

A NOS LECTEURS

En créant, il y a si peu de temps encore, un organe médical destiné à servir les intérêts de nos confrères de la région, nous ne nous faisons aucune illusion sur les difficultés de cette entreprise.

Nous ne pouvions nous dissimuler, en effet, que la Presse spéciale parisienne — vulgarisée à un tel degré dans les départements, — était pour nous une concurrence redoutable.

Aussi avions-nous pensé que c'était à la seule condition de constituer un Recueil vraiment régional, s'efforçant d'emprunter aussi peu que possible à la Presse parisienne, que nous avions chance d'être favorablement accueillis par nos confrères.

Notre modeste tentative de Décentralisation scientifique réussit aujourd'hui au delà de notre attente. L'accueil favorable partout prêté à notre tentative, les sympathies, si tôt rencontrées, nous décident à augmenter notre format, et c'est un journal agrandi dans de notables proportions, presque doublé que nous offrons aujourd'hui à nos lecteurs, pour le renouvellement de l'année, en maintenant l'ancien prix d'abonnement.

En adoptant une modification aussi considérable, nous avons mesuré les obligations qu'elle comporte.

La plus importante — capitale à nos yeux — est le *maintien du programme* que nous inscrivions en tête de notre premier numéro et dont nous nous permettons de rappeler les principes :

Donner des travaux originaux et des revues pratiques, rédigées en vue des nécessités de la pratique courante ;

Ouvrir largement nos colonnes à tous ceux de nos confrères désireux de publier une étude que leur observation leur a suggérée ;

Prendre en main la défense des intérêts professionnels si souvent en cause à l'heure actuelle ;

N'emprunter aux journaux étrangers que des extraits d'articles vraiment utiles à vulgariser par leur importance et leur nouveauté.

La Rédaction.

BULLETIN

ELOGE DE TROUSSEAU

(Extrait de la leçon d'ouverture de M. le Pr Dieulafoy)

Parmi les événements médicaux de cette fin d'année, le plus important, sans conteste, est la prise de

possession par M. le professeur Dieulafoy, du consentement unanime de ses pairs, de la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Tous ceux qui ont eu le bonheur de suivre à la Faculté ou à l'hôpital l'enseignement du distingué professeur, ceux-là même qui ne connaissent le remarquable clinicien que par ses importantes communications, saluent en effet, avec cette nomination, le retour pour la clinique française des grands jours de l'Hôtel-Dieu d'autrefois, lorsque Trousseau jetait au monde médical tout entier, avec sa merveilleuse éloquence, le plus élevé et le plus fécond des enseignements.

C'est du reste sous cet illustre patronage que se place « élève reconnaissant », M. le professeur Dieulafoy, et sa belle leçon d'ouverture est avant tout l'éloge du grand clinicien dont il fut l'élève le plus cher.

A ce titre, cette nomination intéresse donc plus particulièrement les médecins de notre région, pour qui M. Dieulafoy est bien dans la clinique française le continuateur éloquent de Trousseau, plus encore *son fils spirituel*, ainsi que celui-ci s'intitulait lui-même par rapport à Bretonneau.

Et dans la remarquable leçon d'ouverture de l'éminent professeur, nous croyons devoir reproduire, pour nos lecteurs, les lignes émues consacrées par lui à Trousseau qui sont bien le plus magnifique éloge qui ait jamais été prononcé de notre illustre compatriote.

Maintenant, Messieurs, qu'il me soit donné de remonter plus haut dans le passé ; je me sens entraîné, comme par un sentiment de piété filiale, vers une époque lointaine où la clinique de l'Hôtel-Dieu brillait d'un éclat incomparable, et je vois se dresser devant moi la grande figure de Trousseau ! Laissez-moi, je vous en prie, évoquer des souvenirs qui me sont chers ; laissez-moi vous parler du Maître illustre qui a immortalisé la chaire de l'Hôtel-Dieu ; j'ai l'honneur insigne d'avoir été son élève, et, si vous me permettez de revivre au milieu de vous les quelques années de jeunesse qui ont décidé de ma carrière, vous m'aurez donné une bien douce satisfaction et je n'aurai jamais mieux compris le vers du poète :

... Forsan et hoc olim meminisse juvabit.

Lorsque je quittai ma bonne ville de Toulouse pour venir à Paris étudier la médecine, la Faculté de Paris était dans toute sa gloire : Andral vivait encore ; Bonillaud était entouré d'une majestueuse auréole ; Velpeau personnifiait avec grandeur la chirurgie française ; Nélaton était à l'apogée de sa renommée, et, du fond du Collège de France, le

génie de Claude Bernard rayonnait sur nous. J'en passe et des meilleurs.

Au milieu de ces hommes, universellement connus et respectés, Trousseau tenait le sceptre de la médecine; les études multiples et variées de toute sa vie en avaient fait l'esprit le plus cultivé, l'intelligence la plus ouverte qu'on puisse imaginer.

Trousseau était né à Tours, en 1801. Dès l'âge de vingt ans, il était professeur de rhétorique à Châteauroux, et sa passion pour « les belles-lettres » et pour les auteurs classiques n'a certainement pas été étrangère à l'éloquence du professeur et au style admirable de l'écrivain.

Mais Trousseau ne devait pas longtemps enseigner la rhétorique à Châteauroux; à l'instigation de Bretonneau, le maître auquel il voua une admiration sans bornes, il commença ses études en médecine à l'école de Tours. Deux ans plus tard, il vint à Paris, et fut nommé interne à la maison de santé de Charenton, où, sous la direction d'Esquirol, il s'adonna à l'étude des maladies mentales.

A dater de cette époque, les événements se précipitent. A vingt-six ans, Trousseau est docteur en médecine; à vingt-sept ans, il enlève au concours sa nomination d'agrégé à la Faculté de Paris. Cette même année, une épidémie de fièvre jaune éclate à Gibraltar: on l'envoie en mission avec Louis, pour étudier la fièvre jaune. L'année suivante, une terrible épidémie de diphtérie ravage la Sologne: on l'envoie en mission avec Ramon, pour étudier de près la diphtérie et pour combattre le fléau. Médecin d'hôpital, il est déjà le maître incontesté; à la crèche de l'hôpital Necker, il étudie et il enseigne les maladies des nouveau-nés; à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, il étudie et il enseigne les maladies des enfants. En 1837, il est nommé, après concours, à la chaire de thérapeutique, et, pendant quinze années, le grand amphithéâtre de l'Ecole, trop petit pour contenir le flot des auditeurs, retentit des éclatants succès de son enseignement. Enfin, en 1852, en pleine maturité de sa puissante intelligence, Trousseau devient professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu.

C'est à la clinique du vieil Hôtel-Dieu que je vis Trousseau pour la première fois, en 1863. Dès le matin même de mon arrivée à Paris, ainsi que je l'ai raconté ailleurs, je m'empressai de me rendre à l'hôpital pour voir et entendre cet homme, dont les ouvrages m'avaient si fortement impressionné. Je me mêlai à la foule des élèves. Je fus émerveillé, je fus ébloui. Un grand nombre de médecins, de toute nationalité, avides de s'instruire, suivaient la visite. Dichenne (de Boulogne), une de nos grandes illustrations médicales, était des plus assidus.

Trousseau discutait les cas les plus dissemblables avec une égale compétence. Qu'il abordât les questions de pathologie générale, de thérapeutique ou de clinique, on sentait qu'il était partout sur son terrain. Ses causeries familières au lit du malade avaient un charme inexprimable. Ses superbes leçons à l'amphithéâtre étaient nourries, documentées, longuement préparées, et représentaient une

somme de labeur considérable; la précision dans les idées, la clarté dans l'exposition, voilà l'éloquence de bon aloi, l'éloquence scientifique qui présidait à l'enseignement de Trousseau.

Tous les jours, j'attendais avec impatience le moment de me rendre à l'hôpital. J'avais des lettres d'introduction auprès de Trousseau, mais je n'avais pas osé les lui remettre. Un de ses élèves préférés, Krishaber, qui devint mon intime ami, voulut me présenter au chef, mais j'étais intimidé: je n'acceptai pas la proposition, et cependant j'en avais bien envie.

Un jour, pendant la visite à la salle des femmes, on arrive auprès d'une malade qui, désireuse d'attirer sur elle l'attention, était en train de simuler une petite attaque d'hystérie. Trousseau l'examine, découvre la supercherie, nous parle longuement de l'état mental des hystériques; puis il ajoute, en souriant: ce besoin, ce désir de s'exhiber, de se mettre en évidence, n'est pas seulement spécial à l'hystérie, bien des femmes ont ce léger travers: elles l'avaient même déjà dans l'antiquité, s'il faut en croire Ovide; témoin l'enlèvement des Sabines par les Romains; car, si les Sabines avaient accepté l'invitation des Romains, c'était, dit Ovide, au moins autant pour se donner elles-mêmes en spectacle que pour assister au spectacle qu'on leur offrait. Et Trousseau se met à nous citer le passage d'Ovide concernant cet épisode; mais voilà qu'arrivé au vers qui résumait si bien sa pensée, sa mémoire le sert mal, il cherche un instant, puis s'adressant autour de lui: Qui donc va me rappeler ces vers d'Ovide? — Nul ne répond; — je savais le passage en question; j'hésitai un instant, puis je lançai le vers d'Ovide:

Spectatum veniunt, veniunt spectentur ut ipsa.

Trousseau fut enchanté de la réplique. — Qui donc êtes-vous, me dit-il? — Je me nommai. — Vous portez, ajouta-t-il, un nom renommé et respecté dans notre profession; venez me voir, nous causerons. Je me rendis chez Trousseau; il me fit un accueil paternel, il me parla longuement de l'avenir, et voilà comment la vie médicale s'ouvrit à moi sous son puissant patronage. En 1865, je devins externe dans son service où je passai avec mon ami Vergely, aujourd'hui professeur à la Faculté de Bordeaux, une année inoubliable. Je fus reçu chez Trousseau comme un enfant de la maison, il m'admit dans son intimité, souvent il m'entretint des grandes questions médicales, qui, après l'avoir passionné, me passionnaient à mon tour; mais hélas, ces beaux jours ne devaient pas durer longtemps: deux ans plus tard, le Maître était mortellement atteint, et j'eus la douloureuse mission d'assister à sa lente et fière agonie.

Un de ses élèves favoris, le Professeur Peter, dans le discours qu'il a prononcé à Tours, en 1887, a raconté, en paroles émues, la fin de Trousseau:

« C'est le 1^{er} janvier 1867, dit Peter, alors que j'allais lui porter mes souhaits de nouvel an, que Trou-

seau me dit avec une tristesse résignée : « Je suis perdu ; une phlegmatia qui vient de se déclarer cette nuit ne me laisse plus aucun doute sur la nature de mon mal. » Trousseau disait vrai ; c'était lui qui avait découvert les rapports de la phlébite et du cancer de l'estomac, et voici qu'il constatait sur lui-même la réalisation de ce rapport, comme la réalité de sa découverte. Sa vie ne fut dès lors qu'une longue torture ; les souffrances physiques déprimaient ses forces sans troubler sa sérénité ; c'est en savant qu'il parlait de son mal, c'est en stoïcien qu'il le supportait. Je n'ai jamais vu spectacle d'une plus émouvante grandeur ».

Pendant ces derniers mois, où la maladie accentuait progressivement ses ravages, Trousseau ne proféra ni une plainte, ni un murmure. Les discussions médicales restaient sa distraction favorite et le souvenir de son maître Bretonneau hantait souvent sa pensée.

Jusqu'au dernier moment, il eut le souci de ses élèves et de ses amis ; à tous il voulait être encore utile, en semant le bien autour de lui. J'étais un jour près du lit du mourant, et Nélaton entra discrètement pour lui serrer la main encore une fois. Mon ami, lui dit Trousseau, de sa voix défaillante, Mon ami, lui dit Trousseau, de sa voix défaillante, notre camarade Voyet (de Chartres) n'est pas décoré ; vous êtes tout puissant ; obtenez la croix pour lui, vous me ferez plaisir. — Nélaton tout ému répondit : Je cours aux Tuileries. — Et, deux heures après, Nélaton revenait, apportant à Trousseau, dont l'œil s'illumina, le décret qui nommait son ami Voyet, chevalier de la Légion d'honneur.

Trousseau mourut le 23 juin 1867, il n'avait que soixante-six ans.

Et maintenant, Messieurs, que trente ans sont presque écoulés, et que le temps permet de juger sainement les choses, c'est bien le moment d'envisager dans son ensemble l'œuvre de Trousseau.

Ce qui me frappe le plus, chez cet homme, c'est la lumineuse intuition avec laquelle il avait prédit les découvertes bactériologiques et les doctrines pasteurienues qui sont la gloire de notre époque.

A ce titre, Trousseau a été un véritable précurseur, et l'admirable évolution qui se fait actuellement en médecine est la continuation et l'éclatante confirmation des idées pour lesquelles Trousseau a toujours combattu.

A ce sujet, et pour bien mettre en relief l'enchaînement des faits, permettez-moi d'envisager la question à ses différentes phases.

Quelles étaient les notions médicales régnantes au commencement de ce siècle ? Sous l'impulsion vigoureuse de Broussais, la doctrine de l'irritation et l'inflammation dominait toute la pathologie. Les différences que présentaient entre elles les maladies inflammatoires d'un organe ou d'un appareil, ne tenaient qu'à l'intensité plus ou moins grande de la cause irritante, ou à la réaction plus ou moins vive de l'économie ; quant à la qualité de cette

cause irritante, il n'en était pas question. Il importerait peu, d'après la doctrine de Broussais, qu'une entérite banale différât, par sa forme et par ses symptômes, de la fièvre typhoïde ou du choléra ; Broussais ne verrait dans ces maladies que des irritations intestinales, d'intensité diverse, éveillant des sympathies différentes, sans se soucier autrement de la nature ou de la qualité de l'agent provocateur ; et ainsi de suite pour toutes les inflammations. Pareille doctrine avait engendré la thérapeutique que l'on sait : le traitement antiphlogistique et les saignées à outrance.

Grâce à sa séduisante simplicité, la doctrine de Broussais eut un retentissement considérable : plusieurs générations en furent imprégnées, et pour lui porter les premiers coups, il ne fallut rien moins que l'œuvre de Laennec et la puissante autorité de Bretonneau « qui, sur les débris du physiologisme et du prétendu rationalisme en thérapeutique, éleva la doctrine de la spécificité dans les maladies ».

Alors s'ouvre une ère nouvelle : la spécificité domine la médecine, la qualité de l'agent provocateur prend une situation prépondérante, et, dans ses merveilleuses leçons sur la spécificité et sur la contagion, leçons qu'on ne saurait trop relire et méditer, Trousseau ouvre la voie à travers laquelle les doctrines microbiennes se précipiteront plus tard comme un torrent.

Diphtérie, fièvre typhoïde, choléra, fièvres éruptives et tant d'autres maladies sont des maladies spécifiques, ce qui veut dire qu'elles présentent des caractères spéciaux qui les différencient entre elles et qui permettent d'établir des espèces nosologiques, d'une façon aussi absolue, qu'on a établi des espèces botaniques ou des espèces zoologiques. De là, le nom de maladies spécifiques.

Mais Trousseau, conséquent avec lui-même, poursuit jusqu'au bout son raisonnement. Pour être spécifiques, dit-il, ces maladies doivent avoir nécessairement un germe morbifique qui, lui aussi, est spécifique, et, tout en proclamant l'existence de ces germes, Trousseau prédit en termes explicites l'avènement de la bactériologie. Voulez-vous savoir à quel point Trousseau était déjà dans le mouvement, à l'époque éloignée dont je vous parle ? Ecoutez, je vous prie, ce saisissant passage de ses leçons (1) et vous jugerez :

« Je dois vous rappeler, dit Trousseau, la théorie nouvelle de M. Pasteur sur les ferments. Vous savez que ce savant est arrivé à nier les ferments ; des expériences très minutieusement faites l'ont conduit à professer que la fermentation était due à des spores, et que telle spore, reconnaissable à certains caractères, jouissait de la propriété de donner naissance, dans un milieu déterminé, à des fermentations d'espèce différente. De telle sorte qu'il y aurait des spores différentes pour les fermentations alcoolique, lactique, butyrique, etc. *N'existerait-il*

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 325.

pas aussi des spores morbides... spores qui n'attendraient que certaines circonstances déterminées pour révéler leur existence, se développer, se multiplier, et donner naissance à la prétendue fermentation morbide ? N'a-t-on pas dit que le pus faisait le pus ? Il est peut-être une sporule purulente qui rendrait compte de l'infection purulente ; il est peut-être aussi une sporule dysentérique, une sporule cholérique, etc., etc. Les faits de contagion se trouveraient ainsi expliqués, si l'on pouvait découvrir la présence de ces spores morbifiques ; mais, pour arriver à cette découverte, il faudra suivre la voie tracée par M. Pasteur et procéder avec la même habileté et la même patience expérimentales. »

Eh bien ! Messieurs, que pensez-vous de cette prophétie géniale, et, si à l'instant, Trousseau apparaissait parmi vous, de quelle acclamation le salueriez-vous, cet homme qui, si longtemps à l'avance, prédisait et glorifiait les découvertes de notre illustre Pasteur ! Il demandait qu'on recherchât la sporule de l'infection purulente ; nous la connaissons, maintenant, elle s'appelle le streptocoque ; il demandait qu'on découvrit les germes morbifiques de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, du choléra ; nous les connaissons maintenant ; ils sont les témoins irréfutables de la spécificité morbide qu'il avait si hautement proclamée au nom de la clinique !

Encore quelques mots, Messieurs, sur le même sujet. Ce que nous appelons aujourd'hui le microbisme latent, c'est-à-dire le silence longtemps prolongé des germes dans l'organisme, ainsi que la conservation de ces germes morbifiques en dehors de l'organisme, tout cela était connu de Trousseau, qui ne manquait pas d'en citer de nombreux et saisissants exemples, quand il cherchait, à l'occasion de l'éclosion des maladies, à faire la part de la graine et la part du terrain, c'est-à-dire la part de l'économie vivante.

Ne croyez pas, en effet, que dans la détermination des maladies, Trousseau fût disposé à donner à la graine (au microbe), un rôle par trop prépondérant. Il faut voir avec quelle insistance il met en relief le rôle et la valeur du terrain : ce terrain qui fait que chacun de nous individualise la maladie à sa manière ; ce terrain que nous recevons par héritage ou que nous façonnons au cours de notre existence ; ce terrain qui, suivant les états d'immunité, de réceptivité, d'opportunité morbide, peut annihiler, peut favoriser ou modifier à l'infini le développement des germes. Ici encore, les idées actuelles concordent de tous points avec les doctrines de Trousseau.

Après cette vue d'ensemble sur l'œuvre de Trousseau, je n'en finirais pas, Messieurs, si je voulais vous rappeler tous les sujets qu'il a enfantés, élucidés ou vulgarisés. Je ne peux pourtant pas les passer tous sous silence.

Ainsi, ses travaux sur la diphtérie resteront un modèle inimitable, dont les moindres détails se trouvent confirmés par les découvertes bactériolo-

giques. La fausse membrane était si peu, pour Trousseau, la caractéristique de la diphtérie, que, dans sa leçon sur l'angine couenneuse commune, il a bien soin de diviser les angines membraneuses en deux catégories, celles qui sont diphtériques et celles qui ne le sont pas.

La diphtérie était tellement, dans son idée, une maladie toxique, qu'il nous la fait connaître sous une forme non décrite avant lui ; il crée, à cette occasion, la dénomination de diphtérie maligne et il en retrace, du premier coup, un tableau si saisissant et si complet, qu'on ne saurait vraiment y rien ajouter après lui.

Discute-t-il la nature des paralysies diphtériques, il n'hésite pas à conclure qu'il s'agit là de paralysies toxiques dues au poison diphtérique ; conclusion rigoureusement vraie, puisque MM. Roux et Yersin, dans une série de remarquables travaux, ont découvert la toxine diphtérique et ont expérimentalement démontré le rôle de cette toxine dans la genèse des paralysies.

Cherche-t-il à élucider la question si controversée des angines de la scarlatine, il nous montre, d'une part, qu'il existe des angines pultacées et des angines membraneuses qui n'ont rien à voir avec la diphtérie — c'est à leur sujet qu'il crée son fameux aphorisme : la scarlatine n'aime pas le larynx — et il nous enseigne, d'autre part, qu'il existe au décours de la scarlatine des angines membraneuses secondaires ou tardives, trop souvent tributaires de la diphtérie. Ce que Trousseau précisait si nettement au nom de la clinique, les recherches actuelles l'ont de tous points confirmé.

Partout, vous le voyez, même sûreté de jugement, même intuition de la vérité.

Dois-je vous rappeler les fameuses leçons sur les fièvres éruptives et sur l'infection purulente ? Vous parlerai-je des chapitres concernant l'aphasie, la maladie d'Addison, la maladie de Basedow, et tant d'autres sujets que Trousseau prenait à l'état presque embryonnaire, mais qu'il mûrissait hâtivement, qu'il faisait éclore, et qui prenaient ensuite leur essor, marqués au coin de son talent et de son autorité.

Qui n'a présent à l'esprit ses cliniques sur la pleurésie ; que vous dire que vous ne sachiez sur la thoracentèse et sur la trachéotomie, deux des plus beaux fleurons de sa couronne. En vous parlant de ces opérations, dont il fut l'initiateur et on pourrait dire l'inventeur, je touche à un sujet qui nous révèle les tendances chirurgicales de Trousseau. Ces tendances chirurgicales, on les retrouve à chaque instant dans ses écrits, et sa belle leçon sur les phlegmons périnéphrétiques semble vraiment être l'œuvre d'un chirurgien. C'est qu'en effet, Trousseau possédait à fond l'anatomie et la médecine opératoire ; vous en serez moins surpris, quand vous saurez que, le jour où il était élu agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ce même jour, il était nommé chirurgien en chef de l'hôpital de Tours.

L'esquisse incomplète, que je viens d'ébaucher à

grands traits, ne donne qu'une faible idée de ce que fut l'illustre professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu, mais cette esquisse, tout imparfaite qu'elle est, permet d'entrevoir l'importance et l'étendue de l'œuvre magistrale de Trousseau; cette œuvre est pour nous une source inépuisable d'instruction et de lumière.

Il est deux hommes, à mon avis, deux médecins, qui, à des titres divers, auront exercé une influence prépondérante sur les destinées médicales de ce siècle; ces deux génies bienfaisants sont Laënnec et Trousseau!

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un médecin d'Indre-et-Loire qui court risque d'être saisi.

Tous les journaux médicaux se sont émus, il y a quelques mois, lorsque les agents de l'enregistrement ont imposé une amende de soixante-deux francs cinquante au professeur Panas pour avoir délivré un certificat sur papier libre à un malade d'hôpital.

La qualité de professeur de notre confrère a donné à la chose grand retentissement, et certains journaux ont été jusqu'à dire qu'on avait exhumé pour lui une loi tombée depuis longtemps en désuétude.

Ce qu'on n'a pas assez dit, c'est que la mauvaise niche jouée à notre confrère de Paris, l'enregistrement la joue fréquemment à nos confrères de province. Je pourrais citer tel médecin de Tours, qui l'an dernier s'est vu également imposer la même amende pour avoir délivré sur papier libre un certificat à un témoin ne pouvant se présenter au tribunal.

Après pétition, l'amende fut remise, au moins en partie, comme au professeur Panas.

Certains certificats sont soumis au timbre, d'autres en sont exemptés, et cela sans qu'il y ait aucun texte officiel exposant clairement la chose.

Nous avons bien, à défaut de textes officiels, des renseignements publiés par certains journaux, le *Concours médical*, la *Semaine médicale* et beaucoup d'autres.

Mais, ne vous fiez pas trop, mes chers confrères, à ces renseignements puisés aux meilleures sources; si, vous basant sur eux, vous faites un certificat sur papier libre, l'amende de 62 fr. 50, véritable épée de Damoclès, restera de nombreuses années menaçante pour votre bourse.

La preuve la voici :

Un de nos confrères d'Indre-et-Loire, le Dr Stecewicz, de Manthelan, a délivré, au mois de juillet 1894, un certificat sur papier libre à un client atteint d'une maladie grave, nécessitant le séjour au lit, pour appuyer la demande faite au procureur de la République de célébrer à son domicile le mariage de sa fille.

L'autorisation fut du reste accordée sans observation.

Or voici que maintenant, après plus de deux ans, l'enregistrement réclame la fameuse amende.

L'administration a bien fait savoir officiellement à notre confrère que, s'il demande, sur papier timbré, la remise de cette amende, il y a toute chance pour qu'on la lui accorde en totalité ou en partie; mais tout d'abord on exige le paiement des soixante-deux francs cinquante.

Lorsque l'ordre de payer arriva au Dr Stecewicz, il venait précisément de lire dans la semaine médicale la liste des certificats pouvant être faits sur papier libre, et sur cette liste se trouve le « *certificat constatant la maladie d'un des futurs ou d'un ascendant et la nécessité de célébrer le mariage au domicile du malade* ».

Fort de ces renseignements, notre confrère refusa de payer. On le menaça : Il refusa encore.

S'appuyer simplement sur les renseignements publiés par un journal, cela ne pouvait suffire devant le juge; il fallait connaître l'origine de ces renseignements.

« *La liste que nous avons publiée, lui écrit le directeur du journal, a été préalablement vérifiée par LE CHEF DE SERVICE DU TIMBRE à Paris, et c'est ce fonctionnaire lui-même qui nous a donné une note écrite portant que le certificat constatant la maladie de l'un des futurs ou d'un ascendant et la nécessité de célébrer le mariage au domicile du malade n'est pas soumis au timbre.* »

M. Stecewicz donna connaissance à l'administration de l'enregistrement de la copie de cette lettre; mais l'administration ne désarma pas. « Si vous ne payez pas, nous vous poursuivrons; vous feriez bien mieux de payer et d'adresser une demande de décharge: nous vous promettons presque de vous enlever complètement l'amende. » Telle fut à peu près la réponse qu'on lui fit.

Nous approuvons complètement notre confrère et l'engageons à persévérer dans sa résistance. On verra bien si l'enregistrement fait saisir son mobilier ou ses chevaux.

Malheureusement, le syndicat médical de notre département ne peut se substituer à notre confrère dans le procès à intervenir entre lui et l'administration, les syndicats médicaux ne pouvant exercer d'action contre l'Etat; mais, nous en sommes persuadés, l'appui moral et financier du syndicat ne fera pas défaut à notre confrère, et s'il le fallait, la *Gazette médicale du Centre* s'offrirait à payer les frais du procès.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette intéressante affaire. Nous voulons, du reste, et nous espérons que nos lecteurs nous en saurons gré — étudier à fond et tirer au clair cette question des certificats médicaux.

Nous prions donc tous nos confrères ayant eu maille à partir avec l'enregistrement de bien vouloir nous en faire part. Nous dépouillerons ensuite dans le journal le dossier que nous aurons rassemblé.

TRAVAUX ORIGINAUX

DES ABCÈS SURVENANT A LA SUITE DES INJECTIONS DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

(Suite et fin)

Par le Docteur Edmond CHAUMIER

II. FRÉQUENCE DES ABCÈS A LA SUITE DE L'INJECTION DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE

A l'hôpital des enfants, Lebreton (1) a eu un seul abcès sur 1200 injections.

Dans les hôpitaux de Londres les abcès ont été un peu plus fréquents. D'après le rapport des surintendants (2) des hôpitaux pour 1895, il s'est formé un abcès au point d'injection dans 2, 30/0 des cas.

Sur 340 enfants soignés par le Dr Sanguine (3), de Moscou, il y a eu 24 cas d'otites suppurées, et 13 cas d'abcès ganglionnaires.

Broca (4) a observé un cas d'arthrite suppurée du coude, chez un diphtérique injecté. L'arthrite guérit après incision et drainage.

Moussous (5), sans citer de cas d'abcès postsérothérapiques semble en avoir vu un certain nombre.

Monti (6), de Vienne, a observé des otites suppurées.

Gaucher (7) à la suite d'une injection soigneusement faite de sérum acheté chez un pharmacien, a vu, comme dans mon cas, une série d'abcès.

Variot (8) s'exprime ainsi au sujet des abcès :

« Nous observons à l'hôpital de temps à autre des abcès circonscrits, malgré toutes les précautions antiseptiques que nous prenons. Dans le courant de janvier et de février de l'an dernier, nous avons eu des abcès assez communément. M. Sevestre, à la même époque, avait des accidents semblables aux *Enfants malades*, d'après ce qu'il a dit lui-même, et d'après ce qui m'a été rapporté. »

Petit (9), sur un millier environ d'injections faites dans le service de Sevestre, de février à octobre 1896, a observé quatre abcès.

Enfin tout récemment, le 16 décembre 1896, Gen-

sichen (1) communiqua à la *Société de médecine berlinoise* sa propre observation.

Au mois de novembre 1895, ayant été atteint d'une diphtérie légère du pharynx, il s'injecta le contenu du flacon n° 2 du sérum de Behring.

Au niveau de l'injection aucune réaction locale ne se manifesta, mais huit jours après il fut atteint d'une éruption d'urticaire qui dura environ une semaine, et fut suivie de la formation de plusieurs abcès volumineux au niveau de l'abdomen. Ces accidents restèrent localisés pendant six mois au côté gauche du corps, celui qui avait reçu l'injection, mais depuis il est survenu également des abcès du côté droit, et il en présentait encore plusieurs, lors de sa communication.

Le pus examiné par Virchow contenait des staphylocoques.

Il résulte de ce qui précède que les abcès succédant aux injections de sérum antidiphtérique ne sont pas absolument des exceptions ; car si Lebreton n'en a vu qu'un cas sur 1200 injections, Variot, par contre, en a observé un grand nombre ; et je suis persuadé que beaucoup de ces abcès n'ont pas été signalés par les médecins pour des raisons diverses.

Je remarquerai de plus que les auteurs ont noté encore des otites suppurées, des abcès ganglionnaires et un cas d'arthrite.

III. INTERPRÉTATION DES FAITS PRÉCÉDENTS

Avant de donner mon avis dans la question, je citerai l'opinion des auteurs :

Roger (2) explique très nettement la chose :

« Les injections de sérum, dit-il, peuvent provoquer des abcès, mais ce n'est pas là un accident attribuable à la méthode ; il est bien démontré aujourd'hui qu'il s'agit d'une lésion due à un manque de soin, à une désinfection insuffisante de la peau ou des instruments ou à une altération du sérum. Nous ne ferons exception que pour le sérum antistreptococcique provenant d'animaux immunisés au moyen de cultures vivantes. »

Lebreton explique de la même manière l'abcès survenu dans son service : « Il est bien évident que cette suppuration, d'ailleurs sans conséquence fâcheuse, peut tenir à deux facteurs, soit au défaut d'asepsie des instruments et de la peau, soit à une altération du sérum injecté. »

Moussous n'ose pas se prononcer : « Comment savoir, dit-il, dans les cas d'inflammation des tissus au niveau de l'injection, si l'irritation provient des qualités du liquide injecté, de la mauvaise asepsie de la seringue, d'une désinfection incomplète de l'aiguille ou d'une désinfection incomplète des parties de la peau traversées par cette aiguille. »

Sur les quatre abcès observés par Petit, deux semblaient dus, selon lui, à une faute d'antiseptie ;

(1) Lebreton et Magdeleine : Trois mois de sérothérapie et d'intubation à l'hôpital des enfants malades : *Société médicale des hôpitaux*, 1895.

(2) *British Med. Journal*, 1896.

(3) 340 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique, par Sanguine, de Moscou. *Medizinsk. Obosrenie*, 5, 1896.

(4) *Revue des maladies de l'enfance*, 1895.

(5) De la réalité des accidents de la sérumthérapie appliquée au traitement de la diphtérie ; *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1895.

(6) Nouvelle contribution à l'étude de la sérumthérapie de la diphtérie. *Archiv für Kinderheilkunde*, B. XXI, 1896.

(7) Gaucher, cité par Variot, *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, 20 février 1896.

(8) Quelques réflexions sur les indications des injections de sérum antidiphtérique et sur les accidents qui suivent ces injections. *Statistique de la diphtérie à l'hôpital Trousseau pour 1895*.

(9) Thèse, Paris, 1896.

(1) *Semaine médicale* 23 décembre 1896.

(2) Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies. *Congrès français de médecine de Nancy*, 1896.

un au sérum lui-même ; l'autre aurait eu pour cause l'angine à streptocoques de l'enfant injecté.

Variot accuse franchement le sérum. Après avoir indiqué les abcès observés par lui à *Trousseau* et ceux que voyait Sevestre en même temps aux *Enfants malades*, il ajoute : « Cette simultanéité des accidents locaux, dans deux hôpitaux où l'antisepsie n'est pas négligée, semblent bien prouver que certains échantillons de sérum étaient pyogènes. »

« J'ai fait faire devant moi, à cette époque, avec des instruments bien stérilisés, des injections de sérum par les élèves du service, et j'ai vu des abcès se développer malgré tous nos soins pour les éviter. Je suis d'ailleurs heureux de constater que les abcès consécutifs aux injections sont devenus peu communs dans ces derniers mois. »

Dans la discussion qui suivit la communication de Gensichen, Ewald a manifesté cette opinion qu'il s'agissait d'une infection staphylococcique due à l'usage d'une seringue qui n'était pas absolument aseptique.

Pour Heubner et Baginsky, le sérum ne devait pas être incriminé, les abcès devant être attribués à la furonculose (Heubner), ou bien être des abcès staphylococciques comme il peut en venir à la suite d'un simple traumatisme. Virchow de son côté a insisté sur ce fait que les premiers phénomènes morbides se sont montrés au voisinage de l'injection, et, que c'est seulement après un certain laps de temps que les abcès ont fait leur apparition dans des régions plus éloignées.

Pour lui on ne peut guère soutenir que l'injection n'a pas été pour quelque chose dans la production des abcès, mais de là à incriminer le sérum, il y a loin. Le sérum au contraire lui paraît absolument innocent des accidents éprouvés par Gensichen.

Depuis la découverte du sérum antistreptococcique de Marmorek, certains enfants présentant une association de bacilles de Loeffler et de streptocoques ont été injectés tour à tour avec le sérum de Roux et celui de Marmorek.

Dans un article paru il y a quelques mois dans le *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles* (1), Variot a signalé un peu durement les méfaits du sérum de Marmorek.

« Les enfants injectés avaient des abcès volumineux qui décollaient une surface plus ou moins étendue des téguments de l'abdomen »

« Les injections de sérum de Marmorek, dit de son côté Sevestre (2), nous ont donné assez souvent, au siège de la piqûre, des abcès plus ou moins graves, remarquables par la rapidité avec laquelle ils se développaient et la tendance au sphacèle du tissu cellulaire sous-cutané. »

Dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* de janvier 1896, R. Millon et Henri Leroux (3) racon-

tent très longuement l'histoire d'un enfant de quatre ans atteint de diphtérie avec bacilles de Loeffler, streptocoques et quelques staphylocoques. Il fut injecté de sérum de Roux. Les fausses membranes disparurent rapidement, mais il eut toute une série d'éruptions et de symptômes graves qui mirent plus d'une fois sa vie en danger. Les auteurs mettant ces accidents sur le compte de la streptococcie — on avait découvert des streptocoques dans le sang — injectèrent du sérum de Marmorek à plusieurs reprises. Ce n'est qu'au bout de 105 jours que l'enfant put être considéré comme guéri. Entre temps, au milieu d'accidents divers, très graves, il eut des abcès.

Je résume la partie de l'observation qui a trait aux abcès.

1^{er} août 1895, plaque blanche sur l'amygdale droite.

3 août, injection de sérum de Roux.

6 septembre, injection de sérum de Marmorek.

25 septembre, 2 abcès au niveau des hanches ; un panaris superficiel à l'index droit ; impetigo.

26 septembre, nouvel abcès à la hanche droite au-dessus de l'autre.

Autour des abcès, décollements cutanés considérables ; à droite, on fait une contre-ouverture.

Les abcès ne sont guéris que dans les premiers jours de novembre.

J'ai tenu à exposer le résultat des injections de sérum de Marmorek, pour aider à l'explication des abcès survenus après l'injection de sérum antidiphthérique.

Je reviens maintenant aux explications données par les auteurs.

Les abcès pourraient être dus suivant eux :

A la désinfection insuffisante de la peau ;	—	—
—	—	de la seringue ;
—	—	de l'aiguille ;

A l'altération du sérum ;

A la qualité (?) du liquide injecté ;

A ce que certains échantillons de sérum sont pyogènes.

Je vais examiner ces différents points.

1^o *Désinfection insuffisante de la peau, de la seringue, de l'aiguille.* — Longtemps avant que les pratiques de l'antisepsie soient entrées dans nos mœurs médicales, on pratiquait des injections de morphine et d'un certain nombre de médicaments, sans avoir aucun accident. Les abcès étaient tout à fait exceptionnels et bien peu de médecins ont dû en voir.

Aujourd'hui encore, peu de confrères s'astreignent à bouillir la seringue et à flamber l'aiguille avant de faire une injection médicamenteuse.

Le pharmacien, de son côté, complètement ignorant qu'il est, le plus souvent, des plus simples règles de l'asepsie, n'aseptise ni sa bouteille, ni son bouchon, ni sa solution.

Cette solution reste des semaines ou des mois dans la poche du médecin, ouverte de temps en temps,

(1) Les injections du sérum de Marmorek, 4 juin 1896.

(2) Sevestre : Statistique des diphtéries à l'hôpital des enfants en 1895 ; *société méd. des hôp.*

(3) Streptococcie aiguë post-diphthérique.

rebouchée avec le bouchon qui à chaque fois a été posé sur un meuble quelconque plus ou moins poussiéreux. Au bout de peu de jours elle devient trouble, grâce aux nombreuses moisissures qui s'y sont développées; eh bien, malgré cela, on n'observe pas d'abcès.

On en voit cependant chez les morphinomanes; mais chez eux les piqûres sont tellement répétées que l'infection a bien des chances de venir du dehors. J'ajouterai que lorsqu'un morphinomane a un abcès, il peut lui en venir beaucoup d'autres, soit que les microbes pyogènes soient alors transportés par l'aiguille qui aura puisé dans un tissu déjà infecté, soit que le petit traumatisme détermine l'éclosion d'une culture des microbes qui imprègnent déjà tout l'organisme.

Une aiguille ayant pénétré dans un tissu malade peut déterminer un abcès chez un autre sujet, si elle n'est pas désinfectée, mais si on a pratiqué une injection chez un sujet n'ayant aucune suppuration, il y a toute chance de n'avoir pas d'abcès chez celui qui sera ensuite injecté.

Ceci dit sans vouloir défendre la cause des injections malpropres, qui sans déterminer d'abcès pourraient dans quelques cas produire la syphilis.

Certaines affections de la peau peuvent, bien que n'étant pas purulentes, déterminer des abcès à la suite d'une piqûre faite avec un objet aseptique ou non, chez le sujet porteur de cette affection ou dans son entourage.

Dans une famille où des enfants ont de l'impetigo (1), si le père ou la mère se font une piqûre, il peut survenir un abcès. Beaucoup de panaris n'ont pas d'autre origine.

Une injection de sérum faite en pareille circonstance peut également être l'occasion d'un abcès.

C'est de cette manière qu'on peut expliquer un certain nombre d'abcès survenus à la suite de la vaccination. Antony, directeur du Centre vaccino-gène du Val-de-Grâce, a observé plusieurs cas d'abcès à la suite de vaccinations de bras à bras. On a vu de même des abcès après la vaccination de génisse à bras et même après la vaccination avec des conserves de vaccin. En 1889, à l'hôpital de la Pitié, J. Vilcoq a observé un enfant (2) vacciné de pis à bras qui eut une longue série d'abcès. Mais ces cas peuvent également s'expliquer d'une autre façon sur laquelle je reviendrai à l'instant.

2. Altération du sérum. Un sérum altéré est un sérum dans lequel il s'est développé des microbes divers: microbes de la putréfaction, microbes pyogènes, microbes septiques, microbes indifférents.

L'injection de certains microbes peut être tout à fait inoffensive comme celle des moisissures des solutions de morphine; mais l'injection d'autres microbes

développés dans un sérum altéré pourrait provoquer des accidents autrement redoutables que de simples abcès.

Le sérum altéré peut donc à la rigueur causer des abcès; mais le sérum ne s'altère que s'il a été mal préparé ou s'il a été débouché pendant un certain temps, et le médecin n'est guère exposé à se servir de sérum altéré.

3. Qualité du sérum injecté. Le sérum contient des pyogènes.

Par *qualité du sérum* il faut entendre, je pense, les vertus propres du sérum et l'auteur qui s'est servi de cette expression a sans doute voulu dire que s'il vient un abcès à la suite du sérum, le sérum lui-même, de par ses qualités propres, pouvait en revendiquer la paternité. Cela revient à dire que le sérum a des qualités pyogènes, ou contient des microbes pyogènes.

Les faits rapportés par Variot: la coïncidence d'abcès survenant en même temps dans deux hôpitaux de Paris chez des enfants injectés avec le même sérum, alors que quelques mois plus tard on n'observe plus, ou seulement très rarement, ces abcès dans ces deux hôpitaux; ces abcès survenant malgré l'asepsie la plus rigoureuse au moment de l'injection; tout cela prouve bien que le sérum a produit lui-même les abcès.

Le sérum antistreptococcique de Marmorek, de l'aveu de tous ceux qui l'ont expérimenté, produit souvent des abcès, des abcès graves avec décollement considérable de la peau; et il produit ces abcès parce qu'il contient des streptocoques vivants. Pourquoi certains échantillons de sérum antidiphthérique ne contiendraient-ils pas des streptocoques? Pourquoi dans les cultures qu'on croit pures de bacilles de Loeffler ne se serait-il pas égaré quelques streptocoques ou quelques staphylocoques. Ces microbes injectés aux animaux peuvent se retrouver dans le sérum.

Pourquoi, d'un autre côté, lors de la fabrication en grand du sérum, dans un local où l'on cultive les microbes les plus divers, pourquoi, malgré tous les soins, toute la surveillance, n'y aurait-il pas eu, une fois au moins, un défaut dans l'asepsie longue, minutieuse et de tout instant qui est indispensable; pourquoi des microbes pyogènes n'auraient-ils pas pénétré dans le sérum?

Si le sérum contient des microbes pyogènes, pourquoi dira-t-on, tous les échantillons préparés en même temps ne déterminent-ils pas des abcès. Cela se comprend facilement. Tous les individus ne sont pas des sujets aussi favorables à la culture d'un microbe donné, les uns détruisant les microbes par un procédé quelconque, les autres ne fournissant pas un terrain propre à leur pullulation.

J'ai dit plus haut qu'il y avait plusieurs moyens d'expliquer les abcès après la vaccination; c'est que quelquefois le vaccin, surtout lorsqu'on n'a pas employé les moyens nécessaires pour obtenir son épuration, contient des microbes pyogènes. Ces microbes dans la majorité des cas ne produisent aucun acci-

(1) E. Chaumier: Une maladie à manifestations multiples; *Congrès de Blois*, 1884. La Pseudo-scrofula. *Gazette médicale de Paris*, 1885.

(2) J. Vilcoq. Note sur un cas d'abcès multiples d'origine inconnue chez un nouveau-né. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1889, page 63.

dent ; dans d'autres ils amènent une suppuration superficielle ; enfin, rarement, ils provoquent des abcès locaux ou disséminés.

C'est absolument la même chose que pour le sérum.

Les faits rapportés par Petit semblent confirmatifs de la doctrine que j'expose, bien que son interprétation soit différente : deux abcès contenaient des staphylocoques ; un contenait des streptocoques ; le quatrième était stérile.

Pour Petit, les premiers seraient dus à une faute d'antisepsie, parce qu'ils contenaient des staphylocoques — ce qui est loin d'être une preuve. Dans l'abcès à streptocoques le sérum aurait été un agent d'appel pour les microbes contenus dans le pharynx (angine à streptocoques).

Le sérum ne devrait être accusé que dans le dernier cas, et cela parce que le pus était stérile.

Chose digne de remarque, et notée par l'auteur, c'est que, à la fin de février 1896, au moment où l'on a observé l'abcès en question, le sérum a provoqué de l'irritation chez plusieurs enfants.

Je crois qu'on peut facilement comprendre maintenant la production des abcès à la suite des injections de sérum. Ils seront dus quelquefois aux instruments ; plus souvent au sujet ; plus souvent encore au sérum lui-même.

Il est un point sur lequel je désire revenir : l'injection est-elle toujours pour quelque chose dans la production de l'abcès ?

Il ne saurait y avoir de doute lorsque l'abcès se produit au siège de l'injection, mais lorsqu'il survient en dehors de ce point, le doute est permis. L'arthrite suppurée observée par Broca est dans ce cas ; d'autant qu'avant la sérothérapie l'auteur avait observé déjà un cas semblable. De même les abcès ganglionnaires, les otites suppurées ; ce sont des complications de la diphtérie. On peut les observer dans toutes les maladies infectieuses ; elles sont dues aux infections secondaires qu'on connaît bien aujourd'hui. Les abcès survenus chez le malade de R. Millon et Henri Leroux doivent laisser dans la même hésitation vis-à-vis du sérum de Marmorek, d'autant que le sang contenait des streptocoques avant l'injection de ce sérum.

On pourrait de même conserver un doute relativement à la série d'abcès du Dr Gensichen.

En effet il ne se produisit rien d'anormal du côté de la piqûre. Une éruption d'urticaire se montra au bout de huit jours, durant environ une semaine, et ce n'est qu'à la suite de cet urticaire que se manifestèrent les abcès.

Si le sérum ou l'acte opératoire ont été pour quelque chose dans la production de ces abcès, ce qui, après tout, me paraît probable, il faut dès aujourd'hui diviser en deux catégories les abcès postsérothérapiques : les *abcès précoces* et les *abcès tardifs* ; les abcès précoces, les plus fréquents, suivant de près l'injection ; les abcès tardifs pouvant survenir jusqu'à quinze jours après l'acte opératoire, comme

chez Gensichen ; ces derniers pouvant se montrer assez loin du lieu d'injection.

On doit également mettre dans des séries différentes les abcès uniques se développant au point d'injection, résultats d'une infection purement locale ; et les abcès multiples dérivant d'une infection générale ; que cette dernière provienne de l'infection locale comme cela est le plus fréquent, ou qu'elle soit générale d'emblée comme dans l'observation du médecin allemand.

L'infection générale d'emblée qui semble avoir existé dans cette observation ne doit pas être toujours aussi nette. En effet, la lésion locale, cause de l'infection générale de l'économie par les pyogènes n'est pas nécessairement un abcès ; une inflammation légère, une simple irritation, comme Petit en a observé chez un grand nombre de malades à la fin de février 1896, pourraient être le point de départ d'une infection microbienne généralisée et d'abcès multiples.

Les abcès multiples si fréquents chez les jeunes enfants, succédant le plus souvent à l'impétigo ou à une lésion tellement minime qu'elle reste introuvable, expliquent parfaitement ce que je viens de dire.

Et maintenant comment interpréter les accidents observés chez ma petite malade.

L'acte opératoire est sûrement la cause des abcès puisque le premier a succédé, à bref délai, à l'injection, et s'est produit à son niveau ; mais faut-il incriminer le sujet, le sérum ou le manque d'asepsie. L'injection a été faite à l'hôpital et il y a lieu de croire que rien n'a été négligé pour que l'opération ait été faite aseptiquement ; le sujet était en bonne santé avant sa diphtérie ; on peut donc conclure que c'est le sérum qu'il faut accuser.

Quant à l'érysipèle, je ne puis le mettre que sur le compte d'une infection de la plaie de l'aisselle droite, infection survenue malgré l'asepsie relative qu'on peut faire pour l'ouverture d'un abcès — à moins toutefois que le pus de l'abcès n'ait contenu le streptocoque de l'érysipèle, opinion qui peut se soutenir.

Les otites suppurées après la rougeole s'expliquent par une infection développée primitivement dans le pharynx nasal. L'enfant étant déjà infectée, l'infection du pharynx et de l'oreille moyenne semblent n'être que la suite de l'infection préalable.

UN CAS DE DERMATITE EXFOLIATRICE GÉNÉRALISÉE.

par le Dr J. MÉNIER.

Je fus appelé, dans le mois d'août d'une de ces dernières années, auprès d'un nommé B. — cantonnier de son état — domicilié dans la commune de Saint-Symphorien-*extra*.

À peine entré dans la maison, mes yeux se por-

tèrent sur un lit placé dans un angle de la pièce et se fixèrent sur une tête immobile et sans vie apparente, qui émergeait de dessous les draps.

Ma première impression fut que mon nouveau client n'avait pas attendu mon arrivée pour passer de vie à trépas; et j'allais me retourner vers la famille assemblée pour demander quelques détails sur son genre de mort, lorsque les yeux de cette sorte de cadavre roulèrent dans leur orbite et se fixèrent sur moi.

Je m'approchai du lit, très intrigué par ce fait (dont je m'étais inconsciemment rendu compte) que, en tournant les yeux, pas un muscle du visage du malade n'avait tressailli, que la tête n'avait pas fait l'ombre d'un mouvement; j'avais eu, en un mot, l'impression que m'aurait donnée une *tête momifiée*.

En effet, cette face extraordinaire, de couleur chocolat, était comme recouverte uniformément d'une couche très épaisse de collodion brunâtre, formant des lamelles imbriquées, et affectant la disposition d'un damier presque régulier.

On avait la sensation que toute la peau de la face et du cou était bridée en quelque sorte par cette carapace dure, cornée, inélastique, et que tout mouvement de tête, toute contraction du visage étaient impossibles.

Le reste du corps présentait un aspect semblable, si ce n'est que la coloration était moins foncée, les lamelles plus étendues et un peu moins sèches.

Interrogé sur le début de son affection, le malade répond avec peine, tant les lèvres sont rendues rigides par la cuirasse qui les enserme. Je suis obligé de m'enquérir auprès de l'entourage de l'évolution de cette singulière maladie.

B., âgé de 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé, et, malgré son dur métier, s'est toujours bien porté. Toutefois, il y a 7 ans environ, il a été atteint de la même maladie, mais d'une façon beaucoup plus bénigne. La guérison a demandé deux mois.

Quatre ans plus tard, la même affection s'est reproduite, avec un caractère un peu plus malin, entraînant une incapacité de travail de trois mois.

Enfin il y a trois semaines, les mêmes prodromes, qui avaient annoncé les atteintes antérieures, se manifestaient: malaise, fièvre, taches rouges prurigineuses, qui s'étendent, dans l'espace d'une dizaine de jours, à la presque totalité des téguments.

A cette date (10^e jour), la peau était d'un rouge intense; la fièvre avait augmenté avec l'étendue de la rougeur et avait le type continu rémittent.

Vers le 15^e jour, l'épiderme se mortifiait, et commençait à se fendre et à présenter l'aspect d'un immense damier, tel que je le constatai, lors de ma première visite, (20^e jour) sauf que les sillons étaient moins nets et moins profonds.

A cette date, l'examen de la poitrine dénotait l'existence d'une bronchite catarrhale généralisée, avec expectoration muco-purulente abondante, de même origine sans doute que l'affection cutanée.

La température me semblait devoir osciller entre 38° 5 et 39°. Pouls 100.

Ces différents symptômes se maintinrent dans des limites à peu près semblables pendant 15 jours, sauf l'expectoration qui augmentait dans des proportions vraiment extraordinaires; et je ne crois pas exagérer en disant qu'elle atteignait à cette époque (45^e jour) environ un litre par jour.

L'état général allait en s'aggravant sans cesse, la maigreur devenait effrayante, le pouls filiforme et la respiration un souffle.

Cependant, par places, de larges lamelles se détachaient de la poitrine, du dos et des membres, laissant apparaître sous elles un épiderme nouveau, mince, rose et d'une délicatesse extrême.

L'alimentation lactée, les toniques de toutes sortes, bien acceptés par l'estomac, faisaient face en partie aux pertes énormes de l'économie qu'entraînait l'expectoration bronchique, qui demeurait étonnamment abondante.

Je m'attendais à chaque nouvelle visite à apprendre le décès du moribond.

Enfin l'expectoration et la fièvre — nous sommes au 60^e jour — commencent à diminuer progressivement; la face, le tronc, les membres ont rejeté d'énormes plaques d'épiderme mortifié; la barbe a complètement disparu dans la tourmente; les cheveux sont tombés par places; il ne reste plus à se détacher que d'énormes semelles, épaisses de un demi-centimètre, encore adhérentes vers leur centre à la face plantaire des pieds. Les ongles des mains et des pieds ne tardent pas eux aussi à se séparer du corps étique et diaphane du malheureux patient.

Pendant ce temps, la fièvre est tombée complètement, la sécrétion bronchique s'est tarie, l'assimilation plus complète des aliments permet au malade de prendre quelques forces et la convalescence s'établit franchement.

Celle-ci a nécessairement été longue. La barbe est repoussée tout à fait blanche, clairsemée et broussailleuse; les ongles nouveaux sont déformés, tordus, et les doigts, unis entre eux à leur naissance par des traînées transversales du tissu conjonctif, sont retractés en forme de griffe vers la paume de la main.

Telle est l'odyssée de ce malheureux; c'est le seul cas semblable qu'il m'ait été donné d'observer; il m'a fort intrigué au début, et le jugeant rare j'ai pensé être utile à mes confrères en le relatant ici.

REVUE PRATIQUE D'OBSTÉTRIQUE

De la RUPTURE ARTIFICIELLE des MEMBRANES

Par le Dr Triaire.

Poursuivant les études que j'ai inaugurées dans un des précédents numéros de ce journal, sur la pratique journalière de l'obstétrique, je me propose d'exposer sommairement aujourd'hui une des plus

petites opérations qui puissent être pratiquées pendant le travail — la *rupture des membranes*. Cette opération est la plus simple et la plus facile de l'art des accouchements; c'est peut-être pour cette raison qu'elle est si souvent exécutée inconsidérément. Elle n'est cependant pas toujours inoffensive, et pratiquée à contre-temps, elle peut être la cause d'accidents plus ou moins graves pour la mère et pour l'enfant.

Aussi, n'est-il peut-être pas inutile de rappeler ses inconvénients, quand elle est pratiquée prématurément, et de préciser les avantages qu'elle offre, au contraire, quand elle est faite en temps opportun.

INCONVÉNIENTS DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

Le rôle de la poche des eaux est si important et si unanimement reconnu qu'il est évident qu'on ne doit la rompre que lorsqu'elle constitue un obstacle au progrès du travail.

L'écoulement prématuré du liquide amniotique peut exercer, en effet, sur la marche du travail les conséquences précisément inverses qu'on en attend, et prolonger un accouchement au point d'être obligé d'avoir recours au forceps pour le terminer.

Lachapelle dit, d'Osiander qui se croyait, à ce qu'il paraît, obligé de rompre souvent les membranes, que c'est peut-être à cette pratique qu'est due l'immense proportion d'accouchements qu'il s'était vu forcé de terminer artificiellement (1). D'un autre côté, l'existence du fœtus est moins bien sauvegardée après la rupture des membranes. Tant que l'œuf est intact, il y a peu ou pas du tout à craindre pour l'enfant, tandis qu'après l'écoulement des eaux, sa vie court un danger qui grandit à mesure qu'il s'écoule plus de temps depuis la rupture des membranes.

D'après Schröder et Hugemburger, le prolapsus du cordon serait trois fois plus fréquent dans la rupture prématurée de l'œuf, que lorsqu'elle se fait au moment normal (2).

La ponction prématurée de l'œuf prive aussi d'un adjuvant précieux, si l'on est obligé de faire une opération plus sérieuse. Quand l'eau amniotique s'est écoulée, l'introduction de la main pour placer la branche du forceps, mais surtout l'opération de la version, sont rendues plus douloureuses, plus difficiles, et cette dernière infiniment plus périlleuse, spécialement pour l'enfant; l'évolution qu'on lui fait subir se fait plus difficilement, la compression du cordon est plus forte, et le dégagement de la tête à travers l'orifice, quelquefois insuffisamment dilaté, plus dangereux et plus laborieux.

Il est un cas dans lequel la conservation des membranes constitue une règle absolue, et qui est trop ignorée, c'est la mort de l'enfant. Dès que la poche est rompue, en effet, les microbes du vagin et de

l'extérieur pénètrent dans la cavité amniotique et déterminent la putréfaction de l'œuf jusqu'alors intact. Autant que possible, on ne devra donc rompre les membranes, quand on aura constaté la cessation ou l'existence du fœtus, que lorsque la poche des eaux apparaîtra à la vulve.

INCONVÉNIENTS D'UNE RUPTURE TROP TARDIVE DES MEMBRANES.

Toutefois la persistance de la poche des eaux, un certain temps après la dilatation complète du col, a également ses désavantages. Sa conservation est alors inutile et prolonge en vain le travail dont le ralentissement peut devenir préjudiciable à la mère et à l'enfant.

Dans certains cas, ce retard est dû à la résistance des membranes, ce que l'on reconnaît au palper qui fait apprécier leur épaisseur, et à la résistance qu'elles opposent aux contractions utérines et au doigt qui les presse pendant une de ces douleurs. Dans d'autres cas, au contraire, les membranes restent molles et flasques pendant les contractions, en sorte que la poche des eaux est intacte, et ne sert qu'à retarder l'expulsion. Enfin quelquefois il n'y a qu'une très petite quantité d'eau entre la tête et les membranes, et ce signe était de ceux qui engageaient Madame Lachapelle à rompre les membranes, les autres conditions lui paraissant du reste être celles indiquées.

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES LA RUPTURE DES MEMBRANES DOIT ÊTRE PRATiquÉE PRÉMATURÉMENT

Dans tous les cas, c'est quand la dilatation est complète, que l'on rompt les membranes. Il existe cependant quelques circonstances dans lesquelles on a conseillé de les diviser, avant l'entière dilatation de l'orifice utérin; voici quelles sont ces circonstances:

1^o *Quand le liquide est abondant, que l'organe offre une excessive mobilité, présente tantôt une partie, tantôt une autre à l'orifice de l'utérus, et qu'on peut avoir à craindre qu'il ne se présente par une partie défectueuse.* Si le travail est bien établi on est autorisé, dès que la tête de l'enfant est dirigée vers le détroit, à rompre la poche des eaux, de façon à la fixer dans cette position. Un pareil cas se présente d'abord rarement, et puis l'on peut se demander s'il y a avantage, pour éviter une présentation défectueuse, tout à fait incertaine, et qui, en tout cas, peut se terminer dans de bonnes conditions, par une version heureuse, de provoquer un travail peut-être long, pénible, et dont l'issue est au moins chanceuse pour l'enfant.

2^o *Dans les hémorragies graves, pendant le travail.* Ce précepte qui remonte à Puzos est d'une utilité incontestable, car dans les hémorragies graves, pendant le travail, la déplétion de l'utérus est le meilleur moyen à employer. Cependant, il es

(1) Lachapelle, p. 33 vol. 1.

(2) Schroder, p. 432. — Hugemburger, *Pétersb. Médic. L.* v. III.

à observer que si l'hémorragie tient à une insertion vicieuse du placenta et si l'on rompt les membranes avant la dilatation de l'orifice, la perte augmentera sans qu'il soit possible de terminer encore l'accouchement. C'est donc surtout dans les hémorragies du travail qui ne se rattachent pas à une implantation vicieuse du placenta que ce précepte doit être appliqué.

3° *Quand l'utérus est le siège d'un hydramnios considérable qui paralyse sa contractilité et expose la femme à une hémorragie grave liée à l'inertie utérine.*

Il est difficile de se rendre compte si réellement l'inertie utérine dépend de l'excès du liquide amniotique. On a vu en effet cet accident continuer après la division de l'œuf. Cependant, comme il est prouvé que la surabondance des eaux peut donner lieu à la lenteur du travail en altérant les propriétés contractiles de la matrice, on sera autorisé à ouvrir la poche lorsque le ralentissement de l'accouchement menace de devenir préjudiciable; mais on devra d'un autre côté tâcher de gagner autant que possible le moment où l'orifice est dilaté ou proche de l'être.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Il n'y a pas longtemps encore, la rupture des membranes se pratiquait avec l'ongle de l'index. Les ongles des accoucheurs étant désormais coupés très courts, et la pression du doigt restant souvent insuffisante, on a dû abandonner cette manière de procéder. On se servait autrefois, dans les cas où l'ongle ne suffisait pas, d'un cure-dents, d'un cure-oreilles, d'une aiguille à tricoter. On emploie aujourd'hui des instruments plus appropriés au but que l'on se propose, et aux règles de l'asepsie. Tel est le *perce-membrane métallique de Pinard* qui peut être flambé et stérilisé. Telle est aussi la tige de baleine munie à son extrémité d'une pointe d'os ou d'ivoire effilé, qui est également très employée. L'un ou l'autre de ces instruments doivent désormais trouver leur place dans toutes les trousse d'accoucheurs. Il est inutile de faire remarquer qu'ils doivent toujours être stérilisés, avant de s'en servir.

Avant de rompre les membranes, on donne une injection vaginale, après avoir pratiqué une soigneuse toilette vulvaire, car c'est à partir de ce moment que l'asepsie du canal génital devient une règle impérieuse.

L'accoucheur relève la manche du bras pour éviter d'être souillé par le flot du liquide qui va s'écouler, et a soin de placer des serviettes douces entre les jambes de la parturiente. Il attend le moment d'une contraction pendant laquelle la poche est tendue et saillante. Certains accoucheurs introduisent deux doigts, l'index et le médius accolés. L'index suffit, à mon avis. Le long de ce doigt dont l'extrémité appuie sur les membranes, on conduit parallèlement à son axe le *perce-membrane* et on ponctionne la

poche par une pression légère sur la tige. On retire l'instrument et on aggrandit avec le doigt la solution de continuité. Pendant que le liquide s'écoule, on laisse le doigt dans le vagin pour s'assurer qu'une anse du cordon n'est pas entraînée par le flux du liquide amniotique.

Quand les membranes sont appliquées presque exactement sur le cuir chevelu, circonstance dans laquelle la poche est dite *plate*, il faut attendre une contraction un peu énergique et ponctionner obliquement, et avec prudence, pour ne pas blesser la tête.

Tout le monde connaît les précautions de vigilance antiseptique dont il faut alors redoubler : changements fréquents des garnitures, lavage de la vulve, irréprochable propreté des mains de l'accoucheur et de l'assistante. Je n'insisterai pas sur ces détails, malgré leur extrême importance. Je dirai toutefois qu'ils sont souvent négligés par la garde et qu'il appartient au médecin, quand il ne donne pas lui-même — ce qui serait préférable — ces soins matériels, de veiller à leur minutieuse et parfaite exécution.

UROLOGIE CLINIQUE

LES REACTIFS DE TANRET ET D'ESBACH

Utilisés pour le diagnostic de l'albuminurie, donnent lieu à de graves erreurs.

Par le Dr BOUREAU

I.

On peut actuellement admettre comme réellement distinctes quatre espèces d'*albumines urinaires* que l'analyse élémentaire sépare nettement :

La *serine*, la *globuline*, les *nucleo-albumines*, et les *peptones*, ou plus exactement les *propeptones*.

La *serine* et la *globuline* sont des albumines dans la composition desquelles existe le soufre. Elles sont identiques aux deux albumines du sang et on les rencontre dans l'urine à peu près dans les mêmes proportions que dans le plasma sanguin — toutes les deux sont coagulables par la chaleur. — Leur dissociation se fait par le sulfate d'ammoniaque ou le sulfate de magnésie.

Les *nucleo-albumines* sont cette classe de création récente des albumines combinées au phosphore. Elles comprennent l'albumine phosphatée de Gaube, l'ancienne mucine, la pyine, etc... — Elles proviendraient pour la plupart de la désorganisation des épithéliums. Leur caractère le plus important est la coagulation à froid par l'acide acétique. — Elles se trouvent d'une façon normale dans l'urine à l'état de traces ; leur exagération constitue ce qu'on a appelé l'albuminurie physiologique.

Les *peptones*, ou mieux *propeptones*, constituent la classe des albumines solubles, ce sont des albu-

mines hydratées. Absence de coagulation par la chaleur, et réaction du Biuret constituent leur grand caractère.

Le tableau suivant groupera pour l'œil les principales réactions des albumines urinaires :

ALBUMINES URINAIRES

SÉRINE	GLOBULINE	NUCLEO-ALBUMINES	PEPTONES
Coagulent par la chaleur.			Ne coagulent pas par la chaleur.
Ne précipitent pas par acide acétique.		Précipitent par acide acétique.	Ne précipitent pas par acide acétique.
Ne précipite pas par sulfate de magnésie.		Précipitent par sulfate de magnésie.	
Précipitent par alcool, acide azotique, acide phénique, acide sulfurique, acide tannique, acide picrique et citrique (Esbach), et solution acétique et iodure double de potassium et de mercure (Tanret).			
		Pyine. -- Précipite par acide acétique, mais peut se redissoudre.	Ne précipitent pas par acide acétique, sulfurique.
		Mucine. -- Ne précipite pas par sulfate de magnésie. Ne coagule pas par la chaleur.	Précipitent par acide picrique et citrique (Esbach), par solution acétique et iodure double de potassium et de mercure (Tanret).

II.

L'histoire pathologique de ces différentes albumines est encore obscure. — La peptonurie entre autres que l'on constate dans une foule d'affections les plus variées n'a pas encore une signification clinique bien établie.

L'origine des nucleo-albuminuries est tout au moins aussi incertaine. Elles peuvent exister avec l'intégrité de l'épithélium rénal; elles constituent ce qu'on a appelé les albuminuries physiologiques si contestées actuellement.

Reste la sérinurie et la globinurie dont la signification clinique est intacte. Ces deux albumines, sérine et globuline, sont les deux *albumines brillantes par excellence*.

Lors donc qu'un clinicien, suspectant son malade au point de vue rénal, veut rapidement, à l'hôpital ou chez le client, poser le diagnostic albuminurie, quitte à faire préciser plus tard ce diagnostic par le microscope et les dosages urologiques, il n'a qu'une question à résoudre : — *L'urine contient-elle de la sérine et de la globuline ?*

Il lui faut donc une réaction extemporanée, précise, qui soit limitée exactement à ces deux albumines.

Cette réaction existe. Il doit chercher si, par l'action de la chaleur sur l'urine *acide*, il obtient un précipité; ou mieux opérer sur un mélange à parties égales de l'urine et d'une solution saturée de sulfate de soude additionnée de quelques gouttes d'acide acétique.

Cette réaction ne le trompera pas. Elle décèle des traces d'albumine et constitue le meilleur procédé de recherches.

On a voulu s'affranchir de ces manipulations, éviter l'emploi de la chaleur et opérer à froid. On avait,

il est vrai, le procédé de Heller à l'acide azotique, mais on a voulu aller plus loin et posséder un réactif plus sensible.

C'est alors que Tanret a proposé son réactif composé d'une solution acétique d'iodure de potassium et de bichlorure de mercure.

Plus tard, Esbach a fait connaître son procédé. Il consiste à précipiter l'albumine par une solution d'acide picrique et d'acide citrique dans l'eau.

Ces deux procédés agissent à froid. Ils ont vite conquis la faveur des praticiens, d'autant plus qu'à l'aide d'un tube gradué, on pouvait doser approximativement la quantité d'albumine précipitée.

Actuellement encore, j'ai vu ces procédés employés fréquemment et je crois qu'il y a lieu d'éclairer les confrères sur leur valeur.

III

Comme on l'a vu plus haut la question des albumines n'est plus aussi claire ni aussi simple qu'elle se présentait autrefois. Les albumines doivent être dissociées, puisque certaines sont indépendantes d'une lésion rénale, tandis que d'autres méritent le nom d'albumines *brillantes*. La dernière communication d'Arnozan et de Tallamon au congrès de Nancy a indiqué d'une façon très nette, je ne dis pas définitive, ces distinctions. Or, si nous examinons à ce point de vue le réactif de Tanret, on constate qu'en outre de la sérine et de la globuline il précipite les peptones. Bien plus il précipite les alcaloïdes.

De sorte qu'en l'employant, on obtient un précipité qui peut être composé d'éléments les plus disparates.

Que le malade prenne du sulfate de quinine, vous obtiendrez un trouble laiteux qui peut être pris pour de l'albumine.

Qu'il élimine sans lésions rénales des peptones, vous obtiendrez un précipité abondant.

En face de cette incertitude on est obligé de recourir à des réactions complémentaires, et en résumé le réactif ne vous a rien appris, on vous a induit en erreur.

Il y a longtemps du reste que M. le professeur Jaccoud (1) a signalé ces dangers : « Le Tanret précipite trop de chose qui ne sont pas de l'albumine vraie ou sérine, et je ne puis m'empêcher de remarquer que c'est depuis la vulgarisation de ce réactif que l'on a si fréquemment trouvé de l'albumine dans l'urine des individus bien portants. »

IV

Les mêmes réflexions sont applicables au réactif d'Esbach. Comme on a pu le remarquer plus haut il précipite les *peptones*.

Si donc l'urine examinée contient, comme cela se produit fréquemment dans les maladies infectieuses, une forte proportion de peptones et une petite quantité de sérine ou de globuline, en appliquant le procédé d'Esbach, vous obtiendrez un coagulum d'albumine.

(1) Clinique médicale, 1886, Jaccoud.

nant d'après les indications du tube gradué 1 à 2 grammes d'albumine alors que l'urine contient 15 ou 20 centigrammes d'albumine vraie.

Les erreurs qu'il occasionne sont parfois plus graves encore.

Il précipite les alcaloïdes, parfois les urates et l'antipyrine.

Nous avons fait l'expérience suivante : 1 gr. d'antipyrine est absorbé un soir par un adulte bien portant, l'urine du matin est recueillie et on l'essaie avec l'Esbach. On obtient un précipité très net qui aurait permis de poser le diagnostic albuminurie.

Que cette urine ait été adressée à un chimiste se contentant de cette seule réaction, il est clair qu'on n'aurait abouti à une erreur de diagnostic, on n'aurait pas pensé à incriminer cette dose d'antipyrine prise parfois à l'insu du médecin par le malade.

Nous avons eu entre les mains des urines de peptonuriques qui coagulaient au point d'indiquer sur le tube gradué des proportions de 1 à 2 gr. d'albumine et qui, vérifiées par d'autres procédés, ne contenaient pas trace de serine ou de globuline.

Nous avons noté entre autres l'histoire d'une malade déclarée albuminurique, alors que ses urines contaminées par un écoulement leucorrhéique ne contenaient que les nucléo-albumines et les peptones que renferment ces sécrétions. On avait dû faire le diagnostic avec le Tanret ou l'Esbach.

La conclusion qui s'impose est donc formelle ; on doit abandonner ces deux réactifs, puisque, employés seuls, ils sont incapables de fournir un diagnostic sûr et qu'il est toujours nécessaire de les contrôler par d'autres procédés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE ET ANALYSES

CHIRURGIE DE LA FACE, par F. Terrier, Guillemain et Malherbe, chez Félix Alcan, 108, boulevard St-Germain (1 vol. cartonné, 4 francs, 214 figures intercalées dans le texte).

Ce court volume est le résumé des leçons sur la chirurgie opératoire de la face professées à la Faculté de médecine en 1894, 1895 par le professeur Terrier.

Deux anciens internes du maître ont recueilli ses leçons, M. Guillemain a rédigé les parties concernant la chirurgie des maxillaires, des lèvres, des joues, de la bouche et du pharynx ; M. A. Malherbe s'est chargé de la chirurgie du nez, des fosses nasales et de leurs annexes, des sinus de la face.

La chirurgie des nerfs de la face n'a pu encore trouver place dans ce volume et doit faire l'objet d'une publication ultérieure.

Ce traité de la chirurgie de la face est donc bien en toute réalité l'œuvre de l'éminent professeur, ce qui met hors de doute sa haute valeur. De plus il remplit une véritable lacune de la thérapeutique chirurgicale, car depuis l'ère moderne aucun ou-

vrage d'ensemble n'avait été publié sur la question et des mémoires épars seuls comblaient imparfaitement la lacune.

Ce petit livre dans lequel sont étudiés si minutieusement les résections maxillaires, le bec de lièvre, la chiloplastie, la staphylorrhaphie, etc. me paraît indispensable non seulement au chirurgien de profession mais encore au praticien exercé, qui ne recule pas, à l'occasion, devant une intervention nécessaire et de moyenne gravité.

Viennent de paraître, à la *Société d'éditions scientifiques*, les livres suivants :

HYGIÈNE ET TRAITEMENT DU DIABÈTE, 6^e édition, par le Dr E. Monin, (1 vol. 3 fr.). Dans un court exposé, l'auteur rappelle comment peu à peu, un traitement rationnel contre le diabète a pu enfin être institué. « Agir vite avant les complications, tel est le point important, nous dit le Dr Monin ; aujourd'hui un diabétique trouvera la santé à Vichy ou à Carlsbad, dans six mois, devenu tuberculeux, il y trouverait la mort. »

Puis les médications rationnelle, du diabète, les médications symptomatiques, la question des interventions chirurgicales sont abordés dans une étude approfondie.

Enfin, et dans cet excellent traité, cette partie ne sera peut-être pas la moins appréciée des praticiens, un *formulaire du diabète*, extraordinairement complet, termine l'exposé thérapeutique devenu ainsi aussi pratique que possible.

HYGIÈNE ET TRAITEMENT CURATIF DES TROUBLES DIGESTIFS, par le Dr E. Monin (1 vol. 4 francs).

Après quelques conseils généraux d'hygiène alimentaire, quelques justes recommandations sur la valeur des principaux agents thérapeutiques et leur emploi, l'auteur étudie successivement les diverses formes cliniques de la dyspepsie gastrique et intestinale. Les dyspepsies nerveuse, sympathique, symptomatiques, d'autres altérations morbides sont consciencieusement passées en revue.

L'auteur enfin termine par un formulaire des médications rationnelles et symptomatiques que tout médecin aurait intérêt à posséder et consulter.

LES LOIS DE LA CRÉATION DES SEXES, par le Dr A. Cleisz, (1 vol. cartonné, 3 fr.). L'auteur croit qu'en suivant ses conseils, chacun est libre d'avoir des garçons, ce qui lui semble vraiment préférable.

Son opinion se fonde sur la théorie de Thury vérifiée par les expériences sur les animaux, par l'étude des conditions de la natalité dans l'espèce humaine.

La donnée fondamentale est celle-ci : Le sexe dépend du degré de la maturation de l'œuf au moment de la fécondation, l'œuf qui n'a pas atteint un certain degré de maturité donne une femelle et inversement.

ÉLÉMENTS D'ANALYSE CHIMIQUE MÉDICALE, APPLIQUÉE AUX RECHERCHES CLINIQUES, par le Dr Sonnié-Moret

(Société d'éditions scientifiques ; Paris, 1897 ; (1 volume 6 francs.)

Dans le livre du Dr Sonnié-Moret, le médecin trouvera tout ce qui a trait à l'urine, au sang, aux sérosités, au suc gastrique, à la bile, à la salive, au lait ; il pourra se mettre au courant de tous les procédés d'analyse et opérer par lui-même s'il n'a pas dans son voisinage un laboratoire à sa disposition.

LA THÉRAPEUTIQUE DES VIEUX MAÎTRES, par le Dr Fiesinger (d'Oyonnax), membre correspondant de l'Académie de médecine (Soc. d'édit. scientif. Paris 1897 ; prix 7 fr. 50).

Tous ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine liront avec plaisir le livre de notre confrère. Ils vivront quelques soirées avec « les vieux maîtres » ils connaîtront autrement que de nom nos ancêtres en médecine depuis le premier siècle de notre ère jusqu'au commencement du XIX^e siècle. Ils s'initieront non seulement à la thérapeutique mais encore aux doctrines de médecins tels que Celse, Avicenne, Fracastor, Plater, Fabrice d'Aquapendente, Van Helmaont, Sydenham, Lancisi, Stahl, Bagliri, Boerhave, Cullen, Barthay, Stoll, Chopart, Franck, Pinel, Corvisart, Broussais, Bayle, Rostan et tant d'autres.

LE SÉRUM ANTI-DIPHTÉRIQUE (*Sérum de Roux*), par le Dr R. Petit. Thèse. Paris, 1896 (Jouve, éditeurs.)

Nous sommes heureux de signaler à nos confrères l'importante thèse de M. le Dr R. Petit (de Tours), sur les effets physiologiques et cliniques du sérum de Roux.

Dans son intéressant mémoire, notre confrère, après avoir étudié l'action du sérum sur les diverses manifestations et complications de la diphtérie, examine les légers accidents imputables au sérum.

Voici l'énumération de ces accidents : Sur 1000 injections, 4 abcès insignifiants, deux par faute d'antiseptisme, un dû au sérum, une adénopathie légère.

Sur 300 enfants longuement observés, neuf arthralgies, jamais de suppuration d'un article.

Des éruptions ont apparu dans près de 30 0/0 des cas observés. Les éruptions s'accompagnent parfois d'albuminurie et de diarrhée, avec élévation de la température à 39°.

Les poussées rénales n'ont jamais été graves, les accidents ont toujours été bénins. Ils sont imputables aux difficultés qui existent encore dans la préparation d'un sérum débarrassé de substances inutiles et nuisibles.

MÉDECINE PRATIQUE

DE QUELQUES MODES DE TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE SUPPURÉE AIGUE

Par le Dr G. Labit.

Parmi les maladies de l'oreille que le médecin est le plus exposé à rencontrer, l'otite moyenne puru-

lente est sans contredit, non seulement une des plus fréquentes, mais encore la plus grave, tant au point de vue de la fonction de l'organe lui-même qu'au point de vue de l'existence du malade. Tous les auristes sont d'accord sur la gravité de cette affection, et Wilde a pu ainsi résumer leur opinion : « Tant qu'il existe une otorrhée, nous ne pouvons savoir quand, ni comment, ni où elle se terminera, ni où elle peut conduire.

Puisqu'il est réservé dans ce journal une place pour la médecine pratique, j'ai pensé que choisir, parmi la multitude de traitements proposés contre cette maladie, quelques-unes des méthodes les plus efficaces et les plus commodes à employer, serait rendre service à ceux de mes confrères qui n'ont ni la facilité ni les loisirs de le faire.

Je ne m'occuperai ici que des otites moyennes purulentes aiguës à marche normale, que le médecin est souvent appelé à voir et à traiter.

Les complications qui surviennent au cours de cette affection nécessitant pour leur traitement des connaissances et un outillage plus spéciaux, leur étude me paraîtrait sortir des limites du cadre pratique que je me suis imposé.

Dans l'otite moyenne purulente aiguë, les premiers symptômes, accusés par le malade consistent d'abord dans une sensation de plénitude avec chaleur et démangeaisons du fond de l'oreille. Ces troubles accompagnent le plus souvent où suivent de près une angine simple ou scarlatineuse, un coryza, une rhinite morbilleuse, etc., dont l'existence, cause première de l'affection, éclaire le médecin sur son étiologie. Bientôt la gêne du début se transforme en douleurs de plus en plus violentes, la surdité et les bourdonnements apparaissent, l'état général devient mauvais, la langue est saburrale, et une fièvre pouvant aller jusqu'au delà de 40° s'établit. L'examen de l'oreille au moyen du spéculum montre, dans les premières heures de la maladie, une rougeur considérable du pourtour du tympan et surtout des vaisseaux qui longent le manche du marteau. Un peu plus tard le tympan perd sa transparence, le triangle lumineux s'efface, l'infiltration de la membrane se prononce, masque le manche du marteau et son apophyse externe jusqu'à les rendre invisibles.

Dans les cas suraigus on voit se former à la surface du tympan des vésicules hémorragiques. Pendant ce temps, un exsudat séreux, hémorragique ou purulent se forme dans la caisse, repousse et fait bomber en dehors la membrane du tympan et finit par la rompre.

Si le médecin voit le patient au début ou dans les premiers jours de la maladie, son devoir est de tenter de faire recéder l'affection. Il pourra user d'un premier procédé : l'application continue du froid sur l'oreille (sachets de glace, tubes de Leiter, etc.). Ce moyen, quoique excellent, est souvent difficile à appliquer d'une façon convenable, surtout chez les enfants, en raison de leur indocilité. Un autre procédé dont la valeur est beaucoup dis-

cutée est l'application des sangsues ; j'en ai cependant obtenu de bons résultats en les employant dès le début et en faisant surtout attention à la place où elles doivent être posées (le long de la ligne d'insertion de l'oreille, près du tragus, en avant, près de la ligne d'attache du pavillon en arrière). Là est peut-être la cause de la variation constatée dans leur efficacité ; la douleur cède souvent très rapidement à cette médication.

Si, pour une raison quelconque, ces deux moyens sont inapplicables, il reste encore à essayer les instillations de liquides. A ce propos, je répéterai avec beaucoup d'auristes que l'on doit proscrire les *solutions huileuses* que les malades s'introduisent généralement dans l'oreille pour calmer leurs douleurs. Ces huiles séjournent dans le conduit, rançissent, et sont au bout de quelques jours une cause de démangeaisons incommodes et d'infection secondaire de la caisse, lors de la rupture spontanée du tympan. Les solutions *aqueuses* antiseptiques ne sont pas non plus à recommander ; quoique n'ayant pas les inconvénients signalés plus haut au sujet des solutions huileuses, elles peuvent néanmoins produire promptement une macération de l'épiderme du tympan et favoriser ainsi une rupture prématurée. Elles produisent aussi chez certains sujets un gonflement du conduit, qui devient plus tard un obstacle grave à l'écoulement facile du pus.

J'accorde, avec Haug et plusieurs auteurs, la préférence à la glycérine phéniquée au 1/15 et même au 1/10. Cette solution présente plusieurs avantages : 1° Elle ne produit pas de macération de la peau du conduit ni du tympan ; 2° l'acide phénique, qui même en solution concentrée dans la glycérine n'est pas caustique, exerce une action locale anesthésiante qui diminue souvent les douleurs ; 3° enfin en raison même de sa concentration, ce médicament entretient une asepsie parfaite de l'oreille, précieuse en cas de paracentèse, ou qui met la caisse à l'abri de l'infection secondaire produite par les microbes du conduit, si la perforation a lieu spontanément.

Le médecin pourra donc employer les instillations de glycérine phéniquée en solution tiède, de 3 à 6 fois par jour, chaque fois remplir le conduit jusqu'à la conque, laisser ce bain de 10 minutes à 1/4 d'heure, puis vider l'oreille et boucher le méat avec un tampon d'ouate stérilisée.

On peut encore faire usage d'une solution de sublimé avec l'alcool (Haug) suivant la formule : Sublimé 0,10 cent. à 0,20 cent. glycérine et alcool absolu, à 50 grammes ; mais ce mélange est un peu irritant.

Si, après 2 jours de cette médication, les douleurs persistent ou deviennent plus considérables, le médecin, sans hésitation, devra faire la paracentèse du tympan, qui, en ouvrant prématurément une voie au pus, calmera la douleur et empêchera les accidents si redoutables de rétention, lorsque le tympan épaissi et résistant tarde à se rompre spontanément.

Cette opération n'est, du reste, ni longue, ni

difficile à pratiquer ; il suffit pour cela d'avoir à sa disposition une aiguille à paracentèse, petit couteau lancéolé à lame courte et tranchante sur ses deux bords, et montée sur une tige coudée à 45°.

L'opérateur, ayant aseptisé le conduit, s'il ne l'est déjà par le traitement précédemment indiqué, versera dans l'oreille quelques gouttes d'une solution de cocaïne au 1/10 afin de diminuer la douleur de l'incision ; l'instrument devra, de son côté, être parfaitement stérilisé par une immersion de quelques minutes dans un flacon rempli de chloroforme. Après avoir placé le malade devant lui, le médecin introduira un spéculum à oreilles dans le conduit auditif, puis s'éclairant de manière à en bien voir le fond, il fera avec l'aiguille une incision en arc de cercle à la *partie postéro-inférieure* du tympan. Cette place doit être choisie parce qu'en cet endroit la membrane est relativement éloignée de la paroi interne de la caisse que l'on a ainsi moins de chance de blesser, ce qui arriverait fatalement si la ponction était faite au centre, où le promontoire vient presque affleurer le tympan.

Aussitôt la perforation faite, l'exsudat se répand dans le conduit ; presque immédiatement d'ordinaire, les douleurs cessent et il se produit une sédation considérable dans l'état général. Le médecin doit bien se persuader qu'il est alors en présence d'un abcès ouvert et qu'il doit prendre toutes les précautions voulues pour en empêcher l'infection. A ce propos je parlerai des dernières recherches très intéressantes et surtout très concluantes qu'ont faites MM. Helme et Lermoyez, sur les infections secondaires dans les otites moyennes purulentes aiguës. Ces auteurs ont constaté que l'exsudat muco-purulent de ces otites était au début *monomicrobien* (pneumocoque ou streptocoque) mais que, au bout de peu de temps avait lieu une infection secondaire se substituant à la première et causée par un développement abondant de staphylocoques blancs et dorés.

Cette infection retarde la guérison et l'apport incessant des staphylocoques transforme l'otite purulente aiguë en affection chronique. Helme et Lermoyez ont encore montré, et c'est là le point pratique, que l'infection se faisait rarement par la trompe, mais par le cerumen du conduit et surtout par les *objets de pansement*, stylets, ouate, etc., insuffisamment stérilisés avant leur introduction dans l'oreille.

(A suivre.)

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.