

Ainsi le chef huméral du biceps apparaît chez 10,5 p. 100 des sujets en France, chez 10,3 p. 100 en

Angleterre, chez 11 p. 100 en Alsace-Lorraine; le presternal chez 3,2 p. 100 en Ecosse, chez 3,3 p. 100 en Alsace-Lorraine, chez 4 p. 100 à Londres, chez 4,5 p. 100 en Touraine, chez 5,2 p. 100 en Russie, chez 6 p. 100 en Irlande. Le petit psoas fait défaut chez 49 p. 100 des sujets en Russie, chez 56,1 p. 100 en Touraine, chez 57 p. 100 en Alsace-Lorraine, chez 61 p. 100 en Amérique, chez 64 p. 100 en Angleterre. A Londres, le petit psoas n'existe pas chez 50 p. 100 des sujets, en Ecosse chez 63 p. 100, en Irlande chez 66 p. 100 (1).

Inversement, il est des muscles normaux qui disparaissent plus communément dans une race que dans une autre. Le pyramidal de l'abdomen manque chez 21 p. 100 des sujets en Amérique, chez 12 p. 100 en Alsace-Lorraine, chez 10,6 p. 100 en Touraine; le petit palmaire, chez 24,6 p. 100 en Touraine, chez 20 p. 100 en Alsace-Lorraine, chez 12,7 p. 100 en Amérique; le plantaire grêle, chez 7,5 p. 100 en Russie, chez 6,2 p. 100 en Alsace-Lorraine, chez 5,4 p. 100 en Touraine; le carré crural, chez 2,3 p. 100 en Alsace-Lorraine, chez 1 p. 100 en Angleterre; le péronier antérieur, chez 9,8 p. 100 en Angleterre, chez 9, 1 p. 100 en Touraine, chez 8,2 p. 100 en Alsace-Lorraine; le tendon du 5<sup>e</sup> orteil du court fléchisseur commun des orteils, chez 25 p. 100 en Alsace-Lorraine, chez 16 p. 100 à Londres, chez 14 p. 100 en Touraine, chez 10 p. 100 à Edimbourg.

Le pyriforme est perforé chez 26,7 p. 100 des sujets en Alsace-Lorraine, chez 26 p. 100 en Italie, chez 10 p. 100 en Touraine, chez 8 p. 100 en Angleterre, etc.

Se basant sur la dissection de 60 blancs adultes, de 12 suppléciés et de 31 sujets appartenant à la race jaune et à la race noire, M. Chudzinski se croit autorisé à affirmer, d'autre part, que les anomalies musculaires sont plus communes dans les races de couleur que dans la race blanche. En tenant compte des dissemblances de conformation des muscles faciaux, des jumeaux de la jambe, des droits antérieurs de l'abdomen, etc., il paraît même acquis que les agents actifs du mouvement diffèrent dans les diverses races.

On n'a pas constaté jusqu'ici d'anomalies musculaires propres à certaines races, mais il est reconnu que, dans une même race, il est des sujets que les variations musculaires épargnent pour ainsi dire, tandis qu'il en est d'autres chez lesquels elles sont extrêmement nombreuses.

On a prétendu enfin, mais cela est loin d'être prouvé, qu'elles sont plus communes chez les criminels et les déments.

Les variations musculaires sont-elles plus communes dans un sexe que dans un autre? Laissons répondre les chiffres:

L'absence du pyramidal de l'abdomen a été notée chez 26 p. 100 des femmes et 14 p. 100 des hommes par M. T. Dwigt, chez 13 p. 100 des femmes et 10 p. 100 des hommes par MM. Pfitzner et Schwalbe, chez 12,5 p. 100 des femmes et 8,4 p. 100 des hommes par moi;

(1) Le petit psoas n'étant pas présent, — sauf en Russie, — chez plus de la moitié des sujets doit être considéré, je l'ai dit, comme un muscle anormal.

Celle du petit palmaire chez 14 p. 100 des femmes et 10,7 p. 100 des hommes par Gruber, chez 22 p. 100 des femmes et 19,3 p. 100 des hommes par MM. Pfitzner et Schwalbe, chez 30,7 p. 100 des femmes et 18,4 p. 100 des hommes par moi;

Celle du petit psoas chez 57 p. 100 des femmes et 57 p. 100 des hommes par MM. Pfitzner et Schwalbe, chez 54 p. 100 des femmes et 45 p. 100 des hommes par Gruber, chez 70 p. 100 des femmes et 56 p. 100 des hommes par M. Dwigt, chez 72 p. 100 des femmes et 60 p. 100 des hommes par les anatomistes anglais, chez 69,3 p. 100 des femmes et 43 p. 100 des hommes par moi;

Celle du carré crural chez 2,4 p. 100 des hommes et 2,3 p. 100 des femmes par MM. Schwalbe et Pfitzner;

Celle du plantaire grêle chez 5,9 p. 100 des femmes et 9,1 p. 100 des hommes par Gruber, chez 5,9 p. 100 des femmes et 6,3 p. 100 des hommes par MM. Schwalbe et Pfitzner, chez 6,1 p. 100 des femmes et 4,7 p. 100 des hommes par moi;

Celle du péronier antérieur chez 14,7 p. 100 des femmes et 7,3 p. 100 des hommes par Wood, chez 11,5 p. 100 des femmes et 6,6 p. 100 des hommes par MM. Pfitzner et Schwalbe, chez 10 p. 100 des femmes et chez 8,3 p. 100 des hommes par moi;

Celle du tendon du 5<sup>e</sup> orteil du court fléchisseur des orteils chez 14,7 p. 100 des femmes et 7,3 p. 100 des hommes par Wood (1), chez 31 p. 100 des femmes et 21,8 p. 100 des hommes par MM. Pfitzner et Schwalbe, chez 16 p. 100 des femmes et 12 p. 100 des hommes par moi;

Le chef huméral du biceps a été trouvé chez 11,6 p. 100 des hommes et 9 p. 100 des femmes par MM. Pfitzner et Schwalbe et chez 8 p. 100 des hommes et 7,7 p. 100 des femmes par moi;

La perforation du pyriforme par le grand nerf sciatique a été constatée chez 26,7 p. 100 des femmes et chez 16,6 p. 100 des hommes par MM. Pfitzner et Schwalbe, chez 11,2 p. 100 des hommes et 6 p. 100 des femmes par moi;

La fusion du sous-épineux et du petit rond a été observée chez 12,9 p. 100 des hommes et 12,9 p. 100 des femmes par MM. Pfitzner et Schwalbe;

Le presternal a été rencontré chez 3,3 p. 100 des hommes et 3 p. 100 des femmes par MM. Schwalbe et Pfitzner, chez 5,3 p. 100 des hommes et 3,9 p. 100 des femmes par moi. Pour M. Turner il est moins rare chez la femme que chez l'homme; pour Wood, c'est l'inverse.

Wood a trouvé, enfin, 265 variations musculaires chez 18 hommes et 236 variations musculaires chez 18 femmes, dont il a disséqué un à un, à *King's college* pendant le semestre d'hiver 1867-1868, tous les muscles de la nuque, du dos et des membres. Pour Wood, les malformations en question existaient donc chez 6,7 p. 100 des hommes et chez 7,6 p. 100 des femmes.

La statistique générale de Wood repose sur l'examen d'un nombre trop limité de sujets pour qu'on

(1) 5 fois chez 34 femmes et 5 fois chez 68 hommes.



puisse la prendre pour base. Les statistiques de Wood et de Gruber, celles de MM. Th. Dwigt, Pfitzner et Schwalbe et les miennes touchant le chef huméral du biceps, l'épitrochléo-olécrânien, le presternal, le plantaire grêle, la perforation du pyriforme, l'union du petit rond et du sous-épineux, etc., etc., sont contradictoires ou n'indiquent que des différences peu significatives. Il en va autrement des statistiques des mêmes auteurs et des miennes concernant le pyramidal de l'abdomen, le petit psoas, le petit palmaire, le péronier antérieur et le tendon du 5<sup>e</sup> orteil du court fléchisseur commun. Ces muscles disparaissent évidemment plus souvent dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Je n'en conclurai pas moins que la question du degré de fréquence relatif d'apparition des anomalies musculaires est loin d'être jugée. Je ne sais si Meckel a eu raison d'écrire « que les vices de conformation sont plus ordinaires chez la femme que chez l'homme. Mais je crois avoir le droit de dire qu'en ce qui a trait aux malformations musculaires, les seules dont j'aie à m'occuper ici, le problème n'est pas résolu. De ce que le pyramidal de l'abdomen du 5<sup>e</sup> orteil du court fléchisseur commun disparaissent moins souvent chez l'homme que chez la femme, je me garderai bien surtout d'induire à « l'infériorité organique » de celle-ci. Il y a anomalies et anomalies. Celles qui consistent dans l'absence du péronier antérieur ou du tendon du 5<sup>e</sup> orteil du court fléchisseur commun reproduisant des dispositions simiennes, sont des *anomalies régressives*, celles consistant dans l'absence du pyramidal de l'abdomen, et du petit palmaire constituant un avantage fonctionnel sont des *anomalies progressives*. Je reviendrai, du reste, sur cette question.

D'après la statistique de Wood (1) les muscles du cou et de la nuque s'écarteraient donc plus souvent du type habituel que ceux du tronc (56 variations contre 34) et ceux du cou, de la nuque et du tronc, moins souvent que ceux des membres (90 variations contre 41). Aux membres, les muscles des membres thoraciques seraient plus fréquemment mal conformés que ceux des membres pelviens (292 variations contre 119) et, aux membres thoraciques et pelviens les muscles des extrémités distales que ceux des extrémités proximales.

Cette statistique générale si favorable, comme on s'en rendra compte bientôt, à la théorie de l'évolution du système musculaire, ne peut malheureusement pas, je l'ai dit, être acceptée sans réserve. Elle s'appuie sur un nombre insuffisant de dissections et les muscles de la tête, des parois de l'abdomen, du périnée, et le diaphragme n'y figurent pas. La Société anatomique anglaise l'a si bien compris que, sur l'initiative de MM. Cunningham et Macalister, elle a décidé, en 1889, que dorénavant on rechercherait chaque année et simultanément dans chacun

des 36 instituts agronomiques du Royaume, le degré de fréquence d'apparition de quelques anomalies désignées d'avance, et que les documents résultant de cette enquête, remis à une commission nommée *ad hoc*, serviraient à dresser une statistique qui fût à l'abri de tout reproche. Quand on songe combien peu de sujets sont mis à la disposition des élèves sans avoir été autopsiés et combien il faut de temps pour disséquer un à un tous les muscles d'un même sujet, cette manière de procéder paraît vraiment pratique.

Mais s'il est encore impossible d'affirmer catégoriquement quelles sont les régions du corps qui présentent le plus de variations musculaires, il n'est pas douteux — et cela, de l'avis des anatomistes de tous les pays et de tous les temps — que les muscles qui font le plus souvent défaut chez nous sont ceux qui nous sont devenus foncièrement inutiles : le pyramidal de l'abdomen, le petit psoas, le petit palmaire, le plantaire grêle.

Si la connaissance des vices de conformation des muscles importe à l'ethnologue, elle n'importe pas moins au chirurgien. N'est-il pas bon d'être prévenu avant de pratiquer l'opération du strabisme que les muscles de l'œil peuvent augmenter de nombre (M. choanoïde), être dédoublés partiellement, avoir des tendons surnuméraires, être reliés entre eux par des faisceaux plus ou moins forts, et avant de pratiquer l'opération du torticolis chronique, qu'il existe assez souvent un cléido-occipital ? N'est-il pas indispensable de savoir que quelquefois l'artère sous-clavière, l'artère humérale, l'artère cubitale, etc., sont recouvertes par un plan contractile dans les régions où on les lie de préférence ? C'est ainsi que j'ai vu un chirurgien d'hôpital chercher pendant fort longtemps et vainement l'artère axillaire, en dedans de l'arc axillaire pectoro-dorsal qu'il prenait pour le coraco-brachial. N'est-il pas nécessaire d'être avisé que le chef sternal du sterno-cléido-mastoïdien, le coraco-brachial, la longue ou la courte portion du biceps huméral, le long supinateur, le couturier, etc., etc., c'est-à-dire une partie ou la totalité des fibres des muscles satellites des artères carotides primitives, axillaires, humérales, brachiales, fémorales, peuvent faire défaut ou être déviés de leur trajet accoutumé. A quoi bon insister ? Il y a là un gros livre à écrire pour le plus grand bien de la science et de l'humanité souffrante.

Comment classe-t-on les variations du système musculaire de l'homme ?

Pour comprendre les diverses classifications des variations du système musculaire de l'homme qui ont été proposées jusqu'ici et pour pouvoir juger de leur valeur, il est de toute nécessité d'établir d'abord ce qu'on entend en anthropologie par organe vestigiaire et par atavisme. C'est ce que je vais faire.

« Un organe vestigiaire, dit M. Mahoudeau (1), est assimilable à une ruine, est dans notre corps une

(1) M. le Dr Le Double publie intégralement les dons de cette statistique. Nous nous bornons à en reproduire les conclusions seules intéressantes pour nos lecteurs.

(1) Mahoudeau, Les Organes vestigiaires, Journ. de l'Ecole d'Anthropologie de Paris, 1892, p. 382.

survivance anatomique, indéniable, témoin d'un passé entièrement disparu. Tous les appareils du corps de l'homme, de tous les animaux, sauf les *Protosoaires*, renferment de ces vestiges en plus ou moins grand nombre. Il en est qu'on rencontre constamment, on pourrait les dire permanents; il en est d'autres qui manquent dans un très grand nombre de cas, ce sont des vestiges accidentels. En général, ces traces sont d'autant plus manifestes que la mutation de fonctions qui les a rendues inutiles est plus récente; d'autant plus effacées qu'elles reflètent un passé plus lointain. Les organes vestigiaires peuvent se comparer à ces ruines qui doivent à des circonstances exceptionnelles de n'avoir pas subi les ravages du temps et de demeurer encore debout lorsque tous les monuments, leurs contemporains, sont depuis longtemps anéantis. C'est donc dire que, permanents ou accidentels, les organes vestigiaires ont tous une valeur égale; ce sont des manifestations ataviques, des archives en un mot de notre passé. Les uns et les autres peuvent être transitoires ou persistants. Transitoires chez l'embryon où ils ne durent que fort peu de temps; persistants chez l'adulte où ils demeurent dans le même état durant toute l'existence. »

En m'appuyant sur cette définition précise dont on appréciera plus loin la portée philosophique, je diviserai les organes vestigiaires de l'homme en deux grandes classes : 1° Ceux qui existent pendant la vie embryonnaire (*organes vestigiaires transitoires*); 2° Ceux qui existent normalement ou anormalement chez l'homme fait (*organes vestigiaires permanents*).

Je n'insiste pas sur les premiers. Qui ne sait depuis Hœckel que l'otogénie est le résumé de la phylogénie « que la série des formes diverses que tout individu d'une espèce quelconque parcourt à partir du début de son existence est simplement une récapitulation courte et rapide de la série des formes spécifiques multiples par lesquelles ont passé ces ancêtres, les aïeux de l'espèce naturelle pendant l'énorme durée des périodes géologiques (1) ». Nous avons primitivement des branchies comme les *Poissons*; un clasque comme les *Oiseaux*; un appendice caudal (2); 29 côtes (Ruge); le cœur double et communiquant des *Reptiles*; les glandes génitales incluses dans l'abdomen des *Animaux testicondes*, (*Oiseaux*, *Monotrèmes*, *Cétacés vrais et herbivores*) (3), *Edentés* (4) et quelques *Pachydermes*: *damans*, *rhinocéros*, *éléphants*); des bourgeons épithéliaux

en nombre plus considérable que les dents à apparaître; les oreilles pointues; le cerveau lisse; le gros orteil formant avec les autres orteils un angle correspondant à l'état permanent du gros orteil chez les *Singes*; les reins divers, chaque glomérule de Malpighi représentant un rein primitif (1); la peau — celle des pieds et des mains exceptée — doublée dans toute son étendue du peaucier et couverte du lanugo, duvet fin et abondant, en tout semblable à celui des *Simiens* (2), etc. « D'animal marchant à quatre pattes, l'ancêtre humain devenant un animal à deux pieds a, dit encore M. Mahoudeau (3), vu ses membres antérieurs pour être utilisables dans cette nouvelle attitude, effectuer un mouvement de rotation. De cette évolution ancestrale les traces subsistent encore. Au 4<sup>e</sup> mois de la vie fœtale la torsion de l'humérus est de 133°. Celle des *Car-nassiers* adultes est de 94°, celle des *Magots* de 106°, celle des *Gibbons* de 120°, des *Chimpanzés* de 128°. Le fœtus humain de 4 mois se place entre le *chimpanzé* et le *gorille* qui a 144°. Avec l'âge, après la naissance, la torsion va en augmentant, l'attitude bipède se perfectionnant, elle est de 140° environ durant la première année, de 148° de deux à quatre ans et atteint 150° vers la septième année (4). »

Parmi les organes vestigiaires permanents normaux de l'homme fait, je citerai : le repli semi-lunaire de l'angle interne de l'œil ou 3<sup>e</sup> paupière interne de l'œil qui recouvre tout le globe oculaire des *Squales* et qui est encore assez bien développé chez divers *Mammifères*; le lobule de l'hippocampe et le sillon limbique qui nous relie aux *Animaux*

(1) En effet, chez les *Requins*, à chaque segment prévertébral, répond comme l'ont prouvé les recherches de Semper et de Balfour, un appareil génito-urinaire identique à ceux qui existent dans chaque anneau des *Vers annelés*. L'embryon humain reproduit ces phases rapidement.

(2) Ce pelage tombe rapidement et la peau devient glabre, du moins en apparence, mais le microscope la montre aussi velue que celle des autres *Mammifères*. J'ai dit que le microscope révélait qu'elle était aussi toujours doublée normalement d'un plan musculaire chez l'adulte.

(3) Mahoudeau. *Loc. cit. supra*, p. 385.

(4) Les transformations que subissent les animaux avant d'arriver à leur complet développement sont aussi curieuses. Les *Équidés* ont cinq doigts à un moment donné de leur ontogénèse. L'*Hipparion* paraît dans les *chevaux à trois doigts* et l'*Archiciterium* dans les *chevaux à cinq doigts* dont on a observé plusieurs exemples, sans compter *Bucéphale*, le fameux coursier d'Alexandre.

« Les *Poissons pleuronectes* qui nagent habituellement dans de grandes masses d'eau, ayant besoin, dit Lamarck; de voir latéralement, ont leurs yeux placés sur les côtés de la tête. Mais ceux des *Poissons* que leurs habitudes mettent dans la nécessité de s'approcher sans cesse des rivages et particulièrement des rives peu inclinées ou à pentes douces, ont été forcés de nager sur leurs faces apiales, afin de pouvoir s'approcher plus près des bords de l'eau. Dans cette situation, recevant plus de lumière en dessus qu'en dessous, et ayant un besoin particulier d'être toujours attentifs à ce qui se trouve au-dessus d'eux, ce besoin a forcé un de leurs yeux de subir une espèce de déplacement et de prendre la situation singulière que l'on connaît aux yeux des *Soles*, des *Turbots*, des *Limandes*, etc. » Combien Lamarck eût été heureux s'il eût connu les recherches actuelles d'embryologie, nous montrant les yeux de ces *Poissons*, placés d'abord symétriquement chez l'embryon, se déplacer graduellement pendant le développement de sorte que celui qui appartient au côté sur lequel se couche l'animal, va progressivement se porter du côté opposé et y rejoindre son congénère.

(1) Hœckel. *Histoire de la création des êtres organisés d'après les lois naturelles*, trad. franç. Paris, 1844.

(2) L'embryon humain âgé de cinq semaines possède une queue manifeste et un nombre de vertèbres supérieur à celui de l'adulte, 38 au lieu de 33 ou 34; les 4 ou 5 dernières de ces vertèbres sont éphémères; déjà chez l'embryon de six semaines, la 38<sup>e</sup>, la 37<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> se confondent en une seule masse, la 35<sup>e</sup> elle-même n'a plus de limites parfaitement nettes; l'embryon de neuf semaines n'a plus que 34 vertèbres, la 34<sup>e</sup> résultant évidemment de la fusion des 4 dernières et la queue est déjà beaucoup moins proéminente. (His, Fol, Phisali.)

(3) Le dauphin (Stannius et Siebol), *Anat. comp.*, t. II, p. 509.

(4) Notamment les *Fourmiliers*, les *Paresseux*, les *Tatous*.



*osmaliques* ; l'appendice iléo-cœcal ou vermiculaire, qui a une longueur triple de celle du corps dans le *Koala*, constitue un immense cul-de-sac dans les *Herbivores* et qui ne sert plus chez nous qu'à loger de petits corps étrangers qui en provoquent l'inflammation ; le pisiforme, os non moins superflu, compté à tort, pendant longtemps, parmi les éléments du carpe, et qui n'est qu'un rudiment d'un doigt post-auriculaire disparu (1) ; la persistance, à un degré d'atrophie plus ou moins considérable, des apophyses styloïdes du rachis, « derniers témoins, observe enfin M. Mahoudeau, d'une phase qui dura longtemps et pendant laquelle nos ancêtres, non redressés, progressaient sur le sol à la manière des *Quadrupèdes* ». Faut-il parler enfin, de la glande pinéale ? Galien en faisait un organe régulateur de la circulation sanguine. Descartes, au XVII<sup>e</sup> siècle, avait eu l'idée d'y placer le siège de l'âme. En réalité, on ne pouvait lui attribuer aucune fonction et la connaissance de la signification de ce petit organe n'avait nullement avancé, lorsque les travaux d'histologie et d'embryologie vinrent enfin soulever et presque immédiatement résoudre le problème. De Graaf eut l'intuition, et Baldwin Spencer démontra, par des recherches faites sur des *Lézards européens et australiens*, que cette glande était le vestige d'un œil impair. Un *Saurien Iguanide* de la Nouvelle-Zélande, l'*Hatteria punctata* possède actuellement cet œil si parfaitement développé, qu'il doit fonctionner. Il n'est peut-être pas inutile de remarquer que le *reptile* chez lequel cet organe n'a pas subi de marche régressive appartient à une région dont la faune semble être demeurée immobile, n'avoir subi aucun changement depuis la période crétacée. L'*Hatteria* est donc en quelque sorte un animal de la période secondaire, un contemporain attardé des *Reptiles fossiles*, chez lesquels la présence du trou orbitaire pariétal indique un organe en activité de service.

Mais, comme si cette constatation d'une si haute antiquité ne suffisait pas, l'examen histologique de cet œil impair réservait une nouvelle surprise. L'ordre dans lequel s'y présentent les éléments cellulaires formant la rétine se trouve être exactement à l'envers de l'ordre suivant lequel ces mêmes éléments sont rangés dans les deux yeux latéraux des *Vertébrés*. Nous sommes donc ici en présence d'un vestige, bien démonstratif, rappelant la très lointaine époque où nos ancêtres n'étaient encore que des êtres invertébrés. Une découverte paléontologique est venue, comme cela arrive si souvent, confirmer l'existence de cette phase phylogénique : chez les plus anciens *Vertébrés* les *Poissons du vieux grès rouge*, M. Dolo a constaté qu'il n'avait qu'un seul œil

médian. Parmi les animaux vivants actuellement, un *Vertébré* dégénéré, l'*Amphioxus*, sorte de transition entre les *Chordés* et les *Invertébrés*, ne possède, lui aussi, qu'un point oculaire unique, toujours médian.

Ne pouvant nous étendre plus longtemps sur ce sujet, nous rappellerons seulement que cet œil impair provient de la fusion des deux yeux du premier segment des *Vers*, qu'on le retrouve chez les *Insectes* où il prend le nom d'ocelles ; là, il est bilobé ; mais la trace des deux lobes se constate facilement dans le troisième œil des *Reptiles* (1). De l'hermaphrodisme des *Animaux inférieurs* nous conservons non seulement des vestiges embryonnaires, phase durant laquelle l'organisme en voie de développement offre à la fois l'appareil mâle et l'appareil femelle complet, mais il en demeure des traces permanentes dans les deux sexes. Chez l'homme, le canal de Muller, organe femelle, en se résorbant, laisse des reliquats de ses deux extrémités ; du pavillon du canal de Muller nous vient l'hydatide non pédiculée de Morgagni ; à la base du même canal subsiste une petite cavité, l'utricule prostatique ou utérus masculin, répondant à l'utérus de la femme. Chez la femme, en disparaissant, le canal de Wolf, organe mâle, laisse à son extrémité supérieure des fragments de canalicules correspondant à l'épididyme et à sa partie inférieure, d'autres débris connus sous le nom de canaux de Gartner, n'ayant plus d'autre utilité que d'être le point de départ de tumeurs kystiques, etc., etc.

Les autres organes vestigiaires permanents de l'homme fait constituent les *Variations régressives, réversives, ou théromorphies* (Virchow). Elles se montrent inopinément dans tous les appareils. Noterai-je la soudure des apophyses clinoides antérieures moyennes et postérieures du sphénoïde, commune chez l'*orang* ; la crête épineuse sous-scapulaire normale chez la plupart des *Ursidés*, le *tamanoir* et l'*unau* (2) ; l'apophyse frontale du temporal si fréquente chez les *Gorilles*, les *Chimpanzés*, les *Macaques*, les *Magots*, par exemple chez l'*Innus speciosus* du Japon ; l'apophyse jugulaire de l'occipital, énorme chez le *porc* ; la fossette vermiennienne ; les *ossa epiptERICA* de Virchow ; l'os interpariétal ; la fossette pharyngienne ; le *torus occipitalis transversus* ; la conversion en trou de la gouttière de l'arc postérieur de l'atlas logeant le premier nerf cervical et l'artère vertébrale ; la non-soudure des deux moitiés du frontal ou de l'os malaire ; l'os sous-voimérien de Rambaud, reliquat du vaste organe de Jacobson du *cheval* ; l'appareil hyoïdien complet, analogue à celui des *Poissons* ; l'apophyse sus-épitrochléenne et son ligament fibreux, rudiment du canal osseux sus-épitrochléen du *chat* ; le troisième trochanter du fémur qui acquiert de si grandes proportions chez les *Equidés* ; le neuvième os ou os intermédiaire du carpe, l'homologue non seulement de l'os central

(1) « L'homologue d'un rayon fortement réduit de la nageoire primitive », selon Gegenbaur. Je donne ici l'opinion généralement admise, mais les dernières recherches de M. Retterer qui témoignent que le pisiforme se développe par deux points d'ossification et est très prononcé chez le *chien* tendraient à rapprocher cet os en tout ou partie du calcaneum. Il y a là un sujet d'études d'autant plus important à poursuivre qu'on regarde aujourd'hui le pyramidal comme l'homologue du calcaneum (voy. M. Manieur).

(1) Le 3<sup>e</sup> œil des *Vertébrés*. Leçons faites à l'Ecole d'Anthropologie par le professeur M. Duval, recueillies par P. B. Mahoudeau (*Journ. de micrographie*, juin 1888 et suiv.).

(2) Le Double. *Bullet. de la Soc. d'Anthropol. de Paris*, décembre 1876.

du carpe, des autres *Mammifères*, mais même des deux os centraux des *Enaliosauriens fossiles* (Rosenberg) ; les apophyses d'union entre les côtes identiques aux apophyses costales des *Reptiles* et des *Oiseaux* ; la sacralisation de la 5<sup>e</sup> vertèbre lombaire — et dans l'appareil circulatoire : la persistance du trou de Botal auquel nous devons la maladie bleue ; celle du canal veineux prétympanique, indispensable à certains animaux dont la tête doit s'abaisser fréquemment pour prendre la nourriture ; la crosse de l'aorte donnant naissance par convexité, à deux tronc dont l'un constitue la sous-clavière gauche et dont l'autre, trifurqué, est l'origine de la sous-clavière droite de la carotide primitive droite et de la carotide primitive gauche, ainsi que chez le *gibbon*, l'*orang*, et le *chimpanzé*, les *Pithéciens*, les *Cébiens*, les *Carnassiers* (1). Et dans les autres appareils : le lobule auriculaire de Darwin ; l'indépendance des deux lobes du corps thyroïde ; le lobule pulmonaire impair ou azygos, spécial aux *Mammifères*, *quadrupèdes*, mais qu'on observe aussi chez le *gibbon* ; le poumon a un seul lobe semblable à celui de l'*orang* (2) ou à quatre, cinq, six ou sept lobes (Cruveilhier), pareil au poumon des *Pithéciens*, du *mouton*, du *bœuf*, etc. ; le lobe caudé du foie si bien isolé chez les *Primates*, des ordres les plus élevés (3) ; les ectopies orchidiques inguinale, périnéale, ou crurale qui marquent les étapes régulières ou irrégulières de la migration de la glande génitale de l'abdomen vers le scrotum et qui répondent à un état permanent, la première, chez le *castor* et les *Myopotames*, la seconde, chez la *genette*, la *civette* et le *porc*, la troisième, chez les *Loutres* et le *chameau* (4) la bifidité et même la duplicité de l'utérus qui remémorent à la pensée, l'une, les utérus à cornes des *Rongeurs* et des *Lémuriens*, l'autre l'utérus double et à deux orifices des *Marsupiaux* ; l'absence du corps calleux qui est la règle chez tous les animaux à partir des *Mammifères aplacentaliens* (5) celle de la troisième circonvolution frontale horizontale, qui est également la règle chez les *Singes inférieurs*, celle, enfin, du premier pli de passage pariéto-occipital externe si connu depuis Gratiolet ; l'apparition des formes simiennes rostrale et operculaire des lobes frontaux et occipitaux ; l'existence de corps mamillaires latéraux ou accessoires, comparables à ceux du *lapin*, du *chien*, du *chat*, du *rat*, du *cobaye* (6) ; l'ossification de la tente du cerveau et de la tente

du cervelet, toujours ossifiées chez les *Carnassiers*, etc., etc. (A suivre.)

## DE L'ATROPHIE DU NERF OPTIQUE A LA SUITE DE CHORIORÉTINITE

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

Les cas d'atrophie du nerf optique sont nombreux et parfois nous mettent aux prises avec de grandes difficultés pour le diagnostic causal d'où dépendent et le pronostic et le traitement.

Tantôt les atrophies du nerf optique sont d'origine *extra-oculaire* et consécutives, ou à traumatisme du nerf, ou à de la névrite, ou à une affection cérébrale ou cérébro-spinale. Tantôt elles sont d'origine *intra-oculaire* et secondaires à une lésion de l'œil ; ce sont les atrophies — plutôt appelées par distinction, *dégénérescence* du nerf optique — dues le plus souvent au glaucome ou à la rétinite pigmentaire.

Ceci est bien connu, mais sans doute d'autres causes d'atrophie nous échappent encore et, à mon avis, on n'insiste pas assez sur cette division.

Il n'y a pas, à mon avis, que la rétinite, dite pigmentaire, qui soit suivie de dégénérescence du nerf optique. La chorioretinite commune est souvent accompagnée d'atrophie papillaire.

Le docteur Abadie, au Congrès d'Edimbourg de 1894, est le premier, que je sache, qui attirera l'attention des ophtalmologistes sur ce point.

Dans un travail sur la chorioretinite il affirma que souvent la mauvaise acuité visuelle dans les cas de chorioretinite, sans lésion maculaire, dépendait surtout de l'altération du nerf optique. Tantôt on aperçoit à l'ophtalmoscope, dans toute l'étendue du fond de l'œil, de nombreux foyers enchevêtrés les uns dans les autres, soit blanchâtres, soit pigmentaires, et pourtant si la région maculaire est respectée, ce qui est fréquent, l'acuité visuelle est excellente et peut atteindre 2/3. Il y a ici, sans nul doute, quelques lésions rétinienues, mais la choréïdite domine.

Tantôt, au contraire, on rencontre de nombreux foyers pigmentaires très petits, sans exsudats, ni atrophie choréïdienne. Mais le nerf optique a participé au processus morbide et la vision est très mauvaise.

Il faut bien le dire, l'état de la papille n'est pas toujours en rapport avec le nombre et l'étendue des foyers. C'est même souvent le contraire qui se produit et avec un seul foyer circonscrit, dont la recherche est difficile, le nerf optique peut être profondément désorganisé et la vision très compromise. C'est que la rétinite seule et non la choréïdite entraîne cette atrophie et que les lésions rétinienues sans choréïdite concomitante ne sont pas toujours très apparentes, et sont difficilement perçues.

Si le diagnostic est facile quand la chorioretinite domine, il devient très difficile, au contraire, quand il n'y a que de rares foyers dans la région équatoriale.

J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce

(1) Le Double. *Bullet. de la Soc. d'Anthropologie* de Paris, 1890, p. 555.

(2) Signalé déjà par Vésale chez l'homme ; je l'ai retrouvé chez une femme.

(3) Comme M. Deniker je l'ai rencontré chez 10 fœtus humains, de six à neuf mois, appartenant à l'un et à l'autre sexe sur lesquels je l'ai cherché avec mon prosecteur, M. Bougrier.

(4) Le Double. *De l'épididymite blennorrhagique dans les cas de hernie inguinale, de varicocèle ou d'anomalies de l'appareil génital*, p. 167. Paris, 1879.

(5) Onuffrowicz en a réuni 27 cas (*Arch. f. psych.*, 1887), sans compter ceux signalés par Kaufmann, Virchow, etc.

(6) Staurenghi dit que chez l'homme ils se montrent dans 10 pour 100 des cas sous forme de saillies manifestes et que dans tous les autres cas on les retrouve à l'état de petits ganglions aplatis, en dehors des tubercules médians.



genre — et je viens rapporter l'observation de l'un d'eux qui est intéressante à plus d'un titre.

Le 13 janvier 1897, M. Bord... vient me consulter. Il est âgé de 67 ans et ne voit plus à se conduire, son gendre le guide par la main.

Sa vue a commencé à baisser depuis 1894; elle allait diminuant de plus en plus, jusqu'à il y a trois semaines, époque à laquelle il cessa de distinguer les objets.

Le malade n'a conservé qu'une très petite perception lumineuse — c'est à peine s'il perçoit les rayons lumineux intenses projetés par le miroir de l'ophtalmoscope et par intermittences seulement.

Il n'y a pas de cataracte. J'examine le fond de l'œil, il n'y a pas de trouble du corps vitré, et ce qui me frappe d'emblée c'est la *papille qui est blafarde*. Les artères sont petites. Il s'agit donc d'une atrophie du nerf optique.

Tout autour de la papille, la rétine est marbrée de bandes blanchâtres diffuses, sans contours précis.

Le reste de la rétine paraît sain, du moins au premier examen.

Le cas était embarrassant.

A quelle atrophie avais-je affaire! J'interroge le malade et ne relève aucun antécédent spécifique, nuls symptômes soit d'ataxie, soit de sclérose en plaques. D'ailleurs on ne trouve ni les signes de Rumbert, ni celui de Wesphal, ni celui d'Argyll-Robertson (celui-là ne peut exister, la vision étant abolie).

Les pupilles sont normales, ni contractées, ni dilatées.

Le malade a toujours été bien portant, mais c'est un arthritique et un artério-scléreux. — Il n'a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Ne trouvant rien capable d'expliquer cette atrophie, j'instillai de l'atropine et pratiquai un nouvel examen ophtalmoscopique qui me permit de reconnaître à la périphérie de *petits foyers pigmentaires très nets de chorioretinite* que je soupçonnais.

Mon diagnostic devenait facile. L'atrophie était d'origine rétinienne. Le pronostic était moins sévère et, tenant compte de la petite perception du malade, je proposai un traitement.

Ce traitement avait un double but : 1° de combattre la chorioretinite (et le mercure est le médicament de choix) par des injections hypodermiques de cyanure de mercure; 2° rendre un peu de vitalité au nerf optique dégénéré en donnant 0,50 centigrammes d'iodure de potassium et en électrisant le malade.

Le 13 janvier. — 1<sup>re</sup> injection, iodure de potassium et électrisation de 5 minutes.

Le 15 janvier, même traitement.

Le 16 janvier, id.

Le malade a perçu des étincelles dans les yeux, en se levant, ce qui m'indiquait l'excitabilité plus grande du nerf optique; j'encourageai le malade.

Le 17 janvier, 4<sup>e</sup> inj.

Le malade semble percevoir la main. — Phosphènes.

Le 18 janvier, 5<sup>e</sup> inj.

Progrès notable, le malade compte les doigts, mais difficilement.

Le 19 janvier, 6<sup>e</sup> inj.

Le 20 janvier, 7<sup>e</sup> inj.

Le malade compte nettement les doigts et distingue quelques objets sur la table. Nous sommes seulement au septième jour de traitement.

Je continue ainsi chaque jour les injections de cyanure qui sont très bien tolérées, et les séances d'électrisation avec des courants continus faibles, durant 5 minutes.

Le 23 janvier, le malade voit de petits carrés de 3 millimètres de côté (car il ne sait pas lire).

Le champ visuel est très réduit, il n'a que la vision centrale.

Mais il distingue très bien les *couleurs*, même le vert.

Le 26 janvier, 13<sup>e</sup> inj.

Le 27 janvier, il a un peu de gingivite et je ne fais plus que tous les 2 jours les injections de cyanure, les alternant avec injections d'arséniate de strychnine.

Le 2 février, le malade quitte la maison de santé.

Il a une acuité visuelle 1/3 avec + 3 diop. et le champ visuel est malheureusement très rétréci.

De près avec + 4,50 d., il voit des carrés de 1 millimètre de côté, en un mot il lui est revenu la vision centrale, très limitée, mais cette vision est bonne, avec conservation de la perception des couleurs.

Le diagramme des deux champs visuels est le suivant :

L'un a la forme d'une moitié de cercle, le droit; l'autre d'un quart de cercle, le gauche, ayant pour limites 30° du périmètre de Landolt.

Pour prévenir une rechute, j'ordonnai au malade de faire chaque jour une friction mercurielle sur le front et de prendre 10 gouttes par jour de teinture de noix vomique, ce qu'il fit pendant un mois.

Le second mois, il prit 0,40 centigrammes par jour de glycérophosphate de chaux.

Depuis lors, l'amélioration ne s'est pas démentie. Pêcheur, il passe la plus grande partie de son temps à la pêche.

Voici donc un homme aveugle par atrophie du nerf optique, *consécutive à de la chorioretinite*, notamment amélioré par un traitement persévérant, au point de pouvoir reprendre la vie commune.

C'est un encouragement pour le clinicien à essayer une thérapeutique opportune, même dans les cas critiques, où l'on se croit désarmé et impuissant.

..

Cette atrophie du nerf optique consécutive à de la chorioretinite ou à de la rétinite est loin d'être rare. Il est donc important qu'elle soit connue, c'est un type clinique bien caractérisé avec une symptomatologie spéciale, surtout avec un pronostic moins sévère et un traitement particulier.

*Symptomatologie.* — Les malades atteints par cette affection ne viennent presque jamais consulter au début de l'affection. Ils sentent que leur vue baisse, qu'il y a un brouillard devant les yeux, mais ils patientent jusqu'à ce qu'ils soient notablement gênés.

Quand on les examine à l'ophtalmoscope, on est immédiatement frappé par l'aspect de la papille optique qui est blafarde, plus grise que blanche, et qui diffère notamment du blanc nacré de l'atrophie cérébro-spinale.

Elle ressemble beaucoup, au contraire, à la papille dégénérée qu'on rencontre dans la phase ultime de la rétinite pigmentaire.

Les vaisseaux sont réduits. Les bords de la papille sont nets et vagues comme dans les cas d'atrophie, suite de névrorétinite aiguë.

Parfois un petit disque pigmenté plus sombre entoure les bords de la papille.

Donc il s'agit d'atrophie du nerf optique.

En examinant attentivement la rétine, tantôt on rencontre de nombreux petits foyers pigmentés plus ou moins arrondis, siégeant dans la partie équatoriale, tantôt les foyers sont très rares et très circonscrits, et il faut beaucoup de soin pour les découvrir, mais toujours on en rencontre.

Le corps vitré reste transparent.

Il n'y a ni myosis, ni mydriase.

Les deux yeux sont atteints en même temps.

Les troubles fonctionnels sont aussi très importants.

Le champ visuel est très rétréci, en général concentriquement, et oblige le malade à tourner continuellement les yeux ou la tête, parce que les lésions sont surtout équatoriales.

Exceptionnellement, au contraire, les foyers siègent à la partie postérieure; c'est la vision centrale qui est abolie et la vision périphérique qui persiste.

Cette vision, quoique très limitée, est très bonne, étant centrale, et le malade peut arriver à lire des caractères très fins.

Je n'ai point noté de scotomes, mais ils doivent exister quelquefois.

Il n'y a pas de dyschromatopsie. Le malade distingue très bien les couleurs, et le *vert* est très bien perçu.

Il n'y a pas non plus d'héméralopie.

Il semble que les lésions soient limitées à certaines parties de la rétine et aux fibres nerveuses qui relient ces parties au nerf optique, tandis que les parties saines de la rétine conservent toutes leurs fonctions.

Presque toujours la région maculaire est épargnée et les lésions rétinienne siégent à la périphérie.

La marche est lente et progressive, c'est dans l'âge mûr qu'on rencontre cette affection; elle ne paraît pas être héréditaire.

L'étiologie est complètement à faire: chez mon malade, je n'ai pu noter que l'arthritisme et l'artériosclérose.

J'ai été frappé de la ressemblance qui existe entre cette affection et la rétinite pigmentaire.

Dans les deux cas, les lésions rétinienne siégent de préférence à la région équatoriale. Dans les deux cas, l'affection se termine par la dégénérescence de la papille.

Il doit y avoir aussi une certaine analogie dans le processus morbide.

Il s'agit, selon moi, d'une lésion rétinienne dont le point de départ est, soit dans la couche des ganglions nerveux, soit au-dessus, et les premières lésions destructives créées, il se fait une DÉGÉNÉRESCENCE ASCENDANTE des fibres nerveuses de la rétine et du nerf optique.

Ceci explique que tout le nerf optique n'est pas atrophié à la fois et que certaines parties peuvent être longtemps épargnées.

Ceci est une simple hypothèse que l'anatomie pathologique seule pourra confirmer ou détruire.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de cette affection sera facile si l'on se rappelle les trois symptômes cardinaux: 1° l'aspect blafard de la papille; 2° la perception des couleurs; 3° la coexistence des foyers de chorioretinite.

On ne la confondra pas avec l'atrophie d'origine spinale: la papille est d'un blanc nacré.

De plus, dans le tabes, il y a du myosis et les signes de Rumbert, de Vesphal, d'Argyll Robertson. La rétine est saine.

Dans la sclérose en plaques, les symptômes propres à cette affection.

La distinction avec l'atrophie glaucomateuse est facile et l'excavation de la papille suffit amplement.

Enfin, on ne la confondra pas avec l'atrophie de la rétinite pigmentaire.

Dans les deux affections, la papille a le même aspect, les lésions sont bilatérales et les champs visuels sont rétrécis.

Dans les deux cas, les lésions rétinienne occupent généralement l'équateur pour gagner peu à peu le pôle postérieur, mais dans la rétinite pigmentaire, elles ont un aspect particulier et ressemblent à des ostéoplastes.

De plus, celle-ci est congénitale ou héréditaire et apparaît pendant l'enfance.

Enfin, le symptôme capital est l'héméralopie, qui existe dès le début de l'affection, et bien avant l'affaiblissement de l'acuité visuelle.

Grâce à ce symptôme fondamental, on peut d'emblée distinguer les cas anormaux de *rétinite pigmentaire sans pigment*, décrite par Leber.

*Traitement.* — Sûr de son diagnostic, on applique le traitement suivant:

On fera tous les jours ou tous les deux jours une injection hypodermique d'un sel soluble de mercure pour combattre la chorioretinite. Nous employons de préférence le cyanure de mercure à la dose de 0,01 centigramme par injection.

On donnera 0,50 centigrammes d'iodure de potassium à l'intérieur.

On excitera le nerf optique par une séance quotidienne de 5 minutes d'électrisation avec des courants continus faibles.

La strychnine, par l'estomac ou en injections hypodermiques, est aussi indiquée.

*Conclusions.* — Mes conclusions seront les suivantes:

Il existe une atrophie du nerf optique d'origine rétinienne.

Dans les cas de chorioretinite non maculaire, ce qui en fait la gravité, c'est la participation du nerf optique au processus morbide.

En présence d'une atrophie d'origine obscure, on explorera avec soin la surface rétinienne, surtout dans la région équatoriale, pour savoir s'il n'y a pas de petits foyers de chorioretinite qui feront porter le diagnostic causal.



L'atrophie papillaire consécutive à la chorioretinite a une symptomatologie qui lui est propre.

Elle apparaît chez les adultes, est bilatérale, a une marche lente.

La papille est grisâtre, le champ visuel est rétréci, mais il y a *conservation de la perception des couleurs*.

Le pronostic est moins sévère que dans les autres sortes d'atrophie.

Le traitement s'adresse à la fois à la chorioretinite par le mercure et à l'atrophie optique par la strychnine et l'électrisation.

## L'HYSTÉRIE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET LES ENFANTS AU-DESSOUS DE DEUX ANS

par le Dr Edmond CHAUMIER

(Suite)

Obs. 59. — Maurice A., 15 mois. A eu à un an une convulsion qui n'a duré qu'un instant ; on n'a eu que le temps de le porter chez un pharmacien. Il tétait, s'est raidi comme une barre de fer, est devenu noir, sans mouvements. Tous les frères sont nerveux, un (mort d'angine couenneuse) tombait quand on le contrariait.

Obs. 60. — Henri G., 26 mois 1/2. Quelques rhumes avec toux rauque au début, ouvre la bouche ; poitrine grasse, moins que plus jeune, palais très ogival. Très nerveux, remue toujours la nuit et cause comme s'il voyait quelque chose devant lui ; ne se réveille pas en peur.

Convulsions à 6 mois, 4 fois, à un mois d'intervalle. La première fois sa mère le tenait sur ses genoux, tout d'un coup il est tombé à la renverse, pâle, sans mouvements ; durée 1/4 heure ou 1/2 heure. Il avait les yeux entr'ouverts et n'a pas crié. Aussitôt revenu, était très gai.

Deuxième convulsion pareille. Il lui prenait d'abord de la chaleur à la tête, était rouge, puis la pâleur venait. Troisième et quatrième fois a été 8 jours malade, avait un peu de diarrhée, était fatigué. Des convulsions semblables aux autres sont venues (3 ou 4 dans une même journée). On a craint une méningite.

Se met en colère facilement, ne se pâme jamais. On touche les yeux et le pharynx (avec cuiller) sans réflexes.

Mère très émotionnable.

Obs. 61. — Emile H. 5 ans. A 18 mois a été pris de convulsions pendant la nuit, il avait eu peur dans la journée. Tout d'un coup est devenu tremblant, membres agités ; était chaud, brûlant, puis raide quelques secondes, et a ouvert les yeux. A la suite il a eu des crises nerveuses, il se mettait dans de grandes colères, se tordait, se roulait par terre, donnait des coups de pieds, des coups de poings. Et cela tous les jours plusieurs fois. On ne pouvait rien en faire. Il jetait tout ce qu'on lui donnait, et cela durait quelquefois des heures.

Après quelques mois disparition pendant 2 ou 3 mois des convulsions qui reviennent ensuite plus intenses.

Depuis l'an dernier en a de moins fréquentes et moins fortes.

Il est quelquefois agité la nuit.

Il se met en colère, est agacé, mais ne se roule pas et ne crie pas comme il le faisait.

La nuit il pissait au lit de temps en temps surtout lorsqu'il était le plus agité. Il y pisse encore mais plus rarement. Un frère de 2 ans se met en grandes colères.

Obs. 62. — Marguerite M., 3 ans et 4 mois. Fluxion de poitrine à 2 ans ; a toujours toussé depuis.

La nuit se réveille et pleure, se plaint du ventre, des jambes, etc.

A 20 mois, convulsions. Elle a tourné sa bouche et a levé ses yeux en l'air. Elle raidissait ses bras et tournait ses mains en dehors. Pas de grands mouvements ; 3 à 4 minutes de durée, cela n'est pas revenu.

Quand elle dort on ne lui voit que le blanc des yeux, elle tourne sa bouche.

Très nerveuse, jette les draps au pied de son lit, se découvre, s'agite.

Se pâme souvent, chaque fois qu'elle pleure, surtout depuis l'âge de deux ans.

Elle se roule par terre quand elle est en colère, lance ses pieds et ses mains ; elle noircit chaque fois qu'on la contrarie, quand on ne lui donne pas ce qu'elle veut.

Se plaint toujours de la gorge, poitrine bombée, quelques tumeurs adénoïdes.

Je mets les doigts dans les yeux qu'elle ouvre facilement malgré la présence du doigt.

Sa sœur, 10 ans. Nerveuse, vive, prompte, volontaire. Tousse tout le temps.

Obs. 63. — Alida H., 7 ans 1/2. Convulsions à 4 mois. Était couchée, a tourné les yeux, puis secousses dans tout le corps.

Trois fois dans la même matinée, 5 minutes ; la troisième fois 1/4 d'heure.

Quand elle était revenue, il n'y paraissait plus. Cette 3<sup>e</sup> fois elle était violette. On croyait qu'elle allait mourir.

La mère ne sait pas si elle était raide.

Elle a été un mois sans convulsions, puis c'est revenu. En tout une dizaine de fois.

La première eut lieu à une heure du matin. La dernière, 3 mois plus tard.

La 2<sup>e</sup>, à 3 heures.

La 3<sup>e</sup>, à 5 heures.

La 4<sup>e</sup>, à 7 heures.

La 5<sup>e</sup>, à 10 heures.

La 6<sup>e</sup>, à 7 heures du soir.

Une à huit mois à 4 heures du soir, plusieurs fois.

Très nerveuse, n'est jamais tranquille ni nuit ni jour. La nuit s'assied sur son lit, se couche de tous les côtés, cause quelquefois, en rêvant.

Est peureuse le jour, ne pleure jamais.

Elle se plaint souvent du ventre, alors les yeux sont cernés, elle a la figure pâle, tirée, et cela fréquemment.

Angines fréquentes, toux rauque, bronchites, bouche ouverte, ronfle, tumeurs adénoïdes opérées.

Obs. 64. — Flora C. 2 ans et 3 mois. Il y a 3 mois on a dit qu'elle avait une méningite tuberculeuse, elle est restée un mois au lit. On lui a mis un vésicatoire au mollet et une vessie de glace sur la tête. Elle a eu 4 ou 5 crises par jour, se tortillait dans les bras de sa mère, s'arrachait les cheveux ; elle avait sa connaissance, disait *bobo*.

Nerveuse, crie facilement.

On touche sans difficulté les yeux et la gorge.

On s'est aperçu depuis le printemps qu'elle respire mal la nuit ; elle ouvre la bouche jour et nuit, amygdales grosses, palais ogival, tumeurs adénoïdes.

Son frère Ludovic 9 ans. Plusieurs fois des convulsions

à 18, 20 mois et 24 mois. Se débattait, perdait connaissance. Une a duré 3/4 d'heure.

Amygdales énormes, palais ogival, tumeurs adénoïdes. On touche facilement les yeux et le pharynx nasal.

Accidents méningitiformes au début de pneumonie avortée; pouls lent, irrégulier, mal de tête, soupirs, ventre plat, raie méningitique, couché en chien de fusil, plaintes, constipation.

OBS. 65. — Marie F. 9 ans 1/2 On l'a soignée pour une méningite pendant 3 mois; elle avait 8 mois: elle vomissait et avait la diarrhée. Elle avait des convulsions, trois ou quatre.

Elle se tordait les membres, puis tombait comme morte, environ pendant cinq minutes.

Un frère mort à 11 mois, a eu des convulsions pendant 8 jours avant de mourir. Il en avait 3 ou 4 fois par jour (cet enfant n'était pas du même père.)

Une sœur de la même mère pleure et chante sans motifs et a eu des attaques de nerfs. Un frère aussi; mère nerveuse.

Marie est nerveuse, on touche les yeux facilement. Elle ne peut apprendre ses leçons parce qu'elle est énervée.

Elle est méchante; quand elle se met en colère, elle empoigne sa mère et serre très fort. Elle dit ensuite qu'elle ne l'a pas fait exprès, puis elle pleure.

La nuit précédant le jour de la visite, elle a beaucoup pleuré, elle voulait pleurer, puis elle s'est endormie.

Elle ronfle, beaucoup de bronchites, tumeurs adénoïdes. Un frère Henri, 7 ans 1/2, quelques petits rhumes. S'est plaint souvent de la gorge, fait des grimaces depuis 2 mois.

Obs 66. — Germaine C. 20 mois. Nerveuse, se met en colère et alors se débat.

Gabriel C. 5 ans. A eu des bronchites. A eu comme des attaques de méningite, à 19 mois; on lui mettait de l'eau glacée sur la tête. Elle n'ouvrait pas les yeux, transpirait de la tête, pas de convulsions, n'avait plus de connaissance, était très agitée, et toussait un peu.

Est toujours agitée dans ses maladies.

Très nerveuse, colère, pleure, se débat.

On touche facilement les yeux.

Chez le nouveau-né et le jeune enfant il sera facile de diagnostiquer la forme d'hystérie que j'ai décrite sous le nom de pamoison; il faudrait beaucoup de bonne volonté pour la confondre avec les lésions laryngiennes ou trachéales produisant de la suffocation. Les formes rares avec paralysie, contracture des extrémités, asphyxie locale demandent à être étudiées avec le plus grand soin; ce ne sera quelquefois qu'en connaissant les antécédents de l'enfant et en observant la marche de l'affection qu'on pourra porter un diagnostic exact.

Pour les autres formes la difficulté sera plus grande, surtout s'il s'agit de la différencier de l'épilepsie. Cependant, dans beaucoup de cas le diagnostic pourra être fait après une courte observation, l'hystérie revêtant des formes plus variées que l'épilepsie.

Les méningites aiguës et chroniques, les lésions cérébrales de natures diverses, à cause des convulsions qu'elles occasionnent, seront une autre source d'erreur; et assez souvent on prendra des phéno-

mènes hystériques pour des symptômes ou lésions encéphaliques. Le contraire sera plus rare. Mais dans la plupart des cas il sera possible d'arriver à la vérité. Le pouls et le thermomètre seront d'un puissant secours dans les cas aigus; la difficulté sera plus grande dans les cas chroniques.

On ne confondra guère non plus l'hystérie avec l'encéphalopathie athrepsique des nouveau-nés, ni avec les convulsions agoniques des diverses maladies.

J'ai cité un cas de trismus d'origine hystérique; j'en ai observé un autre ayant duré deux ou trois jours, mais dont l'observation a été égarée. Il ne faudra pas confondre ce trismus avec ce que l'on appelle le tétanos des nouveau-nés, maladie inconnue dans notre pays, si la description des auteurs ne se rapporte pas, comme le voulait Parrot, à une certaine forme d'encéphalopathie athrepsique.

On comprendra combien sera important le diagnostic. L'hystérie ne comporte pas un pronostic bien sérieux au point de vue de la léthalité (1); il n'en sera pas de même des maladies que j'ai signalées et dont la plupart sont mortelles ou produisent des lésions irrémédiables.

L'hystérie peut guérir avec un traitement très sévèrement conduit. Des études encore récentes ont prouvé que l'hystérie infantile guérit plus facilement que l'hystérie de l'adulte; tout tend à prouver que la guérison sera d'autant plus facile qu'on commencera le traitement à un âge moins avancé.

Mais il est à craindre que le régime que le médecin aura ordonné ne soit pas suivi aussi scrupuleusement qu'il serait nécessaire, et que l'hystérie infantile devienne plus tard dans quelques cas l'hystérie *major* avec attaques hystéro-épileptiques, souvent inguérissables.

Avant de terminer, je veux encore insister sur le traitement causal; chez les petits enfants les lésions naso-pharyngiennes devront être cherchées et combattues énergiquement.

## MÉDECINE PRATIQUE

### LES NOUVELLES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES FRACTURES. — LES APPAREILS DE MARCHÉ.

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

(Suite)

Dans le numéro de juillet de ce journal, j'ai déjà commencé par l'étude du massage et de la mobilisation, l'examen des deux méthodes nouvelles qui révolutionnent à l'heure actuelle l'ancienne thérapeutique des fractures.

Il s'agit bien en effet d'une véritable révolution de doctrine et de pratique, et le mot employé par tous

(1) On a cité des cas de mort par spasme de la glotte. S'agissait-il de l'hystérie?



les auteurs n'est pas trop fort pour exprimer la différence radicale qui sépare ou plutôt oppose les deux nouvelles méthodes à l'antique immobilisation hier encore seule en vigueur.

A l'immobilisation absolue du foyer de la fracture, à l'immobilité presque complète exigée du malade l'un et l'autre procédés substituent une doctrine contraire. Le Dr Championnière recherche une bonne coaptation des fragments mais « les désire en état de mobilisation constante » et voit, dans les légers mouvements qu'impriment au foyer de la fracture les manœuvres du massage, un facteur de vigoureuse et prompt réparation. L'appareil de marche conserve, il est vrai, le principe d'absolue fixation des fragments, mais vise avant tout à procurer au patient la facilité de se lever, de marcher dès les premiers jours, tout comme si le membre inférieur n'était pas fracturé.

Chacun des deux nouveaux modes de traitement s'oppose ainsi directement en un point à la thérapeutique traditionnelle, mais de prime abord l'application de l'appareil ambulateur paraît plus paradoxale, plus contraire encore à nos habitudes séculaires que la pratique du massage et de la mobilisation, et de fait alors que le procédé né depuis près de 20 ans s'est déjà généralisé en Allemagne et aux Etats-Unis, il est encore en France à de timides débuts.

Cependant et j'y ai déjà insisté dans la première partie de cette revue, la méthode du massage seule est *révolutionnaire dans son principe* ; l'appareil de marche dans son apparence de plus grande audace est, au contraire, bien près d'être orthodoxe.

Le malade marche contrairement à la pratique ancienne, soit ! mais la condition vraiment seule essentielle de l'immobilisation des fragments est recherchée (et obtenue d'après les partisans de l'appareil) tout aussi complète qu'avec le repos au lit.

Toute la nouveauté du traitement résulte de la réalisation simultanée de deux conditions jadis jugées impossibles à réunir : marche du blessé et parfaite fixation de la fracture.

Si bien que le nom de méthode ne devrait peut-être pas être donné à un procédé qui présente les particularités suivantes :

D'abord, d'être nouveau non par son principe, mais seulement par un ingénieux artifice d'appareil.

Ensuite de ne viser qu'un groupe particulier de fractures, celle même du membre inférieur, peut-être certaines d'entre elles seulement, ce qui lui enlève tout caractère de généralité.

Enfin d'offrir comme avantage bien plutôt l'amélioration apportée au sort du patient qu'un perfectionnement (restant douteux) du résultat thérapeutique.

Ces réserves qu'il nous semblait nécessaire de faire, ne diminuent du reste nullement l'importance pratique de ces appareils que les chirurgiens allemands, bientôt imités à l'étranger, ont pu appliquer avec succès dans toutes les fractures du membre

inférieur (fractures de la cuisse, de la rotule, de la jambe), à la suite des résections, des ostéomies, etc.

Leur champ d'emploi reste vaste et ce seul avantage d'épargner à un blessé en pleine santé la torture d'un alitement de plusieurs semaines, ne peut être considéré comme une acquisition de peu d'importance dans la thérapeutique des fractures du membre inférieur.

..

Bérard et Seutin, d'autres encore avaient déjà, il y a longtemps, fait marcher des fracturés, mais ceux-ci s'appuyaient sur des béquilles, le membre blessé étant élevé de façon à éviter tout contact avec le sol.

Hessing, le premier, au congrès de Cassel en 1878, présente une fracture du membre inférieur appuyant sur le sol la jambe brisée. Roth (de Budapest), Heusner, Harborth (de Francfort) suivent immédiatement son exemple.

Krause montre le premier qu'on peut obtenir d'excellents résultats en se servant de moyens simples, d'un appareil plâtré bien modelé sur le membre, facile à appliquer et à enlever, et dès 1892 Korsch (1) se loue de sa manière de faire, appuyée déjà sur une imposante statistique.

Cependant, jusqu'ici, les fractures de jambe seules sont facilement traitées, la contention des fractures de cuisse reste difficile et imparfaite.

Le professeur de Bruns (de Tübingen) s'inspirant de l'appareil de Thomas, Dollinger, d'autres encore s'efforcent alors de réaliser des appareils répondant à tous les desiderata et étendent ainsi l'application de la thérapeutique ambulateur à toutes les fractures du membre inférieur.

Aussi le Dr Cestan (2), cité par son maître le Dr Reclus, a-t-il pu réunir dans son mémoire une statistique étrangère de 490 cas.

En France, au contraire, l'indifférence reste complète et un silence presque absolu est gardé sur ces tentatives. Encore n'en parle-t-on (3) que pour les critiquer et sans avoir tenté aucun essai.

Le Dr Reclus se trouve en réalité être le premier (4) à avoir employé d'une manière un peu suivie, sur les instances de son élève Cestan, l'appareil de marche. Encore n'a-t-il traité ainsi que les fractures de jambe, et cependant sa communication à l'Académie de médecine, en dépit des succès obtenus attestés par la présentation des malades eux-mêmes, a paru plutôt froidement accueillie.

En face des brillantes promesses de ce nouveau

(1) Korsch, *Demonstration des ambulatorischen Gypsoverbandes bei knochenbrüchen des Unterschenkels*. Séance du 11 juin 1892 de la Société libre des Chirurgiens de Berlin.

(2) Dr Cestan, in *Gazette des Hôpitaux*.

(3) Critique du Dr Hennequin, in *Revue d'Orthopédie*.

(4) Une exception est à faire en faveur des essais de mon homonyme, le Dr Lapeyre : Lapeyre, Th. Doctorat, 1894, inspirée par le prof. Le Dentu.

mode de traitement, cette hostilité ne peut s'expliquer et ne s'explique en effet que par la défiance très grande des chirurgiens français vis-à-vis des résultats énoncés, vis-à-vis même de leur possibilité. Trouver, sur le membre au-dessus de la fracture, un point d'appui par l'intermédiaire duquel le poids entier du corps (considérable nous dit le Dr Hennequin) se transmettra directement au sol par l'appareil sans agir sur les fragments osseux suspendus en quelque sorte, paraît impossible au plus grand nombre.

Les griefs invoqués peuvent se ranger sous les deux chefs suivants :

1<sup>o</sup> *Imperfection de la marche.* L'appareil ne réalise pas les promesses de son nom.

Se trainer sur deux béquilles, ou aux bras de deux infirmiers, ce n'est pas là un avantage appréciable et cependant le poids de l'appareil, l'impotence musculaire qui suit le traumatisme ne permettent guère autre chose.

2<sup>o</sup> *Dangers de l'appareil.* L'appareil est dangereux tout d'abord pour la consolidation de la fracture. Toute imperfection dans « l'isolement des fragments » compromettra la formation du cal et la guérison en bonne attitude. De plus, l'impossibilité de trouver le point d'appui parfait dont la réalisation est si nécessaire amène à serrer l'appareil, d'où une seconde source d'inconvénients : la possibilité de provoquer des eschares.

Sur le premier point, M. Reclus répond et en citant des exemples tirés de la pratique allemande et en montrant ses propres malades. De prime abord, évidemment, le malade obligé de s'habituer à son appareil est assez malhabile, mais au moins dans l'immense majorité des cas, il marche — dans le vrai sens du mot. — Le Dr Krause reprenait, nous dit M. Cestan, ses visites au 6<sup>e</sup> jour après une fracture bimalleolaire, un malade de Korsch se rendait de Dresde à Berlin dès le 2<sup>e</sup> jour pour y reprendre ses affaires ; les exemples semblables abondent.

Du reste, les malades de M. Reclus « ont marché d'abord avec 2 cannes, puis avec une seule et pouvaient, dès la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> semaines, franchir le long trajet qui sépare l'hôpital Laennec de la rue de l'Abbaye et gravir le haut et rapide escalier de la Société de Chirurgie. »

Aux craintes formulées sur les dangers pour la consolidation, sur le retard probable de la guérison, M. Reclus répond de même : « Les relevés de M. Cestan montrent qu'en moyenne la consolidation a été obtenue de dix à vingt jours plus tôt que dans les appareils immobilisateurs ordinaires.

Sur cinq malades personnels, la consolidation (vérifiée par MM. les membres de la Société de Chirurgie) s'est toujours produite dans les délais normaux et même a été visiblement beaucoup plus précoce.

Enfin, la guérison véritable, c'est-à-dire le retour complet de l'activité fonctionnelle est incomparablement avancé, car la marche « nourrit les muscles tenseurs et les jointures » ce qui supprime les suites

jadis trop ordinaires de fractures : atrophie, œdème et enraidissements.

Les eschares ne sont pas plus fréquentes qu'avec les appareils ordinaires, c'est-à-dire qu'on les évitera toujours en enlevant l'appareil dès la moindre souffrance accusée par le malade.

Au résumé donc, non seulement le malade se lève et fait quelques pas dans sa chambre, ce qui à tout prendre vaudrait encore la peine d'être réalisé, mais pour beaucoup une certaine activité professionnelle est rendue possible. Si le manouvrier, comme le dit M. Hennequin, ne peut reprendre l'outil et bénéficie seulement du bien-être de l'activité générale, le médecin, l'avocat peuvent à tout le moins ne pas fermer leurs cabinets, le patron peut surveiller ses ouvriers, l'employé se rendre à son bureau.

Et, contrairement aux affirmations pessimistes, la difficulté de trouver sur le membre un bon point d'appui n'est pas telle qu'il faille un appareil bien compliqué pour réaliser les conditions les plus complètes de sécurité.

Pour le prouver, nous n'avons qu'à décrire pour la jambe et pour la cuisse un des appareils employés avec succès.

A la jambe, le point d'appui qui réalisera l'isolement de la fracture est excellent et facile à trouver — l'évasement du tibia, la saillie en forme de chapiteau que forme l'os à son extrémité supérieure, donne un point d'appui grâce auquel une lame métallique transmet directement au sol le poids du corps.

Aussi les fractures de jambe ont-elles été dès le début traitées avec succès et représentent-elles près des 3/4 des cas soumis à la méthode ambulatoire (377 malades sur 490).

Un grand progrès a du reste été réalisé sur les appareils de Krause et de Korsch, par l'application du principe posé par de Bruns, « de séparer l'appareil de marche de l'appareil de contention » une gouttière plâtrée très légère (6 ou 7 épaisseurs de trolatane d'après Reclus) de contention est immédiatement placée. Dès le lendemain, lorsque le plâtre est sec, on applique l'appareil de marche qui restant indépendant peut être enlevé et remplacé sans déranger la fracture, et de plus ne risque nullement de produire des eschares, sa pression n'étant pas immédiate.

M. Reclus réduit cet appareil « à une lame de zinc ou de fer pliée en étrier, assez long pour que ses deux branches atteignent le chapiteau tibial, tandis qu'en bas l'extrémité inférieure élargie en forme de semelle descend jusqu'à 3 ou 4 centimètres, au-dessous de la plante du pied.

Rien de plus simple que de faire fabriquer cet étrier par le premier ouvrier venu, ainsi que je l'ai fait moi-même.

Il suffit de calculer l'écartement des deux branches qui doivent s'appliquer de chaque côté du chapiteau tibial recouvert de l'appareil plâtré.



Pour ma part, afin d'éviter tout contact entre les deux attelles et la partie inférieure de la jambe, j'avais porté la largeur de la semelle à 14 centimètres.

La longueur de la semelle peut être portée à environ  $1/2$  de la longueur du pied, afin que le malade ait un appui suffisant.

L'appareil sera réduit de poids autant qu'on le pourra sans nuire à sa solidité.

M. Reclus réalise la fixation par deux compresses plâtrées formées de 15 épaisseurs de tarlatane large de 6 centimètres, longues de 25 à 30.

« Les compresses sont appliquées en dehors et en dedans du membre, de façon à ce qu'elles s'appuient sur l'extrémité supérieure de la gouttière et qu'elles remontent sur les parties latérales du genou et de la cuisse. »

« La lame de zinc est placée de façon que la semelle restant distante de 3 cm. de la plante, les branches latérales placées suivant les malléoles viennent s'appliquer sur les compresses dans lesquelles leur extrémité supérieure s'encastre, la portion de cette compresse qui s'élève vers la cuisse est rabattue sur l'attelle. »

Encastrée et en même temps écartée du membre par la compresse « l'attelle protège admirablement la fracture en même temps qu'elle la suspend. »

L'appareil est appliqué de suite ou au bout de quelques jours suivant les règles ordinairement suivies dans le placement des gouttières plâtrées, à la moindre douleur accusée par le patient, les attelles sont enlevées, c'est qu'il y a eu maladresse dans l'application.

Les 8 observations de M. Reclus sont significatives au sujet de la facilité avec laquelle le malade s'appuie dès le début, sans douleur aucune, sur son appareil. Les progrès de la marche sont d'habitude extrêmement rapides.

Très remarquable m'a paru à ce même point de vue l'unique malade à qui j'ai eu jusqu'ici l'occasion d'appliquer l'appareil de Reclus et dont je vais relater brièvement l'observation.

Il s'agit d'un jeune manoeuvre de 24 ans qui, le 17 août, glisse étant chargé et en tombant se fait une fracture bimalléolaire de la jambe droite. Le trait de fracture passe à 4 ou 5 cent. au-dessus de la pointe des malléoles, presque horizontal. La déformation est assez considérable, mais la réduction se fait facilement. N'ayant pas d'appareil de marche prêt, je mets le malade 5 jours dans une gouttière.

Le matin du 5<sup>e</sup> jour la jambe est mise à nue, elle présente peu de gonflement, mais une vaste ecchymose et 2 ou 3 grosses phlyctènes du côté tibial nécessitent un pansement.

Un peu de gaze et d'ouate est placé autour de ces phlyctènes, la gouttière de contention est appliquée et le même soir l'étrier. Le lendemain matin (6<sup>e</sup> jour) le blessé se lève et marche avec une béquille et une canne sans aucune douleur, sans qu'aucun œdème se produise du côté du pied.

Quoique très peu intelligent, il s'agit d'un Breton qui ne comprend que quelques mots de français, le

patient apprend très vite à marcher allègrement. Au bout de quatre ou cinq jours il marche avec une seule canne et au besoin sans rien du tout. Encore l'appareil est-il un peu lourd et placé un peu bas, ce qui rend la jambe un peu trop longue.

Au bout de vingt-cinq jours pendant lesquels le malade n'a cessé de marcher, de sortir de la salle dehors, de jouer avec ses camarades et n'a jamais présenté de douleur et d'œdème non plus que ressenti aucune souffrance de l'appareil, il est délivré.

La consolidation paraît complète de l'avis du Dr Thomas qui le voit. La position est correcte, le coup de pied joue facilement, le seul reproche à faire serait que les deux cals sont peut-être un peu volumineux.

Après 24 heures de repos, le malade est autorisé à marcher avec deux béquilles, trois jours après il marche parfaitement sans aucun aide et la restitution complète de la fonction ne peut faire de doute, pour un avenir très rapproché.

Le 36<sup>e</sup> jour il est parfaitement en état de sortir, le résultat est incontestablement excellent.

Il nous reste à examiner dans quelles conditions la méthode peut s'employer à la cuisse.

Un appareil un peu plus compliqué est nécessaire, le point d'appui étant moins facile à trouver et les fragments plus difficiles à contenir. Cependant, d'après les Allemands, les appareils de De Bruns et de Dollinger permettent de traiter avec le même succès les fractures de cuisse y compris celles du col du fémur.

Je ne décrirai pas ici l'appareil de Dollinger (1), plus complexe, offrant d'après son auteur l'avantage de permettre la marche immédiate, mais qui pour beaucoup de chirurgiens allemands ne vaudrait pas cependant celui de De Bruns.

Ce dernier appareil très léger (pour adultes, il ne pèse que un kilo), remplit d'abord le rôle d'un appareil d'extension, le malade restant au lit. Au bout de 15 jours environ il sert d'appareil de marche.

Voici sa description d'après l'article de Garré (2) (*in Berliner Klinische Wochenschrift*). Je regrette de ne pouvoir ici reproduire les deux figures qui font parfaitement comprendre les dispositions adoptées.

L'appareil en somme se compose de deux attelles métalliques latérales, d'un étrier muni d'une planchette pour le repos, d'une semelle pour la marche, d'un bandage annulaire de fixation (Sitzring) réunissant l'extrémité supérieure des deux attelles. Une gouttière de contention est placée d'abord par de Bruns sauf dans les fractures du col. Les attelles sont formées de tiges jouant les unes sur les autres et s'allongeant à volonté de façon à pouvoir être appliquées à un malade quelconque à la jambe

(1) Cet appareil est très bien décrit par le Dr Liermann dans le n° du 24 février 1894, du *Centralblatt für Chirurgie*.

Les figures annexées en montrent clairement le dispositif.

(2) *Über die Bruns'sche Gelschiene*, par le prof. Garré, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 21 mai 1894.

droite ou à la gauche indifféremment. Indépendamment du Sitzring, trois bandes de toile larges d'une main pouvant être serrées par l'intermédiaire de pinces à ressort réunissent encore les deux attelles en passant *derrière le membre*, l'une au niveau de la cuisse, les deux autres au niveau de la jambe.

*En avant du membre*, de petites bandelettes larges d'environ deux doigts unissent de même les attelles.

Le pied est relié à l'étrier par l'intermédiaire d'une vis de rappel.

Dans la marche, le poids seul du membre suffit à faire l'extension, dans le stade de repos au lit des poids font la traction.

L'anneau supérieur de fixation élargi ou serré à volonté doit être placé de façon que le malade debout et cambré en arrière, la tubérosité de l'ischion repose sûrement et pleinement sur son point le plus déclive.

Cet anneau ne doit pas être serré, et se laisser écarter du membre entre le trochanter et la symphyse d'environ un travers de doigt.

Dès 1894, de Bruns avait obtenu 9 succès complets dans les fractures du fémur y compris 2 fractures du col. Le principal reproche fait à l'appareil est que la fixation pour les fractures de l'extrémité supérieure n'est pas parfaite, d'où la nécessité d'attendre quelque temps et de laisser un peu au lit le malade soumis dans son appareil à l'extension. Peut-être le reproche perd-il de sa valeur si l'on songe que l'œdème et l'impotence fonctionnelle qui accompagnent habituellement les fractures de l'extrémité supérieure ne permettent guère d'espérer la marche beaucoup plus tôt, et que le vrai bénéfice de l'appareil serait surtout dans les fractures du col d'éviter les pneumonies hypostatiques des vieillards en soustrayant le patient au terrible repos au lit de plusieurs semaines.

..

Arrivé au terme de cette étude, il me paraît impossible de ne pas voir un progrès dans l'application bien réglée de l'appareil, à certaines fractures de jambe tout au moins.

En étendre l'emploi à l'imitation des Allemands à toutes les fractures du membre inférieur est vraisemblablement une erreur thérapeutique.

Les fractures du péroné si rapidement guéries par le massage, celles de la rotule par la suture ne doivent pas être soumises au nouveau traitement.

La difficulté d'empêcher la bascule des fragments dans certaines fractures de la partie inférieure du fémur peut aussi dans ce cas faire paraître dangereuse l'application d'un appareil ambulateur. D'autre part, l'appareil d'Hennequin, qui n'exige du patient qu'une immobilité relative, donne de merveilleux résultats dans les fractures sous-trochantériennes, et il faut compter dans les fractures du col avec l'impotence considérable qui frappe au moins pour quelques jours les muscles de la cuisse.

Aussi les indications sont-elles peut-être moins

nombreuses dans les fractures de cuisse, et les avantages de la méthode moins réels. Mais, à la jambe, les fractures en apparence les moins favorables (en V, avec déplacement et perforation de la peau) ont donné les meilleurs résultats, et guère sans incidents, les contre-indications seraient donc rares.

L'avantage sur l'immobilisation ancienne paraît évidente et si une certaine infériorité résulte dans la comparaison avec la méthode du massage du traitement moins effectif des muscles et des jointures, il est bon de remarquer comme l'a fait très justement M. le Dr Reclus : « Que c'est justement dans les fractures du membre inférieur (fractures du péroné et quelques fractures bimalléolaires excepté) que le massage trouve d'habituelles contre-indications et ne s'applique en tout cas que dans des conditions imparfaites.

Ainsi, à côté du massage, s'appliquant là où il échoue, ou bien encore permettant la consolidation d'une fracture du col fémoral sans risquer la pneumonie hypostatique, l'appareil de marche paraît avoir de réelles indications, et nombre de fractures pourraient lui être abandonnées dès maintenant avec avantage.

Il serait vraiment fâcheux, à une époque où la chirurgie se vante de supprimer la douleur, qu'un traitement apportant une telle amélioration au sort de nombreux patients, ne pût être réalisé avec succès le plus souvent possible, alors surtout, que le procédé n'a peut-être pas encore dit son dernier mot.

#### ENQUÊTE SUR LE VÉSICATOIRE

Nous avons reçu quelques réponses que nous nous empressons d'adresser à la médecine infantile. Ces réponses, disons-le, sont toutes favorables et nous citerons en particulier celle de notre confrère de Poitiers, le Dr Jablonski, qui en nous priant de transmettre à la médecine infantile une causerie sur ce sujet publiée par lui dans le *Poitou médical* en juin 1896, ajoute les réflexions suivantes :

« Je suis partisan du vésicatoire, qui n'a jamais occasionné dans ma pratique d'autres accidents que ceux qui étaient dus — soit à une application prolongée, soit au défaut de précaution (manque d'asepsie, malpropreté, etc.), soit quelquefois à une susceptibilité trop grande du malade (douleur vive ou aptitude cantharidienne) — mais qui m'a rendu de grands services dans certaines affections de l'appareil respiratoire où rien ne peut à mon avis le remplacer.

C'est donc en vieux praticien absolument convaincu que je plaide pour le vésicatoire dans le procès engagé devant le corps médical, et j'ajouterai que moins que jamais on doit abandonner cette utile médication puisqu'on peut aujourd'hui parer à ces inconvénients par l'asepsie et l'antisepsie bien pratiquées. »

Voici sur le même sujet la réponse du Dr Menier.



## A PROPOS DE VÉSICATOIRE

Par le Dr MÉNIER

Loin de moi la pensée d'ouvrir à nouveau un débat sur l'utilité ou la nocivité du vésicatoire. La discussion a été déclarée close, je me le tiens pour dit ; mais qu'il me soit permis d'exposer les quelques réflexions que cette discussion a fait naître en mon esprit ; ce sera une réponse indirecte à la demande d'enquête sur le même sujet enregistrée dans le dernier numéro de ce journal.

Et tout d'abord sommes-nous autorisés par les découvertes bactériologiques faites en ces dernières années, et les hypothèses qu'elles ont permis d'établir sur les causes, l'évolution et le traitement des maladies, sommes-nous suffisamment autorisés, dis-je, à juger en dernier ressort de l'opportunité, de l'efficacité ou de la nocivité de telle ou telle médication ?

Malgré toute mon admiration pour ces nouvelles découvertes, et ma conviction de l'importance qu'elles auront plus tard dans l'hygiène et la thérapeutique, je crois que cette prétention est aujourd'hui un tant soit peu prématurée ; et vouloir répudier le vésicatoire parce que l'on ne peut prouver qu'il provoque une leucocytose abondante et augmente le pouvoir bactéricide du sang, c'est aller un peu vite en besogne.

Notre rôle de praticien n'est pas d'échafauder des théories, mais de voir ce que nous obtenons dans la pratique journalière et de le consigner sur les tablettes de notre mémoire. Est-il donc nécessaire d'invoquer l'autorité des maîtres pour se faire une opinion sur un traitement qui est ou peut être expérimenté tous les jours. Je ne le crois pas ; et je ne crois pas davantage faire acte de présomption en disant que bien peu de nos confrères démentiront les quelques lignes suivantes qui résument mon opinion sur le sujet.

L'efficacité du vésicatoire dans la broncho-pneumonie des enfants ne m'est pas démontrée ; mais ce qui pour moi est un fait acquis c'est que, dans la pneumonie des adultes, neuf fois sur dix, le vésicatoire fait disparaître admirablement le point de côté, diminue par cela même la dyspnée et soulage le malade. Agit-il favorablement sur le processus morbide ? Je ne saurais l'affirmer, mais puisqu'il supprime l'effet, pourquoi n'agirait-il pas sur la cause ?

Le vésicatoire agit de même dans le rhumatisme subaigu monoarticulaire, les hydarthroses, la pelvi-péritonite, les névralgies.

Quant aux inconvénients que ses adversaires acharnés signalent, ils se produisent, comme dans toute médication, là où il y a abus ou idiosyncrasie exceptionnelle. D'ailleurs les partisans convaincus du vésicatoire pourront dire à ses détracteurs : « Qu'avez-vous trouvé de mieux jusqu'ici ? Dans la pneumonie par exemple ? — L'expectation et les bains froids. — L'expectation, n'en parlons pas, puisqu'il s'agit ici de thérapeutique.

Quant aux bains froids, je n'ai pas sur eux d'opi-

nion personnelle, ayant toujours eu une instinctive répugnance à les employer, car l'origine de cette médication appliquée à la pneumonie m'est suspecte. Je m'explique.

Les bains froids ont été employés au début pour combattre l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde, lorsque l'excès de température menace l'existence du malade. Etant la seule ressource en pareil cas, leur emploi est logique et s'impose, c'est la carte forcée. Mais de là à en généraliser l'emploi dans toutes les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives, les pneumonies, comme on est tenté de le faire aujourd'hui, il y a loin ; et surtout dans la pneumonie aiguë. Dans cette affection, en effet, tout le monde s'accorde à dire que le refroidissement est dans la généralité des cas la cause première de l'infection, celle qui a engendré le *locus minoris resistentie*. Si encore nous avions des données un peu sérieuses, je ne dirai pas sur le mode d'action du froid, mais sur les conditions qui favorisent cette action dans l'éclosion des maladies, nous serions autorisés à prétendre en faire une arme défensive. C'est peut-être une arme à deux tranchants, je vous l'accorde, mais nous ne savons pas distinguer le bon côté du mauvais, et nous voulons en faire une arme, une panacée universelles !

Défions-nous de ces engouements qui nous viennent de Paris ou de l'étranger, comme les reins mobiles, les entéroptoses et autres cas exceptionnels qu'on veut nous faire voir partout et que nous n'avons jamais ou presque jamais vus, pas plus dans les autopsies nombreuses que nous avons pu faire que dans notre clientèle.

Ne retombons pas dans les exagérations qui ont caractérisé certaines époques de l'histoire de la médecine, comme la saignée ou les purgations à outrance. Ne répudions pas non plus systématiquement certaines médications, comme les cataplasmes, les vésicatoires, la saignée, les sangsues, qui ont traversé les âges sur leur bonne réputation et que la jeune école voudrait démolir comme étant surannés. C'est le cas de citer la conclusion de l'intéressante étude du Dr Labesse sur l'organothérapie, parue dans un des derniers numéros de l'*Anjou Médical* : « On ne peut s'empêcher de faire un singulier rapprochement entre la médecine passée, dite des signatures, dont les recettes bizarres nous ont tant de fois fait sourire, et cette médication appelée à tort nouvelle (par les extraits de corps thyroïde, thymus, matière cérébrale, reins, rate, etc.) que ses expérimentateurs enthousiastes regardent, à côté des sérums antitoxiques, comme la médecine de l'avenir. »

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE ET ANALYSES

REVUE GÉNÉRALE SUR LA CHIRURGIE DE L'URETÈRE in. *Arch. Prov. de Chirurgie* de juin 1897, par le Dr Paul Delagenière (de Tours).

Deux mémoires d'ensemble seulement existaient sur la chirurgie de l'uretère.

Dans son intéressante Revue, notre confrère étudie aussi complètement que possible le manuel opératoire de diverses opérations qui peuvent se pratiquer sur l'uretère. La chirurgie de l'uretère en étant encore à ses débuts, la technique des diverses interventions est encore mal ou incomplètement fixée et c'est là la grande utilité de ce travail de réunir les observations éparses et d'indiquer le manuel opératoire suivi ou proposé.

L'auteur conclut ainsi :

« Nous pouvons dire en terminant que si la chirurgie de l'uretère est encore à ses débuts, les résultats déjà obtenus sont encourageants et dès maintenant on peut escompter des modifications avantageuses dans le traitement d'affections à peu près incurables ou amenant des infirmités que l'on pourra épargner aux malades. »

**DU CHIMISME GASTRIQUE NORMAL CHEZ LES NOURRIS-  
SONS ; SES MODIFICATIONS DANS LE RACHITISME ET AU  
COURS DES ENTÉRITES,** par Marcel Labbé, interne des  
Hôpitaux, et Henri Labbé, licencié ès-sciences,  
publié dans la *Revue Mensuelle des maladies de  
l'Enfance*, septembre 1897.

Il s'agit là d'un travail très important exécuté dans le laboratoire du professeur Hutinel par un de ses plus distingués élèves, assisté d'un chimiste rompu aux difficultés de pareilles recherches. La méthode seule exacte de Hayen et Winter employée par les auteurs ne l'avait été jusqu'ici chez l'enfant que par Clopatt et Thiercelin. Les résultats déjà concordants de ces deux travaux sont confirmés par les recherches des deux auteurs, et complétés heureusement sur un certain nombre de points.

Ces recherches se divisent en deux groupes ; les unes faites chez des enfants sains âgés de 9 jours à 27 mois, les autres chez des enfants atteints de troubles digestifs âgés de 1 à 23 mois. Les conclusions formulées sont les suivantes :

1° Le suc gastrique normal des enfants au dessous de deux ans est toujours dépourvu d'acide chlorhydrique libre pendant la digestion.

2° Les chlorures fixes existent en proportion assez constante chez les nourrissons ; leur quantité augmente rapidement les premiers mois ; ils atteignent à un an leur maximum puis décroissent ensuite.

3° Le chlore combiné aux principes organiques augmente progressivement avec l'âge ; il en est de même du chlore total.

4° L'aridité totale faible chez le nouveau-né augmente très vite pendant les premiers mois grâce aux fermentations stomacales, puis s'élève ensuite plus lentement, parallèlement au chlore combiné organique.

Le chimisme gastrique du rachitique peut se résumer ainsi :

Augmentation du chlore combiné aux principes minéraux : diminution du chlore combiné aux principes organiques : augmentation de l'acidité totale due aux actes de fermentation : apparition précoce de l'acide chlorhydrique libre ; avec l'âge le suc gastrique

des rachitiques tend à se rapprocher de la normale.

Le chimisme gastrique des nouveau-nés atteints de diarrhée est extrêmement variable. On y reconnaît le plus souvent la diminution du chlore combiné aux principes organiques ; la diminution de l'acidité totale ; enfin la précocité d'apparition de l'acide chlorhydrique libre.

**RAPPORT GÉNÉRAL SUR LES ÉPIDÉMIES DU DÉPARTEMENT DE LA VIENNE EN 1894,** par le Dr Jablonski, secrétaire du conseil central d'hygiène.

Ont été observées des épidémies de Grippe — Diphtérie — Scarlatine — Rougeole — Suette miliaire — Fièvre typhoïde. La diphtérie n'a pas été très nombreuse mais les faits observés ont été assez graves ; c'est ainsi qu'à Poitiers, sur 12 enfants traités plus ou moins par le sérum, il y a eu 15 décès, et dans l'arrondissement de Civray 5 décès sur 13 cas. Dans ces cinq derniers cas qualifiés l'injection n'avait pu être faite et l'autre fois elle avait été pratiquée in extremis.

La scarlatine a revêtu dans quelques cas une forme infectieuse et provoqué la mort.

La rougeole, dans l'arrondissement de Montmorillon, a frappé environ cinq cents personnes avec 9 décès. Le Dr Contamin sur ces cinq cents cas en considère 150 comme de la suette miliaire parfaitement identique à l'épidémie de 1887. Pour M. Jablonski, il n'y a pas eu de suette véritable, mais seulement quelques types intermédiaires analogues à ceux observés par la mission parisienne de 1887.

« Considérant la physionomie générale de l'épidémie, le petit nombre des décès, la fréquence de la maladie chez les enfants, la présence de caractères spéciaux à la rougeole, j'affirme que c'est bien à cette maladie et à elle seule que l'on a eu affaire ».

La rougeole compliquée de miliaire n'a rien de commun avec la suette miliaire épidermique, et c'est elle seule qui a été en cause.

**VIN GIRARD** de la Croix de Genève, iodo-tannique phosphaté.

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

Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

**BIOPHORINE**. — Saccharolé à base de kola, glycérphosphate de chaux, coca, 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 beauté hygiénique ne contenant aucune substance grasse ou nuisible.

**A. GIRARD, 22, rue de Condé, Paris.**

Echantillons offerts aux membres du Corps médical.