

cholémie nette avec urobilinurie, sans cholurie. Sa description d'alors était basée sur cinq cas, dont quatre bien étudiés. C'est ce type clinique qui a été étudié à nouveau par MM. Chaufflard, Vidal et Vaquez, sous le nom d'ictère hémolytique. Quant à la nature de ce syndrome, M. Hayem, étudiant minutieusement les observations de ses quatre malades, relève chez eux des stigmates d'hérédosyphilis : il se demande s'il ne faut pas voir dans cette maladie une manifestation de la syphilis héréditaire, et croit le traitement spécifique indiqué, et à coup sûr moins dangereux qu'une splénectomie, chez de tels malades.

M. Pissavy rapportait également l'histoire d'un homme de vingt-cinq ans qui entra à l'hôpital pour une rechute de *fièvre typhoïde* : la température descendit rapidement sous l'influence de la balnéothérapie, mais sans qu'il se produisit corrélativement d'amélioration de l'état général ; au contraire, l'adynamie augmentait des vomissements muqueux et bilieux apparaissaient, et quelques jours après, on pouvait constater un ictère franc, une augmentation de volume du foie, choïurie et fièvre : la guérison ne survint qu'après une convalescence très pénible. Ces ictères typhiques infectieux sont assez rares, et leur gravité, très invariable, peut aller de l'ictère le plus bénin à l'ictère grave.

M. Rosenthal et Mlle Joffé citaient deux cas de *rhumatisme cérébral*. Le premier, survenu chez un alcoolique, est superposable au cas classique de Trousseau : la mort survint en quelques heures, après des scènes d'agitation extrême et de lutte avec les infirmiers. Le second cas s'est terminé par guérison. L'ensemencement anaérobie du sang fut négatif pendant la vie chez le premier malade, alors que l'on put déceler, *post-mortem*, au niveau de l'œdème cérébral, le bacille de D'Achalmé. Le même bacille fut trouvé dans le sang du second malade.

M. Marcel Labbé fit ressortir l'importance du terrain névropathique chez les malades qui font du rhumatisme cérébral (alcoolisme, tares nerveuses diverses, héréditaires ou acquises).

MM. Claisse et Joltrain présentaient à la même société un malade de trente-quatre ans, ancien paludéen, alcoolique et ancien syphilitique insuffisamment traité. Cet homme entra à l'hôpital pour une céphalée intense, des vomissements et du subdélire, le jour même, il eut une crise épileptiforme assez nette avec phase tonique et clonique, mais sans morsure de la langue, ni troubles sphinctériens. A l'examen on lui trouve des kératoses palmaires et plantaires ayant le caractère de gommes ou

de tuberculeuses verruqueuses, une inégalité pupillaire et le signe d'Argyll-Robertson. Le soir même, il est pris de délire aigu furieux, avec hallucinations auditives et visuelles : il blesse un infirmier de garde. On pense à une *méningite*, tuberculeuse ou *syphilitique*. La ponction lombaire montre de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, et l'examen cytologique, de la lymphocytose, sans bacilles de Koch, ni spirochètes : lesensemencements restent négatifs, et les inoculations ne tuberculisent pas le cobaye. Dans le doute, on pratique des piqûres de biiodure et injection intra-rachidienne d'argent colloïdal. Les jours suivants, le syndrome méningé se complète, et l'on voit apparaître une monoplégie brachiale, les gommes cutanées disparaissent. Le diagnostic de méningite syphilitique se confirmant, on pratique, outre les *piqûres de biiodure*, des injections intrarachidiennes de mercure colloïdal, qui provoquent la transformation de la lymphocytose rachidienne en polynucléose. Peu à peu le délire et les phénomènes paralytiques disparaissent, les gommes cutanées régressent et le malade, entièrement guéri, sort de l'hôpital, ne conservant qu'un peu d'inégalité pupillaire. M. Claisse insista sur la difficulté qu'il y a à différencier cliniquement de tels cas avec une méningite tuberculeuse : il estime qu'il faut alors tenter le traitement d'épreuve, qui peut donner des succès inespérés.

M. Vidal a vu, lui aussi, avec M. Remond, à la suite d'une *injection intra-rachidienne de collargol*, se produire un afflux considérable de polynucléaires venus pour phagocyter les corps étrangers, et c'est également ce qu'a constaté M. Caussade, en collaboration avec M. Joltrain.

A la Société d'Obstétrique, M. Blanc entretenait dernièrement ses confrères des *fractures spontanées* durant la grossesse. Il rapportait le cas d'une fracture de côte survenue au cours d'une grossesse à l'occasion de quintes de toux chez une femme qui ne présentait aucune manifestation albuminurique, diabétique ni syphilitique, et chez laquelle l'examen du système nerveux ne put permettre l'hypothèse d'un tabes en évolution. D'ailleurs la femme guérit complètement avec un cal volumineux.

—M. Cathalay rapportait l'observation d'une opération césarienne post-mortem faite chez une femme qui mourut subitement d'un sarcome du cervelet. L'enfant extrait de l'utérus huit à dix minutes après la mort de la mère, s'éleva bien.