

## PREMIER TOURS

## MÉDECINS OU PRÉPOSÉS A LA SANTÉ PUBLIQUE

Ce n'est pas sans quelque étonnement, sans nous frotter un peu les yeux que nous avons tous lu dans les journaux politiques une circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur, adressée, paraît-il, individuellement à chacun de nous par voie préfectorale et nous enseignant la sérothérapie anti-diphthérique.

A ne considérer que la circulaire en soi, le procédé paraît tout à fait nouveau et digne d'attirer l'attention.

Nous voici, nous médecins, recevant des instructions de M. le Ministre de l'Intérieur, bientôt peut-être, pourquoi pas, du Directeur de la Sûreté générale par l'intermédiaire de la Préfecture. Sommes-nous donc devenus tous et d'un seul coup sans nous en douter fonctionnaires d'Etat ou plus modestement employés préfectoraux.

Ce n'est certes pas encore notre opinion mais c'est certainement celle de M. le Ministre, de son administration et du bon public.

Voilà l'Etat qui, insuffisamment satisfait d'avoir l'Enseignement à lui, désire avoir une *Thérapeutique médicale officielle*, que nous autres, nous n'aurons plus qu'à appliquer.

Après avoir décrété la thérapeutique des angines blanches (on laisse les rouges tranquilles), j'espère bien, en effet, que le gouvernement soucieux de nous éviter tout effort intellectuel, nous dictera le traitement que nous devons appliquer aux varioleux, (la lumière rouge par exemple), aux appendiculaires, (l'intervention à froid ou à chaud basée sur les meilleures statistiques).

Et dès lors, quand nos réseaux téléphoniques départementaux seront complets, la médecine pourra être admirablement régie, centralisée en une seule main, ce qui nous permettra enfin d'avoir une thérapeutique homogène et bien faite.

Le dialogue suivant pourra alors s'engager :

Le Médecin de campagne : Allo ! Allo ! Monsieur le Préfet, je viens de voir une angine à points blancs. Faut-il injecter ? Faut-il faire un examen bactériologique ? Combien de centimètres cubes de sérum vieilli, s. v. p. ?

Et j'espère bien que conscient de sa responsabilité, M. le Préfet saura souvent répondre : « Allo ! Allo ! restez à l'appareil, je vais en référer à M. le Ministre de l'Intérieur. »

Ah ! Napoléon fut, dit-on, un homme de génie et centralisa admirablement le pouvoir, mais je doute qu'il ait eu le pressentiment de cette réalisation admirable de l'avenir, M. le Ministre de la Santé publique soignant de son cabinet, par l'intermédiaire de nombreux préposés-médecins, tous les malades de la France entière.

Evidemment, nous ne sommes pas encore à ce stade du progrès, mais il me semble que médecins nous avons le devoir de ne pas laisser passer sans rien dire ce premier essai de thérapeutique ministérielle.

D'autant qu'il semble bien mal renseigné, M. le Ministre, car ainsi que je l'entendais dire à un membre éminent du service de santé militaire : « Les médecins civils n'ont guère besoin d'être encouragés à se servir de sérum, car à l'occasion de manœuvres dans les villages où l'on me signalait de la diphthérie, j'ai souvent appris du médecin traitant que l'injection avait été faite dans un but préventif en présence seulement d'un doute possible. »

On pourrait presque croire que la circulaire pense surtout à faciliter l'écoulement des vieux sérums qu'il suffit de décanter tout comme de vieille eau-de-vie des Charentes pour leur rendre leur vertu première.

L'institut Pasteur n'aura plus à craindre le renvoi des vieux flacons, et le déchet dans la production si le factum de M. le Ministre est lu par nos confrères avec toute la déférence qui lui est due.

Allons-nous recevoir cette circulaire sans rien dire. Je le crains hélas, et puis que faire ?

## ESSAI SUR LES COMPLICATIONS PÉRIHÉPATIQUES ET PLEURALES DE L'APPENDICITE (1).

Par le D<sup>r</sup> LAPEYRE

Chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine.

Il m'a été donné d'observer, au commencement du mois de mars de l'année 1900, dans le service de chirurgie de l'hôpital de Tours dont je suis titulaire, un malade qui, entré avec des phénomènes de péritonite appendiculaire très étendue, succombait au bout de quelques jours à des complications sous-phréniques et pleurales foudroyantes.

Je fis moi-même avec le plus grand soin l'autopsie de ce malade, que je n'avais osé opérer en raison de son état désespéré et, très surpris de ce que je trouvai, notai scrupuleusement tous les détails d'une nécropsie qui me paraissait alors une curiosité pathologique.

De suite je communiquai, le 24 mars, les pièces et le résultat de l'autopsie à mes collègues de la Société médicale d'Indre-et-Loire, pensant surtout à appeler leur attention sur une complication nouvelle de l'appendicite pour les pénétrer de ses dangers.

Au moment même où, curieux de savoir si de pareils faits avaient déjà été souvent enregistrés, je commençais des recherches bibliographiques, j'étais mis d'emblée au courant de la question par la saisissante communication lue à l'Académie de Médecine par le Prof. Dieulafoy.

Prenant pour base de son mémoire un fait personnel, observé dans son service de l'Hôtel-Dieu en décembre 1899, M. le Prof. Dieulafoy, fidèle à la tâche qu'il s'est imposée de signaler tous les méfaits de l'appendice, esquisse à grands traits les caractères des pleurésies appendiculaires et montre, en s'appuyant sur des observations relativement nombreuses, tant étrangères que françaises, que les complications pleurales, loin d'être exceptionnelles,

(1) Ce mémoire a paru dans la *Revue de Chirurgie* du mois d'avril 1901.

sont suffisamment fréquentes pour être considérées comme une des formes, non la moindre, des dangers sans nombre que fait courir au patient l'inflammation de l'appendice.

Ainsi le fait que j'avais observé n'était pas exceptionnel; il n'en devenait que plus intéressant, car il restait vrai que la pleurésie appendiculaire, hier encore, avant la publication de M. le Prof. Dieulafoy, était à peine connue en France.

Je repris donc mon observation pour la comparer d'abord avec celle publiée par M. le Prof. Dieulafoy, puis avec les autres observations relatées dans son travail ou dans les mémoires de Piard, Grandsire, Laizé, etc.

Or, un fait frappant m'apparut; les résultats de l'autopsie faite par moi se superposaient pour ainsi dire exactement à ceux consignés par M. le Prof. Dieulafoy ou relatés dans toutes les autopsies publiées.

Les observations dans lesquelles la guérison était survenue après intervention concordaient elles-mêmes exactement, autant que leur incertitude plus grande le permettait, avec les observations suivies de nécropsie.

Une conclusion toute naturelle se dégageait de ces comparaisons: l'unité de la pleurésie appendiculaire, dans sa pathogénie comme dans son évolution, et la possibilité peut-être d'en tracer dès l'heure actuelle les caractères.

Je dois avouer de suite que M. le Prof. Dieulafoy, usant avec une grande sagacité des travaux antérieurs, a bien mis en relief les caractères anatomopathologiques et cliniques de la pleurésie appendiculaire et qu'il a peu laissé à glaner derrière lui.

Mais les redites sont excusables lorsqu'elles servent la cause de la vérité, et peut-être me sera-t-il cependant possible de préciser quelques points, encore dans l'ombre, de cette complication de l'appendicite.

De suite je tiens à distinguer nettement, à l'exemple, du reste, de M. le Prof. Dieulafoy, deux formes absolument distinctes de la pleurésie purulente au cours de la crise appendiculaire:

1° Il existe une variété de pleurésie purulente qui n'est que le résultat d'une infection pyohémique à point de départ appendiculaire.

L'infection microbienne pénètre dans le torrent circulatoire par les veines et aboutit à la formation d'infarctus emboliques pouvant atteindre la plèvre comme ils atteignent les poumons, les muscles, les reins, le cerveau. Cette variété, heureusement rare, est sans intérêt clinique ni thérapeutique.

Je ne m'en occupe que pour la différencier nettement de la variété suivante, ce que n'ont pas fait nombre d'auteurs, tel Piard, par exemple.

2° La véritable pleurésie appendiculaire est la pleurésie qui se manifeste comme une complication locale de l'infection et n'est qu'un abcès de la plèvre par propagation continue ou à distance.

Alors que les pleurésies de la première variété

sont, bien entendu, indifféremment droites ou gauches, puisqu'elles résultent d'infarctus emboliques, celles-ci sont toujours droites.

Un point essentiel me paraît devoir être mis en lumière dans l'étude de cette pleurésie, et j'y insisterai d'autant plus que son importance a été jusqu'ici totalement ou partiellement méconnue.

Tous les écrivains médicaux qui ont traité de la pleurésie appendiculaire, et M. le Prof. Dieulafoy lui-même, l'ont envisagée isolément, et l'ont seule prise pour texte de leur communication, pour titre du chapitre nouveau ajouté à l'histoire classique de l'appendicite.

Or, la lecture des observations démontre jusqu'à l'évidence que la pleurésie droite *est toujours accompagnée et précédée* d'un foyer de suppuration sous-phrénique dont elle n'est que l'aboutissant ultime.

L'oubli des auteurs s'explique par ce fait que le pyothorax subphrénicus est à peine connu de nos traités classiques et que, presque seul, Greig Smith, dans son *Abdominal Surgery*, en a tracé l'histoire et les symptômes.

Dès lors, au lieu de signaler seulement l'abcès sous-diaphragmatique, à propos de la complication pleurétique, comme le fait M. le Prof. Dieulafoy, qui pourtant en a vu l'importance, n'est-il pas plus conforme à la réalité de rendre à l'abcès sous-phrénique la place qui lui est due à côté et avant même la pleurésie.

Utile au point de vue clinique et thérapeutique puisqu'une intervention à temps, vidant l'abcès sus-hépatique, peut conjurer la pleurésie et sauver la vie du malade, cette notion est aussi capitale pour expliquer la pathogénie de l'affection et l'extension si lointaine des lésions.

Elle fait toucher du doigt la propagation continue, l'extension ininterrompue des lésions du foyer péri-appendiculaire à la plèvre droite et ruine la théorie de la pleurésie à distance par lymphangite pleuropariétale, décrite par Piard et admise encore par M. le Prof. Dieulafoy.

J'ai tenu, puisque des deux complications, l'une, l'abcès sous-phrénique, est constante, l'autre, la pleurésie, plus rare, à bien mettre le fait en évidence dans le titre même de ce travail.

Et j'ai intitulé ce mémoire: *Essai sur les complications périhépatiques et pleurales de l'appendicite*, préférant le terme abcès périhépatique au terme abcès sous-phrénique, qui comprend aussi les collections intra-hépatiques.

J'ai voulu aussi bien établir, dès le titre même de ce travail, que l'appendicite ne donne pas seulement des abcès sous-phréniques, sus-hépatiques, mais encore des collections sous-hépatiques qui pénètrent parfois dans l'arrière cavité des épiploons et ne sont qu'une localisation un peu différente de la propagation infectieuse dans sa même marche ascendante.

Pour faire la preuve sans réplique de l'existence constante de l'abcès sous-phrénique dans la pleu-



résie appendiculaire, je vais, m'adressant successivement aux cas suivis d'autopsies et aux faits cliniques, établir par leur relation :

1<sup>o</sup> Que dans tous les cas signalés de pleurésie, l'épanchement était à droite et qu'il existait un abcès sous-phrénique;

2<sup>o</sup> Que dans de nombreux cas, en l'absence de pleurésie, il y avait ou une collection sus-hépatique ou parfois une collection sous-hépatique.

Je chercherai en outre à établir quel mode de propagation de l'infection doit être accepté comme véritable parmi les voies diverses qui lui sont assignées.

#### OBSERVATIONS SUIVIES DE NÉCROPSIE.

Je range ces observations en deux groupes :

1<sup>o</sup> Groupes des appendicites suivies d'abcès sous-phréniques et de pleurésie;

2<sup>o</sup> Groupe des appendicites suivies seulement d'un abcès périhépatique.

##### 1<sup>er</sup> Groupe.

OBSERVATION I (personnelle). Victor V., 33 ans, pâtissier, entre à l'hôpital de Tours, en médecine, le 27 février 1900. Il a eu une fièvre typhoïde à 20 ans, plusieurs crises appendiculaires en 1898 et 1899.

Le 22 février, il a été pris de douleur dans la fosse iliaque droite avec fièvre, vomissements et constipation.

A son entrée on note une douleur très vive dans la fosse iliaque et le flanc droit avec empatement.

La température est à 38°, le pouls à 120, le facies mauvais, il existe de la dyspnée. Pas de toux. Pas de vomissements.

Le 2 mars, le malade passe en chirurgie avec le diagnostic d'appendicite. Je l'examine le lendemain, 3 mars, à ma visite.

Une zone douloureuse et indurée donnant la sensation d'un empatement profond part de la fosse iliaque droite, envahit tout le flanc droit, l'hypocondre jusqu'aux fausses côtes, atteignant la ligne médiane.

La douleur vive, au point de Mac Burney, est atroce au niveau du bord inférieur des fausses côtes, le malade souffre de l'épaule droite.

Le facies est péritonéal, la temp. à 38°, le pouls à 115; il existe de l'accélération des mouvements respiratoires, mais pas de dyspnée très accusée. Cette gêne respiratoire est attribuée à la souffrance péritonéale, car le ventre est tout entier ballonné.

La percussion donne une matité occupant toute la zone d'induration, se prolongeant avec celle du foie qui s'élève jusqu'au mamelon.

L'auscultation en avant ne donne rien, elle n'est pas pratiquée en arrière pour laisser le malade dans l'immobilité complète.

Le diagnostic est : appendicite avec péritonite étendue à tout le flanc droit et mal localisée.

L'intervention paraît condamnée à un échec; je préfère attendre une limitation que j'espère.

Jusqu'au 6, les phénomènes péritonéaux vont s'amendant, mais la dyspnée augmente avec un facies de plus en plus anxieux; une toux sèche apparaît.

Du 6 au 11, les symptômes péritonéaux s'améliorent encore le ventre n'est plus ballonné. Mais la température s'élève

à 38°,6; 38°,8; 39°,2 le soir. La toux sèche est plus fréquente, la douleur de l'hypocondre aussi vive, la dyspnée peut-être encore plus accusée.

Les signes physiques en avant n'ont pas varié. La matité atteint le mamelon.

L'opération est décidée; mais brusquement, le 11, les symptômes s'aggravent, le ventre se météorise, la dyspnée est extrême avec angoisse, le moindre mouvement, la moindre pression arrachent au malade des cris de douleur. Le visage se couvre de sueur, le pouls devient filiforme, la température s'abaisse à 37°,4. La mort survient le même jour.

*Autopsie.* — A l'ouverture du ventre, l'intestin est météorisé, les anses adhèrent entre elles dans toute la zone droite et surtout au niveau de la fosse iliaque droite où le cæcum et le colon ascendant sont fusionnés avec la paroi latérale de l'abdomen.

Une nappe continue de pus et de fausses membranes s'interpose entre la paroi et les parties postérieures du cæcum et du colon ascendant; ce pus est mal lié et putride.

La paroi même est envahie au niveau de l'angle cœlique. Ses plans sont confondus et du pus s'infiltre entre les muscles et le péritoine.

En suivant cette fusée purulente, on arrive dans une vaste collection occupant l'espace compris entre le foie et le diaphragme.

Le foie est abaissé, le ligament falciforme repoussé à gauche et la collection remonte presque au niveau du mamelon. Le bord postérieur du foie est fortement refoulé en bas.

Un litre et demi au moins de pus remplit cette cavité; le pus n'est pas mélangé de gaz. Le diaphragme n'est nulle part perforé, mais des fausses membranes tapissent toute sa face inférieure.

A l'ouverture du thorax, la plèvre droite apparaît tout entière envahie par le pus. Un litre et demi environ. Le poumon refoulé n'est plus qu'une masse informe, sa coupe offre un aspect carné, il ne présente aucun abcès.

Des fausses membranes tapissent toute la plèvre. Le pus paraît identique au pus de l'abcès sous-phrénique, cependant il ne communique nullement avec lui, le diaphragme étant intact.

La plèvre et le poumon gauche, tous les organes sont intacts. Le foie augmenté de volume présente de la dégénérescence graisseuse; il ne renferme aucun abcès, sa surface même est relativement peu altérée.

Je cherche alors l'appendice, cause probable des accidents.

Très long, dix centimètres au moins, il adhère par sa pointe à une anse d'intestin grêle après avoir suivi d'abord en remontant la face postérieure du cæcum. L'épiploon s'enroule autour de lui et lui adhère ainsi qu'à la paroi.

Lui-même est peu altéré, non perforé, sa cavité partout libre ne renferme ni pus, ni entérolithe. Il existe surtout des lésions muqueuses, résultat d'attaques successives qui ont laissé leurs traces. Mais, fait très remarquable, les ganglions du mésoappendice et du mésentère sont hypertrophiés, l'un d'eux même est purulent.

La collection purulente née dans la fosse iliaque n'est pas au contact direct de l'appendice, mais lui est reliée par des adhérences et des fausses membranes; on suit facilement son trajet [le long du sinus pariéto-cœlique jusqu'à la face inférieure du diaphragme.

La lésion est ainsi continuée de l'appendice, foyer initial, à la plèvre, aboutissant ultime de l'infection.

Cette observation suivie d'autopsie est un cas très net de propagation ininterrompue de la suppura-

tion à point de départ appendiculaire, à la région rétro-côlique, puis sus-hépatique et enfin pleurale droite.

La pleurésie succédait évidemment à un abcès sous-phrénique, et cela de par la clinique comme de par les constatations anatomo-pathologiques.

OBS. II. de M<sup>r</sup> le Prof. Dieulafoy. Je cite textuellement :

« De nombreuses adhérences existent à droite entre la paroi et les organes abdominaux et, pour détacher les ligaments, il faut inciser ou déchirer des adhérences et des clapiers d'où s'écoulent 150 grammes de pus fétide.

La cavité abdominale étant mise à découvert, on aperçoit alors des traînées de pus et de membranes, les unes étalées au devant de l'intestin et du foie, les autres remontant derrière le cæcum et le côlon, et disposées de la façon suivante.

A la face postérieure du cæcum est une couche purulente et membraneuse qui le relie au péritoine pariétal. Dans cette masse d'adhérences est englobé l'appendice très long, à type remontant; son extrémité baigne dans une mince couche de pus.

La couche purulente et membraneuse se continue derrière le côlon ascendant, le débord, contourne l'angle du côlon transverse, et vient s'étaler au devant du lobe droit du foie.

Dans l'épaisseur des adhérences reliant le foie au diaphragme, entre le feuillet pariétal et viscéral du péritoine, est une couche de pus sous-phrénique. Le diaphragme n'est perforé en aucun point.

Il y a trois litres et demi de liquide grisâtre, très fétide, dans la plèvre, sans lambeaux de gangrène.

Le poumon est réduit au cinquième de son volume normal. Il adhère par sa base au diaphragme, ne contient aucun abcès; entre les deux feuillets de la plèvre diaphragmatique très épaissie existe une couche purulente, étalée comme du beurre entre deux tartines de pain.

Il existe un abcès au sommet du poumon gauche. Pas de pleurésie.

OBS. III. Duddenhausen (Th. Berlin, 1849, citée par Dieulafoy). Perforation de l'appendice avec péritonite localisée, formation d'un foyer purulent limité qui, suivant une voie sinueuse, remonte du cæcum au diaphragme dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, et s'ouvre dans la plèvre.

OBS. IV. — Larsen et Winge (citée par Dieulafoy). Une fusée purulente partie de l'appendice se prolongeait en un étroit canal derrière le foie et avait perforé le diaphragme en deux endroits.

OBS. V. — Grawitz (citée par Dieulafoy). De l'appendice gangrené part une cavité sinueuse. Abcès sous-phrénique communiquant à la partie post. du diaphragme par une perforation large comme une pièce de cinquante centimes avec la plèvre. Un litre et demi de liquide dans la plèvre.

OBS. VI. — Wollert. — Une cavité remplie de liquide fétide s'étend le long du côlon ascendant jusqu'au diaphragme. La capsule du foie est recouverte d'un exsudat purulent. Le diaphragme est perforé. 4 litres de pus fétide dans la plèvre.

OBS. VII. — (Th., Laizé, 1879, Berl. klin. Woch.) Perforation vermiculaire. Vaste cavité contenant du pus et du gaz entre foie, estomac et diaphragme. Diaphragme perforé. Pyopneumothorax.

OBS. VIII. — (In Th. Laizé) Jaffé. Deutsch. med. Woch., 1881.

Appendicite. Quatre semaines après, abcès sus-hépatique. Perforation du diaphragme et pleurésie purulente

droite. Autopsie. Perforation de l'appendice. Abcès péri-cæcal. Au-dessus du foie, vaste abcès sous-phrénique et pleurésie purulente communiquant à travers le diaphragme.

OBS. IX. — Monod. Société de Chirurgie; 10 juillet 1895. A l'autopsie, péritonite généralisée. Le diaphragme est perforé. Le pus s'évacue par une bronche.

OBS. X. — Cas d'Albers (Th. Pravaz, Dijon, 1888).

OBS. XI. — Cas d'Hammernick. — Le foyer purulent parti de la région rétro-cæcale contourne le foie et arrive dans la plèvre en perforant le diaphragme.

OBS. XII. — Starck (in Th. Grandsire). — A l'autopsie, on découvre un abcès sous-phrénique ayant perforé le diaphragme et s'ouvrant dans le poumon.

OBS. XIII. — Salzwedel (in Th. Grandsire). — La nécropsie donne des constatations identiques.

Ces 13 observations représentent la totalité des cas de pleurésie appendiculaire suivis d'autopsies que j'ai pu recueillir.

Toutes offrent une remarquable identité et concordent sur ces trois points :

1<sup>o</sup> La pleurésie était toujours à droite ;

2<sup>o</sup> L'abcès sous-phrénique a été toujours trouvé à l'autopsie ;

3<sup>o</sup> La collection ininterrompue partait du voisinage de l'appendice, derrière le cæcum, et remontait jusqu'au foie pour gagner la plèvre à travers le diaphragme, tantôt perforé, tantôt intact. Il y avait en réalité extension du foyer purulent à la plèvre et non pleurésie à distance.

Mais puisque l'abcès sous-phrénique est l'étape intermédiaire et nécessaire entre l'abcès péri-cæcal et le foyer pleural, il doit exister des cas plus ou moins nombreux dans lesquels l'extension des lésions se borne à engendrer le foyer sus ou périhépatique sans gagner la plèvre.

Il doit, en un mot, exister des abcès sous-phréniques isolés de toute détermination pleurale.

Ici, je n'ai plus besoin de publier les autopsies, du reste trop nombreuses, qui en sont des exemples convaincants; le fait est connu depuis longtemps déjà et il me suffit de rappeler que, dès 1879, Leyden décrivait l'abcès sous-phrénique consécutif à l'appendicite pour revenir à maintes reprises sur le même sujet.

Mayal, en 1894, se basant sur des séries d'autopsies, donne la proportion énorme de 25 abcès sous-phréniques pour 179 appendicites, ce qui n'empêche qu'en 1895, Lang (de Moscou) ne trouvait à publier que 175 cas d'abcès sous-phréniques.

En France même, les thèses de Ramadan, Grand-sire, Sallet, sont consacrées à la même étude et reproduisent des observations typiques.

Enfin, en Angleterre, Greig Smith, dans son *Abdominal Surgery*, consacrant un chapitre aux collections sous-phréniques, en signale bien les deux causes : par ordre de fréquence, l'ulcère perforant l'estomac, l'appendicite.

J'insisterai seulement sur ce fait que nombre de fois on a pris pendant la vie pour une pleurésie pu-



purulente un abcès sus-hépatique pour ne reconnaître l'erreur qu'à l'autopsie.

## OBSERVATIONS DU DEUXIÈME GROUPE.

En voici un exemple emprunté à la thèse de Beynes, Paris, 1890, et publié par M. le Prof. Hutinel.

Obs. I. — Hutinel. — Abcès sous-phrénique pris pour une pleurésie purulente. 20 jours après des accidents de pérityphlite apparaissent de la fièvre, de la matité et de la diminution respiratoire à la base du poulmon droit. Un empyème est pratiqué dans le troisième espace intercostal. On ne trouve rien dans la plèvre, mais en perforant le diaphragme, on donne issue à un foyer purulent collecté entre le foie et lui.

La mort survient, et l'autopsie confirme l'existence isolée de l'abcès sous-phrénique.

Voici une autre observation où la même erreur a été commise et que je publie en entier en raison de son intérêt clinique et aussi du procès-verbal très détaillé de la nécropsie.

Obs. II. — Spillmann (*Presse médicale*, 7 septembre 1898).

L'auteur trouve un volumineux abcès situé entre la face supérieure du foie et le diaphragme, renfermant près de 2 litres de pus. Le poulmon est refoulé à la partie supérieure de la loge thoracique. Le diaphragme sépare le foyer de la plèvre, mais au niveau des fausses côtes il est très aminci et se trouve réduit par places à quelques fibres musculaires qui doublent la plèvre pariétale.

Aucune communication entre la cavité sous-phrénique et la cavité pleurale.

L'appendice volumineux est à demi amputé, une boulette stercorale est tombée dans le péritoine.

Le cæcum est entouré de fausses membranes. On voit le pus sourdre derrière l'ampoule; une sonde cannelée introduite à ce niveau passe derrière le cæcum et ressort le long du bord latéral droit du côlon ascendant près de son union avec le côlon transverse.

Il existe là une poche renfermant environ 250 à 300 grammes de pus.

Un deuxième trajet fistuleux part de cette poche et va aboutir par derrière le foie dans la collection sous-diaphragmatique.

L'auteur note en termes précis la propagation ininterrompue du pus; l'abcès sous-diaphragmatique directement continu avec l'abcès péri-cæcal, confirmant ainsi les données qui résultent des autopsies que j'ai publiées plus haut.

En même temps que cette nécropsie, le Dr Spillmann donne l'observation clinique du malade dans laquelle je relève le détail caractéristique suivant :

Pendant la vie le diagnostic porté a été : pleurésie diaphragmatique, et une ponction exploratrice infructueuse a été faite dans le troisième espace intercostal.

Le rôle causal de l'appendicite a été à ce point méconnu que le malade, entré le 1<sup>er</sup> décembre en chirurgie dans le service du Prof. Gross, est passé le 6 en médecine pour les accidents qu'on croyait devoir être intrathoraciques et y est mort le 19.

Voici maintenant une dernière observation toute récente, due à mon collègue et ami le Dr Lapointe,

qui est un exemple typique de la variété plus rare de l'abcès sous-hépatique isolé.

Obs. III. — Dr Lapointe (*Presse Méd.*, 10 octobre 1900). Une femme de 20 ans est prise, le 1<sup>er</sup> juillet, d'appendicite aiguë.

Six jours après opération : à la partie externe du cæcum le doigt ouvre une collection contenant un verre à Bordeaux de pus. L'appendice, recourbé au flanc externe du cæcum, est sectionné, il est perforé et contient un entéro-lithe.

Le 17 juillet, *colpotomie post*, pour évacuer un foyer pelvi-abdominal.

Le 23 juillet, nouveaux phénomènes de *septicémie*, subictère, et, au-dessous des fausses côtes, dans l'hypo-chondre droit, tumeur très nette, ne donnant aucun signe pleuro-pulmonaire. Incision parallèle aux fausses côtes le 23 juillet; la ponction à travers le foie, donne issue à du pus. Le bistouri est plongé dans le foie, mais un jet de sang oblige d'arrêter l'opération et de faire le tamponnement.

Mort dix heures après.

L'autopsie montre que l'abcès ne siégeait pas dans le foie, mais sous le foie, et n'avait pas été atteint par l'incision.

Uni à l'angle droit du côlon, le foie forme la paroi supérieure d'une poche profonde contenant environ un litre de pus.

La paroi inférieure est constituée par le côlon et le paquet intestinal refoulés.

La paroi postérieure par le rein dans sa capsule adipeuse intacte.

La paroi externe est constituée par la paroi abdominale. Le foyer iliaque est comblé par des adhérences unissant intimement l'angle iléo-cæcal à la paroi.

L'abcès sous-hépatique en est complètement séparé. S'appuyant sur l'existence d'un foyer pelvien à distance et sur la séparation ci-dessus indiquée des deux foyers, le Dr Lapointe considère l'abcès sous-hépatique comme un abcès extrapéritonéal à distance, sans lien de continuité avec le foyer péri-appendiculaire.

Dans toutes les observations précédentes, la continuité sinon de la collection, du moins des fausses membranes et des produits inflammatoires, se trouve au contraire signalée. Faut-il admettre que la continuité des lésions n'est qu'habituelle et souffre des exceptions. Je ne le crois pas et m'expliquerai plus loin sur ce fait. Ici je me contenterai de remarquer que le procès-verbal même de l'autopsie n'entraîne pas la conviction, car :

1<sup>o</sup> Le premier foyer iliaque incisé quinze jours avant était comblé par des adhérences et dès lors la séparation des deux foyers peut n'avoir été que le résultat du processus de guérison;

2<sup>o</sup> La séparation des deux foyers est, il est vrai, affirmée, mais l'état de la région rétro-côlique et cæcale n'est pas spécifié.

Or, le siège de l'abcès sous-hépatique répond exactement à la localisation que donne la propagation par le sinus rétro-côlique, et le doute en prend plus de consistance.

Aussi sans m'arrêter outre mesure à l'affirmation un peu hasardee, qu'il s'agit dans cette observation d'un abcès intrapéritonéal à distance, je retiens dès

maintenant avec intérêt la localisation très nettement décrite de l'abcès sous-hépatique dans une sorte de carrefour sur lequel j'aurai à revenir, carrefour limité :

En haut par la face inférieure du lobe droit du foie.

En bas par l'angle droit du côlon.

En dehors par la paroi latérale de l'abdomen.

En arrière par le rein dans sa capsule adipeuse.

Je note, en outre, que, malgré ses relations étroites avec l'hiatus de Winslow, l'abcès ne pénètre pas dans l'arrière-cavité des épiploons, et je crois dès maintenant, en m'appuyant sur les constatations nécropsiques qui précèdent, pouvoir tracer le tableau anatomo-pathologique des lésions présentes.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

J'envisagerai successivement la lésion dans ses diverses localisations.

*Appendice.* — Les altérations du vermium, constantes puisqu'elles sont l'origine première des accidents, sont loin d'être toujours identiques à elles-mêmes : l'inflammation s'y manifeste, en effet, à tous ses degrés.

Assez souvent l'appendice est nécrosé et perforé ou baigné directement dans le pus ; les phénomènes initiaux ont une gravité en rapport avec les complications subséquentes. Des calculs stercoraux peuvent être trouvés jusque dans le foyer sous-phrénique. D'autres fois l'appendice non perforé est plein de pus et contient ou non des entérolithes : ses parois sont profondément atteintes, couvertes de fausses membranes ; il est uni par des adhérences aux organes voisins, à l'épiploon, et un foyer péritonéal suppuré naît à son contact.

Mais dans d'autres cas (et nombre d'exemples très nets peuvent être rappelés), ses lésions sont beaucoup plus légères, hors de toute proportion avec les suppurations qui leur succèdent, ou même en pleine voie de régression. L'appendice est alors atteint seulement de lésions pariétales évoluant vers la guérison, et ce n'est pas dans sa cavité, pas même sur sa face péritonéale, mais seulement dans les ganglions du méso-appendice et dans la fosse iliaque, à distance, qu'apparaissent les premières traces de pus.

Il semble que les agents pathogènes en migrant hors de l'appendice, ont exalté en marchant leur virulence.

L'appendice a-t-il (dans tous les cas observés) une situation fixe répondant à la propagation spéciale des lésions ? M. le Prof. Dieulafoy affirme que l'appendice est toujours en position ascendante, replié le long de la face postérieure du cæcum.

Cette position a été en effet constatée dans la plupart des observations, mais il est des cas où elle n'a pas été retrouvée, plusieurs fois il y a eu en même temps des déterminations pelviennes.

La position ascendante du vermium n'est donc pas une condition nécessaire de la complication ; on peut dire seulement qu'elle est habituelle ou que

tout au moins l'appendice paraît avoir été toujours placé le long de la face postérieure du cæcum.

*Région rétrocaecale et rétrocolique.* — Dans toutes les observations il a existé une collection iliaque le long de la face postéro-externe du cæcum. Jamais, et j'insiste sur ce point, l'abcès périhépatique n'a apparu isolé de tout foyer iliaque.

Mais cet abcès initial peut se présenter suivant deux modalités différentes.

Très généralement il est en contact direct avec l'appendice, mais quelquefois il apparaît comme un abcès intrapéritonéal à distance.

Dans tous les cas, par contre, il se continue en haut d'une façon ininterrompue dans la zone pariéto-côlique jusqu'à l'angle du côlon et la région sous-hépatique.

Le plus souvent il y a communication du pus d'un bout à l'autre de ce sinus pariéto-côlique et un trajet fistuleux tout au moins assure la continuité ; d'autres fois la cavité est cloisonnée par de fausses membranes et des adhérences en plusieurs clapiers superposés, mais jamais les lésions ne sont discontinues, séparées par des régions péritonéales saines.

Sur le feuillet pariétal, on suit toujours d'une façon ininterrompue de bas en haut la marche de l'inflammation.

*Région périhépatique.* — C'est le plus souvent au-dessus du foie, sous le diaphragme, que l'abcès se prolonge par continuation directe.

Des fausses membranes jalonnent la route sur le feuillet péritonéal du diaphragme toujours plus atteint que le feuillet viscéral ou hépatique. Le ligament falciforme repoussé à gauche limite la collection à laquelle il oppose une barrière infranchissable, semble-t-il. Le diaphragme se laisse repousser en haut de façon considérable, puis se laisse souvent perforer, d'où effraction de pus dans la plèvre droite. La perforation paraît siéger habituellement dans la région du pilier droit.

Mais l'abcès peut se développer à la face inférieure du foie et non au-dessus de lui, ou les deux déterminations peuvent être simultanées. L'arrière-cavité des épiploons est rarement envahie, contrairement à ce qui se passe dans les abcès consécutifs à l'ulcère perforant de l'estomac, le plus ordinairement l'abcès se continue au-dessous du foie, entre son lobe droit et l'angle colique.

*Plèvre droite.* — L'une des plèvres, la droite seule peut être envahie. L'envahissement succède au développement de l'abcès sous-phrénique, le plus souvent par perforation du diaphragme, quelquefois par transport des agents infectieux d'une séreuse à l'autre, à travers le muscle intact par les puits lymphatiques.

La plèvre diaphragmatique est tapissée de fausses membranes, qui plus tard se généralisent à toute la séreuse.

Le poumon est refoulé dans l'angle costal, réduit au quart parfois de son volume, caparaçonné de fausses membranes. La collection peut s'ouvrir dans une bronche par vomique.



Jamais il n'y a d'abcès pulmonaire, ou c'est qu'alors l'abcès résulte d'un autre mode de l'infection, d'un infarctus par embolie pyohémique. Dans l'observation de M. le Prof. Dieulafoy il y avait, avec la pleurésie droite, un abcès du poumon gauche, rien dans le poumon droit.

*Nature du pus.* — Le pus des abcès pariéto-côliques et périhépatiques est toujours putride, de coloration grisâtre ou noirâtre, mal lié.

Parfois il est fécaloïde, contient des calculs stercoraux, souvent il est mélangé de gaz : c'est le pyopneumothorax subphrénique de Leyden. La quantité de pus peut être considérable, 3 litres et plus.

Le pus de la plèvre est identique, parfois différent au cas de non perforation.

Dans deux faits cliniques que nous trouverons relatés plus loin, l'épanchement dans la plèvre était simplement séreux ; enfin, on a observé des pleurésies chroniques sans épanchement à la suite d'abcès sous-phréniques.

*Abcès concomitants.* — Il peut coexister avec cette forme de l'appendicite d'autres abcès.

Les uns sont de ces abcès intrapéritonéaux à distance, dont M. Nélaton a bien tracé les caractères, et plusieurs fois en particulier des abcès pelviens ont coexisté avec l'abcès à marche ascendante.

D'autres relèvent d'accidents pyohémiques qui peuvent s'observer au cours de ces formes graves ; j'ai déjà signalé l'abcès pulmonaire gauche du malade de M. Dieulafoy.

*Conclusions anatomo-pathologiques.* — De ce tableau anatomo-pathologique, il me paraît utile de dégager les quelque lois qui semblent présider à l'éclosion des accidents.

Et je crois pouvoir avancer les conclusions suivantes :

- 1<sup>o</sup> La pleurésie est toujours droite ;
- 2<sup>o</sup> Elle succède toujours à un abcès sous-phrénique, elle n'existe jamais isolée ;
- 3<sup>o</sup> L'abcès périhépatique existe isolé de toute détermination pleurale. La pleurésie n'est que son aboutissant ultime.

A côté de ces trois points mis hors de conteste par les examens nécropsiques, il en est un autre qui me paraît presque aussi rigoureusement démontré : c'est l'extension ininterrompue de la lésion de la fosse iliaque au diaphragme.

De toutes les autopsies ressort en effet cette double proposition :

1<sup>o</sup> Inconstance du degré de lésion de l'appendice. Inconstance de la relation du foyer rétrocaecal avec le vermis.

2<sup>o</sup> Constance du foyer rétrocaecal se prolongeant toujours sans interruption le long de la zone pariéto-côlique jusqu'au foie, jusqu'à la plèvre.

Si donc le premier foyer peut être à distance de l'appendice, ce premier foyer n'est jamais qu'iliaque, jamais il est d'emblée sus-hépatique, et l'abcès sous-phrénique ne naît pas à distance du premier abcès, mais bien par continuité ininterrompue avec lui.

Dès lors la pathogénie des déterminations périhépatique et pleurale semble bien près de pouvoir être élucidée : c'est ce que je compte faire après avoir corroboré par les faits cliniques les résultats des autopsies seuls étudiés jusqu'ici.

#### OBSERVATIONS PUREMENT CLINIQUES.

J'y distinguerai encore deux groupes :

- 1<sup>o</sup> Groupe d'appendicites suivies d'abcès sous-phréniques et de pleurésie droite ;
- 2<sup>o</sup> Groupe des appendicites suivies seulement d'abcès péri-hépatiques.

#### 1<sup>er</sup> GROUPE : ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES ET PLEURÉSIES DROITES.

OBSERVATION I. — Terrillon (*Bull. et Mém., Soc. Chirurgie*, 1892). — Au sixième jour il ouvre une collection purulente occupant la fosse iliaque derrière le cæcum et remontant du côté du rein. Ouverture large et drainage. 2 jours après, signes de pleurésie droite. Opération de l'empyème. Guérison.

Obs. II. — Idem. — Au cinquième jour, péritonite étendue à la fosse iliaque et *tout le flanc droit*. L'opération est refusée ; 10 jours plus tard, pleurésie droite énorme. Ponction suivie d'une syncope mortelle. Pas d'autopsie.

Obs. III. — Wolbrecht (Th., Berlin, 1891). — Au bout de 4 jours, signes d'abcès sous-phrénique ; 8 jours après, pleurésie droite et empyème. Quelques jours plus tard, à la suite de frissons, on constate la communication de l'empyème avec l'abcès sous-phrénique à travers le diaphragme perforé.

Obs. IV. — Körte. — Au bout de 9 jours, incision d'un phlegmon rétrocaecal. La collection gagne la plèvre à travers le diaphragme. 13 jours après, opération de l'empyème. La pleurésie « séreuse » guérit.

Obs. V. — Körte. — Une collection purulente, allant du cæcum au diaphragme, est incisée.

Dans la plèvre droite, épanchement que l'on ponctionne et que l'auteur dit séreux. Guérison.

Obs. VI, VII, VIII, IX. — Körte dit avoir été 4 fois témoin de pleurésies consécutives à des abcès sous-phréniques, conséquence de suppurations paratyphilitiques.

Obs. IX à XIV. — 5 cas cités par Scheurlen (*Annales de la Charité*, 1889).

Obs. XI. — Vanussy (Th. Paris, 1895). — Au bout de 6 jours, douleur vive à l'hypochondre, puis signes de pleurésie.

Un mois et demi après, ouverture spontanée à l'ombilic (plusieurs litres).

Quelques jours après, collection fluctuante dans le cinquième espace intercostal. Une sonde pénètre dans la plèvre. Guérison.

Obs. XVI. — Siraud (in Th. Margery, Lyon, 1892). — Le 19 mars, début des accidents appendiculaires.

Le 21, incision iliaque ; on ouvre un foyer purulent et on résèque l'appendice.

Le 30 mars, reprise brusque des accidents ; douleurs intolérables pongitives à l'hypochondre droit. Sensation d'empatement profond.

Le 2 avril. Laparotomie, une poche enkystée, s'enfonçant sous le diaphragme au-dessus du foie, est ouverte.

Disparition de la fièvre et des symptômes.

Le 5 avril. Douleur mamelonnaire. Dyspnée. Température 39° 2 ; souffle et égophonie.

Empyème au septième espace. Du sang noirâtre, puis

du pus, les jours suivants, s'écoulent par la plaie thoracique. Guérison lente.

Toutes ces observations apportent leur appui aux trois propositions déjà énoncées à la suite de l'examen des autopsies. C'est ainsi que toujours est noté l'envahissement complet de la zone droite de l'abdomen, de la fosse iliaque à l'hypochondre, envahissement qui trahit bien la marche ascendante ininterrompue de la complication.

Dans un seul fait (obs. Brun et Dieulafoy), la pleurésie appendiculaire, constatée par l'empyème, n'a pas été cliniquement précédée de signes d'abcès sous-phrénique. Mais, d'une part, l'empyème ne modifie pas l'état général, ce qui peut faire supposer qu'un foyer purulent, peut-être sous-phrénique, a été méconnu.

D'autre part, l'enfant succombe quelques jours après avec des phénomènes méningitiques, ce qui pourrait permettre de supposer qu'il s'est agi d'une pyohémie appendiculaire, ayant donné une pleurésie purulente par le mécanisme tout différent de l'embolie infectieuse.

Deux observations relatent le caractère séreux de l'épanchement pleural: il existe en effet indubitablement des pleurésies séreuses et mieux encore des pleurésies chroniques sans épanchement, d'origine appendiculaire. Moi-même en ai pu constater un cas chez un malade pour lequel le diagnostic de tuberculose pleurale avait été posé; ces faits apportent encore un nouvel appui à la théorie de la propagation des lésions sous-phréniques à la plèvre et l'on comprend très bien, par exemple, que l'infection, après avoir créé un abcès sous le diaphragme, ne donne plus dans la plèvre, par propagation à travers les puits lymphatiques, qu'un épanchement séreux.

(A suivre).

#### DE LA POSSIBILITÉ DU DÉVELOPPEMENT DANS L'ESPÈCE HUMAINE DU MUSCLE OBLIQUE SUPÉRIEUR DE L'ŒIL DES VERTÉBRÉS INFÉRIEURS A L'ORDRE DES MAMMIFÈRES.

Par le D<sup>r</sup> F. LE DOUBLE, de Tours

Parmi les variations du muscle grand oblique ou plutôt de l'oblique supérieur de l'œil (1), il en est deux que j'ai eu l'occasion de rencontrer depuis deux ans et qui ne sont pas indiquées dans mon *Traité des variations du système musculaire de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique*. Elles sont très curieuses, tant au point de vue de leur rareté qu'au point de vue de leur caractère réversif indiscutable. La première a été observée par moi sur un homme âgé de 67 ans, mort d'une congestion pulmonaire, au mois de novembre 1898, à l'Asile des aliénés de Tours. Elle était bilatérale, symé-

trique et consistait dans la suppression complète du croissant fibro-cartilagineux de la poulie de renvoi de l'oblique supérieur de l'œil et dans celle de la portion antéro-postérieure de ce muscle située entre cette poulie et l'insertion, en arrière, à la gaine du nerf optique, entre le droit supérieur et le droit interne. Le grand oblique était donc seulement représenté par sa portion qui se dirige en dehors et en arrière, passe au-dessus du muscle droit supérieur et va s'attacher par une large expansion fibreuse à la partie postérieure, supérieure et externe du bulbe oculaire. Cette portion rubanée était entièrement charnue, sauf au niveau de son point d'insertion à la sclérotique où elle était formée par du tissu fibreux. avait, en un mot, beaucoup d'analogie avec l'oblique inférieur. En dedans, elle était fixée sur la paroi interne de l'orbite, au fond d'une petite dépression correspondante à celle qui est normalement en rapport avec le sommet du coude que décrit le tendon terminal de l'oblique supérieur quand il sort de sa trochlée. Le tractus aplati, d'un rouge brun, examiné au microscope, à l'état frais, d'abord, et, après durcissement dans l'alcool et l'acide picrique ensuite, était constitué par des fibres musculaires striées. L'orbite et son contenu n'offraient rien autre d'inso- lite et les deux faisceaux du droit externe étaient bien distincts.

La seconde malformation de l'oblique supérieur de l'œil a été rencontrée par moi sur une femme de 29 ans, morte de la tuberculose, au mois de mars 1899, à l'hôpital général de Tours. Elle existait seulement à droite. De ce côté, la portion prétrochléaire du tendon de l'oblique supérieur était longée supérieure- ment par une bandelette excessivement grêle d'un rouge pâle. Des deux extrémités de cette bandelette terminées par quelques fines et courtes fibres conjonctives, l'externe était fixée sur la sclérotique, au- dessus et un peu en dehors de l'insertion terminale du muscle en question; l'interne, sur la poulie de ré- flexion et la paroi interne de l'orbite contiguë à cette poulie. L'examen microscopique de ladite bandelette a permis de reconnaître qu'elle était constituée par du tissu musculaire strié. Elle n'était accompagnée d'aucun autre vice de conformation de la cavité orbi- taire ni des organes qu'elle renfermait.

Ces deux anomalies sont expliquées comme tant d'autres, par l'anatomie comparée.

L'oblique supérieur de l'œil est un des muscles dont les insertions, les rapports, la direction, la structure, etc., varient le plus dans les différents ordres de *Vertébrés*. Dans les *Poissons*, les *Reptiles*, les *Amphibiens* et les *Oiseaux*, il est entièrement charnu et attaché à l'angle interne de l'œil, tout près du petit oblique inférieur; chez les *Mammifères*, sauf chez quelques *Cétacés*, il s'attache au fond de l'orbite et se réfléchit dans un anneau ostéo-fibro-cartilagineux, alors que le petit oblique ne subit que des modifications peu importantes. Sa portion réfléchie, d'abord charnue comme le reste du muscle, devient insensiblement tendineuse. Il convient toutefois de remarquer que,

1. Dans les *Vertébrés inférieurs*, les deux muscles obliques de l'œil ont à peu près les mêmes dimensions ou, du moins, l'oblique inférieur n'est pas plus petit que l'oblique supérieur, et l'un et l'autre sont plus larges que les muscles droits.



même dans l'espèce humaine, le tendon terminal de l'oblique supérieur n'est pas complètement constitué par du tissu fibreux quand il sort de sa poulie de renvoi et que si on pratique une coupe de ce tendon au niveau de cette poulie et qu'on examine cette coupe au microscope, on constate que la partie interne de cette coupe renferme un certain nombre de fibres musculaires qui deviennent de plus en plus rares à mesure que le tendon se rapproche de la sclérotique, à quelque distance de laquelle elles disparaissent complètement.

Parmi les *Mammifères* possesseurs d'une trochlée pour la réflexion de l'oblique supérieur, cette trochlée est d'autant plus rapprochée de l'arcade orbitaire que l'animal occupe un rang plus élevé dans l'échelle zoologique. Il s'ensuit des différences sensibles dans la direction et dans les attaches de la portion réfléchie du muscle en cause. Chez les *Ruminants*, les *Rongeurs* et les *Sotipèdes*, où la poulie est située à 2 ou 3 centimètres du rebord orbitaire et la portion réfléchie, presque charnue, insérée sur la sclérotique en arrière du droit supérieur, cette portion réfléchie a une direction à peu près transversale, tandis que l'oblique supérieur, musculéux et non réfléchi des *Poissons*, a une direction oblique de dedans en dehors; disons d'arrière en avant pour prendre un point de comparaison unique. (1)

Dans les *Carnivores*, la trochlée s'avance près de l'arcade orbitaire et la portion réfléchie tendineuse de l'oblique supérieur garde la même insertion scléroticale. Il en résulte que cette portion a une direction un peu oblique d'avant en arrière. Cette obliquité est très marquée dans les *Primates*, dont la poulie orbitaire n'est éloignée que de quelques millimètres de la base de l'orbite et dont le tendon terminal du grand oblique se fixe sur l'hémisphère postérieur de l'œil.

Ces transformations progressives et régulières d'un des muscles les plus importants de l'œil et le déplacement graduel en avant de la trochlée orbitaire concordent avec la convergence de plus en plus marquée des axes visuels.

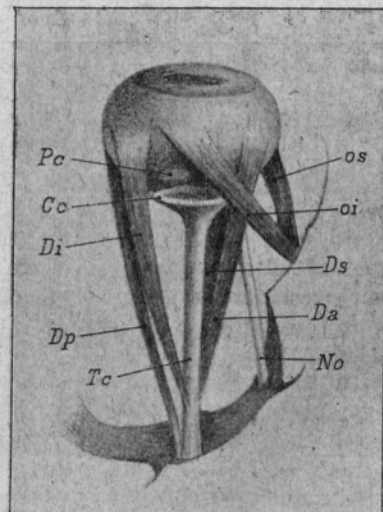
De cet exposé succinct d'anatomie comparée il appert, au total, que la première variation myologique humaine décrite ci-dessus répond à un mode de conformation habituel chez les *Poissons*, les *Reptiles*, les *Amphibiens* et les *Oiseaux*; la seconde, à la fois à un mode de conformation habituel chez les *Poissons*, les *Reptiles*, les *Amphibiens* et les *Oiseaux* et un mode de conformation habituel chez les *Primates*. Il n'y a pas lieu d'être trop surpris de cette association inattendue dans l'espèce humaine et sur le même sujet de deux dispositions si différentes et dont l'une est normale dans les ordres des *Vertébrés inférieurs* à celui des *Mammifères*. D'abord l'une de ces deux dispositions, celle qui est la règle, au-des-

sous de l'ordre des *Mammifères*, est très rudimentaire chez ce sujet, alors que l'autre a acquis son parfait développement. Ensuite, ces deux dispositions, ainsi que je l'ai déjà noté, se succèdent, dans la série animale, graduellement et progressivement l'une à l'autre et dans celle qui existe chez les êtres même les plus élevés de l'échelle zoologique, on trouve des vestiges de celle qui l'a précédée.

L'oblique supérieur de l'œil de quelques *Cétacés*, entièrement charnu, — qui n'a pas encore, je le rappelle, de portion directe, — s'insère toujours dans l'angle interne de l'orbite. Dans les autres *Mammifères*, le même muscle ne s'attache plus à l'angle interne de l'orbite par suite de l'apparition d'une portion directe, mais l'insertion physiologique a persisté par suite de la présence d'une trochlée dans laquelle cette portion glisse pour devenir une portion réfléchie. Chez l'homme, cette dernière portion paraît complètement tendineuse: elle contient cependant dans sa partie interne, on le sait, quelques fibres musculaires striées; chez le *Lapin*, elle est composée de tissu musculaire strié dans les trois quarts de sa longueur; chez le *Cheval*, de tissu musculaire strié et de tissu conjonctif, à parties à peu près égales, etc.

Depuis plus d'un quart de siècle que je m'occupe de la question du système musculaire de l'homme, je n'ai rencontré qu'une fois le remplacement, dans l'espèce humaine, de l'oblique supérieur des *Primates* par celui des *Vertébrés* inférieur à l'ordre des *Mammifères* et la persistance à l'état rudimentaire de ce dernier avec celui des *Primates* parfaitement développé. Ces deux variations me paraissent donc aussi rares que l'apparition chez l'homme du muscle choanoïde des animaux ou, pour parler exactement, du choanoïde du *macaque*, sur laquelle j'ai appelé le premier l'attention des Anthro-Zoologistes.

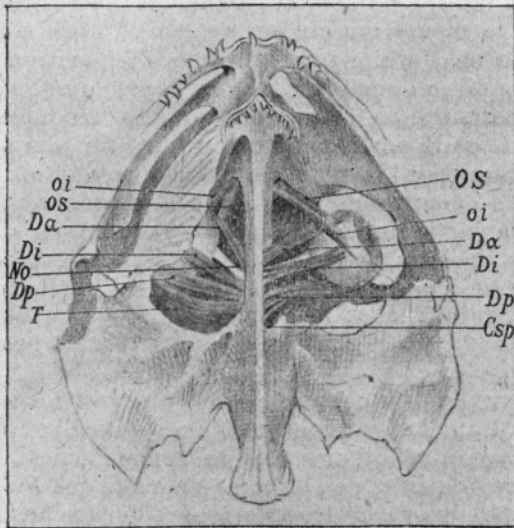
DES DIVERS MODES DE CONFORMATION DES MUSCLES OBLIQUES SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR DE L'ŒIL CHEZ LES VERTÉBRÉS INFÉRIEURS A L'ORDRE DES MAMMIFÈRES.



1. Les termes « de dedans en dehors » employés dans le cas présent correspondent aux termes « d'arrière en avant » usités pour les *Primates* et ne sont motivés que par la latéralité de l'orbite et de l'axe du globe oculaire.

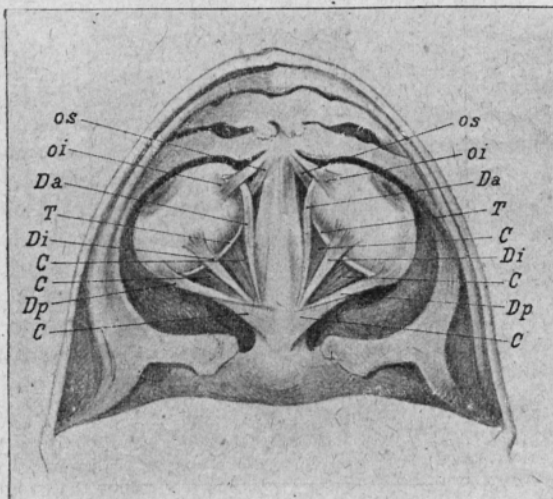
CHONDROPTÉRYGIENS OU POISSONS CARTILAGINEUX  
(Sous-ordre des Plagiostomes.) Squal (Requin)

Os, oblique supérieur ;  
Oi, oblique inférieur ;  
Da, droit antérieur ;  
Dp, droit postérieur ;  
Ds, droit supérieur ;  
Di, droit inférieur ;  
No, nerf optique ;  
Tc, tige cartilagineuse ;  
Cc, capsule cartilagineuse ;  
Pc, proéminence cartilagineuse de la sclérotique reçue dans la capsule.



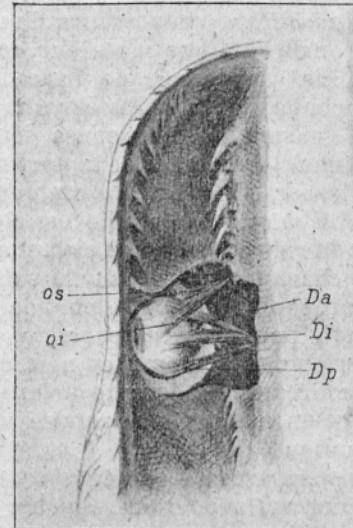
TÉLÉOSTÉENS OU POISSONS OSSEUX  
Merlue (*Merluccius vulgaris*)

Os, oblique supérieur ;  
Oi, oblique inférieur ;  
Da, droit antérieur ;  
Dp, droit postérieur ;  
Di, droit inférieur ;  
T, muscle temporal de Duvernoy formant la paroi postérieure de la cavité orbitaire ;  
No, nerf optique ;  
C. Sp. canal sphénoïdal ouvert.  
Il est fermé du côté opposé ;  
Sur ce dessin le droit supérieur n'est pas apparent.



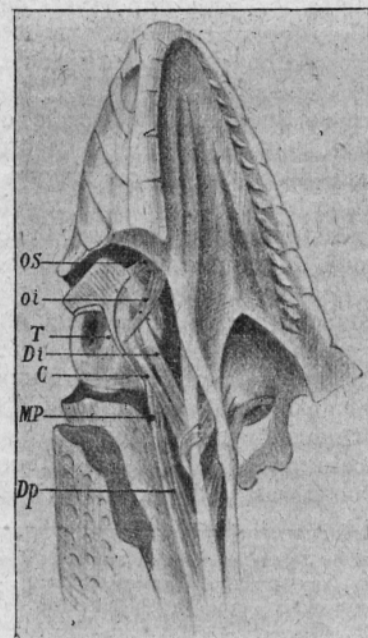
BATRACIENS  
Grenouilles (*Rana mugiens*).

Os, oblique supérieur ;  
Oi, oblique inférieur ;  
Da, droit antérieur ;  
Dp, droit postérieur ;  
Di, droit inférieur ;  
Cec, choanoïde ;  
T, tendon de la troisième paupière.



OPHIDIENS  
*Boa constrictor*

Os, oblique supérieur ;  
Oi, oblique inférieur ;  
Da, droit antérieur ;  
Dp, droit postérieur ;  
Di, droit inférieur.

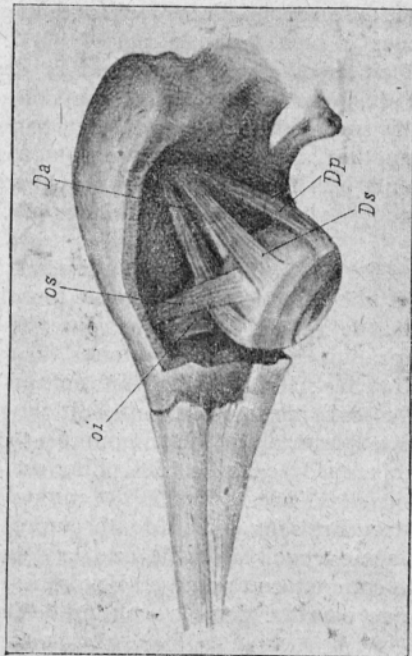




## SAURIENS (1)

Lézard (*Varanus nebulosus*)

Os, oblique supérieur;  
 Oi, oblique inférieur;  
 Di, droit inférieur;  
 Dp, droit postérieur;  
 C, choanoïde;  
 MP, muscle de la troisième paupière;  
 T, tendon de la troisième paupière. — La plupart de ces muscles s'insèrent dans un canal post-orbitaire.



## OISEAUX (2)

Palmipèdes (*Sula bassana*)

Os, oblique supérieur;  
 Oi, oblique inférieur;  
 Da, droit antérieur;  
 Ds, droit supérieur;  
 Dp, droit postérieur.

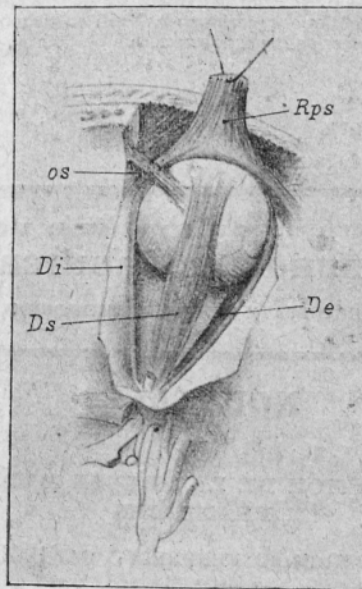
REPRODUCTION CHEZ L'HOMME DU MODE DE CONFORMATION  
 DE L'OBLIQUE SUPÉRIEUR DE L'ŒIL DES VERTÉBRÉS INFÉ-  
 RIEURS A L'ORDRE DES MAMMIFÈRES.

1<sup>er</sup> type.

Reproduction exacte par suite de la disparition com-  
 plète de la portion directe de l'oblique supérieur et de l'in-  
 sertion à la paroi interne de l'orbite de la portion réfléchi  
 seule existante.)

(1) Dans tous les dessins qui précèdent, la tête est vue d'en bas;  
 chez les Sauriens et les Batraciens elle est vue de côté, et, chez  
 l'homme, d'en haut.

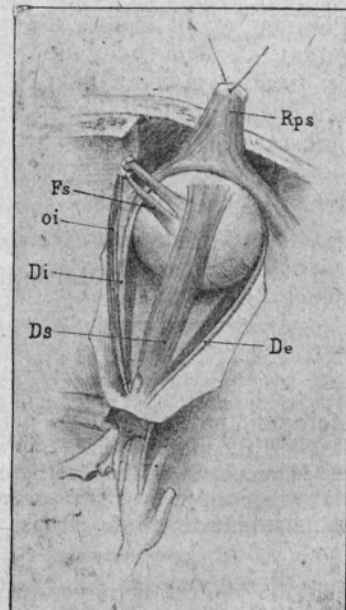
(2) Ces six planches sont extraites de la remarquable *anatomie* de  
 l'appareil moteur de l'homme et des vertébrés de mon savant col-  
 lègue et ami M. le professeur Motais d'Angers.



Os, oblique supérieur;  
 De, droit externe;  
 Di, droit interne;  
 Ds, droit supérieur;  
 Rps, releveur de la paupière supérieur.

2<sup>e</sup> type.

(Reproduction inexacte par suite de la persistance de  
 l'oblique supérieur. Dans ce cas on a sur le même sujet  
 une disposition qui rappelle à la fois celle qu'on rencontre  
 normalement chez presque tous les *Mammifères*, c'est-à-  
 dire un muscle oblique supérieur de l'œil pourvu d'une  
 portion directe et d'une portion réfléchi et celle qu'on  
 trouve habituellement chez les *Vertébrés inférieurs*, c'est-  
 à-dire un muscle oblique supérieur de l'œil n'ayant qu'une  
 portion réfléchi. Sur le dessin qui suit on voit que cette  
 portion réfléchi surnuméraire est fixée, en dedans sur la  
 poulie de réflexion du grand oblique dont elle semble  
 être un faisceau dissocié, au lieu d'être insérée, comme  
 chez les *Oiseaux*, les *Sauriens*, etc., sur la paroi interne  
 de l'orbite.



Os, oblique supérieur ;  
 Fs, faisceau musculaire anormal inséré en dedans sur la poulie de réflexion de l'oblique supérieur de l'œil, en dehors sur le globe oculaire, en arrière de la portion réfléchie de l'oblique supérieur de l'œil ;  
 De, droit externe ;  
 Di, droit interne ;  
 Ds, droit supérieur ;  
 Rps, releveur de la paupière supérieur.

## Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

### NOUVELLES

#### ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

RÉUNION DU VENDREDI 3 MAI 1901.

Le Vendredi 3 Mai 1901 a eu lieu la réunion statutaire de l'Association de la Presse médicale française, sous la présidence de M. LABORDE, syndic. — Trente-deux personnes y assistaient.

1<sup>o</sup> HONORARIAT (*Modification à une décision antérieure*). — Désormais, pour être nommé membre honoraire, il faudra avoir fait partie de l'Association pendant cinq années (au lieu de dix).

2<sup>o</sup> ELECTIONS. — M. le Dr WURTZ représentera à l'Association les *Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, en remplacement de M. le Dr Joffroy. — M. le Dr LAPEYRE est nommé membre titulaire (*Gazette Médicale du Centre*). — M. le Dr LÉVY, ancien rédacteur de la *Rev. ill. de Potyt. méd. et chir.*, est élu membre honoraire.

3<sup>o</sup> CARTE D'IDENTITÉ. — Les nouvelles cartes d'identité, avec photographie, permettent individuellement l'entrée dans les deux salons du Grand Palais ; à l'Exposition de l'Enfance, et au Casino, d'Enghien (avec un fauteuil pendant la saison théâtrale).

4<sup>o</sup> ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA PRESSE MÉDICALE (*Conférence préparatoire de Bruxelles*). — L'Association délègue à cette Conférence deux de ses membres : MM. JANICOT et VALUDE, de façon à être représentée officiellement à cette réunion.

*Le Secrétaire Général,*

Marcel BAUDOUIN.

### ANALYSES

**Manuel d'histologie pathologique**, par les Profs CORNIL et RANVIER, publié avec la collaboration des Drs BRAULT et LETULLE, 3<sup>e</sup> édition entièrement refondue. Tome I, 1 vol. gr in-8° avec 369 gravures en noir et en couleurs dans le texte, 25 fr. (Paris, Félix Alcan, éditeur.)

La troisième édition de cet ouvrage, qui est présentée

aujourd'hui au public médical, est en réalité un livre nouveau. Les auteurs ont conservé le même plan. Tout chapitre de l'histologie pathologique est précédé du chapitre de l'histologie normale nécessaire à sa compréhension. Les descriptions des lésions à l'œil nu et au microscope ont subi peu de changements : ce qui était bien observé il y a vingt ans est toujours vrai. Mais les additions sont nombreuses pour ce qui concerne la médecine expérimentale et la compréhension générale de la pathologie. C'est ainsi que le chapitre des parasites comprend un exposé succinct des microbes pathogènes pour l'homme, et que la révolution opérée par Pasteur trouve son nécessaire écho dans la plupart des descriptions d'histologie pathologique.

Pour mener à bien leur entreprise, MM. Cornil et Ranvier ont fait appel à un certain nombre de collaborateurs : c'est ainsi que le premier volume contient, après les généralités sur l'histologie normale et pathologique et sur l'inflammation, rédigées par eux-mêmes, des chapitres sur les tumeurs par M. Brault, sur les parasites par M. Fernand Bezançon, sur les os et les articulations par M. Maurice Cazin.

Bien que dû à une collaboration, ce livre est homogène et inspiré par une direction unique, car tous les collaborateurs parlent le même langage et ont tous puisé leur instruction pratique dans les laboratoires dirigés par MM. Cornil et Ranvier : ils appartiennent, en un mot, à la même famille scientifique. Aussi cette édition, si différente qu'elle puisse paraître, est néanmoins la descendante directe et rajeunie de celle de 1881. Elle est enrichie de gravures nouvelles, nécessaires à la compréhension du texte. Elle trouvera sans aucun doute auprès du public médical le même accueil favorable que ses deux aînées.

L'ouvrage complet comprendra 4 volumes, le tome II de cet ouvrage paraîtra dans le courant de l'année 1901.

**La tuberculose et la médication crésotée**: Dr Samuel BERNHEIM (1 vol. in-8° de 320 pages, Paris 1901).

Cet ouvrage est divisé en deux parties bien distinctes : 1<sup>o</sup> dans la première est traitée la question de la créosote et de son principal élément actif : le gaiacol ; 2<sup>o</sup> dans la deuxième partie du volume sont étudiés, les uns après les autres, tous les polyéthers de la créosote.

Après avoir démontré que la créosote n'est pas un spécifique de la tuberculose au sens vrai du mot, l'auteur déclare que cet agent médicamenteux exerce cependant une action des plus énergiques sur le terrain tuberculeux. Le fait est incontestable et il est démontré expérimentalement et cliniquement que l'organisme bacillaire subit une transformation sous l'influence de l'agent de Reichenbach. Malheureusement, on n'a jamais pu définir la dose maxima tolérée de la créosote ; cette dose maxima varie d'un malade à un autre, de telle sorte qu'on est obligé de commencer par des doses minimales et d'augmenter graduellement chez tout phthisique. Même en agissant avec cette extrême prudence, on peut encore pro-



voquer des accidents, à cause du produit lui-même. En effet, il n'existe pas une *créosote* mais de *nombreuses variétés de créosote* qui sont essentiellement variables et comme teneur chimique et comme effet thérapeutique. « La créosote, dit M. Bernheim, est un composé difficile à manier, à cause de son inconstance, de sa causticité, de son état d'intolérance, de son instabilité ».

Avec le gaiacol, on a déjà un produit chimiquement mieux défini, sans cependant être absolument constant. Les recherches faites avec ce produit ont démontré qu'il était moins efficace que la créosote elle-même, et qu'il n'était guère mieux toléré par l'organisme des tuberculeux.

En lisant cette première partie, on est tenté de croire que l'auteur est systématiquement opposé à la médication créosotée. Il n'en est rien. Il a apprécié à sa juste valeur l'efficacité de la méthode intensive, mais il estime qu'on expose par elle trop souvent le malade à des accidents, quelquefois graves. En est-il de même avec les polyéthers ? Ces combinaisons créosotées bien définies au point de vue chimique, mieux préparées que l'ancienne créosote, ne doivent-elles pas se substituer à elle et former le véritable arsenal de la thérapeutique antibacillaire ?

Ils sont très nombreux ces polyéthers ou sels de créosote et M. Bernheim les passe successivement en revue pour en faire une étude détaillée. Nous ne pouvons le suivre dans tous les chapitres où foisonnent des faits expérimentaux, cliniques et thérapeutiques. Contentons-nous de parler de quelques-uns.

Le carbonate de créosote est un médicament qu'on peut administrer à très haute dose, même chez les enfants. Par lui, on peut facilement saturer l'organisme de créosote conformément à la théorie de Guttman. Toutefois, cette combinaison créosotée renferme un acide faible qui n'a aucune action sur la transformation du terrain hypoacide du tuberculeux. Or, d'après les recherches les plus récentes, ce qu'il faut obtenir par un médicament antibacillaire, c'est encore moins la saturation du torrent sanguin par la créosote que la transformation du terrain tuberculeux (hypoacide) en terrain arthritique (hyperacide). Ce résultat, on ne peut guère l'obtenir qu'avec un acide puissant tel que l'acide phosphorique.

C'est pour cette raison que l'auteur, poursuivant les recherches déjà entreprises par d'autres expérimentateurs, a démontré expérimentalement et cliniquement qu'on peut réaliser cette transformation organique avec le phosphate de créosote. C'est d'après lui le médicament de choix dans le traitement de la phtisie. Il agit autant par l'acide phosphorique, que par la créosote, et l'auteur rapporte dans son livre un très grand nombre de cas de tuberculose pulmonaire, dont la marche a été heureusement influencée par des injections sous-cutanées de phosphate de créosote. Ce produit, qui n'est ni toxique, ni caustique, est facilement toléré, et la dose maximale en est connue. Son action est à longue portée, ce qui veut dire qu'il est utile de temps à autre de sus-

pendre le traitement, pour permettre à l'organisme saturé d'éliminer l'acide phosphorique et la créosote.

Après le phosphate et le tannophosphate de créosote, l'auteur examine successivement la valeur thérapeutique d'autres composants, tels que le valériate, le camphorate, le cocodylate de gaiacol, le gaiaciforme, et il insiste particulièrement sur l'efficacité du créosoforme employé dans les affections tuberculeuses chirurgicales.

Puis, sous forme de chapitre de conclusion de son livre, M. Bernheim revient encore une fois sur l'importante question de la transformation du terrain hypoacide du tuberculeux en terrain hyperacide, résultat qu'on ne peut guère obtenir qu'avec les combinaisons phosphorées de la créosote.

Ce livre jettera un peu de lumière dans la thérapeutique de la phtisie. Très documenté de faits expérimentaux et d'observations cliniques, il intéressera vivement le praticien.

**Traitement rationnel de la Tuberculose pulmonaire et de ses modalités cliniques**, par le docteur A. PÉGURIER, lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier, ancien médecin-major de l'armée; 1 vol. in-8, 16 francs.

La question si intéressante du traitement de la tuberculose pulmonaire a subi, dans ces dernières années, des modifications importantes qui rendaient indispensable un nouveau travail de mise au point. C'est dans ce but qu'a été écrit l'important ouvrage du Dr Pégurier. Laissant volontairement de côté tout ce qui a rapport à la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, l'auteur s'est efforcé de présenter le traitement curatif de la phtisie tel qu'il doit être compris à l'heure actuelle, tout en conservant à son ouvrage un caractère éminemment pratique.

Dans une *Première Partie*, consacrée à l'étude des différentes méthodes utilisées en phtisiothérapie, l'auteur fait ressortir toute l'importance que le médecin doit accorder au traitement adjuvant, un peu trop délaissé aujourd'hui. Il discute la valeur thérapeutique des divers agents médicamenteux tour à tour préconisés, présente, en particulier, de la créosote et de ses dérivés une étude très complète et fait connaître les bénéfices que l'on peut attendre d'un traitement hydro-minéral rationnellement appliqué. La question de la bactériothérapie tuberculeuse est également exposée avec une clarté et une précision remarquables.

La cure hygiéno-diététique est traitée, ensuite, avec tout le développement qu'elle mérite. Les règles de l'alimentation du tuberculeux, l'étude très complète des indications climatiques, qui met en relief l'importance considérable des différents climats sur les diverses modalités de la tuberculose pulmonaire, sont examinées aussi minutieusement que possible. Enfin, les principes de la cure d'air et de repos, et

l'hygiène générale du tuberculeux terminent la première partie de ce livre.

Toutefois, l'ouvrage du Dr Pégurier n'est pas, tant s'en faut, une simple revue générale de la phtisiologie actuelle. Une classification clinique originale et très rationnelle des différentes modalités de la tuberculose pulmonaire est comme le pivot de l'ouvrage, et permet à l'auteur d'indiquer, chemin faisant, les diverses modifications que doit subir le traitement de chaque tuberculeux, suivant l'aspect clinique de son affection. *C'est là, surtout, ce qui fait le caractère personnel de cet ouvrage, et son principal mérite.*

Dans la *Deuxième Partie*, réservée à la thérapeutique appliquée de la tuberculose, l'auteur montre avec grand soin la cure morale et hygiénique qui se poursuit au Sanatorium; il décrit, ensuite, les principaux sanatoria, en particulier les sanatoria français, de création toute récente, indique les résultats obtenus et discute la valeur respective des sanatoria collectifs et du home-sanatorium. Plus loin, chacune des modalités cliniques est examinée au point de vue du traitement particulier qu'elle comporte; enfin, dans un dernier chapitre se trouve décrit le traitement des symptômes et des complications.

En résumé, l'ouvrage du Dr Pégurier est un livre tout d'actualité; à côté des questions les plus récentes sur lesquelles il est encore interdit de porter un jugement définitif, la discussion des différentes méthodes thérapeutiques, celles des indications et des contre-indications, résultant de l'aspect clinique de chacune des modalités de la tuberculose pulmonaire, suffisent à démontrer son but pratique. Si l'on ajoute que la forme en est aussi soignée et aussi claire que possible, on comprendra l'utilité que peut retirer tout praticien de la lecture de cet important ouvrage.

Cours de minéralogie biologique, 3<sup>e</sup> Série, par J. GAUBE  
(du Gers), 1 vol. in-18, 4 fr.

Ce nouveau volume contient dix-huit leçons: dix leçons sont consacrées à l'analyse minérale des muscles de l'homme, de la femme et de quelques animaux; cinq leçons sont consacrées à la reminéralisation de l'homme; les trois dernières leçons traitent des propriétés biochimiques des bactéries, des applications de l'iodobenzoyliodure de magnésium au traitement des affections bactériennes en général et au traitement de la broncho-pneumonie en particulier.

Dans la première leçon, l'auteur discute les moyens les plus propres pour analyser la chair de l'homme et des animaux; dans la deuxième leçon, il expose ses procédés d'analyse; il s'attache à démontrer qu'il n'existe pas de chlore organique dans la chair vivante.

Le fait dominant qui différencie les muscles de l'homme et de la femme des muscles des animaux, est-il dit dans la troisième leçon, c'est le taux

élevé de fer que contiennent les muscles humains; et plus loin: le *protoplasme* universel est un albuminate de chaux et de magnésie, c'est-à-dire un ferment hydratant; il semble, dit M. Gaube, que la vie ait été préparée, dès son origine, pour la réduction des corps ternaires. L'auteur signale l'*alumine* comme faisant partie de la minéralisation des muscles de l'homme et des animaux; les quatrième et cinquième leçons sont occupées par l'analyse des muscles de l'homme et de la femme. Les muscles de la femme diffèrent des muscles de l'homme par une plus grande quantité de matière organique, de potasse de soude, par une moins grande quantité de chaux et de magnésie.

Durant la sixième et la septième leçons viennent les analyses des muscles du veau et de la vache; ces analyses rapprochent la minéralisation des mères de la minéralisation de leurs petits et l'auteur profite de ce rapprochement pour en tirer des déductions intéressantes au point de vue pathologique.

La huitième et la neuvième leçons sont consacrées à l'analyse minérale des muscles du taureau et du bœuf; dans la neuvième leçon il est expliqué pourquoi le bœuf est la meilleure des viandes pour la nourriture de l'homme.

Après avoir étudié la minéralisation des muscles de la brebis et de la chèvre, l'auteur commence l'étude de la reminéralisation de l'homme à laquelle il consacre cinq leçons; là tout est à lire: théorie et pratique.

Pendant la seizième leçon, M. Gaube ébauche la notion de la spécificité et étudie un spécifique général des maladies bactériennes; l'*iodobenzoyliodure de magnésium*; c'est la première fois que l'on propose, en s'appuyant sur des faits scientifiques indiscutables, un médicament capable d'agir sur toute une famille d'agents d'infection, sur les bactériacées pathogènes. Comme démonstration particulière de l'action de ce nouveau médicament, l'auteur montre dans le cours des dix-septième et dix-huitième leçons, d'après ses statistiques, que la mortalité de la broncho-pneumonie, de 8 mois à 74 ans, tombe à 6.25 0/0.

L'Évolution du pigment, par le Dr G. BOHN, Agrégé des Sciences naturelles, Préparateur à la Sorbonne (Série biologique Scientia), 1 vol. in-8 écu, cartonnage spécial. Prix: 2 francs. — (Georges CARRÉ et NAUD, éditeurs, 3, rue Racine, Paris).

L'auteur conclut ainsi:

#### CONCLUSIONS

I. Les pigments seraient des substances chimiques produites par des granules, dits *pigmentaires* ou *chromogènes*. Par leur activité, ces granules se rapprocheraient des bactéries et surtout des plastidules nucléaires; ils auraient, comme ceux-ci, les caractéristiques



tères de la *vie plastidulaire*, telle que je l'ai définie, et ils seraient constitués de même par la chromatine, substance qui possède à un degré très prononcé la fonction vitale essentielle l'assimilation.

II. Il semble qu'on puisse faire rentrer les pigments, en tant que substances chimiques, dans trois groupes principaux : 1° les *couleurs d'aniline* si changeantes, vu leur fréquence chez les bactéries (amas de chromatine), ont peut-être été les premiers pigments, *pigments plastidulaires* ; 2° les pigments hydrocarbonés, *lipochromes*, résultent, du moins dans l'œuf, de l'activité des plastidules chromatiques qui s'échappent du noyau, et, comme les corps gras, ils entrent dans des combinaisons albuminoïdes : à ce titre ce sont des *pigments* vraiment *cellulaires* ; 3° il en est de même des pigments formés aux dépens de produits de destruction de la chromatine, comme l'*hémoglobine* et la *chlorophylle*.

III. Les plastidules chromatiques s'échapperaient du noyau pour devenir chromogènes dans le protoplasma, sous des influences chimiques variées (poisons extérieurs, poisons digestifs, poisons d'origine interne) ; ceci expliquerait que les phénomènes de pigmentation sont plus accusés en certaines régions de l'organisme (régions excrétrices) et pendant certaines phases de la vie de l'animal (métamorphoses).

IV. Les granules chromogènes, soumis à des influences variées, émigreraient dans les organismes, et d'organisme à organisme (*infectious* et *contagious pigmentaires*) ; en même temps ils pourraient présenter des *exaltations* et des *atténuations* de la fonction chromogène. Ces phénomènes seront bien mis en lumière quand on se servira, pour les étudier, des méthodes biologiques : inoculations, greffes, cultures...

V. Dans les cellules, les granules pigmentaires de diverses teintes entreraient en *lutte* : ceux qui seraient les mieux adaptés à l'éclairement survivraient et se propageraient ; ce serait par une sorte de sélection plastidulaire que s'expliqueraient l'*adaptation* chromatique et, par suite, les harmonies des couleurs que présente la nature.

VI. La production du pigment serait un *mécanisme de défense*, c'est-à-dire de *conservation de la constance chimique* de la matière vivante ; le pigment lui-même aurait conservé sa constance au cours de l'évolution des êtres cellulaires.

**Action des médicaments**, leçons de pharmacologie et de thérapeutique, professées à l'hôpital St Bartholomew par sir LAUDER BRUNTON, médecin de l'hôpital St-Bartholomew de Londres. Traduit de l'anglais par E. BOUQUÉ et J. F. HEYMANS, professeur à l'Université de Gand. 1 volume in-8 jésus de 596 pages, cartonné à l'anglaise, prix : 18 francs. Georges CARRÉ et C. MAUD, *éditeurs*, 3, rue Racine, Paris.

Les leçons du savant thérapeute anglais, dont nous présentons aujourd'hui la traduction au lecteur

français, ont pour simple objet de donner une idée générale sur l'action des médicaments ; elles n'ont point la prétention d'apprendre à l'étudiant ou au médecin tout ce qu'il doit savoir sur la pharmacothérapie. Leur but est d'éveiller l'attention, de solliciter l'intérêt et d'inculquer certaines données fondamentales sur lesquelles peut librement se développer l'édifice des connaissances thérapeutiques.

Comme le dit le Practitioner, c'est un « useful book » pénétré d'un esprit rigoureusement scientifique et pratique à la fois ; il est l'expression du sens commun formulant le traitement des maladies aux clartés de la physiologie et de la pathologie ; réunissant l'utile à l'agréable, il sera lu tout entier par celui qui cherche à s'instruire.

Pour plus de détails sur la composition et le dosage des médicaments cités au cours de cet ouvrage, nous renvoyons à la British Pharmacopœia 1898, ou mieux à la Extra Pharmacopœia par Martindale et Westcott, 1898. Les additions faites par les traducteurs sont entre parenthèses.

Gand, décembre 1900.

**Nouveau formulaire des spécialités pharmaceutiques**, composition, indications thérapeutiques, mode d'emploi et dosage, à l'usage des médecins, par le Dr M. GAUTIER, ancien interne des hôpitaux, et F. RENAULT, pharmacien de 1<sup>re</sup> classe. 1 volume in-8 de 372 pages, cartonné. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris..... 3 fr.

Les spécialités pharmaceutiques sont de plus en plus ordonnées par les médecins ; le praticien y trouve un médicament facile à prescrire sans formule compliquée, sûr, toujours semblable à lui-même, et qui n'est pas exposé aux difficultés et aux erreurs de la préparation officinale.

Si le nombre des médicaments nouveaux augmente sans cesse, celui des spécialités croît dans une proportion bien plus grande encore, puisque, pour un médicament nouveau, il y a de suite plusieurs spécialités nouvelles.

Il devient très difficile au praticien de se reconnaître.

Il était donc utile de réunir, sous forme scientifique et pratique, les données dont le médecin a besoin pour se guider dans son choix, et pour prescrire en parfaite connaissance de cause, selon les cas, un vin, un élixir, un sirop, des cachets, des pilules, etc.

Ce Formulaire comprend trois parties.

Dans la première partie, sont étudiées sous le nom des médicaments usuels, les spécialités répondant à la médication que le médecin a en vue ; les auteurs donnent la *composition*, les *indications thérapeutiques*, le *mode d'emploi* et les *doses*.

Dans la deuxième partie, *Mémorial thérapeutique*, ils énumèrent les différentes spécialités qui répondent à chaque maladie.

Dans la troisième partie, *Mémorial pharmaceutique*, se trouve la nomenclature des spécialités et de leurs fabricants.

Ce formulaire est précédé du commentaire que M. le professeur Cornil, rapporteur de la loi sur l'exercice de la pharmacie, a fait de l'article relatif aux spécialités pharmaceutiques. Ce commentaire met en lumière les difficultés inhérentes à cette question si complexe qui touche à la fois aux droits du fabricant et du détaillant, et surtout à la sauvegarde de la santé publique qui doit être particulièrement chère au médecin.

### Conférences pour l'Externat des Hôpitaux de Paris.

*Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1<sup>er</sup> Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille; Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois, ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du concours de l'externat et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débiter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En Pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

**Chirurgie du Foie et des Voies Biliaires** par F. TERRIER, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris et M. AUVRAY, Chirurgien des Hôpitaux de Paris. Un vol. in-8 avec 50 figures dans le texte, 10 francs; Félix Alcan, éditeur.

Le 1<sup>er</sup> volume de cette importante monographie consacré à la chirurgie si intéressante du foie vient de paraître; il contient les traumatismes du foie et des

voies biliaires, le foie mobile, les tumeurs du foie et les cancers biliaires, et sera prochainement suivi d'un autre volume.

Nul n'était mieux qualifié que M. le Professeur Terrier, assisté d'un de ses élèves connu déjà par de belles recherches sur la technique des interventions sur le foie pour présenter au public médical le bilan actuel de la chirurgie hépatique.

Les questions de technique spéciale y sont minutieusement abordées et l'étude des procédés rendue facile par d'excellentes figures annexées à l'ouvrage. Nous signalerons particulièrement à l'attention des lecteurs l'étude remarquable faite dans ce livre des moyens et procédés destinés à assurer l'hémostase du foie. La friabilité extrême de l'organe rend en effet difficile l'hémostase chirurgicale alors que nulle part cependant, en raison de la vascularité extrême de l'organe, elle n'est plus nécessaire.

Eminemment utile aussi pour le praticien le chapitre très nouveau consacré au diagnostic de tumeurs de l'hypocondre droit.

Au résumé c'est un beau et bon livre dont le succès n'est pas douteux, car il vient à point après la période passée des tâtonnements préliminaires.

### VARIA

Notre confrère la Dr Bousquet, de Valbonne (Alpes-Maritimes), se met à la disposition de nos confrères pour leur fournir de l'huile d'olive pure, provenant de sa récolte. Il fait les envois par colis postaux; avis.

**POUR LA CURE D'AIR** : à louer, aux Patys, Rochecorbon, en Touraine, meublé ou non, un appartement situé en plein midi; jouissance d'un grand jardin (ombrages), et d'une terrasse à 30 mètres au-dessus de la Loire : à l'abri des vents du nord, de l'ouest et de l'est; à deux cents mètres de la station des tramways.

On prendrait des Pensionnaires.

**VIN GIRARD** de la Croix de Genève, idoine, tanique phosphatée.

**Succédané de l'huile de foie de morue**

Maladies de poitrine, misère physiologique, lym, phatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale-convalescences, etc.

**BIOPHORINE** Kola Glycérophosphatée granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

**FLOREINE** — Crème de toilette hygiénique, employée dans toutes les affections légères de l'épiderme, gerçures des lèvres et des mains; innocuité absolue.