

CLINIQUE INFANTILE

LA BRONCHITE CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT

Son traitement chirurgical

par le D^r Edmond CHAUMIER

I

Celui qui voudrait connaître la bronchite chronique des enfants, en étudiant les auteurs classiques, se trouverait bientôt dans le plus grand embarras, en face des opinions les plus contradictoires.

Certains la passent complètement sous silence ; d'autres la déclarent une rareté ; quelques-uns la considèrent comme fréquente.

Steiner (1), un de ces derniers, s'exprime ainsi à son sujet : « Chez bien des enfants, dès les premières semaines ou les premiers mois qui suivent l'accouchement, il s'établit un catharre des voies aériennes extrêmement opiniâtre et étendu qui affecte alors une marche chronique durant des années, entrecoupée d'aggravations aiguës temporaires. »

La fréquence de la bronchite à répétition, qui est une forme de la bronchite chronique a bien été notée par West (2) ; mais cet auteur la met sur le compte de la dentition.

« Le seul fait, dit-il, de l'approche d'une dent de la surface des gencives en détermine souvent les symptômes qui s'amendent quand cesse la cause d'irritation. Ces attaques alternent souvent avec des attaques de diarrhée, ou bien les deux existent en même temps. »

« Chez les enfants qui font leurs dents, dit-il encore, il n'est nullement exceptionnel de voir une nouvelle attaque de bronchite se produire chaque fois qu'une nouvelle dent approche de la surface de la gencive. »

Henoch (3) connaît bien la bronchite chronique, mais il en ignore la cause.

Il ne serait pas éloigné, cependant, d'accuser le rachitisme : « Les enfants rachitiques, dit-il, montrent une tendance extraordinaire aux catarrhes bronchiques. »

« Il existe chez beaucoup d'enfants une disposition individuelle très prononcée au catarrhe aigu des bronches, qui fait qu'ils en sont atteints à la suite d'un léger refroidissement et même souvent sans cause appréciable. On se trouve donc ici dans les mêmes conditions que pour le faux croup. Ces enfants contractent tous les ans au moins un, souvent plusieurs catharres qui, comme Rilliet et Barthez l'ont déjà fait remarquer, « par leur courte durée, leur retour fréquent, l'intensité de la dyspnée, et en

même temps le faible degré de la fièvre, se rapprochent des accès d'asthme des adultes. » J'ai moi-même rencontré souvent des cas de la sorte, même chez de très petits enfants, plus fréquemment encore dans la deuxième période de l'enfance ; j'apprenais alors que, depuis des années déjà, les enfants étaient sujets à des accès que l'on pourrait appeler « bronchites à répétition. »

« La cause de cette disposition ne nous est pas mieux connue que celle qui donne si souvent lieu au faux croup. Ce n'est que dans une partie des cas qu'on a pu reconnaître la persistance d'un catarrhe bronchique chronique sur lequel se greffent de temps en temps des attaques aiguës ; plus souvent, les intervalles étaient tout à fait libres et l'examen révélait partout l'existence d'un bruit de respiration tout à fait normal. »

Henoch cite cinq observations ; il a vu plusieurs fois le faux croup du début se transformer en bronchite.

Si Henoch accuse le rachitisme, Baginsky (1) renchérit sur cette cause. Pour lui, chez les enfants mal nourris et rachitiques, les catharres bronchiques sont tenaces et fort difficiles à guérir. Ils peuvent « durer des semaines et des mois avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation sans toutefois disparaître complètement » et produire de l'emphysème.

Sous l'influence de la bronchite, le thorax ramolli du rachitique subit, grâce à la pression atmosphérique, une dépression profonde.

Le rachitisme est encore mis en avant par Mercier (2). « C'est dans le rhume chronique, dit-il, de longue durée et chez les sujets rachitiques que se rencontrent les lésions bien connues de l'emphysème pulmonaire. »

Goodhart (3) ne parle pas du rachitisme ; la bronchite chronique, pour lui, succède aux bronchites aiguës, à la coqueluche, etc. ; il note cependant une déformation de la poitrine qui est étroite, aplatie d'un côté à l'autre avec proéminence du sternum.

Pour Comby (4), la bronchite peut être chronique d'emblée ou succéder à des maladies diverses : bronchites aiguës négligées, rougeole, coqueluche, athrepsie, syphilis, cachexies. Mais dans presque tous les cas, la scrofule serait cause de la durée de la bronchite. Il s'appuie sur ce que les enfants soignés par lui étaient atteints de ganglions cervicaux, de gournes (impetigo) ou de kératite scrofuleuse. Il admet aussi la bronchite chronique des rachitiques avec déformation de la poitrine et emphysème.

Sans pousser plus loin cette étude, je veux chercher ce qu'il y a de vrai dans les opinions qui précèdent.

(1) Johann Steiner : *Compendium des maladies des enfants*, traduit par Keraval. Paris, 1880.

(2) Charles West : *Leçons sur les maladies des enfants*, traduites par Archambault. Paris, 1881.

(3) Ed. Henoch : *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, traduites par Hendrix. Paris, 1885.

(1) Ad. Baginsky : *Traité des maladies des enfants*, traduit par Louis Guinon et L. Romme. Paris, 1892.

(2) Pierre J. Mercier : *Manuel de pathologie et de clinique médicales infantiles*. Paris, 1892.

(3) James F. Goodhart : *Traité pratique des maladies des enfants*, traduit par Variot et Follenfant. Paris, 1895.

(4) Comby : *Progrès médical*, 1884 ; *archives de médecine*, 1886 ; *Traité des maladies de l'enfance*.

Tous les auteurs cités s'accordent à dire que la bronchite chronique est assez commune. Ce sont tous des cliniciens de premier ordre et universellement connus ; on peut donc dès maintenant admettre comme vraie la fréquence de la maladie.

Les opinions diffèrent seulement sur l'étiologie. Le fait clinique a été bien vu, exactement décrit, mais chacun l'a rattaché à une cause différente.

L'influence de la dentition a dominé longtemps la pathologie infantile et occupe encore une place considérable dans l'étiologie des maladies des enfants, malgré les travaux de Magitot, de Kassowitz et de bien d'autres, sans parler des miens.

Dans le cas particulier, il est facile de combattre l'opinion de West en disant que souvent la bronchite à répétition débute longtemps avant la première dent, et que souvent encore elle débute alors que la première dentition est achevée. Si pendant les 18 mois ou 2 ans que dure l'évolution dentaire il y a coïncidence d'un accès de bronchite avec la sortie d'une dent, rien d'étonnant à cela, puisque pendant ce temps presque constamment des dents sont prêtes à se montrer. Et si l'on étudie chaque cas, on verra fréquemment le premier accès débiter longtemps avant la première dent ; et plus fréquemment encore la bronchite survivre à la première dentition.

Que la bronchite chronique succède à la bronchite aiguë, à la rougeole ou à la coqueluche, cela paraît tout naturel ; il faut bien qu'elle débute d'une façon ou d'une autre ; mais quelle est la raison qui la fait durer ? La scrofule, dit Comby ; le rachitisme disent Henoch, Baginsky et J. Mercier.

Il serait difficile de dire ce qu'est la scrofule (1). De cette maladie constitutionnelle il ne reste que le nom. La tuberculose s'est approprié la grosse part ; la famille de l'impetigo ne s'est guère fait la part moins grande ; et la syphilis a glané quelques débris. Il en reste peut-être encore quelques-uns mal classés, sans lien aucun entre eux, et qui tôt ou tard trouveront leur place.

Aussi Comby, qui, en 1884, proclamait l'existence de la bronchite scrofuleuse parce que ses petits malades avaient de l'impetigo du cuir chevelu, des oreilles ou de la cornée, met sur la même ligne, dans son *Traité des maladies de l'enfance* les cachexies diverses, l'athrepsie, la syphilis, et la scrofule.

Je ne m'arrêterai pas à me demander s'il y a des bronchites athrepsiques ou syphilitiques. L'athrepsie n'est pas une maladie, c'est l'état de l'enfant cachectisé par la diarrhée. Quant à la syphilis je ne sais pas quelle produise des bronchites ; et si tous les enfants atteints de bronchite chronique étaient des syphilitiques, la syphilis serait légion.

Reste le rachitisme. C'est surtout en Allemagne

qu'on a donné le rachitisme comme cause de la bronchite chronique. Dans ce pays le rachitisme tend à occuper en pathologie infantile la place délaissée par la dentition.

Le rachitisme cause la diarrhée, ou bien naît de la diarrhée ; il cause la bronchite chronique et l'asthme ; il cause le faux croup et le spasme de la glotte ; la tétanie et les convulsions.

Dans le rachitisme l'augmentation de volume des extrémités des côtes donne lieu à ce qu'on appelle le chapelet costal, qui existe seul dans les cas les plus simples. Mais les côtes ramollies peuvent se déformer, se briser même.

Si les os des jambes et des bras se courbent sous le poids du corps ou par suite d'efforts musculaires, les côtes, mues, 25, 30, 40 fois par minute par des muscles nombreux, et subissant l'influence de la pression atmosphérique, sont plus exposées encore.

Et cependant beaucoup de rachitiques ont un thorax presque normal. C'est que, ce n'est pas seulement le ramollissement des os qui provoque la déformation.

Lorsqu'un obstacle quelconque empêche la libre entrée de l'air dans la poitrine, il tend à se faire un vide, et la pression atmosphérique se fait sentir davantage à la surface. Le tirage du croup représente l'expression la plus nette de cet état.

Si une gêne respiratoire de quelque durée surgit chez un rachitique, la déformation thoracique, passagère dans le croup, deviendra permanente, et s'exagérera de plus en plus.

Or, l'obstacle supposé existe chez toute une catégorie d'enfants ; je veux parler de ceux dont le tissu adénoïde du pharynx nasal est hypertrophié.

Ces enfants sont très nombreux.

Mais l'obstacle à la respiration peut-il par lui-même amener une déformation de la poitrine chez un enfant non rachitique ?

Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, non seulement parce que ces lésions sont habituelles chez les adénoïdiens, mais parce que chez beaucoup d'enfants ayant des saillies plus ou moins prononcées du sternum ou des côtes, j'ai noté moi-même l'absence absolue du rachitisme.

Je pourrais citer un grand nombre d'observations, mais je me contenterai de la suivante déjà rapportée par Bartoli (1) :

24 juin 1893. — Joseph X..., 3 ans, pâle, n'ouvre pas la bouche ; palais ogival, grosses amygdales, tumeurs adénoïdes, souvent de petites fièvres (état aigu) qu'on ne sait à quoi attribuer ; rhumes de temps en temps. *Poitrine très bombée*. Aucune trace de rachitisme. A marché à 10 mois. Sa sœur âgée de sept ans, a marché à 1 an.

L'existence de la saillie du thorax chez de nom-

(1) « Prenez le lymphatisme, la tuberculose, la syphilis ; triturez, mélangez, brouillez, ajoutez-y une pincée de ce qu'on appelle l'arthritisme, une autre pincée de ce qu'on appelle l'herpétisme (si toutefois l'herpétisme existe), mélangez, brouillez de nouveau, agitez et servez ; vous obtenez un ragoût de produits disparates. C'est la scrofule (Leloir). »

(1) Th. Bartoli : *Des végétations adénoïdes du pharynx nasal*. Paris, 1893.

breux enfants non rachitiques explique l'erreur des auteurs allemands, erreur qui s'explique encore mieux lorsqu'on sait que la bronchite chronique et la bronchite à répétition s'observent chez les enfants atteints de végétations adénoïdes.

Dire pourquoi l'amygdale pharyngée hypertrophiée est sujette à des inflammations aiguës répétées; pourquoi ces inflammations se propagent non seulement aux trompes et à l'oreille moyenne, mais au larynx et aux bronches pour causer le faux croup, la bronchite à répétition, la bronchite chronique et l'asthme serait donner la cause véritable de ces maladies.

Nos connaissances bactériologiques ne sont pas assez avancées pour nous permettre d'aller aussi loin.

Je me contenterai d'affirmer, en m'appuyant sur un nombre considérable d'observations personnelles, que la présence de végétations adénoïdes du pharynx nasal, ou, ce qui est infiniment plus rare, de catarrhe chronique de cet organe sans végétations, coïncide toujours avec la bronchite chronique, et qu'en guérissant le naso-pharynx, on met un terme aux accidents bronchiques.

Si cette cause a échappé aux auteurs classiques, elle n'est pas restée inconnue aux otologues; mais ils ont surtout décrit la propagation de l'inflammation du rhino-pharynx à l'oreille moyenne, la bronchite chronique ne ressortissant pas de leur spécialité.

Je ne dois pas cependant omettre de dire que Le Gendre (1) admet les lésions du pharynx comme une des causes de cette maladie qu'il fait dériver surtout du neuro-arthritis (scrofule moderne).

J'ai insisté moi-même (2) un des premiers sur la fréquence de la bronchite chronique chez les adénoïdiens. Bartoli (3), dans sa thèse sur les végétations adénoïdes, consacre un chapitre à la bronchite chronique (4).

II

J'ai déjà parlé de la fréquence de la bronchite chronique et de la bronchite à répétition; il me reste à citer des chiffres. Sur 169 malades opérés par moi, pour des végétations adénoïdes, à ma clinique jusqu'en 1893, Bartoli a relevé 119 enfants sujets aux rhumes et aux bronchites à répétition; et 15 qui avaient toujours toussé plus ou moins — avec des recrudescences de temps à autre, — depuis les premiers moments de leur vie. Cela fait donc un total de 134 enfants bronchitiques sur 169

opérés. Il resterait à savoir quelle est la proportion d'enfants atteints de végétations adénoïdes relativement aux enfants ayant le naso-pharynx en bon état. Cela est plus difficile à établir. Tout ce que je puis dire, c'est que sur les enfants qui fréquentent ma clinique pour les affections les plus diverses, il y en a largement un tiers qui ont des végétations adénoïdes.

On consulte rarement pour la bronchite chronique en dehors des accès aigus.

C'est en interrogeant les parents sur les antécédents du petit malade, que le médecin arrive à savoir qu'il est *très fragile de la poitrine*. Un interrogatoire bien mené nous apprend que cette susceptibilité aux rhumes et aux bronchites remonte aux premières années, aux premiers mois de l'existence. Souvent on vous dit : « Depuis la rougeole, depuis la coqueluche il a toujours toussé ». En insistant, la mère avouera qu'auparavant il était déjà *fragile* et qu'il avait la *poitrine grasse*; c'est-à-dire qu'il avait fréquemment un gros râle trachéal ou pharyngien, entendu à distance et qu'il prenait souvent des rhumes légers.

Il y a deux choses à considérer dans la maladie : les accès aigus et les intervalles entre les accès.

SYMPTÔMES SPÉCIAUX AUX ACCÈS AIGUS.

Toux. — Dans les accès aigus la toux ressemble fort à celle de la bronchite vulgaire. Elle procède par petites quintes plus ou moins répétées, parfois par quintes coqueluchoïdes sans reprises le plus souvent, mais pouvant provoquer le vomissement. Certains enfants ont au milieu de ces quintes du spasme de la glotte et peuvent perdre connaissance.

Parfois l'accès aigu débute, comme l'ont indiqué les auteurs par de la laryngite suffocante, ce que l'on a appelé faux croup; mais il est bon de savoir que le faux croup qui est fréquent chez les adénoïdiens n'est pas forcément suivi d'un accès aigu de bronchite.

Percussion, auscultation. — La percussion donne un son clair dans toute l'étendue de la poitrine; dans des cas même la sonorité est exagérée en certains points, comme dans la bronchite chronique de l'adulte.

L'emphysème est la cause de cette exagération de sonorité. La gêne respiratoire due à l'obstacle naso-pharyngien, le tirage chronique, — comme on l'a appelé avec beaucoup de justesse, — et les quintes de toux répétées sont les causes de l'emphysème.

Dans les cas légers l'auscultation ne révèle rien qu'un peu de rudesse de la respiration. Lorsque la bronchite est plus intense, on observe des râles sibilants et ronflants, ou des râles muqueux.

Dans certains cas, la percussion dénote aux sommets un manque de souplesse du thorax, un peu de submatité; l'auscultation donne une expiration pro-

(1) Le Gendre : Traitement des bronchites chroniques chez les enfants. *Revue d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 1893.

(2) Académie de médecine, mars 1890. — De l'utilité de la connaissance des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal pour les médecins d'enfants (*La Médecine infantile*, 1894).

(3) Thèse, Paris, 1893.

(4) Il vient de paraître (21 janvier 1897) une thèse sur la bronchite chronique simple chez les enfants. L'auteur (M. Frouin) donne pour cause à cette maladie l'arthritisme et le lymphatisme.

longée et même soufflante en ces points. Il y a là certainement des lésions tuberculeuses, souvent très légères, mais qui peuvent se réveiller sous l'influence de la bronchite. Il ne faudrait pas croire pour cela qu'il s'agisse de bronchite tuberculeuse, il y a là un point de diagnostic de la plus haute importance pour la vie de l'enfant.

La bronchite aiguë peut se compliquer, comme toutes les bronchites, de broncho-pneumonie ; alors le souffle, la matité, les râles crépitants apparaissent. C'est une maladie surajoutée, une infection secondaire, qui ne laisse pas que d'avoir une grande gravité surtout chez un enfant dont les organes respiratoires ont déjà beaucoup souffert.

Fièvre. — La fièvre est nulle dans bien des cas, ou bien le thermomètre ne monte que de quelques dixièmes de degré ; mais dans les formes graves la température atteint 39°, 39°5 ; quelquefois plus. S'il survient de la broncho-pneumonie, la température se maintiendra entre 39°5 et 41 ; c'est même là un bon signe pour dépister la complication à son début, alors que l'auscultation ne donne encore aucune indication utile — ce qui peut même durer longtemps si la lésion occupe le centre du poumon.

Etat général. — Comme dans toutes les maladies aiguës l'enfant a soif, refuse plus ou moins les aliments ou le sein ; sa langue est recouverte d'un enduit saburral et l'haleine répand de l'odeur.

Le jeune malade ne demande plus à quitter son lit ; ou bien parfois, s'il s'agit d'un très jeune bébé, il crie sans cesse si sa mère ne le tient constamment dans ses bras.

L'accès aigu dure plus ou moins longtemps, 8 jours, 15 jours, un mois et plus, et les choses rentrent dans l'ordre, c'est-à-dire, ou bien que la toux disparaît complètement jusqu'à une nouvelle attaque, ou bien qu'il reste une toux moins fréquente, sans fièvre, ne gênant que peu le jeune malade.

SYMPTÔMES PROPRES A L'INTERVALLE DES ACCÈS.

Toux. — Dans bien des cas, la toux n'existe pas, ou pour ainsi dire pas, mais il y a un raclement pharyngien, un *hem*, nécessaire pour nettoyer l'arrière-gorge de ses mucosités. Souvent il persiste une petite toux insignifiante, assez semblable à celle de certains phtisiques pendant les périodes de calme.

D'autres enfants toussent ; ils ont toujours toussé depuis leur première bronchite. Après chaque accès aigu la toux diminue de fréquence et de force ; mais ils toussent quand même plusieurs fois par jour, soit pour débarrasser leur poitrine de quelques crachats ; soit simplement par suite d'un réflexe naso-pharyngien. Le plus fréquemment, la toux est légère et les enfants vont et viennent comme s'ils n'étaient pas malades. Ils n'ont pas de fièvre et l'appétit est passable et même bon. Quelques sujets ont des quintes fatigantes coqueluchoïdes avec ou sans vomissements. Parfois, sans qu'il y ait précisé-

ment d'accès aigu, il y a une augmentation de toux pendant deux ou trois jours.

Cet état relativement bon dure un mois, deux mois, six mois, puis survient l'état aigu, bronchite ou asthme.

L'état aigu passé, la toux disparaît à nouveau ou redevient rare comme auparavant.

Percussion, auscultation. — Rien à la percussion, à moins qu'il y ait en même temps des lésions tuberculeuses. Rien à l'auscultation si l'enfant ne tousse pas ; rien souvent s'il tousse. Dans quelques cas on entend quelques sibilances, ou quelques ronflements, rarement des râles muqueux.

Chez les asthmatiques en dehors de leurs crises, ou bien l'auscultation ne révèle rien d'anormal, ou bien elle laisse entendre des sibilances et des ronflements dans toute l'étendue de la poitrine. L'enfant est alors court d'haleine, un peu oppressé.

SYMPTÔMES COMMUNS A L'ÉTAT AIGU ET A L'ÉTAT CHRONIQUE.

Aspect général du malade. — Beaucoup d'enfants malgré leur maladie sont assez gras et ont l'air bien portants ; un certain nombre sont maigres, pâles, faibles, anémiques. Cette anémie et cette faiblesse peuvent s'expliquer par la déchéance organique faisant suite aux attaques répétées de bronchite aiguë. Pendant les accès aigus l'enfant a peu mangé, a mal respiré, a perdu ses forces. L'anémie et la faiblesse peuvent encore être dues à la gêne apportée à l'hématose par l'obstruction nasale. Mais pourquoi certains enfants ont-ils toutes les apparences d'une bonne santé malgré la lésion naso-pharyngée, malgré les accidents aigus répétés ayant dû les affaiblir. C'est que l'obstacle permet encore à l'air d'entrer ; c'est que ces enfants ouvrent largement la bouche pour suppléer à la respiration nasale insuffisante.

Lorsque l'obstruction est trop grande, lorsque cette obstruction ayant une certaine importance l'enfant n'ouvre pas la bouche, l'anémie et la faiblesse apparaissent ; ce que l'on comprend facilement.

Aspect de la poitrine. Je me suis déjà beaucoup étendu sur les lésions du thorax que beaucoup d'auteurs considèrent comme rachitiques. Ces lésions n'existent pas chez tous les bronchitiques, mais chez le plus grand nombre, et elles n'existent guère que chez les bronchitiques. Les enfants atteints de végétations adénoïdes, avec des symptômes auriculaires seulement, n'ont jamais de déformations thoraciques.

La déformation peut exister à des degrés divers ; tantôt la poitrine est légèrement bombée ; tantôt elle est globuleuse. Parfois il existe une saillie de chaque côté du sternum, cet os formant comme une gouttière au milieu. Dans les degrés les plus prononcés tout le centre de la poitrine fait une saillie considérable, côtes, cartilages, sternum : c'est la

poitrine en carène, en bréchet de poulet. Souvent la partie inférieure du sternum est au contraire renfoncée.

Les côtés du thorax sont également atteints. Ils sont aplatis ou creusés.

Les lésions ne se bornent pas toujours aux parties antérieure et latérales. On comprend que lorsqu'elles atteignent un degré avancé, la partie postérieure du thorax doit y participer. Chez quelques malades la colonne dorsale ne présente plus sa courbure normale; elle peut même être déviée. Quelques auteurs, parmi lesquels Redard, ont bien étudié cette scoliose.

Chez les enfants rachitiques, — car rien n'empêche les rachitiques d'avoir des végétations adénoïdes et de la bronchite chronique, — les déformations seront plus prononcées, cela se conçoit.

Symptômes du côté de la bouche. — J'ai déjà parlé de la bouche ouverte. De même que la poitrine bombée doit faire penser à la bronchite chronique ou à la bronchite à répétition, de même la bouche



ouverte doit faire penser aux végétations pharyngées. La bouche peut n'être que légèrement entr'ouverte; mais elle peut aussi être grande ouverte, les enfants ne pouvant pas la tenir fermée sans suffoquer. J'ai déjà dit que ceux qui fermaient la bouche étaient généralement plus faibles que les autres.

Dans la grande majorité des cas le palais est en ogive; souvent les dents supérieures de la seconde dentition sont mal plantées, chevauchant les unes sur les autres. Quelques auteurs expliquent l'atrophie du maxillaire supérieur par le manque d'usage de sa partie supérieure qui sert à la respiration. Le sinus lui-même disparaîtrait en partie; la face serait aplatie en lame de sabre, ce qui donnerait à la physionomie ce qu'on a appelé le *sachet adénoïdien*. Ces physionomies existent assurément, mais le plus grand nombre des enfants n'ont pas la face aplatie. Les photographies ci-contre d'enfants atteints de

bronchite chronique donneront une idée de la physionomie de ces malades.

En examinant la bouche on remarque souvent de l'hypertrophie des amygdales palatines et des follicules clos du pharynx, ce qu'on appelle des granulations; ce que plus tard, lorsque nos bronchitiques auront vieilli, on mettra sur le compte de l'alcool, du tabac ou des excès oratoires.



Symptômes du côté du nez et du pharynx. — Les narines sont quelquefois étroites, la cloison faisant une saillie d'un côté, et de l'autre laissant un creux. Du côté de la saillie le cornet inférieur est généra-



lement plus petit; du côté opposé il est énorme. Cette déviation de la cloison, qui tient en partie à la surélévation du palais, produit par elle-même une certaine gêne de la respiration.

J'ai déjà noté les granulations du pharynx; ces granulations grossissent et rougissent dans les périodes aiguës.

Pendant qu'on examine le pharynx il n'est pas rare

de voir descendre des parties supérieures du mucus jaunâtre. Ce sont ces mucosités qui nécessitent le râclage pharyngien si fréquent; qui, pour quelques auteurs, produisent les accès de faux croup en allant irriter le larynx pendant le sommeil.

Si l'on pratique le toucher du pharynx supérieur, on le trouve plus ou moins rempli par l'amygdale pharyngée hypertrophiée qui obstrue les arrières-fosses nasales et est l'obstacle principal à l'acte respiratoire.

L'amygdale pharyngée hypertrophiée s'enflamme plus ou moins fréquemment (adénoïdite aiguë) et donne lieu à un redoublement de tous les symptômes. C'est alors que les amygdales déjà hypertrophiées, les granulations pharyngées deviennent plus volumineuses, occasionnant un peu de gêne, rarement de la douleur. C'est alors que les symptômes auriculaires dont je parlerai tout à l'heure augmentent d'intensité; alors aussi que la bronchite devient aiguë.

Mais les poussées inflammatoires n'ont pas toujours un tel retentissement; souvent elles n'occasionnent qu'un peu de malaise, une fièvre légère inexplicable, que — lorsqu'il s'agit d'un tout jeune enfant — on se hâte de qualifier de fièvre de dentition.

Il arrive — cela est rare — qu'en examinant le pharynx nasal on le trouve vide; il existe alors une pharyngite chronique, sans végétations, qui produit absolument les mêmes désordres. Ces cas sont bien plus difficiles à guérir.

Symptômes auriculaires. — Beaucoup d'enfants atteints de bronchite chronique sont sourds. — Je m'explique. Ils ne sont pas sourds au point que tout le monde s'en aperçoive, mais leur audition est un peu atteinte. La plupart font répéter lorsqu'on leur parle. Dans les écoles on a remarqué que ces enfants sont inattentifs et paresseux.

Cette surdité légère vient, soit de l'obstruction de la trompe par les végétations ou par du mucus, soit de la participation de la trompe et même de l'oreille moyenne à l'inflammation.

Fréquemment les lésions auriculaires sont plus graves, il survient une otite purulente qui entraîne une déchirure du tympan. Cette otite peut disparaître spontanément, mais trop souvent il reste une otorrhée de longue durée pouvant provoquer des accidents cérébraux de la plus haute gravité.

Les douleurs d'oreilles si fréquentes dans l'enfance sont causées par des otites moyennes légères, d'origine adénoïdienne. Souvent dans l'interrogatoire des parents des bronchitiques, on retrouve ces otalgies.

Ganglions cervicaux. — Dans tous les cas, les ganglions situés derrière les angles de la mâchoire sont hypertrophiés. Quelquefois les ganglions du triangle sus-claviculaire sont également augmentés de volume; ils sont petits, durs, mobiles; tandis que les ganglions de l'angle de la mâchoire sont plus mous, plus gros et à peu près immobiles.

Autant que j'ai pu m'en rendre compte, généralement l'hypertrophie des ganglions du triangle

sus-claviculaire ne dépend pas des lésions amygdaliennes, mais plutôt de la tuberculose. Cependant, dans certains cas, elle semble bien être la conséquence de lésions pharyngées.

Symptômes nerveux. Troubles divers. — J'ai déjà parlé de la laryngite striduleuse, je ne m'y arrêterai pas; je mentionnerai encore les terreurs nocturnes, les cauchemars, les maux de tête qui sont fréquents chez les bronchitiques. Ces petits malades sont souvent des nerveux; lorsqu'ils sont petits, ils se pâment, se raidissent si on leur refuse quelque chose; ils grincent des dents, souvent la nuit, et chez les tout petits enfants on observe l'usure des dents de lait. Je passerai rapidement sur ces symptômes qui sont moins importants que ceux que j'ai signalés plus haut.

Il est une lésion assez fréquente chez les bronchitiques sur laquelle je m'arrêterai un instant; c'est une de celles que Comby traite de scrofuleuses, et qu'il a notée chez les petits malades dont il rapporte l'histoire. Je veux parler de la kératite phlycténulaire et de la blépharite ciliaire. On connaît parfaitement aujourd'hui l'origine microbienne de ces maladies, mais on a remarqué qu'elles se continuaient indéfiniment chez les adénoïdiens, partant chez les bronchitiques. La persistance des lésions de l'œil trouve une explication dans ce que, dans les cas d'obstruction nasale, le courant d'air ne facilite pas l'absorption des larmes par les points lacrymaux. Il y a une stagnation qui facilite la pullulation microbienne.

Prognostic. — Bien qu'en dehors des crises aiguës, la plupart des petits bronchitiques semblent jouir d'une bonne santé, le pronostic sera grave, car un enfant atteint de bronchite est toujours menacé de broncho-pneumonie et de mort; grave parce que la bronchite chronique se continuant dans l'âge adulte deviendra une infirmité; grave parce que cette bronchite chronique qui paraît bénigne chez l'enfant déterminera plus tard une dilatation du cœur, de l'asystolie et la mort; grave encore parce que si la bronchite chronique reste légère, les lésions qui l'accompagnent, notamment celles de l'oreille, peuvent amener des abcès du cerveau et de la méningite.

Il faut donc se hâter de soigner les enfants atteints de bronchite chronique et de bronchite à répétition; il faut que le médecin appelé pour toute autre chose dépiste cette maladie et expose aux parents toute sa gravité.

Traitement. — On pourrait diviser le traitement: en traitement des accidents aigus et en traitement de l'état chronique.

Lorsqu'on est en face des accidents aigus, le médecin ne peut guère faire autre chose que d'attendre qu'ils passent. Le règne du vésicatoire est fini, et bientôt on ne pourra plus compter, comme au temps de Boileau...

Combien en un printemps
Guénaud et l'antimoine ont fait mourir de gens.

Tout ce qu'on peut faire c'est de désinfecter les cavités naso-pharyngiennes en insufflant une poudre antiseptique (xéroforme, orphol, aristol, etc.); désinfecter le tube digestif également avec un antiseptique pulvérulent (orphol, xéroforme, benzo-naphthol). Injecter la gorge avec une solution légèrement antiseptique. Faire prendre des antiseptiques pulmonaires, créosotal, carbonate de gaïacol, eucalyptol, etc. Enfin, placer l'enfant dans les meilleures conditions hygiéniques.

Le traitement des accès aigus est bien le moins important; celui de l'état chronique est seul indispensable. Ce traitement consiste à détruire la cause du mal, à rétablir la perméabilité du naso-pharynx, à déraciner l'inflammation chronique de cette région.

Marage (1) a prétendu qu'on pouvait faire disparaître les végétations adénoïdes par des moyens purement médicaux, en badigeonnant ces végétations avec une solution de résorcine.

J'ai prouvé (2), le premier je crois, que les badigeonnages en question n'agissent aucunement sur les végétations. J'ai badigeonné moi-même un certain nombre d'enfants sans résultat, et j'ai dû opérer non seulement ces enfants, mais quelques autres qui avaient été soignés à Paris par la résorcine.

L'opération chirurgicale est donc indispensable. C'est du reste une opération facile, très courte et peu douloureuse.

Chez beaucoup de petits malades l'opération amène une cure radicale; chez d'autres une amélioration seulement. Dans ces derniers cas, il faut désinfecter à fond le canal naso-pharyngien; les irrigations antiseptiques, les badigeonnages iodés, ceux au chlorure de zinc, à la résorcine même, trouveront ici leur emploi. Les amygdales palatines qu'on a dû réduire, en même temps que les végétations adénoïdes, seront détruites jusqu'au fond de leurs loges à l'aide du galvano-cautère; les granulations seront grattées ou cautérisées au fer rouge. Avec beaucoup de patience de la part du médecin et des parents on arrivera toujours à un bon résultat, surtout si l'enfant est placé dans de bonnes conditions hygiéniques et soumis à la cure d'air.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

UN CAS DE CORYZA AIGU PSEUDO-MEMBRANEUX

par le Dr G. LABIT

L'existence du coryza fibrineux ou pseudo-membraneux, comme le désignent certains auteurs, a été longtemps méconnue, et, jusqu'en 1882, époque où Schüller en signala un cas, la littérature médicale n'en rapporte aucun exemple. Cependant cette maladie est loin d'être très rare et déjà, en 1890, Moure dans ses leçons, et Raulin, dans un travail d'ensemble sur cette question, ont pu en réunir un

assez grand nombre de cas. Il est probable que les faits de ce genre, antérieurs à celui qu'a publié Schüller, ont dû passer inaperçus ou ont été rapportés à une origine diphtéritique. Malgré tout, comme cette affection est en somme peu fréquente et par là même intéressante, il m'a paru bon d'en publier ici un cas que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement.

OBSERVATION : M. L..., 20 ans, employé aux bureaux du chemin de fer, vient me consulter au mois de novembre pour un enchyphrènement considérable survenu depuis quelques jours, accompagné de fissures et croûtes à l'entrée des narines.

Les antécédents héréditaires du malade ne présentent rien d'important à retenir, si ce n'est qu'il est de souche manifestement arthritique. Il nie avoir eu la syphilis et n'accuse, comme accident vénérien, qu'une blennorrhagie contractée il y a huit jours.

Sa santé est habituellement bonne. Au point de vue de l'affection dont il se plaint, il me dit avoir toujours été sujet aux maladies du nez et en particulier aux coryzas; il mouchait beaucoup autrefois, mais depuis un ou deux ans, la sécrétion est devenue moins abondante et plus épaisse lui donnant une sensation de sécheresse continue; il a fréquemment des fissures à l'entrée du nez, surtout dans le courant de l'hiver.

Il y a environ huit jours, il fut pris presque subitement de tous les symptômes d'un violent coryza : picotements, éternuements, hydorrhée nasale, etc., accompagnés d'une fièvre assez forte. Cependant, accoutumé qu'il était à ces attaques et pensant avoir affaire à un rhume de cerveau ordinaire, il n'y prêta qu'une attention médiocre et continua à vaquer à ses occupations.

Le surlendemain, il ressentit des douleurs frontales assez vives, eut dans la journée quelques épistaxis, et l'enchifrènement augmenta au point de rendre presque impossible le passage de l'air par le nez. Les jours suivants, la fièvre tomba mais la céphalalgie, les épistaxis et la sécheresse de la gorge causée par la respiration buccale persistant sans rémission, le malade effrayé se décida à venir me consulter.

C'est un jeune homme grand, d'apparence robuste; le nez paraît un peu rouge, légèrement tuméfié, présentant au pourtour de ses orifices et à la naissance de la lèvre supérieure des excoriations assez douloureuses recouvertes de croûtes jaunâtres. La voix est franchement nasonnée, la bouche ouverte, la respiration nasale impossible.

L'examen fait au moyen du spéculum montre du côté droit une masse d'un blanc jaunâtre obstruant entièrement l'orifice de la narine. Cette masse, faite d'une couenne épaisse, forme comme un bouchon fortement adhérent à la muqueuse qui recouvre le cornet inférieur, le plancher et la cloison.

Du côté gauche, même exsudat pseudo-membraneux, blanc, jaunâtre, sale, mais moins épais et laissant un interstice entre la cloison et le cornet infé-

(1) Académie de Médecine, 1895.

(2) Congrès de Pédiatrie de Bordeaux, 1895.

rieur. De ce côté, l'air peut encore passer un peu par cette fissure.

Je tente alors, au moyen de la pince de Duplay, de dégager l'entrée de la narine droite, et après quelques difficultés dues à la grande adhérence de la pseudo-membrane, et non sans avoir provoqué un léger écoulement de sang, j'arrive à mettre à découvert la muqueuse sous-jacente ; elle apparaît saignante et bourgeonnante ; mais après lavage, je peux m'assurer que cet aspect ne se prolonge pas plus avant que le tiers antérieur du cornet inférieur et de la cloison. A partir de ce point en effet jusqu'au naso-pharynx la muqueuse paraît lisse, rouge, tapissée par places de muco-pus, mais ne présentant ni fausses membranes, ni bourgeons saignants. Du côté gauche, je répète la même opération et je trouve la muqueuse dans le même état, mais de ce côté la lésion paraît avoir un peu moins d'étendue. L'examen rhinoscopique postérieur montre un peu de rougeur au naso-pharynx. Le pharynx est sec et luisant, le larynx est normal. Il y a absence complète d'engorgement des ganglions de la nuque et du cou.

Je porte le diagnostic de coryza pseudo-membraneux et conseille au malade de faire trois ou quatre fois par jour des irrigations nasales avec une solution de phéno-salyl. Je badigeonne aussi le siège du mal avec une solution iodo-iodurée forte.

Comme le malade avait vu son affection débiter quelques jours après l'apparition d'une blennorrhagie, je me demandai si le transport du pus blennorrhéique à l'entrée du nez, par l'entremise des doigts, n'avait pas pu être la cause de l'inflammation violente de la muqueuse nasale, et par suite de la production secondaire d'un exsudat fibrineux. J'examinai alors plusieurs préparations directes obtenues en frottant des parcelles de fausses membranes sur des lamelles et en colorant au rouge de Ziehl. Je pus constater, sur ces préparations, l'existence de nombreux micro-organismes difficiles à différencier à première vue, mais je ne pus trouver sur aucune d'elles la forme caractéristique du gonocoque objet de mes recherches. L'impossibilité de me procurer des milieux de culture à ce moment m'empêcha de pousser mon investigation plus loin.

Le malade revient le lendemain : il avait eu une légère épistaxis du côté gauche. Les fausses membranes s'étaient reformées. Après un nouveau nettoyage du nez, je badigeonne la muqueuse malade avec la solution iodo-iodurée. Continuation des lavages au phéno-salyl.

Deux jours après, je revois M. L., il respire plus facilement. Les couennes se sont reformées mais sont moins épaisses et laissent entre elles un espace appréciable des deux côtés. Il a eu encore quelques légers écoulements de sang. Les fissures de l'entrée du nez ont presque disparu. J'engage le malade à continuer le même traitement et à faire de plus lui-même tous les jours des badigeonnages iodo-iodurés. Je ne le revois que douze jours après, il respire facilement par le nez, la muqueuse, aux endroits où siégeaient les fausses membranes, est

un peu rugueuse, recouverte de petites croûtes jaunâtres ; le malade mouche peu. Il peut être considéré comme guéri.

RÉFLEXIONS. — La nature intime du coryza pseudo-membraneux est loin d'être exactement connue. En effet, si dans quelques cas on a pu produire artificiellement cette affection par des cautérisations chimiques ou galvaniques, par conséquent sans apport de microorganismes pathogènes, et si on a pu alors la considérer comme une simple production réactive d'une muqueuse très sensible, sous l'action d'un irritant violent, la même lésion se produit souvent par influence microbienne. Cette seconde forme de coryza fibrineux, désignée sous le nom de primitif, donne lieu à des discussions qui divisent les médecins en deux camps.

Pour les uns, le coryza fibrineux serait toujours polymicrobien et dû la plupart du temps au *staphylococcus pyogenes aureus* (Maggiore, Gradenigo), ou à d'autres bactéries variées (Seifert) à l'exclusion du bacille de Loeffler. Ce serait donc une affection bien déterminée et distincte, n'ayant pas de rapport avec la diphtérie. Ces auteurs s'appuient en outre sur la marche bénigne de la maladie et sur l'absence de propagation de la fausse membrane se reformant sur place et n'envahissant pas le naso-pharynx ni le pharynx.

Pour d'autres, et ceux-là s'appuient sur un grand nombre d'examen bactériologiques et même d'inoculations aux animaux, le coryza fibrineux serait diphtéritique la plupart du temps ; pour certains même, il le serait toujours (Eeman), même dans les cas de fausses membranes consécutives à la galvanocaustie, car ce serait alors précisément le bacille de Loeffler préexistant dans le nez, qui par sa pullulation produirait la couenne.

Cliniquement, les partisans de cette théorie s'appuient sur ce fait que souvent le coryza fibrineux a été le point de départ indiscutable d'une contagion de diphtérie pharyngée ou laryngée (Gevaert).

En résumé, il est probable, comme le pense Mayer que le coryza pseudo-membraneux n'est pas une maladie indépendante, mais n'est que le symptôme d'une infection qui, tantôt est causée par le bacille diphtéritique, tantôt par d'autres microorganismes tels que les staphylocoques ou le streptocoque.

Dans tous les cas, ce qu'il importe de noter, c'est que diphtérique ou non, cette affection, dans l'immense majorité des cas, a une marche bénigne et que la fausse membrane n'a aucune tendance à l'envahissement du restant du tube aérien supérieur.

Je ne veux pas terminer cet article sans en aborder le côté pratique et donner succinctement la symptomatologie et le traitement de cette affection.

Les causes étiologiques sont les mêmes en général que celles qui déterminent le coryza aigu simple ; cependant, comme on l'a vu plus haut, la maladie peut devenir contagieuse.

Les symptômes sont également semblables à ceux du coryza aigu, mais avec plus d'intensité : la céphalalgie frontale et l'enchifrènement surtout dominant.

A l'examen des fosses nasales, on voit que la muqueuse est recouverte d'un enduit fibrineux, blanc-jaunâtre, s'étendant plus ou moins loin et tapissant cette membrane. L'exsudat est plus ou moins épais, difficile à détacher, et laisse à découvert une muqueuse rouge et saignante. Cet enduit une fois enlevé se reproduit rapidement mais n'a pas généralement de tendances à l'envahissement. La durée de la maladie est de deux à quatre semaines, et il est rare qu'elle laisse après elle des complications sérieuses : les synéchies sont rares.

Le diagnostic est facile à faire lorsqu'on examine les fosses nasales au moyen du spéculum : cependant le microscope seul pourra éclairer complètement le médecin et lui fera connaître s'il est en présence d'une affection diphtéritique ou non. Comme nous l'avons vu plus haut, le pronostic est bénin.

Le traitement devra surtout viser à détacher les fausses membranes et à s'opposer à leur reproduction. On y arrivera par des lavages antiseptiques faits au moyen de solutions* boriquées, au phénosalyl, au borate de soude, etc. Puis une fois les couennes tombées, il sera bon de faire des applications locales d'astringents ou mieux des pulvérisations de nitrate d'argent à un ou deux pour cent.

Un procédé, recommandé par Moure et qui donne de très bons résultats, consiste à badigeonner la muqueuse après la chute de l'enduit fibrineux avec la solution iodo-iodurée suivante :

Iode métallique.....	0,10 centig.
Iodure de potassium.....	0,25 centig.
Acide phénique flocon.....	0,30 centig.
Laudanum	1 gramme.
Glycérine.....	45 grammes.

Il est inutile d'insister sur ce fait que dans le cas où le microscope aura décelé la présence du bacille de Lœffler, le médecin devra prendre toutes les précautions voulues pour éviter toute chance de contagion de la part de son malade.

STATISTIQUE

du service de médecine de l'Asile Gâtien de Clocheville
pendant l'année 1896.

par le D^r BEZARD

Dans l'année 1896, 459 malades sont entrés dans cet établissement (209 garçons et 250 filles).

Les résultats obtenus sont classés de la façon suivante :

Guérisons.....	407
Améliorations.....	34
Etats stationnaires	4
Morts	9

Cinq enfants sont encore en traitement, et nous ne pouvons préciser la date de leur guérison.

Les causes des décès sont les suivantes :

Tuberculose pulmonaire chronique.....	3
Broncho-pneumonie de nature tuberculeuse ..	1
Entérite tuberculeuse	2
Méningite tuberculeuse.....	3

Ce qui nous donne une moyenne de 2 p. 100.

La léthalité a été plus faible que les années précédentes (3 p. 100 en 1895), et elle a été nulle au point de vue des maladies franchement aiguës, *les décès n'ayant été produits que par des affections relevant du bacille de Koch.*

CLASSIFICATION

I. Maladies générales.

I. MALADIES DONT L'ORIGINE MICROBIENNE

EST DÉMONTRÉE ACTUELLEMENT.

A. Grippe.

4 cas

4 guérisons

B. Dothiéntérie.

21 cas

21 guérisons

Nous avons traité tous nos malades par des lotions à la température de l'eau ordinaire et nous avons employé la balnéation froide toutes les fois que le thermomètre a marqué plus de 39 degrés.

Deux de nos typhiques ont présenté des complications sérieuses, l'un du côté des bronches, l'autre du côté de l'endocarde.

C. Coqueluche simple.

4 cas

4 guérisons

Plusieurs autres enfants ont eu de la broncho-pneumonie ; nous y reviendrons en parlant de cette dernière maladie.

D. Diphtérie.

Nous avons eu deux angines traitées par le sérum de Roux, après examen bactériologique. L'une de nos malades a présenté au bout de quelques jours de la broncho-pneumonie double intense. Ne pouvant, à cause de l'installation insuffisante du service, faire usage des bains tièdes, nous avons ordonné les applications sinapisées, l'enveloppement humide, la caféine en potions et en injections.

E. Érysipèle.

Nous avons eu deux cas consécutifs à un écoulement nasal de nature lymphatique et nous avons obtenu deux guérisons.

F. Rougeole.

47 cas 7 avec bronchite double 1 avec broncho-pneumonie 47 guérisons

G. Scarlatine.

10 cas sans complications sérieuses, 10 guérisons.

II. MALADIES DONT L'ORIGINE MICROBIENNE

N'EST PAS DÉMONTRÉE ACTUELLEMENT.

A. Scrofulo-lymphatisme.

Sept malades ont eu des manifestations géné-

rales. En outre, l'un d'entre eux a présenté de la conjonctivite, l'autre de l'adénite sous-maxillaire assez accentuée.

Nous avons obtenu cinq guérisons et deux améliorations.

B. Affections rhumatismales.

Rhumatisme des muscles de la paroi abdominale.

2 cas 2 guérisons.

Rhumatisme articulaire aigu.

8 cas 8 guérisons Pas d'endocardite.

Érythème noueux.

4 cas 4 guérisons.

Purpura rhumatismal.

Un enfant est resté trois mois à l'hôpital avec de nombreuses rechutes et est cependant sorti guéri.

C. Anémie.

27 cas 26 guérisons 1 amélioration.

III. MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

A. Syphilis.

Deux enfants, ayant eu des accidents secondaires, sont sortis guéris et n'ont pas été revus depuis leur départ de l'asile.

B. *Prurigo*, causé par des pédiculi de corps et de tête.

5 cas 5 guérisons.

C. Impetigo.

20 cas du cuir chevelu

14 — de la face.

1 — du cou.

35 cas 35 guérisons.

D. Eczéma.

4 enfants ont eu de l'eczéma de la tête et ont quitté, guéris, l'asile après un long traitement.

E. Psoriasis.

Deux malades ont été seulement améliorés, cette affection étant sujette à de nombreuses récidives.

F. Erythème polymorphe.

2 cas 2 guérisons.

G. Teigne tondante.

Nous avons eu 13 cas, 11 guérisons. Pour les deux autres qui sont encore en traitement, il est impossible de fixer l'époque de leur sortie.

H. Pelade.

2 cas 2 guérisons.

II. Maladies locales.

I. MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

A. Aphtes.

2 cas 2 guérisons assez rapides.

B. Angines :

Amygdalite, 15 cas, 15 guérisons.

Angine herpétique, 1 cas, 1 guérison.

Angine à streptocoque, 4 cas, 4 guérisons.

C. Embarras gastrique.

20 cas 20 guérisons

D. Dyspepsie nervo-motrice.

6 cas 6 guérisons.

E. Hyperchlorhydrie avec dilatation de l'estomac.

Une enfant a été traitée par les lavages et le bicarbonate de soude, à haute dose, et elle est sortie améliorée.

F. Diarrhée par vice d'alimentation.

4 cas 4 guérisons

G. Entérite.

Nous avons eu deux enfants atteints d'entérite simple, qui ont été guéris, quatre ont présenté des symptômes d'entérite tuberculeuse. Deux sont morts.

Une fille était au 1^{er} janvier dans un état désespéré. La quatrième est sortie sans amélioration sur la demande de ses parents.

H. Appendicite.

1 cas 1 guérison.

II. MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

A. Bronchite aiguë.

101 cas 100 guérisons 1 amélioration.

B. Broncho-pneumonie.

Nos sept malades ont été traités par les bains de 28° à 30° et l'enveloppement humide du thorax. Ils sont sortis guéris sauf un qui était tuberculeux et qui a succombé. Plusieurs présentaient la broncho-pneumonie comme complication de la coqueluche.

C. Pleuro-pneumonie.

1 cas (à droite) 1 guérison.

D. Pneumonie.

18 cas 18 guérisons.

Douze doubles, deux à gauche, quatre à droite.

La balnéation tempérée a été appliquée à tous ces malades. Les bains ont souvent été peu nombreux ; quelquefois même un seul a suffi pour amener une détente.

E. Tuberculose pulmonaire.

23 cas 20 améliorations 3 décès.

III. MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

A. Endo-péricardite aiguë.

3 cas 1 guérison 2 améliorations.

B. Endocardite chronique. (Insuffisance mitrale)

1 cas même état

C. Myocardite aiguë.

1 cas 1 amélioration.

IV. MALADIES DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

A. Vulvo-vaginite sans gonocoques.

1 cas 1 guérison.

Traitement par les injections de sublimé.

B. *Vulvo-vaginite à gonocoques.*

3 cas 3 guérisons.

Traitement par les injections de permanganate de potasse, de résorcine et de sublimé.

C. *Néphrite chronique.*

4 cas 3 guérisons.

La quatrième enfant a eu des accidents urémiques, de la broncho-pneumonie, de la rougeole et est sortie améliorée.

V. MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

A. *Névroses.*a. *Épilepsie.*

3 cas

Les enfants ont été envoyés dans le service spécial de l'hôpital.

b. *Manie.*

2 cas

Les malades ont été dirigés sur le grand hôpital.

c. *Névrose simple.*

2 cas 2 guérisons.

B. *Chorée.*

7 cas 7 guérisons.

C. *Eclampsie.*

1 cas 1 guérison.

D. *Névralgie faciale.*

3 cas 3 guérisons.

E. *Zona.*

3 cas 3 guérisons.

F. *Maladie de Friedreich.*

Une enfant a été soignée à l'asile et a été réclamée par sa famille dans le cours du traitement ; son état était plus satisfaisant.

G. *Méningite tuberculeuse.*

4 cas 3 décès.

Le quatrième malade est mort dans les premiers jours de janvier 1897.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LES SUCCÉDANÉS DU TANNIN

par J. BRISSONNET

Les inconvénients du tannin sont, d'une part, sa solubilité dans l'estomac, d'où action presque nulle sur les lésions situées dans les portions inférieures du canal intestinal, et d'autre part, les phénomènes d'irritation qu'il provoque du côté de la muqueuse de l'estomac et le précipité qu'il forme avec la mucine, l'albumine et les substances gélatineuses. Aussi a-t-on cherché dans ces derniers temps à obtenir des préparations de tannin insolubles dans le suc gastrique et se dissolvant seulement dans l'intestin. Appartiennent à ces préparations le *tannigène*, la *tannalbine* et le *tannoforme*.

Le *tannigène* est un diacétate de tannin, c'est-à-

dire résulte de la combinaison d'une molécule de tannin avec deux molécules d'acide acétique.

C'est une poudre gris jaunâtre inodore et insipide, très peu soluble dans l'eau froide, et les acides dilués ; soluble dans les alcalis et les solutions diluées de phosphate et de carbonate alcalins, ainsi que dans l'alcool froid. La solution de tannigène possède une coloration jaunâtre et une saveur faiblement astringente qui devient à peine perceptible après l'addition de lait. Mis en contact avec des alcalis le tannigène met en liberté du tannin qui manifeste alors ses propriétés pharmacologiques. Pris par la bouche, il n'est pas décomposé dans l'estomac dont le suc est acide, mais il l'est dans l'intestin dont le suc est alcalin.

Il se donne à la dose de 0 gr. 10 trois fois par jour chez les enfants, et à la dose de 30 à 50 centigrammes chez les adultes.

La *tannalbine* est un composé de tannin et d'albumine contenant 50 0/0 de tannin. C'est une poudre jaune, insipide, inodore, elle a été employée dans les lésions intestinales, les diarrhées profuses en particulier, les diarrhées tuberculeuses.

La *tannalbine* se prescrit chez les adultes à la dose de 1 gramme (en cachets) répétée 2 à 4 fois par jour ; chez les enfants à la dose de 0 gr. 50, donnée 1 à 3 fois par 24 heures. Les cachets seront pris à peu d'intervalle les uns des autres. Tous les malades sans exception supportent bien la *tannalbine*.

Le *tannoforme* est une combinaison d'aldéhyde formique et de tannin contenant 94 0/0 de tannin.

Le *tannoforme* se présente sous forme d'une poudre jaune grisâtre, insipide, inodore, insoluble dans l'eau et les dissolvants organiques à l'exclusion de l'alcool, soluble dans les solutions diluées des alcalins, dont il précipite quand on ajoute un acide.

Le *tannoforme* étant formé de tannin et de formaldéhyde, il était à prévoir que, outre son action astringente, il agirait aussi comme antiseptique et dessiccant en raison des propriétés de la formaldéhyde. Aussi a-t-on employé avec succès le *tannoforme* pour le traitement des processus gangréneux, des eschares sacrées et dans un grand nombre d'éruptions (eczéma, impetigo, dermatites médicamenteuses, etc.). Enfin le *tannoforme* combat efficacement l'hyperhydrose localisée de n'importe quelle nature.

Comme médicament local, le *tannoforme* sera prescrit soit en poudre mélangée avec du talc :

Talc de Venise en poudre.	40
Tannoforme	10

Soit en onguent :

Tannoforme.	3
Vaseline	10
Lanoline.	20

A l'intérieur comme astringent et antiseptique intestinal. On l'emploie à la dose quotidienne de 1 gramme en 4 fois.

MÉDECINE PRATIQUE

RÉDUCTION DE LA LUXATION DE L'ÉPAULE

par le procédé de Kocher et soins consécutifs

par le D^r L. LAPEYRE

Un certain nombre de nos lecteurs nous demandent de leur rappeler les indications et la technique du procédé de Kocher qu'ils ne trouvent qu'insuffisamment décrites dans les Manuels de pathologie externe.

Nous nous empressons de nous rendre à leur désir et espérons que nos confrères voudront bien nous indiquer ainsi de temps à autre les points de pratique qu'ils désireraient voir traités dans ce journal. Nous nous ferons toujours un véritable plaisir de satisfaire aux desiderata ainsi formulés.

Le procédé de Kocher est le procédé de choix pour la réduction de la luxation habituelle de l'épaule c'est-à-dire de l'antéro-interne.

Il ne peut être employé dans la luxation en bas et perd de sa quasi-infaillibilité dans la variété intracoracoïdienne de la luxation antéro-interne.

Mais, il réussit à peu près à coup sûr, dans les variétés extra et sous-coracoïdienne *de beaucoup les plus fréquentes*, même au bout de plusieurs jours et de plusieurs semaines.

Sa supériorité sur les autres méthodes en dehors de cette puissante efficacité résulte des trois qualités suivantes, qui en font le procédé de douceur par excellence :

Il n'exige aucun déploiement de force de la part de l'opérateur ;

Ne nécessite aucun aide ;

N'exerce aucune violence sur le patient pour qui la douleur de la réduction se réduit au minimum.

La façon de procéder est la suivante :

Le patient, la poitrine et les bras nus, est assis sur une chaise, de préférence sur l'extrémité même de la chaise, loin du dossier et sur le bord qui répond à l'épaule malade. (La liberté de la succession des mouvements du bras malade est ainsi assurée.)

L'opérateur s'assied sur une deuxième chaise placée perpendiculairement à la première en regard du bras atteint.

Un aide appuie les mains sur les deux épaules du patient, ce qui fixe l'omoplate et rend la réduction plus aisée mais n'est nullement indispensable.

Puis les quatre temps suivants, *bien espacés*, sont exécutés :

1^{er} temps. — L'avant-bras est plié sur le bras à 90°.

La main gauche de l'opérateur lorsqu'il s'agit du bras droit (et inversement) appuie solidement le coude contre le tronc qu'il ne devra pas quitter.

C'est dans le maintien de cet appui que réside la seule force à déployer d'où l'indication de se mettre en côté du patient ainsi que nous l'avons indiqué. Une bonne pratique que nous recommandons con-

siste à porter le coude légèrement en arrière sur la paroi latérale du tronc avant de l'y appliquer.

2^e temps. — Le praticien veillant toujours à maintenir le *coude au corps* porte lentement, graduellement, la main gauche du patient en dehors dans le plan horizontal sans secousses, il doit arriver à amener l'avant-bras dans une position presque perpendiculaire en dehors à l'axe de l'humérus.

Ce 2^e temps est fondamental. De sa bonne exécution « Coude au corps, main portée très loin en dehors » dépend la réduction.

3^e temps. — Après un instant d'arrêt, le chirurgien se levant peu à peu pousse de sa main gauche le coude en avant en haut, en dedans, *c'est-à-dire en ne perdant pas le contact du corps* jusque vers la ligne médiane, pendant que la droite maintient toujours l'avant-bras du patient en rotation externe.

4^e temps. — Brusquement l'avant-bras est porté en dedans par une rapide rotation qui place la main du malade sur son épaule saine.

Ce 4^e temps, fait brusquement tandis que le 3^e est exécuté lentement et progressivement, est dans son exécution d'importance moindre. Le plus souvent la luxation est déjà réduite ou en voie de réduction au moment de son accomplissement, et le mouvement se fait presque de lui-même.

Bien exécuté, c'est-à-dire en marquant bien les temps, en surveillant le 2^e et le 3^e, la réussite dans un cas récent est à peu près certaine.

Un premier échec ne doit pas décourager, puis qu'aucune violence n'a été exercée, il est facile de recommencer, en veillant à éviter les fautes de méthode que l'on a pu commettre dans la 1^{re} tentative.

La luxation supposée réduite, le médecin vérifie si la coaptation des parties articulaires est bien certaine puis immobilise le bras malade dans une écharpe bien fixée *par lui-même* suivant le procédé recommandé par Tillaux.

Le malade est revu 48 heures après, l'écharpe défait, la réalité de la réduction à nouveau vérifiée.

L'écharpe est remise en place, retirée au bout de la huitaine, et dès lors contenu dans une légère écharpe, le bras est soumis à de légères manœuvres de mobilisation et de massage.

Ces soins consécutifs sont très importants au point de vue de l'avenir fonctionnel du membre.

L'atrophie du deltoïde est toujours à craindre après la luxation et le devoir du médecin est de prévenir autant qu'il est en son pouvoir cette déplorable conséquence du traumatisme.

L'examen de la sensibilité de la partie externe du moignon de l'épaule permet, du reste, de prévoir cette atrophie, l'anesthésie de ce territoire implique une lésion du nerf circonflexe qui innerve justement le deltoïde.

Il sera donc bon de toujours pratiquer cette recherche, avant même de pratiquer le Kocher et d'avertir s'il y a lieu le malade que la réduction de la luxation ne le garantira vraisemblablement pas d'une certaine diminution de l'activité fonctionnelle de son bras.

MENUS PROPOS SUR L'ASEPSIE ET L'ANTISEPSIE

par le D^r BOUREAU

L'asepsie d'une opération chez un paysan le plus dénué de tout peut être aussi rigoureuse que dans une salle d'hôpital.

Placez sur le feu la marmite remplie d'eau additionnée d'une poignée de sel ou de cristaux de lessive, plongez dedans instruments, pinces, fils à ligatures, ouate en tampons, mouchoirs, compresses, etc..., faites bouillir pendant un quart d'heure.

Dans la marmite placée près du lit, vos mains propres puiseront tout ce qui vous est nécessaire. Ayez soin d'y remettre les instruments à mesure qu'ils deviennent inutiles.

Le lavage des instruments avec une solution antiseptique est absolument insuffisant. Les mors des pinces, les anfractuosités, les parties protégées par une couche de corps gras ne sont pas aseptisés.

Le flambage et l'étuve seuls sont efficaces.

Le tout à l'étuve, idéal de l'asepsie, peut être appliqué très facilement. Presque toutes les cuisines actuelles possèdent un fourneau économique dont le four est une étuve parfaite.

Inutile de vous préoccuper du thermomètre. Enveloppez les instruments et le pansement à stériliser dans une feuille de ouate mince.

Laissez la porte ouverte pour que l'échauffement se fasse graduellement.

Retirez les objets quand la ouate prend une teinte rousse légère.

Vous avez atteint 165 à 175°.

C'est à cette température que le coton commence à se carboniser.

La lessive des ménagères est une des meilleures opérations aseptiques. Tout linge qui en sort est stérile.

Un drap passé à la lessive, placé dans une armoire, pris au milieu de la pile, donne des garanties de propreté très suffisantes.

Se laver et même se brosser les mains avec une solution de sublimé ne constitue pas un lavage suffisant. Examinez à la loupe la peau d'une main sortant de la liqueur de Van Swieten, vous trouvez le liquide réuni par gouttelettes séparées par des espaces de peau qu'il a respectée. Les plis, les rainures de l'épiderme ne sont pas mouillés.

Tout lavage des mains au sublimé doit être précédé d'un savonnage à la brosse et d'un lavage à l'alcool pour débarrasser la peau des corps gras qui empêchent le sublimé de s'étaler et de mouiller toute la surface de l'épiderme.

Faites nettoyer rigoureusement les mains et les ongles de vos accouchées. Les seins gorgés de lait sont douloureux, la malade y porte forcément les mains si quelque démangeaison l'incommode, ce

qui est fréquent. Un coup d'ongle, une légère érosion de l'épiderme est bientôt produite, et de ce mamelon écorché par des doigts d'une propreté douteuse partira volontiers quelque lymphangite bientôt suivie de développement d'abcès profonds.

Il vaut mieux laisser une plaie sans pansement que d'y appliquer un pansement sale.

La surface vive se recouvre de sérum bactéricide, le liquide se coagule, se dessèche sous l'influence de l'air. La croûte brune du début prend une teinte jaunâtre. Avec le pansement ouvert vous avez donné aux bactéries de la sécheresse et une basse température, alors qu'il leur faut pour se développer de la chaleur et de l'humidité.

Poudre de Lucas-Championnière :

Iodoforme	} parties égales.
Quinquina	
Benjoin	
Carbonate de magnésie	

Saturer d'essence d'Eucalyptus.

Cette préparation, beaucoup moins chère que l'iodoforme, peut s'employer en masse. Elle bouche les interstices des plaies, maintient le pansement sec et permet de faire des pansements rares. Elle dégage une odeur agréable, sa préparation est fort simple. Elle constitue un véritable embaumement des plaies.

L'acide borique est un antiseptique assez anodin. Sur une plaie stérile il remplit un rôle protecteur, mais sur une plaie infectée il est absolument insuffisant et n'empêche nullement la pullulation des bactéries pyogènes virulentes.

Bien panser une plaie ne consiste pas à la brutaliser à l'aide d'antiseptiques les plus vigoureux. Les solutions fortes d'acide phénique, l'iodoforme à pleines mains, les pommades antiseptiques irritantes, ont souvent plus retardé une cicatrisation qu'une légère infection.

Asepsie vaut mieux qu'antiseptie.

Le bacille du tétanos est un anaérobie strict. Il ne résiste pas longtemps à l'action de l'oxygène. Il lui faut un milieu de culture chaud, humide, à l'abri de l'air.

Une plaie anfractueuse réalise ces conditions.

Toute plaie ouverte, laissée exposée à l'air, a grandes chances d'éviter cette contamination.

Veillon rase le ventre de deux lapins, entame l'épiderme par des frictions au papier de verre et l'imprègne de cultures pures de tétanos.

Il laisse un lapin sans pansement.

Les plaies du second sont recouvertes de collodion.

Le premier lapin guérit presque toujours.

Le deuxième succombe régulièrement à un tétanos aigu.

L'anaérobose a été réalisée par cette occlusion.

La liqueur de Van Swieten, appliquée à la désinfection des crachats de tuberculeux, est absolument insuffisante.

Le sublimé coagule les matières albuminoïdes du crachat, enveloppe dans cette gangue le *bacille de Koch* qui reste à l'abri de l'antiseptique.

Prenez une lame de verre enduite d'une couche excessivement mince de crachats tuberculeux. Laissez-la en contact aussi longtemps que vous voudrez avec une solution de sublimé, faites sécher et raclez la pellicule. Introduisez les débris dans le péritoine d'une série de cobayes. Plus des trois quarts des animaux succomberont à la tuberculose.

Le meilleur désinfectant d'un crachat, c'est l'eau bouillante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE ET ANALYSES

FÉLIX ALCAN, Libraire-Éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris. — **Collection Médicale**, élégants volumes in-12, cartonnés à l'anglaise à 4 et à 3 francs.

Vient de paraître :

- Chirurgie de la face**, par les D^{rs} Félix Terrier, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Guillemain et Malherbes, anciens internes des hôpitaux, avec gravures 4 fr.
- Manuel théorique et pratique d'accouchements**, par le D^r A. Pozzi, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, avec 138 gravures 4 fr.
- La mort réelle et la mort apparente**, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mort apparente, par le D^r S. Icard, avec gravures 4 fr.
- Le Phtisique et son traitement hygiénique**, par le D^r E.-P. Léon-Petit, médecin de l'hôpital d'Ormesson, avec 20 gravures 4 fr.
- Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie**, par le D^r J. Laumonier, avec gravures 4 fr.
- L'alimentation des nouveau-nés**, Hygiène de l'allaitement artificiel, par le D^r S. Icard, avec 60 gravures 4 fr.
- L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales**, par le D^r S. Ribbing, professeur à l'Université de Lund (Suède) 4 fr.
- Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens**, par le D^r F. Lagrange, lauréat de l'Institut, 4^e édition 4 fr.
- De l'exercice chez les adultes**, par le D^r F. Lagrange, 2^e édition 4 fr.
- Hygiène des gens nerveux**, par le D^r Levillain, 3^e édition 4 fr.
- L'idiotie. Psychologie et éducation de l'idiot**, par le D^r J. Voisin, médecin de la Salpêtrière, avec gravures 4 fr.
- La famille névropathique. Hérité, prédisposition morbide, dégénérescence**, par le D^r Ch. Féré, médecin de Bicêtre, avec gravures 4 fr.
- L'éducation physique de la jeunesse**, par A. Mosso, professeur à l'Université de Turin. Préface de M. le Commandant Legros 4 fr.
- Manuel de percussion et d'auscultation**, par le D^r P. Simon, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures 4 fr.
- Éléments d'anatomie et de physiologie générale et obstétricale**, par le D^r A. Pozzi, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, avec 219 gravures 4 fr.
- Le traitement des aliénés dans les familles**, par le D^r Féré, médecin de Bicêtre, 2^e édition 3 fr.
- Petit manuel d'antiseptie et d'asepsie chirurgicales**, par les D^{rs} Félix Terrier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux, assistant de consultation chirurgicale à l'hôpital Bichat, avec gravures 3 fr.
- Petit manuel d'anesthésie chirurgicale**, par les mêmes, avec 37 gravures 3 fr.
- L'opération du trépan**, par les mêmes, avec 222 gravures 4 fr.
- Manuel d'hydrothérapie**, par le D^r Macario 3 fr.

Envoi franco contre mandat ou timbres-poste.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES « RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA RÉSECTION DU COUDE », d'après la statistique

de M. le D^r J.-L. Championnière, par le D^r Andréau, Th., Paris, 97. *Soc. d'Edit. scientifiques.*

Cette intéressante thèse est basée sur la statistique intégrale du D^r J.-L. Championnière, soit 36 résections depuis l'année 1884.

Sur ces 36 interventions, 29 ont été faites pour arthrites tuberculeuses, 7 pour remédier à une ankylose due 5 fois à un traumatisme, 2 fois à une luxation

La mortalité opératoire a été nulle.

Trois malades ont consécutivement succombé à une tuberculose pulmonaire ou méningée.

10 sujets : 8 opérés pour tumeur blanche, 2 pour ankylose ont été revus par l'auteur, 3 autres ont donné par écrit de leurs nouvelles qui étaient excellentes.

Les 10 malades revus sont ainsi classés par l'auteur :

7	avaient un résultat excellent,
2	— — satisfaisant,
1	— — médiocre.

Chez tous il y avait « une articulation mobile douée de mouvements actifs ».

Raccourcissement — en général 4.

Un seul malade présentait des signes de tuberculose (sur 7 opérés revus).

Deux gardaient une fistulette.

Les points particuliers de la pratique de M. Championnière sont les suivants :

L'excision, la *poursuite des fongosités* est faite avec un soin minutieux *avant le sciage des os*.

Aucun appareil plâtré n'est placé, un bon pansement volumineux maintient seulement le membre en demi-flexion et demi-pronation.

Pansement vers le 8^e jour.

La mobilisation hâtive est le but surtout pour suivi.

Dès le lendemain de l'opération, les doigts, le poignet, l'épaule sont mobilisés passivement ; après le premier pansement, l'on commence les mouvements du coude.

Au troisième pansement on mobilise franchement et on masse.

Il faut éviter de masser la région opérée et avoir en vue seulement le système musculaire.

Le massage (10 minutes environ) sera très doux et cherchera surtout à rendre au triceps son action, ce muscle étant le plus sujet à l'atrophie.

LES SANATORIA DE PHTISIQUES SONT-ILS UN DANGER POUR LE VOISINAGE, par le D^r S. A. Knopf de New-York, ancien assistant du D^r Dettweiller au Sanatorium de Falkenstein. G. Masson, éditeur.

L'auteur, partisan du Sanatorium à un seul bâtiment seul compatible avec la surveillance constante du malade qui est le point essentiel pour la réussite du traitement, répond aux craintes exprimées par quelques maîtres de l'hygiène qui voient dans de tels établissements de « véritables foyers de contagion ».

La réalisation des deux conditions suivantes écarte toute apparence de dangers :

- 1° Sanatorium assez éloigné de toute habitation ;
- 2° Surveillance du seul important facteur de la contagion « le crachat ».

Le malade ne crachera jamais ailleurs que dans un crachoir et l'immersion du crachoir et de son contenu dans l'eau en ébullition additionnée de carbonate de soude détruira le bacille.

Les ustensiles de table seront de même passés à l'eau bouillante après chaque usage.

La preuve certaine de l'efficacité de ces mesures est que dans son enquête sur tous les sanatoria, l'auteur n'a trouvé qu'une infirmière y ayant succombé à la phthisie. Encore était-elle de souche tuberculeuse.

Enfin la statistique des décès des indigènes de Falkenstein prise pendant les vingt années précédents et suivant l'établissement du Sanatorium donne une mortalité moindre, dans la dernière période, 11 0/0 au lieu de 18 0/0.

Conclusion : « Il y a nécessité à répandre dans le public l'idée qu'un Sanatorium bien tenu et bien surveillé n'est pas un foyer d'infection, mais qu'on y trouve au contraire moins de chances de contagion que partout ailleurs ».

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES PIEDS BOTS par le Dr G. de la Tourette, agrégé de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.

La bonne grâce de notre distingué compatriote nous permet de rendre compte à nos lecteurs de cette intéressante leçon clinique professée par lui à l'hôpital Hérold et destinée à faire partie « d'un traité de thérapeutique clinique des maladies nerveuses », dont nous serons heureux de saluer la venue. Le distingué professeur commence par rappeler les documents certains que l'anatomie et la chirurgie contemporaine ont apportés à la thérapeutique et à la pathogénie du pied bot.

Ainsi que le disait au dernier Congrès de chirurgie M. Forgue, l'étude anatomique du pied bot a montré sous l'influence des travaux du Dr Farabeuf que : « *Déplacements osseux d'abord, déformations ensuite, voilà comment le pied bot évoluait* ». En même temps cette étude anatomique démontrait la nécessité « de l'astragalectomie et de la résection coniforme larges » telle que la pratiquait déjà depuis quelques années le Dr Championnière (1).

Mais au delà de la lésion squelettique, comme origine de la luxation progressive de divers os du tarse les uns sur les autres « il est une altération plus haute qui lui a donné naissance ».

« Le pied bot est une résultante, c'est un trouble trophique qui a son origine ailleurs que dans les os ou dans les muscles ».

Et M. G. de la Tourette affirme en s'appuyant sur

de nombreux faits « que ce trouble trophique prend sa source dans le système nerveux ».

Dans la variété congénitale, le type avec impotence spasmodique (syndrome de Little) la lésion nerveuse originaire est indubitable, et a très généralement pour siège la corticalité.

Le type « avec impotence de la variété flasque », est aussi d'origine nerveuse.

Reste « la catégorie sans impotence » de beaucoup la plus fréquente ; ici encore les autopsies peu nombreuses malheureusement, découvrent à chaque fois que le système nerveux a été soumis à l'examen, une lésion caractéristique.

Donc la question paraît jugée, mais de cette interprétation pathogénique, la thérapeutique ne vait-elle pas bénéficier.

Assurément si ! Le syndrome de Little, par exemple, est parfois produit par l'heredo-syphilis (Fournier et G. de la Tourette) ; le traitement spécifique dans ces cas donne d'excellents résultats.

Dans les pieds bots avec impotence (flasque ou spasmodique) pendant au moins les deux premières années, le traitement ne peut être que purement médical.

Le pied bot hystérique relève d'un traitement préventif en fixant le membre en bonne position.

Les pieds bots paralytiques bénéficient dans une large mesure des soins consécutifs à l'intervention, électrisation, massage, etc.

Enfin, croit M. G. de la Tourette, bon nombre de pieds plats valgus douloureux reconnaissent pour cause une blennorrhagie généralement méconnue, et sont encore justiciables du traitement médical approprié à l'exclusion de toute tentative chirurgicale.

NOUVEAU FORMULAIRE MAGISTRAL, par les Drs A. Bouchardat, ancien professeur à la Faculté de Médecine de Paris, et G. Bouchardat, professeur à l'École de Pharmacie de Paris, membre de l'Académie de Médecine, 31^e édition. (1 volume in-18 de 690 pages, broché 3 fr. 50, cartonné à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Les éditions de ce livre, indispensable aux médecins et aux pharmaciens, se succèdent à courts intervalles et sont successivement mises au courant des découvertes de la thérapeutique. Nous signalerons, parmi les ajoutées de cette édition, le trional, qui prend une place importante à côté du sulfonal et du chloral, les préparations de menthol, de resorcin, d'ichthyol, de théobromine, de pipérazine et ses homologues, les glycéro-phosphates divers de chaux, de soude, de fers, introduits par M. Robin, les préparations de glandes thyroïdes de veau et de mouton, les sérums artificiels pour les injections cutanées, l'aldéhyde formique et ses dérivés employés comme antiseptiques, etc., etc.

Les nouveaux agents, sérums, liquides de cultures de bacilles pathogènes, ne pouvant être, d'après la loi, préparés dans les officines, les auteurs

(1) Dr Lapeyre, th. Doctorat, 1895.

se sont contentés d'en indiquer les cas et les modes d'emploi.

DES CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉDICATION SALICYLÉE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Dans une clinique récente le professeur Jaccoud traite avec son autorité habituelle des indications et contre-indications du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu. Nous résumerons en quelques lignes cette intéressante leçon.

La médication salicylée n'exerce une action thérapeutique efficace qu'à l'égard des manifestations articulaires du rhumatisme aigu; par contre, elle reste sans effet sur les complications viscérales. Dans les formes subaiguës, qui sont les plus ordinaires, et dans lesquelles les complications viscérales se sont montrées au deuxième septénaire, le salicylate de soude peut avoir pour résultat d'atténuer les douleurs articulaires et d'*aggraver l'état viscéral*. Des statistiques à l'appui le prouvent d'une façon péremptoire.

La médication salicylée doit donc être considérée comme le traitement exclusif du rhumatisme articulaire aigu; son usage est formellement contre-indiqué dans les formes viscérales de cette affection.

Que faut-il prescrire alors ?

L'éminent professeur recommande l'émétique à la dose moyennée de 0,40 centigrammes pour un adulte.

En général, dès le premier jour de l'administration de ce médicament, on observe la chute de la fièvre.

Parfois le deuxième jour la température remonte, mais le troisième jour la fièvre baisse à nouveau et cette fois d'une façon définitive.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FRACTURES DE L'OMOPLATE, par le Dr Joulia (Th. de Paris, 96.)

Dans cet excellent mémoire fait dans le service du professeur Le Dentu, l'auteur, ancien élève de l'École de Tours, après avoir montré l'extrême variété des fractures observées, l'insuffisance de leur description dans les traités classiques, cherche à en faire une monographie complète. Des observations très choisies, tant personnelles qu'empruntées à la littérature médicale française ou étrangère, viennent documenter l'excellent travail de notre compatriote qui devient ainsi d'un véritable intérêt à consulter.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ET LAPAROTOMIE POUR LÉSIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS, résultats éloignés et comparés par le Dr Paucheli, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, thèse de Paris, 96. (Steinheil, éditeur).

Cette très remarquable thèse vient à son heure pour comparer d'une façon vraiment probante dans leurs résultats les deux interventions rivales, et fixer à la suite leurs mutuelles indications. Très justement l'auteur montre l'insuffisance de la comparaison des résultats immédiats. Le pourcentage de la

mortalité est sensiblement le même dans les mains de laparotomistes et hystérectomistes également exercés et saisissant avec justesse les indications de chacun des deux modes opératoires.

De plus la *parotomie* pour annexite unilatérale ou bilatérale douteuse, pour tumeur haute-située paraissant indépendante de l'utérus, *hystérectomie nécessaire* en présence d'un utérus englobé au milieu d'adhésions pelviens, limité par des adhérences; ce sont là les seules indications données par l'étude seule des résultats immédiats.

En fait, « dans les cas les plus nombreux, chacun intervient par l'une ou l'autre voie, simplement guidé par ses goûts personnels et ses habitudes ».

Or, la méthode de choix existe, c'est celle qui donne « les meilleurs résultats éloignés et définitifs ». S'appuyant sur la statistique intégrale du Dr Richelot après avoir revu par lui-même nombre de malades, notre distingué confrère jugeant sur les chiffres imposants de 161 hystérectomies et de 95 la parotomies, conclut en faveur de la supériorité considérable de l'hystérectomie dans ses résultats définitifs. En résumé, d'après ces données qui confirment les habitudes de pratique de M. Richelot, le gynécologue est amené à pratiquer très sensiblement 2 hystérectomies contre 1 laparotomie.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

BIOPHORINE. — Saccharolé à base de kola, glycérophosphate de chaux, coca, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

FLOREINE — Crème de beauté hygiénique ne contenant aucune substance grasse ou nuisible.

A. GIRARD, 22, rue de Condé, Paris.

Echantillons offerts aux membres du Corps médical.

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.