ni le parallèle critique de ces procédés. Je me bornerai à donner, quant à présent, le résumé des conclusions auxquelles cette étude analytique m'a conduit.

Je ne parlerai nullement du soufre, de l'acide sulfureux, des composés de fer, de manganèse et de potasse, de l'acide phénique, ni de ces carbures d'hydrogène, de ces oxydes, acides, bases et sels innombrables, plus ou moins caustiques, qui, sous des formes physiques diverses, vont attaquer les matières organiques pour en modifier la nature, et les propriétés par conséquent.

Cependant je ne puis m'empêcher de protester, en passant, contre une série de procédés enfantins dus à l'imagi-

nation de M. Pasteur et qui ont été signalés d'écho en écho dans les journaux scientifiques et politiques de la France et de la Belgique. Ce n'est pas d'ailleurs, la première fois que je m'élève, dans mes écrits, contre les absurdités médicales et hygiéniques que formule de temps à autre le grand pensionnaire de la République française avec la plus indigne assurance.

« En temps de choléra, selon le chimiste Pasteur auquel les leçons de MM. Peter, Jaccoud, Fournié, Pelletan et Jules Guérin n'ont rien appris, il ne faut point faire usage des eaux potables de la localité, sans les avoir fait préalablement bouillir..... Cependant on peut les puiser pures à une source dans des vases *flambés*, c'est-à-dire dans des vases qu'on aura exposés pendant quelques minutes dans de l'air chauffé à plus de 150°...... On ne boira que du vin chauffé en bouteille, à 55° ou 60°, et pris dans des verres préalablement *flambés*..... On ne peut manger que des fruits bien lavés avec de l'eau qui aura bouilli et qui aura été conservée en vase clos ou transversée dans d'autres vases *flambés*..... Le pain sera coupé en tranches minces et porté ensuite à une température de 150°, pendant 20 minutes..... Les vases, les draps de lit, les linges de toilette, les mains, la figure seront lavés à l'eau qui a bouilli, additionnée d'acide phénique ou thymique.....

Voici le bouquet : « Dans le cas où l'on aurait à manier des cadavres ou des linges de cholériques, il y a lieu de se couvrir la bouche et les mains d'un petit masque métallique, rembourré d'ouate préalablement portée à une température de 150°. »

Nous ne dirons rien du chimiste qui a formulé de semblables niaiseries, puisqu'on est convenu de le considérer comme

un savant sans pareil, la gloire de la France ! Mais il y aurait lieu de plaindre les malheureux Français qui se conformeraient à ces instructions. Croyez-vous que si M. Thuillier avait eu plus confiance dans les principes si simples et si sages de l'hygiène professionnelle en temps de choléra, que dans la parole fascinatrice de son maître, il aurait été l'une des dernières victimes du choléra d'Égypte ? M. Pasteur a promis de faire l'éloge de son infortuné disciple. Ce sera pour lui une rude tâche, si dans son crâne de savant palpitent quelques sentiments humains (1).

(1) Je ne puis résister au désir de citer à ce propos un passage de la *Revue scientifique*, que le dr J. Pelletan a écrit en tête de son intéressant et instructif *Journal de micrographie*.

« A l'apparition de ces singulières instructions, la plupart des journaux politiques ont entonné un hymne à la gloire du maître, sans voir tout ce qu'a de pénible et de ridicule la position de ces pauvres médecins, obligés là-bas, de flamber leur cuiller après chaque cuillerée de soupe, de flamber leur fourchette après chaque bouchée, de manger des rôties de pain flambé, de boire de l'eau distillée dans des verres flambés, de s'infecter jour et nuit d'acide phénique ou thymique en se promenant par les rues avec une muselière en coton flambé.

» En vérité, il semblerait que le savant qui a écrit ces instructions à l'usage des *médecins* de la mission devrait être *flambé pour toujours*.

» Il faut bien avouer d'ailleurs que dans le monde scientifique, ce morceau a été accueilli par une stupéfaction profonde, ou par une douce gaité, non seulement en France mais encore à l'étranger. Voici, par exemple, ce qu'en dit un journal de Bruxelles très répandu, le *National belge*.

» Ce n'est plus dans les journaux de médecine, mais dans nos journaux politiques qu'il faut chercher les nouvelles et les remèdes, concernant le choléra. Nous avons dit qu'il était né en Égypte, qu'il y resterait et s'y éteindrait probablement. Ma foi ! les charlatans, diplômés et autres, pourraient bien en être pour leurs frais de réclame. Depuis que M. Pasteur et ses lieutenants ont fait connaître à l'univers qu'ils allaient se rendre à Alexandrie, le fléau a eu la malavisance de diminuer si rapidement, que ces savants auront la bonne fortune, sans doute, d'y arriver quand tout danger aura disparu.

» Il est vrai que si le dr Hunter, de Londres, s'est empressé de partir, muni d'une simple valise, dès l'apparition de la maladie, le chimiste Pasteur, plus circonspect, a pris son temps et ses mesures, tout à l'aise. Huit jours pour obtenir un subside de 50.000 fr. de la Chambre des Députés ; huit jours pour nommer ses coadjuteurs ; huit jours pour informer M. Gladstone ; huit jours pour rédiger ses instructions. Cela fait un mois de préparatifs, à grands renforts de publicité.

» En attendant que le *Voltaire* ou le *Figaro* viennent nous révéler



Passons sur ces tristes responsabilités et arrivons aux moyens de désinfection qui nous paraissent les plus sûrs, les plus pratiques et les plus faciles.

les découvertes nouvelles du grand pensionnaire de la République française, qui a été la coqueluche de l'empire, nous pouvons vivre sans trop d'inquiétude. Outre qu'il est plus que probable que le choléra ne quittera pas l'Égypte, nous avons pour nous prémunir contre ses atteintes les *instructions* spéciales de l'illustre chimiste. Les savants et les praticiens, les plus distingués par leur expérience et leur bon sens, nous avaient toujours dit que, pour éviter les épidémies, il suffisait d'assainir les localités et les habitations, de vivre sagement, sobrement, selon les règles de l'hygiène et de se soigner dès qu'on se sentait dérangé. Vlemineckx, le père de notre intrépide magistrat, n'avait-il pas l'habitude de dire : « a le choléra qui veut l'avoir. » M. Pasteur a changé tout cela.

» Le choléra est un microbe diabolique qui passe à travers tout, attaque le premier venu et tue tout le monde, excepté les rédacteurs du *Voltaire* et du *Figaro* qui se conforment aux recommandations que l'éminent chimiste a daigné leur communiquer et dont ils ont fait généreusement hommage à leurs abonnés.

» Écoutez donc et obéissez, grands de la terre et gens de peu ! Car je l'annonce et le proclame, au nom de la science nouvelle, l'*alchimie des microbes* : voulez-vous être certains, tous autant que vous êtes, de ne jamais devenir cholériques ? Faites *flamber* tout ce qui vous entoure, tout ce qui vous approche, tout ce que vous touchez, buvez et mangez ! Votre pain sera coupé en tranches minces, et tenu pendant 20 m. à une température de 150° ; une fois et demi la chaleur de l'eau bouillante ! Votre vin sera chauffé à 60° et pris dans des verres qui auront été exposés aussi à 150°.

» C'est le flambage universel. Tout sera passé au feu, ce grand purificateur des hommes et des choses, juste le temps nécessaire pour cuire les microbes et en faire une bouillabaisse anodine sans endommager les objets qui les recèlent. Attention ! voici le bouquet : quand vous approcherez d'un lieu où il y a des cholériques ou seulement des linges imprégnés de leurs... parfums, vous aurez soin de vous couvrir la bouche et les narines avec un masque métallique rembourré d'ouate, qui aura été préalablement flambé ou chauffé à 150° !

» Est-ce dans cet accoutrement que M. Pasteur, le chimiste, oserait se présenter au dr Hunter, en Égypte ? Il serait certain d'être accueilli par le praticien anglais, comme le *Voltaire* l'a été par MM. Jules Guérin, de Piétra-Santa, Jaccoud et Peter, lorsqu'ils eurent pris connaissance des *instructions* qu'il contenait.

» Est-ce à notre époque et de la ville la plus civilisée du globe, que de semblables insanités doivent surgir, au grand ébahissement de quiconque n'est pas digne d'aller peupler les champs de Gheel ou les cours de Charenton ?

» / près cela, quand on est chimiste, doté de 25,000 francs de gratification annuelle et de quelques centaines de mille francs de subsides, on a bien le droit de se moquer du public et de la science. » (*Journal de micrographie*, août 1885, p. 400.)

Un procédé, qui réunit au plus haut degré ces conditions et qui est applicable à tous les cas, est celui qu'on emploie quotidiennement dans nos prisons cellulaires.

Pour désinfecter complètement et rapidement, soit une cellule, soit les immenses vestibules, soit les dépendances et infirmeries des maisons d'arrêt et de détention, on emploie simplement les fumigations guytoniennes, qui s'obtiennent à l'aide d'acide sulfurique, de sel marin et de peroxyde de manganèse, substances d'un prix excessivement minime. Ce mode de destruction des germes épidémiques peut être mis en usage dans tous les endroits clos, susceptibles de contenir des matières en putréfaction.

Ce procédé doit être préféré aux irrigations d'acide phénique ou thymique, à l'aide desquelles M. Wehenkel, le nouveau directeur de l'École vétérinaire de Cureghem, s'efforce de procurer à l'administration de nos chemins de fer un moyen sûr, rapide et économique d'assainir les wagons qui ont servi aux transports des bestiaux.

En effet, le chlore, à l'état naissant, s'infiltré dans tous les interstices et les joints de ces véhicules, sans qu'il soit nécessaire de les retenir en stationnement dans une gare. Deux ou trois vases en terre, déposés sur le plancher, à l'abri des chocs, et transportés de wagon en wagon suffiraient pour désinfecter tout un train pendant sa marche. On n'a nul besoin d'appareils, ni d'agents particuliers pour appliquer ce procédé aussi efficace que peu dispendieux.

Nous ne considérons pas l'acide phénique comme un véritable désinfectant. Il est avide d'eau, mais il n'a pas comme le chlore la propriété de décomposer toutes les matières organiques mortes ou douées de vie, avec lesquelles on le met en contact. Le chlore est un véritable agent de

destruction pour ces matières, tandis que l'acide phénique, de même que tous ses congénères, les acides fixes ou volatils, n'est qu'un caustique, un cautérisant qui se neutralise facilement par l'absorption de l'humidité ou de l'eau qu'il rencontre dans les milieux où il se dégage.

Les fumigations guytoniennes peuvent suffire pour la désinfection de tous les endroits clos, ainsi que de tous les véhicules qui servent aux transports des marchandises, des animaux et des hommes.

Pourquoi ne pourrait-on aussi les appliquer à tous les navires en marche aussi bien qu'au repos dans les ports? Il ne serait bientôt plus question de cordons sanitaires, ni de quarantaines, si l'on désinfectait tous ces véhicules, wagons, bateaux, vaisseaux, comme nous désinfectons les cellules des prisonniers, si pas tous les jours, au moins très souvent.

En ce qui concerne les petits paquets, les fines étoffes et les vêtements de laine ou de drap, qui ne pourraient pas être soumis sans préjudice aux émanations du chlore, il faut recourir à l'armoire dont nous faisons aussi journellement usage dans nos prisons.

Après avoir placé convenablement les objets à désinfecter, on porte la température de l'air contenu dans l'armoire à 100° au moins, ou tout au plus à 110°. En fort peu de temps tous les miasmes organisés sont totalement détruits. Quant aux gaz ou vapeurs qui ne sont pas attaqués par l'oxygène chaud, ils seraient peu redoutables pour la santé et pourraient être expulsés facilement des étoffes par la simple exposition de ces dernières au grand air.

Il est toujours inutile, et il est souvent impossible sans détériorer les tissus, de porter la température de l'air

chaud à 150°, comme le recommande à tort M. Pasteur.

En résumé, supposons que le choléra règne dans une localité voisine, et qu'il soit question de nous en préserver. Voici ce que nous ferions. Au lieu d'avoir recours à des quarantaines, à des cordons sanitaires ou à des fantaisies de flambage comme celles dont il a été fait mention plus haut, nous exposerions pendant huit ou dix heures à l'action du chlore tous les navires et toutes les voitures qui arriveraient de l'endroit contaminé et nous soumettrions à l'action de l'air chaud les vêtements et les bagages des individus qui seraient ou auraient été malades durant leur voyage, ou qui auraient été en contact direct avec des cholériques.

M. Pasteur, ai-je dit, voudrait que l'air chaud fût porté à 150°; or, à cette température l'oxygène attaque et désagrège la plupart des tissus de nature organique. Nous rejetons donc cette recommandation, ainsi que toutes celles qu'il a publiées par l'organe des journaux politiques, le *Voltaire* et le *Figaro* (1).

(1) Ce travail était écrit lorsque les journaux français nous apportèrent successivement trois nouvelles étranges :

1<sup>o</sup> La mort de l'amiral Pierre, qui fut soumis aux rigueurs de la quarantaine officielle, dans des conditions hygiéniques telles, que, de l'aveu de tous les publicistes, les malades devaient y succomber et les sujets valides couraient risque d'y devenir malades et partant cholériques, sous l'influence des milieux atmosphériques dont ils avaient été pénétrés en Egypte.

2<sup>o</sup> La mort de M. Thuillier qui eut le malheur d'aller succomber au choléra égyptien au moment où l'épidémie, usée par défaut d'éléments putrides ou vaincue par l'hygiène, s'évanouissait complètement. Ce courageux jeune homme fut l'une des dernières victimes du fléau, martyr en même temps de la science et de sa foi. Inléodé à la doctrine de son maître, il avait confiance dans ces procédés de flambage qui ont excité tant de surprise et, disons-le, tant de stupéfaction dans le corps médical de tous les pays, y compris celui de la France elle-même, si dévouée à son grand chimiste ! Et sans doute qu'avant son départ avec la commission officielle qui a reçu le nom de commission-Pasteur, probablement parce que M. Pasteur s'était abstenu d'en faire partie, personne n'avait songé à lui dire qu'il n'y a de préservatifs réels contre le



Je ne pousserai pas plus loin les détails de cette étude. Notre collègue, M. Hambursin, dira peut-être encore que je ne vous apprends rien de neuf. Je n'ai nullement la prétention d'inventer quoi que ce soit, ni de rien créer dans le domaine de la science. Je me contente de défendre les saines idées, les sages procédés, les méthodes rationnelles contre les empiriques qui leur préfèrent de vieilles routines et les novateurs qui tentent de leur substituer des pratiques injustifiables, que le vulgaire peut trouver originales.

Ainsi, quoi qu'on en dise de notre temps, malgré les illusions des microbistes et les préjugés des anciens contagionistes, l'importante question de la prophylaxie du choléra se résoudra, selon moi, comme le prétend M. Jules Guérin, par la médecine préventive et les désinfectants, appliqués la première aux diarrhées prémonitoires, les autres ; aux localités, aux appartements, etc. Le feu, le soufre, le chlore, les acides, les oxydes, les bases, tous les corps simples et

choléra, que la désinfection méthodique des locaux, des objets et des détritux qu'ils peuvent contenir, le fonctionnement calme et régulier de l'organisme, sans excitation aucune de l'esprit et du corps, et le traitement immédiat de tout dérangement prémonitoire. Thuillier est mort pour avoir négligé les vrais préceptes classiques de prophylaxie et appliqué en leur place les rêveries d'un savant que l'adulation idolâtre de ses compatriotes a poussé au paroxysme de l'égoïsme scientifique.

3<sup>e</sup> La circulaire d'un Ministre français décrétant la *revaccination obligatoire* dans tous les lycées de France. Ainsi, dans un pays où l'on n'ose imposer la vaccination au nom de la loi à tous les citoyens indistinctement, on déclare la revaccination obligatoire par voie administrative, sans examen, sans contrôle, sur la simple demande de ces sociétés médicales qui croiraient manquer à la charité confraternelle et compromettre les intérêts de la corporation, si elles ne cherchaient pas à rendre obligatoire la plus riche source de ses revenus professionnels : la vaccination et la revaccination.

Voilà comment, en plein XIX<sup>e</sup> siècle, les autorités gouvernementales se permettent de résoudre les questions les plus délicates et les plus graves de l'hygiène publique, qui sont encore l'objet de controverses contradictoires, au lieu de se borner, en attendant, de mettre en pratique le seul procédé de prophylaxie certain, infaillible, indiscutable, qui dispenserait de recourir à tout autre : la désinfection complète, immédiate des localités, des maisons, des objets et des individus infectés ou suspectés d'infection.

leurs composés binaires, ternaires et autres serviront tour à tour, selon les cas et les circonstances, à la destruction des germes morbides sur place, à chacune de leurs apparitions.

Là est la sécurité pour les peuples, là sera l'avenir de la médecine prophylactique. Seulement qu'on ne pousse pas jusqu'à la fantaisie, jusqu'au ridicule, jusqu'à la monomanie, la méthode et les procédés de désinfection. Laissons M. Pasteur et ses disciples à leurs excentricités; restons dans les limites du bon sens et de la raison.

## II

Je comptais aborder, dans une seconde partie de ce travail, l'examen comparatif des diverses théories qui ont encore cours dans la science concernant l'origine et la transmission des maladies miasmatiques. Mais cette question ayant été traitée dans le Congrès de Berne, je me réserve de l'aborder lorsque je résumerai les travaux les plus remarquables de cette réunion. Pour le moment, je me borne à déclarer que, malgré le prestige qui s'attache aux doctrines médicales nouvellement imaginées par l'école microbique de Paris, cette école ne résistera pas longtemps à l'analyse, à l'observation et à la critique de l'esprit positiviste de notre temps. Elle repose, d'ailleurs, comme je l'ai démontré à Berne, sur une base radicalement fausse, insoutenable, dont la clinique a déjà fait justice. Ses décevantes hypothèses n'auront donc qu'un temps. Elles s'évanouiront, entraînant dans leur anéantissement la séculaire routine de Jenner qu'elles avaient paru, d'abord relever et consolider à jamais, mais qu'elles auront réussi seulement à compromettre et à ruiner avec elles. Alors, aussitôt qu'on

se sera rendu bien compte de l'action intime des virus, atténués ou non, sur l'organisation des hommes et des animaux, sains ou malades; lorsqu'on aura suivi les inoculés dans les diverses phases de leur existence, comme nous l'avons fait pour la vaccine humaine; lorsqu'on aura compté les dupes des inoculations dérisoires et les victimes des inoculations réelles; lorsqu'on saura tout ce que les manifestations morbides des vaccins de toute espèce ont causé de maladies, de prédispositions pathologiques, d'accidents et de morts prématurées; lorsqu'on sera bien convaincu, enfin, que les prétendues immunités, acquises par la vaccine et les autres inoculations, ne sont que des erreurs greffées sur une assertion controuvée du docteur Simon, de Londres, alors on rendra justice aux défenseurs de la vraie prophylaxie, aux partisans de la médecine préventive qui constituent la grande *Ligue* internationale des antivaccinateurs.

A la suite de la communication de M. Boëns, **M. Bonnewyn** obtient la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs, le travail que vient de nous lire notre honorable et savant collègue, M. Boëns, est intéressant à plus d'un titre. Je regrette vivement qu'un malentendu m'ait empêché d'en donner lecture à la dernière séance, alors que M. Boëns présidait le Congrès international de la Ligue universelle des antivaccinateurs, à Berne.

Pour ma part, je ne puis qu'appuyer, soutenir les idées qui viennent d'être émises.

Je désire, Messieurs, vous entretenir quelques instants aux sujet des désinfectants.

Pendant un grand nombre d'années, en ma qualité de

pharmacien des hôpitaux, j'ai désinfecté les salles des malades, au moyen de fumigations guytoniennes, et cela à la grande satisfaction des médecins et chirurgiens de ces établissements.

J'ai assisté aussi à l'autopsie d'un grand nombre de cadavres, qui étaient dans un état de décomposition très avancée, qui étaient même parfois inabordables. Que faisait-on, alors? On les plongeait dans une grande quantité de chlorure de chaux liquide; immédiatement les mauvaises odeurs du cadavre et du milieu ambiant étaient anéanties.

Il serait donc à désirer, comme le demande l'honorable M. Boëns, qu'on donnât une plus grande extension à l'emploi de ce précieux désinfectant, le seul bon, à mon avis, le seul pratique et auquel tous les autres devraient céder le pas.

Déjà, dans cette enceinte, en 1873, lors de la discussion sur le choléra, nous avons, notre honorable Président, M. Crocq, feu Laussedat et moi, placé au-dessus de tous les désinfectants, y compris le nauséabond *antiseptique* acide phénique, le chlore et les chlorures de chaux liquide et solide et nous en avons prôné les effets bienfaisants et bien marqués.

Il est bien à souhaiter, messieurs, dans l'intérêt de l'hygiène et de la santé publique, que ce précieux désinfectant gazeux retrouve la vogue qu'il avait autrefois. Il y a 40 à 45 ans, c'était le chlore et les chlorures de chaux qui étaient généralement employés; l'acide phénique n'était pas à la mode, à cette époque; chose remarquable, la mortalité était moins élevée alors que de nos jours.

Le chlore, que je considère comme le type des désinfectants, nous a toujours donné de bons résultats. Le chlore,



Messieurs, n'a-t-il pas la propriété, non seulement de modifier, de métamorphoser et de décomposer les éléments constitutifs des miasmes, mais même celle de les anéantir?

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que les dégagements *du chlore et des chlorures de chaux détruisent complètement le virus vaccin*, alors que *l'acide phénique le conserve*. L'on peut, ce me semble, déduire de ce fait que bien d'autres virus zymotiques et infectieux ne résistent pas non plus à l'action du chlore et des hypochlorites.

Cette action sur le virus vaccin est aussi une preuve de plus de l'incontestable propriété désinfectante du chlore et des chlorures de chaux.

D'après les savantes recherches de M. le d<sup>r</sup> John Dougalle (1), l'acide phénique serait un *antiputride* dangereux, et même plus nuisible qu'utile, pendant les épidémies de choléra, de typhus et de variole.

Je n'hésite donc pas à proclamer que l'emploi de l'acide phénique *dans certains cas d'assainissement* doit être pros- crit, puisqu'il peut empêcher, par son action diamétralement opposée, les effets bienfaisants, incontestables et hygiéniques du chlore. L'acide phénique et le sulfate de fer ne font que fixer et masquer momentanément, mais sans les détruire, les virus miasmatiques et infectieux.

Il me semble que les hommes consciencieux et de bon sens devraient propager le plus possible l'emploi du chlore et de ses chlorures.

Le chlore, Messieurs, vous le savez, agit tout autrement que le sulfate de fer, l'acide phénique et le soufre. Ce dernier affaiblit la force de l'air. Ainsi, quand on brûle du soufre, il se forme de l'acide sulfureux au dépens du

(1) John Dougalle; *Journal de pharmacie d'Anvers*, 1873.

soufre et de l'oxygène de l'air ; tandis que le chlore, en se dégageant, ne se combinant pas directement à l'oxygène, détruit les miasmes et décompose les produits hydrogénés, tels que l'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré, carboné, etc. Le chlore, en se combinant à l'hydrogène, pour lequel il a une grande affinité, forme des produits nouveaux, dénués de propriétés infectieuses. « ..... L'affinité du chlore pour l'hydrogène, disent MM. Pelouze et Fremy, explique son action sur les miasmes et les substances corrompues et fétides ..... » (1).

En 1873, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du Département de la Seine, par l'organe d'une Commission spéciale, a déclaré que *le chlore et les chlorures de chaux sont les types des désinfectants chimiques* (2).

Mais, me dira-t-on, le chlore provoque la toux chez les phtisiques et peut compromettre plus ou moins leur santé. Les premiers dégagements de chlore irritent, à la vérité, quelquefois les voies respiratoires ; mais le chlore que ces malades respirent désinfecte leurs poumons et leurs bronches et leur procure ainsi un bien-être général.

Messieurs, je me suis assez étendu sur cette question. Je ne suis pas seul à désirer de voir l'emploi du chlore rendu plus général, particulièrement dans les salles de malades, dans les salles d'écoles, dans tous les locaux où il y a agglomération d'individus, en un mot, comme l'a très bien dit notre collègue M. Boëns, partout où l'assainissement est nécessaire.

Avant de finir, Messieurs, je vous ferai remarquer que, procédant de bonne foi, je n'ai rien avancé que ce qui est

(1) *Traité de chimie.*

(2) *Journal de pharmacie et de chimie.*

basé sur une expérience de plusieurs années, que ce qui est le résultat d'observations soigneusement recueillies et souvent répétées.

**M. Depaire.** — Je ne demande pas que la discussion soit ouverte sur la communication de M. Boëns; mais je ne veux pas laisser passer ce qui a été dit par cet honorable membre et par M. Bonnewyn, sans faire remarquer que l'un et l'autre établissent une confusion étrange entre le désinfectant et l'antiseptique. Il y a pourtant une différence radicale entre ceux-ci; d'une part, il y a le thymol et le phénol, comme antiseptiques, et d'autre part, le chlore, comme désinfectant. Le désinfectant n'est pas l'antiseptique, et l'antiseptique n'est pas le désinfectant. Le chlore n'est pas un antiseptique, de même que le thymol et le phénol ne sont pas des désinfectants; au contraire, eu égard à l'effet désagréable qu'ils produisent sur l'organe olfactif, on devrait plutôt dire qu'ils sont des infectants.

Les honorables membres, qui viennent de prendre la parole, mettent en parallèle le chlore et l'acide phénique; or, on ne peut établir de parallèle entre des choses dissemblables; les deux agents dont il s'agit produisent des effets tout à fait différents.

Telle est la seule observation que j'avais à faire pour le moment.

**M. Craninx.** — Il s'agit, messieurs, d'établir quel est celui de ces deux produits auquel il faut, dans les épidémies, donner la préférence; c'est là la question la plus importante à résoudre.

Je propose donc de porter la discussion de cette question à l'ordre du jour d'une prochaine séance.

— Cette proposition est adoptée.

III. — NOMINATION DES PRÉSIDENTS ET DES SECRÉTAIRES  
DES SECTIONS POUR L'ANNÉE 1884.

M. le président fait connaître que le dépouillement des procès-verbaux des réunions que les sections ont respectivement tenues, avant l'ouverture de la séance de l'Académie, a fait constater qu'elles ont nommé :

La 1<sup>re</sup>, M. Masius, président, et M. Van Bambeke, secrétaire ;

La 2<sup>e</sup>, M. Pigeolet, président, et M. Willems, secrétaire ;

La 3<sup>e</sup>, M. Wasseige, président, et M. Deneffe, secrétaire ;

La 4<sup>e</sup>, M. Bellefroid, président, et M. Kuborn, secrétaire ;

La 5<sup>e</sup>, M. Depaire, président, et M. Gille, secrétaire ;

La 6<sup>e</sup>, M. Wehenkel, président, et M. Hugues, secrétaire.

IV. — COMITÉ SECRET.

A une heure trois quarts, la Compagnie entre en comité secret et s'occupe d'abord d'une question d'ordre intérieur.

Elle procède ensuite aux élections du président et des vice-présidents de l'Académie pour l'année 1884.

33 membres prennent part au scrutin ouvert pour la présidence. M. Craninx, ayant obtenu 29 voix, est proclamé président.

Le scrutin, ouvert pour la première vice-présidence et auquel le même nombre de votants prend part, donne aussi 29 suffrages à M. Cousot. Il est proclamé premier vice-président.

La Compagnie procède ensuite à la nomination du second vice-président.

Le nombre des membres qui prennent part au scrutin est le même que pour les deux élections précédentes.



Aucun membre n'ayant réuni les deux tiers des voix, majorité requise par le règlement pour être élu, un nouveau scrutin aura lieu dans la prochaine réunion de l'Académie.

— La séance est levée à 2 heures et un quart.

### OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ALBRECHT (P.). Sur les quatre os intermaxillaires, le bec-de-lièvre et la valeur morphologique des dents incisives supérieures de l'homme. Bruxelles, 1883; 8°.
- Sur le crâne remarquable d'une idiote de 21 ans, avec des observations sur le basiotique, le squamosal, le quadratum, le quadrato-jugal, le jugal, le postfrontal postérieur et le postfrontal antérieur de l'homme. Bruxelles, 1883; 8°.
- BORCK (E.). Diagnosis of ovarian tumors. — Method of operating. Saint-Louis, 1883; 8°.
- CHANDELON (T.). Ueber die durch Einwirkung alkalischer Hypochlorite auf Phenol gebildeten Chlorphenole. Berlin, 1883; 8°.
- CHAVÉE-LEROY. Lettre sur les théories microbiques. Laon, 1883; 4°.
- CHICANDARD (G.). La fermentation panaire. Paris, 1883; 4°.
- ÉCOLE ET HÔPITAL DENTAIRE LIBRES DE PARIS. — 4<sup>e</sup> circulaire annuelle. Année scolaire 1883-1884. Paris, 1883; 8°.
- JANSSENS (E.). Rapport sur les opérations du Bureau d'hygiène et sur la salubrité publique de la ville de Bruxelles, pendant l'année 1882. Bruxelles, 1883; 8°.
- KOCH. — Bericht der deutschen Cholera-Kommission. 1883; 4°.
- LYDTIN. De la phtisie pommelière; traduit de l'allemand, par Wehenkel et Siegen. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- MARTINEAU (L.). Leçons sur les déformations vulvaires et anales produites par la masturbation, le saphisme, la défloration et la sodomie; recueillies par Lormand. Paris, 1884; vol. in-12.
- MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — Administration de la justice criminelle et civile en Belgique. — Période de 1876 à 1880. — Résumé statistique. Bruxelles, 1883; vol. 4°.
- SIRET (A.). Rapport sur les travaux de la commission de la Biographie nationale, pendant l'année 1882-1883. Bruxelles, 1883; 8°.
- STATE BOARD OF HEALTH. — The work of health officers and of local boards of health. in Michigan, including duties under laws amended and passed in 1883. Lansing, 1883; 8°.
- VAN CLEEMPUTTE (H.). Épidémie de variole de 1882-1883, à Mont-Saint-Amand. Gand, 1883; 8°.
-

---

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROCQ.  
—



La séance est ouverte à midi.

— M. Boëns demande la parole à propos du procès-verbal de la dernière séance, qui a été imprimé et distribué.

« J'avais quitté la séance, dit-il, lorsque M. Depaire, à la suite de ma communication sur le choléra, a émis cette réflexion : que j'avais confondu les antiseptiques et les désinfectants; il a ajouté que le désinfectant n'est pas l'antiseptique et que l'antiseptique n'est pas le désinfectant. »

M. Boëns déclare qu'il ne veut pas empiéter sur la discussion qui doit s'ouvrir ultérieurement sur la proposition de M. Craninx, adoptée dans la dernière réunion; mais il croit devoir faire remarquer d'abord que le thymol et le phénol ne sont pas de véritables désinfectants. Il déclare ensuite que tous les antiseptiques et tous les désinfectants appartiennent au même ordre de groupe chimique et qu'il n'y a entre eux, non seulement au point de vue clinique mais même au point de vue chimique, que cette différence, savoir : que les antiseptiques sont des désinfectants au premier degré et que les désinfectants sont des antiseptiques à la seconde puissance.

M. Boëns fait une autre observation à propos du travail de M. Dutrieux sur le choléra d'Egypte, renvoyé, dans la précédente séance, à l'examen d'une commission.

Il fait remarquer qu'à l'Académie de médecine de Paris et dans les journaux scientifiques, il est question des rap-

ports des commissions qui se sont spécialement occupées du choléra d'Égypte; que l'on parle également du rapport de M. Dutrieux, qui est actuellement entre les mains du gouvernement égyptien et dont un court résumé a été adressé par l'auteur à M. le ministre des affaires étrangères de Belgique, pour être transmis à l'Académie.

M. Boëns annonce qu'il est chargé par M. Dutrieux de demander au bureau et à l'Académie l'autorisation de donner lecture d'une lettre de ce médecin, relative au choléra d'Égypte.

M. le président fait observer que ce dont M. Boëns vient de parler en dernier lieu ne se rapporte pas au procès-verbal et que, par conséquent, l'Académie n'a pas à s'occuper en ce moment de cette affaire. — La lettre de M. Dutrieux est renvoyée à la commission des épidémies.

— A la suite de ces observations, le procès-verbal est déclaré adopté.

— La parole est donnée à M. le secrétaire pour communiquer l'analyse des pièces reçues depuis la dernière réunion de la Compagnie.

#### I. — CORRESPONDANCE ET COMMUNICATIONS.

L'Académie a reçu :

1° De M. le ministre de l'intérieur :

a.) Sept exemplaires du *Recueil des lois et arrêtés sur la police sanitaire des animaux domestiques* ;

b.) Un exemplaire de l'ouvrage intitulé : *La santé du peuple* ; par M. Evrard ;

c.) Le tome I<sup>er</sup> des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, publiées en France, par ordre du ministre de la guerre ;

d.) Les livraisons 37 à 40 de l'ouvrage intitulé : *Bibliotheca belgica; bibliographie générale des Pays-Bas*, publié par M. Vander Haegen.

2° De M. le ministre de la justice, un exemplaire de *l'Introduction aux coutumes du Hainaut* et le tome II des *Coutumes du Bourg de Bruges*, travaux publiés par la commission royale des anciennes lois et ordonnances de la Belgique.

— Des remerciements ont été adressés par le bureau à MM. les ministres de l'intérieur et de la justice pour leur bienveillante attention.

— La mort vient encore de faire de nouvelles victimes parmi les membres et les correspondants de l'Académie :

Le 24 octobre dernier, est décédé à Rome, à l'âge de 81 ans, M. le dr François Cortese, membre honoraire de l'Académie, médecin-major-général dans l'armée d'Italie;

M. le dr J. Marion Sims, également membre honoraire, est mort subitement, à New York, le 13 novembre courant, dans sa 70<sup>e</sup> année ;

Une lettre de faire part annonce que M. le dr Ragaine, correspondant, est décédé à Mortagne (France), le 9 novembre 1883, à l'âge de 70 ans.

— Des lettres de condoléance seront respectivement adressées, au nom de l'Académie, aux familles des regrettés défunts.

— M. le dr Bauwens, à Alost, soumet à l'Académie un travail manuscrit, intitulé : *De l'iode et de l'ergotine d'Yvon, dans le goitre, et surtout de l'injection parenchymateuse de ces substances*. — Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Borlée et Soupart.

— Deux exemplaires du travail de M. Dutrieux sur le



choléra d'Egypte, dont l'envoi a été annoncé à l'Académie dans sa précédente réunion, sont parvenus au bureau, qui les a renvoyés à l'examen de la commission des épidémies.

— MM. les questeurs du Sénat et de la Chambre des Représentants font parvenir des cartes permanentes d'entrée aux tribunes réservées de ces corps législatifs, pendant la session de 1883-1884. — Remerciements.

— M. De Roubaix, membre titulaire, offre, pour l'Académie, ses membres et ses correspondants, 90 exemplaires de sa brochure intitulée : *Quelques mots à propos du nouveau projet de loi sur l'enseignement supérieur*.

— M. le dr Burdel, correspondant à Vierzou, fait hommage de ses deux derniers travaux, publiés l'un sous le titre de : *La vigne et le vin*; l'autre, sous celui d'*Étude générale sur les eaux potables en Sologne*.

— M. le dr Firket, à Liège, offre trois exemplaires de son ouvrage intitulé : *Du but et de l'organisation des services d'autopsies*.

— M. le dr Merveille, secrétaire du Cercle médical liégeois, adresse, pour l'Académie et ses membres, 46 exemplaires d'un rapport qui a été présenté à cette société sur la *Réorganisation du stage pharmaceutique*.

— MM. Lefebvre, membre titulaire, et Debaisieux, correspondant, offrent le tome II de l'ouvrage intitulé : *Cours de médecine opératoire*, qu'ils viennent de publier.

— MM. Janssens et Wehenkel, membres titulaires M. Schiff, membre honoraire; M. Ingels, correspondant; P. Albrecht, à Bruxelles; N. Charles, à Liège; Chavée-Leroy, à Clermont-les-Fermes; J. Denis, à Marcinelle; L. Desguin, à Anvers; E. Duval, à Paris; A. Erlenmeyer, à Bendorff; F. Guermonprez, à Lille; A. Kayser, à Saint-

Josse-ten-Noode; Oidtmann, à Linnich; C. Pretenderis-Typaldos, à Athènes; Crawford, directeur général du département médical de l'armée, à Londres, et Troupin-Morren, secrétaire de la Société des éleveurs belges, à Liège, font hommage de publications dont les titres seront mentionnés aux § **OUVRAGES PRÉSENTÉS.**

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont offerts.

## II. — LECTURES.

### **1. NOTE sur l'emploi des appareils dits respirateurs dans le traitement des affections de poitrine, avec présentation d'un instrument; par M. MCCELLER, correspondant.**

M. le dr Graham Brown, d'Edimbourg, nous ayant prié de vous présenter, en son nom, un nouveau modèle de respirateur, dont il est l'inventeur, nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile d'émettre, à ce propos, quelques considérations relatives à l'emploi de ces appareils dans le traitement des maladies chroniques des voies respiratoires. Il faut reconnaître, en effet, que ces respirateurs sont, en général, appliqués assez empiriquement, soit par les malades, soit même par les médecins. Nous voudrions, en nous basant sur les données de l'expérimentation physiologique et clinique, tâcher de préciser les indications réelles de l'emploi de ces instruments.

### I

Les appareils, dits respirateurs, sont des espèces de masques qui se placent, soit devant la bouche seule, soit devant la bouche et le nez, et qui ont pour but de modifier

les propriétés physiques ou la composition chimique de l'air inspiré.

On peut classer les différents modèles connus en deux catégories : les uns, ayant un but exclusivement prophylactique ; les autres, pouvant être, en même temps, employés dans un but curatif.

*Première catégorie.* — Les respirateurs préservatifs sont composés d'un masque, fermé à sa partie antérieure par un ou plusieurs tamis métalliques, recouverts d'un morceau d'étoffe perméable à l'air. Ils ont tous à peu près la même forme et ne diffèrent guères entre eux que par le nombre de tamis et par le choix du métal dont ceux-ci sont faits. Quelques-uns sont, en outre, munis d'appendices en étoffe, permettant de recouvrir des parties plus étendues du visage, soit le nez, soit le menton, ce qui assure mieux l'occlusion de l'orifice buccal.

Ces respirateurs ont un double but : 1<sup>o</sup> élever la température de l'air inspiré, qui doit traverser les tamis métalliques chauffés par l'air expiré ; 2<sup>o</sup> arrêter, au passage, les corps étrangers, organiques ou inorganiques, suspendus dans l'air atmosphérique.

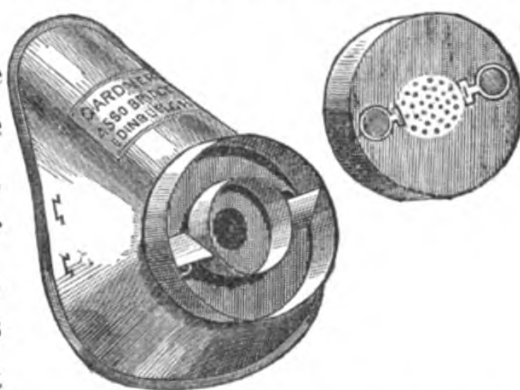
*Deuxième catégorie.* — Ces respirateurs ont également la forme de masques ; mais ils sont disposés de manière à placer devant la bouche et le nez des corps qui, tels que la ouate ou les éponges, peuvent être imbibés de liquide volatile, dont les émanations se mélangent à l'air inspiré et pénètrent, avec celui-ci, dans le tube respiratoire. Il y en a plusieurs modèles différents, tels sont ceux de Coghill, Robert, Curschmann, Hausmann, qui se composent uniquement de deux plaques trouées, entre lesquelles on a interposé de la ouate. Ces respirateurs offrent l'incon-

venient suivant : l'air expiré doit traverser la ouate en sortant des poumons et, par conséquent, cette ouate est contaminée par les produits de la respiration.

Pour parer à cet inconvénient, on a inventé des respirateurs à soupapes, laissant passer l'air inspiré à travers la ouate antiseptique et forçant l'air expiré à sortir par une autre voie. Tel est l'inhalateur de Mackenzie. Cet appareil a aussi son défaut : c'est que la ouate, imbibée du liquide parasiticide, reste à la température ambiante et qu'on ne tire pas parti de la chaleur de l'air expiré, soit pour élever la température de l'air inspiré, soit et surtout pour activer le dégagement des émanations médicamenteuses.

M. le d<sup>r</sup> Graham Brown a comblé cette lacune dans le respirateur qu'il a inventé et dont nous allons donner une courte description.

La partie antérieure de ce masque est terminée par une boîte circulaire, laquelle est divisée, par un anneau métallique, en deux compartiments concentriques, qui sont



complètement séparés lorsque le couvercle est en place. Le compartiment central reçoit une éponge ou un morceau de ouate; il ne laisse passer que l'air inspiré, car son orifice inférieur est muni d'une soupape, qui se ferme sous l'action du courant expiratoire (cette soupape n'a pu être figurée dans le dessin, parce qu'elle se trouve sur la face qui regarde le malade). Le compartiment périphérique ne peut recevoir que l'air expiré; mais, pour tirer parti du calorique de ce dernier, il est divisé en deux parties par de



petites cloisons, près de chacune desquelles se trouve un orifice permettant l'entrée de l'air expiré; celui-ci est forcé de parcourir les deux moitiés du compartiment périphérique, parce que l'orifice de sortie de l'air expiré ne se trouve pas directement en face de celui d'entrée.

Dans ces conditions et supposant l'appareil en place, voici ce qui se passe : l'air inspiré pénètre dans le compartiment central, traverse l'éponge qui s'y trouve et entre dans les voies respiratoires; l'air expiré passe, au contraire, dans le compartiment périphérique, qu'il parcourt en contournant le compartiment central et en abandonnant à celui-ci une partie de son calorique; d'où résultent un échauffement de l'air inspiré et un dégagement plus abondant des émanations médicamenteuses.

Un autre respirateur, qui s'écarte assez bien des précédents, est celui du *dr* Feldbausch, de Strasbourg. Cet appareil, auquel on a donné le nom d'inhalateur permanent nasal, fait en celluloïde, consiste en une paire de tubes ou de capsules qui restent fixés d'eux-mêmes dans les narines et contiennent une parcelle de papier absorbant ou de flanelle destinée à recevoir des liquides médicamenteux, tels que l'acide phénique, le baume du Pérou, le tolu, l'essence d'eucalyptus, de thérébentine, de genièvre, etc.

## II

Quelles sont les indications qui peuvent être remplies par ces différentes catégories de respirateurs? Elles sont au nombre de trois : 1<sup>o</sup> élever la température de l'air inspiré; 2<sup>o</sup> empêcher la pénétration de corps étrangers dans les canaux aériens; 3<sup>o</sup> faire arriver des émanations médicamen-

teuses dans le larynx, la trachée-artère, les bronches, les vésicules pulmonaires.

1<sup>o</sup> *Élever la température de l'air inspiré.* — C'est l'indication la plus recherchée par la plupart des personnes qui ont recours à ces appareils, et cependant c'est, à notre avis, la moins bien établie. Il règne, sous le rapport de l'influence du froid, de grands préjugés, provenant principalement des sensations de malaise que les basses températures occasionnent, mais qui ne sont pas nécessairement liées à des troubles organiques ou fonctionnels. Les inconvénients du contact de l'air froid avec les organes respiratoires sont loin d'être démontrés.

Il semble, *a priori*, que les choses doivent se passer pour la muqueuse aérienne, comme pour la peau, et que, dans l'un comme dans l'autre cas, le terme refroidissement doit être synonyme de catarrhe. Mais n'oublions pas que l'action du froid sur la peau peut être prolongée et ininterrompue, tandis que sur la muqueuse respiratoire elle est toujours courte et discontinue, chaque inspiration d'air froid étant suivie d'une expiration d'air échauffé. D'autre part, l'air inspiré, n'arrivant pas immédiatement jusque dans les alvéoles, doit s'échauffer au contact de la muqueuse bronchique. C'est ce que pressentait M. le d<sup>r</sup> Crocq, qui, déjà en 1857, élevait des doutes sur la possibilité d'une réfrigération des poumons. « Celle-ci, disait-il, ne pourrait » provenir que de l'influence de l'air froid arrivant à ces » organes. Or l'air inspiré, avant d'arriver aux bronches, » n'est-il pas déjà porté à la température du corps ? Est-il » encore froid ? Je crois que non, et aucune expérience n'a » jamais prouvé le contraire (1). »

(1) *Bulletin de l'Académie roy. de méd. de Belgique.* 1857.

Ces prévisions, toutes théoriques, ont été pleinement confirmées par les expériences de Heidenhain. Cet auteur, dans le cours de recherches sur l'étiologie de la pneumonie, fut amené à soumettre des animaux à la respiration d'un air porté à des températures extrêmes; il constata que l'air froid, pas plus que l'air chaud, ne peut déterminer le moindre trouble pathologique dans les organes respiratoires. Voulant trouver l'explication de ce fait, Heidenhain pratiqua des mensurations thermométriques de l'air inspiré, et il observa que cet air s'est déjà mis au niveau thermique du corps, à la partie inférieure de la trachée-artère; et cependant il fit varier la température de l'air inspiré de  $+ 70^{\circ}$  à  $- 6^{\circ}$  (1).

On objectera, peut-être, que, même dans nos contrées, il arrive que nous respirions un air de  $- 10^{\circ}$ ,  $- 15^{\circ}$ , voire même  $- 20^{\circ}$ . C'est vrai; mais si l'air inspiré à  $- 6^{\circ}$  a su acquérir la température du corps, c'est-à-dire s'échauffer de  $37^{\circ} + 6^{\circ}$ , donc de  $43^{\circ}$ , pendant son trajet depuis l'orifice des fosses nasales jusqu'à la division de la trachée, il est évident qu'il pourrait encore s'élever de plusieurs degrés pendant son parcours des bronches et de leurs divisions. Nous sommes donc en droit de conclure de ces expériences que, pour des poumons sains, il est indifférent que l'air inspiré soit chaud, froid ou tempéré.

En est-il de même pour les organes respiratoires malades ou en voie de l'être? Nous pourrions nous retrancher derrière les expériences de Heidenhain pour négliger ce côté de la question, puisqu'elles ont montré que l'air n'arrive pas froid dans les bronches. Mais avant les bronches se

(1) HEIDENHAIN. *Beitraege zu der Frage nach den Ursachen der Pneumonie.* (Vich. Arch., Bd. LXX, p. 44.)

trouve le larynx, cet organe délicat et sensible, sur lequel l'air extérieur arrive à peu près directement. Il convient donc d'examiner si le contact du froid exerce une influence fâcheuse soit sur les maladies inflammatoires, soit sur le processus tuberculeux qui peuvent affecter la muqueuse du larynx et de tout l'arbre respiratoire.

Or, il résulte des expériences de Samuël, que le processus inflammatoire, ainsi que les processus organiques normaux et même tous les phénomènes physico-chimiques qui se passent dans le corps, sont entravés, suspendus ou complètement arrêtés par l'action du froid. Ces données expérimentales ont reçu quelques applications pratiques dans la thérapeutique respiratoire. Les d<sup>rs</sup> Langenbeck (1), P. Niemeyer (2), Chapmann (3) et d'autres disent avoir employé, avec succès, les inspirations d'air froid dans certaines maladies aiguës de l'appareil respiratoire, spécialement dans celles qui affectent le nez, le larynx, les bronches et les poumons.

Tout en croyant devoir poser des réserves, au sujet de ces deux dernières maladies, nous pouvons déduire de ces essais la conclusion que l'air froid n'exerce pas par lui-même d'influence délétère sur une muqueuse respiratoire enflammée.

Y a-t-il plus à craindre pour des organes menacés ou affectés de tuberculose? Quelle que soit la théorie que l'on adopte sur la nature du processus tuberculeux, rien ne nous prouve les dangers de l'introduction de l'air froid

(1) *Deutsche Klinik*, 1861, n° 13.

(2) *Aerztliche Sprechstunde*, H. 28. (VI B<sup>d</sup>, 3<sup>e</sup> H.)

(3) CHAPMANN. *The use of cold in diseases of the upper air passages.* (*Archiv of laryngology*, 1883.)



dans les organes respiratoires malades. Que si l'on reste fidèle à l'ancienne opinion, considérant la tuberculose comme une affection inflammatoire, dont la nature particulière serait due à cette condition spéciale, à laquelle on a donné le nom de misère physiologique, nous nous demanderons pourquoi le froid exercerait, dans ces circonstances, une action fâcheuse, alors que, comme nous l'avons vu, il est établi que le processus inflammatoire est entravé par l'abaissement thermique. Accepte-t-on, au contraire, les nouvelles idées, qui ont reçu une consécration scientifique par la mémorable découverte du d<sup>r</sup> Koch et qui tendent à ranger la tuberculose parmi les maladies parasitaires; ne savons-nous pas que le froid empêche le développement et la multiplication des germes organisés? Le savant micrographe allemand a constaté que la croissance du bacille tuberculeux ne s'obtient qu'avec une température de 30° à 42°.

D'ailleurs, les faits ne sont-ils pas là pour établir l'innocuité de la respiration de l'air froid dans la phtisie? Nous nous éloignons de plus en plus des anciens errements, qui consistaient à confiner le phtisique dans une chambre close, à l'effet de lui faire éviter tout refroidissement, en le maintenant dans une température aussi uniforme que possible.

Ils ne sont plus rares, actuellement, les médecins qui, à l'exemple de Graves et de Brehmer, envoient leurs malades à l'air libre, même en hiver, et leur permettent d'aspirer, à pleins poumons, l'air pur, fût-il assez froid; il en est qui vont jusqu'à recommander d'ouvrir les fenêtres des chambres à coucher pendant la nuit, même dans la saison froide.

D'autre part, les nombreux succès obtenus chez les tu-

berculeux par leur séjour dans les hautes altitudes, où les malades se promènent ou s'asseyent en plein air, au milieu de la neige et par une température souvent assez basse, ne parlent-ils pas également en faveur de l'innocuité de l'air froid pour la phtisie ?

2° *Empêcher la pénétration de corps étrangers, inorganiques ou organiques, dans les canaux aériens.* — Cette indication est beaucoup plus pressante et plus sérieuse que la première.

*Poussières inorganiques.* — Les recherches de Crocq, Traube, Zenker, Hirt, Merkel et autres, ont prouvé que des particules solides peuvent pénétrer avec l'air inspiré jusque dans les alvéoles pulmonaires, qu'elles parviennent même à s'engager dans le tissu de l'organe et arrivent ainsi jusque dans les voies lymphatiques et le torrent sanguin.

Au reste, chacun peut se rendre compte des inconvénients de la respiration de poussières. Il suffit de séjourner quelque temps dans une atmosphère, chargée de poussières, pour s'en convaincre; il survient bientôt de la sécheresse de la gorge, puis de la toux qui expulse les corps étrangers amassés dans les voies aériennes, et on s'aperçoit, à l'inspection des crachats, que ces matières restent longtemps dans nos organes.

Il suffit, généralement, de sortir de l'atmosphère nuisible pour voir disparaître tous les phénomènes que celle-ci a produits; certains sujets s'habituent même peu à peu à la présence de ces corps étrangers dans les voies aériennes. Mais, chez les personnes spécialement prédisposées aux affections des organes respiratoires, il n'en est plus de même, et on voit se développer un véritable catarrhe, qui finit, si la cause se répète trop souvent, par revêtir un caractère chronique.

La relation de cause à effet, entre les poussières inorganiques et les maladies respiratoires, a été établie expérimentalement. Friedlaender (1) et d'autres, après lui, ont observé que si on sectionne le nerf vague chez le lapin et si on détermine, par là, une paralysie des muscles obturateurs de la glotte, on voit peu à peu se produire une pneumonie, exclusivement due à la pénétration de corps étrangers dans les vésicules pulmonaires.

La statistique médicale est d'accord, sur ce point, avec l'expérimentation physiologique. Voici quelques chiffres bien probants, empruntés à l'ouvrage du d<sup>r</sup> Hirt, sur les maladies des classes ouvrières.

Sur 100 cas de *bronchite chronique*, 76,8 se rapportaient à des ouvriers travaillant dans des atmosphères chargées de poussières (poussières métalliques : 14,8; poussières minérales : 11,0; poussières végétales : 19,0; poussières animales : 13,6; mélange de poussières : 18,4).

Sur 100 *emphysémateux*, 24,9 respiraient habituellement des poussières (poussières métalliques : 3,1; poussières minérales : 9,0; poussières végétales : 4,7; poussières animales : 3,0; mélange de poussières : 5,1).

Sur 100 *pneumoniques*, 36,4 étaient ordinairement exposés aux poussières (poussières métalliques : 7,4; poussières minérales : 5,4; poussières végétales : 9,4; poussières animales : 7,7; mélange de poussières : 6,6) (2).

Ces statistiques ont conduit les Allemands à admettre toute une classe de maladies dues à cette cause et à laquelle ils ont donné le nom de *Staubinhalationskrankheiten*.

(1) *Virch. Arch.*; LXVIII, p. 523.

(2) HIRT. *Krankheiten der Arbeiter*; Abth. I, Th. I, *Die Staubinhalationskrankheiten*. Breslau, 1871.

Ce que nous venons de dire pour les maladies inflammatoires peut-il s'appliquer aux affections tuberculeuses? S'il est vrai qu'un certain nombre de personnes montrent une grande résistance à l'action des corps étrangers suspendus dans l'air, au point de pouvoir s'acclimater complètement à une atmosphère chargée de poussières, il n'en est pas moins certain que tout le monde ne possède pas une pareille immunité et les faits prouvent les dangers de la respiration de ces matières, même au point de vue de l'éclosion de la tuberculose.

La découverte de Koch ne peut être invoquée contre cette pathogénie; car on sait que les bacillus, qui sont peut-être respirés par tout le monde, ne se développent que s'ils sont retenus dans les organes respiratoires et s'ils y trouvent un terrain favorable à leur développement et à leur multiplication. Or, d'après les observations du *dr* Birch-Hirschfeld, la respiration de poussières, partout où le contagement tuberculeux existe, prédispose d'autant plus à la tuberculose que la poussière a des propriétés mécaniques irritantes plus prononcées (1).

La statistique confirme encore ces vues théoriques.

Sur 100 phtisiques, 28,0 sont exposés à la respiration de poussières métalliques; 25,2 à des poussières minérales, 13,3 à des poussières végétales, 20,8 à des poussières animales; 22,6 à un mélange de poussières et 11,1 seulement ne se trouvent pas dans ces conditions.

Il est bien vrai qu'on a prétendu — et l'on prétend encore — qu'il faut faire une exception pour la poussière de charbon; la preuve en serait l'immunité des houilleurs pour la

(1) *Staubinhalationskrankheiten. Handb. der öffentlich. Gesundheitspflege*; Von *Dr* EULENBURG. Berlin, 1882; S. 876.



phtisie. On a été plus loin : on a avancé que le carbone serait l'antidote du tubercule. Que dis-je ? n'avons-nous pas entendu développer, dans cette enceinte, la proposition d'établir au fond de nos mines des espèces de *sanatorium* où l'on enverrait séjourner les phtisiques ? Il y aurait beaucoup à dire sur cette question.

Je me bornerai à rappeler des chiffres cités, dans cette enceinte, par M. le dr Graux et empruntés à la clinique de Sauveur, de Liège : sur 30 tuberculeux admis dans ce service hospitalier, 24 appartenaient à diverses professions et 6 étaient des houilleurs livrés à leurs travaux depuis leur jeunesse. Voilà donc  $\frac{1}{5}$  de la statistique produite par les houilleurs (1).

D'autre part, il est reconnu qu'on rencontre souvent chez les houilleurs des affections chroniques des voies respiratoires, telle que de la pneumonie interstitielle, qui conduisent parfois à des indurations, comme aussi à des cavernes (2). Or il serait intéressant de rechercher, maintenant que nous possédons un moyen certain d'établir la nature tuberculeuse d'une maladie, si l'on ne rencontre pas de bacillus dans ces affections qu'on observe chez les houilleurs, et si le seul effet de la présence de particules de charbon dans les poumons ne serait pas uniquement de modifier la marche et les caractères de la tuberculose. D'ailleurs, même en admettant cette immunité des mineurs pour la phtisie, il faut encore se garder de l'attribuer exclusivement à l'inhalation de poussières charboneuses. Car,

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*; séance du 1<sup>er</sup> mai 1858.

(2) MERKEL. *Gewerbe-Krankheiten*. (*Ziemssen's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie*. Bd I.)

comme le faisait observer M. Crocq, il est d'autres facteurs dont on doit tenir compte : telles sont la gymnastique forcée à laquelle les houilleurs sont astreints, l'augmentation de la pression de l'atmosphère qui les entoure, etc....

*Poussières organiques.* — Nous savons aujourd'hui que l'air, qui nous entoure, renferme partout et toujours une quantité plus ou moins grande de microbes. Nous devons donc, à chaque inspiration, faire pénétrer ces microbes dans nos poumons. Une partie de ces organismes se précipite sur la muqueuse aérienne et est portée au-dehors par les mouvements des cils vibratiles, dont cette muqueuse est munie. Mais un certain nombre doit pénétrer jusque dans les alvéoles et passer de là dans les voies lymphatiques, et ainsi dans les autres organes. Si, malgré ces conditions, notre organisme reste indemne, cela tient à la faculté que celui-ci possède d'éloigner ou de détruire ces germes morbigènes.

Cependant, cette pénétration des microbes dans les organes respiratoires n'est pas toujours inoffensive. On sait le rôle, de plus en plus prépondérant, que l'on attribue aux bactéries, dans la genèse de l'inflammation, particulièrement au point de vue des terminaisons possibles de ce processus. L'expérience a prouvé qu'il ne peut y avoir ni suppuration, ni gangrène sans microbes. C'est ce qui nous fait dire que l'entrée des micro-organismes dans les voies aériennes est dangereuse, lorsqu'ils y trouvent des matières favorables à leur entretien et à leur multiplication. Car c'est par leur intervention que l'on voit les exsudats ordinaires de la bronchite se transformer en matières purulentes ou putrides; c'est, grâce à leur présence, que les in-

farctus hémorragiques pulmonaires passent facilement à la suppuration, alors qu'au contraire des dépôts analogues, siégeant dans la rate ou les reins, ne subissent pas cette dégénérescence.

Nous pouvons en conclure qu'il importe d'empêcher les microbes, suspendus dans l'atmosphère, de pénétrer dans les organes respiratoires malades ; nous éviterons souvent ainsi le développement d'une bronchite purulente ou putride, ou d'une gangrène pulmonaire.

Peut-on espérer de prévenir l'éclosion de la tuberculose en prévenant l'entrée des germes organisés dans les voies aériennes ? Cette question est devenue palpitante d'intérêt et d'actualité, depuis la découverte du microbe de la tuberculose. Malgré les quelques voix discordantes qui se font entendre çà et là, on peut cependant considérer comme acquis à la science que la tuberculose est toujours accompagnée de bacillus, et que ces parasites peuvent produire et produisent souvent cette affection. Ce qui est encore plus sujet à discussion, c'est la voie d'introduction de cette matière virulente. La tuberculose peut-elle, pour ne parler que de la voie qui nous intéresse, se déclarer à la suite de l'inhalation d'un air chargé de bacilles ?

Comme le disait Cohnheim, bien longtemps avant la découverte de Koch, le seul fait de la fréquence plus grande de la tuberculose dans les poumons devait faire penser à cette pathogénie. Dans l'immense majorité des cas, en effet, le poumon, soit isolément, soit avec les ganglions bronchiques et la plèvre, est le seul siège de la maladie. Qu'on n'objecte pas que ce fait est dû à ce que le poumon serait un terrain plus favorable à l'éclosion ou à la multiplication du virus tuberculeux ; car les inoculations expérimentales

ont établi qu'aucun organe ne présente d'immunité à l'égard de la tuberculose. Si les poumons sont donc le siège de prédilection de cette affection, cela doit tenir à ce que ces organes constituent la voie d'entrée la plus naturelle et la plus directe pour le bacillus.

L'objection la plus fréquente que l'on oppose à cette théorie consiste à dire que, si ce mode de propagation était vrai, la très grande majorité de l'espèce humaine devrait être tuberculeuse. Mais on oublie que les bacillus exigent, pour se développer, une prédisposition de l'organisme qui les reçoit. La nécessité de cette prédisposition est si évidente que, avant qu'on eût reconnu la nature parasitaire de la tuberculose, on faisait reposer presque toute son étiologie sur la prédisposition individuelle. Tout ne nous montre-t-il pas qu'il existe les plus grandes différences entre les individus, tant sous le rapport de la réceptivité morbide que sous le rapport de la résistance au virus déjà implanté dans l'organisme? Cette prédisposition n'est pas toujours native; elle est quelquefois le résultat de certaines maladies, telles que la rougeole et la coqueluche, qui laissent, après elles, une grande tendance aux affections tuberculeuses.

Il est bien vrai que jusqu'ici nous ne connaissons rien de positif sur la nature de cette prédisposition (1). Mais cette

(1) D'après le dr Lichtheim, la prédisposition à la tuberculose serait chose très complexe : modifications dans la composition chimique des tissus, dans l'intensité du processus vital, particularités de la conformation thoracique, existence de lésions dans les organes respiratoires, lesquelles favoriseraient l'accumulation et la multiplication des bacillus. Le dr Mordhorst, s'appuyant sur certaines expériences, tendant à établir que les microbes doivent, pour se développer, se trouver dans un milieu qui soit au repos, explique les différences de réceptivité par la rapidité plus ou moins grande du torrent sanguin,



ignorance suffit-elle pour condamner cette prédisposition ? Ne constatons-nous pas la même chose pour la plupart des maladies infectieuses, sans que nous puissions donner une interprétation satisfaisante de cette particularité ?

Ne devient donc pas tuberculeux qui veut ! Si la tuberculose n'est pas plus générale, cela ne prouve pas que le virus qui l'engendre n'est pas à la portée de tous et que nous ne sommes pas, tous, exposés à l'introduire dans nos organes respiratoires.

Au reste, les faits sont là pour établir ce mode pathogénique. De nombreuses expériences ont été instituées pour vérifier son exactitude ; nous citerons celles de Schottelius (1), Bertheau (2), Buhl (3), Tappeiner (4), Wargunin (5). Ces expériences, dont les plus connues sont celles de Tappei-

du courant lymphatique et du mouvement nutritif. Le dr Veraguth attribue ces variétés aux conditions des cellules épithéliales de la muqueuse aérienne, ainsi qu'à l'état de la circulation lymphatique. Enfin, Schottelius admettait que tout dépend de la configuration des terminaisons bronchiques.

Bien curieuses, sous ce rapport, sont les expériences de Duclaux, précédemment rappelées par notre collègue, M. Warlomont. Elles prouvent qu'une modification extrêmement légère d'un liquide de culture suffit pour s'opposer au développement d'un parasite qui y vivait auparavant. Quoi d'étonnant, dès lors, que l'homme puisse être un milieu propre ou impropre à l'évolution et à la multiplication d'un parasite ?

Le dr Klebs dit avoir rencontré plusieurs fois des animaux tout à fait rebelles aux inoculations de bacilles, alors que d'autres animaux, appartenant à la même espèce, contractaient parfaitement la tuberculose.

(1) *Virch. Archiv.*, 73<sup>e</sup> Bd.

(2) *Arch. für klin. med.* 26<sup>e</sup> Bd.

(3) 50<sup>e</sup> *Naturforscherversammlung in München.*

(4) *Virch. Arch.* 73<sup>e</sup> et 82<sup>e</sup> Bd. — *Deutsch. Arch. für klin. medic.* 29<sup>e</sup> Bd.

(5) WARGUNIN. *Die Entstehung der Tuberculose, hervorgerufen durch Inhalation pulverisierter Sputa Schwindsüchtiger.* (St-Petersburger Medicin. Wochenschrift, 1882, n° 12).

ner, consistaient à faire respirer par des animaux bien portants des crachats pulvérisés provenant de phtisiques; elles eurent, à l'époque de leur publication, un grand retentissement; elles offraient cependant des lacunes sérieuses. En effet, le mode de transmission s'éloigne trop des conditions dans lesquelles se trouve ordinairement l'homme; ensuite ces auteurs n'avaient pas suffisamment isolé l'agent morbifique spécifique; enfin, il n'était pas encore possible, à cette époque, de démontrer, par la recherche du microbe caractéristique, la nature tuberculeuse de l'affection que l'on provoquait.

Le Dr Veraguth a comblé ces lacunes, au moins en partie (1). Il s'est borné à pulvériser les matières expectorées dans un espace clos, où se trouvaient les animaux, sur lesquels il expérimentait, sans leur faire directement respirer la poussière liquide; ensuite il rechercha, à l'autopsie, la présence des bacillus. Or il constata que tous les animaux ne deviennent pas phtisiques, mais que chez tous, sans exception, on retrouve des bacillus, plus ou moins nombreux, dans différentes régions de l'organisme.

Des expériences de contrôle furent instituées avec des matières organiques indifférentes, telles que les crachats d'un individu, atteint de bronchite et d'emphysème, ainsi que des débris de foie de lièvre; ces inhalations ne produisirent aucun résultat.

Le Dr Weichselbaum (2) a répété les mêmes expériences; seulement il s'est servi exclusivement du chien, parce qu'il

(1) VERAGUTH. *Experimentelle Untersuchungen ueber Inhalations tuberculose. Aus dem patholog. Institut in Zürich.* (Arch. f. experimentelle Pathol. und Pharmacolog. 17<sup>e</sup> Bd. 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> Heft.)

(2) WEICHSELBAUM. *Experimentelle Untersuchungen ueber Inhalations tuberculose.* (Medizinische Jahrbücher. Wien, 1883, 2<sup>e</sup> Heft).

montre une grande résistance au virus tuberculeux et qu'on ne peut pas supposer qu'il ait pu contracter une tuberculose spontanée. En outre, il eut soin de ne pulvériser que des crachats, mélangés à de l'eau (40 gr. de crachats avec 210 cc. d'eau), et filtrés 2 ou 3 fois à travers de la ouate bien dégraissée, jusqu'à ce que le liquide soit bien dépouillé de tous ses flocons, de toutes ses particules plus ou moins grossières et qu'il ait acquis une transparence presque complète; en outre, quelques expériences furent faites avec de la matière tuberculeuse cultivée (1). Or l'auteur observa que l'inhalation des crachats de phtisiques produit constamment chez le chien une tuberculose miliaire; tandis que l'inhalation de substances organiques, non tuberculeuses, ne produit que de petits nodules pulmonaires, qui ressemblent aux tubercules, mais ne leur sont pas identiques.

Si intéressants que soient ces essais, nous ne pouvons pas encore en tirer des conclusions absolument rigoureuses au point de vue de la transmission de la tuberculose par inhalation.

Deux preuves restent encore à faire : d'abord il faudrait démontrer la présence dans l'air atmosphérique de bacillus, aptes à se reproduire et à se développer dans les organes respiratoires. Ce fait a déjà reçu un commencement de preuve par les expériences d'Arthur Ransome (2), de Cham-

(1) Le bacillus n'étant pas encore découvert à l'époque de ces expériences, le dr Weichselbaum dut se contenter de cultiver des matières tuberculeuses; mais il le fit dans des milieux absolument stérilisés, de sorte qu'il y a toutes probabilités pour croire que ce microbe s'était reproduit.

(2) ARTH. RANSOME. *Note on the discovery of Bacilli in the condensed aqueduc vapor of the breath of persons affected with phtisis.* (Brit. med. Journ., 16 déc. 1882.)

ley Smith (1), de Van Ermengem (2), et de Casse (3), qui ont reconnu l'existence de bacillus dans l'air expiré par les phtisiques. Le dr Williams a été plus loin encore, dans des expériences, instituées au *Brompton Hospital for consumption diseases* de Londres. Il a placé des porte-objets, enduits de glycérine, dans les tuyaux de ventilation qui conduisent à l'extérieur l'air provenant de plusieurs salles où séjournaient des phtisiques. L'examen a démontré la présence d'une quantité assez grande de bacillus. Ensuite il a soigneusement lavé et désinfecté une des salles, il l'a remplie de malades non tuberculeux. Or l'air provenant de cette salle, ainsi occupée, ne renfermait aucun bacillus (4).

La seconde preuve à fournir est que la respiration ordinaire, naturelle d'un air renfermant des bacillus peut produire la tuberculose.

Ces réserves posées, nous pouvons dire hardiment que toutes les probabilités sont en faveur de la transmission de la tuberculose par les voies aériennes. Cette probabilité suffit pour imposer aux médecins le devoir d'empêcher la pénétration des bacillus dans les organes respiratoires des personnes prédisposées à la phtisie ou menacées de cette redoutable maladie et de celles qui se trouvent exposées à la respiration de ces germes morbides.

3° *Faire arriver des émanations médicamenteuses dans le larynx, les bronches et les vésicules pulmonaires.* — Cette troisième indication ressort de l'utilité des médications

(1) CH. SMITH. *On the detection of the bacilli of tubercule in the breath of consumptive patient.* (Brit. med. Journ. Janv. 1883, p. 103.)

(2) VAN ERMENGEM. Communication faite à la Société belge de microscopie. 27 janv. 1883.

(3) CASSE. *Sur l'air expiré par les phtisiques.* (Bulletin des séances de la Société belge de microscopie : 24 févr. 1883.)

(4) *The Lancet*, 1883, II, p. 33.



topiques en général. C'est, sans contredit, un des grands progrès de la thérapeutique moderne que l'extension qui a été donnée au traitement local des différents organes du corps. Le Dr Rossbach compare, avec raison, l'administration interne des médicaments en vue de guérir un seul organe malade à l'inondation que l'on effectuerait dans toute une contrée à l'effet d'arroser simplement un petit lopin de terre (1).

Or deux méthodes sont à notre disposition pour faire arriver les médicaments dans les voies aériennes : l'inhalation de liquides pulvérisés et la respiration de vapeurs ou de gaz. Les appareils, dont nous nous occupons, ne se rapportent qu'à la seconde de ces méthodes. Il nous reste à dire dans quelles circonstances ces appareils sont indiqués.

*Affections inflammatoires.* — Nous avons déjà rappelé plus haut le rôle que jouent les organismes inférieurs dans la genèse et surtout dans la marche du processus inflammatoire. Il ne vient plus à l'esprit de personne de méconnaître ce rôle, quand il s'agit d'inflammations affectant la surface externe du corps. C'est à lui qu'on doit les immenses progrès réalisés dans le pansement des plaies. Il semble que, jusqu'ici, on a trop perdu cette donnée de vue pour les organes internes, et spécialement pour l'appareil respiratoire. Et cependant, par l'étendue de sa surface, par son contact permanent et intime avec l'air atmosphérique, par sa grande richesse vasculaire, la muqueuse aérienne offre un terrain qui n'est que trop favorable à l'accumulation, à l'entretien et au développement des microbes suspendus dans l'atmosphère.

(1) ROSSBACH. *Ueber den gegenwaertigen stand der internen Therapie und den therapeutischen Unterricht an den deutschen Hochschulen* ; 1885.

Pourquoi donc négligerait-on d'appliquer au traitement des inflammations des organes respiratoires les moyens qui nous réussissent si bien dans d'autres régions? Rien ne s'oppose, en effet, à l'introduction, dans les voies aériennes, de médicaments antiseptiques, chaque fois qu'il existe un processus inflammatoire sur un point quelconque de la muqueuse aérienne, et surtout lorsque ce processus a passé, soit à la suppuration, soit à la gangrène. C'est ce qu'ont compris les nombreux cliniciens qui ont préconisé certaines inhalations dans le traitement de ces maladies.

Je ne puis passer en revue toutes les médications qui ont été mises en œuvre pour combattre soit la bronchoblennorrhée, soit la bronchite putride, soit la gangrène pulmonaire. Qu'il me suffise de rappeler les brillants succès obtenus avec l'essence de térébenthine, dont l'emploi a été recommandé en premier lieu par l'illustre Skoda. Vous n'avez pas oublié non plus la communication d'un de nos plus éminents collègues, M. le professeur Melsens, sur l'utilité du sachet ammoniacal dans le traitement de la bronchite chronique (1). D'autres médicaments encore, tels que l'acide phénique, la créosote, le thymol, l'eucalyptol, l'huile de pin, le goudron, etc., ont été aussi recommandés avec raison chaque fois qu'il s'est agi d'aller détruire, dans la profondeur des organes respiratoires, les microbes qui causent, entretiennent ou aggravent les inflammations dont ils sont affectés.

On a, dans ces circonstances, le choix entre l'inhalation de solutions antiseptiques pulvérisées et la respiration de vapeurs parasitocides, à l'aide des appareils qui font l'objet

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*. Séance du 30 avril 1881.

de cette étude. Disons seulement que ces derniers offrent l'avantage de permettre une application permanente et prolongée, de manière à réaliser une espèce d'atmosphère antiseptique, qui rappelle plus ou moins le pansement de Lister. Ces respirateurs remplissent une autre indication, dont l'importance n'est pas mince, à savoir : de prévenir, par la destruction des microbes suspendus dans l'air expiré par les malades, les dangers de contagion qui menacent les personnes de l'entourage.

*Tuberculose pulmonaire.* — Il y a longtemps que les inhalations médicamenteuses ont été préconisées et employées dans le traitement de la tuberculose. Les médecins les plus anciens, tels que Arétée, Galien, Rhazès et d'autres, vantaient déjà ce moyen de thérapeutique. Cette pratique subit les vicissitudes les plus grandes à travers les âges de la médecine. Tour à tour prônée avec un enthousiasme excessif ou condamnée par un injuste parti-pris, elle ne devint jamais d'un emploi très général. Malgré les succès que bon nombre de cliniciens consciencieux affirmaient avoir obtenus de ce procédé, la grande majorité des praticiens négligeait complètement d'y avoir recours. Les substances les plus diverses furent successivement essayées, sous la forme d'inhalations. Citons seulement les astringents (tannin, alun, nitrate d'argent), les altérants (iode, arsenic, sublimé), les dissolvants (chlorure de sodium), les antiseptiques (acide phénique, goudron, thymol, huile de pin, acide benzoïque, etc.). Nous-même, depuis plusieurs années, nous n'avons plus traité un seul tuberculeux sans avoir recours aux inhalations médicamenteuses, et nous croyons leur être redevables de succès thérapeutiques sérieux (1).

(1) Voir mon ouvrage : MOELLER. *Thérapeutique locale des maladies*

La découverte de Koch ne pouvait manquer de susciter de nouvelles expériences, destinées à rechercher s'il était possible de détruire le parasite de la tuberculose, lorsqu'il s'est déjà fixé dans les poumons.

Jusqu'ici, ces essais sont encore peu nombreux. Je n'ai connaissance que de deux séries d'expériences, instituées, toutes deux, dans les hôpitaux de Berlin. La première a pour auteur le d<sup>r</sup> Fraentzel, qui expérimenta dans son service à l'hôpital de la Charité. Après avoir demandé au d<sup>r</sup> Koch de rechercher les substances qui s'opposaient le plus activement à la multiplication des bacillus, il les essaya sous forme d'inhalation. Il employa successivement le benzol, le camphre, la naphthaline, la créosote, l'aniline, l'acide phénique. Mais tous ces essais furent infructueux; le nombre de bacillus n'a jamais diminué, quelquefois même il parut augmenter; la marche générale de la maladie ne fut nullement modifiée (1).

La deuxième série d'expériences est due au d<sup>r</sup> Hiller, qui les institua dans le service du professeur Leyden. Il essaya, tour à tour, le sublimé, l'alcool, le brôme, l'hydrogène sulfuré, l'iodoforme, l'acide arsénieux, l'acide borique, le salicylate de soude. Ces différentes substances furent administrées, soit en inhalations (liquides pulvérisés ou en émanations sèches), soit en injections parenchymateuses dans les poumons. Ici encore, les résultats furent négatifs. On ne put observer aucune amélioration, ni dans le nombre de bacillus expectorés,

*de l'appareil respiratoire par inhalations médicamenteuses et par les pratiques aérothérapiques. Paris, 1882.*

(1) *Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, 2<sup>e</sup> Congrès gehalten zu Wiesbaden, 1883, p. 46.*



ni dans la physionomie générale de la maladie (1).

Ces deux séries d'expériences sont donc peu encourageantes pour ceux qui avaient espéré que la découverte de Koch nous eût conduit à trouver le moyen de tuer sur place le bacillus tuberculeux. Disons cependant que le d<sup>r</sup> Prior, médecin assistant de la polyclinique de Bonn, ayant constaté, dans des essais de coloration, que l'essence de térébenthine exerce une action puissante sur ces microbes, a été amené à essayer ce médicament chez les phtisiques. Il assure en avoir obtenu de bons résultats, quoique pas de guérisons. Mais il ne dit pas s'il a contrôlé la valeur de ces résultats par l'examen des bacillus dans l'expectoration de ses malades (2).

Que faut-il conclure de ces premières applications thérapeutiques de la découverte du bacillus de la tuberculose?

Quelle que soit l'autorité qui s'attache au nom des cliniciens qui ont institué ces expériences, on peut dire que celles-ci sont insuffisantes pour condamner le traitement local de la tuberculose. Le nombre de faits observés est encore trop minime; d'autre part, on découvrira, peut-être, à l'avenir, de nouvelles substances parasitocides, qui pourront être plus efficaces que celles qui ont été essayées; ou bien encore, le *modus faciendi* devra-t-il être modifié? Enfin, en supposant même qu'il soit impossible de détruire les bacillus, qui se trouvent dans les organes respiratoires, nous ne pensons pas qu'on doive renoncer aux inhalations médicamenteuses, antiseptiques ou autres.

En effet, dans la tuberculose, comme dans toute mala-

(1) *Verhandlungen des Congresses, etc.*, p. 57.

(2) PRIOR. *Beitrag zur Färbbarkeit des Tuberkelbacillus*. (Berlin, klin. Wochenschr., 13 août 1883.)

die parasitaire, il faut tenir compte de deux facteurs : le microbe, d'une part; l'organisme humain, d'autre part. Certes, l'idéal à poursuivre est la thérapeutique étiologique, c'est-à-dire la destruction du germe morbigène. Mais, si on ne peut arriver à ce résultat, si le parasite reste dans le corps, on pourra encore tenter d'agir soit sur l'organe contaminé, soit sur tout l'organisme.

Or, au point de vue spécial qui nous occupe, le traitement local des lésions pulmonaires, produites par le bacillus, est-il absolument illusoire? Nous ne le pensons pas. L'examen microscopique des crachats des tuberculeux nous révèle, en effet, la présence, dans les matières expectorées et par conséquent dans les poumons, des bactéries, des cocci et des autres microbes qui se rencontrent dans toute suppuration. Or pourquoi serions-nous impuissants à agir sur ces parasites, à en diminuer le nombre et en arrêter le développement, lorsque nous les rencontrons dans les organes contaminés par le bacille tuberculeux?

N'est-ce pas de cette façon qu'on peut s'expliquer les succès relatifs obtenus par l'emploi des inhalations antiseptiques et autres? On ne doit donc pas renoncer au bénéfice que peut nous procurer la pratique des inhalations, beaucoup trop négligée dans le traitement de la tuberculose.

Quant au choix du procédé à employer, il dépendra principalement de l'état de la fonction respiratoire. En tout état de cause, les respirateurs ont l'avantage de pouvoir être appliqués d'une façon permanente, de ne causer ni dyspnée ni fatigue, et d'agir en même temps comme préservatif pour les personnes de l'entourage du malade.

## III

Résumons-nous et concluons :

En résumé, 1° le degré de température de l'air inspiré n'a aucune importance pour les organes respiratoires, que ceux-ci soient sains ou qu'ils soient malades.

2° Il importe d'empêcher la pénétration des corps étrangers, organiques ou inorganiques, dans les organes respiratoires, surtout si ceux-ci sont malades ou menacés de le devenir.

Cette indication est particulièrement urgente, quand il s'agit de personnes prédisposées à la tuberculose, car l'expérience tend à établir qu'une des principales voies d'introduction du bacillus tuberculeux est la voie pulmonaire.

3° On pourra retirer de grands avantages de l'inhalation de substances appropriées pour le traitement des maladies respiratoires, aussi bien pour la tuberculose que pour celles qui sont de nature purement inflammatoire.

Nous en concluons : *a.)* Que les appareils respirateurs, ayant simplement pour but d'élever la température de l'air inspiré, sont absolument inutiles ;

*b.)* Que pour rendre tous les services que l'on est en droit d'en attendre, les appareils respirateurs doivent être munis d'une couche de ouate, d'éponges ou de toute autre substance, à même d'arrêter les particules inorganiques et les germes microscopiques, suspendus dans l'atmosphère. En imbibant ces substances d'un liquide antiseptique, on détruit, au passage, les microbes suspendus dans l'air inspiré, en même temps qu'on agit sur les organes respiratoires malades ; mais il convient alors que le respirateur soit muni de soupapes disposées de telle sorte que l'air expiré

ne suive pas, à sa sortie, la même voie que l'air inspiré.

c.) L'appareil du d<sup>r</sup> Graham Brown offre l'avantage de tirer parti de la chaleur de l'air expiré pour élever la température de la ouate et du liquide médicamenteux ; ce qui active le dégagement des émanations antiseptiques. C'est pourquoi ce respirateur sera préféré chaque fois qu'on recherchera un effet thérapeutique.

**2. CONSIDÉRATIONS sur l'étiologie du cancer et sur sa prophylaxie, par le d<sup>r</sup> VANDEN CORPUT, correspondant.**

Chacun sait que, parmi les lésions organiques, les tumeurs malignes font le plus obstinément le désespoir des praticiens aussi bien que celui des malheureux qui en sont atteints.

Nous sommes restés, en présence de ces terribles affections, aussi désarmés, aussi impuissants qu'à l'enfance de la médecine.

Bien plus, tandis que les progrès de l'hygiène et de la thérapeutique ont modifié ou profondément atténué certaines maladies ; tandis que la lèpre a presque disparu, que la variole a trouvé sa prophylaxie, que la tuberculose même semble moins réfractaire aux efforts de la science, l'affection cancéreuse, non seulement n'a rien perdu de sa léthalité, mais elle augmente au contraire rapidement de fréquence.

Après la tuberculose, c'est le *cancérisme* qui, dans nos contrées, constitue la diathèse aujourd'hui la plus commune.

Les statistiques nous montrent, en effet, une progression rapidement ascendante dans les chiffres de son obituaire.



En Angleterre surtout cette progression est devenue frappante.

Le chiffre moyen des décès par le cancer, qui était de 700 environ par année, de 1842 à 1847, a été de 968, de 1849 à 1853, et s'est élevé en 1858 à 1,147; en 1859 à 1,165, chiffre qui, depuis lors, a augmenté encore d'une manière considérable. A Londres, la mortalité par le cancer, qui était en 1849 de 25,3 par 1,000 décès, s'est élevée en 1859 à 38,2.

La proportion a également beaucoup augmenté en Allemagne et en Autriche. A Vienne, Gurlt a relevé, pour les trois hôpitaux de cette ville, plus de 11,000 cas de cancer en moins de 25 ans; et, si nous jetons les regards autour de nous, nous demeurons frappés du nombre croissant de ceux qui succombent à cette douloureuse maladie.

Ce ne sont pourtant ni la multiplicité ni le mérite des travaux entrepris depuis quelques années sur cette matière qui ont fait défaut.

Le microscope surtout a été interrogé avec une ardeur et une persévérance dignes de résultats meilleurs.

Mais l'anatomie pathologique, loin de nous éclairer sur la nature et sur l'origine du mal, n'a fait que nous égarer, en nous leurrant trop longtemps d'une prétendue spécificité cellulaire qui n'existe pas, et les spéculations scientifiques que l'on a voulu édifier sur cette doctrine ne sont point parvenues, jusqu'à ce jour, à expliquer d'une manière satisfaisante la tendance à la généralisation et la fatale propension à la récurrence que présentent les tumeurs malignes.

Ce n'est pas davantage à la thérapeutique qu'il faut demander la solution du problème par la confirmation de

l'adage classique : *naturam morborum curationes ostendunt*. Car, des innombrables remèdes prétendus spécifiques, des diverses méthodes de traitement proposées pour la curation du cancerisme, nul ne s'est montré réellement utile.

Il est malheureusement aujourd'hui bien prouvé que tous les moyens, tant chirurgicaux que médicaux, sont purement illusoires, et qu'aucun ne peut détourner l'inévitable léthalité du cancer.

De plus, il semble même que loin de retarder les conséquences funestes du mal, le traitement chirurgical, l'opération, quel que soit le mode d'extirpation de la tumeur et quelque précoce que soit l'ablation de celle-ci, ne fait qu'exciter la récurrence, favoriser la généralisation du mal et hâter la mort.

Comme si la tumeur maligne, en les absorbant à son profit, en les attirant à elle, détournait certains éléments de l'organisme, éléments qui, une fois la tumeur locale enlevée, se répandent ou s'accumulent dans l'économie et y développent ensuite, avec une intensité d'autant plus grande, de nouvelles productions analogues aux premières.

La marche de la diathèse, de chronique qu'elle était, semble alors devenir aiguë, confirmant ainsi le *noli me tangere* des anciens.

Ce fait, actuellement reconnu par la plupart des praticiens désintéressés, suffirait, à lui seul, pour confirmer l'existence, dans le cancerisme, d'une diathèse ou d'une disposition pathogénique primitive, spéciale, si l'incurabilité du mal et les résultats d'une observation sincère n'en fournissaient encore des preuves incontestables.

A quoi tient et comment expliquer cette opiniâtreté d'un mal que ni le couteau, ni le caustique de l'opérateur, ni la

puissance d'aucun médicament ne sont encore parvenus à vaincre, en dépit des affirmations fallacieuses de quelques spécialistes ?

Ne serait-ce point parce que, jusqu'à présent, l'on a trop négligé, comme d'ailleurs pour bien d'autres maladies encore, de remonter à la cause du mal, de chercher à en pénétrer l'origine, en un mot, d'en établir l'étiologie réelle et véritable ?

Plutôt que de nous attarder à constater les résultats de l'affection, à en décrire ou répéter les symptômes et la marche trop bien connus, n'eût-il pas été préférable de s'appliquer à en découvrir les causes intimes et de s'efforcer d'en rechercher la genèse ?

N'est-il pas évident que ce n'est qu'à la condition de connaître les causes spécifiques de certaines maladies que nous parviendrons à trouver le remède propre à les détruire ?

Et quels progrès n'aurait pas réalisés la médecine, si elle était éclairée par une étiologie bien faite, correcte et scientifique !

Il suffit, pour s'en convaincre, de constater les immenses bienfaits dont l'art de guérir est redevable aux admirables découvertes de Pasteur.

Si, jusqu'à présent, l'étiologie sur laquelle repose tout entière la médecine préventive n'a pas encore pris rang parmi les sciences positives, c'est que, telle qu'elle existe encore, elle s'est bornée à de simples observations superficielles, à quelques considérations banales, espèces de lieux communs, appliqués sans discernement à une foule de maladies différentes et qui se répètent, sans plus ample examen, d'un auteur à l'autre.

Cette incertitude dans les données pathogéniques peut

s'expliquer, jusqu'à un certain point, par la complexité même des causes ou des actions dont il faut tenir compte dans l'examen de leurs effets sur un organisme aussi impressionnable, aussi mobile que l'est le corps humain, et des réactions variées qu'elles y déterminent.

Ce ne sont pas seulement, en effet, les conditions extérieures extrinsèques de latitudes, d'altitudes, de climats, de mœurs, d'habitudes ou de professions qu'il faut examiner dans leur action combinée sur l'homme; il importe encore d'étudier les conditions intrinsèques du sujet, tant au point de vue de l'âge, du sexe ou de la constitution, qu'à celui de l'alimentation, du genre de vie, voire même de l'impressionnabilité morale.

Il s'agit, en un mot, d'apprécier les modifications intimes ou moléculaires qui peuvent résulter des combinaisons variées de ces différents facteurs dans l'organisme.

Ce n'est donc pas assez de consulter les renseignements que nous fournissent la géographie médicale et les statistiques banales qui forment le fond habituel de l'étiologie classique, il importe, avant tout, de faire fructifier ces données éparses, de les compléter non seulement par des recherches microscopiques qui semblent avoir absorbé, dans ces dernières années, toute l'activité des travailleurs, mais encore par des recherches de chimie biologique qui, jusqu'ici ont été trop négligées et sur lesquelles le moment me semble venu d'insister.

C'est, selon moi, dans cette voie, aussi bien que dans celle de l'étiologie rationnelle, que doivent être poussées actuellement les investigations de la science, si nous voulons qu'elles aboutissent à des résultats réellement pratiques et profitables à l'humanité.



L'inutilité, aujourd'hui bien constatée par tous les praticiens sincères, des moyens thérapeutiques tour à tour préconisés contre le cancer, ne nous laisse d'ailleurs à l'heure actuelle, d'autre ressource que dans la médication causale préventive, laquelle ne peut être efficacement dirigée que par une connaissance exacte de l'étiologie des tumeurs malignes.

Si les tentatives qui, dans ces derniers temps, ont été entreprises pour résoudre l'énigme posée par ce sphinx redoutable qui a nom cancerisme, n'ont guère aidé à en dissiper les mystères, il en est cependant qui ont réalisé un énorme progrès et qui peuvent nous fournir de précieux renseignements sinon pour éclairer l'étiologie proprement dite des tumeurs, au moins pour nous faire connaître leur nature et leur pronostic, ainsi que pour nous instruire de l'opportunité ou de la non-opportunité de l'intervention médicale.

De ce nombre sont surtout les récentes et remarquables recherches de notre savant collègue, le *dr* Rommelaere, recherches qui l'ont — comme on sait — conduit à constater que « dans les tumeurs de mauvaise nature, — quels que » soient leur siège et leur nature morphologique, — le » chiffre de l'urée urinaire quotidienne descend graduellement, et finit par rester inférieur à 12 grammes. »

Il serait surperflu d'insister encore sur les conséquences hautement utiles de cette loi, sur la portée de laquelle nous reviendrons par la suite.

Nous devons, avant d'aller plus loin, passer en revue les diverses données qui ont été jusqu'à présent recueillies au sujet de l'étiologie des tumeurs malignes.

C'est en recherchant quel peut être le lien commun entre ces divers renseignements, que nous pourrons espérer par-

venir à en tirer quelques conclusions, qui, si elles concordent avec les remarquables résultats obtenus par notre collègue, fourniront peut-être certaine lumière capable de nous conduire à la vérité.

Parmi les causes assignées à la production du cancer, l'hérédité est, sans contredit, l'une des plus importantes et l'une des plus décisives au point de vue de la nature diathésique de cette affection.

Acceptée par les uns, contestée par les autres, elle a donné lieu à des controverses qui peuvent légitimer certaines hésitations. Cependant de trop nombreux et de trop frappants exemples démontrent la transmissibilité du cancer par génération, pour qu'il soit permis de la nier.

Ce doute, qui s'expliquerait par la complexité des conditions nécessaires pour le développement du cancer, tendrait à prouver que celui-ci doit résulter d'un trouble profond, soit dans la composition, soit dans les rapports réciproques des divers éléments constituant de l'organisme.

Et, si l'on ne constate pas plus souvent la transmission de cette maladie, c'est surtout par la raison bien simple que la diathèse cancéreuse ne se manifeste en général que d'une manière tardive, à une époque de la vie, chez ceux pour qui elle est acquise, où les fonctions génésiques s'éteignent ou diminuent. De là, nécessairement, une transmission restreinte.

Pendant longtemps, on a admis — et cela a été la raison dominante des opérations précoces qui, jusque hier encore, étaient, pour un trop grand nombre de praticiens, le dernier mot de la thérapeutique du cancer; — on a admis disons-nous, que les tumeurs malignes, primitivement locales, n'infectaient l'organisme que consécutivement et à

la longue, pour réagir ensuite sur l'économie tout entière, de manière à produire les fatales conséquences que l'on sait.

En d'autres termes, on a supposé, et quelques-uns soutiennent encore aujourd'hui, que la diathèse ne serait que secondaire et consécutive au développement de la tumeur maligne.

Mais comment alors expliquer la formation première de celle-ci, ainsi que ces récidives opiniâtres, même après des opérations faites très tôt, et après l'ablation complète, radicale, de tout tissu suspect? Il nous paraît évident que les partisans de cette doctrine confondent ici la diathèse avec la cachexie.

En effet, l'observation journalière nous montre que toutes les diathèses, au début, peuvent être compatibles avec les apparences d'une santé parfaite, c'est-à-dire rester pendant un temps indéterminé à l'état latent ou de puissance, et ne devenir évidentes à un examen superficiel, qu'au moment où s'établit l'état cachectique qui, dès lors, ne laisse plus aucun doute.

C'est en nous permettant de constater, déjà longtemps avant l'établissement de celui-ci, la lésion profonde dont est frappée la nutrition intime, que les recherches de notre éminent collègue réalisent surtout un immense progrès. On conçoit d'ailleurs qu'à la suite du développement des tumeurs malignes, l'économie entière s'altère d'autant plus profondément et d'une manière d'autant plus précoce, que le cancer, d'après notre manière de voir, s'alimente en quelque sorte de la propre substance de l'organisme, en puisant très probablement dans ses éléments plastiques, intervertis, les matériaux nécessaires à une évolution cel-

lulaire déviée, primitivement née, selon nous, d'une stimulation azotée excessive.

La diathèse en acte ne tarde pas à produire la cachexie, en ajoutant, au vice humoral, une dénutrition rapide et une anémie profonde.

Bientôt la diminution des hématies, en ralentissant notablement les combustions organiques, produit, comme dans toute cachexie, l'hypothermie, et rend moins pressant le besoin de réparation nutritive ; l'appétit se perd ; un dégoût instinctif, général et presque caractéristique, des viandes s'empare du malade. Dès lors s'accuse rapidement tous les signes d'une déchéance physiologique radicale, qui conduit au marasme final.

Les conditions pathogéniques des tumeurs malignes nous paraissent donc indubitablement dominées par une disposition générale de l'organisme, encore inconnue dans son essence, en vertu de laquelle ces tumeurs tendent à se former et à se reproduire, et qui constitue la diathèse. Mais, qui dit diathèse dit nécessairement vice de nutrition, car la diathèse n'est autre, en effet, qu'une disposition vicieuse de l'organisme, résultant d'un mode de nutrition spéciale, déviée ou pervertie, en d'autres termes d'une dyscrasie.

Les tumeurs malignes étant des productions morbides formées d'éléments normaux à l'état embryonnaire, qui ne se distinguent par aucun caractère spécifique des autres éléments cellulaires, il est évident que leur malignité ne peut résider qu'en une viciation humorale, qui détermine une infection spéciale de l'économie.

Or, à défaut d'autres notions capables de nous guider dans la recherche de l'origine première de ces altérations, je crois nécessaire de poursuivre la discussion des diffé-



rentes circonstances qui ont été jusqu'à présent admises dans l'étiologie du cancer, afin de rechercher s'il s'y trouve quelques indices propres à nous éclairer sur la nature intime de sa production.

Parmi les causes qu'invoquent le plus volontiers les patients, et surtout les femmes, dans le développement des tumeurs malignes, les violences extérieures accidentelles, les coups portés sur certaines parties molles, l'action prolongée d'une pression ou de certains traumatismes répétés, sont acceptés par un assez grand nombre d'auteurs.

Mais cette cause qui, dans quelques cas, est irrécusable, ne peut évidemment qu'être occasionnelle, car un coup, quelque violent qu'il soit, un frottement répété, en un mot, une cause d'irritation ou d'hyperémie quelconque, doit, pour produire le cancer, c'est-à-dire, une manifestation spécifique, rencontrer une prédisposition spéciale, sans laquelle on ne peut concevoir le développement de ces néoplasmes qui se caractérisent par leur tendance fatale à la récursive; à moins toutefois de supposer que des contusions sourdes et prolongées puissent amener à la longue une altération d'abord locale de certains éléments, soit des tissus, soit plutôt du sang ou de la lymphe, capable de les transformer en une sorte de ferment spécial ou de modifier profondément la vie cellulaire.

Mais il semble beaucoup plus rationnel d'admettre que, sous l'influence d'une constitution morbide existant en puissance, c'est-à-dire, d'une viciation préexistante ou acquise, la manifestation matérielle de la diathèse se produit en un endroit plutôt qu'en tel autre, en vertu du principe *ubi stimulus, ubi fluxus*.

C'est même là encore, à notre sens, un indice que la

cause réelle de la diathèse réside dans une altération humorale, déterminée par la présence ou la rétention dans le sang d'un principe infectieux, capable de favoriser un développement cellulaire à évolution plus ou moins rapide, doué de la propriété de s'assimiler la substance nutritive des éléments organiques normaux. Ce serait de la même manière qu'originellement le tissu embryonnaire se développerait sous l'influence de certains reliquats azotés ou phosphatés introduits en excès dans l'organisme par une alimentation animale exagérée et détournés de leur destination physiologique, par certaines causes, au nombre desquelles les troubles de l'innervation peuvent certainement jouer un rôle très important.

Ceci nous conduit à dire quelques mots d'une des causes dont l'action paraît moins contestable encore que celle d'une irritation locale prolongée dans le développement de la maladie qui nous occupe : ce sont les influences morales dépressives, la tristesse, les soucis et, particulièrement, les préoccupations constantes, les peines concentrées ou contenues, les chagrins secrets et profonds, ainsi que la vie surmenée.

Or ces causes, surtout lorsqu'elles se répètent ou se prolongent, ne sont-elles pas aussi celles d'une nutrition intime viciée ou d'une perversion profonde des facultés digestives, ainsi que de la réparation cellulaire altérée. On sait quel retentissement les préoccupations intellectuelles, les impressions morales répétées ou les chocs impressifs exercent, par l'appareil ganglionnaire du sympathique, sur les organes digestifs et sur les phénomènes de la nutrition moléculaire.

Les observations cliniques nous portent à admettre que, sous l'influence de ces impressions nerveuses, le dédouble-

ment des matières albuminoïdes amorphes en produits cristallins dialysables plus riches en oxygène, peut être, sinon entravé, au moins profondément altéré, ou s'arrêter à une modification intermédiaire.

On ne saurait donc récuser, dans la production de la diathèse cancéreuse, l'importance majeure de cette cause puissante d'altération nutritive, dont l'influence n'avait pas échappé à l'observation des anciens, puisqu'ils considéraient le cancer comme engendré par *l'atrabile*.

Parmi les conditions individuelles de l'organisme relatives au développement du carcinome, l'observation nous montre encore que cette maladie se répartit d'une manière assez différente suivant les sexes, les tempéraments et surtout les âges.

Quant au sexe, les statistiques semblent prouver que les femmes y sont plus sujettes que les hommes, sans doute en raison de leur constitution plus lymphatique, de leur impressionnabilité plus grande et parce que, chez elles, ce sont les manifestations extérieures plus apparentes, telles que les cancers des mamelles ou de l'utérus, qui se montrent le plus souvent, tandis que chez les hommes, ce sont les productions internes profondes, squirrhes viscéraux, d'un diagnostic parfois obscur, qui, dans plus d'un cas, ont été confondus avec d'autres maladies.

Quant au tempérament, il est d'observation que c'est le plus ordinairement chez les sujets lymphatico-bilieus, chez les personnes d'un caractère impressionnable et mélancoliques, à professions sédentaires et dont les fonctions cutanées s'exécutent mal ou sont languissantes, que l'on rencontre le plus de cancéreux.

Enfin, au point de vue de l'âge, nous savons que le can-

cerse montre ordinairement pendant les années climatériques descendantes ; de 40 à 50 ans chez la femme, à l'époque de la ménopause ; un peu plus tard chez l'homme, vers l'âge auquel l'expansion prolifique, si je puis ainsi parler, fait place à une sédation sexuelle relative et à une épargne de fluides. De même que le tubercule se déclare au passage de la puberté à la virilité, dans la période où l'organisme réclame le plus d'éléments réparateurs, le cancer se développe pendant la transition de la virilité à la vieillesse, alors que la nutrition cellulaire subit en quelque sorte une pause critique par suite des modifications de la vie de relation et du ralentissement des processus organiques.

Mais, c'est particulièrement dans la distribution géographique du cancer que nous constatons les inégalités ou les différences les plus frappantes, et il est digne de remarque que l'on n'ait pas, jusqu'à ce jour, insisté sur ces circonstances, ni que l'on n'ait pas encore songé à en tirer les conséquences utiles qui, selon moi, peuvent en être déduites.

Si quelques rares auteurs ont noté, sans en conclure à aucun enseignement pratique, l'inégale répartition des tumeurs malignes suivant différentes zones, aucun, que nous sachions, n'a rattaché l'origine de ces différences à sa véritable cause, ni cherché à établir le rapport qui peut exister entre les différentes notions jusqu'à présent acquises au sujet de l'étiologie des tumeurs malignes, afin d'en tirer les données précieuses qu'elles comportent.

Hirsch, tout en insistant sur la fréquence du cancer dans l'Europe moyenne, remarque avec certaine raison combien jusqu'à ce jour, les statistiques relatives à cette affection sont encore incertaines, à cause de l'obscurité du diagnostic dans bien des cas de cancers internes.



Cette réserve faite, il semble que ce sont les relevés recueillis en Angleterre qui méritent le plus de confiance.

Or nous avons vu quelle était la fréquence progressive du carcinome dans ce pays.

D'autre part, le cancer est, sinon inconnu, tout au moins extrêmement rare dans les contrées tropicales et dans les pays chauds, spécialement en Égypte, où Hammon et Clot-Bey n'en ont guère, pendant un très long séjour, observé de cas parmi les indigènes.

Il en est de même d'après Polack, en Perse, et d'après Tobler, en Syrie. Riger affirme, qu'en Turquie même, le cancer est peu commun.

D'après Walshe, les tumeurs malignes seraient très rares dans l'Inde, et c'est ce qu'a confirmé tout récemment encore le dr Norman-Chevers, ancien professeur de médecine, à Calcutta. Elles sont également peu communes parmi les indigènes du Sénégal, et, dans l'Afrique centrale, le dr Livingstone a constaté leur absence, tandis qu'elles deviennent au contraire assez fréquentes à Alger et à Madère où l'on vit à l'européenne.

D'après Jourdanet, les productions malignes sont à peine connues dans les *Terras calientes* du Mexique, alors que dans les hautes régions de cette contrée dont le climat correspond à celui de nos latitudes, comme à Puebla et à Mexico, le cancer est aussi fréquent qu'en Europe.

Enfin, dans les autres régions tropicales et intertropicales de l'Amérique, dans la Guyane et dans certaines parties du Brésil, l'affection qui nous occupe est aussi à peine connue.

Quelle est la cause de cette immunité d'une part et de cette fréquence en d'autres lieux? C'est là, me semble-t-il

une question primordiale qui mérite que l'on s'y arrête, car sa solution peut nous fournir la clé, sinon de la curation, au moins de la prophylaxie d'une affection dont aucun moyen thérapeutique n'a pu encore triompher. Mühry, qui constate ces faits sans les expliquer, se borne, faute de raisons, à les rapporter à un *quid divinum* inconnu, c'est-à-dire qu'il confesse un aveu complet d'ignorance et le parti pris de n'en pas chercher l'explication.

Faudrait-il admettre comme facteurs dans la causalité climatologique qui nous montre une fréquence relativement excessive du cancer dans l'Europe moyenne les influences de la vie sociale, et les tumeurs cancéreuses seraient-elles une maladie de civilisation?

Les relevés de Hirsch, établis sur les statistiques anglaises, prouvent que la densité plus ou moins grande de la population n'a aucune influence marquée sur la malignité des tumeurs et que la civilisation, en tant que cause directe, n'est guère plus en rapport avec le développement de la maladie.

Le cancerisme paraît être, d'après les relevés d'Oesterlen, plus fréquent, il est vrai, dans les classes riches et aisées que dans les classes pauvres. Cependant les statistiques anglaises indiqueraient, au contraire, que cette affection est plus commune dans les campagnes que dans les villes.

Cette dernière assertion nous semble tout au moins contestable et nous paraît dépendre de ce fait que, dans les campagnes où les causes d'irritation extérieure sont plus fréquentes, ce sont les manifestations externes du cancer, les épithéliomes et les squirrhés, beaucoup plus apparents et d'un diagnostic patent, qui dominent; tandis que, dans les villes, de même que dans les classes riches et chez les

hommes, on rencontre plus souvent les manifestations internes de la diathèse, les cancers de l'estomac et des autres organes digestifs, ou, chez les femmes, ceux de l'utérus et de ses annexes, qui parfois ont pu être confondus avec d'autres lésions.

La cause des immunités géographiques, précédemment signalées, dépendrait-elle de la différence de races ou s'expliquerait-elle par la seule influence directe des climats?

Mais alors, comment l'observerait-on parmi des races très différentes, dans des régions fort éloignées les unes des autres, chez des peuples de mœurs et de religions variées, et pourquoi surtout le même fait d'immunité s'observe-t-il dans nos régions mêmes et sous nos latitudes, c'est-à-dire en dehors de l'influence climatologique que l'on serait enclin à supposer, parmi toute une catégorie d'individus, vivant, il est vrai, d'une vie spéciale, mais soumis à un régime sévère, presque exclusivement végétal?

En effet, un observateur consciencieux et sagace, d'un incontestable mérite, feu le dr De Breyne, ancien médecin à la Grande Trappe, en France, et trappiste lui-même, a constaté par une longue et judicieuse observation, l'excessive rareté, sinon l'absence absolue des tumeurs cancéreuses parmi ses compagnons.

D'après les renseignements que je suis parvenu à me procurer, le cancer serait aussi extrêmement rare dans nos climats parmi les carmélites, du moins chez celles qui sont depuis longtemps soumises au régime austère qui est dans leur règle, tandis que beaucoup succombent, par contre, à la phtisie tuberculeuse.

Nous devons, en outre, à l'obligeance d'un ami, ce renseignement curieux que le Prieur général des Chartreux,

visiteur de toutes les maisons, tant des religieux que des moniales de cet ordre, dans lequel l'usage de la viande est absolument interdit, n'a jamais connu ni entendu parler de cancers parmi ses administrés, depuis plus de 25 ans qu'il exerce ces fonctions, sur une population de plusieurs milliers d'individus.

Parmi les Augustines, ou sœurs dites de charité, qui vivent d'un régime animal ou mixte, ordinairement très substantiel, menant une vie sédentaire dans les maisons riches, le carcinome est très fréquent, et c'est surtout le cancer du sein que l'on observe chez elles. Ces organes étant, d'après leur règle, comprimés par une sorte de corset rigide, à busc transversal en acier, c'est ici la cause occasionnelle qui localise la diathèse.

Comme on le voit, par ce qui précède, il y aurait, au point de vue de l'influence du régime et de la manière de vivre sur la nature et le développement de certaines maladies, dans certaines corporations religieuses, un champ fécond d'observations à exploiter, dont on n'a pas, jusqu'à ce jour, tiré tous les enseignements utiles qu'il peut fournir.

Si maintenant nous cherchons quelle peut être la relation causale, le lien commun entre les diverses circonstances qui semblent exclure le développement des tumeurs malignes ou qui le favorisent, nous ne trouvons qu'une seule cause capable de l'expliquer, c'est le *régime nutritif* ou le mode d'alimentation, sur lequel aucun auteur, que nous sachions, n'a jusqu'ici appelé spécialement l'attention. Chacun sait, en effet, que la nature des climats et leur température, variant avec les latitudes, la nourriture fortement azotée, riche en phosphates et en sel marin des contrées tempérées fait instinctivement place, dans les pays



chauds, à un régime presque uniquement végétal, excluant les salaisons, et relativement riche, au contraire, en sels organiques de potassium.

Ainsi au Mexique, par exemple, tandis qu'une alimentation frugale suffit à l'habitant des terres basses et torrides, la nourriture doit être plus animalisée dans les régions élevées du pays, en raison de la vivacité plus grande de l'air. La sobriété des habitants du Midi est proverbiale. Le fellah égyptien ne vit que de quelques fruits, de pain grossier et de légumes, de même que le trappiste ou le chartreux de nos contrées, soumis à un régime sévère.

Il est d'observation, d'autre part, que l'Europe moyenne, où sévit avec le plus d'intensité le cancerisme, est aussi la zone où le régime animal est le plus excessif et où la consommation des viandes a augmenté dans la proportion la plus large depuis un certain nombre d'années.

Le Blanc, de son côté, a remarqué que, chez les animaux, le cancer est beaucoup plus commun parmi les carnivores ou les omnivores, que chez les espèces herbivores.

Frappé depuis longtemps des observations qui précèdent, nous avons énoncé à diverses reprises dans nos cliniques, comme dans nos leçons, les déductions pratiques que l'on pouvait en tirer pour l'étiologie, voire même pour la prophylaxie du cancer, lorsque les remarquables constatations de notre éminent collègue, Rommelaere, sont venues corroborer nos présomptions antérieures.

Récemment aussi, Beneke et Esmarch, s'inspirant sans doute d'observations analogues, ont préconisé comme unique traitement du cancer une alimentation très peu azotée et peu riche en phosphates.

Mais, revenant à l'interprétation de la nature même de la

spécificité cancéreuse, pourquoi voyons-nous chez tel individu, dans telle contrée, une tumeur qui débute aboutir à une production maligne, fatalement mortelle, et chez tel autre, soumis à un régime différent, à une production bénigne ?

Il est évident que, en dehors des maladies zymotiques ou virulentes, dont la nature dépend de celle du germe introduit du dehors, la cause n'en peut être cherchée que dans ce que l'on a appelé la constitution pathogénique de l'individu lui-même, c'est-à-dire dans cette résultante des conditions variables et plus ou moins nocives dans lesquelles celui-ci s'alimente et se développe.

Nous avons déjà reconnu que la nature morphologique de l'élément cellulaire des tumeurs malignes n'ayant absolument rien de spécifique, rien qui distingue celles-ci par leur structure des tissus normaux, il n'est guère possible de comprendre leur malignité, à moins d'admettre, comme notre honorable collègue, une altération nutritive spéciale, un vice humoral, si l'on peut encore employer cette expression, qui constitue l'état morbide latent ou la diathèse, laquelle peut, pendant un temps indéterminé, exister en puissance avant de se traduire en acte.

Quel que soit le caractère des éléments anatomiques qui forment les cancers, on peut, à notre sens, considérer ces néoplasmes comme résultant d'une déviation nutritive caractérisée par une prolifération épithéliale exagérée ou par des productions cellulaires ramenées ou plutôt limitées au type embryonnaire, et en quelque sorte détournées de l'évolution normale, soit par certains produits de dédoublement intermédiaire ou de combustion incomplète des éléments protéiques anciens, soit par l'introduction dans

l'économie, à la suite d'un régime trop exclusivement animal, d'un excès de chlorure de sodium ou de phosphates que l'on sait être des stimulants actifs de l'histogénèse rudimentaire.

Ne savons-nous pas aussi, par les recherches de Liebig sur les phénomènes osmotiques qui se produisent dans la salaison des viandes, qu'abstraction faite des matières organiques qui passent dans la saumure, celle-ci reçoit, en échange du chlorure de sodium, beaucoup de sels de potasse des tissus animaux, et que, si le sel marin employé renferme des chlorures de magnésium et de calcium, la saumure ne contient pas de phosphates.

Or, la saturation de l'organisme par un excès de chlorure de sodium, qui accompagne si largement le régime azoté dans nos contrées, doit évidemment modifier les phénomènes dialytiques de l'économie, en troublant le départ de certains produits destinés à être éliminés ou en favorisant l'élimination de certains autres.

L'usage des alcooliques, en ralentissant les processus d'oxydation des éléments protéiniques, ne peut que favoriser encore ces dispositions.

Il semble rationnel, en présence de la diminution constatée des résidus azotés de la nutrition normale, d'une part, et de la nutrition musculaire augmentée, d'autre part, d'en conclure que l'état diathésique du cancerisme ne peut résulter que d'un détournement des matières protéiques, c'est-à-dire des éléments albuminoïdes qui seraient absorbés au profit de la néoplasie, à peu près de la même manière que le chlorure de sodium est détourné au profit de certains exsudats inflammatoires, ou que la chaux l'est, pendant la grossesse, au profit du développement fœtal.

Dès lors, la réparation cellulaire progressive, ou nutrition normale ascendante, est entravée, sinon enrayée, et la réparation organique, une fois déchue à ce degré et s'alimentant sans cesse d'éléments altérés, est fatalement entraînée dans le même courant d'évolution avortée, en vertu de la loi physiologique de l'assuétude, qui expliquerait, selon nous, à la fois la tendance de l'organisme à la répétition des mêmes actes, la transmission héréditaire des mêmes dispositions, voire même l'appropriation des espèces à leur milieu.

Si les caractères morphologiques du cancer, qui ont fait l'objet de si nombreuses études, n'ont pu nous éclairer en rien sur la nature intime de la maladie, peut-être des recherches chimiques poursuivies dans le sens que nous indiquons, des analyses nouvelles et plus rigoureuses du suc cancéreux en même temps que du sang et des autres humeurs recueillies chez les sujets atteints de cette diathèse, fourniront-elles, par la suite, de meilleurs résultats.

Toujours est-il qu'actuellement, de tous les caractères propres à faire connaître la malignité d'une tumeur, il n'en est aucun de plus probant que celui fourni par les analyses de notre collègue le d<sup>r</sup> Rommelaere. Or, ce caractère constant, l'hypoazoturie, que de nombreuses vérifications ont rendu indiscutable, dénote évidemment un trouble profond de la nutrition cellulaire, qui confirme l'existence, pour la production des tumeurs malignes, d'un état diathésique spécial.

Mais pourquoi cette diathèse épargne-t-elle certaines catégories d'individus et frappe-t-elle particulièrement certaines autres ?



Quelles sont les causes qui la produisent? qu'est-ce qui crée, en un mot, la spécificité cancéreuse?

Pourquoi encore voyons-nous, à la suite de l'ablation de tumeurs malignes, la plaie guérir ordinairement d'une manière parfaite, et dans les meilleures conditions, mais la tumeur se reproduire peu de temps après, soit au même endroit, soit ailleurs?

Comment encore expliquer, que, chez le même individu, entre deux poussées diathésiques, entre deux expressions franchement cancéreuses, un travail de réparation qui suppose nécessairement une évolution plastique active, la prolifération cellulaire s'opère-t-elle d'une manière normale et aboutit-elle généralement à une guérison momentanée apparente?

Pourquoi ce temps d'arrêt après lequel le mal récidive avec plus de violence?

Ce dernier fait ne s'expliquerait-il pas par la nécessité, pour la production du cancer, d'un certain degré de saturation de l'organisme par le principe diathésique encore inconnu, mais qui, si ce n'est un microgerme parasitaire, doit vraisemblablement résider dans une altération soit qualitative, soit quantitative du plasma.

Cette saturation nécessaire expliquerait encore l'évolution tardive du mal dans la diathèse héréditaire transmise.

Si, comme le veut notre éminent collègue, « la viciation » nutritive ne résulte que d'une nutrition cellulaire altérée, » dont les résidus excrémentitiels, entraînés par la lymphe, » vont se déverser dans le sang » il reste toujours à expliquer comment et pourquoi cette nutrition cellulaire est primitivement altérée.

La même observation est applicable à l'opinion tout ré-

comment émise par le Dr C. Sappey, (Bull. de l'Acad. des Sciences de Paris, n° 14, p. 733, octobre 1883) qui, adoptant la doctrine de l'infection secondaire, rapporte l'origine du cancer à « l'altération et à la dégénérescence des globules blancs contenus dans les conduits de la lymphe, à la suite d'une cause inconnue. » — Comment s'est produite cette cause et quelle est-elle, sinon la diathèse elle-même? Toute la question est là; car il est évident, qu'il devient inutile, une fois que l'on admet cette cause, de recourir encore à l'infection consécutive, à l'altération globulaire, la même influence qui a agi pour créer celle-ci devant persister et rendant suffisamment compte de l'existence de l'état diathésique.

Les conditions probablement complexes et multiples dont la combinaison engendre le cancerisme nous échappent donc encore, à moins d'invoquer ici, au bénéfice de la diathèse, ce mot si commode de spécificité, que l'on appliquait jadis à la tumeur elle-même ou plutôt aux éléments cellulaires qui la constituent, spécificité prétendument locale et circonscrite à son origine, qui pendant longtemps a fait la fortune des anatomo-pathologistes.

La question ne serait donc que déplacée, ou plutôt elle nous ramènerait toujours à nous demander quelle est la cause intime primordiale de la spécificité diathésique, que celle-ci d'ailleurs soit innée ou acquise.

Réside-t-elle, comme nous nous le demandions plus haut en un microbe ou un ferment spécial dont les germes ne se développeraient que dans un terrain organique, préparé de certaine manière, dans un sol imprégné de tels ou tels éléments, ou consisterait-elle simplement en un principe excrémentiel soit normal, soit étranger, dont la rétention

ou l'accumulation dans l'organisme lui imprimerait un mode pathologique spécial?

Quelle part peuvent y prendre la constitution climatologique ou la constitution propre et le tempérament de l'individu, son alimentation ou son genre de vie?

Nous avons déjà répondu à quelques-unes de ces nombreuses questions que soulève l'étude si obscure du cancerisme et nous avons laissé entrevoir dans quel sens nous présumons que doit se trouver la solution des autres.

Il peut, d'après nous, exister, entre les éléments protéïques primordiaux et les produits cristallins d'excrétion, différents corps intermédiaires susceptibles de s'opposer à l'utilisation physiologique des principes albuminoïdes et, par suite, aux dédoublements successifs qui, normalement, devraient aboutir à l'urée.

Le cancer n'est, selon toute vraisemblance, que le résultat d'une déviation de certains éléments nutritifs ou le produit d'une évolution physiologique incomplète, troublée par la présence de certains résidus dont la rétention dans l'économie imprime à la vie cellulaire une direction anormale aboutissant à la dyscrasie. De celle-ci dérive alors la diathèse, car cette dernière implique nécessairement l'existence de la première.

On pourrait ici se demander si cette diathèse est protopathique, ne procédant que des conditions directes qui la font naître, on deutéropathique, et dérivant d'une autre maladie, dont elle ne serait que la transformation. Aurait-elle, comme tendrait à le faire croire l'hypoazoturie, signalée par Rommelaere, dans les deux affections, certaines affinités avec la tuberculose?

Mais le cancer se produit de préférence dans les organes

qui sont fréquemment le siège de stases veineuses et dans lesquels il est rare que se développent les tubercules.

On a dit d'ailleurs, et Bayle a, le premier, soutenu cette opinion, que la diathèse cancéreuse excluait la diathèse tuberculeuse ou vice-versà, et cette incompatibilité originelle s'explique encore jusqu'à un certain point par notre manière de voir. Car, tandis que, dans la tuberculose, il y a pénurie de matériaux nutritifs albuminoïdes, défaut d'éléments cellulaires et de phosphates, en un mot, misère physiologique, dans la diathèse cancéreuse, au contraire, l'histogénèse néoplasique est exubérante.

Il semble y avoir excès de matériaux viciés, de protoplasme altéré d'une certaine manière dont nous ne pouvons encore que soupçonner le mode de production.

Tandis que le tubercule, né sous une influence probablement microbienne, affecte une marche essentiellement régressive, le cancer d'une nature plus particulièrement végétative et envahissante, amène par son développement rapide, fatal, l'atrophie ou la destruction des tissus au détriment desquels il se développe.

Le Prof. Peter insiste, il est vrai, sur la fréquence assez grande et déjà notée d'ailleurs par Lebert, de la tuberculose succédant au cancer de certains organes, spécialement de l'estomac ou de l'œsophage, mais le clinicien français considère dans ces cas le tubercule, non pas comme dérivant de la diathèse cancéreuse elle-même — si, dit-il, diathèse il y a, — mais de l'atteinte grave portée par celle-ci à la nutrition « non parce que l'œsophage, par exemple, est » cancéreux, mais parce qu'il est rétréci et ne permet plus » une nutrition normale. »

Il considère, en un mot, la tuberculose comme consécu-



tive, dans ces cas, à l'inanition par les voies digestives.

D'une autre part, le cancer aurait-il avec la syphilis quelque connexité? Mais la production, l'évolution et la marche des deux affections sont trop différentes pour que l'on puisse songer à les rapprocher, et, les contrées que nous trouvons indemnes du cancer, sont loin de présenter la même immunité à l'endroit de la syphilis qui y est, au contraire, fort commune.

Les deux maladies peuvent d'ailleurs, se rencontrer ensemble chez le même sujet, sans que la syphilis enraie le moins du monde la marche du cancer, bien au contraire.

On ne pourrait pas davantage assimiler la diathèse du cancer à celle de la goutte, quoique ces deux affections puissent peut-être présenter certaines connexités d'origine, par la raison que, loin qu'il y ait dans celle-ci hypoazoturie, il y a excès d'acide urique et d'urates.

Dans la goutte, il n'y a pas, à proprement parler, viciation du sang, mais insuffisance de l'hématocausie; l'oxydation globulaire est incomplète plutôt par défaut d'exercice que par vice nutritif. Dans le cancer, par contre, il y a altération profonde du plasma et hypoglobulie; la production cellulaire se fait aux dépens de la lymphe altérée et la réparation plastique est intervertie au profit du développement de la tumeur maligne.

La spécificité de la diathèse cancéreuse doit donc consister en une altération primitive du sang, résultant, soit du mélange à celui-ci de certains éléments étrangers, soit de la diminution ou de l'augmentation de ses éléments normaux, soit d'une élaboration imparfaite de ceux-ci, soit enfin de l'accumulation de certains principes qui, normalement, doivent être éliminés sous forme d'urée.

Ces dernières suppositions nous paraissent les plus vraisemblables.

Nous sommes loin de prétendre que l'urée, par exemple, puisse, comme telle, servir à la constitution du tissu néoplasique, bien que rien ne s'oppose à admettre que l'excrétion azotée des reins ne s'opérant plus qu'incomplètement, les matériaux de celle-ci, quels qu'ils soient d'ailleurs, puissent modifier de telle manière les sécrétions gastro-intestinales que la peptonisation normale et la réparation cellulaire cessent de s'accomplir d'une manière régulière.

Nous sommes bien plutôt porté à croire à une évolution imparfaite des matériaux albuminoïdes, qui au lieu de parcourir tous les stades successifs de dédoublements ou d'oxydation, aboutissant à l'urée, n'atteindraient que certains degrés intermédiaires, en s'arrêtant à des combinaisons dont les conditions d'évolution ainsi que les effets dans l'organisme nous sont encore peu connus.

Un fait très remarquable vient ici apporter un nouvel appoint de probabilité à nos présomptions. C'est le résultat des expériences de Schultzen et Nencki, lesquels ont constaté, en faisant ingérer à des animaux de la sarcosine ou méthylglycocol, que la quantité d'urée diminue dans les urines, au point même de disparaître.

Ils expliquent ce fait par la circonstance que la sarcosine, en se combinant au dérivé organique des amides acides  $\text{CHAzO}$ , se substitue dans cette combinaison à l'ammoniaque qu'elle rencontre dans l'organisme et empêche par conséquent celle-ci de donner naissance à de l'urée en s'unissant au dérivé précédent.

Nous émettons en conséquence l'opinion que si la proportion de l'urée diminue d'une manière si frappante

dans l'élimination urinaire sous l'influence de la diathèse maligne, c'est parce qu'une partie des éléments albuminoïdes, dont l'urée est l'expression métamorphique ultime, est détournée au profit du néoplasme pathologique et que certains produits de leur transformation intermédiaire, sur la nature desquels une analyse chimique approfondie pourrait seule nous éclairer, n'arrivant pas jusqu'à la production de l'urée, intervertissent de telle façon la nutrition physiologique et les échanges moléculaires, que la réparation cellulaire normale devient impossible.

De là aussi cette émaciation rapide et cet affaiblissement profond du sujet, émaciation qui se caractérise spécialement par ce fait digne de remarque, qu'elle ne s'explique ni par de la fièvre, qui presque toujours manque dans l'évolution cancéreuse, ni par une activité plus grande des processus dénutritifs normaux, puisque, comme le prouvent les recherches de M. Rommelaere, l'hypoazoturie est constante dans cette affection.

Il existe donc entre ces deux faits pathologiques : l'amaigrissement excessif, l'autophagisme et l'hypoazoturie qui marchent ordinairement de front, une lacune, un écart qui ne peut s'expliquer que par la diathèse ; en d'autres mots, les deux termes de l'équation organique altérée présentent une différence dont la quotité s'exprime en quelque sorte par le développement du néoplasme. Les matières albuminoïdes étant détournées par la prolifération néoplasique, et l'hypoglobulie étant d'autant plus profonde que celle-ci est plus rapide, il doit nécessairement encore y avoir, dans le cancerisme, plus que dans aucune autre cachexie, hypothermie, et, par suite de ce fait seul, en dehors même des autres causes, hypoazoturie. Aussi, voit-on, dans la marche

du cancer, certains processus inflammatoires évoluer sans produire de réaction et sans déterminer une élévation de température sensible.

Quoique nous ne puissions pas encore nous fixer, faute de renseignements chimiques précis que le temps ne nous permet pas de prendre, sur la nature intime du principe cancéreux lui-même, le fait fondamental, essentiel que nous voulons dégager des considérations qui précèdent, c'est la fréquence et la progression croissante du cancerisme, en raison de la consommation également croissante des aliments azotés, et la coïncidence de son immunité avec un régime végétal. La diathèse maligne serait donc, d'après notre manière de voir, essentiellement primitive, c'est-à-dire se produisant dans le sang et dérivant d'une dyscrasie dont le facteur principal, l'élément efficient reste à déterminer, mais que certains indices nous permettent de soupçonner.

La cause pathogénique du cancer résultant d'une disposition végétative spéciale, favorisée ou stimulée par certains éléments qui doivent résider dans la constitution chimique des humeurs ou du sang et provenir d'une nutrition moléculaire viciée, serait-il déraisonnable de supposer que, sous l'influence d'une alimentation animale, chargée de phosphates et de sel marin, et riche en matériaux en voie de désassimilation, la nutrition, sous l'action combinée de certaines impressions nerveuses dépressives, se trouve enrayée ou altérée de telle sorte qu'il en résulte cet état dyscrasique profond qui constitue la diathèse maligne?

C'est vraisemblablement dans une analyse microchimique rigoureuse du sang et de la lymphe que l'on trouvera les



réponses aux nombreuses et intéressantes questions que soulève l'étiologie cancéreuse.

Jusqu'à ce jour, les investigations chimiques, pour ce qui concerne l'étude du sang dans le cancer, se sont bornées à y constater une augmentation de l'élément fibrinogène et une diminution des hématies, sans modifications appréciables dans la composition du sérum.

S'il est vrai, comme l'avance M. le Prof. Rommelaere, que « dans certains états organiques, l'économie n'est pas capable de digérer convenablement les aliments azotés, et » que la nutrition cellulaire étant viciée, surtout pour la » digestion des albuminoïdes, il en résulte une incapacité » de former de l'urée qui se traduit par de l'hypoazoturie », on devrait en conclure que, sous l'influence d'une cause que nous cherchons, et dans certaines circonstances indéterminées, il y a, soit insuffisance des peptones, soit altération de ceux-ci, mais, de toute manière, assimilation vicieuse ou désassimilation imparfaite des éléments albuminoïdes.

Or, comment expliquer dans ces conditions la formation d'éléments cellulaires normaux embryonnaires et le développement rapide de tumeurs parfois considérables?

Il semble plus probable qu'il y a dans la diathèse cancéreuse, non pas défaut ou manque de peptones, mais déviation de ces éléments, qui, par suite d'un mode biologique avorté, n'atteindraient plus les transformations physiologiques ultimes, et il ne serait pas impossible que certains produits d'excrétion intervertis ou intermédiaires entre l'albumine et l'urée, jouent ici un rôle que l'on n'a pas, que je sache, soupçonné jusqu'à présent et que nous nous sommes borné à indiquer.

Peut-être encore pourrait-on supposer que, si l'urée résulte des modifications que fait subir aux éléments protéiques l'oxygène organique ozonifié, le vice de nutrition qui caractérise la malignité est engendré par un défaut d'oxydation, dépendant lui-même, soit d'une altération spéciale de certains principes du protoplasme vivant dont le rôle serait de fixer et de céder alternativement l'oxygène ou de le transformer en oxygène actif, soit de ce que le processus normal d'oxydation ou d'évolution cellulaire se trouve enrayé par l'action réductrice ou toxique qu'exerceraient certains poisons organiques de nature animale?

Qui nous dit, en effet, que cette constitution morbide grave ne pourrait pas être engendrée encore par le développement dans l'organisme vivant, de certains principes toxiques dérivés des éléments azotés et analogues aux ptomaïnes de Selmi, lesquelles, comme on le sait, se forment aux dépens des matières albuminoïdes?

On pourrait, il est vrai, objecter qu'en pareil cas on observerait plutôt les effets immédiats d'une intoxication virulente aiguë, ou des phénomènes analogues à ceux qui ont été déjà expérimentalement produits chez les animaux à l'aide de ces alcaloïdes, et assez semblables aux accidents observés dans l'intoxication par certains champignons vénéneux ou par le poison botulique des boudins fumés ou de certaines viandes de conserve.

Mais, outre que, dans les ptomaïnes, il en est de diverses variétés, douées sans doute de propriétés différentes, on pourrait admettre aussi leur production lente et graduelle à doses en quelque sorte infinitésimales, capables de réagir sur d'autres éléments de l'organisme, de manière à produire, au lieu d'une intoxication aiguë, une infection chro-

nique de l'économie, par suite de laquelle les fonctions nutritives seraient intimement perverties et la vie cellulaire profondément atteinte ou frappée de paralysie.

Quoi qu'il en puisse être des hypothèses qui précèdent et quelle que soit la nature réelle du principe qui constitue la spécificité de la diathèse cancéreuse, nous ne voulons, pour le moment, tirer de ces aperçus qu'une seule conclusion, c'est, nous le répétons, que la cause pathogénique du cancérisme naît vraisemblablement d'un régime trop exclusivement animalisé qui a pour effet de saturer l'économie de certains produits, sous l'influence desquels les éléments cellulaires normaux sont frappés d'une sorte d'insénescence, laquelle fait place, dans l'évolution nutritive nouvelle, à des productions limitées au stade embryonnaire.

Je me suis borné dans cette esquisse très incomplète à développer quelques idées que je ne prétends nullement présenter comme faits scientifiques acquis, mais comme de simples présomptions, destinées à provoquer des investigations plus précises qui exigeraient un temps et une patience que je ne puis consacrer à ces sortes de recherches.

Il me suffit d'avoir indiqué quelques questions qu'il serait peut-être intéressant d'examiner et qui me paraissent ne pouvoir être résolues que par la chimie pathologique, beaucoup trop négligée de nos jours par suite d'un entraînement trop exclusif vers les études microscopiques.

Quant aux déductions pratiques que je crois pouvoir tirer des faits rapportés dans ce travail, elles se bornent, ainsi qu'on l'aura déjà pressenti, à préconiser contre le développement de la diathèse qui nous occupe, le changement d'habitat, de lieu, mais surtout de régime, seuls

moyens qui, dans les états diathésiques, soient réellement capables de modifier une disposition pathogénique, souvent innée, qui constitue presque une autre nature.

Aux personnes atteintes de tumeurs suspectes ou à celles que menace héréditairement la fatale diathèse, nous conseillerions donc le séjour dans un climat chaud, les atténuants cellulaires, les sels de potasse à acides organiques, l'usage des purgatifs et de l'hydrothérapie, aidée de la gymnastique et d'un exercice modéré, mais surtout, une alimentation frugale, réservée, la diète végétale, l'abstention des alcooliques, et, autant que possible, une vie calme, régulière, exempte de soucis et de ces chagrins profonds, auxquels malheureusement on ne commande pas, mais que peuvent, jusqu'à un certain point, prévenir ou tout au moins atténuer la simplicité des mœurs, l'exemption de toute ambition absorbante et, par dessus tout, une saine et forte philosophie !

**3. CANCER du sein traité et guéri sans opération (cancer ou non, puisque les chirurgiens consultés voulaient extirper ce sein sous le nom de cancer, la clinique médicale a le droit de revendiquer, sous ce nom, l'honneur d'avoir guéri cette tumeur sans opération); par le dr BOËNS, correspondant.**

I. — On me dira sans doute encore : ce n'était pas un cancer puisque vous l'avez guéri sans opération ? Je le veux bien : ce n'était pas un cancer du sein. Mais quel nom donnerez-vous à cette tumeur ancienne, dure, bosselée, adhérente à la peau, qui occupait toute la substance de la glande mammaire gauche ; qui avait résisté aux traitements médicaux antérieurs ; qu'un vieux praticien de Jemeppe-sur-Sambre avait déclaré incurable sans opération ; qu'un ancien chi-



rurgien de Marchienne-au-Pont, réputé dans son canton comme une spécialité pour les maladies cancéreuses, avait également diagnostiquée comme étant un cancer dont l'extirpation prochaine était urgente, vu l'état cachectique du sujet et le développement du mal local ?

Je l'ai dit dans un précédent travail (1), l'expression : *cancer* est un terme classique vague, ambigu, qu'on applique à tort et à travers, depuis des siècles et des siècles, à une foule de tumeurs aussi dissemblables par leurs causes, leur marche, leur aspect et leurs conséquences que par leur nature. On a essayé de mettre un peu d'ordre dans ce gâchis. Le microscope avait paru destiné à produire cette heureuse réforme. Là, comme dans d'autres circonstances, il a pu être de quelque utilité ; mais il est resté impuissant. C'est à la clinique, à l'observation médicale attentive, sérieuse, scrupuleuse, qui remonte aux origines complexes ou multiples d'un produit morbide, qui analyse toutes les péripéties de son évolution, et note toutes les modifications heureuses ou malheureuses qu'il subit sous l'influence des agents qu'on lui oppose, ou des conditions générales et locales dans lesquelles on le place, que cette grande tâche incombera définitivement.

En attendant, je continue à combattre toutes les tumeurs hyperplasiques, atoniques, indolentes, sous-cutanées, qui se présentent à mon observation, par une thérapeutique qui me semble rationnelle, parce qu'elle repose sur des prin-

(1) *Cancer du sein guéri sans opération*. Ce travail a été inséré dans le *Bull. de l'Acad. roy. de médecine de Belgiq.*, 3<sup>e</sup> série, t. XVII, n<sup>o</sup> 1, p. 68-80. Il comprend deux parties : la première est consacrée à des généralités sur les tumeurs cancéreuses ; la seconde rapporte deux cas de tumeurs réputées cancéreuses, guéries sans opération par un traitement médical.

cipes biologiques nettement définis et qu'elle produit des résultats prévus.

J'ai cité, naguère, un cas (1) de guérison de tumeur, réputée cancéreuse du sein par des chirurgiens de Roux et de Jumet, qui devait être enlevée à l'aide du bistouri, aussitôt que la patiente se serait résignée à subir l'opération. Depuis lors, j'ai traité par la même méthode, avec le même succès, plusieurs produits pathologiques sous-cutanés de cause, de nature, de forme et de siège différents; permettez-moi de vous relater le plus récent et le plus curieux de ces faits, dont le sujet est sous vos yeux.

II. — Madame Lorette, de Jemeppe-sur-Sambre, est venue me consulter pour la première fois le 31 août dernier.

Elle est âgée de 39 ans. Elle a eu 4 enfants, dont le dernier a 22 mois. Le sein gauche est très volumineux, dur, bosselé, adhérent à la peau; des douleurs lancinantes s'y font sentir depuis près d'une année. Au fond du creux axillaire existe un noyau ganglionnaire, dur, indolent. Le teint est mauvais, la face amaigrie, terne.

Les médecins consultés antérieurement ont été d'avis que le mal devait être extirpé le plus tôt possible à l'aide du bistouri.

La tumeur s'est produite lentement deux années après la naissance du premier enfant, le seul qui ait pu être allaité par le sein gauche. Le sujet, d'un tempérament sec et ner-

(1) M<sup>me</sup> Heureux-Draily, de Roux, dont il a été question dans ma précédente communication et dont la guérison est complète, a suivi un traitement médical pendant près de cinq mois (du 1<sup>er</sup> février 1882 au 24 juin.)

Il y a dix ans, j'aurais partagé l'avis des chirurgiens qui ont été consultés par M<sup>me</sup> Heureux-Draily, M<sup>me</sup> Genaux (*Bulletin précité*, p. 77) et M<sup>me</sup> Lorette, et qui tous avaient conclu, dans ces trois cas, à l'existence d'une tumeur cancéreuse du sein et à l'urgence de l'extirpation de l'organe affecté au moyen du bistouri.

veux, ne présente d'engorgement ganglionnaire nulle part ailleurs qu'à l'aisselle gauche. Les voies digestives sont en mauvais état; il existe un état fébrile léger mais continu. Les fonctions utérines se font bien, mais avec diminution du flux périodique. Les urines sont aqueuses, peu chargées de matières salines.

J'institue le traitement suivant : six sangsues sur le sein malade; à l'intérieur quelques doux laxatifs d'une potion alcaline aromatisée. Je fais appliquer sur la tumeur un peu de saindoux et d'huile de colza trois fois chaque jour; et je recommande de tenir tout le sein enveloppé d'une épaisse couche d'ouate. Régime lacté. Repos absolu du bras gauche.

*Le 7 septembre*, la malade revient. J'ordonne cinq sangsues et puis un emplâtre de Bavière ou de Vigo sur toute la tumeur. Régime semi-tonique : viandes blanches, légumes verts bien cuits.

*Le 21 septembre*, les douleurs locales sont beaucoup diminuées. L'engorgement du sein est réduit d'un quart, surtout vers la partie inférieure. Mais un trou de sangsues s'est ulcéré et donne issue à un liquide séreux limpide, très abondant. A partir de cette ulcération, qui occupe la partie interne supérieure de la tumeur, il s'est produit un décollement de la peau, de haut en bas, sur une longueur de 3 à 4 centimètres. Je pratique une contre-ouverture au bas de ce décollement. Pansement au genièvre. La malade n'ayant pas beaucoup d'appétit, je supprime les alcalins et lui prescris une potion amère de petite centaurée, aiguisée d'élixir de Garus et de sirop de quinquina rouge. Troisième application de sangsues, au nombre de 5, et renouvellement de l'emplâtre anodin. Régime mixte, reconfortant, viandes, légumes, aromates, bière jeune, pas de vin, mais bon café.

*Le 7 octobre*, les douleurs ont à peu près disparu. La tumeur est réduite de plus de moitié. Un léger érysipèle très circonscrit est survenu dans la partie supérieure du mal. Le trajet fistuleux persiste avec suintement séro-purulent. J'incise ce trajet d'un bout à l'autre et je remplace l'emplâtre de Bavière par l'emplâtre de poix bourgogne blanche. L'appétit, les forces, le teint étant notablement amendés, je substitue une potion alcaline iodurée à la préparation amère. Application nouvelle de 4 sangsues sur ce qui reste de la tumeur.

*Le 22 octobre*, l'ulcération cutanée est élargie, elle occupe l'espace d'une pièce de deux francs. Le suintement séreux continue le long de la plaie linéaire qui part de cette cicatrice et aboutit au-dessous du mamelon. La tumeur est diminuée de plus des trois quarts. Elle est mobile et moins dure. J'ordonne la continuation de la potion alcaline (sulfate de soude 8 gram., carbonate potassiq. 4 et iodure potas. 4 pour 300 gram. d'eau : 1 cuillerée à potage, soir et matin). Régime mixte, réparateur, comme auparavant. Repos relatif du bras gauche. L'emplâtre est renouvelé. Pansement de l'ulcère avec l'onguent de Bavière, qui est doux, mais légèrement irritant.

*5 novembre*. La tumeur diminue de plus en plus. Je constate un peu de sensibilité dans le sein, qui doit être attribuée à ce fait que la malade, se comptant guérie et jouissant d'une santé excellente, s'est livrée à des travaux musculaires pénibles avec les deux bras, en portant de lourds sacs au grenier. L'ulcération cutanée tend à la cicatrisation, le suintement séreux est passé, le pus qui se montre en petite quantité est bien lié, consistant, de bonne nature. J'y fais appliquer un morceau de taffetas rose qui sera renouvelé



tous les jours. Je remplace l'emplâtre par une pommade alcaline et je conseille encore six sangsues vis-à-vis du mamelon, au bas du noyau restant de l'ancienne tumeur.

22 novembre. La tumeur est réduite à un noyau de la grosseur d'une noix; elle est mollassse, souple, et fournit un pus très liquide, séreux, parfaitement homogène, qui s'écoule peu à peu par la petite plaie du sein. Celle-ci est beaucoup diminuée et recouverte de bourgeons charnus d'excellent aspect. Santé générale parfaite. Absence complète de douleur, d'inflammation locale. Le sein a repris sa souplesse et son volume ordinaire. Le petit ganglion axillaire a disparu.

La guérison sera radicale avant la fin de l'année; mais je n'ai pas voulu attendre ce moment-là pour montrer la malade aux membres de l'Académie de médecine.

Le 24 novembre, à midi, ils ont pu juger *de visu* de l'état des parties affectées et de la marche de la maladie, la tumeur étant en pleine voie de résolution et par absorption ou résorption interstitielle, et par élimination au moyen des sangsues et de la suppuration externe.

III. — On peut résumer en quelques mots toute l'économie de ce traitement.

Comme je l'ai dit dans une précédente communication sur le traitement médical des tumeurs fibro-plastiques réputées, à tort ou à raison, pour être de nature cancéreuse, les sangsues provoquent dans les dépôts hyperplasiques un dégorgement, en vertu duquel, le sang et la lymphe, extraits par ces précieux annélides, sont remplacés de proche en proche par le sang et la sérosité des tissus voisins, dont les éléments cellulo-vasculaires ne sont pas encore envahis par

l'empâtement pathologique. Il résulte de là des courants interstitiels, qui occasionnent un mouvement ou un ébranlement atomique dans la masse de la tumeur. Or, tout courant et tout mouvement, dans la vie organique ainsi que dans la vie inorganique, produisant comme conséquences inévitables de la chaleur et de l'électricité, il s'établit dans ces tumeurs, sous l'action réitérée des sangsues, un double travail d'*inflammation*, par le calorique qui se dégage, et de *résorption*, par les liquides sanguins et lymphatiques nouveaux qui affluent des alentours.

C'est pour faciliter ce double travail de désagrégation locale que je recommande après les sangsues, l'application de cataplasmes chauds, de pommades, d'emplâtres résolutifs anodins et d'ouate, sur la tumeur ; et que, d'autre part, je m'attache à reconstituer la santé, à stimuler et aviver toutes les grandes fonctions de l'économie par les moyens rationnels qui conviennent à chaque sujet en particulier, tout en favorisant la rénovation des sucs et des éléments plastiques de l'organisme à l'aide des alcalins, dont les propriétés dissolvantes sont bien connues.

Dans le même genre d'idées thérapeutiques, je rappellerai le cas de M<sup>lle</sup> B..., que j'ai cité dans ma précédente communication sur le cancer. (Bullet., 3<sup>me</sup> série, t. XVII, n° 1, pages 69-70). Depuis plus de 13 années que je soigne cette personne, qui a 73 ans, il m'est arrivé de faire appliquer, de temps à autre, deux, trois ou quatre sangsues sur le sein ulcéré, évidemment cancéreux, quand une surexcitation inflammatoire s'y manifestait par des douleurs fréquentes, tuméfaction et chaleur insolites. J'ai combattu de cette manière des états congestifs avec réaction plus ou moins vive, par un dégorgement sanguin circonscrit, qui modérait le

travail de désorganisation en train de s'accomplir. Comme particularité moins rare qu'on ne le croit, il faut noter que malgré un cancer ulcéré, plus ou moins fétide du sein, M<sup>lle</sup> B... ne présente et n'a jamais présenté d'engorgement ganglionnaire à l'aisselle.

Grâce à ces soins médicaux et à un régime alimentaire, approprié à son âge, M<sup>lle</sup> B... se porte parfaitement encore aujourd'hui.

RÉFLEXION. — Je n'en ferai qu'une ; mais elle est topique. C'est concernant le diagnostic différentiel du cancer.

On a vu, dans ma première communication et dans celle-ci, quatre chirurgiens, aussi intelligents et aussi instruits que nos plus habiles praticiens, déclarer l'existence d'un cancer du sein chez M<sup>me</sup> Heureux-Draily, de Roux, et chez M<sup>me</sup> Lorette, de Jemeppe-sur-Sambre, et en proposer l'extirpation par le bistouri, à bref délai, sous peine de suites funestes, dans quelques mois.

J'ai traité médicalement et guéri ces deux malades.

Des faits analogues se produisent probablement chaque jour. Que de seins cancéreux ou prétendus cancéreux, et diagnostiqués comme tels, n'enlève-t-on pas et n'a-t-on pas enlevés, dans la pratique chirurgicale ?

Or, quel caractère distinctif avons-nous pour déterminer, à priori, si telle tumeur du sein est ou n'est pas essentiellement cancéreuse ? On peut à cet égard formuler l'opinion suivante, en partageant en deux grandes classes les résultats de ces nombreuses opérations : *les cas qui récidivent* et amènent fatalement la mort, une mort cruelle, étaient de vrais cancers ; *les cas qui ne sont pas suivis de récidives* n'étaient que des tumeurs hyperplasiques, des mammites

chroniques non encore dégénérées, mais qui, sous l'influence de certaines causes générales ou locales, eussent pu devenir cancéreuses par la transformation interstitielle de leur substance, ainsi que MM. Bouchardat, Peter et Béchamp l'admettent pour divers protoplasmes anormaux ou pathologiques.

Ce diagnostic *à posteriori* est de la force de celui qui établit la distinction entre le *choléra asiatique, dont on meurt*, et le *choléra nostras, qui ne tue pas souvent*.

Cela étant, quoi qu'en disent les chirurgiens les plus fanatiques des opérations sanglantes, j'ajoute que jusqu'à plus ample enseignement relativement au cancer, *on ne doit plus extirper aucun sein sous prétexte de dégénérescence cancéreuse*.

De deux choses l'une : le sein est cancéreux ou il ne l'est pas. S'il est cancéreux, il y aura généralement récurrence, ainsi que cela arrive journellement après les opérations les plus complètes. S'il n'est pas cancéreux, son ablation serait sans danger; elle ne serait pas suivie de récurrence, sans doute; c'est le cas des extirpations réussies qui forment la seconde classe des résultats opératoires. Mais aussi, c'est le cas du traitement médical rationnel que je préconise contre les tumeurs hyperplasiques du sein, si anciennes qu'elles puissent être, et dont j'ai cité deux exemples remarquables.

Donc, règle générale : je n'opère plus de cancer du sein, jusqu'à nouvel ordre.

Si j'ai affaire à des cancers avérés, ulcérés ou non, avec cachexie constitutionnelle, je soigne le mal et la malade, comme je soigne M<sup>lle</sup> B... depuis quinze années; mais je n'opère pas, parce que la récurrence et la mort seraient à peu près certaines.

Si j'ai affaire à des pseudo-cancers, c'est-à-dire à ces tu-



meurs adhérentes, anciennes, qui ont toutes les apparences d'un cancer en voie d'évolution cellulaire et que les chirurgiens, moi comme les autres, ont toujours prises et enlevées pour de véritables cancers, je leur oppose, comme pierre de touche, le *traitement médical*, qui dure en moyenne 5 à 6 mois, et je les guéris.

Bref, traitons *médicalement* nos *pseudo-cancers* pour les guérir et nos vrais *cancers* pour entretenir la vie des malades. Mais, n'opérons plus ceux-ci, parce qu'ils récidivent, ni ceux-là, parce que les sangsues et autres agents thérapeutiques locaux et généraux en triomphent, moitié par résorption interstitielle progressive, moitié par suppuration lente, anodine de leur substance.

Ceci paraîtra peut-être un *paradoxe* aux yeux de bien des classiques ; mais ce paradoxe d'hier pourrait être encore une *vérité* de demain.

### III. — COMITÉ SECRET.

1. Dépôt du rapport de la commission chargée d'apprécier le mémoire de concours, envoyé en réponse à la question suivante :

« Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles. »

— Ce rapport sera imprimé et distribué, pour être discuté dans la prochaine séance.

2. Nomination de la commission de comptabilité.

Sont nommés : MM. Bellefroid, Depaire et Janssens.

3. Election du second vice-président de l'Académie.

Cette élection est ajournée à la prochaine réunion, l'Académie n'étant plus en nombre pour y procéder.

— La séance est levée à deux heures.

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ALBRECHT (P.). Sur la valeur morphologique de l'articulation mandibulaire, du cartilage de Meckel et des osselets de l'ouïe, avec essai de prouver que l'écaille du temporal des mammifères est composée primitivement d'un squamosal et d'un quadratum. Bruxelles, 1883; 8°.
- Note sur le pelvisternum des édentés, avec des observations morphologiques sur l'appareil sternal des animaux vertébrés. Bruxelles, 1883; 8°.
- ARMY MEDICAL DEPARTMENT report for the year 1881. London, 1883; vol. 8°.
- BURDEL (E.). La vigne et le vin. — Manuel du planteur de vigne dans les terrains pauvres et spécialement dans la Sologne. Paris, 1881; vol. 12°.
- Étude générale sur les eaux potables en Sologne au point de vue de l'hygiène, avec examen hydrotimétrique et analytique. Romorantin, 1882; 8°.
- CHARLES (N.). De la vaccine. Liège, 1883; 8°.
- CHAVÉE-LEROY. — Réflexions sur la dosimétrie et les inoculations. Laon, 1883; 4°.
- COMMISSION ROYALE POUR LA PUBLICATION DES ANCIENNES LOIS ET ORDONNANCES DE LA BELGIQUE. — Coutumes du pays et comté de Hainaut. Introduction. Bruxelles, 1883; vol. 4°.
- Coutumes des pays et comté de Flandre. — Coutume du Bourg de Bruges. Tome II. Bruxelles, 1883; vol. 4°.
- CRISMER (L.). Réorganisation du stage pharmaceutique. — Rapport présenté, au nom d'une commission, au Cercle médical Liégeois. Liège, 1883; 8°.
- DENIS (J.). Nouvelles écorces de quinquina à employer en médecine. Anvers, 1883; 8°.
- DEROUBAIX. — Quelques mots à propos du nouveau projet de loi sur l'enseignement supérieur. Bruxelles, 1883; 8°.
- DESGUIN (L.). Diphtérie grave; croup et bronchite pseudo-membraneuse; trachéotomie *in extremis*; pulvérisations phéniquées; projections d'acide borique dans la trachée; guérison. Anvers, 1883; 8°.
- DIE IMPFDEBATTEN im Deutschen Reichstage am 6. und 12. Juni 1883. Leipzig, 1883; 8°.
- DUVAL (E.). La fièvre typhoïde et ses divers traitements et la doctrine Pasteur à l'Académie de médecine. Paris, 1883; 8°.
- ERLENMEYER (A.). Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. Auf Grund eigener Beobachtung und Erfahrung. Leipzig, 1883; Band 8°.

- EVRAUD (L.). La santé du peuple. Bruxelles, 1883; vol. 12°.
- FIRKET (C.). Du but et de l'organisation des services d'autopsies. Liège, 1883; 8°.
- GUERMONPREZ (F.). Note sur un cas de cysticerque du sein. Lille, 1883; 8°.
- Étude sur les plaies des ouvriers en bois. Paris, 1883; 8°.
- INGELS (B.-C.). Statistique médicale de l'hospice Guislain pendant l'année 1882. Gand, 1883; 8°.
- JANSSENS (E.).— a.) Traduction d'un travail du dr J.-B. Bono, intitulé : *De la réfraction oculaire dans ses rapports avec l'indice céphalique.*  
— b.) Communication relative aux cartes somatologiques individuelles dont il est fait usage dans les écoles publiques de Bruxelles. Bruxelles, 1883; 8°.
- KAYSER (A.). *Vade-mecum* du comité local de salubrité publique de Schaerbeek. Schaerbeek, 1883; 8°.
- LEFEBVRE (F.) et DEBAISIEUX (T.). Cours de médecine opératoire, fait à l'Université catholique de Louvain. Tome II. Lierre, 1883; vol. 8°.
- MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Recueil des lois, arrêtés et règlements sur la police sanitaire des animaux domestiques. Bruxelles, 1883; vol. 8°.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — Recueil consulaire. 1<sup>re</sup> livraison du tome XLV. Bruxelles, 1883; 8°.
- SANSON (A.). Espèce chevaline. — Races dolichocéphales. (Extrait du *Traité de zootechnie.*) Liège, 1883; 18°.
- SCHIFF (M.). Ueber die Funktionen des Kleinhirns. — 2<sup>te</sup> vorläufige Mittheilung. Bonn, 1883; 8°.
- SOCIÉTÉ DES ÉLEVEURS BELGES. — Statuts. Liège. 1879; 12°.
- TYPALDOS (C.-P.). Du typhus observé à Athènes en 1868. Athènes, 1883; vol. 8°.
- VANDER HAEGHEN (F.). *Bibliotheca belgica*; bibliographie générale des Pays-Bas; 37<sup>e</sup>, 38<sup>e</sup>, 39<sup>e</sup> et 40<sup>e</sup> livraisons. Gand, 1883; 12°.
- WEHENKEL (J.-M.). Mort et funérailles de Thiernesse et Delwart. Bruxelles, 1883; 8°.
-

---

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1883.

—  
PRÉSIDENCE DE M. CROQUET  
—



La séance est ouverte à midi.

— Après l'adoption du procès-verbal de la précédente séance, le secrétaire donne le résumé des communications à faire à la Compagnie.

I. — COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE.

M. le Ministre de l'Intérieur adresse :

a). Un exemplaire du rapport, publié en hollandais et présenté au Roi, sur la situation sanitaire des Pays-Bas, pendant l'année 1882 ;

b). Le 1<sup>er</sup> fascicule du t. VIII de la *Biographie nationale* ;

c). Un exemplaire des rapports médicaux publiés, en anglais, par ordre de l'inspecteur général des douanes de l'empire chinois, pour le semestre échu le 31 mars 1883.

— Remerciements à M. le Ministre pour sa gracieuse attention.

— Le 16 novembre dernier est décédé à Bologne, à l'âge de 66 ans, M. le professeur J.-B. Ercolani, membre honoraire de l'Académie depuis le 29 avril 1882.

Une lettre de condoléance sera adressée à la famille du regretté défunt.

— Deux mémoires ont été transmis au secrétariat, dans le but de prendre part au concours de 1881-1883 pour le prix fondé par un anonyme, concours dont la question est formulée en ces termes :



« Élucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

» *Prix : 8,000 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1883.*

» Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

» Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie. »

L'un de ces mémoires porte pour épigraphe : *Quicquid in sanis edit actiones sanas, idipsum in morbis edit actiones vitiatas* (Van Helmont);

L'autre a pour devise : *Traditionem pondero, doctrinam respicio, sequor veritatem.*

La commission chargée de l'appréciation de ces mémoires sera nommée dans le comité secret de la séance de ce jour.

— A l'occasion d'une circulaire, relative à une statue à ériger à Joseph Guislain, qu'il vient de recevoir, M. Burggraeve écrit qu'il a fait à l'Académie, en 1867, la proposition d'élever un monument artistique au célèbre médecin aliéniste de Gand, qui fut un des membres les plus distingués de la Compagnie.

M. le secrétaire ajoute qu'en saisissant l'Académie de sa proposition, M. Burggraeve avait déclaré qu'il voulait laisser à la Compagnie l'initiative du vœu à émettre à ce sujet et que la proposition qu'il avait faite avait été renvoyée à l'avis d'une commission composée de cet honorable mem-

bre et de MM. Bellefroid et Lequime, auxquels avait été adjoint feu le regretté Bulckens, correspondant.

Le procès-verbal de la séance que cette commission a tenue, le 30 novembre de la susdite année, constate qu'elle fut d'avis qu'il n'y avait pas lieu de se prononcer, *hic et nunc*, sur la proposition de M. Burggraeve et qu'il convenait, dans l'occurrence, de laisser prendre l'initiative par les autorités que la chose concerne.

En conséquence, la commission avait ajourné l'examen de la proposition qui lui était soumise.

Dans la lettre qu'il vient d'adresser au bureau, M. Burggraeve renouvelle sa proposition et lui demande d'en saisir l'Académie.

M. le secrétaire donne lecture de cette lettre et de la circulaire qui y est mentionnée.

**M. Ingels** obtient la parole; il remercie son honorable collègue de Gand de son intervention et déclare qu'il espère voir la Compagnie accorder son patronage à l'œuvre entreprise par le comité organisateur de la souscription dont il est le secrétaire.

La proposition de M. Burggraeve est prise en considération et renvoyée à l'avis de MM. Boddaert, Hambursin et Lefebvre.

— La parole est rendue à M. le secrétaire pour continuer l'analyse des pièces et pour les communications du bureau à faire à l'Académie.

— Une distinction très honorable vient d'être accordée à un des membres de la Compagnie : M. Willems a obtenu, à l'Académie de médecine de Paris, le prix de 4,000 francs, fondé par M. le baron Barbier, pour ses travaux sur l'inoculation de la pleuropneumonie, prix qui, selon les inten-

tions du fondateur, devait être décerné, à celui qui aurait découvert un moyen complet de guérison pour l'une des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Après avoir fait remarquer que la distinction flatteuse dont il s'agit est un honneur pour l'Académie de médecine de Belgique, M. le président adresse, en son nom, à M. Willems de vives félicitations. (*Applaudissements.*)

Cet honorable membre remercie, en termes émus, l'assemblée des félicitations que M. le président lui a adressées. Il ajoute que la confirmation par un corps savant aussi éminent que l'est l'Académie de médecine de Paris des principes qu'il a soutenus depuis plus de trente ans, est pour lui une des plus belles récompenses qu'il pût espérer. (*Applaudissements.*)

**M. Boëns**, ayant obtenu la parole, déclare que, quoiqu'il ait toujours été et soit encore l'adversaire déclaré de l'inoculation comme moyen préventif de la pleuropneumonie exsudative des bêtes bovines, il ne voit ici que l'honneur revenant à un Belge pour avoir appelé l'attention du monde savant sur une question que son compatriote a soulevée et défendue avec persévérance. En conséquence M. Boëns dit qu'il s'associe de tout cœur aux applaudissements qui ont accueilli les félicitations dont M. Willems vient d'être l'objet. (*Marques d'approbation.*)

— M. De Roubaix présente, au nom de l'auteur, M. le dr Thiriar, agrégé suppléant à l'Université de Bruxelles :

a) Un mémoire manuscrit, intitulé : *Hystérectomie et ovariectomie*, mémoire que l'Académie renvoie à l'examen de MM. De Roubaix et Soupart.

b) Deux exemplaires d'une publication du même auteur ayant pour objet l'*Organisation du grand hôpital général et de la Faculté de médecine de Vienne*.

— M. Masius soumet à la Compagnie, de la part de l'auteur, M. le dr Paul Liebrecht, assistant à l'Université de Liège, un travail manuscrit sur la *Résection de l'articulation tibio-tarsienne par la face postérieure, dans l'arthrite fongueuse*.

— Renvoi à une commission composée de MM. De Roubaix et Michaux.

— M. Bruylants, correspondant, demande à l'Académie de bien vouloir accepter le dépôt d'un pli cacheté. — Accepté.

— M. Liagre, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, des lettres et beaux-arts de Belgique, a fait parvenir des cartes d'invitation à la séance publique que la classe des sciences a tenue le 15 décembre courant. — Des remerciements lui ont été adressés, au nom de la Compagnie.

— MM. Fredericq et Nuel, correspondants, font hommage de l'ouvrage qu'ils viennent de publier sous le titre d'*Éléments de physiologie humaine, à l'usage des étudiants en médecine*.

— M. Hayoit, correspondant, offre les deux travaux suivants qu'il a fait autographier :

a) *Maladies de l'appareil circulatoire ;*

b) *Leçons sur les maladies de l'appareil hépatique.*

— Il est encore fait hommage de diverses autres publications dont les titres seront mentionnés au § OUVRAGES PRÉSENTÉS.

— L'Académie vote des remerciements aux auteurs des travaux qui lui sont offerts.



## II. — RAPPORT ET LECTURES.

**1. RAPPORT de la Commission qui a examiné l'ouvrage de  
M. BURQ sur Les origines de la métallothérapie. —  
M. DESGUIN, rapporteur (1).**

La réalité des faits dont l'ensemble constitue la métalloscopie et la métallothérapie, n'est plus contestée aujourd'hui. On diffère d'opinion sur la nature des phénomènes observés, on discute l'action thérapeutique, on n'est pas d'accord sur l'interprétation à donner aux guérisons obtenues; mais, ce que l'on ne peut nier, c'est que les faits, sur lesquels s'appuie tout le système que nous allons résumer, n'aient été démontrés de manière à porter la conviction dans les esprits les plus sceptiques. Et il fallait que cette démonstration fût faite d'une façon bien irréfutable, sous le contrôle et la critique des savants les moins suspects de complaisance ou d'enthousiasme, pour que le *Burquisme* arrivât enfin, après plus d'un quart de siècle de lutte, contre le dédain d'abord, contre l'inertie ensuite, à conquérir sa place dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique. A présent, que tous ceux qui ont voulu voir se sont convaincus et que la vérité des découvertes métalloscopiques a été solennellement consacrée, l'auteur, que l'on avait d'abord représenté comme un illuminé, subit cette dernière épreuve, d'entendre nier que son système contienne rien de nouveau, rien qui n'ait été décrit déjà par des prédécesseurs. Ces contestations de priorité non justifiées, et dont la science ne s'émeut guère, sont pour l'auteur lui-même la reconnaissance de la valeur de son

(1) La Commission est composée de MM. DESGUIN et MASOIN.

travail, la plus belle récompense qu'il pût ambitionner ; on ne jalouse que les riches.

Il n'est pas étonnant qu'on se fût, dès l'abord, défié des découvertes de M. Burq : elles rappelaient, par trop de côtés, les anneaux constellés de Paracelse, les tracteurs de Perkins, le baquet de Mesmer, le magnétisme animal, etc., toutes ces pratiques qui, provoquées par une observation incomplète et mal raisonnée de certains phénomènes naturels, n'avaient laissé dans le public ignorant que l'impression des effets merveilleux qu'elles semblaient produire, et tombèrent trop souvent aux mains de charlatans intelligents et peu scrupuleux, qui les firent servir à exploiter largement la crédulité publique. Aussi l'Académie des sciences, la Société de médecine et la Faculté de Paris, condamnèrent-elles les prétendues doctrines du magnétisme, basées sur de lointaines analogies ou sur de pures hypothèses, les unes démontrées fausses, les autres réellement absurdes. Toutefois, il faut avouer que ces différentes associations scientifiques n'ont pas su distinguer le vrai du faux dans les divers phénomènes qui succédaient aux applications magnétiques ou aux manœuvres du mesmérisme.

Quand on relit la volumineuse *Histoire académique du magnétisme animal*, de Burdin jeune et Dubois (d'Amiens), publiée à Paris en 1841, on y découvre à chaque ligne que la préoccupation constante des auteurs est de rechercher et de dévoiler la supercherie, de démontrer la fourberie des magnétiseurs. Cette tâche facile fut aisément accomplie et, depuis lors, les magnétiseurs n'ont plus guère affronté le jugement des sociétés savantes ; aussi pouvait-on légitimement croire que le magnétisme animal était allé définitivement rejoindre, dans les oubliettes de l'histoire,

les impostures médicales qui l'avaient précédé. C'est, en effet, en se plaçant au même point de vue que ces auteurs, en résumant complètement leur compendieux ouvrage, que M. Dechambre fait, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, l'histoire du mesmérisme et termine son étude par une condamnation formelle du magnétisme animal, qu'il déclare ne pas exister.

Si l'on écarte soigneusement la question de supercherie, et qu'on élague tout ce qui présente un caractère mercantile et charlatanesque, peut-on encore s'associer à un verdict qui, sous des apparences scientifiques, se borne à nier la réalité de faits observés depuis les temps les plus reculés, mal interprétés sans doute, mais dont l'existence elle-même ne peut plus être contestée ? Une négation ne saurait constituer la solution d'un problème scientifique ; il était donc bien certain qu'un jour ou l'autre une réaction se ferait en faveur du magnétisme animal. Et en effet, des expériences faites sur un grand théâtre, devant un public nombreux et éclairé, contrôlées par des maîtres dont le témoignage n'est pas sujet à caution, ont déterminé les conditions dans lesquelles on peut le produire, et posé les lois auxquelles obéissent les phénomènes nerveux dont il s'accompagne. Ces faits ne sont plus contestés par ceux qui se tiennent au courant de la pathologie nerveuse. Aussi peut-on dire que le procès du magnétisme animal, terminé naguère par une série de condamnations éclatantes, est en ce moment soumis à une équitable revision.

Il n'entre pas dans notre sujet de reprendre une à une les pièces de ce procès retentissant. Mais les considérations dans lesquelles nous sommes entrés étaient nécessaires, parce que c'est dans les phénomènes mêmes du magné-

tisme animal que se trouve l'origine de la métallothérapie et que, par réciprocité, les recherches métalloscopiques ont contribué à bien délimiter le domaine dans lequel seul ces phénomènes sont possibles.

C'est de 1847 que datent les premières observations de M. Burq au sujet de l'application des métaux au traitement de certaines maladies. Le hasard seul en a été l'initiateur, comme nous le verrons dans un instant. Peu à peu les faits se sont multipliés, ont été comparés et coordonnés et ont engendré une théorie qui, limitée d'abord à l'action des métaux sur les divers éléments des névroses, a donné naissance, par la suite, à une nouvelle doctrine, tant sur la nature de ces maladies que sur leur traitement.

Bien que les travaux du d<sup>r</sup> Burq eussent eu pour témoins les médecins les plus distingués des hôpitaux de Paris, bien que la guérison de certains cas d'affections nerveuses des plus graves ait été constatée par des maîtres autorisés, c'est vainement que l'auteur frappa aux portes des académies; cédant à des idées préconçues, elles reçurent, mais ne discutèrent même point les nombreuses communications qui leur furent adressées, jusqu'à ce qu'un jour un de leurs membres fit même la proposition de ne plus accueillir les correspondances ayant trait à cet objet. Il a fallu, pour que la métalloscopie et la métallothérapie fissent leur trouée dans le monde savant, que la Société de biologie de Paris, présidée alors par Claude Bernard, se décidât à nommer une commission avec charge de contrôler les faits invoqués par M. Burq. Cette commission, heureusement, ne fut pas inactive; les deux rapports remarquables qu'elle fit par l'organe de M. Dumontpallier, ne se bornèrent pas à démontrer que M. Burq avait bien



vu, bien observé, mais ils furent le point de départ d'une foule de recherches nouvelles, qui étendirent, en les précisant, les indications de la métallothérapie, firent connaître des phénomènes non soupçonnés jusqu'alors, tirèrent de l'oubli certains moyens thérapeutiques abandonnés, éclairèrent bien des points restés obscurs dans l'histoire de l'hystérie, en même temps qu'elles élucidèrent grandement la pathogénie des névroses.

Si le mérite des travaux de M. Burq se restreignait à l'impulsion qu'ils donnèrent aux études de neuropathologie, il serait suffisant pour assigner à son nom une place des plus marquantes dans la science ; mais sa gloire ne se borna pas là : constamment préoccupé du côté utilitaire de ses découvertes, il les fit servir à l'édification d'une doctrine qui, partant de vues nouvelles sur la nature de l'hystérie et de toutes les névroses dont elle est le type, est féconde en résultats pratiques.

L'ouvrage que nous sommes chargé d'analyser présente un peu la forme d'un testament médical. Arrivé au terme d'une carrière laborieusement remplie, après avoir vu consacrer, sous le contrôle scientifique le plus sévère, des idées pour le triomphe desquelles il n'avait pas fallu moins de trente années de combat, l'auteur fait un retour vers le passé : il constate et énumère les conquêtes, désormais incontestées, dont la science est redevable aux découvertes à peine ébauchées de la première heure ; il retrace, avec un sentiment de légitime satisfaction, l'évolution qu'a suivie son œuvre, les développements que lui ont apportés les observations accumulées patiemment, et, après avoir fait ce travail rétrospectif, il remonte aux origines mêmes de ses travaux, et y trouve la justification de ses premiers essais.

Une hystérique, mise en état de somnambulisme, touche un bouton de cuivre et jette un cri; ce cuivre la brûle comme s'il était un corps en ignition; des pièces de monnaie de cuivre ou d'autres objets faits du même métal sont appliqués sur la peau et produisent le même effet; bien plus, ils ramènent la sensibilité, non seulement aux endroits où ils sont posés, mais font disparaître l'anesthésie de proche en proche, jusqu'à faire cesser l'état de somniation. D'autres métaux sont essayés : ils ne produisent aucune action, ou n'ont qu'un effet fugace et à peine perceptible. Cette expérience est répétée fréquemment : toujours le cuivre et le cuivre seul occasionne le retour complet de la sensibilité et le réveil. Voilà le premier fait, la base de la théorie : le cuivre est l'agent antimagnétique par excellence, il fait cesser le somnambulisme en déterminant le retour de la sensibilité, dont la disparition est la caractéristique de ce sommeil nerveux; le cuivre dissipe également les contractions cataleptiques et les spasmes provoqués dans l'état magnétique.

Toutes ces expériences sont faites sur des hystériques placées d'abord sous l'influence du magnétisme; ces mêmes malades, en dehors de cet état provoqué, montrent que le cuivre les influence de la même manière, c'est-à-dire que les membres frappés d'anesthésie et d'amyosthénie, décélées par l'aiguille et le dynamomètre, récupèrent, sous les applications de cuivre, leur sensibilité et leur puissance musculaire. Mais bientôt d'autres hystériques surviennent, qui se montrent réfractaires à l'action du cuivre; or ces dernières sont également réfractaires aux pratiques du magnétisme, tandis que toutes celles chez qui le cuivre fait reparaitre la sensibilité sont magnétisables. De ces expériences résulte

la découverte de ce fait, absolument nouveau, que la sensibilité magnétique et la sensibilité cuivre sont le corollaire obligé l'une de l'autre.

Mais puisque le cuivre ne parvient pas à restituer la sensibilité à toutes les hystériques, l'auteur s'attache à résoudre ce problème : étant donnée une hystérique, chercher les moyens qui puissent ramener sa sensibilité et ses forces à l'état normal. Ici encore le hasard lui vient en aide. Il s'aperçoit que, chez certaines malades, d'autres métaux produisent ce qu'on avait vainement demandé au cuivre. La métalloscopie, de monométallique devient polymétallique ; l'aptitude des malades à être influencées par des métaux différents est reconnue ; la recherche de cette aptitude ou de cette idiosyncrasie est la *metalloscopie*. Toutes ces découvertes sont consignées dans la thèse, soutenue par M. Burq, devant la Faculté de médecine de Paris, le 7 février 1851.

Déjà ces acquisitions nouvelles, tout incomplètes qu'elles fussent, comportaient des conséquences vraiment étonnantes pour l'époque où elles furent faites et auxquelles l'expérimentation ultérieure devait donner une éclatante confirmation. Toutes les névroses pouvaient être rangées en deux grandes classes : celles où la sensibilité et les forces musculaires sont intactes, comme l'épilepsie ; celles où il y a toujours anesthésie ou analgésie, parésie ou amyosthénie, comme l'hystérie. Dans ces dernières, de beaucoup les plus nombreuses, on rencontre surtout des troubles en moins de la sensibilité et de la motilité (symptômes hyponerviques de l'auteur), lesquels précèdent toujours l'apparition des troubles contraires : névralgies, spasmes, hyperesthésies, etc. (symptômes hypernerviques); le degré de la névrose

se mesure à l'étendue et à l'intensité de l'anesthésie et de l'amyosthénie, qui en constituent pour ainsi dire le pouls, marquant par leur augmentation ou leur diminution l'aggravation ou l'amélioration de l'état névropathique. De telle sorte que, dans une affection nerveuse accompagnée de troubles de la sensibilité et de la motilité, on peut dire que ces troubles, qui ne manquent jamais, constituent l'essence même de la maladie et que le traitement consiste à employer le moyen qui ramène à l'état normal la sensibilité et la motilité altérées. Or les applications métalliques produisaient ces résultats; non seulement elles faisaient disparaître les troubles dont nous parlons, mais, ensuite de cette disparition, se dissipaient les autres symptômes de la névrose : les crises nerveuses, les gastralgies, l'aménorrhée, etc., et si, sous l'empire de causes parfois indéterminées, ces derniers symptômes reparaissaient ou prenaient une acuité plus grande, toujours on trouvait qu'une modification parallèle s'était produite dans la sensibilité et la motilité, modification que l'exploration au moyen de l'aiguille et du dynamomètre permettait de suivre pas à pas.

La métallothérapie externe, qui bornait d'abord son ambition à soulager les malades, à prévenir les crises des hystériques ou à les faire cesser, ne tarda pas à prouver, par des guérisons inespérées, que son pouvoir allait beaucoup plus loin que l'auteur même ne se l'était figuré; elle n'était pas seulement un traitement des symptômes, mais devenait, dans certains cas, un véritable traitement curatif. Sous son influence — en même temps que se dissipaient l'anesthésie et l'amyosthénie, puis les divers autres symptômes des névroses — l'examen du sang montrait que ce liquide lui-



même avait récupéré les globules rouges qui lui manquaient. Dès ce moment donc, et nous sommes encore en 1851, la métallothérapie avait à son bilan un actif déjà considérable ; non seulement la métalloscopie révélait les aptitudes individuelles des malades et indiquait la nature du métal dont il convenait de faire l'application, mais elle avait engendré, sur la nature des névroses, des vues nouvelles et elle avait posé les jalons de cette partie de la neurologie qui fut si bien étudiée plus tard sous le nom d'*esthésiogénie*.

Toutefois, on ne faisait encore à cette époque que de la métallothérapie externe. Il restait à connaître la métallothérapie interne, qui, au point de vue de la pratique, devait non seulement confirmer les résultats des recherches faites précédemment, mais ouvrir des horizons nouveaux à la thérapeutique. Presque aucune malade des hôpitaux n'était sensible au fer ; ce fait remarquable fut bientôt expliqué : le fer est administré d'une manière banale dans toutes les formes des névroses ; il réussit dans un certain nombre de cas, et les hôpitaux ne reçoivent guère que les névropathiques que le fer n'a pu guérir ; dans ces cas de réussite, on a fait de la métallothérapie interne sans le savoir. Il est arrivé toutefois que des malades présentant des symptômes hystériques déclaraient s'être antérieurement bien trouvées de l'administration du fer ; chez celles-ci l'exploration métalloscopique révélait également leur sensibilité au fer. Ainsi était trouvé le rapport intime qui lie l'action interne d'un métal à son action externe, rapport qui était gros de conséquences thérapeutiques, qui faisait justice de la théorie chimiâtrique de l'action directement reconstituante du fer sur les globules sanguins, qui expliquait pourquoi le

fer ne guérit pas toujours la chlorose et lui est souvent funeste, et pourquoi, quand le fer est inutile ou nuisible, il doit être remplacé par un autre métal, suivant l'affinité individuelle du malade.

On comprit donc pourquoi certaines chloroses guérissaient par le zinc, qui forme la base des pilules de Méglin, très en vogue dans les névroses ; les malades que guérissait le zinc, révélaient à l'exploration l'aptitude zinc. On publia, dans divers recueils, de nombreuses observations confirmatives des premières, entre autres (*Gazette des hôpitaux*, 22 mai 1866), un cas très remarquable d'hystérie et de chlorose, guéries par le cuivre intus et extra. Il était donc démontré que le métal, dont l'affinité pour le malade a été reconnue, est également celui dont l'administration interne coopérera le plus activement à la guérison. La métallothérapie interne était trouvée, et nous verrons que sa découverte est le complément indispensable de la métallothérapie externe.

Bien des faits encore furent reconnus plus tard, qui expliquèrent certains insuccès des premiers temps, qui donnèrent la clef de phénomènes non compris d'abord. Des procédés nouveaux furent inventés, qui facilitèrent les recherches et diminuèrent les hésitations inévitables dans les commencements ; des instruments ingénieux furent imaginés pour donner aux explorations toute la rigueur désirable. Mais dès ce moment déjà, et quels que fussent les perfectionnements que l'avenir devait apporter à l'œuvre primitive, le système entier du docteur Burq était fondé, tant en théorie qu'en pratique. Alors déjà on aurait pu lui appliquer ce jugement que le professeur Charcot formulait, en 1878, devant son nombreux auditoire de la Salpê-

trière : « Tous ces faits, comme l'idée théorique qui les relie entre eux, appartiennent à M. Burq, d'où le nom de Burquisme que l'on commence, et c'est justice, à employer comme synonyme de métallothérapie. »

Un obstacle, parfois sérieux à la pratique de la métallothérapie, c'est ce que M. Burq a appelé les aptitudes métalliques dissimulées; par suite de conditions particulières, les sujets ne répondent pas ou répondent mal au métal qui est cependant leur caractéristique : la sensibilité et la motilité, au lieu de revenir sous les plaques, ne sont recouvrées qu'en partie, il reste un certain degré d'analgésie et de parésie; les autres phénomènes de la névrose ne sont pas influencés, ou bien le métal, après avoir agi pendant un certain temps, cesse de se montrer efficace. Et cependant à quelques signes on a reconnu quel est le métal approprié, soit qu'il ait agi antérieurement, soit que les préparations métalliques qui sont d'un emploi usuel, comme le fer et le zinc, aient échoué, soit que des accès de somnambulisme, spontané ou provoqué, aient révélé la sensibilité cuivre, etc. Dans ces cas, et ils ne sont pas rares, la métallothérapie interne devient le complément et le plus utile auxiliaire de la métallothérapie externe. Il suffit, le plus souvent, de faire prendre, pendant quelques jours, l'une ou l'autre préparation du métal approprié, pour mettre en évidence toute son efficacité, pour démasquer l'aptitude qui était dissimulée. Votre rapporteur a eu ces derniers jours, dans sa pratique, un nouvel exemple remarquable de ce fait; une jeune fille hystérique, chez qui les applications de cuivre ramenaient partiellement la sensibilité et les forces musculaires, sans modifier les autres symptômes de la névrose, fut soumise à l'usage interne du

bioxyde de cuivre, et bientôt l'aptitude métallique se révéla dans toute sa puissance; les spasmes, les névralgies, la nervosité diminuèrent et l'appétit se prononça, dès qu'eurent cédé l'anesthésie et l'amyosthénie. Il est inutile d'insister sur l'importance de faits semblables, qui est considérable, tant au point de vue des explorations préliminaires, qu'à celui du traitement consécutif.

A l'esthésiomètre et au dynamomètre, indispensables dans les recherches de métalloscopie, M. Burq adjoignit plus tard un troisième instrument, le thermomètre, destiné à faciliter la découverte des sensibilités métalliques et à révéler plus aisément les aptitudes dissimulées, dans les cas où les premiers appareils resteraient muets. La thermométalloscopie se fait au moyen de thermomètres médicaux ordinaires, placés dans des tubes métalliques que les malades tiennent à la main, ou mieux, au moyen du thermomètre circulaire, inventé par l'auteur, et qui se met à plat sur la peau du malade. Lorsque la sensibilité semble n'être pas encore restituée, que les piqures, blanches et exsangues d'abord, ne commencent pas encore à devenir rouges et saignantes, que la force musculaire n'a pas encore augmenté, déjà le thermomètre, très sensible, manifeste, par l'accroissement de la température, l'efficacité des plaques et dévoile l'aptitude métallique. C'est un procédé à la portée de tout le monde et qui diminue notablement la longueur, les chances d'erreur et les hésitations des recherches souvent laborieuses de la métalloscopie.

Avant de quitter cette question des aptitudes métalliques dissimulées, si importante à connaître et dont l'ignorance peut décourager le praticien et priver son malade des bénéfices du traitement, il est nécessaire de dire ici que l'ap-



titude peut être bimétallique et même polymétallique, mais que dans ces cas, toujours un seul métal est la caractéristique principale, devant faire les frais du traitement définitif; tandis que les autres ne sont que des sous-caractéristiques, incapables de ramener complètement à leur état normal la sensibilité, la motilité, la circulation et la température. Les procédés de métalloscopie, dont nous venons de parler, aideront à découvrir quelle est la caractéristique principale, quel est le métal qui fait cesser entièrement les troubles nerveux primordiaux. Toutefois, afin de varier le choix des moyens d'exploration, de suppléer à l'insuffisance qu'ils pourraient encore avoir, dans le but surtout de reconnaître l'aptitude à des métaux qui ne se prêtent pas à être mis en plaques, l'auteur a imaginé de faire des injections hypodermiques de solutions titrées d'un oxyde ou d'un sel du métal soupçonné actif, et bien souvent ces injections dévoilent avec une grande rapidité l'aptitude véritable du malade.

Un séjour fait à Vichy, en 1871-72, fournit à l'auteur l'occasion d'observer les nombreux diabétiques qui sont envoyés en traitement dans cette station balnéaire. Cl. Bernard a montré que l'exagération de la fonction glycogénique du foie, qui produit la glycosurie, est le résultat de l'irritation d'une zone déterminée du bulbe rachidien. Ses vues sur la nature nerveuse du diabète ont été confirmées récemment (1882) par le *dr* Felizet, dans une note présentée à l'Académie des sciences de Paris. Or les expériences faites à Vichy par M. Burq sont en concordance avec la théorie de Cl. Bernard et ont abouti à cette conclusion, que les diabétiques sont souvent, comme les névropathes, tributaires de la métallothérapie; que les guérisons de diabétiques, obser-

vées à Vichy, sont explicables par la composition de certaines sources, qui contiennent du fer et de l'arsenic, auxquels beaucoup de malades sont sensibles; que d'autres n'éprouvent de ces eaux aucun bon effet, mais souffrent, au contraire, de la cachexie alcaline, à laquelle on peut obvier en modifiant la composition des eaux, en y ajoutant le métal qui leur manque pour répondre à toutes les indications fournies par les diverses sensibilités métalliques. Ces vues ne sont pas restées personnelles à l'auteur. Le d<sup>r</sup> Garrigou, médecin-inspecteur à Luchon, les a confirmées dans une brochure d'un vif intérêt : *La métallothérapie à Vichy* (extrait de la *Revue d'hydrologie médicale*, 1881), où il n'hésite pas à dire que la nouvelle voie que la découverte du d<sup>r</sup> Burq a tracée est large et pleine d'espérances pour l'hydrologie médicale.

Nous devrions, pour donner une analyse à peu près complète du dernier ouvrage de M. Burq, parler ici des recherches auxquelles il s'est livré depuis 1852 pour démontrer les propriétés anticholériques du cuivre et l'immunité dont jouissent les ouvriers qui manient habituellement ce métal. Nous nous bornerons à rappeler ces observations, bien connues, et les rapports confirmatifs auxquels elles ont donné lieu, de la part de MM. Vernois et Devergie, au Conseil d'hygiène. Bien que ce sujet appartienne, en somme, au burquisme, il ne ressortit pas à la métallothérapie proprement dite, puisqu'il n'y est pas parlé d'idiosyncrasie et que le seul métal employé est le cuivre; aussi croyons-nous inutile d'insister.

La dernière période marquante dans l'histoire du burquisme allait s'ouvrir, l'heure de la réparation allait sonner. En faisant le résumé qui précède, nous avons dû

laisser dans l'ombre un grand nombre de points dont l'exposé aurait donné à ce rapport une étendue trop considérable. Nous nous sommes borné à tracer les grandes lignes, suffisantes pour indiquer l'économie du système et le lien qui en rattache toutes les parties. Nous avons voulu aussi montrer ce qu'était le burquisme en 1876, lorsque l'auteur, après un long sommeil, provoqué par la maladie et peut-être un peu par le découragement, put reprendre, à l'hospice de la Salpêtrière et dans le service de M. le professeur Charcot, le cours interrompu de ses observations et y faire, en faveur de la métallothérapie, une tentative suprême. Cette dernière campagne fut décisive. La Société de biologie nomma une commission, composée de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier, ce dernier rapporteur, avec mission de vérifier les faits avancés par M. Burq. Mais, avant même le dépôt du rapport de cette commission, son président, M. Charcot, annonçait, dans diverses communications à cette savante Compagnie, que les faits dont il avait été témoin dans son service confirmaient déjà pleinement l'exactitude du point fondamental des expériences de M. Burq.

Les travaux de la commission furent longs et minutieux. Deux rapports furent élaborés; le premier, lu dans la séance du 14 avril 1877, était consacré exclusivement à la métalloscopie; le second, communiqué dans la séance du 10 août 1878, s'occupait spécialement de la métallothérapie. Le retentissement qu'ils eurent est la mesure de l'importance qu'on leur accorda; de toutes parts on vit surgir des travaux destinés à contrôler les expériences de la Salpêtrière; des thèses furent soutenues à la Faculté de Paris; de nombreuses observations furent publiées sur le même

sujet; le monde médical tout entier s'en préoccupa.

Les bulletins de la Société de biologie ont publié *in extenso* les deux rapports de M. Dumontpallier; votre rapporteur, dans la communication qu'il a eu l'honneur de vous faire à la séance du 26 juin 1880, en a signalé les points principaux.

Le premier de ces rapports, celui qui s'occupe des phénomènes métalloscopiques, constate l'existence réelle de l'action produite par les applications métalliques et des modifications qu'elles apportent notamment dans la sensibilité générale et spéciale; il reconnaît que tous les malades ne sont pas sensibles au même métal et que les aptitudes individuelles doivent être interrogées; que les phénomènes se produisent dans l'ordre établi par le d<sup>r</sup> Burq : fourmillements et sensation de chaleur au niveau de la plaque et autour d'elle, puis rougeur, retour de la sensibilité, ascension de la température, mesurée par le thermomètre, et enfin retour de la force musculaire, mesurée par le dynamomètre.

Le second rapport confirme les vues de M. Burq en ce qui touche la métallothérapie; nous en extrayons le passage suivant : « Chez des malades dont l'aptitude métallique avait été reconnue par des expériences antérieures, on a obtenu, pendant la période d'administration à l'intérieur des mêmes métaux, une amélioration dans l'état général de leur santé, amélioration établie d'abord par le retour de la sensibilité générale et spéciale, par le retour de la force musculaire et de la menstruation régulière. »

Plus loin, après avoir constaté les résultats thérapeutiques obtenus sur des malades qui étaient hystériques depuis plusieurs années, que l'on considérait comme des



types de la diathèse hystérique et hystéro-épileptique et qui étaient des exemples vivants des meilleures descriptions de cette classe des maladies nerveuses, il ajoute : « Est-ce à dire que le traitement, d'une durée d'un mois à trois mois, ait guéri la diathèse hystérique ? Non, et sur ce point l'inventeur de la métallothérapie l'a souvent répété dans ses publications, à une maladie chronique, comme l'hystérie, il faut opposer un traitement chronique ; mais, ce qu'il est important de retenir, c'est que le traitement interne, indiqué par les expériences métalloscopiques, a paru modifier pendant toute sa durée les manifestations diathésiques et a acheminé les malades vers l'état de santé. »

Les conclusions favorables de ces rapports furent votées à l'unanimité par la Société de biologie qui, de cette façon, donna au système de thérapie qui constitue le burquisme, la plus importante des consécrationes. Mais le travail de la commission ne se borna pas à contrôler et à confirmer les faits acquis ; aux conquêtes désormais assurées, il en ajouta d'autres, parmi lesquelles il faut citer tout spécialement le curieux phénomène du transfert de la sensibilité ou de l'anesthésie d'un côté du corps à l'autre ; le phénomène des oscillations ou des alternatives plusieurs fois répétées du transport de la sensibilité ou de l'anesthésie d'un membre au membre opposé, l'un perdant ou gagnant chaque fois à peu près ce que l'autre gagne ou perd ; la constatation de l'efficacité des applications métalliques non seulement dans les cas de névroses proprement dites, mais encore dans les troubles de la sensibilité et de la motilité d'origine organique. Le travail de la commission révèle, en outre, l'existence d'autres symptômes qui avaient été observés déjà par M. Burq, mais signalés par lui sous d'autres dénominations.

tions; ainsi les phénomènes de dysesthésie, qu'il avait appelée interversion dans les sensations thermiques; les effets de la superposition d'une plaque à une autre; les phénomènes de retour, qui s'accomplissent après l'enlèvement du métal et les phénomènes post-métalliques, ou plutôt métalliques, qui se produisent durant son application.

Quoi qu'il en soit de ces divers points, indiqués par M. Burq à titre de rectification; quoi qu'il en soit des lacunes que découvre notre auteur dans le travail de la commission, on ne saurait nier que les rapports de M. Dumontpallier n'aient fixé les principes fondamentaux du burquisme et n'aient assuré son avenir.

Mais il ne suffisait pas encore à la commission d'avoir contrôlé et confirmé les faits, d'en avoir même étendu la portée, et d'avoir rendu hommage au dr Burq qui, dit-elle, « malgré des critiques souvent sévères, n'a jamais perdu courage et puisait dans une foi solidement établie par l'expérimentation l'espérance que justice lui serait enfin rendue. » Elle s'est encore imposé la mission d'étudier, à côté des plaques métalliques, l'action des autres influences qui pouvaient déterminer le retour de la sensibilité, notamment des courants électriques faibles; elle a donné ainsi l'impulsion à ces études si attachantes et si importantes d'esthésiologie qui, prenant naissance à la Salpêtrière, furent poursuivies avec un entrain remarquable dans toutes les parties du monde médical, qui ont déjà profondément modifié les idées reçues sur les névroses et ne manqueront pas d'exercer sur la thérapeutique générale une influence considérable; ces mêmes études, dont le point de départ a été l'observation de phénomènes recueillis dans l'état magnétique, ont

été l'origine de recherches originales sur les agents esthésiogènes anciennement connus, comme l'aimant, l'électricité statique et dynamique, et ont fait découvrir de nouveaux modificateurs de la sensibilité générale, comme le diapason; elles ont eu, en outre, ce résultat bien inattendu de ressusciter le magnétisme animal ou des phénomènes de même ordre qui, sous le nom de *Charcotisme* qu'on commence à leur donner, sont actuellement l'objet d'observations méthodiques et raisonnées, que leur caractère vraiment scientifique impose à l'attention et aux méditations du monde savant.

Obligés, bien à regret, de nous borner, nous ne discuterons pas longuement les interprétations que l'on a données des phénomènes métalloscopiques, quelque intéressant que soit ce chapitre. L'explication admise par plusieurs médecins anglais (Carpenter, H. Bennett) et développée par le dr Jennings dans sa thèse (*Comparaison des effets des divers traitements dans l'hystérie, précédée d'une esquisse historique sur la métallothérapie*; Paris, 1878), explication qui consiste à attribuer les effets des plaques à l'imagination, ou, comme disent les Anglais, à l'*expectant attention*, a dû nécessairement être abandonnée, lorsque la métalloscopie, au lieu de s'exercer pour ainsi dire à huis-clos, devant un nombre restreint de personnes, qu'on pouvait croire trop favorables, a été appliquée en grand, devant un auditoire peu disposé à la complaisance, et en s'entourant de précautions suffisantes pour supprimer les chances d'erreur. La commission, après avoir rejeté cette interprétation insoutenable, tend à admettre que les plaques métalliques agissent par l'électricité dont leur contact provoque le dégagement. Des expériences très belles et très minutieuses furent faites

par M. Régnard qui, au moyen d'un galvanomètre fort sensible, est parvenu à mesurer les courants faibles produits par les métaux et à déterminer par leur application directe les mêmes effets que par les plaques elles-mêmes, chaque métal correspondant à une intensité différente du courant et le courant ne pouvant avoir d'effet que quand son intensité est précisément celle de la plaque qu'il s'agit de remplacer. D'autres observateurs ont fait des expériences dirigées d'après les mêmes vues, notamment M. R. Vigouroux, qui découvre que l'électricité statique, les plaques polarisées et même les applications unipolaires déterminent le retour de la sensibilité et de la motilité, le phénomène du transfert, les phénomènes appelés post-métalliques, etc., tout aussi bien que les plaques métalliques elles-mêmes.

Tous ces faits n'avaient pas échappé à la sagacité du dr Burq, qui les signale dans sa thèse inaugurale (1851) et dans son premier traité sur la métallothérapie (1853) et qui avait procédé à des expériences comparatives avec les aimants forts ou faibles, les solénoïdes, l'électricité statique ou dynamique, le vésicatoire, etc. Les effets de ces agents divers ne sont pas contestés; ils sont d'ailleurs connus depuis bien longtemps; seulement les études d'esthésiogénie auxquelles on s'est livré dans ces dernières années ont rappelé l'attention sur eux, les ont fait sortir de l'oubli où ils étaient tombés et ont permis, grâce à l'invention d'appareils perfectionnés, de les appliquer d'une manière plus scientifique qu'autrefois.

Mais, en admettant même qu'il fût prouvé que c'est à des courants électriques que les plaques métalliques doivent leur action, leurs effets seraient-ils éclairés par là? Nous savons que, dans toutes les actions physiques et chimiques,



il se développe de l'électricité; l'invoquer pour en faire la base de l'interprétation des phénomènes métalloscopiques ne fait donc que reculer la difficulté. D'ailleurs, cette interprétation ne donne pas la raison des diverses sensibilités métalliques, si bien démontrées expérimentalement; de même qu'elle laisse dans l'ombre l'explication de certains faits importants, tel que l'arrêt des phénomènes métalloscopiques par l'apposition d'une plaque dite neutre sur une plaque active ou sur une partie du membre ou sur le membre opposé; elle ne donne pas la raison de l'action interne des métaux.

Les effets esthésiogènes des agents que nous avons cités plus haut, dont la liste pourrait être considérablement allongée et auxquels on a ajouté le diapason, sont hors de doute, mais il faut avouer qu'il n'ont pas encore reçu d'explication satisfaisante. Aussi partageons-nous sur ce point la manière de voir de M. Henri de Varigny qui, dans la *Revue des cours scientifiques* (25 juin 1884), donne sur ces phénomènes l'appréciation suivante : « Que l'état électrique, la tension aient beaucoup à faire avec les phénomènes métalloscopiques, cela est indubitable et l'influence des courants, des aimants, des solénoïdes, le prouve surabondamment; mais c'est tout ce que l'on peut dire dans l'état actuel des choses. On peut très bien substituer courants ou solénoïdes aux métaux (voire même un vésicatoire qui peut aussi produire le transfert), mais cela n'avance pas l'interprétation des faits, puisqu'on ne sait même pas comment ils se passent lors du passage des courants. » Parlant des divers agents esthésiogènes, le même auteur ajoute : « Les connaissances actuelles ne nous ont point encore donné la clef de la solution tant cherchée de ces agents. La question se

complique et s'embrouille plus qu'elle ne s'éclaire par suite des hypothèses que l'on invoque. »

Il est vrai que l'auteur même de la méthode, satisfaisant, croyons-nous, plutôt au désir de faire bien comprendre la marche et la succession des phénomènes, que de leur donner une interprétation inattaquable, a imaginé, dans ces derniers temps, un procédé graphique démontrant l'ordre d'après lequel les faits se produisent; longtemps avant, il s'était arrêté à une théorie qui lui avait toujours paru suffire pour les expliquer : les symptômes en moins de la sensibilité et de la motilité, symptômes hyponerviques, indiquent une diminution dans l'apport de l'influx nerveux; c'est l'anesthésie, l'amyosthénie, l'aménorrhée; les symptômes en plus, ou hypernerviques : névralgies, spasmes, contractures, indiquent une augmentation de cet apport; en outre, il y a des phénomènes pondérateurs, qui siègent dans les viscères et qui consistent dans les vomissements incoercibles, les dyspepsies, la leucorrhée, etc.; les troubles hyponerviques sont toujours ceux par lesquels débute la maladie, ce sont eux qui disparaissent les premiers en cas de guérison, et qui sont les premiers à se représenter quand la maladie reparait, à telles enseignes que, dans un cas de santé en apparence parfaite, si, en explorant la sensibilité, on découvre qu'elle est affaiblie, on peut avec certitude affirmer que la guérison n'est pas réelle, que le retour des accidents antérieurs est à craindre et que le traitement doit être repris immédiatement. Or les applications métalliques ramènent la sensibilité et les fonctions qui en dépendent, à l'état normal; elles ont donc rétabli l'équilibre dans l'apport du fluide nerveux et elles font cesser, par suite, successivement, tous les troubles fonctionnels divers.

Voilà le résumé de la théorie du burquisme, telle qu'elle ressort des travaux de l'auteur. Cette théorie n'est au fond qu'une constatation de faits, dont elle trace le tableau de la manière la plus saisissante. Mais il faut avouer qu'une partie de ces faits échappent encore à toute interprétation scientifique rigoureuse : elle ne donne pas l'explication des diverses sensibilités métalliques, ni la cause des aptitudes polymétalliques. D'après M. Burq, la sensibilité à un métal est d'autant plus fréquente que ce métal se rencontre en plus grande abondance dans la nature à l'état natif, et l'on peut dresser une échelle métallothérapique indiquant le degré proportionnel de cette fréquence. On comprend que cette opinion ne puisse être acceptée sans des réserves formelles et qu'elle demande, pour être confirmée, des recherches qui sont du domaine d'autres sciences que la médecine, notamment de la géologie et de la mésologie.

Quoi qu'il en soit des bases de la doctrine de M. Burq, on peut dire que toutes les parties du système se tiennent et sont agencées d'une manière rationnelle ; sa théorie justifie la conclusion qu'il en a déduite et dont l'expérimentation directe a démontré la vérité, conclusion qu'il formule en ces termes : une affection nerveuse avec anesthésie et amyosthénie étant donnée, tout le traitement consiste à trouver un métal, ou tout autre moyen, qui puisse ramener la sensibilité et la motilité à l'état normal.

Au reste, il nous importe assez peu que les effets des plaques métalliques rentrent dans les actions électriques ou autres. La solution de cette question ne comporterait sans doute qu'un intérêt purement théorique. La mécanique nous enseigne que toutes les forces, qu'elles se présentent sous les formes du mouvement, de la chaleur, de la lu-

mière, de l'électricité, peuvent se transformer les unes dans les autres, ou, pour mieux dire, qu'il n'y a qu'une force unique, affectant différentes modalités. Ne serait-il pas permis de supposer qu'il existe d'autres modalités que celles qui nous sont actuellement connues, et que c'est à l'une d'elles qu'est due l'action des applications métalliques? Cette hypothèse ne manque pas d'un certain degré de vraisemblance.

La métalloscopie, avons-nous dit, a ouvert le champ à de nombreuses études sur tous les agents ou procédés capables d'influencer la sensibilité générale et spéciale; elles ont rappelé à la mémoire ceux qui étaient presque oubliés et en ont fait découvrir de nouveaux. Considérant que certains de ces agents ramènent la sensibilité d'une manière plus rapide et plus évidente que les applications métalliques, des observateurs se sont demandé s'il ne convenait pas de les employer en remplacement des plaques métalliques; les uns ont alors adopté les aimants, d'autres l'électricité statique ou dynamique, d'autres le diapason, etc. Mais, outre que ces appareils sont coûteux, encombrants et peu portatifs, réunissent par conséquent des conditions de nature à priver beaucoup de malades des bénéfices qu'ils pourraient procurer, nous ne voyons aucune raison pour les substituer à la métallothérapie, qui joint au volume exigü des appareils dont elle se sert, la modicité de leur prix de revient, mais qui surtout marche de succès en succès, ainsi que le témoignent les observations recueillies un peu partout, dans ces derniers temps, et a même réussi dans des cas où d'autres procédés esthésiogènes et dynamogènes avaient été vainement employés pendant longtemps. C'est ainsi que le professeur Bouley présentait dernièrement à



l'Académie des sciences de Paris, de la part des d<sup>rs</sup> Burq et Moricourt, une observation d'hystérie rebelle, datant de quatre années, avec aboiements, hémianesthésie absolue, troubles trophiques de la peau, etc., qui, après avoir été traitée inutilement par tous les antispasmodiques, par l'arsenic, par les aimants, par le diapason, etc., puis pendant trois mois par l'électricité statique à raison d'une à deux heures par jour, puis pendant trois autres mois par l'hydrothérapie scientifique, fut guérie, en quelques jours, par l'aluminium intus et extra (*Gaz. des hôpitaux*, 26 juin 1883).

Nous pourrions relater ici bon nombre de cas aussi extraordinaires, dont la métallothérapie est sortie triomphante, et nous les puiserions dans les publications de toutes les nationalités. Nous nous abstiendrons de faire cette énumération, pour ne pas allonger démesurément ce rapport, dont l'Académie, nous osons l'espérer, voudra bien nous pardonner l'étendue, en raison de la grande portée physiologique et thérapeutique des travaux qu'elle nous a chargés d'examiner.

Tous ces faits prouvent que la métallothérapie, depuis le contrôle officiel auquel elle a été soumise, a tenu et au delà les promesses qu'elle avait faites. Non seulement ses succès deviennent de plus en plus nombreux et décisifs, mais elle possède dans son arsenal une arme puissante, la métallothérapie interne, qui, tout en servant d'utile auxiliaire pour décéler les aptitudes cachées et pour faire éclater au grand jour celles qui sont dissimulées, offre surtout cet immense avantage d'être la base du traitement à suivre. Si la métallothérapie externe peut seule, dans certains cas, constituer tout le traitement, et, dans ces cas, être égalee et peut-être surpassée par d'autres procédés, ces cas sont les

plus rares ; lorsqu'il faut recourir à une médication interne, la métalloscopie l'indique, ce que ne font ni les aimants, ni l'électricité, ni les autres esthésiogènes. Cette considération seule suffirait pour assurer sa prééminence dans la thérapie des névroses avec troubles de la sensibilité.

Nous nous sommes attaché, Messieurs, dans ce rapport, non pas à faire l'histoire complète du burquisme, mais à retracer fidèlement les phases par où il a passé, les progrès qu'il a accomplis et spécialement à bien délimiter, dans ces conquêtes, celles qui reviennent personnellement à son auteur. Ainsi que l'a proclamé le professeur Charcot, ces faits et la théorie qui les relie appartiennent à M. Burq ; on ne saurait sans injustice les lui contester.

Quelques traits résument le système entier : découverte des sensibilités métalliques ; — doctrine nouvelle des névroses avec anesthésie, amyosthénie et athermie ; — connexion entre ces névroses et la chlorose d'un côté, le diabète de l'autre ; — invention d'instruments précis pour la dynamométrie, l'esthésiométrie, la thermométrie, etc. ; — procédés divers de traitement par la métallothérapie externe et interne.

De plus, le burquisme a été le point de départ de recherches, qui ont pour ainsi dire créé une science toute nouvelle, l'esthésiogénie.

Quelles que soient les extensions que l'avenir réserve à l'œuvre du docteur Burq, l'Académie reconnaîtra que, dès à présent, ses travaux ont largement contribué aux progrès de la neurologie et ont donné au traitement de toute une grande classe de névroses une base scientifique qui lui manquait.

Aussi espérons-nous qu'elle adoptera les conclusions que

nous avons l'honneur de lui proposer et qui consistent : 1<sup>o</sup> à remercier l'auteur pour l'envoi qu'il a fait de son ouvrage à l'Académie ; 2<sup>o</sup> à recommander tout spécialement le nom de M. le docteur Burq à la commission qui sera chargée ultérieurement des présentations de candidats, au titre de correspondant étranger.

— Ces conclusions sont adoptées.

— D'après l'ordre du jour, M. Boëns devait avoir la parole ; mais il la cède à M. Hayoit qui désire donner communication d'un travail à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire dans la 2<sup>me</sup> section. Toutefois, M. Boëns demande à être le premier inscrit pour donner lecture de son mémoire, à la prochaine séance. — Sa demande est favorablement accueillie.

**2. DES ACCIDENTS céphaliques sympathiques de la dyspepsie ; par le dr HAYOIT, correspondant.**

Les liens sympathiques, qui unissent le cerveau et l'estomac, ont de tout temps frappé l'attention des médecins. L'existence de certains symptômes cérébraux, notamment de vertiges, de céphalalgie, etc., survenant dans le cours des affections gastro-intestinales, est connue depuis la plus haute antiquité. Le vertige déjà signalé par Théophraste (1), par Aretée (2), par Galien (3), par Rivière (4), par Fred. Hoffman (5), par Sauvage (6) fut décrit par Bretonneau et

(1) *De vertigine.*

(2) ARETÉE. Capp. Lib. VIII. *De stomachi affectis*. Parisiis, 1554.

(3) *De locis affectis.*

(4) Lyon, 1657.

(5) *Consultationes medicæ. — De bradypepsia.*

(6) *Nosologia methodica*, t. VII.

par Trousseau (1), sous le nom de *Vertigo à stomacho læso*. Dans sa monographie, Blondeau (2) lui donne le nom de *Vertige stomacal*. Baillou (3), Pison et Wepfer (4) l'avaient appelé *Vertigo per consensum ventriculi*, expression qui a l'avantage de ne rien préjuger sur la nature des troubles gastriques, lesquels peuvent être à peine appréciables ou relèvent quelquefois eux-mêmes, comme l'indiquent certains auteurs, de la même cause nerveuse que le vertige.

Le vertige est décrit dans presque tous les ouvrages sur les maladies des voies digestives ou sur la dyspepsie en particulier (5). Il a fait le sujet de plusieurs monographies, parmi lesquelles nous citerons Simon (6), Trastour (7), Blondeau (8), Galicier (9), Amanieu (10), Clement (11), Mignen (12), Berger (13), Rueff (14), etc. Mais la céphalalgie, bien que très fréquente, a été à peine indiquée par la plupart des auteurs.

Il nous a été donné d'observer un grand nombre de cas d'encéphalopathie, en rapport avec des troubles des fonctions digestives. Tantôt, c'étaient des vertiges seuls; d'au-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 30 avril 1856, et *Clinique médicale*, t. III.

(2) *Archives générales de médecine*, 1858.

(3) Commentaires au livre de Théophraste.

(4) *Observationes medico-practicæ de affectionibus capitis*.

(5) BEAU, GUIPON, WILLIÈME, LUTON, RAYMOND, SÉE, etc. DURAND-FARDEL (*Maladies chroniques*); SANDRAS (*Maladies nerveuses*); GUÉNAU DE MUSSY (*Clinique*).

(6) *Du vertige nerveux et de son traitement*; 1857.

(7) *Des vertiges de cause nerveuse*; 1858.

(8) Ouvrage cité.

(9) *Thèse de Paris*, 1866.

(10) *Id.*, 1871.

(11) *Id.*, 1873.

(12) *Id.*, 1873.

(13) *Deutsche Zeitsch. für die prakt. Med.*, 1877.

(14) *Étude sur les troubles nerveux d'origine gastrique*. Paris, 1880.



tres fois, des douleurs de tête sans vertige, souvent ces deux symptômes étaient plus ou moins associés. Si, dans beaucoup de cas, les phénomènes cérébraux sont liés à des symptômes gastro-intestinaux tellement marqués, que la signification pathologique des premiers est facile à saisir, dans bien des cas aussi, ils se présentent comme symptômes prédominants ou même comme symptômes isolés, et ils absorbent ainsi à eux seuls l'attention des malades.

Nous nous proposons dans ce travail de décrire les symptômes céphaliques que nous avons observés, les vertiges et la céphalalgie, d'indiquer leur diagnostic, leur étiologie et leur traitement. Nous ajouterons quelques considérations sur la pathogénie de ces phénomènes.

Nous laissons de côté d'autres phénomènes nerveux, qu'on observe parfois dans la dyspepsie, tels que les affections mentales, certains troubles de la sensibilité, de la motilité, etc.

Avant d'aborder notre sujet, il importe d'établir que les accidents nerveux, liés à des troubles de l'appareil digestif, les accidents nerveux *per consensum ventriculi*, ne sont pas toujours de la même nature, qu'ils peuvent être liés à des troubles digestifs essentiellement différents et soumis par conséquent à des indications thérapeutiques opposées. On peut les classer sous deux titres différents.

Les uns, qu'on a appelés *vertigo ab inedia*, ressemblent à ceux qui se produisent dans l'abstinence. Ils coïncident ordinairement avec la vacuité de l'estomac et se déclarent avant toute ingestion d'aliments.

Les autres, désignés autrefois sous le nom de *vertigo à*

*crapulâ* ou *ab ingluvie*, se produisent lorsque l'estomac est surchargé d'aliments ou de boissons, ou après l'ingestion d'aliments habituellement mal supportés par l'estomac. Ils peuvent n'occuper qu'une place très secondaire au milieu de troubles gastro-intestinaux prédominants, dans l'indigestion, par exemple ; mais, d'autres fois, ils constituent, pour ainsi dire, la seule manifestation de la souffrance gastrique.

Ces symptômes diffèrent des précédents par leurs causes, par leur durée, par leur marche, leur forme et leur traitement. Ils sont passagers, accidentels, disparaissent généralement quand la digestion est faite. Ils ressemblent à ceux de la congestion cérébrale : ils consistent en céphalalgie gravative, pesanteur de tête, tintements, bourdonnements d'oreille, obnubilations, vertiges, etc. Ils augmentent ordinairement lorsque le malade baisse la tête (*vertigo tenebricosa*) et ils se dissipent rapidement sous l'influence d'un traitement approprié.

Les premiers, au contraire, dépendent d'un état pathologique plus ou moins ancien ou même habituel ; ils réclament un traitement prolongé, plus persistant et constituent pour ainsi dire une affection morbide toute spéciale. C'est à eux que s'applique spécialement le nom d'accidents céphaliques ou nerveux sympathiques de la dyspepsie, dont nous nous occupons dans ce travail.

## CHAPITRE I.

**Vertiges.** — Ce symptôme a été magistralement décrit par Trousseau. Il affecte le plus souvent la forme dite *gyrosa*.

Tantôt le malade éprouve une sensation de vide, de vague dans la tête, une espèce d'étourdissement qui le fait dévier, malgré lui, de son chemin. Ou bien, il lui semble que ses tempes sont violemment serrées par un cercle de fer. Tantôt, il éprouve la sensation d'un froid glacial ou il lui semble qu'il a devant les yeux un brouillard ou une roue qui tourne; d'autres fois, il croit voir tous les objets tourner, s'agiter autour de lui; il se sent entraîné, ses jambes fléchissent sous lui; il est obligé de fermer les yeux, de se tenir immobile ou de saisir un appui à sa portée, pour éviter une chute; quelquefois même, il tombe. Ou bien, il lui semble qu'il est entraîné, avec tout ce qui l'entoure, dans un précipice; ou bien encore, s'il est couché, il croit voir ses meubles, son lit et lui-même, entraînés dans un mouvement de rotation continu. Il voit les objets colorés de nuances diverses, qui bientôt se confondent.

Mais quelle que soit l'intensité de ces accidents, dit Trousseau, jamais le malade ne perd la conscience de ses actes; jamais, alors même qu'il tombe, il ne perd connaissance; jamais il ne se méprend sur la nature de ses sensations bizarres, de ses hallucinations, dont il peut être cependant très effrayé. Il sait bien que ce qu'il voit est une illusion de ses sens. Ces phénomènes vertigineux sont habituellement accompagnés de nausées.

La moindre circonstance peut devenir l'occasion de leur développement; la vue d'objets lumineux, de mouvements rapides, l'agitation de la foule, aussi bien que l'isolement au milieu d'une place publique, un mur treillagé, une file de barreaux, une tenture rayée dans un appartement, les font naître, et bientôt tous les objets se confondent et la vue s'obscurcit. Il suffit que l'individu, sujet à ces vertiges,

fasse un mouvement un peu brusque, qu'il lève la tête pour les éprouver; tandis que rien de pareil ne se produit, lorsque le malade regarde en bas, contrairement à ce qui arrive, lorsque le vertige se lie à un état de plénitude de l'estomac et surtout à un état congestif du cerveau. Quelquefois, en même temps, le malade éprouve des douleurs plus ou moins vives, comme si on lui fendait le crâne.

**Céphalalgie.** — La céphalalgie consiste en une sensation de pesanteur, de pression ou de resserrement, pour ainsi dire habituelle, que les malades comparent à celle que produirait une calotte de plomb. De temps à autre, surviennent des douleurs plus aiguës, tantôt lancinantes, tantôt gravatives, rongeantes ou brûlantes. Ces douleurs siègent le plus souvent au sommet de la tête; elles peuvent s'étendre au front et à l'occiput; quelquefois elles descendent jusque dans la région sous-occipitale. Parfois elles sont limitées au front ou aux tempes; la tête est alors serrée comme dans un étau.

Comme les vertiges, les douleurs se manifestent ordinairement lorsque l'estomac est vide, c'est-à-dire avant toute ingestion d'aliments. L'estomac n'est cependant pas toujours alors absolument vide : la sensation de malaise éprouvée par les malades, les régurgitations ou les vomissements de matières muqueuses et même bilieuses, qui surviennent quelquefois en même temps, indiquent que l'estomac contient alors des sécrétions morbides, qui peuvent irriter la muqueuse.

Les douleurs augmentent par le froid, par l'exercice, par la fatigue, et c'est surtout alors qu'elles s'étendent à la nuque. Elles augmentent aussi par le travail intellectuel, qui devient souvent impossible. Elles diminuent d'ordinaire



ou disparaissent complètement par l'ingestion des aliments, ou d'un liquide stimulant. Elles disparaissent aussi dans le décubitus dorsal, moins facilement dans le décubitus latéral; mais dès qu'elles sont calmées, le malade peut se coucher indifféremment sur le dos ou sur les côtés. Le cuir chevelu est ordinairement sensible à la pression; cette sensibilité rappelle la sensation qu'on appelle vulgairement « le mal aux cheveux ».

Le sommeil est généralement bon. La face, habituellement pâle ou légèrement jaunâtre, se colore souvent pendant les paroxysmes douloureux; elle s'injecte souvent aussi après les repas.

Ces accidents, vertiges, céphalalgie, peuvent être les phénomènes morbides prédominants, ou même les seuls accusés par le malade, les seuls qu'il éprouve; la dyspepsie, dont ils dépendent, étant pour ainsi dire, latente, l'appétit reste normal et les fonctions digestives s'exécutent, en apparence, d'une manière régulière; mais, le plus souvent, il existe, en même temps, divers phénomènes morbides.

Ce sont des douleurs d'estomac, augmentant par la pression ou par l'ingestion de certains aliments; ou bien, une sensation de pesanteur, d'ardeur, le pyrosis, des flatuosités, des éructations acides, non nidoreuses, des nausées, des vomissements glaireux, muqueux et parfois bilieux soulagent les malades. Les digestions sont parfois laborieuses, pénibles; parfois le vertige survient en même temps que le tympanisme gastro-intestinal, et dans ce cas il cesse par l'expulsion de gaz. Il y a ordinairement de la constipation, rarement de la diarrhée. L'appétit est irrégulier; de temps à autre, surtout un peu avant l'heure

des repas, il survient des sensations pressantes de faim, qui s'accompagnent de vertiges ou de céphalalgie, si elles ne sont pas immédiatement satisfaites. Il suffit d'une petite quantité d'aliments, une tasse de bouillon, un morceau de chocolat, un peu de vin ou de liqueur alcoolique, pour les prévenir ou les faire disparaître.

Certains malades se plaignent d'un affaissement général; quelques-uns éprouvent une faiblesse des jambes pendant la digestion; parfois, il survient des sensations de lipothymie, en même temps qu'un flux abondant de salive à la bouche.

Dans certains cas, l'appareil circulatoire, présente des symptômes particuliers : des douleurs précordiales, des palpitations, des irrégularités du pouls et d'autres symptômes, se rattachant à une affection du cœur.

D'après Gueneau de Mussy (1), on observerait chez la plupart des malades dyspeptiques, affectés de vertiges, outre les antécédents héréditaires, des douleurs rhumatismales, des névralgies, des migraines, des affections chroniques de la peau, des sédiments uriques dans les urines, la flatulence, une disposition plus ou moins prononcée à l'hypochondrie. L'alternance ou la coïncidence de ces phénomènes avec les troubles gastriques indiquerait l'origine arthritique de la dyspepsie vertigineuse.

Les symptômes céphaliques, que nous venons d'indiquer, peuvent être passagers. Mais, souvent, ils ont une certaine durée, présentant des périodes de calme et d'exacerbation, en rapport avec l'état des fonctions digestives. Ils se terminent par la guérison, mais les malades conser-

(1) *Clinique médicale*, I.

vent une grande tendance aux récidives, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle. C'est surtout le vertige stomacal qui, d'après Sandras (1), mérite le nom de vertige à répétition. C'est aussi celui, pour lequel on est le plus souvent consulté et dont la ténacité, les récidives et la gravité apparente tourmentent peut-être le plus les malades.

## CHAPITRE II.

**Diagnostic.** — *Congestion cérébrale.* — Le vertige stomacal s'en distingue par les caractères suivants :

1° Les sensations, éprouvées par le malade, ne sont pas les mêmes. Dans le vertige, le malade éprouve soit des étourdissements, soit un sentiment de vide, d'incertitude, de faiblesse; ou bien il lui semble que sa tête est comme serrée dans un cercle de fer, qu'il a devant les yeux un brouillard, une roue qui tourne, et le plus souvent tout tourne autour de lui, ou il croit tomber dans un gouffre.

2° Ces symptômes augmentent lorsqu'il se tient debout, et qu'il a les yeux ouverts; quand il se lève, quand il fait un mouvement brusque, quand il regarde en haut ou fixe des objets uniformes, etc.

3° Ces symptômes ne s'aggravent pas quand le malade baisse la tête, ou, du moins, le malade ne souffre qu'en se relevant après s'être baissé; ils disparaissent par la position horizontale.

4° Le malade ne perd jamais la conscience de ses actes; il ne perd pas connaissance et ne se méprend pas sur la portée de ses sensations, de ses hallucinations, dont il est pourtant effrayé.

(1) *Traité des maladies nerveuses.*

5° Les vertiges sont habituellement accompagnés de mal de cœur, de sentiment de défaillance ou de troubles dyspeptiques plus ou moins marqués.

6° Ils surviennent ordinairement dans l'intervalle des digestions, quand l'estomac est vide, et il suffit souvent de l'ingestion d'une petite quantité d'aliments ou bien d'un peu de vin pour les faire cesser.

7° La face peut être rouge, par moments, mais cette rougeur alterne avec la pâleur.

Dans la congestion, au contraire, la face est ordinairement rouge et on observe souvent les signes de pléthore générale : sentiment de plénitude et de lourdeur générale, hébétude, embarras de la parole, tendance au sommeil, fourmillements dans les pieds et les mains, qui augmentent au lit, gonflement des veines, battements artériels, pouls plein, disposition aux congestions, aux hémorragies actives, etc.

8° Le traitement est complètement différent, et, dans certains cas, ses effets pourront éclairer le diagnostic. La saignée, la diète, etc., soulagent immédiatement ou guérissent la congestion ; tandis que ces mêmes moyens aggravent tous les symptômes nerveux.

*Le vertige auditif* ou maladie de Ménière, se distingue par l'existence de troubles de l'ouïe, bourdonnements, surdité, etc. ; par la perte subite de connaissance, de sentiment et de mouvement ; quelquefois par la propulsion irrésistible en avant, ou le mouvement rotatoire involontaire, etc. ; par l'absence de troubles gastriques habituels, en dehors des accès. En outre, le vertige stomacal arrive surtout quand le malade est à jeun ; on peut le prévenir par l'ingestion d'aliments, ou d'une liqueur stimulante, et il cède généralement à un traitement approprié.



*Tumeurs du cerveau.* — Elles donnent souvent lieu à des vertiges et à de la céphalalgie, qui reviennent par accès, s'aggravent dans la position verticale et s'accompagnent de troubles digestifs, vomissements, etc.

Mais les troubles digestifs ne sont pas permanents; les vomissements ont lieu sans nausées, sans crachottements; ils sont indépendants de la nature de l'alimentation; ils persistent dans l'état de vacuité de l'estomac et surviennent surtout quand le malade lève la tête.

Il existe ordinairement une douleur de tête, habituelle ou permanente, en un point fixe, toujours le même. Les facultés intellectuelles, surtout la mémoire, s'altèrent souvent. Il peut y avoir, par moment, perte de connaissance. Il survient des paralysies partielles, des convulsions, des contractures. Il y a souvent des troubles de l'ouïe ou de la vue, de la diplopie, du strabisme, etc.; et par l'ophtalmoscope, on découvre l'hypérémie, l'œdème de la pupille ou les signes de névrite, etc.

S'il survient des symptômes de paralysie dans le vertige stomacal, ce sont des paralysies du sentiment, des anesthésies, des analgésies qu'on peut constater en divers points des téguments.

Enfin, on tiendra compte du commémoratif, causes traumatiques, lésions du crâne, otorrhée chronique, etc.; de la marche des accidents et de leur persistance, etc.

*Névropathie cérébro-cardiaque.* — Le vertige, se répétant fréquemment, pourrait offrir quelque analogie avec l'état pathologique décrit, sous ce nom, par Krishaber.

Dans la forme grave de cette affection, l'intensité des symptômes cérébraux, la persistance de l'insomnie et d'autres symptômes qui s'y rattachent, les troubles de la

circulation, quelquefois des paralysies, empêcheront toute confusion. Les troubles digestifs, s'ils existent, ne sont que la conséquence et jamais la cause des autres phénomènes.

Dans la forme légère, il existe parfois quelques troubles digestifs peu intenses, dyspepsie, borborygmes, diarrhée, constipation, etc. Mais ces phénomènes n'existent que dans la première période; ils cessent bien avant les troubles qui se rattachent aux sens, à la locomotion, à la circulation. Après qu'ils ont disparu et que les fonctions digestives s'exécutent normalement, les accidents nerveux multiples persistent encore pendant un temps très long.

*Rhumatisme épicanien.* — Il se distingue de la céphalalgie dyspeptique, par ses causes : refroidissement, calvitie, etc., par l'existence antérieure de douleurs rhumatismales. Il augmente quelquefois par la chaleur du lit, et par les différentes causes qui font affluer le sang à la tête. La douleur ne disparaît pas dans la position horizontale, ni par l'ingestion des aliments, etc.

*Névralgies.* — La céphalalgie dyspeptique se distingue des névralgies par l'absence des points douloureux propres à ces dernières, par la disparition de la douleur, sous l'influence des stimulants, de la position horizontale, etc.

### CHAPITRE III.

**Étiologie.** — Toute dyspepsie, quelle que soit sa cause, peut s'accompagner des symptômes céphaliques, dont nous nous occupons. Mais c'est surtout dans la dyspepsie atonique, et particulièrement dans la dyspepsie acide, avec surabondance ou présence habituelle d'acides dans l'esto-

mac, que ces symptômes se manifestent. Sandras (1) cite une dame qui, pendant plusieurs mois, a été obligée d'éviter certains aliments : le sucre, le pain, la moindre quantité de boisson la plus légèrement alcoolique, tout aliment susceptible de subir, dans l'estomac, une fermentation acide, provoquaient chez elle des vertiges tels, qu'elle ne savait vraiment plus si elle ne se trouvait pas la tête en bas, et que tout l'appartement semblait danser ou tournoyer, dans un désordre inexprimable.

Les circonstances qui favorisent leur production sont, outre la prédisposition individuelle, les chaleurs de l'été, les excès de travail intellectuel, les excès vénériens, les veilles prolongées, les émotions vives, etc. Peut-être faut-il admettre, pour quelques-unes de ces causes, une action primitive sur le système nerveux, dont la dyspepsie ne serait que le retentissement (dyspepsie nerveuse).

Les troubles dyspeptiques peuvent aussi avoir leur point de départ dans l'intestin. Les fonctions de l'estomac ne paraissent pas troublées, mais le malade accuse des douleurs intestinales, du météorisme, des borborygmes, des alternatives de diarrhée et de constipation, etc.

D'après Trousseau, les vertiges s'observent assez fréquemment dans la convalescence des maladies de longue durée, telles que les fièvres graves, qui ont profondément altéré la nutrition et ont eu un grand retentissement sur l'appareil digestif, dont les fonctions restent plus ou moins troublées. Mais il faut tenir compte aussi, chez les convalescents de maladies graves, de la mobilité nerveuse qui résulte de l'affaiblissement général et qui peut être cause de vertiges.

(1) *Traité des maladies nerveuses.*

L'hypérémie du foie peut aussi s'accompagner de vertiges et de céphalalgie. Nous avons vu ces symptômes, et surtout la céphalalgie, survenir plusieurs fois chez des malades, atteints d'engorgement du foie, lorsqu'ils séjournaient aux bords de la mer.

Les vers intestinaux, les ascarides, les oxyures et surtout le ténia, peuvent aussi devenir cause de vertiges et de céphalalgie. Plusieurs auteurs, entre autres, Trastour, Neucourt, Legendre (1), en citent des exemples. Les sujets, atteints de dyspepsie habituelle, sont pris, de temps à autre, de céphalalgie, de vertiges violents, accompagnés de nausées et quelquefois de vomissements bilieux. Tous ces symptômes disparaissent après l'expulsion des vers.

Nous avons souvent observé les vertiges et la céphalalgie, soit isolés, soit réunis, chez des sujets atteints d'affections valvulaires du cœur, dans les affections aortiques et mitrales. Ces symptômes se produisent dans la première période de ces maladies, avant l'existence des phénomènes de stase mécanique. Ils ne dépendent donc pas de la stase; ils ne sont pas dus, non plus, comme nous le démontrons, à l'anémie cérébrale, résultant du reflux du sang dans le ventricule gauche, par l'effet d'une insuffisance aortique. Nous indiquerons plus loin le mécanisme de leur production.

Pour Gueneau de Mussy, la dyspepsie compliquée de vertiges, comme toutes les névropathies vertigineuses, paraît être, dans le plus grand nombre des cas au moins, une manifestation ou une dérivation de l'arthritisme.

(1) *Archives générales de médecine*, 1850.



## CHAPITRE IV.

**Traitement.** — Avant tout, il faut éloigner les causes, prescrire un régime tonique, substantiel, l'usage du vin en quantité modérée, plutôt que de la bière, un exercice modéré et tout ce qui peut favoriser la nutrition. On remplira toutes les indications que comporte la dyspepsie. On évitera les fortes contentions d'esprit, les travaux intellectuels exagérés, les sensations vives et prolongées. Le tabac, dans certains cas, devra être proscrit.

Le traitement pharmaceutique consiste surtout dans l'emploi des alcalins et des amers.

A l'exemple de Bretonneau, Trousseau conseille de prendre, tous les matins, une heure avant le déjeuner, une tasse de macération amère, faite avec 2 grammes de quassia amara, qu'on laisse pendant 12 heures dans une tasse à thé d'eau froide. La macération peut s'obtenir aussi en laissant séjourner, pendant une demi-heure, la même quantité d'eau dans un gobelet de quassia.

Après chacun des deux principaux repas et le soir en se couchant, il fait prendre une poudre, composée comme suit :

Bicarbonate de soude ;

Carbonate de magnésie, à 30 centigr.;

Craie préparée, 60 centigr.

Après cinq ou six jours, on remplace l'usage de ces poudres par l'eau de Vichy, l'eau de Vals ou de Pougues, l'eau d'Ems, et quelquefois par les eaux de Bussang, de Spa, de Schwalbach, etc.

Ordinairement nous faisons prendre une de ces poudres alcalines immédiatement après chaque repas.

Lorsqu'il y a tendance à la diarrhée, on remplace la magnésie par le sous-nitrate de Bismuth.

On doit revenir préventivement, tous les deux ou trois mois, à la médication alcaline, pour éviter les récidives qui ne manquent pas de se produire.

Rueff recommande le phosphate de chaux, (un gramme avant chaque repas).

Les préparations de noix vomique sont souvent utiles. Elles réussissent dans certains cas, où la médication alcaline est impuissante. On emploie, soit la teinture alcoolique (2 gouttes avant chaque repas), soit les gouttes amères de Baumé (1 à 5 gouttes au début ou à la fin des repas), soit l'extrait de noix vomique (5 à 10 centigr. et plus). Nous avons souvent employé avec avantage le sulfate de strychnine (3 à 12 milligr. par jour, en trois fois, une heure avant les repas).

D'autres médicaments amers peuvent être prescrits : le columbo, la germandrée, la petite centaurée, l'écorce d'orange, etc. Nous nous sommes bien trouvé, dans certains cas, d'une légère solution de bicarbonate de soude (40 centigr.), additionnée de sirop d'écorces d'orange, prise avant chaque repas.

Il sera bon d'unir aux amers les infusés aromatiques de camomille, de fleurs d'oranger ou les préparations de menthe, d'anis, etc., lorsque les vertiges sont liés à la dyspepsie flatulente.

Les eaux gazeuses acidules, parfois utiles pour stimuler l'estomac, devront être prises avec modération ; chez certains sujets, elles peuvent provoquer ou rappeler le vertige.

Le quinquina, particulièrement sous forme de vin, peut aussi trouver d'utiles indications.

Un traitement hyrothérapique, s'il n'existe pas une maladie du cœur avancée, ou de simples lotions froides répétées chaque jour sur tout le corps, des frictions stimulantes générales, produisent souvent les meilleurs effets.

Enfin les eaux sulfureuses ou arsenicales peuvent être utiles, pour remplir des indications spéciales. Leven recommande les bains sulfureux.

Pour prévenir ou calmer les accès, il suffit souvent de prendre un peu de nourriture, une petite quantité de vin, de liqueur ou d'une eau aromatique. Contre la céphalalgie, des frictions stimulantes sur le cuir chevelu et à la nuque soulagent momentanément les malades.

Le même traitement est applicable aux sujets, chez lesquels les accidents céphaliques sont liés à une affection du cœur : alcalins, strychnine, etc. S'il existe des douleurs précordiales, il faut les calmer par des révulsifs, des vésicatoires, des frictions stimulantes ou par des applications narcotiques. Si le pouls est fréquent, irrégulier, la digitale ou le bromure de potassium pourra être utilement prescrit, avant d'employer les autres moyens. En pareil cas aussi, le repos pourra être nécessaire pour calmer l'excitation du cœur et régulariser la circulation.

## CHAPITRE V.

**Pathogénie.** — La pathogénie des accidents céphaliques sympathiques de la dyspepsie a été diversement interprétée.

Déjà, Trousseau (1) avait émis l'idée, que le vertige stomacal n'est peut-être que le résultat d'une action réflexe

(1) *Clinique*, III.

M. HAYOT. — DES ACCIDENTS CÉPHALIQUES SYMPATHIQUES, ETC. 1235  
sur la circulation cérébrale, laquelle action réflexe aurait sa cause d'incitation dans l'estomac.

Jaccoud (1) admet une perturbation de l'innervation encéphalique, par excitation centripète des nerfs vagues.

D'après Vulpian (2), il est infiniment probable que le vertige tient à un trouble vaso-moteur de la circulation cérébrale. Sous l'influence d'une irritation de la muqueuse stomacale, il se produirait, par action réflexe, une constriction plus ou moins marquée des vaisseaux de l'encéphale.

D'après Luton (3), tout n'est peut-être pas illusoire dans la sensation de vertige. Il semble que cette sensation a son point de départ dans une impression partie de l'estomac ou des intestins, lorsque ces organes sont en état de vacuité, et que les gaz qu'ils contiennent présentent une certaine inégalité de tension entre deux points voisins. Toujours est-il, ajoute cet auteur, que, peu d'instant après que la sensation de vertige a été des plus accusées, on sent comme un déplacement de liquide et de gaz, qui se manifeste par un léger borborygme. D'ailleurs, d'autres organes, le rein, l'oreille, peuvent être l'origine de symptômes du même genre. Il exprime donc, au fond, une sensation réelle, mais avec interprétation vicieuse de la part de l'encéphale, qui attribue, au corps tout entier, une rupture d'équilibre très localisée et se produisant dans l'intimité des organes.

Senator (4) émet l'opinion que les symptômes nerveux, si habituels dans les affections abdominales, pourraient provenir de la résorption de produits anormaux, formés dans

(1) *Pathologie interne.*

(2) *Cours de 1874.*

(3) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*; art. DYSPEPSIE.

(4) *Berlin. Klin. Wochens.*, 1868.



le canal gastro-intestinal, et agissant comme poisons, tels sont l'acide butyrique et autres principes analogues.

Pour Leube (1), il n'est pas douteux qu'il y ait une véritable influence vasculaire ou nerveuse, provenant de l'estomac, à considérer dans la production du vertige. Basch, dit-il, a constaté la production simultanée de la sensation de la faim et du vertige, et la suppression instantanée de ce dernier symptôme, par l'administration de la nourriture; et lui-même a observé la disparition du vertige, à la suite de renvois et de régurgitations. Chez un malade, il lui suffisait de presser la région épigastrique, pour provoquer la sensation de vertige. Il croit trouver l'explication de ce phénomène dans les expériences de Mayer et de Pribram (2), qui ont constaté qu'à la suite de l'irritation mécanique des parois de l'estomac, il survient une élévation de la pression artérielle et consécutivement une modification dans la tension intracrânienne.

Nous ferons observer que cette augmentation de la pression artérielle peut bien exister dans certains cas et déterminer même des vertiges et de la somnolence, par exemple dans les cas de surcharge de l'estomac, mais qu'elle n'est pas la cause des vertiges et des douleurs de la dyspepsie chronique, attendu que ces symptômes disparaissent par la position horizontale et par l'ingestion des aliments. Toutefois, l'augmentation de la pression artérielle dans le cerveau, constatée par les expériences de Mayer et Pribram, de même que par celles de Asp (irritation du bout central du nerf grand splanchnique sectionné), et par celles de

(1) *Handbuch der allgemeinen Pathologie und Therapie*; von ZIEMSEN.

(2) *Sitzungsberichte der Wiener Academie*, 1872.

Herman et Ganz (injection d'eau glacée dans l'estomac d'un chien curarisé), pourrait expliquer la disparition des symptômes d'oligaimie cérébrale sympathique de la dyspepsie, par l'usage des stimulants, même pris en petite quantité.

Pour nous, nous admettons que les vertiges sont dus à une anémie cérébrale produite par action réflexe, anémie partielle, et occupant peut-être, d'après Spring (1), les corps quadrijumeaux, les couches optiques, le cervelet et ses prolongements.

L'excitation inconsciente, partant de l'estomac ou des intestins, se transmet par le pneumogastrique au bulbe, centre vasomoteur principal, et de là, elle se réfléchit, par les vasomoteurs constricteurs, sur les petites artères du cerveau, dont la contraction produit l'oligaimie ou l'anémie de l'organe, cause de vertiges. L'ingestion d'aliments dans l'estomac, l'expulsion de gaz peuvent faire disparaître la sensation originelle et partant les vertiges qui l'accompagnent.

Les douleurs sont de deux espèces : les unes sont intracranienues et peuvent s'expliquer par l'anémie du cerveau.

Les autres sont extra-crâniennes, et elles nous paraissent siéger dans les muscles occipito-frontaux, temporaux et cervicaux, comme le prouvent l'influence de la fatigue, l'influence contraire de la position horizontale, le siège superficiel de la douleur, sans points spéciaux, etc. L'excitation partant de l'estomac ou de l'intestin se transmet à la partie supérieure de la moelle, et de là se réfléchit, par le filet sympathique cervical, sur les vaso-moteurs des muscles. L'oligaimie des muscles entraîne leur épuisement rapide sous l'influence des moindres efforts, ou même de certaines

(1) *Symptomatologie.*

attitudes qui tendent leurs fibres; de là, la sensation d'endolorissement habituel. De temps à autre, elle provoque leur contraction tétanique et la compression des filets nerveux intra-musculaires; de là, des douleurs intercurrentes plus vives.

Enfin, à une période avancée de la maladie, les vertiges et les douleurs pourraient quelquefois dépendre de l'anémie générale, résultant de l'intensité ou de la longue durée des troubles digestifs. Mais en ce cas, on pourra constater les signes physiques de cette affection, les souffles vasculaires et cardiaques, etc. Cette cause, invoquée par certains auteurs, ne suffit pas pour interpréter les symptômes dont nous nous occupons. Elle manque chez la plupart des malades que nous avons observés.

On pourrait peut-être aussi expliquer les douleurs, comme Dubois-Reymond explique celles de la migraine, par la contraction spasmodique des muscles vasculaires de la partie affectée, contraction ressentie douloureusement par suite de la compression des filets nerveux. Cette contraction trouverait son point de départ dans l'excitation réflexe des filets sympathiques.

On pourrait encore rapporter la douleur intra et extra crâniennes à l'anémie cérébrale, produite par la contraction vasculaire, comme le font Eulenbourg, Guttman et Landois (1), pour la migraine. Les diverses modifications circulatoires, qui peuvent s'effectuer dans les centres nerveux, sont en effet d'après ces auteurs, souvent cause d'affections névralgiques; et on peut, dès lors, comprendre que l'ischémie encéphalique joue un rôle dans la production des paroxysmes douloureux.

(1) *Die vasomotorischen Neurosen.* (*Wiener. med. Wochensc.*; 1867.)

Les travaux récents de quelques auteurs allemands, sur la dyspepsie nerveuse, tendent à confirmer l'opinion que nous avons exprimée sur la pathogénie des symptômes céphaliques et à justifier cette proposition, que nous avons émise au début de ce travail, à savoir : que les troubles digestifs, qui accompagnent ces phénomènes, peuvent être à peine appréciables ou d'autres fois relever eux-mêmes de la même cause nerveuse que le vertige.

Leube (1) a décrit, sous le nom de dyspnée nerveuse, une affection dont le caractère distinctif est l'opposition entre les sensations subjectives du patient et les phénomènes objectifs constatés. Le malade se plaint de tension épigastrique, d'éruclations, de nausées, de lourdeur de tête, d'alanguissement général, etc. Et, cependant, en analysant le contenu de l'estomac par le lavage, on trouve que les actes de la digestion s'exécutent d'une manière parfaitement normale.

De son côté, Rosenbach (2), a signalé l'existence d'une névrose spéciale du pneumogastrique, dans laquelle les troubles digestifs, plus ou moins marqués, s'accompagnent d'un retentissement considérable sur le système nerveux. D'après lui, cette névrose résulterait d'une irritation des filets gastriques du nerf vague, propagée par voie réflexe.

Pour Jules Glax (3), la dyspepsie nerveuse n'est pas une maladie spéciale : les troubles digestifs ne sont qu'accessoires. Ils résultent simplement de l'atonie générale du système nerveux, comme les phénomènes qui surviennent dans d'autres organes. Ce n'est donc pas l'estomac qui est

(1) *Deuts. Archiv f. klin. Medicin.*, XXIII.

(2) *Deut. med. Wochenschrift*; 1879.

(3) *Sammlung klinischer Vorträge*; n° 223.



primitivement malade et qui est la cause de tout le mal ; c'est le système nerveux qui est affecté et qui engendre les troubles fonctionnels des organes en général et de l'appareil digestif en particulier.

Les symptômes de cette dyspepsie nerveuse sont très variables ; mais ce sont les troubles du nerf vague qui prédominent. Elle serait due à une névrose du pneumogastrique, dépendant de la dépression générale du système nerveux.

Pour motiver son opinion, l'auteur établit que les influences qui déterminent la dyspepsie nerveuse et l'atonie du système nerveux sont identiques ; que cette affection ne s'observe guère que dans la classe aisée et chez des sujets soumis à des influences fâcheuses par l'hérédité, par la manière de vivre, adonnés à des travaux intellectuels exagérés, à des excès vénériens, ou qui ont été atteints antérieurement de maladies graves.

Quoi qu'il en soit, la description, que font Leube et Rosenbach, de la dyspepsie nerveuse confirme notre opinion sur la nature réflexe des symptômes céphaliques. Quant à l'interprétation de Jules Glax, elle pourrait être admise, pour certains faits de dyspepsie consécutive à un état évident de dépression du système nerveux, mais elle ne peut s'appliquer à la généralité des faits que nous décrivons. Peut-être, cependant, serait-elle applicable aux faits de notre première observation.

De même que la migraine, avec son cortège de symptômes nerveux et de symptômes gastriques, ne trouve pas toujours sa cause dans l'appareil digestif, de même le vertige, dit stomacal, ou *per consensum ventriculi*, ne dépend pas toujours d'une affection primitive de l'estomac. Trousseau, lui-même, se demande si le traitement, dirigé par

lui contre l'affection stomacale, ne s'adresse pas, à son insu, au système nerveux, et s'il n'a pas été conduit à diagnostiquer une affection gastrique, plutôt d'après l'influence de la médication, que d'après les symptômes de la maladie.

*Maladies du cœur.* — On connaît les relations étroites qui existent entre le cœur et l'estomac. On sait que les troubles gastriques retentissent facilement sur l'organe central de la circulation; que des palpitations, des irrégularités du pouls surviennent souvent sous leur influence; que la faim non satisfaite provoque quelquefois des accès d'angine de poitrine, etc. D'un autre côté, il est notoire que les maladies du cœur s'accompagnent souvent de dyspepsie, avant qu'elles ne déterminent des phénomènes de stase mécanique, et quelquefois même avant qu'elles ne se traduisent par des symptômes appréciables.

« Il est un certain nombre de malades, dit Parrot (1), chez lesquels l'insuffisance aortique se traduit presque exclusivement par des désordres nerveux variables, portant de préférence sur l'estomac et les fonctions digestives. Une dyspepsie tenace et douloureuse, des crises gastriques, des sensations d'étouffement très pénibles, immédiatement après les repas, des digestions lentes, accompagnées d'éruptions, forment un ensemble tellement prédominant qu'il serait difficile de ne pas croire à une affection purement stomacale, si les signes d'auscultation ne révélaient la lésion cardiaque. »

Leared (2) rapporte dix cas, où les seuls symptômes de l'affection cardiaque étaient une cardialgie douloureuse,

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*; art. COEUR, p. 554.

(2) *A disguised disease of the heart. (Med. Times and Gazette; 1867.)*

avec pyrosis et flatulence. Six fois la mort survint subitement, et l'autopsie démontra constamment l'existence des lésions de l'aorte et des valvules sygmoïdes.

Ces symptômes nerveux dépendent plutôt de l'aortite que de la maladie du cœur même. On les observe cependant dans les affections de l'orifice mitral. Parrot (1) les signale également dans l'insuffisance mitrale, où ils peuvent parfois précéder toute manifestation cardiaque évidente.

Maurice Raynaud (2) et, plus récemment, le professeur Sée, ont montré que certaines affections du cœur, à forme larvée, peuvent se traduire par des troubles de la digestion, longtemps avant la phase d'affaiblissement de l'organe cardiaque.

Le retentissement de la souffrance du cœur et de l'aorte sur l'estomac, est, comme le dit Peter (3), la conséquence de l'irritation, de l'épuisement d'un seul et même nerf, le pneumogastrique, et cela, par suite de perturbations dans le fonctionnement de ce nerf.

D'après Vulpian (4), dans les maladies du cœur, indépendamment de la stase mécanique, il peut se produire, par action nerveuse réflexe, une stase sanguine dans l'estomac. Toutes les fois que la circulation du sang est gênée dans le cœur, il se produit en même temps une impression particulière sur l'endocarde, où viennent se terminer les nerfs auxquels Ludwig et Cyon ont donné le nom de nerfs dépresseurs du cœur. Leurs extrémités sont excitées plus ou moins vivement, et comme ces nerfs vont se rendre au

(1) *Dictionnaire*; p. 602.

(2) *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*; art. CŒUR.

(3) *Maladies du cœur*, p. 527.

(4) *Leçons orales*; 1874.

bulbe rachidien, par l'intermédiaire du pneumogastrique, les impressions sont transmises à ce centre nerveux, et de là, par la moelle aux fibres nerveuses vasodilatatrices contenues dans le grand splanchnique. Par ce mécanisme, se produit la dilatation réflexe de tous les vaisseaux intra-abdominaux de l'intestin, de l'estomac; d'où résulte la stase sanguine dans ces organes.

On sait d'ailleurs (1) que les ganglions et les plexus cardiaques constituent un foyer d'origine nervovasculaire des muqueuses. Car, après leur extirpation, la moindre irritation produit une inflammation de la membranegastro-intestinale, des dilatations vasculaires, etc. On sait aussi que toute perturbation névrovasculaire de l'estomac entrave ses sécrétions.

Enfin, d'après Raymond (2), l'excitation des extrémités intracardiaques ou pulmonaires du pneumogastrique, provoque, par mécanisme réflexe, des perturbations fonctionnelles du système moteur de l'estomac.

La fréquence de la dyspepsie étant admise chez les sujets atteints de maladies du cœur, en dehors de toute stase mécanique, la pathogénie des symptômes céphaliques s'explique chez eux, comme dans tout autre cas de dyspepsie.

Ce n'est pas à dire, cependant, que les modifications si fréquentes de la circulation intracrânienne ne doivent pas entrer en ligne de compte, dans la genèse des symptômes cérébraux qu'on observe dans les maladies du cœur. Mais lorsqu'ils sont dus à cette dernière cause, qu'ils résultent soit de l'anémie, de la stase ou de l'anoxémie, ils surviennent d'ordinaire plus tardivement, ils s'accompagnent de

(1) SÉE, *Dyspepsies*; p. 143.

(2) *Dyspepsie*.



troubles évidents de la circulation, et ils ne cèdent pas à l'usage des amers ni des alcalins. On les observe d'ailleurs dans les affections mitrales comme dans les affections aortiques; ce qui suffirait à prouver qu'ils ne sont pas dus à l'anémie cérébrale, résultant du reflux du sang, dans l'insuffisance aortique.

## OBSERVATIONS.

I<sup>re</sup> OBS. — E. H., 36 ans, jouit habituellement d'une bonne santé, bien qu'il éprouve parfois quelques troubles des fonctions digestives. En 1856, il fut atteint d'une congestion du foie, avec ictère, affection qui dura environ quinze jours.

Au mois de mars 1868, le sujet échange sa vie active, au grand air, pour une profession sédentaire, qui l'astreint à un travail intellectuel opiniâtre. Il étudie 6 à 7 heures par jour, et prend 2 à 3 heures d'exercice. Son régime est régulier; il boit peu de vin et de bière, et fume modérément. Sa santé reste bonne jusqu'au commencement du mois de juin. A cette époque, il voyage plusieurs jours de suite en chemin de fer; la température est très élevée; ses repas sont irréguliers, ses nuits mauvaises, son sommeil moins long que de coutume. C'est alors que se manifestent les premiers symptômes de l'affection qui nous occupe.

Ces symptômes consistent en un embarras, une pesanteur de tête, une sensation de vide ou même une véritable douleur, surtout lorsque le sujet se livre au travail intellectuel. Cette céphalalgie est générale, mais elle occupe surtout le sommet de la tête; toute la voûte du crâne est le siège d'une sensation de chaleur, de pesanteur, de pres-

sion, comparable à celle que produirait une calotte de plomb, et comme si les téguments, les os, et même l'intérieur du crâne ne formaient qu'une masse pesante et douloureuse. A ces sensations habituelles, s'ajoutent des élancements, des battements douloureux, survenant spontanément et surtout par les efforts, les mouvements. Les téguments du crâne sont légèrement sensibles à la pression, mais il n'y existe pas de points spécialement douloureux.

Ces symptômes ne tardent pas à augmenter en fréquence et en intensité. D'abord provoqués par le travail intellectuel, ils se produisent ensuite spontanément, surtout lorsque l'estomac est vide. Les nuits sont bonnes : le malade dort 7 à 8 heures. Il n'éprouve aucune sensation douloureuse aussi longtemps qu'il reste au lit. Mais dès qu'il se lève, il accuse une sensation de vide dans la tête, laquelle est embarrassée et douloureuse. Ces symptômes se dissipent après le déjeuner ; ils reparaissent 3 ou 4 heures plus tard, et le plus léger travail intellectuel devient alors impossible, à moins que le malade ne se couche dans la position horizontale, ou qu'il prenne immédiatement de la nourriture ou quelques verres de vin. C'est principalement dans la soirée, c'est-à-dire 4 ou 5 heures après son diner, et surtout quand le malade s'est livré à l'étude, que les accidents redoublent. En même temps qu'une faim impérieuse se manifeste, les douleurs deviennent très vives, elles s'étendent à l'occiput ; et s'il ne se hâte de manger, il ne peut plus rester debout, ni même assis, et il est obligé de se coucher tout à fait horizontalement. Souvent il lui est arrivé de devoir prendre son repas du soir dans cette position, couché horizontalement sur le plancher, la tête à peine soulevée et complètement immobile, tout mouve-

ment étant rendu impossible par la douleur; et, chose remarquable, après avoir mangé avidement, copieusement et pris quelques verres de vin, le malade peut se lever; toute douleur a disparu.

L'exercice musculaire provoque ou augmente les douleurs. Celles-ci sont parfois intolérables après une promenade un peu longue; elles s'étendent alors jusque dans les muscles de la nuque. Mais elles se calment presque immédiatement dans la position horizontale. Lorsqu'elles sont très vives, elles ne cèdent qu'au décubitus dorsal, avec immobilité complète; le décubitus latéral ne les calme pas complètement. L'inclinaison de la tête en bas ne produit ni vertiges, ni douleurs; au contraire, elle calme plutôt ces dernières. Mais le redressement de la tête donne lieu à des élancements douloureux, qui arrachent parfois des cris au malade. Il éprouve des vertiges, des éblouissements, lorsqu'il regarde en haut ou lorsqu'il regarde en bas d'un lieu élevé.

L'appétit est bon; le malade éprouve toutes les 3 ou 4 heures, comme nous l'avons dit, des sensations de faim vives, parfois douloureuses, qui semblent soulagées par la compression de l'épigastre, et dont la non satisfaction donne bientôt lieu aux douleurs de tête. Ces sensations s'accompagnent souvent d'une sécrétion abondante de salive. Les digestions se font bien; mais il existe de la flatulence; les selles sont irrégulières. La face est plus pâle, surtout pendant les douleurs; elle se colore parfois vivement après un repas copieux et précipité.

Le traitement prescrit au malade consistant en applications de sangsues à l'anus, purgatifs, diète sévère, etc., ne fait qu'aggraver le mal. La faradisation du cuir chevelu n'a

pas plus de succès. Mais l'emploi des poudres alcalines que nous avons indiquées, prises immédiatement après chaque repas, un régime tonique et le repos, amènent immédiatement un soulagement notable. Néanmoins ce traitement doit être continué pendant deux mois pour obtenir la guérison.

Pendant longtemps, le sujet conserve une disposition aux mêmes accidents. Le moindre écart de régime fait réparaître les douleurs de tête, qui cèdent immédiatement à l'emploi des alcalins. Lorsqu'il reste longtemps sans manger, qu'il passe l'heure ordinaire de ses repas, il éprouve des douleurs d'estomac et de la céphalalgie : il suffit d'un peu de nourriture, d'un morceau de chocolat, même d'un morceau de craie, pour calmer ces sensations.

II<sup>e</sup> OBS. — E.-V. H., 35 ans, négociant. A la suite de grandes préoccupations, il fut pris, au mois de mars 1873, de douleurs de tête, lesquelles augmentèrent graduellement, et s'accompagnèrent bientôt de faiblesse des membres. Après avoir inutilement suivi différentes médications, il vint me consulter le 23 septembre 1873.

Le malade accuse une douleur de tête sourde, avec embarras, pesanteur, inaptitude au travail intellectuel. Cette douleur occupe toute la tête, le front, le sommet, l'occiput. Il lui semble, par moments, que sa tête est serrée dans un étau ; parfois aussi il éprouve des élancements douloureux ou une douleur contusive dans le crâne. Vers le soir, il ressent une sensation de fatigue à la nuque ; la contraction des muscles de cette région est douloureuse et la douleur se manifeste lorsque le malade veut tourner la tête d'un côté ou de l'autre. La partie supérieure du crâne est légèrement sensible à la pression. Il n'existe ni douleurs spi-



nales, ni douleurs, ni fourmillements dans les membres. Mais lorsque le malade reste longtemps debout, comme, par exemple, lorsqu'il reste longtemps à causer sur un marché, il éprouve, en même temps qu'une sensation de vide dans la tête, de l'affaissement dans les membres inférieurs, de l'incertitude dans la station, comme si les jambes voulaient se dérober sous lui, et il est obligé de s'asseoir ou de chercher un appui. Ces sensations vertigineuses se produisent également lorsque le malade regarde en haut, ou lorsqu'il voit devant lui un précipice.

La douleur et les sensations vertigineuses augmentent lorsque l'estomac est vide ; elles augmentent aussi par la fatigue et par l'exercice musculaire. Elles diminuent après l'ingestion des aliments, et elles disparaissent immédiatement dans la position horizontale. L'inclinaison de la tête en bas ne donne lieu à aucune sensation de vertige.

Les nuits sont bonnes : il dort régulièrement 7 à 8 heures ; mais à peine est-il sur pied, que tous les symptômes reparaissent.

L'appétit est peu prononcé, capricieux, irrégulier ; les digestions, parfois pénibles, s'accompagnent de ballonnement ; les selles sont difficiles.

Les autres appareils n'offrent rien de particulier.

Je prescris l'usage des poudres alcalines et un régime tonique et régulier ; je conseille au malade d'éloigner toute préoccupation d'esprit, d'éviter la fatigue, tout en prenant un exercice modéré au grand air.

Ce traitement, auquel je joins ensuite l'usage d'une macération de 2 grammes de quassia amara, à prendre le matin à jeun, produit, en quelques jours, une amélioration notable. Mais l'affaissement, la faiblesse des membres infé-

rieurs persistent. Je prescris alors, en même temps que les poudres alcalines prises après les repas, l'extrait de noix vomique (3 centigrammes avec 10 centigrammes de columbo, une heure avant chaque repas). Après quinze jours de ce traitement, M. V. H. m'annonce sa guérison.

J'eus l'occasion de le revoir quatre mois plus tard; sa guérison se maintenait; sa santé était excellente.

III<sup>e</sup> OBS. — M<sup>me</sup> V. D. H., 30 ans, éprouve, depuis environ trois mois, une sensation de vide dans la tête, surtout prononcée le matin; quelquefois des vertiges et des douleurs dans la nuque et la partie postérieure du cou. Il n'existe pas de sensibilité à la pression. Ces sensations augmentent par la fatigue et disparaissent, au contraire, par le décubitus horizontal. Les yeux supportent mal la lumière. La malade n'a pas d'appétit le matin. A l'heure des autres repas, elle éprouve une faim vive, des tiraillements d'estomac; mais cette faim est promptement satisfaite: quelques cuillerées de potage, quelques bouchées d'aliments suffisent pour la calmer. Néanmoins, les digestions sont assez bonnes, et, après les repas, les souffrances de la tête sont soulagées. La langue est légèrement saburrale, les selles régulières, la menstruation normale.

Je prescris des pilules composées de 1 milligramme de sulfate de strychnine et 10 centigrammes d'extrait de columbo. La malade en prend d'abord une, puis deux, puis trois, une heure avant chacun de ses trois repas. Régime tonique.

Sous l'influence de ce traitement, les fonctions digestives se rétablissent en quelques jours, en même temps que les vertiges et les douleurs de tête disparaissent.

IV<sup>e</sup> OBS. — M. X., âgé de 38 ans, constitution délicate,

a été tourmenté depuis longtemps par de grandes préoccupations et par des pertes séminales involontaires. Sa santé est notablement altérée.

Depuis plusieurs mois, il accuse un embarras de la tête, des douleurs à l'occiput, s'étendant quelquefois à la partie postérieure du cou, et quelquefois des vertiges. Ces symptômes se produisent surtout le matin, lorsque le malade est à jeûn, et, dans la journée, avant l'heure des repas. Ils augmentent par le mouvement et par toute espèce de fatigue; le moindre travail intellectuel est devenu impossible. Ils disparaissent lorsque le malade est au lit, et quelque temps après les repas. Il accuse en même temps de la faiblesse des membres, mais sans fourmillements, sans paralysie, ni contractures, ni troubles de la sensibilité.

L'appétit est irrégulier; les digestions s'accompagnent de malaise, de ballonnement et d'éructions qui soulagent le malade. Les selles sont régulières.

Le malade, très effrayé de son état, se croit atteint d'une affection cérébrale. Le traitement qu'il a suivi jusqu'ici, consistant en applications de sangsues, régime sévère débilisant, etc., n'a fait qu'aggraver son état.

Je le rassure et lui conseille de revenir graduellement à un régime tonique, de prendre deux ou trois verres de vin aux repas, de s'abstenir de toute occupation fatigante. Je prescris un verre d'eau d'Hauterive après les repas, et, une heure avant chaque repas, un pilule composée de 1 milligramme de sulfate de strychnine et 10 centigrammes d'extrait de columbo. La dose quotidienne de strychnine est portée graduellement à 8 milligrammes; et, en quelques semaines, tous les symptômes cérébraux ont disparu.

Le malade, continuant à suivre un régime tonique, au-

quel j'ajoute l'usage du vin de quinquina, a pu reprendre ses occupations ordinaires. Pour combattre les pertes séminales nocturnes qui sont encore assez fréquentes, il prend, tous les soirs, 1 à 2 grammes de bromure de potassium.

V<sup>e</sup> obs. — M. C., plombier, vint me consulter le 22 avril 1874.

Depuis deux ans, il éprouve du malaise dans la région du cœur, des palpitations et une légère dyspnée, lorsqu'il marche un peu vite, ou qu'il monte un escalier. Depuis environ six mois, il ressent de la pesanteur de tête et la sensation d'une platine (il est plombier), qui comprimerait le sommet de la tête; par moments, il éprouve une douleur vive dans le même point, comme si on lui fendait le crâne. Ces douleurs s'accompagnent parfois de chaleur au visage et dans le haut du dos. Il accuse, en même temps, un sentiment de faiblesse et quelquefois des vertiges, avec affaissement des jambes, au point qu'il craint de tomber. La faiblesse et les vertiges se manifestent surtout le matin, lorsque le malade se lève, et quelquefois dans l'avant-midi; mais jamais après qu'il a bien diné. L'ingestion de quelque excitant les calme immédiatement.

Le pouls est à 80, régulier; les battements du cœur sont forts; il existe un bruit de souffle au premier temps et à la pointe (insuffisance mitrale).

L'appétit est bon, les digestions se font généralement bien, mais le malade éprouve souvent du ballonnement, surtout après son repas du matin, composé de pain et de café, et quelquefois une sensation de constriction à l'épigastre. Le sommeil est bon; dès que le malade est couché, il n'éprouve plus ni douleurs de tête, ni vertiges.

Sous l'influence d'un régime tonique, du repos et de



l'administration des poudres alcalines après chaque repas, les douleurs vives disparaissent en quelques jours; mais le malaise céphalique habituel persiste. Je prescris alors l'extrait de noix vomique (8 centigram.), uni à l'extrait de columbo (50 centigr.), pour trois pilules, à prendre une heure avant les repas, et l'usage de la viande, trois fois par jour. Quelques jours plus tard, les vertiges et les douleurs de tête ont complètement disparu.

VI<sup>e</sup> obs. — M. X., notaire, 57 ans, vint me consulter, le 27 mars, pour des maux de tête, datant de plusieurs mois.

Il accuse une céphalalgie s'étendant du front à la nuque, mais existant particulièrement au sommet de la tête. La douleur est continue, mais elle augmente par la fatigue, par le travail intellectuel et surtout lorsque l'estomac est vide. L'ingestion des aliments la calme ordinairement; quelquefois, cependant, le mal de tête s'exaspère après les repas, surtout lorsque le malade a pris une certaine quantité de vin. La face qui est habituellement peu colorée, devient alors rouge. Il compare cette céphalalgie à une sensation de pesanteur, avec exacerbations contusives; parfois la tête est comme serrée dans un étau. Il n'existe pas de sensibilité à la pression. Il n'y a pas de vertiges. Les douleurs disparaissent immédiatement dans la position horizontale.

L'appétit est bon, les garde-robes sont régulières. Le malade accuse un peu de dyspnée par la fatigue, par les efforts. Les battements du cœur sont forts; il existe un souffle au second temps et à la base du cœur (insuffisance aortique).

Je prescris l'extrait de noix vomique, un régime tonique, et l'usage très modéré du vin. Ce traitement ne produisant

guère d'amélioration, je remplace la noix vomique par l'usage des poudres alcalines prises immédiatement après chaque repas; huit jours après toute douleur avait disparu.

Depuis cette époque, M. X a éprouvé de temps à autre, les mêmes douleurs, et, chaque fois, elles ont cédé immédiatement à l'emploi des poudres alcalines.

VII<sup>e</sup> obs. — M. C. E., 18 ans, a eu antérieurement deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. Depuis trois ans, il n'a éprouvé aucune douleur rhumatismale.

Le malade vient me consulter, le 10 septembre, pour des douleurs de tête, siégeant particulièrement au sommet, consistant en une sensation de poids, de resserrement; il éprouve en même temps des douleurs à la nuque. Ces sensations disparaissent lorsqu'il est couché. L'appétit est peu marqué, les digestions pénibles. L'ingestion des aliments produit du malaise à l'estomac et ne calme pas les douleurs craniennes. Celles-ci sont cependant soulagées par l'ingestion d'une petite quantité de liqueur alcoolique.

Le malade accuse de la douleur à la région précordiale, et des palpitations. Il existe un souffle doux au premier temps et à la pointe (insuffisance mitrale).

Le traitement, consistant en poudres alcalines, régime doux, mais nourrissant, abstention de vin, de café, etc., ne produit qu'une légère amélioration. J'y ajoute l'application, sur la région précordiale d'un emplâtre narcotique, composé de savon camphré, avec 2 gram. d'extrait de belladone et 2 gram. d'extrait de ciguë. Le malade accuse immédiatement une amélioration considérable. Il n'a plus ni douleurs précordiales, ni palpitations; il éprouve encore, de temps à autre, particulièrement le matin, une sensation de resserrement dans la tête, et après quelques

jours de traitement, tout malaise céphalique a disparu.

VIII<sup>e</sup> obs. — M<sup>me</sup> X., religieuse, est atteinte, depuis plusieurs années, d'un rétrécissement mitral (souffle, à la pointe, diastolique et présystolique); pouls petit, accéléré, irrégulier. Elle éprouve par moments, un embarras de la tête, et souvent le matin, à jeun, des vertiges avec sentiment de défaillance. Lorsqu'elle est à genoux, et qu'elle relève la tête, elle est prise de vertige, qui l'oblige à s'accrocher à un objet voisin. Après avoir mangé, elle est toujours beaucoup mieux; l'appétit est bon, mais elle éprouve parfois de la gêne à l'épigastre, après les repas.

Dans la position horizontale, il n'existe ni vertige ni embarras de la tête.

La malade fait usage de poudres alcalines, et toujours leur emploi fait disparaître, pour un temps, les symptômes cérébraux.

IX<sup>e</sup> obs. — M. D., 17 ans, a été atteint, à l'âge de 10 ans, d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'endocardite, laquelle a laissé à sa suite une insuffisance mitrale. Il est facilement essoufflé, et de temps à autre il éprouve quelques douleurs vagues dans la région du cœur.

Depuis quelques jours, il s'est beaucoup fatigué; il éprouve un accablement et des douleurs de tête, qui le décident à réclamer mes soins, le 20 juin 1874.

La douleur occupe toute la voûte du crâne et s'étend quelquefois à la nuque. Elle est sourde, compressive, augmentant par les mouvements et la fatigue. Le matin, à son lever, le malade ne souffre pas, la douleur ne survient que quelques heures plus tard, à la suite d'un travail intellectuel ou d'un exercice quelconque. Elle est toujours plus forte dans l'après-midi, et principalement le soir. Après une

promenade un peu longue, ou une grande fatigue, les mouvements de la tête provoquent de vives souffrances à la nuque, avec élancements douloureux dans tout le crâne, qui obligent le malade à se coucher. La douleur disparaît immédiatement dans la position horizontale. Elle est plus vive aussi, lorsque l'estomac est vide. L'ingestion des aliments ne la fait pas disparaître immédiatement ; mais, une demi-heure environ après le repas, le soulagement est complet. Les téguments de la voûte du crâne sont légèrement sensibles à la pression. La face est pâle pendant les exacerbations douloureuses.

L'appétit est assez bon ; mais le malade éprouve de la gêne à l'épigastre après les repas, et le ventre est ballonné.

Il a observé que, depuis qu'il souffre de la tête, il a plus souvent des palpitations et des douleurs dans la région du cœur.

*Traitement.* Poudres alcalines après les repas, régime tonique, repos. Après huit jours de ce traitement, le malade est complètement guéri de ses douleurs de tête, en même temps que les fonctions digestives se sont régularisées.

Depuis cette époque, M. D. revint plusieurs fois me consulter pour des douleurs de tête analogues à celles qu'il avait autrefois éprouvées, en me demandant de lui prescrire les mêmes poudres. Et, chaque fois, le même résultat fut obtenu en quelques jours.

X<sup>e</sup> OBS. — M. X., prêtre, 45 ans, a été autrefois sujet à des accès de migraine qui ont graduellement disparu. Il a éprouvé souvent des dérangements des voies digestives, avec vomissements bilieux. A l'âge de 22 ans, il fut atteint d'ictère.



Depuis plusieurs années, il éprouve, par intervalles, un embarras de la tête, qui rend le travail intellectuel difficile, et des vertiges, qui se manifestent surtout lorsque, en marchant, il change brusquement de direction ou lorsqu'il se trouve dans un endroit élevé, lorsqu'il fixe des objets d'un aspect uniforme ou une lumière vive ou encore, lorsqu'il regarde en haut ou lorsque, le matin, il sort étant à jeun. Il redoute de dire la messe à un autel un peu élevé, les vertiges se produisant immédiatement chaque fois qu'il se tourne vers l'assistance. Il accuse, à la nuque, une sensation de faiblesse qui le porte à reposer souvent la tête sur le dossier d'un fauteuil. Les vertiges et le malaise céphalique sont plus prononcés dans la matinée et avant les repas : ils augmentent aussi après un exercice fatigant. L'ingestion des aliments les calme invariablement; ils se dissipent également dans le décubitus horizontal.

L'appétit est bon; la langue légèrement saburrale; l'épigastre est un peu sensible à la pression. Après les repas, surtout après le déjeuner du matin, il éprouve du ballonnement, des éructations fréquentes, de la pesanteur de tête avec tendance au sommeil; les garde-robes sont régulières.

Le malade éprouve parfois des palpitations, surtout après les repas, ou lorsqu'il se livre à un exercice fatigant. Le poulx, petit, présente des intermittences : 76 pulsations.

Il existe à la pointe du cœur un souffle présystolique (rétrécissement mitral).

Il survient parfois un peu de dyspnée, surtout après les repas.

*Traitement.* Poudres alcalines après les repas, repos, régime tonique.

Après huit jours de ce traitement, le malade se trouve

beaucoup mieux : l'appétit est bon, les digestions meilleures. Les vertiges ont disparu, il lui reste un peu d'embarras de la tête et un peu d'incertitude dans certains mouvements.

Les palpitations revenant de temps en temps et les intermittences persistant, je prescris, en même temps que les poudres alcalines, deux granules de digitaline.

Sous cette influence, les battements du cœur se régularisent et tous les symptômes cérébraux disparaissent en quelques jours.

Depuis cette époque, M. X. éprouva de temps à autre les mêmes phénomènes, et chaque fois le traitement indiqué fut suivi du même résultat.

### III. — MOTION D'ORDRE.

De l'avis de M. Depaire, la discussion de la question relative à l'inspection des viandes présentant une grande importance au point de vue de la salubrité publique, cet honorable membre demande, par motion d'ordre, que cet objet figure en tête de l'ordre du jour de la prochaine réunion.

M. le Président fait observer qu'il a été entendu, dans le cours de la séance, que la lecture du travail dont M. Boëns devait donner aujourd'hui communication serait la première inscrite à l'ordre du jour.

Après avoir entendu MM. Wehenkel, Lefebvre et Masoin, sur la proposition de ce dernier membre, l'assemblée décide que les communications de MM. Boëns et Leboucq seront portées en tête de l'ordre du jour ; que chacune de ces lectures ne pourra durer qu'une demi-heure, temps réglementaire, et que la discussion qui fait l'objet de la motion

d'ordre de M. Depaire sera ouverte immédiatement après ces communications.

#### IV. — COMITÉ SECRET.

1. Deuxième scrutin pour la seconde vice-présidence de l'Académie.

Trente et un membres prennent part au vote.

Aucun des candidats n'ayant obtenu les deux tiers des voix, exigés par l'article 6 des statuts, il sera procédé, dans la séance du mois de janvier, à un troisième scrutin qui, aux termes de l'article 10 des mêmes statuts, sera définitif, quel que soit le nombre des membres présents.

2. Élection de trois candidats à présenter au Roi pour la nomination d'un secrétaire, en remplacement de M. Thier-nesse, décédé.

Pour la première candidature le nombre des votants est de 27, pour la deuxième, de 26.

Pour être élu, l'un des candidats aurait dû, aux termes de l'article 6 des statuts, réunir les deux tiers des voix des membres titulaires; ce nombre n'est pas obtenu pour les deux premières candidatures. Conformément à l'article 10 des statuts, un second scrutin devra avoir lieu dans la séance du mois de janvier pour ces candidatures.

Le scrutin auquel il est procédé, pour la troisième candidature, est déclaré nul, 25 bulletins ayant été trouvés dans l'urne, moins, par conséquent, des deux tiers des membres titulaires.

Pour cette candidature, il sera procédé au vote dans la prochaine séance de la Compagnie.

3. Nomination de la commission qui aura à apprécier les mémoires envoyés au concours sur la pathogénie et la thé-

rapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

Sont nommés : MM. Hambursin, Lefebvre et Pigeolet.

4. Dépôt du rapport de la première section sur les candidats présentés en remplacement de M. Thiernesse, décédé. — M. Van Bambeke, rapporteur.

5. Dépôt du rapport de la deuxième section sur les candidats présentés en remplacement de M. Willième, décédé. — M. Hambursin, rapporteur.

Sur la proposition de M. Van Bambeke, ces rapports seront imprimés et distribués aux membres titulaires.

6. Dépôt du rapport de la commission qui a examiné les mémoires de concours sur les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique. — M. Kuborn, rapporteur.

Ce rapport sera également imprimé et distribué, pour être discuté dans le comité secret de la prochaine réunion.

**7. RAPPORT de la Commission chargée d'apprécier le mémoire envoyé au concours de 1880-1883 sur le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies. — M. ROMMELAERE, rapporteur (1).**

La question mise au concours a été formulée dans les termes suivants :

« Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur les expériences nouvelles. »

Un seul mémoire est arrivé en réponse à cette question ; il porte pour devise :

« On ne donnerait rien au public, si l'on attendait d'avoir atteint le bout de la carrière qui se présente et s'élargit sans cesse, à mesure qu'on avance pour la parcourir. (LAVOISIER.) »

(1) La Commission était composée de MM. R. BODDAERT, LEFEBVRE et ROMMELAERE.



L'analyse de ce mémoire permettra à l'Académie d'apprécier son mérite.

## I

1. L'auteur commence par apprécier la portée de la question et en limite l'objet à l'étude d'une seule maladie, l'endocardite ulcéreuse. « Un seul homme ne saurait élucider le rôle des germes animés dans l'étiologie de beaucoup de maladies différentes. En montrant le rôle des germes animés dans cette maladie, nous verrons qu'il est comparable à celui des microbes de maladies plus connues, et ce sera un argument de plus pour généraliser les conclusions acquises aujourd'hui. »

Après avoir indiqué dans ces termes l'importance de la question et en avoir limité la portée, l'auteur définit la maladie, qu'il a choisie, dans les termes suivants :

« Nous entendons désigner, sous le nom d'endocardite ulcéreuse, cette forme d'endocardite dans laquelle les symptômes généraux, au lieu de revêtir le caractère simplement inflammatoire, témoignent d'une altération profonde de tout l'organisme à caractère thyphoïde ou pyohémique. Dans les cas que nous avons en vue, on ne trouve pas toujours des ulcérations de l'endocarde; il peut y avoir seulement des végétations molles, friables, sans tendance à l'organisation. Dans les deux cas, on trouve sur l'endocarde des organismes inférieurs qui jouent un rôle capital dans la production des symptômes et des lésions. »

Il termine l'introduction en indiquant le plan qu'il suit dans son travail.

2. La première partie est réservée à l'indication des travaux les plus importants, publiés sur la matière. Nous

n'insisterons pas sur cette notice bibliographique; nous nous bornerons à noter que l'auteur, après avoir exposé et soumis à une analyse critique sommaire les nombreuses publications qui ont paru dans ces dernières années, ramène à trois périodes les diverses théories qui ont été émises au sujet de la pathogénie de l'endocardite ulcéreuse :

*a.)* Théorie de l'altération générale, préexistant à la localisation morbide anatomique;

*b.)* Théorie de Kirkes et Virchow, ramenant les symptômes à la production d'embolies;

*c.)* Théorie contemporaine, rapportant l'origine de tous les désordres à la présence de microbes.

Il termine cette partie en reprochant aux pathologistes « de n'avoir pas employé de méthodes assez rigoureuses, de n'avoir cherché et trouvé les germes qu'après la mort. »

3. La deuxième partie rapporte les observations personnelles d'endocardite ulcéreuse. Elles sont au nombre de onze. Nous indiquons ici les points les plus importants relevés dans ces histoires.

*Obs. I.* — Endocardite ulcéreuse, confirmée à l'autopsie. Le sang a été examiné pendant la vie; il renfermait un nombre assez considérable de germes mobiles arrondis, les uns isolés, les autres unis deux à deux. Le sang a été cultivé et le produit des cultures inoculé à cinq lapins. Ces inoculations ont déterminé dans l'appareil lymphatique des désordres analogues à ceux de la fièvre typhoïde chez l'homme. Aucune d'elles n'a provoqué l'endocardite ulcéreuse.

*Obs. II.* — Endocardite ulcéreuse, confirmée à l'autopsie. Examen du sang pendant la vie. Pas d'inoculations.

*Obs. III.* — Endocardite ulcéreuse puerpérale. Méningite de la convexité. Mort. Autopsie. Examen du sang pendant la vie. Cultures. Recherches des microbes dans les tissus et les humeurs. Inoculations sans endocardite ulcéreuse consécutive.

*Obs. IV.* — Rhumatisme antérieur. Pneumonie lobaire droite. Défervescence. Retour de la fièvre et des accidents généraux. Mort. Endocardite végétante mitrale. Infarctus simples et spécifiques de la rate et des reins. Plaques jaunes anciennes dans le cerveau. Examens et cultures. Inoculations. Coupes de la végétation, des infarctus.

L'auteur signale lui-même une lacune fort grave : l'état du cœur n'est pas noté dans cette observation. A l'autopsie, végétations molles sur les deux valvules mitrales.

L'examen du sang n'a pas été fait sur le vivant. En outre, l'auteur signale, dans le sommaire de l'observation, des examens, cultures et inoculations qui ne se retrouvent pas dans le protocole d'autopsie.

*Obs. V.* — Fluxions de poitrine. Accouchement. Suppression des lochies. Fièvre et menaces de péritonite généralisée. Abscess péri-utérin. Apparition d'un souffle mitral organique. Germes dans le sang. Cultures.

Cette observation est incomplète ; la malade a quitté l'hôpital. Le sang renferme des micrococci qui ont été cultivés, mais n'ont pas été inoculés.

*Obs. VI.* — Rétention du placenta. Endopéricardite puerpérale. Accidents typhoïdes. Embolie cérébrale. Examen du sang. Cultures. Inoculations. (Non suivies d'endocardite ulcéreuse).

Le malade quitte l'hôpital en voie de guérison.

*Obs. VII.* — Accidents intestinaux. Embolie humérale

droite. Insuffisance mitrale. Examens du sang. Micrococcus. Pas d'inoculations. Le malade a quitté l'hôpital ; l'état général est parfait.

La lecture de cette observation ne rappelle en rien les signes de l'endocardite ulcéreuse. Nous empruntons aux réflexions, dont l'auteur accompagne la relation de ce cas, le passage suivant :

« L'existence des deux fluxions de poitrine antérieures permet de supposer qu'à pareille date l'endocarde aura été atteint, quoique nous ne retrouvions, avant l'explosion des derniers accidents, aucun signe d'affection du cœur. » C'est une hypothèse substituée à l'observation ; à ce titre l'observation est incomplète. Rien n'autorise à admettre ce cas comme une endocardite ulcéreuse.

*Obs. VIII.* — Endocardite. Hémoptysies. Epistaxis. Entérorrhagies. Fièvre très vive. Germes dans le sang, constatés à plusieurs reprises, à trois mois de distance.

Il n'y a pas eu d'inoculations.

*Obs. IX.* — Endocardite végétante tricuspide. Accès intermittents. Examens du sang pendant la vie et après inoculations.

L'auteur reconnaît qu'au point de vue de la nature parasitaire, cette observation n'a pas une très grande valeur : les examens du sang, à deux reprises, ont été négatifs.

Il n'a retrouvé de germes que 34 heures après la mort, sur la végétation cardiaque, alors que la décomposition était avancée. Les inoculations sont restées sans résultats.

*Obs. X.* — Endocardite végétante. Pneumonie du sommet. Erreur de diagnostic. Ramollissement.

Cette observation est incomplète au point de vue de la clinique et de la physiologie pathologique. L'examen mi-



croscopique n'a été fait que le 7 juillet, alors que le sujet était mort le 5.

*Obs. XI.* — Endocardite végétante puerpérale. Infarctus multiples. Examen de la végétation. Inoculations.

Ici encore, l'examen microscopique n'a été fait qu'à l'autopsie. Les inoculations n'ont pas déterminé d'endocardite ulcéreuse.

L'auteur résume, dans les lignes suivantes, les points principaux relatifs à ces observations. « Dans sept cas, dit-il, nous avons pratiqué l'autopsie et examiné non seulement l'endocarde, mais les principaux organes et humeurs. Sept fois, nous avons examiné (et souvent à plusieurs reprises) le sang de ces malades pendant la vie. A l'occasion de six de ces cas, nous avons pratiqué des inoculations, et ces inoculations ont porté sur treize animaux. »

4. La *troisième partie* du travail est résumée par l'auteur dans le sommaire suivant : « L'endocardite ulcéreuse est une maladie parasitaire. Les germes y existent pendant la vie. Ils sont la cause des accidents. On peut souvent reconnaître la porte d'entrée par laquelle ils s'introduisent dans l'économie. Diversité clinique de l'endocardite ulcéreuse. Guérison possible. Par quel mécanisme? »

Il s'attache d'abord à établir que les germes, dont il a constaté l'existence, ne sont pas le résultat de la putréfaction et ne se sont pas développés après la mort. Il invoque leur forme différente de celle des bâtonnets de la putréfaction, leur mobilité et les résultats de la culture.

Il aborde ensuite l'examen de cette autre question : les germes observés sont la cause de l'endocardite. Après avoir rappelé leur présence constatée dans le sang de l'organisme vivant, atteint d'endocardite ulcéreuse, il établit

que les lésions de l'endocarde montrent une abondance exceptionnelle de micrococcus. Il attribue à leur présence la fréquence des embolies et des infarctus qui se produisent dans différents organes (poumons, rate, ganglions mésentériques, plaques de Peyer).

« Les germes de la végétation sont bien la cause de la maladie et de la mort, dit l'auteur ; car 1<sup>o</sup>) les effets ont été les mêmes à la suite d'inoculations d'une troisième culture de végétation; 2<sup>o</sup>) la maladie est transférée aisément d'un premier animal au deuxième, et ainsi de suite, en prenant, par exemple, un ganglion comme matière d'inoculation. »

C'est la proposition fondamentale du travail, et l'auteur aurait dû concentrer toute son attention à en faire ressortir la réalité. C'était d'autant plus nécessaire que les inoculations qu'il a pratiquées n'ont provoqué, dans aucun cas, l'endocardite ulcéreuse.

Il se borne à nous dire : « Nous nous expliquerons dans une autre partie de ce travail sur ce point qui n'a rien qui nous étonne. » Il ajoute : « Nous voulons seulement prouver, par nos inoculations, que les germes contenus dans les végétations sont capables d'infecter l'organisme, d'entraîner les accidents généraux et la mort. »

Il indique, dans les termes suivants, la marche des accidents dans l'endocardite ulcéreuse :

1<sup>o</sup>) Pénétration dans le sang d'organismes parasitaires (par une plaie);

2<sup>o</sup>) Arrivée des germes au cœur où ils s'arrêtent;

3<sup>o</sup>) Pullulation des germes au niveau de la végétation où se produit une sorte de foyer;

4<sup>o</sup>) Accidents divers causés par :

a.) Développement de lésions cardiaques;

- b.) Production d'embolies mécaniques ;
- c.) Embolies spécifiques. Inflammations diverses ;
- d.) Accidents généraux infectieux.

Il termine ce chapitre en signalant, en quelques lignes, la guérison possible des lésions de l'endocardite ulcéreuse par transformation calcaire.

5. La *quatrième partie* du mémoire est résumée dans le sommaire suivant : « L'endocardite ulcéreuse est précédée d'une endocardite chronique. Rôle de la lésion ancienne du cœur. Trois cas d'*endocardite ulcéreuse sans endocardite (?)*. »

Il insiste sur l'importance pathogénique de l'endocardite chronique dans les termes suivants : « Les altérations valvulaires amènent le ralentissement de la circulation du sang dans l'intérieur du cœur ; elles font perdre à la séreuse cet état lisse et poli qui s'oppose à la coagulation de la fibrine, à l'arrêt des particules en suspension. Ainsi les germes peuvent être arrêtés au niveau des aspérités ; ils s'y greffent et s'y multiplient, le foyer intra-cardiaque est constitué. »

Cette interprétation diffère de celle de Köster : celui-ci admet en effet que les germes commenceraient par déterminer des embolies capillaires.

L'auteur explique ensuite ce qu'il entend par *endocardite ulcéreuse sans endocardite* : « Les germes, qui donnent lieu à l'endocardite ulcéreuse, sont nuisibles par eux-mêmes, sans que les lésions du cœur, les embolies à elles liées interviennent. La lésion végétante ou ulcéreuse est subordonnée à l'existence de la maladie du cœur antérieure. Celle-ci venant à manquer, il y aura néanmoins maladie et l'on pourra dire de ces cas, en employant une expres-

sion classique que Trousseau surtout a rendue populaire : endocardite ulcéreuse sans endocardite. »

Il rapporte deux cas de cet ordre, dans lesquels l'endocardite a fait défaut; alors que l'examen microscopique a permis de constater la présence dans différents liquides des germes rencontrés dans les cas d'endocardite ulcéreuse.

6. La *cinquième et dernière partie* du travail est résumée dans le sommaire suivant : « L'endocardite ulcéreuse n'est qu'un syndrome anatomique et clinique qui peut être dû à des septicémies diverses. Maladies parasitaires qui peuvent la produire. »

Elle comprend la relation de 11 observations, empruntées à la littérature médicale et dans lesquelles l'endocardite ulcéreuse s'est rencontrée dans le cours des cas les plus différents. Bornons-nous à dire que l'auteur ne peut pas rattacher ces observations à la théorie parasitaire.

Pour compléter le résumé du travail, nous ajouterons que l'auteur a ajouté de nombreux dessins à la description des lésions observées.

## II

L'Académie peut juger du mérite du mémoire par le résumé que nous venons d'en faire.

Il nous reste à indiquer les motifs qui ont entraîné la décision de votre commission.

1. Le mémoire ne répond pas à la question, telle qu'elle a été posée. Il est certain, comme le fait remarquer l'auteur, « qu'un seul homme ne saurait élucider le rôle des germes animés dans l'étiologie de beaucoup de maladies différentes. » Ce n'est pas ce que demandait l'Académie; elle



n'exigeait pas une étude générale, pas plus qu'un simple exposé des diverses opinions contradictoires qui ont été émises à ce sujet. Elle avait limité la question, en demandant d'exposer le rôle des germes animés en s'appuyant *sur des expériences nouvelles*. Mais évidemment il n'entrait pas dans sa pensée de borner une étude de ce genre à la seule endocardite ulcéreuse, sous prétexte « que le rôle des germes dans cette maladie est comparable à celui des microbes de maladies plus connues et que ce sera un argument de plus pour généraliser les conclusions acquises aujourd'hui. »

C'est là un vice de raisonnement qui s'écarte des principes qui doivent servir de guide dans les procédés de la physiologie pathologique.

La question a été mal interprétée par l'auteur du mémoire.

2. Il est à remarquer du reste que, même restreinte à ces proportions, la question est loin d'avoir reçu une solution satisfaisante.

Il est vrai que l'auteur a constaté dans le sang des sujets atteints d'endocardite ulcéreuse, la présence de germes animés et qu'il a pu encore en constater l'existence dans de nombreux tissus et liquides.

Mais d'autre part, il a rencontré des germes analogues dans des cas où il n'existait pas d'endocardite ulcéreuse.

Dans quatre cas, l'examen du sang n'a été fait qu'après la mort.

Les cultures que l'auteur a faites, d'après les procédés de M. Pasteur, lui ont donné des produits qu'il a inoculés à des lapins : dans aucun cas, il n'a réussi à reproduire expérimentalement l'endocardite ulcéreuse, — ce qu'il aurait

dû faire pour répondre rigoureusement au programme sur le terrain même qu'il avait choisi.

La proposition principale de l'auteur est celle-ci : les germes de la végétation endocardique sont bien la cause de la maladie et de la mort. Cette proposition perd une partie de son importance, en présence des insuccès constants des inoculations. Celles-ci n'ont établi en effet, de l'aveu même de l'auteur, que ce seul point : c'est que les germes, contenus dans les végétations, sont capables d'infecter l'organisme, d'entraîner les accidents généraux et la mort.

L'auteur a compris la lacune importante que les insuccès constants constituent dans sa théorie et il s'est attaché à les expliquer. Dans son opinion l'endocardite ulcéreuse ne se produit que dans les cas où il a existé une endocardite antérieure. « Si notre théorie est juste, ajoute-t-il, il est tout naturel que jamais dans nos inoculations, nous n'ayons obtenu les lésions de l'endocardite ulcéreuse. Pour les observer, il faudrait inoculer des animaux atteints de maladies anciennes du cœur, ou au moins porter les germes jusqu'à l'endocarde. Nous n'avons pu faire encore d'expériences de ce genre. Nous ne négligerons pas d'en faire plus tard. »

Cette vue théorique n'est pas conforme à l'enseignement de l'observation clinique. Votre rapporteur a eu l'occasion d'observer des cas d'endocardite ulcéreuse, d'en suivre l'évolution et d'en voir naître les manifestations les plus apparentes sur des sujets qui n'offraient antérieurement aucune trace d'endocardite.

3. L'auteur, qui a trouvé le programme de la question trop vaste au début de son travail, s'est cependant attaché à poursuivre l'étude de l'endocardite ulcéreuse bien au-delà des limites nécessaires.

Au lieu de chercher à réaliser le programme qu'il s'était tracé, il a consacré la plus grande partie de son travail à développer les deux points suivants :

*a.)* Les lésions et les symptômes ne dépendent pas directement de la maladie ; ils sont subordonnés à l'état morbide antérieur du cœur. Que la maladie survienne chez un sujet sans antécédents cardiaques, et le syndrome anatomique et clinique manquera.

*b.)* L'endocardite ulcéreuse n'est pas un accident important d'une seule maladie ; elle est un masque dont pourront s'affubler un certain nombre de septicémies différentes. Ainsi s'explique la variété si grande d'étiologie que lui attribuent les traités de pathologie.

Nous avons apprécié plus haut l'importance réelle de la première de ces propositions. En admettant même la manière de voir de l'auteur, nous serions amené à conclure que l'endocardite ulcéreuse, dont il attribue la cause à des germes, ne se produit pas, même quand ces germes existent, alors que le sujet ne porte pas les traces d'une endocardite antérieure. Les germes par eux-mêmes seraient donc impuissants à provoquer l'endocardite ulcéreuse.

La deuxième proposition ne fournit guère plus de données nouvelles sur le rôle des germes. L'auteur le reconnaît lui-même : « A ces endocardites ulcéreuses de causes différentes, dit-il, doivent répondre des germes différents. Peut-on distinguer ceux-ci par leurs caractères morphologiques ? Dans l'état actuel de la science, on ne saurait le faire ; mais cela ne prouve pas que telles différences n'existent. »

C'est précisément parce que l'état actuel de la science ne permet pas de résoudre cette question, que l'Académie a

demandé que l'on établisse, par des expériences nouvelles, le rôle de ces germes animés dans l'étiologie des maladies.

4. L'auteur n'a donc pas répondu à la question; il a passé à côté d'elle.

C'est le motif pour lequel votre Commission propose de ne pas accorder le prix.

Nous passerons rapidement sur les lacunes que présente le travail à d'autres points de vue. Les observations ne sont pas toujours complètes : l'auteur annonce pour certaine d'entre elles des détails relatifs à la culture et à l'inoculation des germes, sans qu'on les retrouve plus loin. L'anatomie pathologique laisse beaucoup à désirer. Les déductions qu'il présente ne sont pas dans tous les cas d'une logique irréprochable. Il est dominé dans tout son travail par la conviction de l'importance pathogénésique extrême des germes animés et, fort souvent, il invoque cette conviction comme un point de départ définitivement acquis. Il n'a pas réussi à faire partager cette conviction à vos commissaires.

Tels sont les motifs qui nous ont guidés dans le jugement que nous soumettons à l'approbation de l'Académie.

5. Il nous reste un dernier devoir à remplir, et nous sommes heureux de pouvoir le faire. Nous rendons hommage au zèle de l'auteur de ce mémoire; nous tenons surtout à le féliciter d'avoir abordé l'étude d'une des maladies les plus graves que l'on ait à combattre, en recourant à tous les procédés de recherches actuellement employés; le soin qu'il a mis à examiner le sang pendant la vie et à poursuivre ses essais de culture et d'inoculation est digne d'éloge, et si nous estimons qu'un peu plus de rigueur scientifique aurait avantageusement trouvé place dans le



cadre de ses études, nous reconnaissons volontiers que son travail, malgré les lacunes importantes que nous avons signalées, ajoute cependant un certain nombre de données intéressantes à la somme de nos connaissances sur l'endocardite ulcéreuse. C'est à ce titre que nous rendons hommage aux efforts de l'auteur, tout en regrettant qu'il ait négligé la partie capitale du programme tracé par l'Académie.

Votre Commission vous propose de déposer honorablement le travail aux archives de l'Académie.

— Les conclusions du rapport sont adoptées.

#### V. — INSTALLATION DU PRÉSIDENT ET DU PREMIER VICE-PRÉSIDENT, ÉLUS POUR L'ANNÉE 1884.

M. Crocq, président, ayant annoncé la réouverture de la séance publique, s'exprime en ces termes :

« Messieurs, le moment est venu où votre bureau, ayant accompli sa tâche, doit céder la place à celui que, dans la séance du mois d'octobre dernier, vos suffrages ont désigné pour lui succéder.

« Avant de quitter ce fauteuil, j'ai un devoir bien doux à remplir, celui, messieurs, de vous remercier, tant en mon nom qu'au nom des honorables collègues qui ont siégé à mes côtés, pour la bienveillance que vous nous avez montrée et qui a rendu facile et agréable l'accomplissement du mandat que vous nous aviez confié.

« L'année qui va finir a été bien remplie; je suis heureux, mes chers collègues, de pouvoir le constater. Les discussions professionnelles, auxquelles nous nous sommes livrés,

à la demande du gouvernement, ne nous ont pas empêchés d'aborder l'examen de questions scientifiques très importantes et d'entendre la lecture de nombreux travaux.

« Telle est, en effet, messieurs, la double tâche qui vous incombe : vous avez à vous occuper, d'une part, des questions administratives que le gouvernement vous soumet et des choses qui intéressent les professions médicales. Vous avez, d'autre part, à cultiver le vaste champ de la science. Là est l'aire de votre activité, suffisamment vaste pour l'absorber toute entière. Vous devez vous y vouer d'une manière complète ; vous devez vous y renfermer exclusivement, sans vous en laisser détourner par des questions quelconques de partis ou de personnes.

« Je constate avec bonheur que l'Académie ne s'est pas laissé détourner de cette voie qui lui est tracée et que vous avez mis un soin tout particulier à écarter ces questions qui ne doivent pas franchir le seuil de ce temple de la science.

« Le choix que vous avez fait, messieurs, en désignant, pour nous présider l'année prochaine, notre respectable doyen d'âge, M. Craninx, ce praticien aussi distingué par sa science que par l'aménité de son caractère, me fait augurer qu'il en sera également ainsi et que la Compagnie, sous sa prudente et ferme direction, continuera à ne chercher que le progrès de la science et à attirer sur elle l'estime et la considération du monde savant. (*Applaudissements.*)

« J'invite M. Craninx et M. Cousot à venir occuper les fauteuils qui leur sont destinés.

— En prenant possession du fauteuil de la présidence, M. Craninx prononce les paroles suivantes :

« Je remercie d'abord, de tout cœur, l'honorable prési-

dent auquel je suis appelé à succéder, des paroles élogieuses qu'il m'a adressées.

« Je vous promets ensuite, messieurs et chers collègues, que pendant l'année où je dirigerai vos travaux, je n'aurai pour buts que ceux dont l'honorable M. Crocq a parlé : le progrès de la science et la prospérité de l'Académie. »  
*(Applaudissements.)*

— La séance est levée à 2 heures trois quarts.

---

OUVRAGES PRÉSENTÉS.

- ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES, DES LETTRES ET DES BEAUX-ARTS DE BELGIQUE. — Biographie nationale. Tome VIII, 1<sup>er</sup> fasc. Bruxelles, 1883; vol. 8<sup>o</sup>.
- ACCADEMIA R. DI MEDICINA DI TORINO. — Relazione sui titoli presentati dai concorrenti al 6<sup>e</sup> premio Riberi, intorno alla fisio-patologia del sangue. Torino, 1883; 8<sup>o</sup>.
- ALBRECHT (P.). Zwischenkiefer. — Unterkiefer von La Naulette. 1883; 4<sup>o</sup>.
- Sur les copulæ intercostoïdales et les hémisternoïdes du sacrum des mammifères. Bruxelles, 1883; 8<sup>o</sup>.
- Sur la fente maxillaire double sous-muqueuse et les quatre os intermaxillaires de l'ornithorynque adulte normal. Bruxelles, 1883; 8<sup>o</sup>.
- Epiphyses osseuses sur les apophyses épineuses des vertèbres d'un reptile (*Hatteria punctata*, Gray). Bruxelles, 1883; 8<sup>o</sup>.
- BONNEWYN (H.). Les antiseptiques et les désinfectants. Bruxelles, 1883; 8<sup>o</sup>.
- BRASSAC. Rapport médical sur les accidents qui ont suivi plusieurs blessures par flèches prétendues empoisonnées, dans les îles du Pacifique; suivi du rapport de la commission instituée à l'effet d'examiner la nature du poison de ces flèches, les effets, la durée de ce poison et de rechercher les moyens qui peuvent le combattre et le guérir. Nouméa, 1883; 8<sup>o</sup>.
- CAUDERLIER (E.). Les boissons alcooliques et leurs effets sociaux en Belgique, d'après les documents officiels. Bruxelles, 1883; 8<sup>o</sup>.
- CHAVÉE-LEROY. Le choléra et les maladies épidémiques. Paris, 1883; in-12<sup>o</sup>.
- DE COLLEVILLE (M.). De la nourriture, au point de vue de l'économie publique et privée. Manchester, 1883; 12<sup>o</sup>.
- DONDERS (F.-C.). Vier-en-twintigste jaarlijksch verslag betrekkelijk de verpleging en het onderwijs in het nederlandsch gasthuis voor ooglijders. Utrecht, 1883; vol. 8<sup>o</sup>.
- FÉDÉRATION MÉDICALE BELGE. — Compte rendu de l'assemblée générale et annuelle, tenue dans la salle académique de l'Université libre de Bruxelles, le 26 septembre 1883. Bruxelles, 1883; 8<sup>o</sup>.
- FREDERICQ (L.) et NUEL (J.-P.). Éléments de physiologie humaine, à l'usage des étudiants en médecine. Gand, 1883; vol. 8<sup>o</sup>.
- GENEESKUNDIG STAATSTOEZICHT. — Verslag aan den Koning van de bevindingen en handelingen, in het jaar 1882. s'Gravenhage, 1883; vol. 4<sup>o</sup>.

- GRUBER (W.). Anatomische Notizen. Berlin, 1883; 8°.
- GUENEAU DE MUSSY (N.). Clinique médicale. Tome III<sup>e</sup>. — Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde ou dothiéntérique. Paris, 1884; vol. 8°.
- HAYOIT (E.). Maladies de l'appareil circulatoire. Louvain, 1878; vol. 8°.
- Leçons sur les maladies de l'appareil hépatique. Louvain, 1883; vol. 8°.
- IMPERIAL MARITIME CUSTOMS OF CHINA. — Medical reports, for the half-year ended 31 st. March 1883. 25 th. issue. Shanghai, 1883; 4°.
- LAVOCAT (H.-A.). Construction de l'occipital et de l'appareil hyoïdien, dans la série des vertébrés. Toulouse, 1883; 8°.
- LEVEN (M.). Estomac et cerveau. — Étude physiologique, clinique et thérapeutique. Paris, 1884; vol. 8°.
- LOMBARD (H.-C.). Sur les fonctions du corps thyroïde, d'après des documents récents. Genève, 1883; 8°.
- MANAYRA (P.-E.). Studi storico-critici sulla meningite cerebro-spinale epidemica in Italia e particolarmente nell' esercito. Roma, 1883; vol. 8°.
- MASCHKA. Empoisonnement par le sulfate de cuivre; traduit par le dr C. De Visscher. — Du Moulin (N.). Quelques réflexions en réponse à l'observation d'empoisonnement par le cuivre, publiée par le prof. Maschka. Gand, 1883; 8°.
- NATIONAL TEMPERANCE LEAGUE. — Annual report; 1882-83. London, 1883; 8°.
- ROBINSKI (S.). Zur Kenntniss der Augenlinse und deren Untersuchungs-methoden. Berlin, 1883; 8°.
- SCHENSTRÖM (R.). La thérapie moderne et quelques conseils hygiéniques. Paris, 1883; 8°.
- THIRIAR (J.). Quelques mots sur l'organisation du grand hôpital général et de la Faculté de médecine de Vienne. Bruxelles, 1883; 8°.
- VANLAIR (C.). Les audaces de la chirurgie moderne. Bruxelles, 1883; 8°.
- WARLOMONT (E.). Nouvelles recherches sur les origines de la vaccine. Paris, 1883; 8°.
-



# TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES ET DES AUTEURS

du dix-septième volume (troisième série).

---

## PREMIÈRE PARTIE.

### TABLE DES MATIÈRES.

---

- ACADÉMIE. — Bureau d'administration, année 1883, V. — Liste des membres et des correspondants, au 1<sup>er</sup> janvier 1883, VI; membres décédés, XVI.
- (Séance de l') : du 27 janvier, 17; du 24 février, 169; du 31 mars, 255; du 28 avril, 621; du 26 mai, 683; du 30 juin, 757; du 28 juillet, 947; du 29 septembre, 999; du 27 octobre, 1059; du 24 novembre, 1113; du 29 décembre, 1187.
- Comités secrets : 338, 662, 694, 766, 768, 1055, 1109, 1184, 1258.
- ALVARENGA (P.-F. da Costa), membre honoraire; son décès, 948.
- ANALYSE CHIMIQUE. — Discussion de la communication de M. Kupfferschlaeger sur la nécessité de l'analyse chimique dans les présomptions d'empoisonnement; observations de M. Van Bastelaer, 985.
- ANTISEPTIQUES ET DÉSINFECTANTS. — Proposition de M. Craninx, relative à ces deux produits, 1110.
- APPAREILS dits respirateurs. — Note sur l'emploi des appareils dits respirateurs, dans le traitement des affections de poitrine; par M. Møller, 1117.
- ARSENIC. — Proposition de M. Van Bastelaer tendante à ce que l'emploi de l'arsenic dans l'industrie verrière soit soumis à un règlement ou que cette substance dangereuse soit remplacée par le peroxyde de manganèse, 992.
- BARNES, membre honoraire; son décès, 621.
- BERTILLON, membre honoraire; sa mort, 256.
- BUREAU de l'Académie. — Election du président et des vice-présidents, pour l'année 1884, 1055, 1111, 1184, 1258; instal-

- lation du bureau, discours de MM. Crocq et Craninx, 1272.
- CAISSE de pension du corps médical belge; circulaire du comité directeur, 622.
- CANCERS du sein, guéris sans opération; par M. Boëns, 68, 1175.
- Considérations sur l'étiologie du cancer et sur sa prophylaxie; par M. Van den Corput, 1143.
- CANDIDATURES. — Dépôt des rapports des 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> sections, concernant les candidats présentés pour remplir les places vacantes dans ces sections, 1259.
- de M. Oliveres, 17; de MM. Burdel, Guermontprez, Bouillet, 622, 950; de M. Martineau, 950.
- CHOLÉRA. — Rapport de la commission des épidémies sur les documents communiqués par M. le Ministre de l'Intérieur, concernant les épidémies de choléra et de peste qui ont régné en Orient; M. Lefebvre, rapporteur, 39.
- Dépêche ministérielle relative aux renseignements à transmettre sur la marche du choléra d'Egypte, 947.
- Rapport de la commission des épidémies sur les documents sanitaires adressés au gouvernement belge par ses agents à l'étranger; M. Lefebvre, rapporteur, 973.
- Rapport de la commission qui a examiné la note de M. Philippart sur un cas remarquable de choléra; M. Cousot, rapporteur, 1070.
- (Communication de M. Lefebvre sur le), 760.
- Le choléra et les désinfectants, etc.; par M. Boëns, 1088, 1113; observations de M. Bonnewyn, 1106; de MM. Depaire et Craninx, 1108.
- COMMISSION de comptabilité, V; rapport de la commission sur la gestion de 1882, 662; nomination de la commission qui aura à faire rapport sur la gestion de 1883, 1184.
- des épidémies, V.
- COMMUNICATIONS ET CORRESPONDANCE, 17, 169, 255, 621, 683, 757, 947, 999, 1059, 1114, 1187.
- CONCOURS. — Dépôt du rapport de la commission chargée d'apprécier le mémoire de concours sur le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies; M. Rommelaere, rapporteur, 1184; rapport, 1259.

- CONCOURS. — Mémoires transmis en réponse à la question de concours sur les effets de l'alcoolisme, 19, 170 ; nomination de la commission du concours, 176 ; dépôt du rapport, 1259.
- concernant la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie ; lettres indiquant chacune un moyen curatif de cette dernière affection, 171 ; mémoires transmis pour prendre part au concours, 1187 ; commission nommée pour apprécier ces mémoires, 1258.
  - Information donnée à l'Académie relativement à la question du concours ouvert sur l'analyse spectrale, 19 ; nouveau concours ouvert sur la même question, 338.
  - Programme des différents concours ouverts par l'Académie, 339.
  - Programme des concours ouverts, pendant les années 1881-1882, par l'Institut royal lombard des sciences et des lettres de Milan, adressé à l'Académie, 7.
  - Programme des concours de la classe des sciences de l'Académie royale des sciences, des lettres, etc. de Belgique, 36.
  - Programme d'un concours ouvert par l'Association de l'œuvre des soirées populaires, à Verviers, 42.
  - Programme d'un concours ouvert pour le prix Aldini, 57.
- CONGRÈS. — Circulaire du Comité d'organisation du Congrès de médecins des colonies d'Amsterdam, en 1883, 257, 685, 949.
- des antivaccinateurs, à Berne, en 1883, 1000.
  - de médecine à Reed City, 685.
- CORTESE, membre honoraire ; sa mort, 1115.
- CRITCHETT (Étude sur) ; par M. Warlomont, 637.
- CUMUL de la médecine et de la pharmacie. — Lettres et documents relatifs à cette question, adressés à l'Académie, 622 ; rapport de la Commission ; M. Willems, rapporteur, 662, 834 ; réponse de M. le Ministre de l'Intérieur relative à la discussion à ouvrir en séance publique, 683, autorisation de publier dans le Bulletin le rapport et la discussion, 948 ; discussion : observations de M. Depaire, 840 ; de M. Van Baste-laer, 842, 863, 908, 909, 920, 935 ; de M. Desguin, 853 ; de M. Gille, 855, 912 ; de M. Willems, 857, 891, 909 ; de M. Ma-

- soin, 860; de M. Bribosia, 891; de M. Warlomont, 898, 928, 933; de M. Mascart, 906; de M. Kuborn, 916; de M. Crocq, 921, 929; de M. Rommelaere, 928.
- DELWART, membre honoraire, son décès; ses funérailles, 1060, 1062.
- DÉSINFECTANTS (voir Antiseptiques).
- DUMONT, correspondant; sa mort, 758.
- DYSPEPSIE (Des accidents céphaliques sympathiques de la); par M. Hayoit, 1218.
- ÉCOLES. — Note sur l'inspection médicale des écoles d'Anvers, et la revaccination des élèves; par M. V. Desguin, 630.
- ERCOLANI, membre honoraire; sa mort, 1187.
- FABRICIUS ab Acquapendente (Monument à ériger à), 758.
- FAUTEUIL CHIRURGICAL (Rapport de la Commission chargée d'apprécier la communication de M. Clément, relative à un); M. Thiry, rapporteur, 955.
- FEMMES (Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyée la question de l'exercice de la médecine et de la pharmacie par les); M. Masius, rapporteur, 662, 769; réponse de M. le Ministre de l'Intérieur, relative à la discussion - ouvrir en séance publique, 683; autorisation de publier, dans le Bulletin, le rapport et la discussion, 948; discussion : observations de M. Thiernesse, Decaisne, De Roubaix, Masius et Van Bastelaer, 771.
- FIÈVRE TYPHOÏDE. — La fièvre typhoïde; ses causes; son traitement et sa prophylaxie; par M. Boëns, 176; observations de M. Hambursin, 993.
- FOELEN, membre titulaire, sa mort; ses funérailles, 1000, 1003.
- FOSSION (Notice sur la vie et les écrits du docteur); par M. Barrella, 276.
- GERMAIN, correspondant; sa mort, 256.
- GOÏTRE PARENCHYMEUX. — Discussion du rapport de la commission qui a examiné le mémoire de M. Liebrecht, relatif à l'excision du goitre parenchymateux : observations de M. Crocq, 121; de M. De Roubaix, 231; de M. Debaisieux, 982. De l'excision du goitre parenchymateux; par M. Liebrecht, 357.

- GUISLAIN (statue à ériger à); proposition de M. Burggraeve, 1188; considérations émises par M. Ingels, 1189.
- INSTRUMENTS de chirurgie (présentation d'), par M. Hicguet, 333; observations de MM. Hyernaux et Hicguet, 344; par M. Capart, 336; par M. L. Desguin, 981.
- JEQUIRITY. — L'ophtalmie granuleuse et le jequirity; par M. Deneffe, 258; observations de M. Warlomont, 265.
- LIGUE internationale des antivaccinateurs (protestation adressée au gouvernement français par la), 623.
- MALADIES AIGÜES. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. Philippart, relatif aux émissions sanguines dans le traitement des maladies aiguës; M. Coussot, rapporteur, 33; travail de M. Philippart, 128.
- MÉDICAMENTS (voir Cumul).
- MÉTALLOTHÉRAPIE. — Rapport de la commission qui a examiné l'ouvrage de M. Burcq sur les origines de la métallothérapie; M. V. Desguin, rapporteur, 1192.
- MOTION D'ORDRE de M. De Roubaix tendante à ce que la discussion sur la thyroïdectomie ait lieu prochainement, 98.
- de M. Depaire tendante à ce que la discussion de la question relative à l'inspection des viandes soit portée en tête de l'ordre du jour de la séance de janvier 1884, 1257.
- de M. Masoin tendante à rétablir l'exactitude de l'opinion de M. Melsens, invoquée récemment dans une question scientifique, 28; observations de M. Melsens, 31.
- OBSTÉTRIQUE. — Suite de la discussion des observations obstétricales de M. Wasseige, 985.
- Communication relative à l'appareil élytro-ptérygoïde de M. Chassagny; par M. Hubert, 1072; observations de M. Hyernaux, 1079; de MM. Thiry et Boëns, 1086.
- OPHTALMIE (voir Jequirity).
- OUVRAGES PRÉSENTÉS, 166, 253, 343, 680, 728, 767, 996, 1056, 1112, 1185, 1275.
- PACINI, membre honoraire; son décès, 948.
- PARATONNERRES. — Hommage fait par M. Melsens de son ouvrage sur les paratonnerres et communication relative aux recherches qu'il a faites à propos de ces appareils, recherches qui



pourront peut-être recevoir des applications en thérapeutique, 21; observations à ce sujet de MM. Boëns, Lefebvre et Melsens, 27.

PESTE (voir Choléra).

PÉTRY, membre honoraire, sa mort; ses funérailles, 170, 172.

PHARMACIE (rapport de la commission chargée de l'examen de la question du stage officinal des élèves en); M. Gille, rapporteur, 662, 772; réponse de M. le Ministre de l'Intérieur relative à la discussion à ouvrir en séance publique, 683; autorisation de publier le rapport et la discussion dans le Bulletin, 948; lettre du secrétaire de l'Association générale pharmaceutique, 759; discussion: observations de M. Warlomont, 779, 807, 817; de M. Thiernesse, 788; de M. Mascart, 789; de M. Lefebvre, 789, 828; de M. Michaux, 790; de M. Depaire, 790, 799, 813, 819; de M. Van Bastelaer, 790, 801, 816, 827; de M. Chandelon, 803; de M. Kupfferschlaeger, 808; de M. Gille, 809, 816; de M. Hairion, 820; de M. Crocq, 821; de M. V. Desguin, 831; de M. Rommelaere, 832; de M. Willems, 833.

PHTISIE PULMONAIRE. — La contagiosité du tubercule et ses conséquences cliniques, par M. Warlomont, 1006.

— (Rapport de la commission qui a examiné le travail de M. Warnant sur le traitement de la): M. Barella, rapporteur, 956; observations de M. Boëns, 970,

PLEUROPNEUMONIE. — Communication relative à l'inoculation préventive de la pleuropneumonie contagieuse par injection intra-veineuse; par M. Degive, 1016.

PLI CACHETÉ (Dépôt d'un), par M. Kuborn, 172; par M. Willems, 258; par M. Wertheim, 949; par M. Bruylants, 1191.

PRIX QUINQUENNAL. — Dépêche ministérielle relative au prix quinquennal des sciences médicales, 17; rapport du jury chargé de décerner le prix, pour la période de 1876-1880; MM. Kuborn et Masoin, rapporteurs, 99.

PROCÈS-VERBAL (Rectifications réclamées au), par M. Warlomont, 683; par M. Boëns, 1113.

PSEUDARTHROSE. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyée le vote de M. Guermonprez, sur le traitement de

- la pseudarthrose du tibia; M. De Roubaix, rapporteur, 686, travail de M. Guermontprez, 696.
- PUBLICATIONS offertes par M. le Ministre de l'Intérieur. 18, 169, 256, 621, 684, 757, 948, 999, 1059, 1114, 1187.
- par M. le Ministre de la Justice, 621, 1059.
- par M. le Ministre de l'Instruction publique, 757.
- par M. le Ministre de la guerre, 757.
- RAGAINÉ, correspondant, sa mort, 1115.
- RECUEILS périodiques reçus en 1882, 157.
- RUPIA. — Rapport de la commission qui a examiné le travail de M. Deffernez, intitulé : Rupia, etc.; M. Thiry, rapporteur, 951.
- SAIGNÉE (voir Vésicatoire).
- SECRÉTAIRE de l'Académie, remplacé momentanément par M. Degive, 757; par M. Masoin, (séances des 14, 28 juillet et 29 septembre), 768, 947, 999; M. Rommelaere, nommé secrétaire ad interim, 1059; élection de trois candidats à présenter au Roi, pour la nomination d'un secrétaire, 1258.
- SECTIONS. — Nomination des présidents et des secrétaires des sections pour l'année 1884, 1111.
- SÉDILLOT, membre honoraire; sa mort, 170.
- SIMS (J. M.), membre honoraire; sa mort, 1115.
- STATISTIQUE démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise, par M. Janssens, 258, 731.
- STÉNOSE. — Rapport de la commission chargée d'apprécier le travail de M. Charon, relatif à un cas de sténose congénitale de l'artère pulmonaire, accompagnée de cyanose; M. Wenhkel, rapporteur, 624; travail de M. Charon, 664.
- THIERNESSE, secrétaire, son décès; ses funérailles, 1060, 1064.
- THYRÖIDECTOMIE (trois cas de); par M. Hicguet, 1029.
- TRAVAUX soumis à l'Académie par M. le Ministre de l'Intérieur (choléra), 18, 947; (fauteuil pour les opérations chir.), 169; (femmes; exercice de l'art de guérir, etc.), 255; (quarantaine, etc.), 999; (situation sanitaire de différents pays); (choléra, etc.), 947, 999.
- soumis à l'Académie, par M. Deffernez (vésicatoire), 19; par M. Closset (viandes), 171; par M. Warnant (phtisie), 172;

par M. Gabuzzi (br. sur le choléra), 257; par M. Pollet (bandage herniaire), 257; par M. Guermontprez (pseudarthrose), 258; par M. Monoyer (mouvements involontaires), 685, 1000; par M. Burq (méthallothérapie), 758, 951; par M. L. Desguin (trachéotomie), 981; par M. Nicolich (sclérodémie); par M. Philippart (choléra), 1000; par M. Dutrieux (choléra), 1061, 1115; par M. Bauwens (goitre), 1115; par M. Thiriar (hystérectomie), 1190; par M. Liebrecht (arthrite fongueuse), 1191.

TUBERCULOSE (voir Phtisie).

TUMEUR. — Rapport de la commission chargée d'examiner le travail de M. Servais, relatif à une tumeur des deux maxillaires supérieurs ayant envahi le pharynx; M. Soupert, rapporteur, 268.

— Ablation d'une tumeur vasculaire; compresseur hémostatique; par M. Hyernaux, 79; observations de MM. Michaux, Thiry, De Roubaix et Soupert, 86.

VALENTIN, membre honoraire; sa mort, 758.

VÉSICATOIRE. — Rapport de la commission chargée d'apprécier le travail de M. Deffernez, intitulé : Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée; M. Kuborn, rapporteur, 688; observations de M. Borlée, 693; note de M. Deffernez, 709.

VIANDES. — Rapport de la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Closset, intitulé : Étude sur la possibilité d'utiliser à l'état frais, les viandes d'Outre-mer pour l'alimentation de l'Europe; M. Degive, rapporteur, 273; travail de M. Closset, 345.

— Discussion du rapport de la commission à laquelle a été renvoyée la proposition de M. Depaire relative à l'inspection des viandes, 985.

VON HEUSINGER, membre honoraire; sa mort, 684.

VON SIGMUND, membre honoraire; sa mort, 170.

WILLEMS. — Félicitations adressées à M. Willems, à l'occasion du prix qui lui a été décerné par l'Académie de médecine de Paris, 1189; considérations émises par M. Boëns, 1190.

WILLIÈME; sa mort; ses funérailles, 1060, 1065.

### **ERRATUM :**

A la page 1173, lignes 24 et 25, au lieu de : *est obligatoire.*  
*Dans un certain nombre de grandes villes ;* lisez : *est obligatoire dans un certain nombre, etc.*

## DEUXIÈME PARTIE.

### TABLE DES AUTEURS.

---

- BARELLA. — Notice sur la vie et les écrits du dr Fossion, 276.  
— Rapport de la Commission qui a examiné le travail de M. Warnant, sur le traitement de la phtisie pulmonaire, 956.  
— Discours prononcé aux funérailles de M. Willième, 1065.  
BOËNS. — Cancers du sein, guéris sans opération, 68, 1175.  
— La fièvre typhoïde; ses causes; son traitement et sa prophylaxie, 176.  
— Le choléra et les désinfectants, 1088.  
CHARON. — Sténose congénitale de l'artère pulmonaire, accompagnée de cyanose, 664.  
CLOSSET. — Étude expérimentale sur la possibilité d'utiliser, à l'état frais, l'énorme quantité de viandes d'Outre-Mer pour l'alimentation de l'Europe, 345.  
COUSOT. — Rapport de la Commission chargée de l'examen du travail de M. Philippart, relatif aux émissions sanguines dans les maladies aiguës, 33.  
— Rapport de la Commission qui a examiné la note de M. Philippart, sur un cas remarquable de choléra, 1070.  
CROCQ. — Discours prononcé sur la tombe de M. Delwart, 1062.  
DEFFERNEZ. — Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée, 709.  
DEGIVE. — Rapport de la Commission qui a examiné le mémoire de M. Closset, sur la possibilité d'utiliser, à l'état frais, les viandes d'Outre-Mer pour l'alimentation de l'Europe, 273.  
— Discours prononcés aux funérailles de M. Pétry, 172; de M. Foelen, 1003.  
— Communication relative à l'inoculation préventive de la pleuropneumonie contagieuse, par injection intraveineuse, 1016.  
DENEFFE. — L'ophtalmie granuleuse et le jequirity, 258.  
DE ROUBAIX. — Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyée la note de M. Guermontprez sur le traitement de la pseudarthrose du tibia, 686.



- DESGUIN. — Note sur l'inspection médicale des écoles de la ville d'Anvers et sur la revaccination des élèves, 630.
- Rapport de la Commission qui a examiné l'ouvrage de M. Burq, sur les origines de la métallothérapie, 1192.
- GILLE. Rapport de la Commission chargée de l'examen des questions se rattachant au stage officinal des élèves en pharmacie, 772.
- GUERMONPREZ. — Note sur le traitement de la pseudarthrose du tibia, 696.
- HAYOIT. — Des accidents céphaliques sympathiques de la dyspepsie, 1218.
- HICGUET. — Sur trois cas de thyroïdectomie, 1029.
- HUBERT. — Communication relative à l'appareil élytro-ptérigoïde de M. Chassagny, 1072.
- HYERNAUX. — Ablation d'une tumeur vasculaire; compresseur hémostatique, 79.
- JANSSENS. — Statistique démographique et médicale de l'agglomération bruxelloise, année 1882, 731.
- KUBORN. — Rapport de la Commission chargée d'apprécier le travail de M. Deffernez, intitulé : Coup d'œil sur le vésicatoire et la saignée, 688.
- KUBORN et MASOIN. — Rapport du jury chargé de décerner le prix quinquennal des sciences médicales pour la période de 1876-1880, 99.
- LEFEBVRE. — Rapport de la Commission des épidémies sur les documents communiqués par M. le Ministre de l'Intérieur, concernant le choléra et la peste qui ont régné en Orient, 39.
- Rapport de la Commission des épidémies sur les documents sanitaires transmis au gouvernement belge par ses agents à l'étranger, 975.
- Communication sur le choléra, 760.
- LIEBRECHT. — De l'excision du goitre parenchymateux, 357.
- MASIUS. — Rapport de la Commission à laquelle a été renvoyée la question de l'exercice de la médecine et de la pharmacie par les femmes, 769.
- MELSSENS. — Communication relative à des recherches faites à propos des paratonnerres, 21.

- MCCELLER. — Note sur l'emploi des appareils dits respirateurs dans le traitement des affections de poitrine, 1117.
- PHILIPPART. — Des émissions sanguines dans le traitement des maladies aiguës, 128.
- SOUPART. Rapport de la Commission qui a examiné le travail de M. Servais, relatif à une tumeur des deux maxillaires supérieurs, 268.
- THIRY. — Rapport de la Commission chargée de l'examen de M. Deffernez, sur le rupia, 951.
- Rapport de la Commission chargée d'émettre un avis au sujet d'un fauteuil chirurgical, 955.
- VANDEN CORPUT. — Considérations sur l'étiologie du cancer et sur sa prophylaxie, 1143.
- WARLOMONT. — Étude sur Critchett, 637.
- La contagiosité du tubercule et ses conséquences cliniques, 1006.
- WEHENKEL. — Rapport de la Commission chargée d'apprécier le travail de M. Charon, sur un cas de sténose congénitale de l'artère pulmonaire, accompagnée de cyanose, 624.
- WILLEMS. — Rapport de la Commission qui a examiné la question du cumul de la médecine et de la pharmacie, 834.
-













