



GAZETTE MÉDICALE
DU CENTRE

REVUE MENSUELLE DES TRAVAUX MÉDICAUX
 ET
DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS DES MÉDECINS DE LA RÉGION

COMITÉ DE RÉDACTION :

TRIAIRE
Accouchements — Gynécologie
Ed. CHAUMIER
Maladies des Enfants

BOUREAU
Bactériologie — Urologie
LAPEYRE
Chirurgie — Gynécologie opératoire

G. LABIT
Maladies du nez, des oreilles et du larynx.

SOMMAIRE :

A nos Confrères
 Les Microbes du Vaccin
 De la Chloroformisation en obstétrique.
 Médecine pratique : Des divers modes de traitement
 des métrites
 Intérêts professionnels.
 Nouvelles. — Renseignements divers.

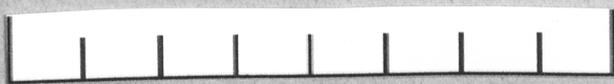
LA RÉDACTION.
 D^{rs} BOUREAU et Ed. CHAUMIER.
 D^r TRIAIRE.

 D^r LAPEYRE.
 D^r Ed. CHAUMIER.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le D^r LAPEYRE, TOURS

Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera analysé.

ADMINISTRATION : 25, Boulevard Béranger, TOURS



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les Médecins de Tours et les Sociétés de secours mutuels

Dans sa séance du 18 novembre 1895, le syndicat médical d'Indre-et-Loire avait décidé qu'il y aurait lieu de réunir les médecins de Tours pour étudier diverses questions parmi lesquelles celle des sociétés de secours mutuels.

Pareil vœu fut exprimé peu après par l'association médicale.

La réunion projetée eut lieu le 6 février 1896; elle réunissait 24 médecins.

Dans cette réunion, on nomma une Commission chargée d'étudier la question. Cette Commission composée de MM. Baillot, Bezard, Chaumier, Menier et Schoofs, fit part, le 27 février, aux médecins de Tours du résultat de ses investigations qui portaient sur 33 sociétés.

Ces sociétés peuvent être divisées en 3 catégories : celles qui rétribuent le médecin à la visite, 21 ; celles qui paient une somme fixe par membre malade ou non, 9 ; celles qui se font soigner à forfait, 3. Pour la première catégorie, le prix de la visite varie de 2 fr. 50 à 1 franc ; mais une seule société paie 2 fr. 50 ; 2 paient 2 francs et toutes les autres ne paient que 1 franc. Les sociétés qui paient la visite 2 fr. 50 ou 2 francs, paient la consultation 2 fr. ou 1 fr. 50 ; les autres paient 1 franc ; certaines ne paient pas les consultations.

Les sociétés réglant le médecin à l'abonnement donnent des sommes variables : 10 fr. ; 6 fr. ; 5 fr. ; 4 fr. ; 3 fr. ; 2 fr. ; tantôt pour les soins à donner au chef de famille seul, tantôt pour soigner toute sa famille.

Deux francs pour soigner une famille pendant un an, cela fait rêver !

Les trois sociétés à forfait paient 250, 300 et 400 fr.

(Voir la suite page III.)

Pâles couleurs – Inappétence

CHLORO-ANÉMIE

Nouveau traitement

PAR LES

DRAGÉES DE FER BRISS

PROTOXALATE DE FER

QUASSINE CRISTALLISÉE -- ARTEMISINE

Augmentent l'hémoglobine,
Activent la sécrétion gastrique,
Réveillent les fibres musculaires du tube digestif.

PARIS — Pharmacie, 13, Place du Havre.

PHTISIE, Pleurésie, Bronchite chronique,

TRAITEMENT INTENSIF

CAPSULES SIMB au "CRÉOSOTAL"

(créosote de hêtre carbonatée) dosées à 50 centigrammes. — Le créosotal (créosote de hêtre carbonatée) contient 92 % de créosote de hêtre. Il n'irrite pas les muqueuses et peut se donner à haute dose sans fatiguer l'estomac. — Dose curative, 4 grammes par jour.

On peut doubler et tripler les doses curatives sans inconvénient.

EMULSION SIMB au "CRÉOSOTAL",

au 1/5 — 1 gr. créosotal par cuillerée à café.

CRÉOSOTAL SIMB (nature). —

Se trouve en flacon de 50 gr. — 1/2 cuillerée à café matin et soir.

PARIS. — 13, Boulevard Haussmann et dans toutes les Pharmacies

LA
GAZETTE MÉDICALE
Du Centre
REVUE MENSUELLE

A NOS CONFRÈRES

Tours, 31 octobre 1896.

Quelques esprits chagrins pourront peut-être penser que c'est une œuvre vaine ou téméraire que la fondation d'un nouveau journal en province à une époque où la presse médicale parisienne n'a jamais été plus répandue dans nos départements.

Le petit groupe de médecins qui n'a pas reculé devant cette entreprise est au contraire convaincu que nulle œuvre n'est plus indispensable à l'heure actuelle — tant au point de vue scientifique qu'au point de vue professionnel — que la restitution de toutes les formes de l'activité intellectuelle à nos centres provinciaux. — Il s'agit, en somme, de ce problème de la décentralisation scientifique qui est plus que jamais à l'ordre du jour, et tout le monde reconnaîtra que la presse spéciale qui recueille et enregistre les observations locales, qui se fait l'écho et l'interprète des intérêts professionnels, est loin d'être un élément indifférent de cette grave question.

Dans la plupart des départements, nos confrères ont bien compris le haut intérêt des organes locaux, et les journaux de Lyon, de Montpellier, de Bordeaux, de Toulouse, de Nantes (etc.), pour ne parler que des plus connus, ont atteint une juste notoriété.

Il nous a paru que la Touraine qui doit à l'illustre Bretonneau l'incomparable honneur d'avoir attaché son nom à une des

plus grandes et des plus fécondes évolutions qu'ait subie la médecine en ce siècle, dont l'école était célèbre avant même que d'autres fussent nées à la vie scientifique, et qui possède aujourd'hui un corps médical compact et éclairé dont il ne nous appartient pas de faire l'éloge mais dont nous pouvons dire qu'il est justement soucieux de conserver et d'accroître le dépôt des glorieuses traditions qui lui ont été léguées — ne pouvait rester étrangère à cette forme du mouvement scientifique contemporain.

Le programme de ce journal consiste à lui imprimer le cachet personnel et local sans lequel il ne resterait qu'un pâle reflet des publications parisiennes. — Dans ce but, la direction s'interdit la reproduction trop facile d'articles déjà publiés. Tous les travaux insérés seront uniquement des œuvres originales dues aux membres du comité de rédaction ou à la collaboration de médecins de la région.

Nous convions ceux-ci à l'œuvre commune et nous publions avec empressement les documents qu'ils voudront bien nous adresser.

Notre titre l'indique clairement : nous nous adressons au centre de la France, et quoique notre journal soit édité à Tours, il s'attachera à représenter les intérêts de tous les départements de la région. Il existe dans ces florissants et laborieux départements de nombreuses associations professionnelles. On ne peut douter que notre concours leur soit assuré, et que les intérêts professionnels et déontologiques trouvent en nous des défenseurs résolus. Nous serons toujours heureux d'accueillir toutes les communications que les conseils ou les membres de ces associations voudront nous adresser.

La Rédaction.

La Gazette Médicale du Centre demande des Correspondants dans les départements suivants :

L'Indre-et-Loire, l'Indre, le Loir-et-Cher, la Sarthe, le Loiret, le Maine-et-Loire, la Vienne, le Cher, les Deux-Sèvres, la Haute-Vienne, et la Mayenne.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES MICROBES DU VACCIN

Par MM. les Docteurs BOURREAU et CHAUMIER

Nous ne voulons donner ici qu'un résumé de nos recherches bactériologiques sur le vaccin de génisse, tel que nous l'avons communiqué au Congrès de Nancy, à la séance du 7 août 1896.

Nous avons d'abord cherché à vérifier ce fait énoncé par plusieurs auteurs : le vaccin perd peu à peu ses microbes et au bout de 2 à 3 mois les cultures restent stériles.

Et cependant le vaccin est un agent infectieux et au bout de 2 mois le bon vaccin est encore virulent.

La grande quantité de cultures que nous avons pratiquées nous a permis de reconnaître que les colonies sont d'autant plus abondantes que le vaccin est plus récent. A mesure que l'on s'éloigne du moment de sa récolte, le nombre des microbes diminue, mais d'une façon très irrégulière, alors que certains vaccins ne donnent au bout de 2 mois que des colonies rares, isolées, d'autres en fournissant de grandes quantités. En général, la persistance des bactéries se prolonge bien au-delà de 2 ou 3 mois, certains vaccins de 6 et 8 mois en fournissent encore.

Les procédés d'ensemencement que l'on emploie pour la recherche des microbes du vaccin ont une très grande importance.

Généralement on imprègne de pulpe vaccinale ou de sérosité recueillie sur une pustule vaccinale un fil de platine et on le promène sur la surface du milieu de culture.

Il faut enduire cette surface très largement et d'une quantité importante de produit à cultiver.

Souvent les bactéries sont en petit nombre, il arrive qu'une petite prise ne donne aucun résultat et que l'on conclue trop vite à la stérilité d'un vaccin.

Nous avons employé pour la recherche des bactéries dans les vieux vaccins un autre procédé. Il consiste à introduire dans un tube de deux à trois centimètres cubes de bouillon une très grande quantité de pulpe vaccinale ou de sérosité — mettre 24 ou 48 heures à l'étuve à 37° — faire dans ce bouillon des prises pour cultures sur milieux solides.

Il nous est arrivé à deux reprises de trouver des vaccins stériles par le premier procédé, qui nous donnaient par le second d'abondantes cultures.

Nous avons constaté que la diminution de virulence marche de pair avec la diminution de certaines bactéries comme nous aurons plus loin lieu de le faire remarquer.

Certains observateurs ont prétendu avoir eu en mains des vaccins stériles à l'ensemencement qui néanmoins avaient

gardé leur virulence. Nous n'avons pas jusqu'ici été assez heureux pour constater ce fait dans la grande quantité de cultures faites parallèlement avec des inoculations.

Ce n'est cependant là qu'un fait négatif qui ne peut prouver que la présence des bactéries est indispensable à la virulence du vaccin.

DIFFÉRENTES ESPÈCES DE BACTÉRIES CONTENUES DANS LE VACCIN.

Lorsque l'on dissocie systématiquement un grand nombre d'ensemencements de vaccin, on remarque que les espèces qu'ils contiennent peuvent se diviser en deux classes :

1° Les unes, très variables, ne se rencontrant que dans quelques échantillons.

2° Les autres se rencontrant toujours dans les vaccins virulents, en quantité plus ou moins abondantes suivant l'âge du vaccin.

Les premières appartiennent aux espèces les plus variées — beaucoup de bactéries de l'air — ce sont pour la plupart des bactéries inoffensives, banales.

Une des plus fréquentes est le *bacillus subtilis* et le *bacille de la pomme de terre*. Souvent ces deux espèces se présentent seules dans les vieux vaccins. Ce qui s'explique facilement par la grande résistance de leurs spores.

Nous citerons encore le *bacillus luteus*, le *bacterium termo*, des *Cladothrix*, un *bacille fluorescent*, le *micrococcus flavus* des colonies, qui rappellent le *proteus vulgaris* de Hauser.

Nous avons constaté à plusieurs reprises des bacilles pathogènes pour la souris. Nous les avons rencontrés plus spécialement dans les vaccins qui ont la propriété de développer au niveau des inoculations des croûtes très épaisses.

Ces bactéries peuvent être la cause de quelques-uns des accidents consécutifs à la vaccination.

Il ne faudrait cependant pas l'affirmer; beaucoup qui sont pathogènes en culture pure et en grande quantité sur le cobaye ou les souris sont peut-être inoffensives à l'état d'unités isolées sur l'homme.

Il vaut mieux en tous cas les éviter, et c'est là un des motifs sérieux qui fait que l'on ne doit procéder à la cueillette du vaccin qu'avec les soins de la plus minutieuse asepsie, comme l'a démontré l'un de nous, M. le Dr Chaumier.

3° Les bactéries que l'on rencontre constamment dans tout le vaccin, sont des cocci appartenant tous à la classe des staphylocoques. Ce sont les bactéries *fixes* du vaccin.

Leurs caractères généraux assez nets les rapprochent des pyogènes ordinaires.

Ils n'en diffèrent que sur un point. Ensemencées sur sérum solidifié, elles corrodent la surface et liquéfient le milieu.

Leurs propriétés pathogènes sont à peu près les mêmes que celles des pyogènes. Elles sont pour ainsi dire atténuées.

Il semble qu'elles aient une influence sur la virulence du vaccin.

Lorsqu'elles sont seules, le vaccin est très virulent, et cette virulence semble diminuer à mesure que leur proportion s'affaiblit et que celle des espèces variables et en particulier des bacilles pathogènes signalés plus haut, augmente.

Nous avons pu du reste déterminer par l'examen des cultures le degré de virulence, et nos résultats ont été vérifiés par des inoculations.

Peut-on dissocier ce groupe des *staphylocoques du vaccin* et les subdiviser en différentes variétés ?

On sait que la division des staphylocoques pyogènes a été basée d'une part sur l'aspect de leurs colonies.

Une première classe que constitue les *staphylocoques ordinaires* avec leurs colonies circulaires, presque hémisphériques, élevées au-dessus du niveau du milieu de culture, présentant souvent au centre un point plus opaque que la périphérie.

Une deuxième classe à colonies étalées, aplaties, homogènes, souvent finement dentelées, semblables à des gouttelettes de cire, ce sont les *cereus*.

Ces deux classes ont été subdivisées suivant leur coloration, et on a créé les *cereus aureus, flavus* et *albus* et les *staphylococcus aureus, citreus* et *albus*.

Où allant plus loin on prétendait que leurs réactions sur gélatine les différenciaient, et on disait :

1° Les *cereus* ne liquéfient pas ;

2° Les *staphylococcus aureus, citreus* et *albus* liquéfient.

Tous les traités de bactériologie en France et en Allemagne, la Flore d'Eisenberg ont consacré cette division.

Actuellement ces distinctions tendent à disparaître.

La puissance chromogène d'un échantillon varie suivant des conditions inconnues, suivant le milieu. En outre leurs réactions expérimentales ne sanctionnent pas ces divisions artificielles; leur virulence très variable est souvent indépendante de la coloration.

La liquéfaction de la gélatine est également une base de dissociation bien fragile.

Tantôt la liquéfaction va très vite. En deux ou trois jours l'entonnoir s'est creusé, tantôt il faut attendre très longtemps. Elle se borne souvent à un simple ramollissement ; sans que ces différences soient constantes pour la même espèce et la même gélatine.

Nous avons du reste entendu Roux professer à son cours de l'Institut que pour lui l'*albus* et l'*aureus* étaient la même espèce.

Wurtz admet les mêmes constantes biologiques pour tous les staphylocoques.

L'étude des staphylocoques du vaccin conduit aux mêmes conclusions.

La gamme de leurs colorations varie à l'infini. Nous avons eu entre les mains un échantillon qui sur gélose présentait une coloration crème et qui ensemencé sur gélatine ne liquéfiait que très lentement et donnait une culture en clou rouge orangé.

La coloration rouge est plus intense, apparaît plus vite sur une gélose humide que sur un tube légèrement desséché.

Les vieux vaccins donnent des colonies peu colorées.

La liquéfaction de la gélatine se fait d'une façon très variable, elle est d'autant plus rapide que le staphylocoque est plus coloré.

En général, les staphylocoques du vaccin liquéfient moins vite que les pyogènes. Nous avons eu des échantillons où elle ne s'est produite que trois semaines après l'ensemencement.

Sur le terrain expérimental la différence serait plus accentuée. Il est presque impossible d'obtenir un abcès par une inoculation sous-cutanée d'un staphylocoque du vaccin.

En résumé, les staphylocoques du vaccin ont tous les caractères des pyogènes, les mêmes réactions biologiques, exception faite du phénomène de liquéfaction du sérum qui semble leur être propre.

On peut dire qu'ils se comportent sur les milieux et dans leurs inoculations comme les vieilles cultures des pyogènes.

LE CEREUS DU VACCIN

En étudiant les colonies que fournissent les vaccins frais, on ne peut s'empêcher d'être frappé de la proportion considérable qu'elles contiennent de colonies blanches, étalées, aplaties, qui se rapportent au type *staphylococcus cereus albus*.

Il constitue dans un bon vaccin la note dominante; beaucoup d'expérimentateurs l'ont signalé: (1) Guttman décrit son aspect de gouttes de paraffine; (2) Hlava le décrit sans le nommer; (3) Garré le considère comme un microbe spécifique; Pfeiffer (4) le signale, Maljean (5) le décrit sous le nom de coccus blanc, il en faisait une variété particulière à la vaccine

(1) Guttman (*Verchow's Archiv*, CVII 1886).

(2) Hlava *Vysnam mikroorganismu* (sbornik Lekarsky, Prague, 1887).

(3) Garré, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1887.

(4) Pfeiffer, *Die Bisherischen Versuche zur Remzuchtung der Vaccine contagion*.

(5) Maljean, *Gazette hebdomadaire*, 17 et 24 juin 1893.

rouge; ses recherches expérimentales ont été contestées par Antony(1) qui a donné à ce coccus le nom de microcoque porcelaine; Quist(2) en cultivant en bloc le vaccin avait constaté sur ses cultures une pellicule superficielle de microcoques très fins, c'est là le voile du *cereus* en culture sur le bouillon.

Voici le résumé de ses principales réactions biologiques :

Colonies sur gélose, plates, d'un blanc éclatant, taches de bougie, bords nettement circulaires, plus tard finement dentelés, leur diamètre peut aller jusqu'à 4 ou 5^{mm}.

Coccus de grosseur très variable, en grappes très régulières, ou en grains isolés, ou réunis par groupe de 4, ou en chaînettes de 4 à 5 éléments ou plus. Prend énergiquement le Gram. Température optima 37°.

Sur gélatine, le plus souvent ne liquéfie pas, culture en clou, la partie superficielle envahit sous forme d'une pellicule d'un beau blanc. La partie profonde formée de petites colonies fines, perlées, agglomérées, de couleur crème, tantôt la liquéfaction va jusqu'à un léger ramollissement, la gélatine tremblotte, il faut quelquefois attendre 5 semaines pour observer cette liquéfaction.

Sur sérum solidifié, il corrode assez profondément le milieu et le liquéfie.

Sur bouillon, trouble rapide, donne un voile fragile, fournit un dépôt blanc, visqueux. Le bouillon de cheval semble son meilleur milieu, sa culture y est plus épaisse.

L'odeur de ces cultures est parfois assez accentuée, elle est analogue à l'odeur de colle forte que donnent les cultures de pyogènes aureus.

Ce sont les caractères que Passet attribue au *staphylococcus cereus albus*; la flore d'Eisenberg (3) nous en a fourni une description identique, à part la liquéfaction de la gélatine et la corrosion du sérum.

Nous tenons cependant à signaler une de ses particularités qui n'a pas encore été décrite.

Si, avec une spatule stérilisée, on enlève aussi complètement que possible une culture de *cereus* à sa 3^e ou 4^e génération sur gélose et si on réensemence la surface de la gélose nettoyée aussi complètement que possible avec un autre échantillon qui a subi plusieurs réensemencements, on observe après un séjour plus ou moins prolongé à l'étuve que ce nouvel ensemencement ne donne aucune culture appréciable, la gélose reste transparente. A l'aide d'un fort grossissement, dans quelques cas, on peut observer quelques colonies, mais elles restent avortées, très petites, transparentes et ne parviennent pas à se développer.

(1) Antony, *Recherches sur la valeur relative des différentes préparations vaccinales.*

(2) Quist, *Petersbourg medicinische Wochenschrift*, n° 46, 1883.

(3) *Bakteriologische technik* (Eisenberg, 1891).

La gélose semble vaccinée, son milieu n'est plus apte à le reproduire.

Mais si on la réensemence avec des échantillons des autres bactéries du vaccin, la culture se fait tout aussi abondante que sur un milieu neuf.

Ce fait, qui a déjà été signalé pour le bacille typhique, tendrait à prouver que le *cereus* imprègne ses cultures de produits meurtriers pour les individus de son espèce.

Il est, nous l'avons dit, la bactérie dominante d'un vaccin de bonne qualité.

L'ensemencement de vaccin frais en donne une couche homogène, dont la pousse énergique semble parfois étouffer les bactéries qui l'accompagnent.

Au bout de deux à trois mois ses colonies sont moins abondantes. Plus tard on le trouve avec peine, il faut ensemenecer la totalité du vaccin.

Les vaccins, pour lesquels nous avons été obligés de recourir à ce moyen, étaient tous des vaccins qui sur l'enfant ne donnaient que des pustules avortées, en petit nombre et lentes à se développer.

Quant aux vaccins qui ne donnent plus de *cereus*, ils ne nous donnaient pas de pustules, ils étaient devenus inefficaces.

Ce résultat négatif demande évidemment à être contrôlé sur un nombre considérable de cultures.

Il y a là, en tous cas, un moyen d'apprécier la virulence d'un vaccin à l'aide de ses cultures. Le procédé serait très précieux pour les Instituts vaccinaux où on ne peut toujours, par des inoculations, vérifier avant de l'expédier la virulence d'un vaccin qui vient d'être récolté.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES.

Puisque les staphylocoques et en particulier le *cereus* constituent pour ainsi dire l'apanage de tout vaccin virulent, il était logique de chercher quel rôle ils jouaient dans l'évolution de la pustule vaccinale.

Nous ne donnerons ici que le résumé des résultats obtenus :

1^o Cinq génisses, ont été inoculées d'un côté avec du vaccin ordinaire, de l'autre avec des cultures de vaccin sur divers milieux.

Ces vaccins contenaient tous le *cereus*, nous nous en assurons préalablement. Ces cultures avaient été réensemencées à plusieurs reprises. Ces réensemencements étaient faits en amalgamant la totalité de la culture ; chaque culture contenait donc en bloc *toutes les bactéries* du vaccin originel.

Sur ces cinq génisses quatre nous ont fourni, aux endroits inoculés avec les cultures, des pustules de vaccin reconnu efficace sur l'enfant.

2° Huit génisses ont reçu d'un côté du vaccin virulent, de l'autre des cultures sur différents milieux de *cereus* isolé d'un vaccin virulent. Cultures ayant séjourné plus ou moins longtemps à l'étuve et subi un certain nombre de réensemencements.

Sur ces huit génisses, sept nous ont donné, aux endroits inoculés avec le *cereus*, du vaccin efficace.

3° Deux génisses ont reçu, en même temps que du vaccin virulent, des cultures de *bacilles* et de *staphylocoques jaunes* issus de vaccin virulent.

Aucune inoculation de ces différentes bactéries n'a donné de pustules vaccinales.

4° Les coupures de contrôle qui ne recevaient ni vaccin ni cultures n'ont pas présenté de pustules.

En relevant le nombre d'inoculations de cultures de vaccin complet contenant le *cereus*, de cultures de *cereus* pur et de cultures de *bactéries vaccinales* isolées autres que le *cereus*.

(Inoculations faites toutes parallèlement avec une inoculation de vaccin ordinaire.)

On constate que :

Neuf plaques d'inoculations de cultures de *vaccin en bloc* ont donné :

6 succès — 66. 6°/o.

3 insuccès — 33. 9°/o.

Dix-huit plaques d'inoculations de cultures de *cereus* ont donné :

11 succès — 61. 1°/o.

7 insuccès — 38. 9. °/o.

Six plaques d'inoculations de *bacilles*, *staphylocoques jaunes*, etc... Ont donné :

6 insuccès — 100 °/o.

Toutes ces inoculations ont été faites dans les mêmes conditions, beaucoup sur le même veau et le même jour.

On ne peut admettre que des contaminations vaccinales se soient produites en dehors de nous et malgré les précautions prises. Toutes chances égales, pourquoi ne se seraient-elles produites qu'aux endroits inoculés avec les cultures renfermant le *cereus*, alors qu'elles auraient respecté les inoculations de cultures ne le contenant pas ?

Il est donc légitime d'attribuer un rôle au *cereus* dans l'apparition des pustules vaccinales aux points où il était inoculé.

En présence de ces faits, nous avons pensé qu'il y avait lieu de rechercher si ce *cereus* inoculé en l'absence d'inocu-

lations parallèles de vaccin ordinaire donnerait des pustules vaccinales.

5° Nous avons pratiqué sur une génisse trois lignes d'inoculations avec des cultures d'âge différent et sur divers milieux.

1° Avec des cultures de *vaccin en bloc* ;

2° Avec des cultures pures de *cereus* ;

3° Avec des cultures de *staphylocoques jaunes*.

Le résultat a été absolument nul.

Afin de savoir si la génisse n'aurait pas été immunisée sans apparition de pustules, elle a été soumise huit jours après à une inoculation de vaccin ordinaire.

Cette inoculation a fourni du vaccin légitime en quantité abondante.

Un lapin inoculé avec des cultures de *cereus* ne nous a présenté aucune pustule, vacciné avec du vaccin ordinaire, il est apparu des pustules de vaccin légitime.

Deux enfants inoculés avec des cultures pures de *cereus* n'ont pas obtenu également l'immunité vaccinale.

Ces derniers faits, absolument négatifs, nous empêchent jusqu'ici d'attribuer un rôle prépondérant au *cereus*, rôle qui en ferait le microbe du vaccin. Rapprochés des inoculations efficaces faites parallèlement avec le vaccin, ils constituent néanmoins un ensemble curieux digne d'être signalé.

EST-IL POSSIBLE DE LES INTERPRÉTER ?

On sait que dans les inoculations de vaccins très virulents, aussi bien sur la génisse que sur l'enfant, il arrive que l'on constate sur des points qui n'ont pas été entamés par l'instrument vaccinateur des pustules spontanées, d'un aspect très net et donnant un vaccin tout aussi légitime que celui qui s'est développé sur l'endroit inoculé. Ces pustules sont l'indice d'une virulence très active. On les appelle pustules spontanées, généralisées, surnuméraires.

Développées sur les portions de peau éloignées des inoculations vaccinales, les pustules apparues aux lieux d'inoculation du *cereus* ne seraient-elles que des pustules surnuméraires dont l'apparition a été favorisée par le *cereus* ?

S'il n'est pas le microbe spécifique du vaccin, serait-il un microbe d'appel pour les pustules, un microbe favorisant l'évolution vaccinale ?

Nous avons constaté qu'il existait dans tous les vaccins virulents, et que nous cherchions encore un vaccin virulent qui ne le contint pas. Le *cereus* aurait-il une affinité particulière avec l'agent inconnu du vaccin, serait-il nécessaire à sa virulence, et la vaccine en résumé serait-elle le produit de l'association d'un organisme jusqu'ici inconnu avec le *cereus* ?

Nous laissons la question en suspens.

DE LA CHLOROFORMISATION EN OBSTÉTRIQUE

Par le D^r TRIAIRE

Me proposant d'examiner, dans ce journal, quelques-unes des complications trop fréquentes de l'accouchement qui surprennent ou embarrassent le médecin, j'ai pensé à étudier, en guise d'introduction à ces réflexions pratiques, les services et les indications du chloroforme en tant qu'anesthésique au moment du travail. Bien évidemment, toute intervention obstétricale d'ordre chirurgical, telle, par exemple, la symphyseotomie, exige l'anesthésie générale tout aussi bien que la taille ou qu'une laparotomie, mais, discutable, au contraire, reste l'emploi du chloroforme :

1^o Dans les *Accouchements naturels*;

2^o Dans les *Accouchements dangereux n'exigeant qu'une intervention d'ordre purement obstétrical*.

Anesthésie dans l'Accouchement normal. — Dans l'Accouchement physiologique, le chloroforme employé d'abord et vanté par Simpson, l'accoucheur de la Reine, a surtout été employé en Angleterre. En France et en Allemagne, mais surtout en France, les successeurs de Paul Dubois : Depaul, Stoltz, Pajot, Tarnier, etc., ont montré un éloignement à peu près absolu pour l'anesthésie chloroformique.

Mieux vaut, disait Stoltz : « laisser agir la nature et ne pas troubler une fonction qui peut s'accomplir sans cet aide. » Je repousse, écrivait Depaul, « la généralisation de l'anesthésie pour les accouchements physiologiques » :

1^o Parce qu'on peut tuer la femme ;

2^o Parce que le sommeil anesthésique, en la privant de sa raison, ne lui laisse pas dans le grand acte qu'elle accomplit une participation qui est presque toujours nécessaire ;

3^o Enfin, parce que le danger et l'inconvénient que je signale ne sont pas compensés par l'avantage qui résulte de la diminution ou de la suppression de la douleur.

En fait, ces arguments aujourd'hui encore gardent une partie de leur force, et avec la presque unanimité des accoucheurs nous disons :

« L'on doit abandonner à la nature les accouchements dont la marche est régulière et normale. »

Par contre, corrigeant ce que l'ostracisme ancien avait de trop absolu, nous écartant de la pratique habituelle restée un peu routinière, nous n'hésitons pas à employer et à conseiller le chloroforme dans les accouchements normaux mais très douloureux ou s'accompagnant de retards dans la dilatation.

C'est que, véritablement, si beaucoup d'accouchements physiologiques sont, de l'aveu même des patientes, moins douloureux qu'on ne leur avait donné à penser, dans bon nombre de cas aussi, la femme plus nerveuse, ou de par sa

condition sociale moins préparée à supporter la douleur, ressent réellement une très vive souffrance.

Dans ces conditions, ne devons-nous pas, adoptant le langage de Simpson, dire :

« Si le médecin se croit obligé de soulager ses malades, toutes les fois que cela lui est possible, d'une pleurodynie, par exemple, d'un lumbago ou de toute autre forme de la douleur, certainement, il est aussi de son devoir de soulager, *alors qu'il le peut*, une femme en travail, de souffrances plus cruelles que celles pour lesquelles on a ordinairement recours à son ministère. »

Parfois, du reste, ces douleurs excessives n'arrivent-elles pas à provoquer la suspension et l'arrêt du travail, et puisqu'alors tout le monde est d'accord pour conseiller le chloroforme qui permet à l'accouchement de reprendre sa marche régulière, n'est-il pas plus logique de ne pas attendre que pareille éventualité se produise, en obéissant sans retard à l'indication formulée par la douleur elle-même ?

Encore, répétons-nous, si la dilatation se fait attendre, si l'emploi d'un dilatateur devient nécessaire, le chloroforme s'impose, car il ménage à la patiente et ses souffrances et ses forces. La parturiente ne s'épuisera plus dans des efforts prématurés et inutiles, et ainsi parfaitement normale et à peine retardée restera la marche de l'accouchement.

Anesthésie dans les Accouchements dangereux. — Dans ces accouchements, on fait usage du chloroforme dans deux cas différents :

- 1° Dans les interventions d'ordre obstétrical ;
- 2° Comme médication dans les accidents plus ou moins graves qui viennent compliquer la grossesse, l'accouchement ou ses suites.

Laissons de côté l'étude de ce second mode d'emploi du chloroforme qui nous entraînerait hors de notre sujet sans grand bénéfice, car il n'est aucun accoucheur qui ne reconnaisse dans ces cas, dans l'éclampsie par exemple, la haute valeur du chloroforme comme agent médical.

Bornons-nous à exprimer notre opinion sur les indications de l'anesthésie dans le forceps, la version, l'embryotomie, toutes opérations bien vraiment du ressort de l'accoucheur.

On pressent d'après ce que j'ai dit de la chloroformisation dans l'accouchement physiologique quelle peut être ma tendance dans l'accouchement dystocique. Il est bien évident, en effet, pour tout médecin, que s'il est légitime d'atténuer les douleurs d'un accouchement laborieux, il l'est encore davantage d'apaiser les souffrances provoquées par une opération obstétricale.

Cependant, reconnaissant que l'on ne peut prétendre que toute opération obstétricale doit entraîner l'emploi du chloro-

forme, je distinguerai deux conditions essentielles dans l'intervention. Ces conditions qui donnent à l'anesthésie sa nécessité impérative sont la *gravité* et la *douleur*.

Alors le chloroforme présente en effet ce double et précieux avantage :

1° De calmer la douleur ;

2° De faciliter l'opération et de l'abrèger.

Ainsi, dans la céphalotripsie, dans les rétrécissements du bassin exigeant la version ou l'application du forceps, l'indication du chloroforme est manifeste.

Dans la version interne qui est le plus souvent fort douloureuse, surtout quand elle est pratiquée quelque temps après la rupture des membranes, l'anesthésie offrira des avantages, spécialement dans les cas où le col n'étant pas complètement dilaté, on sera cependant obligé d'agir et de forcer le passage.

De même le chloroforme est indiqué pour faire cesser la rétraction énergique de l'utérus dans les circonstances où cette rétraction devient un obstacle à une opération indispensable.

Dans ce cas, je dois dire cependant que je demande moins au chloroforme d'atténuer la rétraction — ce qui ne peut être obtenu qu'au prix de doses dangereuses — que de faire cesser l'élément douleur.

Dans les interventions nécessitées par la délivrance, le chloroforme s'impose encore et parce qu'il épargne à la patiente des douleurs trop vives et parce qu'il garantit l'accoucheur contre les difficultés résultant de contractions trop violentes et du resserrement de la matrice autour de la portion adhérente du placenta.

En fait, il n'y a guère que dans un nombre très restreint d'applications du forceps qu'il est sans inconvénient de se passer de chloroforme.

Souvent l'application est des plus simples, le placement des branches si facile que la femme ne s'en apercevrait même pas, si elle n'en était instruite.

Dans nombre de cas, en effet, quelques tractions modérées suffisent pour dégager la tête, et enfin il importe dans ces accouchements « de ne pas se priver du concours des forces naturelles qui sont si utiles et qu'on ne saurait remplacer convenablement. » Mais, à vrai dire, le *chloroforme à la Reine*, empêchant seulement la perception de la douleur n'entrave en rien la participation naturelle de la parturiente au travail de l'accouchement,

Au contraire, dans toutes les applications difficiles du forceps, dans les cas où les tractions peuvent être laborieuses — que l'intervention soit pratiquée pour l'angustie du bassin ou pour une position défavorable du sommet — je n'hésite pas à employer le chloroforme. Outre que dans ces circonstances

il supprime la douleur et facilite singulièrement l'opération, il offre l'avantage immense — au point de vue moral — d'éviter à la patiente le spectacle de ses propres souffrances et de la soustraire à une scène qui reste assez profondément gravée dans son esprit pour lui faire redouter parfois un second accouchement.

Contre-Indications. — Les contre-indications à l'emploi de l'anesthésie chloroformique sont les mêmes en accouchement qu'en chirurgie : les maladies graves de la circulation, de la respiration, les maladies organiques du cœur ou des gros vaisseaux, la phtisie, l'asthme, l'épuisement consécutif à une hémorrhagie abondante.

Ici donc, comme toujours, ce n'est qu'« ayant tâté » sa malade que le médecin, en toute connaissance de cause, procédera à l'administration de l'anesthésique.

Une seule contre-indication spéciale à l'obstétrique peut être notée ; s'abstenir du chloroforme si la femme a eu dans les accouchements antérieurs des hémorrhagies de la délivrance.

En effet, le chloroforme est accusé, par certains auteurs, de favoriser l'inertie utérine et bien que mon expérience personnelle ne confirme nullement cette assertion, je crois préférable cependant — dans un cas semblable — de décliner toute responsabilité par une prudente abstention.

Mode d'administration. — Donnant ici sans réserve aucune l'avantage au chloroforme sur l'éther, en raison de l'excitation moins vive qu'il provoque, et aussi de la possibilité de graduer son action, je laisse de côté tout ce qui a trait aux précautions habituelles de la chlôroformisation (1).

Deux façons d'administrer l'agent anesthésique peuvent être utilisées en obstétrique :

Ou bien le chloroforme sera donné chirurgicalement jusqu'à résolution complète.

Ou bien le chloroforme sera donné de façon à provoquer seulement l'analgésie, les autres modes de la sensibilité restant intacts.

C'est ce dernier mode d'administration (*anesthésie obstétricate, demi-anesthésie*) que nous décrirons seul, d'autant plus que pour nous il institue la véritable façon d'employer le chloroforme en obstétrique.

Je considère, en effet, que le chloroforme donné chirurgicalement n'a de raison d'être que dans les interventions purement chirurgicales de l'obstétrique; dans tous les autres cas, la demi-anesthésie à la manière de Campbell, doit seule être employée.

(1) Cependant, je dois dire que quelques accoucheurs tendent aujourd'hui à suivre l'exemple de l'École lyonnaise et à substituer l'éther au chloroforme.

En effet, l'immunité contre les accidents chloroformiques attribuée à la femme en travail n'existe que pour la demi-anesthésie obstétricale. Alors que l'anesthésie chirurgicale compte de déplorables décès, cette dernière au contraire, les statistiques l'affirment, n'en compte pas un seul.

Jadis, il est vrai, Pajot a nié la demi-anesthésie et en a déclaré le bénéfice illusoire, mais comment croire à cette assertion quand tout accoucheur qui emploie ce procédé s'entend dire à chaque fois par la patiente « qu'elle n'a pas souffert du tout ou, du moins, bien peu ? »

Voici comment j'administre le chloroforme dans ces cas, me conformant, en somme, aux préceptes de Campbell :

Débutant par quelques gouttes versées d'une façon continue sur un mouchoir, je pousse la chloroformisation jusqu'à un léger degré d'anesthésie, puis ensuite je fais inspirer quelques bouffées au commencement de chaque contraction douloureuse, tâchant autant que possible de m'en tenir à l'analgésie simple. Souvent la chose reste, avec un peu d'habitude, relativement facile, parfois, au contraire, l'analgésie n'est obtenue qu'au prix d'une légère anesthésie.

Du reste, au cas où une intervention obstétricale plus grave est indiquée, je n'hésite pas à pousser la chloroformisation jusqu'à l'anesthésie, en évitant cependant la résolution complète.

Sims et Campbell ont pu prolonger l'anesthésie jusqu'à dix ou douze heures sans inconvénient ; je n'ai jamais dépassé trois ou quatre heures, obtenant souvent un résultat parfait en ne dépensant pas plus de 30 grammes de chloroforme.

Dans l'accouchement physiologique, je ne commence à donner le chloroforme qu'à la période vraiment douloureuse de l'accouchement, au moment où la dilatation du col s'achève avant le début des douleurs expulsives.

Mais, on le sait, la période vraiment douloureuse varie avec les femmes et le maximum des souffrances, dans l'accouchement normal, se rapporte tantôt à la période de dilatation, tantôt à celle d'expulsion. Il est donc difficile de préciser, à l'avance, le moment exact où il convient de commencer les inhalations, et l'indication de ce moment est une affaire de tact qui doit être abandonnée à l'appréciation du médecin.

MÉDECINE PRATIQUE

Des divers Modes de traitement des Métrites

Par le D^r LAPEYRE.

Consacrer, dans chaque numéro, un article à l'examen des ressources actuelles de la thérapeutique vis-à-vis d'une de ces

affections si fréquentes que le médecin, quel qu'il soit, la rencontre à chaque instant dans sa *clientèle*, a semblé, aux rédacteurs de cette modeste Revue, d'instance nécessité en raison même du but tout d'intérêt pratique qu'ils cherchent à remplir. Aussi chargé de cette première « Revue thérapeutique », est-ce sur un sujet me semblant bien mériter par son importance pratique le rang qu'il se trouve occuper que j'ai cherché à arrêter mon choix.

Or, nulle affection n'est plus fréquente, plus banale même que la métrite qui corollaire trop habituel des fonctions physiologiques de la vie génitale, vient *frapper* la femme à tous les degrés de l'échelle sociale, manifestant ainsi, si je puis dire, une *quasi impartialité* dans ses atteintes.

De plus, comme le disait Trélat, « Nulle métrite ne doit être négligée du médecin » en raison du cortège des troubles généraux qu'elle mène à sa suite, et surtout des complications annexielles toujours menaçantes.

Le devoir du praticien est donc, dès le début d'une métrite quelle que soit son origine, de lui opposer un traitement efficace, résultat qui ne peut être obtenu que par une bonne adaptation de la thérapeutique à la forme clinique si variable de l'affection. Ici, en effet, comme dans toute la Pathologie générale, la phrase célèbre de Peter reste vraie et peut être justement répétée : « *Il n'y a pas une métrite, il y a des métrites* ».

Pourtant, ainsi que le constate le Dr Raffray (1) dans l'introduction de son excellente thèse sur le traitement des métrites, il n'est peut-être pas de question moins connue des médecins que celle de la thérapeutique de l'inflammation utérine.

Pour la plupart des praticiens, avoue-t-il avec son maître Bouilly (2), l'indication thérapeutique se réduit à cette formule : « *Cautérisations dans un premier stade, curettage si ces moyens ont échoué.* » Certes, la thérapeutique utérine ainsi comprise devient bien simpliste, mais comment s'en étonner lorsque le choix du traitement reste entouré d'obscurité même pour un médecin très au courant de toutes les ressources de la gynécologie actuelle.

La raison d'un tel état de choses est que nulle part, en regard d'une bonne classification clinique des métrites, ne se trouvent étudiés et fixés les procédés thérapeutiques qui leur sont appropriés.

Chacun doit, en quelque sorte, se faire sa propre règle de conduite en essayant de se guider à travers les affirmations trop souvent absolues, parfois contradictoires, des maîtres de

(1) Raffray, Th. de Paris, 1895. *Des Métrites cons. clin. et thérap.*

(2) Bouilly in Thèse Raffray.

la gynécologie, plus enclins d'ordinaire à vanter leur pratique dans ce qu'elle a de personnel, qu'à faire bénéficier de leur expérience laborieusement acquise leurs confrères moins heureux.

Et pourtant, ces principes fondamentaux, qui pour eux chez un malade donné les guident dans le choix du traitement, sont aussi d'utilité première pour le médecin praticien.

Si, « dans un nombre considérable de cas, des femmes ne retirent aucun résultat d'un traitement mal approprié et voient s'éterniser leur affection », c'est que nombre de médecins n'ont, au milieu des fatigues de la clientèle, le temps de rechercher de-ci de-là ces indications qu'ils auraient besoin de trouver clairement résumées.

Ce sont ces quelques indications, pouvant servir de points de repère dans le choix du mode thérapeutique, que je voudrais ici présenter à ceux de mes confrères que le manque de temps fait désireux de se mettre rapidement au courant des principaux éléments d'une question médicale intéressante.

Étude des divers procédés thérapeutiques. — Pour remplir le but ainsi posé, je repasserai brièvement les principaux procédés de thérapeutique locale actuellement en usage, cherchant ensuite à préciser leur valeur, et surtout les conditions cliniques dans lesquelles cette valeur s'affirme de préférence à celle des autres procédés.

Aux formes légères de métrite caractérisées seulement par quelques douleurs, de la leucorrhée, convient admirablement l'ensemble des petits moyens gynécologiques : tampons glycélinés, chlorurés, attouchement du col à la teinture d'iode. Aidés ou plutôt aidant à l'action favorable donnée par le repos et les injections chaudes, ils suffisent admirablement à ces cas légers et encore au début. Mais leur action, même celle des eaux thermales chlorurées, ne peut s'exercer que dans un nombre de cas restreint et loin d'insister sur ces procédés thérapeutiques du reste connus et pratiqués de tous, je crois plutôt utile de mettre en garde mes confrères contre l'abus de ces pansements parfois trop longtemps et trop souvent répétés.

Sans parler des cas graves, où leur défaut d'action ne fait qu'éterniser la maladie, n'a-t-on pas vu des métrites qui, entretenues en quelque sorte par d'incessants pansements vaginaux, guérissaient aussitôt laissées au repos (1).

Des procédés qui s'adressant aux formes plus graves ou plus tenaces se proposent de modifier directement l'état de la muqueuse utérine infectée, la *cautérisation intra-utérine*

(1) Playfair : In Lancet, avril 91.

par l'intermédiaire d'un caustique solide (crayon de nitrate d'argent, de pâte de Canquoin) fut peut-être, il y a quelques années, la plus courante des interventions.

Si ces procédés ont pu et pourraient encore rendre des *services*, ils doivent cependant être à l'heure actuelle pros- crits d'une façon absolue.

En effet, il est trop facile de remplacer par d'autres moyens au moins aussi efficaces mais sans danger, ce procédé qui trop souvent a entraîné la sténose ou même l'atrésie com- plète du canal cervical utérin à la suite de la destruction to- tale de la muqueuse.

C'est que dans de tels procédés la cautérisation se fait à l'aveugle, que l'effet ne peut en être borné et qu'enfin l'inté- grité du canal cervical, même malgré d'ingénieuses modifi- cations, ne peut être assuré. Donc seuls restent légitimes les crayons médicamenteux non caustiques, tels les crayons à l'iodoforme, dont l'action peut dans les formes légères être recherchée comme complément du traitement purement intra-vaginal.

Mais à l'action de ces crayons antiseptiques doivent être nettement préférées comme présentant une valeur théra- peutique beaucoup plus étendue *les irrigations intra- utérines*.

Sans dilatation préalable ou mieux après dilatation préa- lable modérée, le médecin introduit dans le col utérin une sonde à irrigation à double courant, celle de Budin par exemple, la sonde introduite est légèrement écartée de façon à maintenir dilaté un peu le col et un lavage prudent à très faible pression est pratiqué avec une solution antiseptique très faible (eau phéniquée à 1 ou 2% sublimé à 1/20000^e. D'ores et déjà, disons que ce mode de traitement nous paraît surtout applicable aux métrites d'origine gonococcique et que du reste nous en avons obtenus dans ces cas de très réelles et durables guérisons.

L'emploi des *caustiques liquides* ne présente pas les mêmes dangers de destruction totale de la muqueuse utérine que celui des caustiques solides. Un certain nombre de sub- stances : teinture d'iode, perchlorure de fer, glycérine créosotée au titre de 1/3 à 1/10, chlorure de zinc à 10 0/0 peuvent être employées soit en injections, soit en attouchements avec d'excellents résultats. Nous ne chercherons pas à discuter la valeur relative de ces solutions, car à notre avis le succès tient beaucoup plus au mode opératoire et à sa rationnelle réglementation qu'au choix du caustique employé.

Les injections ne sont sans danger de pénétration dans le péritoine qu'à condition d'être faites avec une seringue spé- ciale (seringue de Braun) de capacité égale à celle de l'uté- rus. Encore faut-il avoir soin de pousser d'abord la canule au fond de l'utérus, retirant progressivement en même temps

qu'on pousse doucement le piston. Deux inconvénients nous semblent enlever à la méthode un caractère de pratique usuelle, d'une part l'instrumentation un peu spéciale qu'elle nécessite, d'autre part la douleur souvent excessive qu'éprouve la femme.

Les attouchements ne sont possibles et efficaces qu'autant qu'ils sont associés à la *dilatation du col*.

Celle-ci, qui à elle seule ou combinée au drainage permanent, difficilement réalisable autrement que par le drainage capillaire à la gaze iodoformée, se présente déjà comme une méthode thérapeutique de réelle valeur, constitue à mon sens un facteur non des moindres du succès de toute intervention intra-utérine, fut-ce du curetage. Aussi, suis-je absolument d'avis qu'elle doit toujours constituer le premier temps de tous les procédés de thérapeutique vraiment active. Et pour acquérir sa valeur vraie, ajouterai-je, la dilatation doit être toujours lente et progressive, faite en plusieurs séances, espacées de 24 ou de 48 heures, au moyen de tiges de laminaire préparée. La dilatation doit être poussée très loin jusqu'à ouverture large du col, sans craindre pour cela de placer dans le col deux et même trois tiges de laminaire de moyenne grosseur.

Alors à ce moment, alors que les sécrétions intra-utérines s'éliminent facilement, que les débris de la muqueuse infectée ont aussi une facile voie d'écoulement, l'abstersion de l'utérus devient vraiment chose possible. Et suivant les cas, pourront être adoptés, les simples attouchements intra-utérins convenablement répétés ou l'écouvillonnage ou le curetage.

Il est un procédé de traitement sur lequel je désire ici insister, d'une part, parce qu'il est peu connu encore de la grande majorité des médecins, d'autre part, parce qu'après l'avoir vu employer et l'avoir employé moi-même, je lui crois une grande efficacité.

Ce procédé *imaginé et employé par le Dr Périer*, l'éminent chirurgien de Lariboisière, tire toute sa valeur non pas de son originalité, mais de la façon minutieuse et ingénieusement combinée dont se déroule l'intervention tout entière, chaque temps de l'acte opératoire visant et atteignant un but déterminé. Réduite à ses traits essentiels, l'intervention réalisée par le Dr Périer n'est en effet, après dilatation préalable du col, que l'écouvillonnage de la muqueuse combiné à sa cautérisation par le chlorure de zinc liquide. Ce qui en somme peut la faire regarder comme procédant de la combinaison de l'ancienne méthode de Doléris, l'écouvillonnage, et du procédé si vanté par Rheinstœdter de la cautérisation intra-utérine par une solution très concentrée de chlorure de zinc. Aussi tout le mérite de la méthode, toute son efficacité, viennent-ils de ce que dans le faire opératoire, tout se trouve

remplir à merveille la double condition, d'une part d'augmenter la puissance thérapeutique, d'autre part de diminuer les dangers résultant de l'emploi d'une substance aussi active mais aussi dangereusement caustique que le chlorure de zinc. Et dans la méthode de Rheinstœdter (1), ces dangers ne semblent pas illusoire quand on voit l'auteur se servir comme seule efficace d'une solution à 50 0/0.

Voici du reste la technique opératoire telle que nous l'avons souvent employée :

Dans un *premier temps*, la dilatation large, *très large*, du col utérin est obtenu en trois ou quatre séances de laminaires.

Puis l'intervention proprement dite est pratiquée après asepsie préalable et complète du vagin. Les précautions prises doivent être aussi minutieuses que pour un curettage; l'anesthésie seule est totalement inutile, l'intervention étant aussi peu douloureuse que possible (la douleur se réduit à celle de la prise du col). Un simple spéculum est placé, puis le col est fixé par une ou deux pinces de Museux.

Alors (*deuxième temps de l'intervention*), un écouvillon ou plus simplement un long stilet, autour de l'extrémité cannelée duquel est enroulée un peu de ouate stérilisée et trempée dans une solution de chlorure à 10 0/0, est introduit dans l'utérus. La main gauche fixant en place l'instrument, la main droite lui fait exécuter une série de mouvements de rotation ayant pour but de permettre la modification de toute la surface de la muqueuse utérine. L'instrument est encore laissé quelques instants en place, puis retiré; parfois une deuxième fois le stilet peut être introduit.

Dans un *troisième temps*, une mèche de gaze iodoformée imbibée à son extrémité de naphthol camphré est avec une longue pince poussée à travers le col jusque dans la cavité utérine.

Enfin, dans un *quatrième temps*, un lavage soigné enlève tout le naphthol en excès qui brûlerait la muqueuse vaginale, puis le vagin est bourré avec de la gaze.

Destinée à compléter l'action modificatrice du chlorure de zinc, la mèche naphtholée présente en outre l'avantage d'empêcher toute atrésie du col. Aussi, au bout du troisième jour le pansement sera-t-il fait à nouveau et une mèche semblable remplacée. Au bout d'une dizaine de jours, le pansement déjà seulement intra-vaginal pourra céder la place à de simples injections faites matin et soir.

Mais insistons encore sur ce point, la malade sera rigoureusement tenue au lit, au repos complet, dix-huit à vingt jours, c'est-à-dire à peu près le temps demandé après le curettage.

(1) Rheinstœdter : Centr. fur Gynœc., 1888.

Considérée ainsi en elle-même, une telle opération l'emporte certainement sur le curettage par son innocuité et sa simplicité qui la mettent à la portée de tout praticien sans instrumentation spéciale. De plus, elle n'exige pas l'anesthésie; enfin, ainsi que je l'ai maintes fois moi-même constaté dans le service de mon maître le Dr Nélaton et depuis, les suites sont remarquablement simples. Quelques douleurs assez vives, véritables coliques utérines *cédaient dès le premier jour*; telle est, en effet, la seule trace laissée par l'intervention.

Reste à comparer l'efficacité de ce procédé avec le curettage. D'une façon pour ainsi dire constante, dès le deuxième jour qui suit l'acte opératoire, la malade accuse la disparition subite et totale des douleurs entretenues par la métrite qu'elle ressentait; et dans un nombre de cas proportionnellement considérable, nous avons vu les malades ainsi traitées s'en aller guéries, et cela d'une façon pour le moins aussi durable que par le curettage.

Et qu'il soit bien entendu que je ne parle pas ici de métrites légères, mais bien de lésions anciennes dans lesquelles souvent le curettage avait échoué.

Dois-je ajouter que je ne prétends nullement proclamer l'infériorité du curettage sur le procédé ainsi décrit; Je crois, au contraire, que loin de s'exclure, les deux méthodes de traitement se complètent merveilleusement, leurs indications étant différentes: l'une réussissant justement où l'autre n'ayant que faire et employée hors de propos échoue totalement.

Après cette description un peu minutieuse d'un procédé qui me semblait *mériter d'être mis en valeur*, il me resterait à examiner d'une part le *curettage*, d'autre part les divers procédés d'*amputation du col* (procédé d'Emmet, de Schröder, amputation biconique, etc.). Mais il me semble suffisant de mentionner ces procédés et de compléter ainsi le tableau de nos ressources thérapeutiques actuelles, sans insister sur la technique d'opérations qui dépassent un peu le cadre de la pratique usuelle.

Notons cependant combien l'action thérapeutique de ces amputations cervicales est différente de celle du curettage et des divers procédés décrits.

Les *amputations* visent en effet non plus à modifier l'état de la muqueuse intra-utérine, mais à supprimer la portion de cette muqueuse qui éversée ou non, devient un foyer permanent d'infection cause d'incessantes douleurs et de perpétuel retentissement sur le parenchyme utérin, le péritoine, les annexes enfin, par l'intermédiaire des voies lymphatiques. Ainsi s'explique sans nul doute cette action si remarquable de régression sur les gros utérus lourds et douloureux obtenue à la suite d'un Schröder par exemple.

Des formes cliniques des métrites et de leur thérapeutique spéciale. — Me voici arrivé à la partie la plus ardue de la tâche d'utilité que je voudrais remplir. Ce qu'il faudrait en effet réaliser ici c'est l'*adaptation*, la *superposition* aux formes cliniques de la métrite des procédés de thérapeutique qui leur sont appropriés. Mais à *cette mise en regard* de la clinique et de la thérapeutique vient s'opposer cette première et grave difficulté, l'absence d'une bonne classification des formes de l'inflammation utérine.

Cherchant de tous côtés pour combler cette lacune, c'est encore dans cette thèse du Dr Raffray à laquelle j'ai déjà souvent puisé, que je crois avoir trouvé les meilleurs éléments de classification. L'auteur acceptant, en effet, pour point de départ de sa division clinique la cause étiologique, reconnaît deux grandes classes de métrites : les métrites d'*origine puerpérale*, celles d'*origine blennorrhagique*. Une telle division originelle me semble présenter surtout un inestimable avantage, sa *facile application pratique*. Presque toujours en effet, la notion d'origine de la métrite peut être obtenue par le médecin qui dès lors a un premier point de repère solide.

Plus contestables restent les distinctions établies ensuite dans chaque classe d'après le stade de l'affection ou son mode d'évolution, aussi simplifierons-nous, schématiserons-nous autant que possible ces variétés, n'ayant encore d'autre but, faute de mieux, que celui de donner quelques nouveaux repères.

Tout d'abord deux formes d'infection utérine de *Cause puerpérale* échappent au cadre des métrites :

1° L'infection puerpérale suraiguë à laquelle un curetage hâtif, l'hystérectomie vaginale peuvent seuls être opposés ;

2° L'infection s'étendant au péritoine ou amenant encore le phlegmon du ligament large.

Restent de notre ressort :

1° L'*endométrite aiguë* consécutive à l'accouchement ou l'avortement, sans retentissement de voisinage.

Contre une telle forme deux modes d'intervention peuvent être employés, le curetage, les lavages intra-utérins.

Ici, à mon sens, les lavages constituant un moyen thérapeutique d'ordinaire suffisant doivent être préférés. Alors qu'en présence de phénomènes de rétention placentaire, dès l'écllosion des phénomènes infectieux, l'emploi de la curette me semble s'imposer ; devant l'infection existant à un état atténué, l'abstention me semble prudente. Racler la muqueuse utérine, c'est risquer en effet d'ouvrir la porte toute grande (1) à l'infection ainsi que cela est du reste trop souvent arrivé.

(1) Jayle : *Presse Médicale*, 1895.

Donc le curettage doit être ici déconseillé.

2^o Tout au contraire dans cette *forme d'emblée chronique* de la métrite *puerpuérale* débutant cinq ou six semaines après l'accouchement, d'une façon insidieuse, si les petits procédés gynécologiques ne viennent pas à bout de l'affection, le curettage est la méthode de choix car son succès est certain, les couches superficielles seules de la muqueuse étant encore atteintes.

3^o De même *l'endométrite hémorragique post-abortive*, qui presque toujours paraît être due « à la rétention aseptique d'un cotylédon placentaire », est *justiciable du seul curettage* et cela sans retard, avant qu'une infection secondaire ne soit venue en diminuer la curabilité.

Cette forme est le véritable triomphe du curettage.

4^o Mais voici toute une série de cas, peut-être les plus nombreux, où le curettage ne conserve plus guère de valeur. A la suite d'une des formes précédentes de début, les lésions s'éternisant ont pris un caractère de chronicité. La muqueuse tout entière infectée a pris *l'aspect fongueux*. La curette qui ne racle que les couches superficielles de la muqueuse devient impuissante.

« Elle ne triomphe vraiment que du symptôme hémorragie, écrit lui-même Raffray dans ses conclusions ».

C'est alors que je crois vraiment seule capable d'amener la guérison, non pas certes dans tous les cas mais dans beaucoup, l'intervention telle que la pratique le Dr Périer qui détruit ou modifie vraiment la muqueuse à une grande profondeur. Ainsi se vérifie ce que je disais déjà des deux interventions en avançant qu'elles se complétaient l'une l'autre.

5^o Un dernier stade de l'évolution de la métrite puerpuérale nous reste à considérer, c'est la *métrite parenchymateuse avec gros col et dégénérescence sclérokystique*.

Ici la déchirure du col, l'ectropion de la muqueuse cervicale ont ouvert la porte à une infection non pas seulement des couches superficielles de la muqueuse cervicale, mais aussi de ses culs de sacs glandulaires, du tissu sous-muqueux. Non seulement la muqueuse du corps est aussi atteinte, mais le corps de l'utérus est lui-même comme infiltré, atteint dans son riche réseau lymphatique.

Dès lors il est facile de le comprendre, ni cautérisation ni curettage ne peuvent rien donner si ce n'est peut-être une poussée de périmétrite. L'indication fondamentale est la suppression de tout ou portion de la muqueuse cervicale, suivant le cas. Curettage ou cautérisation ne deviennent qu'une intervention de second plan, de complément, pour faire de l'acte opératoire, ce que le Dr Bouilly appelle du mot significatif : *un complet*.

L'étude de la thérapeutique des divers modes de l'in-

jection gonococcique va nous demander de moins amples développements. Ces métrites n'offrent-elles pas du reste pratiquement une bien moindre fréquence ?

1^o La *forme aiguë* de la métrite blennorrhagique a pour caractéristique la rapide et terrible extension du gonococque au vagin à l'utérus, aux annexes. Souvent la salpingite prend extrêmement vite une forme suraiguë ; un peu de pus remplit la trompe et des phénomènes de péritonite extrêmement graves apparaissent. D'autres fois, la poussée salpingienne reste moindre et rétrocede, mais une épine inflammatoire subsiste et de nouvelles poussées sont à craindre.

Dans le premier cas, bien entendu, aucun traitement de la métrite ne peut être institué.

Dans le second même, toute intervention active et surtout le curettage seraient déplorables : c'est dans ces cas surtout que l'on a vu l'intervention *mettre le feu aux annexes* et amener de terribles désastres.

2^o Dans sa forme chronique, l'endométrite gonococcique, d'habitude légère est une inflammation superficielle de la muqueuse se localisant à la région cervicale.

Le traitement de choix est donc le lavage intra-utérin au sublimé à 1/20000^e par exemple ; encore l'instillation de quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent.

3^o À la longue, parfois d'emblée, la blennorrhagie donne une *endométrite cervicale glandulaire* devenant alors très rebelle au traitement ; mais jamais, d'après Bouilly, le gros col déchiré à ectropion et dégénérescence sclérokystique ne s'observe dans la métrite blennorrhagique.

Ici inutile de chercher à curetter ; et quoique je crois encore au succès possible de l'intervention du Dr Périer, souvent peut-être à l'exemple du Dr Bouilly, faudra-t-il pour obtenir un résultat exciser la muqueuse du col sauf au niveau des deux angles pour prévenir tout rétrécissement.

Contre-indications. — Touchant au terme de ce travail il me reste cependant encore à constater que je n'ai envisagé la question thérapeutique qu'au point de vue de la seule métrite.

Or bien souvent en pratique l'état de non-intégrité des annexes vient pour le médecin compliquer la question d'intervention. En présence de lésions annexielles, une intervention active est-elle utile, ou nuisible ? telle est la question bien difficile à résoudre qui se pose si souvent de façon inquiétante.

Devant des lésions de salpingite graves ou en activité, l'abstention sans aucun doute s'impose.

Devant des lésions peu accusées, soit au repos soit en voie de rétrocession, l'embarras est au maximum. Pour ma part, je crois l'intervention favorable et indiquée dans le cas de

métrite puerpérale ancienne avec faible retentissement sur les annexes.

Au contraire, je la crois nuisible en présence d'une endométrite d'origine blennorrhagique, d'une façon plus générale chez toute malade présentant à certains moments une poussée aiguë du côté des trompes.

J'ai déjà dit qu'en présence des formes aiguës blennorrhagiques ou puerpérales, le curettage susceptible de causer des morts était absolument condamnable ; les raisons données me semblent assez péremptoires pour n'avoir pas à y revenir.

Pour résumer en quelques mots l'esprit de cette étude, qu'il me soit permis de rappeler à mes confrères ce que je disais déjà au début de ce travail.

Nulle question n'est plus difficile et plus complexe que celle du traitement des métrites. Se pénétrer de cette idée et, dans un cas donné, longuement raisonner le choix de l'intervention, tel est l'indispensable devoir du praticien qui veut faire œuvre utile. Trop souvent encore malgré tout son tact et son expérience clinique le médecin, au milieu de tâtonnements thérapeutiques inévitables, devra se redire à lui-même et répéter à sa malade le mot du Sage : *Patience*.

NOUVELLES

Ecole réorganisée de médecine et de pharmacie de Tours.
— L'ouverture des cours est officiellement fixée au mardi 3 novembre.

Ecole réorganisée de médecine et de pharmacie de Poitiers.
— Un concours s'ouvrira le 1^{er} février 1897 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie.

Hôpital civil de Tours. — Les concours pour l'internat et la suppléance fixés respectivement aux 12 et 19 octobre se sont terminés après de brillantes épreuves par les nominations suivantes :

Internat. — 1^{er} M. Bougrier ; 2^e M. Lemesle ; 3^e M. Rousseau ; 4^e M^{me} Morel.

Suppléance. — 1^{er} M. Franchet ; 2^e M. Roux ; 3^e M. Bayet ; 4^e M. Lehoux ; 5^e M. Dejeault ; 6^e M. Dinet ; 7^e M. Martin.

Concours pour deux places de médecin adjoint à l'hospice civil de Tours. — Les deux concours sont fixés à la date du 14 et du 31 décembre.

L'assemblée décida de supprimer tout abonnement et tout forfait et d'exiger un minimum de 1 fr. 50 par visite et 1 fr. par consultation ; demanda au syndicat de se charger des démarches auprès des sociétés et engagea les médecins de Tours ne faisant pas partie du syndicat médical à envoyer leur adhésion.

Séance tenante tous les médecins présents s'inscrivirent et, à la réunion suivante, le syndicat admettait à l'unanimité 18 nouveaux membres du corps médical de Tours.

Le syndicat accepta de faire les démarches et après plusieurs réunions d'une Commission nommée à cet effet, une circulaire fut adressée aux présidents des sociétés, les avertissant qu'à l'avenir les honoraires seraient réglés à la visite aux prix ordinaires ; mais que pour certaines sociétés dont les ressources sont insuffisantes on appliquerait un tarif minimum de 1 fr. 50 par visite de jour, en ville, et 1 franc par consultation ; à condition toutefois que les membres participant de ces dernières sociétés ne soient ni rentiers, ni patrons, ni patentés pouvant, par leurs ressources, avoir un médecin personnel.

A la suite de cette circulaire, 2 groupes de sociétés nommèrent des délégués chargés de discuter avec la Commission du syndicat les intérêts des mutualistes.

Les délégués des sociétés admettaient bien le système à la visite, mais ils auraient voulu obtenir une réduction sur le prix. La Commission maintint énergiquement le tarif qui avait été adopté successivement par les médecins de Tours et par le syndicat.

Pour terminer cette affaire et pour éviter tout malentendu, par décision du syndicat, les médecins de Tours ont signé l'engagement suivant : « Les soussignés s'engagent à appliquer, à partir

THÉRAPEUTIQUE

Traitement du pied bot

Chez les petits enfants encore à la mamelle, si les parents ne sont pas trop négligents de la santé de leur bébé, et s'ils veulent bien suivre les prescriptions du médecin, le pied bot guérira facilement. Le massage aidé d'un appareil très léger en fera tous les frais. Point ne sera besoin de recourir au bistouri. La maman n'aura pas à redouter l'opération sanglante ; mais il faudra un appareil bien fait, qui tienne bien le pied dans la position rectifiée obtenue par le massage quotidien. Le premier venu ne devra pas se charger de fabriquer un tel appareil dont la confection demande des connaissances spéciales et une longue pratique de l'orthopédie. Il sera donc indispensable de s'adresser dans une maison sérieuse.

Mais, pour cela, inutile d'aller à Paris ; on fait aussi bien en province qu'à Paris, et on fait à meilleur marché, ce qui n'est pas toujours à dédaigner. Il est temps de réagir contre cette tendance de prendre tout à Paris, de faire tout venir de Paris, de croire seulement qu'à Paris tout est bon et qu'on ne trouve que des choses défectueuses en province. A Tours, qui est un petit Paris si l'on veut, on trouve facilement tout ce qui est nécessaire, et en particulier pour le cas qui nous occupe.

En effet, la maison Lignelet-Layet, connue depuis longtemps dans toute la région, s'occupe d'une façon toute spéciale de la confection des appareils pour les pieds bots. Son fondateur, M. Layet, avait inventé lui-même plusieurs appareils très estimés des médecins spécialistes, et son successeur, M. Lignelet-Layet, est arrivé à la perfection dans ce genre.

Tous les médecins le savent bien et envoient leurs jeunes malades chez cet orthopédiste de mérite. M. Lignelet, du reste, n'entreprend point de traiter lui-même les malades, et c'est sur l'indication du médecin qu'il fabrique et modifie ses appareils, sachant fort bien que malgré sa connaissance approfondie de sa spécialité, le médecin a avec lui la science qui juge en dernier ressort.

du 1^{er} janvier 1897, le tarif adopté dans les séances du 18 mars et du 20 juin, par le syndicat médical d'Indre-et-Loire, pour les sociétés de secours mutuels. »

On peut considérer cette question comme heureusement terminée.

Nourrices

Madame Houtin, sage-femme à Andouillé (Mayenne), a dans sa clientèle une excellente nourrice à placer.

Mademoiselle Clavière, maîtresse sage-femme de la maternité de Poitiers, a un certain nombre de très bonnes nourrices à placer.

AVIS

Stations hivernales

Nous allons publier une liste de médecins exerçant dans les stations hivernales. Ne seront inscrits, sur cette liste, que ceux de nos confrères abonnés au journal qui nous écriront leur désir d'y figurer. Elle sera publiée dans le but de rendre service à ceux de nos lecteurs qui ne connaissent pas un médecin dans les stations.

AVIS

Clientèles

Objets à céder ou à acquérir

Les insertions sont gratuites pour nos abonnés.

Médecin cherche capitaliste, associé ou commanditaire, pour fonder sanatorium sur le littoral belge. Ecrire I B T 13, Liège.

On demande à acquérir, dans l'Orne, la Manche, le Calvados ou la Mayenne, une clientèle médicale d'un rapport d'au moins 6.000 francs touchés. Ecrire D^r Duchemin, 32, Miséricorde, Nantes.

FABRIQUE DE BANDAGES

Ordinaires et Spéciaux

APPAREILS ORTHOPÉDIQUES

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

COUTELLERIE FINE

LIGNELET-LEYET

19, Rue de la Scellerie

→ **TOURS** ←

EXPOSITION NATIONALE DE TOURS, 1892

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT

BAS POUR VARICES

Ceintures Ventrières, hypogastriques et spéciales, Irrigateurs, Injecteurs, etc.

SEUL DÉPOT POUR LE DÉPARTEMENT

DU

BANDAGE ANGLAIS WICKHAM

Madame LIGNELET se charge de l'application pour Dames

On demande à acquérir, dans ville des Bouches-du-Rhône, Var ou Corse, une clientèle d'un rapport assuré de 12.000 fr. Offres et références à M. Morin, 55, rue Gustave-Flaubert. Havre.

Paris. — A céder, quartier excentrique, clientèle de 16 années, rapport de 10.000 fr. et mobilier (installation complète). Affaire très avantageuse pouvant convenir surtout à jeune docteur nouvellement reçu. S'adresser chez M. Madrassi, 49, boulevard Montparnasse.

A céder de suite, bon poste médical; pays riche, agréable, traversé par grande voie ferrée. Près de 2.000 fr. de subventions diverses. Prix: 1.000 fr. comptant. S'adresser à M. Béziat, pharmacien, rue Henri-René, à Montpellier.

A céder, équipement médecin militaire, état neuf, brassard neuf, revolver modèle 1892 Saint-Etienne, n'ayant jamais servi. S'adresser: D^r de Lagonère, 64, rue des Bègles, Bordeaux.

A céder, collection complète du « Tour du Monde » jusqu'à l'année 1895 comprise, reliée et en très bon état. L'année 1895, seule, n'est pas reliée. S'adresser à M^{me} Sautarel, à Azay-le-Rideau (Indre-et-Loire).

A céder, le dictionnaire de Troussot, 5 vol. brochés avec Atlas prime, complément de l'ouvrage; très bonnes conditions. S'adresser au D^r Moringlane, à Cazères-sur-l'Adour, Landes.

A céder à bon marché, équipement militaire en très bon état, composé de dolman, pantalon, képi, épée et brassard. S'adresser au D^r Durieux, à Martel (Lot).

Ancienne pharmacie COURSAULT-PLANTIER, fondée en 1817

PHARMACIE MALOREY

31, Rue Nationale, TOURS, 1, Rue des Halles

G. TOUILLET, SUCC^R

Pharmacien de 1^{re} Classe. — Pharmacien de la Compagnie des Chemins de fer d'Orléans.

DROGUERIE MÉDICINALE

PRODUITS CHIMIQUES PURS

PRODUITS PHARMACEUTIQUES & VÉTÉRINAIRES

Spécialités de la Maison

Huile de foie de morue vierge de Norvège, importation directe et seul dépôt pour la France. Le litre: 4 fr.; le 1/2 litre: 2 fr. 50.

Pilules souveraines rafraîchissantes, contre la constipation. Prix: 2 fr. le flacon.

Cocaïne odontalgique, calmant immédiatement les maux de dents les plus violents. Prix du flacon: 1 fr. 50.

Mastic dentaire au chloroforme. Prix: 0f. 60

Pilules antinévralgiques. Le flacon: 3 fr.

Coricide P. M., le plus efficace des topiques employés jusqu'à ce jour. Prix: 1 fr. 50.

A céder pour 130 fr. un fauteuil spéculum Dupont, en très bon état. S'adresser chez M. Coursier, 10, rue Etienne-Marcel, à Paris.

Un médecin d'Alger prendrait en pension chez lui un jeune garçon ou une jeune fille ayant besoin de passer l'hiver dans un climat chaud. Soins et vie de famille. S'adresser au Correspondant médical, 13, boulevard de la Chapelle, Paris.

Docteur, habitant une ville du Sud-Ouest, prendrait en pension une ou deux personnes de santé délicate au physique ou au moral, ou deux jeunes gens désirant suivre les cours des lycées (filles ou garçons). Climat sain, vie de famille simple, mais confortable. S'adresser au Correspondant médical, 13, boulevard de la Chapelle, Paris.

Côte-d'Or. — A céder, clientèle d'un rapport de 40.000 fr., dont 1.500 fr. de fixe, devant augmenter incessamment de 3 à 4.000 fr. S'adresser au Correspondant médical, 13, boulevard de la Chapelle, Paris.

Indre-et-Loire. — A céder de suite pour cause de maladie, clientèle médicale dans chef-lieu de canton : 8 à 10.000 fr. touchés en moyenne; bail à renouveler. Prix 3.000 fr. comptant. Pressé. S'adresser au Correspondant médical, 13, boulevard de la Chapelle, Paris.

Loiret. — Bonne clientèle à céder de suite, d'un produit de 10.000 fr., dans commune riche du Loiret; ligne de chemin de fer, poste, télégraphe, communication facile avec Paris. On fait la pharmacie; on dessert 8 communes environnantes. Prix à débattre. Facilités. Pressé. S'adresser au Correspondant, 13, boulevard de la Chapelle, Paris.

APÉRITIF TONIQUE : Quina, Coca, et Écorces d'oranges amères.

Ce vin constitue l'apéritif le plus complet et le tonique par excellence en stimulant les fonctions des muqueuses de l'appareil digestif. Prix du litre, 7 fr. — Demi-litre, 4 fr.

Antiseptique de Cayol. — Nouvel antiseptique, le plus agréable antiseptique et le meilleur des désinfectants : employé depuis quelques mois et avec succès par des médecins et chirurgiens des Hôpitaux de Paris. Le flacon, 4 fr.

Elixir toni-digestif antinerveux, recommandé depuis longtemps par son efficacité et son goût agréable. Prix du flacon, 5 fr. : 1/2 flacon, 3 fr.

Cachets toni-ferro-digestifs, ne produisant ni constipation, ni coliques : fer entièrement assimilable. La boîte de 40 cachets, 3 fr.

Spécifique contre la toux des chevaux : Guérison certaine en 48 heures. Le flacon, 5 fr.

Produits Glaize, pharmacien de 1^{re} classe et interne des Hôpitaux de Paris, ancien préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Glycérophosphate de chaux, de soude, de potasse granulé et gazeux. — Kola granulé. — Kola, Coca, Quina granulé. — Benzonaftol granulé. — Charbon napholé granulé.

DÉPOT GÉNÉRAL :

Pharmacie TOUILLET

31, rue Nationale

Santal Blanc — Produits parfumés Vinola de Londres — Trousses Legros et dépôt unique pour la région de tous les produits des frères Mahon.

Xéroforme

Le **XÉROFORME** est un produit appelé à remplacer avantageusement l'iodoforme. Il ne dégage aucune odeur, n'est pas toxique et possède un pouvoir bactéricide beaucoup plus grand que l'iodoforme.

On prépare de la gaze xéroformée stérilisée à 120°.

Le Xéroforme est un cicatrisant et un épidermisant infiniment supérieur à l'iodoforme.

Pansées à l'aide de ce produit, les plaies récentes, non infectées, guérissent aseptiquement, sans la moindre réaction.

Le Xéroforme hâte considérablement la cicatrisation des plaies anciennes et tarit rapidement la suppuration des ulcères atoniques.

Le Xéroforme est aussi un bon analgésique, il calme la douleur des plaies et est en ce sens préférable à l'acide phénique.

Le Xéroforme jouit de propriétés spécifiques à l'égard des ulcères tuberculeux et de quelques autres dermatoses.

Dans la pratique gynécologique, le Xéroforme doit être préféré à l'iodoforme pour les insufflations, tampons, pansements quelconques.

Il mérite aussi d'être recommandé, sous forme d'insufflations, pour tarir les sécrétions de la muqueuse nasale et celles de l'oreille moyenne.

Enfin, grâce à son prix peu élevé -- il coûte cinq fois moins cher que l'iodoforme -- le Xéroforme est l'antiseptique des malades pauvres ou peu aisés.

L'Éditeur-Gérant, CH. SUPPLIGEON.
