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

Herausgeber: Schweizerische Naturforschende Gesellschaft

Band: 81 (1898)

Vereinsnachrichten: Médecine

Autor: [s.n.]

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Médecine.

Président: M. le Dr Dor, professeur à Lyon.
Secrétaire: M. le Dr Wormser, de Berne.

De Cérenville. Procédé du frôlement — Kottmann. Péri et paratyphlite. — His. Rôle de l'acide urique dans l'organisme. — Hanau. Influence de la thyroïde sur la guérison des fractures. Le mal perforant du pied. — Müller. Photographies de Rœntgen. — Schenkel. Même sujet.

Le Dr De Cérenville, de Lausanne, parle du *procédé du frôlement* appliqué à la détermination topographique des organes et spécialement des organes thoraciques. Ce procédé, qui est employé par les tonneliers, consiste à promener le doigt préalablement mouillé sur la région en expérience, en l'appuyant très légèrement. On recueille ainsi une sensation très différente suivant la densité du plan sous-jacent qui permet de délimiter avec une très grande précision les limites des organes pleins, plus exactement qu'au moyen de la percussion.

M. Sahli (Berne) confirme que l' « effleurement » donne de bons résultats pour des limites *superficielles*, tandis que, pour trouver les limites dans une certaine profondeur, la chose est tout aussi difficile que la percussion qui donne au moins d'aussi bons résultats. Cette dernière doit être faite très faiblement, même pour les matités profondes, mais pourtant elle s'adresse à l'ouïe et non pas au toucher ; la preuve c'est que l'orateur engage ses élèves à approcher l'oreille au percutant. — Quant à la sensation dans l'effleurement, c'est une

espèce de vibration perçue parle bout du doigt glissant.

M. Dubois (Berne) croit que la méthode prête moins à l'auto-suggestion qui est presque fatale avec la percussion, vu que instinctivement, on percute moins fort quand on s'approche de la limite supposée.

M. de Cérenville maintient que la percussion très faible, comme l'exécute M. Sahli, est une sorte de palpation. Il ne croit pas que la sensation éprouvée dans l'effleurement soit en vibration. Le temps lui manque pour s'expliquer plus longuement à ce sujet. L'effleurement a l'avantage de pouvoir être pratiqué par des médecins sourds ou privés de l'usage d'une main et quand il s'agit par exemple d'examiner un enfant qui crie.

Dr Kottmann (Soleure) : *Abcès par congestion importants au point de vue pratique dans la paratyphlite.*

La paratyphlite est une variété de la pérityphlite. Elle a comme elle, pour point de départ une appendicite dans le plus grand nombre des cas, plus rarement une typhlite. On ne peut la diagnostiquer, que lorsqu'elle devient purulente. Primitivement le pus se collecte dans la fosse iliaque droite, entre la face postérieure du péritoine pariétal et la face antérieure de l'aponévrose iliaque, dans un espace bien délimité, qui contient de la graisse sous-séreuse avec des vaisseaux, des nerfs, des ganglions et l'uretère. Tantôt c'est indirectement par les lymphatiques du mesocôlon que le processus inflammatoire arrive dans cet espace. Tantôt la propagation est directe, quand le pus de la typhlite est situé entre le cœcum et le tissus cellulaire sous-séreux en dehors de la cavité péritonéale.

La transmission par les lymphatiques est bien prouvée néanmoins par une de mes observations. Une jeune fille de quatorze ans présenta en même temps une périty-phlite et une paratyphlite suppurées. Quatorze jours après l'ouverture d'un abcès intrapéritonéal, je dus inciser un énorme abcès paratyphlitique qui s'était formé dans la région lombaire gauche, après avoir contourné le côlon descendant et avait pointé en avant, en simulant une péritonite purulente généralisée.

Tant que l'abcès paratyphlitique siège dans la fosse iliaque droite, on ne peut le distinguer d'une périty-phlite ; le symptôme d'Oppolzer (sensation d'éponge) est trompeur, puisqu'il peut être produit dans la périty-phlite par l'accollement d'anses intestinales remplies d'air et de liquide.

La paratyphlite ne prend d'importance pratique que par la migration du pus, qui suit le fascia iliaca. Dans les formes très aiguës, l'abcès arrive à la peau qu'il rougit et s'ouvre au-dessus du ligament de Poupart, une participation de la peau à l'inflammation doit toujours faire admettre une paratyphlite. Les abcès plus chroniques pénètrent dans le ligament large droit ou dans la paroi postérieure du rectum. Ce dernier cas est le plus fréquent (8 observations personnelles).

La marche et le traitement de ces abcès *périrectaux* présentent des particularités intéressantes. Après les symptômes du début qui sont ceux de la périty-phlite, il se fait une rémission vers le 8e jour dans les symptômes alarmants, qui coïncide en général avec une évacuation de gaz et de matières fécales. Mais au lieu d'une convalescence franche, on voit le pouls augmenter de fréquence, la température est subfébrile ; le malade

se plaint d'une sensation de plénitude dans le ventre avec pression vers le bas. Il y a des nausées, un sentiment de grande faiblesse; l'urine contient beaucoup d'indican. Néanmoins l'examen physique démontre l'absence de toute douleur à la pression du ventre, la matité primitive de la forme iliaque diminue et disparaît.

L'abcès rétro-rectal peut s'ouvrir spontanément; mais il est préférable de ne pas attendre l'ouverture spontanée et de livrer passage au pus par une incision rectale au bistouri, après avoir immobilisé la muqueuse au-dessus de la tumeur.

On fixe un drain dans l'incision par une suture. Les accidents ont cessé immédiatement et tous les malades ont guéri rapidement, quoique l'état de plusieurs d'entre eux parût sérieux avant l'opération.

Fait curieux, M. Kottmann n'a jamais observé de récidive de périty phlite, nécessitant une résection de l'appendice, chez ces malades.

M. Mueller (Berne) fait observer que les abcès périty phlitiques peuvent aussi se propager daus le ligament large, ce qui porte à faire le diagnostic de paramétrite; l'erreur inverse se produit également. Il cite une observation où le diagnostic porté était « périty phlite »; l'incision de l'abcès qui se trouvait au-dessus du ligament de Poupart montra dans la plaie la trompe droite. Il ajoute quelques mots sur la complication de périty phlite et de grossesse dont il a vu récemment trois cas, tous terminés fatalement malgré une intervention chirurgicale dans les deux derniers.

M. Kottmann se rappelle une malade chez laquelle le diagnostic porté était celui de périty phlite, tandis que l'incision révéla une paramétrite.

M. Sahli (Berne) demande si des expériences sur la toxicité générale de l'acide urique ont été faites, de plus si pendant la période de l'expérience la nourriture a été analysée.

M. His (Leipzig) répond à M. Sahli que les expériences d'Ebstein ont prouvé la non-toxicité de l'acide urique ; quant à la nourriture des malades observés, elle était aussi uniforme que possible ; d'ailleurs, il faut de grands changements pour provoquer une variation du taux d'acide urique dans les urines.

Dr W. His, jun. — *Sur le rôle de l'acide urique dans l'organisme.*

L'auteur fait un exposé critique des diverses opinions actuelles sur la *nature de la goutte*, et fait ressortir que les recherches des dix dernières années ont eu pour résultat de renverser les théories régnantes plutôt que de donner une bonne explication de cette maladie. L'auteur insiste en particulier sur le fait que le rôle de l'acide urique dans le corps nous est peu connu et expose à ce sujet des travaux qui ont été faits sous sa direction à Leipzig dans la clinique du prof. Curschmann. D'après les recherches de Freudweiler, de Zürich, l'urate de soude, injecté en solution sous la peau du lapin et de l'homme, n'agit pas seulement comme corps étranger, mais comme un vrai poison, comme l'ont montré les expériences de contrôle faites avec le carbonate de chaux ; en effet ces deux sels déterminent une nécrose des tissus avec une infiltration inflammatoire de voisinage et cellules géantes. Néanmoins la réaction des tissus est beaucoup plus forte et plus durable avec l'urate de soude, qu'avec le carbonate de chaux. La phagocy-

tose joue le rôle le plus important dans l'élimination de l'urate de soude, comme l'ont montré pour les tophus de l'homme les recherches de Riehl.

Les recherches de Nager à Berne qui ne sont pas encore terminées, paraissent indiquer que ce sel subit dans l'économie une transformation chimique ; on ne sait pas encore si la phagocytose joue aussi un rôle dans la dissolution des dépôts articulaires d'urate de soude. En tout cas ce processus paraît nous donner la clef du fait curieux qu'on n'a jamais vu augmenter l'excrétion de l'acide urique par l'urine, par l'administration des alcalins et d'autres substances lithontriptiques (pipérazine), etc.

Enfin le Dr His rapporte, d'après de nombreuses recherches faites en commun avec les Drs Freudweiler, Respilger et Cohnheim, que l'accès de goutte aigu est toujours précédé par une diminution de la quantité d'acide urique excrétée en 24 heures, qui peut tomber à quelques centigrammes, et que cette diminution est suivie d'une augmentation considérable. Ce fait pourrait s'expliquer ainsi : les dépôts uriques dans les articulations se font déjà de 1 à 3 jours avant l'attaque, ils proviennent du sang et diminuent d'autant la quantité excrétée par l'urine ; au contraire l'inflammation articulaire pendant l'attaque remettrait en circulation une certaine quantité des dépôts uriques et augmenterait l'excrétion urinaire. Enfin M. His indique que plusieurs manifestations de la goutte deviendront plus compréhensibles, si l'on admet que l'acide urique des goutteux est un produit anormal difficile à brûler, et difficile à excréter du sang, comme les recherches de Schmiedeberg et Nauning l'ont démontré pour le sucre du sang des diabétiques.

Dr HANAU (St-Gall). I. *L'Influence de la thyroïde sur la guérison des fractures.*

Le Dr Hanau rappelle une communication faite en son nom et au nom de son élève Maurice Steinlin, il y a deux ans, sur des lapins rendus cachectiques par l'extirpation de la glande thyroïde et qui avaient présenté un retard dans la consolidation des fractures. Il a engagé à ce moment les chirurgiens à essayer le traitement des fractures par les tablettes de corps thyroïde. Il n'a reçu à ce sujet qu'une communication du Dr Kappeler de Constance, qui avait obtenu par le traitement de bons résultats dans une pseudarthrose. Le Dr Hanau apprit il y a quelques jours seulement que le Dr Gauthier a publié dans le *Lyon médical* de 1897 deux cas de pseudarthroses traitées avec succès par la glande thyroïde et qu'en Angleterre on a employé le même traitement avec succès d'après ses indications.

II. *Sur le syndrôme de Morvan et le mal perforant du pied.*

Le Dr Hanau présente un moignon de pied d'un homme de 57 ans, qui a été amputé par le procédé de Pirogoff à l'hôpital de St-Gall par le Dr Feurer. Ce pied qui était atteint d'un vice de conformation (déviation latérale de l'avant-pied), avait été déjà opéré par un médecin et présentait un mal perforant plantaire typique causé par un spina bifida latent de la région lombo-sacrée, comme le démontra d'ailleurs un examen approfondi du malade.

Le Dr Hanau ajoute quelques considérations sur les rapports entre le mal perforant et la maladie de Morvan, qu'il ne considère pas comme une maladie spéciale,

mais comme un symptôme observé dans une série de maladies nerveuses qui déterminent l'anesthésie plantaire (syringomyélie, Spina bifida, léprômes des nerfs périphériques, névrites, etc.), l'anesthésie plantaire favorisant le développement de processus infectieux traumatiques dans le pied.

Le mal perforant du pied est dû très probablement à la blessure traumatique de la plante du pied par les clous du soulier, qui traversent la semelle.

M. Mueller (Berne). *Démonstration de quelques photographies de Röntgen* montrant le bassin de femmes au terme de la grossesse. Les épreuves ne sont pas très réussies, comme d'ailleurs toutes celles qui ont été faites jusqu'à présent sur le bassin dans un état avancé de la grossesse. Par contre, un cliché montrant un bassin après une symphyséotomie est bien réussi.

M. Schenkel (Berne) montre également une collection de *photographies de Rœntgen*.