

# Section de médecine

Autor(en): **Rahn-Escher, C. / Barde, A.**

Objekttyp: **Protocol**

Zeitschrift: **Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft = Actes de la Société Helvétique des Sciences Naturelles = Atti della Società Elvetica di Scienze Naturali**

Band (Jahr): **49 (1865)**

PDF erstellt am: **28.06.2024**

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

rapports de ces deux diamètres entre eux qui devraient constituer le point important de ces recherches.

Séance levée.

---

## SECTION DE MÉDECINE

AU MUSÉE ACADEMIQUE

**Séance du mardi 22 Août à 8 heures et demie du matin.**

*Président* : M. le D<sup>r</sup> C. RAHN-ESCHER, de Zurich.

*Secrétaire* : M. le D<sup>r</sup> A. BARDE, de Genève.

M. le D<sup>r</sup> Piachaud, de Genève, présente trois malades opérés par lui.

1<sup>o</sup> Brûlure de la main droite, dont la cicatrisation avait occasionné une grande rétraction des téguments. L'opération consista à enlever la cicatrice et recouvrir la plaie par des lambeaux. La main fut fixée pendant six mois sur une planchette. La gaine du tendon fléchisseur du quatrième doigt fut ouverte pendant l'opération, ce qui fut la cause que ce tendon s'exfolia. Il y a 18 mois que l'opération a été faite et les résultats pour l'usage de la main sont très-satisfaisants.

2<sup>o</sup> Tumeur de la main chez un campagnard de 39 ans. M. Piachaud présente le moule en gypse de la main avant l'opération. La tumeur avait commencé cinq ans auparavant. Extrême dureté, des bosselures, aucune fluctuation, la peau amincie, points de ganglions engorgés, douleurs lancinantes, tels étaient les symptômes. Le diagnostic varia entre un enchondrome et un carcinome. L'opération fut très-simple; la tumeur se laissa enucléer avec facilité, sans aucune hémorragie; on dut reséquer la moitié du deuxième métacarpien, point

d'origine de la tumeur. La cicatrisation fut très-bonne, bien que quelques lambeaux de peau se fussent gangrenés. M. Claparède examina la tumeur au microscope et se décida en faveur d'un carcinome.

3° Polypes naso-pharyngiens : les premiers symptômes s'étaient manifestés dès 1862; après quelques tentatives par arrachement, M. Piachaud fit la résection du maxillaire supérieur (incision d'après Velpeau) et enleva tous les polypes. Cependant la répullulation recommença trois mois après; l'opération fut répétée; de nouveau répullulation, essais avec la cautérisation au gaz, d'après M. Nélaton, sans succès; on eut recours à des flèches de chlorure de zinc qui remplirent assez bien leur but, cependant la répullulation a recommencé.

*M. le prof. Billroth*, de Zurich, croit que la tumeur en question était un enchondrome d'une espèce peu ordinaire, à savoir la forme gélatineuse, enchondrome cystoïde. Il ne voit rien dans la description de la tumeur qui justifie le diagnostic d'un carcinome, cependant il ne résulte pas du tout que la tumeur ne puisse récidiver et même occasionner des tumeurs secondaires dans des organes intérieurs.

A propos du troisième cas, il rejette complètement la cautérisation; mais il faut à tout prix éloigner la tumeur, qui peut occasionner des symptômes très-graves en croissant du côté du cerveau; il y a des cas dans lesquels des tumeurs analogues ont perforé la boîte crânienne. Il propose l'opération de M. Langenbeck, de Berlin, dite résection ostéoplastique, laquelle consiste à réséquer le maxillaire supérieur, mais en lui laissant ses adhérences complètes avec les téguments; on le replie en arrière comme un couvercle, puis la tumeur enlevée, on le réapplique et la consolidation la plus parfaite a lieu.

*M. le prof. Esmarch*, de Kiel, a observé plusieurs cas analogues. Ces tumeurs naissent souvent de la fosse ptérygo-palatine; il a fait l'opération de Langenbeck avec succès, même

deux fois sur le même sujet ; il recommande aussi l'emploi énergique du fer rouge.

*M. le Dr Gautier* demande s'il y a récurrence après cette opération.

*M. Billroth* ne peut répondre, car ces tumeurs peuvent récidiver après 20 ans. Mais dans un cas opéré par lui, il y a cinq ans, il n'y a pas encore eu de récurrence.

*M. le prof. Billroth* communique un cas d'ovariotomie opéré trois semaines auparavant par lui à Zurich. Un cas opéré quelques années auparavant sans succès, l'avait découragé de cette opération, lorsque *M. Spencer Wells* opéra sous ses yeux avec un résultat très-heureux une femme de Zurich ; et il se décida à pratiquer, le 5 août passé, la même opération. La femme a 32 ans, n'est pas fortement constituée, a une menstruation très-profuse ; mariée depuis six ans, elle n'a pas d'enfant. Il y a cinq ans qu'elle remarqua la tumeur, qui a cru très-lentement et sans douleurs. Une ponction pratiquée six semaines auparavant a confirmé le diagnostic ; cependant la tumeur ne disparut qu'en petite partie, et au bout de quatre semaines elle était plus grosse qu'avant ; la menstruation avait fait place à une hémorragie continuelle, ce qui empêcha de différer l'opération ; l'abdomen était distendu comme par l'utérus au huitième mois, la tumeur était un kyste multiloculaire ; la portion vaginale du col de l'utérus ne pouvait être sentie au toucher, ce qui faisait présumer des adhérences de cet organe avec le kyste. La malade avait une petite toux, et présentait au sommet des poumons une matité du reste très-légère, plus un épanchement pleurétique à gauche, dépendant peut-être de la pression de la tumeur sur la veine cave ascendante. L'opération fut assez facile et, ce qui avait été prévu, l'adhérence avec l'utérus se confirma ; elle dut être percée en deux endroits et après y avoir fait deux ligatures en masse, elle fut coupée. On appliqua au pédicule un clamp français assez mauvais. Celui de *Spencer Wells* est, d'après *M. Billroth*, le seul qu'on doive employer.

La malade se plaignit de suite de douleurs et le deuxième jour se manifestèrent tous les signes d'une péritonite foudroyante; avec cela le pouls était bon, la température chaude; l'opium ne fut pas supporté, mais les injections souscutanées de morphine de  $\frac{1}{4}$  grain furent suivies d'un effet immédiat. On lui fit boire beaucoup de champagne, et au milieu d'éruclations très-fortes, elle dégagea pour ainsi dire tout son météorisme par en haut, à la suite de quoi elle eut une selle abondante. La péritonite guérit et la femme semble hors de danger; cependant le dernier mot n'est pas encore dit: le 12, elle avait encore un peu de douleurs, de météorisme, d'œdème du pied droit occasionné soit par thrombose, soit par un abcès par suite de la ligature, abcès qui se serait ouvert derrière le péritoine.

*M. le prof. Socin*, de Bâle, attire l'attention sur les inconvénients résultant du peu de longueur du pédicule. Le grand empêchement qui s'oppose à l'exécution fréquente de l'ovariotomie est la question du diagnostic, qui est souvent si difficile.

*M. le prof. Breslau*, de Zurich, rappelle à *M. Billroth* qu'il a opéré à Zurich avec succès des cas qu'il n'a pas mentionnés, même un cas très-grave dans lequel, après une ponction, des gaz putrides s'étaient développés dans le kyste et où les parois étaient très-ramollies et adhérentes à celles de l'abdomen. Un autre cas fut opéré sans succès dans des circonstances très-favorables avec *M. Spencer Wells*; la malade mourut de ce que les Anglais appellent le *choc*. En tout il y a six cas, deux guéris, un en voie de guérison, trois morts.

*M. le Dr Dor* parle d'une ovariectomie pratiquée avec succès à Vevey, par le *Dr de Montet*. Il vante le clamp de Nélaton. Le champagne frappé fut d'un très-bon effet.

*M. le Dr Billroth* insiste sur toutes les précautions en apparence insignifiantes qui seules peuvent garantir le succès: air, lit, éponges, isolation, etc., etc. Suivant lui, la péritonite est presque toujours la suite d'infection; les sécrétions des mem-

branes séreuses sont des plus dangereuses. Le collapse est le plus mauvais symptôme. Dans le météorisme, la constipation paraît avoir une cause mécanique; l'accumulation des gaz occasionnerait une rotation de l'intestin autour de son axe et sa clôture. En effet, dans son cas, la première selle n'eut lieu qu'après que les gaz se furent en partie échappés.

*M. le Dr Gautier* et *M. le prof. R. Volkmann*, de Halle, donnent des faits à l'appui des idées de *M. Billroth*.

*M. le Dr Dor*, de Vevey, présente un instrument (tonomètre) qu'il a fait construire à l'atelier de construction d'instruments de physique de Genève, sous la direction de *M. Thury*, pour mesurer exactement la pression intraoculaire. L'appareil présente en outre un grand progrès sur celui de *Donders* en ce que l'observateur n'est point astreint à regarder le cadran en opérant, ce qui est un grand inconvénient pour l'exactitude de l'examen; une aiguille ingénieusement adaptée se charge de cet office.

*M. le Dr Lücke*, prof. à Berne, parle d'un cas de tumeur de l'aisselle observé dans son service. La tumeur s'était développée du mois de janvier à celui d'avril et avait acquis la grosseur d'une forte tête d'enfant. C'était un sarcome médullaire qui avait pris son origine probablement dans les ganglions lymphatiques de cette région. Ces tumeurs doivent être séparées des carcinomes médullaires avec lesquels on les confond si souvent. Dans ce cas aucune opération ne pouvait être tentée; la tumeur s'étendait jusque sous l'omoplate, et sous la mamelle; la jeune malade se portait, au moment de son entrée à l'hôpital, relativement bien. La seule indication était de la soulager de ses douleurs assez vives, et de la nourrir aussi bien que possible. Mais la tumeur continua à croître avec rapidité, s'ulcéra à sa surface, le bras devint œdémateux, la malade maigrit vite et mourut dans un état comateux. A l'autopsie on trouva le poumon, mais seulement cet organe, parsemé de tumeurs de même nature que celle de l'aisselle; tous

les autres organes étaient intacts. La tumeur s'était propagée dans la veine cave. Cette affection secondaire pouvait être expliquée par une embolie, mais d'autre part on pouvait croire à une leuqhémie que le microscope avait constatée pendant la vie. La rate n'était pas tuméfiée. La structure des cellules était analogue à celle des cellules lymphatiques ou des cellules de granulation ; il y avait aussi çà et là des cellules fusiformes ; peut-être la leuqhémie fut-elle la cause de l'affection des glandes. On a aussi observé des embolies analogues dans les carcinomes des veines.

*M. le prof. Billroth* est convaincu que dans la grande majorité des cas cette généralisation des tumeurs est de nature embolique. Il faut, du reste, chercher la thrombose beaucoup plus dans les petites veines que dans les rameaux plus considérables. Des foyers carcinomateux de veines de petit calibre sont beaucoup plus dangereux que ceux de veines de gros calibre. Il y a, du reste, à prendre en sérieuse considération la nature de ces thrombi eux-mêmes, ainsi que celle des tissus dans lesquels ils sont transportés ; plus ces derniers sont hétérologues, moins il y a de danger et vice versa.

*M. le prof. Jonquière* lit le rapport de la commission instituée pour les recherches sur la phthisie tuberculeuse.

*M. le Dr Lombard* donne quelques détails sur cette entreprise.

*M. le Dr Appia* parle des téléangiectasies et des succès qu'il a obtenus des injections de perchlorure de fer ; il accompagne ses démonstrations de dessins originaux. Les injections furent faites en pleins tissus, sans chercher à éviter de répandre le liquide dans le reste du système sanguin. Le nombre exact des gouttes injectées n'est pas très-important ; il faut préférer des injections petites, mais répétées.

*M. le prof. R. Volkmann* redoute davantage les dangers de l'embolie et propose la compression de l'artère, exécutée entre

le cœur et la tumeur ; il accorde que les dangers de l'injection ont été exagérés.

*M. le Dr Appia* se justifie de l'idée qu'il semble avoir de l'innocuité de ses injections, mais toutes les tumeurs en question étaient veineuses.

*M. le Dr Lücke*, prof. à Berne, sépare très-catégoriquement les téléangiectasies des tumeurs veineuses cavernieuses ; c'est dans cette dernière catégorie qu'il range les cas observés par *M. Appia*.

Séance levée.

**Séance du mercredi 23 Août, à 8 heures du matin.**

*M. le prof. Mancini*, de Locarno, donne quelques détails sur les eaux thermales de Gravegia, situées en Italie à la frontière de la Suisse ; elles contiennent des sulfates de soude, chaux, magnésie, alumine (ce dernier seul constitue, d'après *M. Mancini*, la base de l'efficacité de ces eaux), du carbonate de chaux, et et des carbonates alcalins ; elles ne renferment point d'iode. Leur température est de 25° R., elles contiennent 10 ‰ de matières solides. Ces eaux ont une action très-puissante dans les maladies scrofuleuses en général, dans celles de la peau, surtout dans l'herpès et dans les maladies syphilitiques tertiaires. *M. Mancini* cite trois observations remarquables. Ces eaux sont diurétiques, purgent quelquefois et quelquefois font vomir. *M. Mancini* pense qu'il serait intéressant de faire des expériences pour savoir si c'est bien au sulfate d'alumine que l'on doit attribuer les propriétés de ces eaux.

*M. Mancini* fait une seconde communication sur le bain électrique pour expulser le mercure ou le plomb qui peut se trouver dans l'organisme. Dans un cas il a revivifié le mercure dans le bain même ; dans un cas de paralysie saturnine il a de même obtenu le plomb et l'individu a été guéri.



*M. le professeur Biermer*, de Zurich, parle du traitement de la fièvre dans les maladies aiguës. La fièvre est un symptôme d'une immense importance pour le pronostic; elle n'a pas d'influence directe sur le procès lui-même, mais elle a une grande influence en ce sens qu'elle empêche que les altérations qui ont lieu dans l'organisme, ne puissent se résoudre; puis elle a une grande influence sur la localisation de l'altération organique. C'est donc une indication capitale que de chercher à réduire la fièvre. On possède pour cela beaucoup de moyens : la digitale, le salpêtre, le calomel, la vératrine. *M. Biermer* a beaucoup expérimenté avec la vératrine, et a trouvé qu'aucun moyen n'agit avec une pareille sûreté sur le pouls et la température, pourvu qu'on l'emploie dans la forme et en doses convenables. Elle ne déploie naturellement pas la même énergie dans les maladies dites d'infection que dans les fièvres purement inflammatoires; elle ne reste cependant pas sans effet dans les premières, mais l'action en est très-passagère. Dans la pneumonie franche, on peut ainsi souvent couper la fièvre. *M. Biermer* a traité ainsi 70 cas de pneumonie grave; il traite expectativement les cas plus légers. L'effet se manifeste au bout de 3 ou 4 heures : d'abord le pouls se ralentit, puis le malade est pris de nausées, qui ne sont pas cependant indispensables à l'effet de la vératrine, souvent même de vomissements. Le pouls descend de 120 à 60, à 50 et à 40; il remonte généralement le lendemain plus ou moins, mais n'atteint cependant que très-rarement sa hauteur primitive. On peut donner la vératrine avec le même effet jusqu'à trois fois. La vératrine n'a aucune influence sur le procès lui-même; elle ne fait que pour ainsi dire empêcher son extension, en facilitant ses moyens de résolution; la pneumonie se résout petit à petit, mais elle n'est pas coupée. On a fait des objections. On a dit : la pneumonie se résout d'elle-même, la vératrine n'agit que comme vomitif (*Griesinger*), le hasard y contribue; mais c'est faux. Les expériences ont montré jusqu'à l'évidence que l'on ne peut plus

soutenir la théorie du hasard, tant les résultats sont sûrs et constants. Que la véralrine agisse avec plus de sûreté si le malade vomit, c'est certain, mais ce n'est point du tout nécessaire. Quant à la méthode de l'administration, elle est très-importante. Bamberger, Griesinger, Nasse l'ont mal employée; ils donnaient  $\frac{1}{3}$  gr. trois fois; c'est trop fort et trop distant; il faut de petites doses fréquentes,  $\frac{1}{24}$  à  $\frac{1}{12}$  gr. toutes les heures. Si le pouls descend après 4 à 6 doses, on la met de côté, ou bien aussi si le malade se plaint de nausées. On peut chercher à occasionner le vomissement dans certains buts, ainsi dans le cas d'œdème du poumon. On doit, à ce qu'il semble, empoisonner pour ainsi dire le malade avec de la véralrine. Elle a un grand avantage sur la digitale qui n'est pas si sûre, et dont l'action dure trop longtemps; on a vu des cas où le pouls était à 56 pendant quatre semaines. La digitale retarde aussi la solution de la pneumonie. Les avantages de la véralrine sont : 1° promptitude, sécurité, exactitude; 2° les effets d'intoxication sont beaucoup plus passagers, et le malade s'en trouve beaucoup mieux; il faut, il est vrai, beaucoup de précautions, surtout dans la pratique civile. Il faut donner la véralrine en pilules; en poudre elle agit trop vivement, et a un goût abominable. M. Biermer a expérimenté avec elle dans le rhumatisme articulaire et de l'érysipèle de la face; mais ce ne sont pas des cas si simples; la masse du sang y paraît altérée, l'effet n'en fut pas défavorable, mais peu encourageant. Cependant dans un cas d'érysipèle, pouls 120, temp. 41°, 3 C., le succès fut complet en deux jours. Il est vrai qu'une cessation spontanée n'est pas rare; en somme, il ne peut pas donner une conclusion bien déterminée.

Puis M. Biermer parle du bon effet des hautes doses de quinine dans le rhumatisme artic-aigu; il y a une grande différence entre les doses de 10 et de 20; les premières ne font rien; les secondes de 20 à 30 sont excellentes, mais on ne doit pas se laisser arrêter si l'effet n'a pas lieu après un jour ou deux. On peut donner la quinine 8 à 10 jours. La rémission du

pouls et de la température n'est pas si rapide et si grande qu'après l'usage de la véralrine, mais elle agit comme calmant et narcotique sans agir cependant sur le sensorium ; les bourdonnements d'oreille et le vertige ne sont pas rares. Les symptômes nerveux ne doivent pas en détourner, bien au contraire.

Dans le typhus, l'action de la quinine est très-passagère, et cela ne doit pas nous étonner ; mais le manque de moyens sûrs dans cette maladie excuse son emploi. On donne la quinine en solution.

Pour les injections sous-cutanées, il manque encore à M. Biermer des expériences suffisantes.

M. le professeur Seitz, de Munich, confirme le bon effet de la véralrine. Il se sert de préférence de l'*Extr. veratri viridis*, qui prévient les nausées.

M. le Dr A.-L. Gosse rappelle les accidents provenant de l'estomac par suite des hautes doses de quinine.

M. le professeur Biermer a expérimenté avec une résine de véralrine, et a eu grand succès, mais il n'a pu depuis se procurer de préparation analogue. De la résine venue de Dresde resta complètement sans effet. M. Biermer ajoute qu'avec le traitement de la véralrine la mortalité est assez faible ; il n'a perdu à Berne que deux malades de pneumonie qui étaient tous deux *potatores*.

M. le Dr G. Dubois, de Nyon, raconte le cas d'un enfant qui, en tombant, s'éventra avec une bouteille qu'il avait dans sa poche ; prolapsus d'intestins considérable, blessure externe très-petite. Après le débridement, la réduction fut pratiquée ; puis l'enfant fut atteint d'une péritonite suraiguë, qui céda au calomel à  $\frac{1}{4}$  gr. chaque demi-heure. L'enfant guérit.

M. Dubois parle ensuite d'un cas d'hydropisie de l'ovaire. Après une injection iodée, les accidents les plus alarmants se manifestèrent, qui cependant se calmèrent. La tumeur a depuis 18 mois la grosseur d'une orange. Ce qui rend le cas remar-

quable, c'est que ces symptômes alarmants se manifestèrent immédiatement après l'injection.

*M. J.-L. Prevost*, de Genève, interne des hôpitaux de Paris, lit une communication sur la déviation conjuguée des axes oculaires observée dans quelques cas d'hémiplégie. Cette déviation a lieu du côté opposé au côté paralysé, c'est-à-dire du même côté que l'hémisphère atteint. Dans les cas où l'on a pu faire l'autopsie, on a cru observer une lésion des corps striés vers la base de l'encéphale. On pourrait considérer cette déviation comme un commencement des mouvements gyrotoires que l'on observe chez les animaux, chez lesquels on a blessé les irradiations des pédoncules cérébraux.

Séance levée.

