

CONFÉRENCE SUR LES RAYONS X

Faite à Tours le 5 mars 1897, avec expériences et projections à la lumière oxyhydrique

Par le D^r WOLFF.

Nous devons à l'amabilité de notre excellent confrère le D^r Wolff de pouvoir reproduire dans ce journal cet intéressant résumé de la conférence faite par lui sur la Radiographie.

Malheureusement il manque ici à cette conférence ce qui la rendait si parfaitement attrayante et accessible à tous — les nombreuses et brillantes expériences lumineusement commentées par le talent et l'autorité du distingué conférencier.

Historique. — Pour retrouver les premières traces de ce que l'on appelle aujourd'hui les rayons Röntgen ou X, il faut remonter au siècle dernier où les recherches sur la nature de la foudre, l'invention du paratonnerre par Franklin, les leçons de l'abbé Nollet, qui attirait à ses cours un si brillant auditoire, avaient mis les expériences de physique à la mode.

L'une de celles-ci que l'on reproduisait souvent, était celle des aigrettes dans le vide ; on les obtenait avec l'œuf électrique, espèce de globe allongé en verre dans les deux extrémités duquel pénétrèrent, par soudure, deux tiges en platine qui forment les électrodes. Quand on y fait le vide incomplet et que l'on y lance un courant électrique, on voit l'étincelle, pour aller d'une électrode à l'autre, s'étaler jusqu'à remplir tout le globe d'une belle gerbe violacée.

Si cet œuf contenait de l'air à la pression ordinaire, l'étincelle ne s'y produirait que si les électrodes étaient très rapprochées.

Pendant de longues années aucun phénomène nouveau n'est venu s'ajouter à cette expérience.

Il y a environ cinquante ans un expérimentateur reconnut qu'à un certain degré de vide la belle lueur diffusée dans tout le globe devient stratifiée, c'est-à-dire se divise en tranches alternativement brillantes et sombres appelées strates ; l'électrode positive présente toujours une aigrette, la négative une sorte de gaine obscure.

Ces phénomènes étudiés par de nombreux expérimentateurs ont amené la création de ces tubes, aux formes contournées, donnant, sous l'influence du courant électrique, des couleurs très belles et variées, et qui sont connus sous le nom de tubes de Geissler.

Le vide, dans ces tubes, est fait à environ un millièème d'atmosphère.

En 1879, un physicien anglais, Crookes, reprenant certaines idées émises au commencement du siècle par Faraday, poussa le vide dans des tubes à un degré qui confond l'imagination ; il alla jusqu'à un

cent millièème et même un millionième d'atmosphère ; il observa alors des phénomènes tout nouveaux ; au fur et à mesure que le vide devient plus parfait, les strates disparaissent, l'espace obscur qui enveloppe l'électrode négative ou cathode augmente jusqu'à occuper tout le tube et les parois de celui-ci s'illuminent d'une belle lueur verdâtre, le verre devient phosphorescent.

Si le vide est poussé plus loin encore, le courant ne passe plus, tous les phénomènes disparaissent.

Les expériences de Crookes l'ont conduit à voir dans le milieu physique constitué par les rares molécules gazeuses qui restent encore dans le tube, un état nouveau de la matière, l'état *radiant*, très différent des trois autres : solide, liquide et gazeux.

Dans le gaz, même sous les faibles pressions obtenues avant Crookes, le nombre des molécules en mouvement dans tous les sens est si élevé qu'elles ne peuvent parcourir le récipient qui les contient d'une paroi à l'autre sans s'entrechoquer une multitude de fois ; dans les tubes faits par Crookes, au contraire renfermant de la matière radiante, le libre parcours des molécules est la règle.

Lorsque dans un semblable tube, la décharge électrique vient à se produire, du pôle négatif ou cathode au pôle positif, elle oriente les molécules dans sa direction en les projetant comme des balles sur le fond du tube opposé à la cathode. La consommation de la force vive de ces molécules, pendant qu'elles bombardent ainsi le verre, donnerait lieu à ce phénomène de phosphorescence des parois du tube opposé à l'électrode négative.

Ces rayons, d'un ordre particulier, qui prennent naissance à la cathode, ont été appelés *rayons cathodiques*. Ils ont des propriétés singulières : ils sont déviés par un aimant exerçant une action mécanique énergique ; en effet projetés sur un petit moulin en aluminium, ils le font tourner vivement, ils produisent à l'endroit où ils frappent un dégagement de chaleur suffisant pour fondre le verre, ils provoquent une phosphorescence intense.

Jusqu'à ces dernières années, on a cru que ces rayons ne se propageaient que dans le milieu radiant ; mais il y a trois ans, un physicien allemand Lénard, se souvenant qu'on avait constaté que les rayons cathodiques pouvaient traverser une mince plaque d'aluminium, eut l'idée de pratiquer une fenêtre extrêmement petite dans la paroi d'un tube de Crookes et de la fermer d'une feuille d'aluminium très mince ; il arriva ainsi à faire sortir les rayons cathodiques du milieu radiant où ils prennent naissance et il put constater qu'ils se propagent dans le vide sur de grandes longueurs ; que dans le gaz, comme l'air, ils sont diffusés dans tous les sens ; ainsi dans l'air, à la pression normale de 760 millim. les rayons cathodiques ne peuvent traverser qu'une épaisseur maxima de 2 cent. 35.

Lénard observa que les rayons filtrés à travers la fenêtre d'aluminium excitent la fluorescence, impressionnent les plaques photographiques, traversent une feuille de papier noir.

Mais les expériences que je viens de résumer étaient très difficiles à réaliser, Röntgen a eu la bonne fortune de trouver un procédé plus simple, grâce à l'expérience que voici :

Un tube de Crookes, enfermé dans une boîte en carton noir, est placé dans l'obscurité ; on y fait passer les étincelles d'une forte bobine de Ruhmkorff et l'on voit un écran recouvert de platino-cyanure de baryum devenir vivement phosphorescent.

Ce phénomène ne pouvait être produit par la lumière verte dont brille la paroi du tube sous l'influence de l'électricité, car cette lueur verte ne peut traverser la boîte en carton, Röntgen en conclut qu'il émane du tube un agent nouveau, capable de traverser le carton et de provoquer la fluorescence de certains corps.

La photographie à travers les corps opaques était trouvée.

Ces rayons nouveaux traversent toutes les substances, mais inégalement ; le bois, le diamant, la plupart des substances organiques sont très transparents ; la chair des animaux l'est beaucoup plus que les os, ce qui a permis de faire les intéressantes applications que je décrirai plus loin.

Ces nouveaux rayons, dont on ignore encore actuellement la nature, ont été, pour cette raison, appelés par Röntgen : Rayons X. Ils émanent de la portion de la paroi du tube qui, frappée par les rayons cathodiques, devient fluorescente. C'est donc la même région des tubes qui s'illumine d'une belle lueur verdâtre et qui en même temps émet des rayons X invisibles.

Mais il y a des corps qui, sous l'influence des rayons cathodiques, émettent des rayons X sans devenir phosphorescents, le platine par exemple.

On ne connaît pas la nature de ces nouveaux rayons ; on sait que, grâce aux nombreuses recherches que cette découverte a suscitées, ce problème finira par recevoir une solution.

Voici maintenant les applications qu'ont reçues ces rayons :

1^o Radiographie.

Dans la chambre noire on enveloppe une plaque sensible à photographie dans du papier noir, dit papier à aiguilles, ou bien encore on met cette plaque dans un châssis comme celui qu'on place au fond de la chambre noire d'un appareil photographique, mais on ferme le châssis par une plaque d'aluminium mince, bien fixée sur le bord, de façon à empêcher l'action de la lumière sensible quand on sort du cabinet noir pour opérer en pleine lumière.

Ce châssis ou la plaque enveloppée sont couchés sur une table, on appuie dessus l'objet que l'on veut examiner et on projette à une distance de 11 centimètres environ des rayons X ; si l'objet est une main, ces rayons traversent les chairs, traversent le papier à aiguilles ou la plaque d'aluminium et impressionnent la plaque. Les rayons qui rencontrent sur leur trajet les os ne les traversent que difficilement

et agissent par conséquent peu sur le gélatino-bromure.

Le temps de pose qui, au début était de 20 à 25 minutes pour une main, a pu être réduit à une ou deux minutes par suite des perfectionnements apportés à la construction des tubes.

Quand le temps de pose est jugé suffisant, on porte la plaque dans le cabinet noir et on la traite comme une plaque ordinaire par le révélateur et le fixateur. On a alors une épreuve très nette du squelette de la main.

Si la main contient un corps étranger : aiguille, crochet, balle, on les distingue fort nettement et on peut aller à leur recherche avec une grande facilité.

Il faut, pour arriver à de bons résultats, se servir d'une bobine de Ruhmkorff qui donne au moins 15 centimètres de longueur d'étincelle et qui est actionnée par une pile proportionnée à la puissance de ce transformateur d'énergie électrique.

Les rayons X ne subissant pas la réfraction, à l'inverse des rayons lumineux, ne peuvent pas être concentrés avec un objectif comme on le fait en photographie, on ne peut pas mettre au point.

Il se forme donc une pénombre, les objets sont agrandis. Pour obvier à cet inconvénient, on a diminués les dimensions de la source productrice des rayons X en donnant à la cathode la forme d'une calotte sphérique qui concentre les rayons cathodiques sur une plaque en platine placée en face et qui, sous l'influence de ce bombardement, émet des radiations de Röntgen.

Grâce à cette extraordinaire découverte, on a pu déterminer avec précision la position de corps étrangers non seulement dans la main, mais dans presque toutes les parties du corps, rendant ainsi aux chirurgiens d'inappréciables services.

Ces rayons nouveaux ont aussi sauvé des chirurgiens un certain nombre de malades, comme dans le cas suivant :

Un homme, ayant avalé par mégarde un os un peu volumineux, ressentit dans un point limité de l'œsophage une douleur très vive. Les symptômes s'aggravant, il fut question de procéder, par l'œsophagotomie, à l'extraction de cet os malencontreusement accroché dans l'œsophage. Cependant on fit, par précaution, une épreuve de radiographie et on constata que la douleur que ressentait le malade était due à une plaie de la muqueuse faite par l'os, mais que celui-ci avait gagné l'estomac, et le patient échappa à l'opération.

2^o Radioscopie.

La bobine et le tube de Crookes étant placés sur une toile noire, épaisse, dans une chambre absolument noire, les rayons X invisibles, émis par le tube, traversent seuls la toile, et si on place sur leur trajet un écran en carton saupoudré de platino-cyanure de baryum, celui-ci s'illumine vivement ; si maintenant on applique sur la face de l'écran, tournée du côté d'où viennent les rayons, une main par exemple, on voit reproduit sur l'autre face le squelette de cette main dans tous ses détails.

On peut ainsi examiner toutes les parties du corps, voir à travers la poitrine battre le cœur, constater à quelle hauteur s'élève un liquide pleurétique, s'assurer qu'un poumon contient ou non des tubercules.

La radioscopie ne laisse pas de trace, les phénomènes ne durent que pendant que se produisent les rayons X.

3^o Enfin on commence à appliquer les radiations au traitement même de certaines maladies; on a soumis à l'action prolongée des ces rayons la poitrine de sujets tuberculeux; mais les applications sont récentes et il n'est pas possible encore de se prononcer sur leur efficacité.

Tel est, en résumé, l'état actuel de la question. Les applications des rayons X se font au laboratoire d'électrothérapie de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours.

Le directeur de ce service se met à la disposition de ses confrères pour leur montrer l'emploi de ces extraordinaires rayons et pour faire pour eux les explorations qui leur seraient nécessaires.

TRAITEMENT DE LA BRONCHO-PNEUMONIE AIGUE CHEZ LES ENFANTS

par le D^r P. GRASSET

(Suite)

2^o *Bonne hygiène respiratoire.* Les précautions que nous avons indiquées dans notre première partie ne peuvent être qu'utiles.

En outre, pour éviter la souillure de l'atmosphère par les poussières microbiennes (crachats, matières fécales, matières vomies, urines, exsudats divers desséchés), on supprime le balayage et on le remplace par le lavage au linge mouillé dans une solution antiseptique. Les murs des salles doivent être lisses, peints à l'huile; le sol est fait en carrelage ou en mosaïques.

Si les parquets sont très vieux, on les fait garnir de linoléum suivant le conseil de M. Hutinel. Les matières fécales, les matières vomies, les urines, les crachats et les récipients sont désinfectés avec une solution de chlorure de chaux ou de sulfate de cuivre.

3^o *Antithermiques.*

4^o *Révlusifs.*

5^o *Médicaments produisant la désobstruction des bronches.*

Nous réunissons ces trois chapitres sous un seul titre, l'hydrothérapie remplaçant avantageusement ces différentes catégories de médicaments.

De l'eau froide dans la broncho-pneumonie

Historique. — Cette méthode n'est pas nouvelle. Hippocrate recommandait les bains tièdes. Galien et Asclépiade pratiquaient les affusions froides dans les

inflammations des poumons. Il y a 200 ans, Bartholin donnait des bains froids dans les affections pulmonaires. D'autres médecins préconisaient des applications de neige ou de glace. Mais il n'y a guère qu'une quarantaine d'années que ce traitement a été appliqué d'une façon vraiment scientifique. Les premières expériences furent faites en Allemagne. Brand avait employé la balnéation froide dans la dothiéntérie. Vogel (1850) la préconisa dans la broncho-pneumonie. Niessen d'Altona, Weber de Kiel suivirent son exemple. Jürgensen, Liebermeister, Lebert de Breslau se firent les chauds défenseurs de cette méthode. En France, on a longtemps hésité à accepter ce mode de traitement. Labadie-Lagrave (1) et Hanot (2) n'admettaient ce procédé thérapeutique qu'avec de très grandes réserves. C'est à Lyon, comme d'ailleurs pour la méthode de Brand, que le traitement par les bains froids eut le plus de succès. Le docteur Gignoux fit une communication sur ce sujet au Congrès de Grenoble. Lacour dans sa thèse (3) indiqua les résultats obtenus dans le service de Colrat à Lyon. Maintenant la majorité des praticiens admet les bons effets de ce traitement et ordonne les bains ou les compresses réfrigérantes aussi bien dans la clientèle de ville qu'à l'hôpital. Nous citerons entre autres MM. Rendu, Chaumier (4), Cadet de Gassicourt (5), Barth (6), Hutinel (7), Le Gendre (8), Sevestre, Marfan (9). Ceux qui jusqu'à présent n'ont pas accepté ce système sont très rares. M. Jules Simon (10), dans une de ses cliniques, s'y déclare nettement opposé. M. Descroizilles (11) se montre l'adversaire résolu de l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie chez les enfants. Dans les autres pays, cette méthode ne compte plus guère que des partisans. (12) (13).

Mode d'administration. — L'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie est appliquée sous trois formes principales.

a. *Compresses réfrigérantes.* La compresse, faite de toile fine ou de tarlatane, doit être assez grande pour envelopper complètement le thorax. Elle est trempée dans un mélange de 3 parties d'eau pour une partie d'alcool, ou bien simplement dans l'eau ordinaire à la température de la chambre. Elle est tordue et appliquée sur la poitrine et le dos; puis

(1) Labadie-Lagrave, *Thèse d'agrégation*, 1878.

(2) Hanot, *Thèse d'agrégation*, 1880.

(3) Lacour, *De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants*. Thèse de Paris, 1884.

(4) Chaumier, *Communications aux Congrès pour l'avancement des sciences*, Blois, 1884; Grenoble, 1885.

(5) Cadet de Gassicourt, *Traité clinique des maladies de l'enfance*.

(6) Barth, *Société médicale des hôpitaux*, 3 juillet, 1890.

(7) Hutinel, *Bulletin médical*, mai 1892.

(8) Le Gendre, *Semaine médicale*, 1896, tome 16, page 89.

(9) Marfan, *Prophylaxie et traitement de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les enfants du premier âge*. (*Bulletin médical*, 18 mars 1896.)

(10) Jules Simon, *Semaine médicale*; Paris, 1887, p. 77.

(11) Descroizilles, *Manuel de pathologie infantile*.

(12) Money, *Lancet*, London, 1888, t. 8, p. 1011.

(13) Tordeus, *Clinique de Bruxelles*, mai, 1888.

elle est recouverte dans toute son étendue de taffetas gommé ou de gutta-percha laminée et par-dessus d'une couverture de laine ou d'un morceau de flanelle sèche (1).

Cette compresse est changée dès qu'elle est chaude, c'est-à-dire d'abord tous les quarts d'heure, puis toutes les demi-heures, et ensuite toutes les heures.

Pour réchauffer les extrémités, en même temps que l'on abaisse la température centrale, d'Espine et Picot conseillent d'envelopper les jambes avec de la ouate et de donner une cuillerée de vin de Porto. Ce mode de traitement est employé couramment dans le service de M. Le Gendre (2).

b. *Bains tièdes.* Nous nous trouvons en présence de plusieurs procédés. Ou bien l'enfant est mis dans une baignoire et l'on verse sur lui de l'eau à 28°. Ou bien l'on met le petit malade dans un bain à la température de 30° et l'eau est refroidie à 28°. Pour les bains suivants, on peut abaisser la température à 25°, à 20° ; certains même vont jusqu'à 18°. Nous croyons qu'il est préférable de donner des bains seulement tièdes et non froids. Les effets produits sont les mêmes et les parents comme les enfants acceptent plus facilement la balnéation dans ces conditions.

La durée des bains devra être assez courte (cinq minutes environ pour les premiers) ; elle pourra être portée progressivement à dix minutes. Elle varie d'ailleurs suivant la gravité de la broncho-pneumonie. L'enfant est retiré de l'eau dès qu'il commence à frissonner.

Les bains sont renouvelés aussi souvent que possible. On se guide sur la température, les signes stéthoscopiques et l'état général de l'enfant. On peut mettre celui-ci dans l'eau jusqu'à six et huit fois par jour.

Après le bain, le petit malade est enveloppé dans une couverture chaude et remis dans son lit. On lui donne en même temps un peu de rhum, de Porto ou de Malaga. Au bout d'une heure environ, on remet les vêtements et on prend la température que l'on peut ainsi comparer avec celle qui a été notée immédiatement avant le bain.

c. *Glace.* Le traitement par la glace donnerait de très bons résultats d'après Money, chez les jeunes enfants d'un an. (3)

La glace est placée dans un sac et mise sur la tête du bébé dont les cheveux ont été préalablement rasés. Dans les cas graves, l'on place deux sacs de glace sur le crâne et un dans la région pulmonaire.

Nous n'avons jamais vu employer en France ce procédé ; nous ne retiendrons donc que l'enveloppement humide et les bains tièdes. D'ailleurs ces deux méthodes peuvent être associées ; l'enfant, dans l'intervalle des bains, a le thorax recouvert de compresse réfrigérantes.

Avantages du traitement par l'eau froide.

1° L'eau froide abaisse notablement la température. La modification est d'un degré, quelquefois de deux et même de trois.

Quand le changement est seulement de quelques dixièmes de degré, le pronostic est ordinairement défavorable.

2° L'eau froide régularise la circulation.

Le premier effet est une constriction des vaisseaux périphériques déterminant une régularisation et un ralentissement notable du pouls. A la constriction succède une dilatation des mêmes vaisseaux ; la peau devient rosée puis rouge.

Le second effet est l'augmentation de pression dans le cœur gauche produisant des pulsations plus énergiques du muscle cardiaque.

3° L'eau froide a une action très favorable sur la respiration. Les foyers de congestion diminuent notablement. La toux et la dyspnée sont beaucoup moins intenses et disparaissent quelquefois très rapidement.

4° L'eau froide a une influence importante sur le système nerveux. Elle donne, ainsi que le faisait remarquer Peter, à propos de la fièvre typhoïde, un coup de fouet à l'organisme. Elle fait disparaître les phénomènes d'excitation. Au sortir du bain, l'enfant est calme et s'endort fréquemment.

5° L'eau froide est un puissant modificateur des sécrétions. Elle augmente la sécrétion urinaire et l'élimination des poisons de l'organisme. Elle ne provoque pas d'albuminurie comme on l'a prétendu à tort ; au contraire cette complication cesse souvent rapidement à la suite des bains.

L'eau froide active les sécrétions salivaires et digestives ; sous son influence l'alimentation devient plus facile. Elle calme les vomissements qui sont fréquents dans les broncho-pneumonies consécutives à la coqueluche. Les malades que l'on a baignés deviennent plus vivants, suivant l'expression de M. Juhel-Renoy.

6° Il résulte de tous ces divers avantages, qu'avec le traitement par l'eau froide, la guérison est plus rapide et la mortalité est plus faible.

Indications. Les bains froids sont nécessaires dans les cas où les phénomènes généraux sont très accentués, où ils dépassent en importance et en gravité les accidents locaux. Quand la température est très élevée, le bain froid est toujours indiqué. Quand, avec des lésions locales de moyenne intensité, la température et les réactions sont excessives, il y a encore avantage à donner le bain froid.

Quand les lésions locales sont très étendues et la fièvre intense, les bains froids sont donnés et, dans leur intervalle, on applique l'enveloppement hydrique.

Lorsqu'il y a de trop grosses lésions locales avec une réaction légère, le bain est inutile et les compresse froides font bon effet.

Contre-indications. — Les contre-indications de l'eau froide sont peu nombreuses chez les enfants.

(1) D'Espine et Picot, *Traité des maladies de l'enfance*, p. 752.

(2) Chaumier, Thèse de Paris, 1894. *Traitement des congestions actives des voies respiratoires par les enveloppements hydriques.*

(3) Money, *Lancet London*, 1888, tome 9, p. 1071.

Quelquefois après un bain, les petits malades sont pris de syncope ; il suffit alors de leur faire une piqûre d'éther, et la balnéation peut être continuée malgré cet incident.

Les bains sont interdits s'il y a tendance à l'asthénie cardiaque. Mais l'on peut alors avoir recours à l'enveloppement humide, en utilisant comme adjuvants les injections d'éther et de caféine et les toniques par la voie buccale.

Les bains sont aussi nuisibles lorsque la réaction est nulle. Nous avons observé un enfant dont la température se maintenait entre 35° et 36°. Dans ce cas, les compresses sont employées prudemment, et, si elles augmentent la faiblesse du malade, elles sont complètement supprimées. On se contente alors de prescrire des stimulants et des toniques et de faire des piqûres de caféine et d'éther.

Les compresses réfrigérantes donnent quelquefois lieu à de la rougeur, de la miliaire et de la desquamation épithéliale, qui gênent un peu les malades, mais ne présentent aucune gravité.

6° Toniques et stimulants

Le traitement par l'eau froide doit être complété par les toniques et les stimulants. On prescrit l'alcool largement sous les différentes formes que nous avons déjà énumérées. On peut aussi ordonner l'acétate d'ammoniaque qui agit en soutenant l'organisme et en facilitant l'expulsion des mucosités bronchiques.

Jalep gommeux.	110 gr.
Sirop d'éther	10 gr.
Acétate d'ammoniaque.	0 gr. 50 à 2 gr.

A prendre en un ou deux jours suivant l'âge (1)

Dans les broncho-pneumonies à forme aiguë avec gêne respiratoire assez accentuée, M. Marfan conseille les injections d'huile camphrée au 1/10, renouvelées tous les deux ou trois jours. Le camphre relève l'énergie cardiaque et nerveuse ; il est en même temps un excellent expectorant et un bon antithermique.

Si l'on constate des signes assez accentués de faiblesse cardiaque et d'asphyxie, on fait des injections de caféine :

Caféine.	} à 1 gr.
Benzoate de soude	
Eau distillée Q. S. pour 10 centim. cubes	

Une demi-seringue au-dessous d'un an, une seringue de un an à deux ans. Les piqûres sont répétées, s'il y a lieu, plusieurs fois dans la journée. S'il y a tendance à la syncope, les injections d'éther sulfurique sont nécessaires.

Ces différents modes de traitement hypodermique nous ont donné de bons résultats dans des cas de broncho-pneumonie suffocante. Nous en publions une observation caractéristique :

(1) Marfan, *loc. cit.*

2 décembre 1896. — La petite J. P. 4 ans, entre à Clocheville. Elle est malade depuis la veille ; elle a eu chez elle trois crises convulsives d'une durée de dix minutes environ. Quelques heures après son entrée, elle a de nouvelles convulsions ; elle présente à la base du poulmon gauche quelques râles sous-crépitaants fins.

T. 40° 6. P. 140. R. 60.

2 bains, 2 potions, la première avec 1 gramme d'acétate d'ammoniaque, la deuxième avec 20 centigrammes de caféine ; une injection de dix centigrammes de caféine et une d'huile camphrée.

3 décembre. — T. 40° 5, P. 138. R. 58.

Pouls petit et dépressible. Souffle et râles sous-crépitaants en arrière dans la moitié supérieure du côté gauche et dans une grande partie du poulmon droit. Dyspnée intense. Menaces de suffocation. Pas d'albuminurie. Une injection de caféine et une d'huile camphrée ; on fait aussi une injection d'éther, la malade ayant une tendance à la syncope, 3 bains.

4 décembre. — T. 39° 5. P. 135. R. 55.

Même état du poulmon. Légère amélioration de l'état général, 3 bains ; deux injections de caféine et une d'huile camphrée.

5 décembre. — T. 39° 8. P. 134. R. 48.

Le souffle persiste toujours à droite ; il commence à diminuer à gauche.

3 bains ; deux injections de caféine et une d'huile camphrée.

6 décembre. — T. 39° 5. P. 132. R. 44.

Le souffle et les râles sous-crépitaants persistent au sommet droit ; le côté gauche se dégage.

3 bains ; deux injections de caféine et une d'huile camphrée.

7 décembre. — T. 39° 4. P. 132. R. 40.

Même état du poulmon droit. L'état du poulmon gauche continue à s'améliorer.

3 bains ; deux injections de caféine et une d'huile camphrée.

8 décembre. — T. 38° 5. P. 120. R. 30.

L'état général est de plus en plus satisfaisant. Le pouls est fort et régulier.

Deux bains seulement. On supprime les injections et on continue les potions à l'acétate d'ammoniaque et à la caféine.

9 décembre. — T. 37° 5. P. 110. R. 30.

Le poulmon gauche ne présente plus aucune lésion ; un souffle léger persiste encore à droite. Pas de bain.

10 décembre. — L'état général est très bon. La fièvre n'existe plus. L'enfant entre en convalescence.

Résumé du traitement

Bains.	18
Injections. {	Huile camphrée 6
	Caféine 10
	Ether. 1

CONCLUSIONS

Nous avons énuméré successivement les principaux points du traitement ancien et du traitement nouveau et nous avons vu que la plupart des médecins se rallient maintenant à ce dernier. De la thérapeutique qui était préconisée il y a vingt-cinq ans environ, il ne reste plus que peu de chose. Toutes les différentes parties de l'édifice ont été peu à peu

détruites et l'on ne conserve guère aujourd'hui que la médication stimulante qui d'ailleurs elle-même a été complétée.

Les statistiques sur la balnéation froide sont malheureusement assez rares. Nous citerons les observations recueillies dans les thèses de MM. Lacour et Chaumier.

M. Hutinel (1) a traité par les bains froids douze enfants atteints de broncho-pneumonie. Il a eu cinq morts. Sur les sept guérisons, il compte un enfant de deux mois, un de six mois, un de neuf mois et deux d'un an.

En 1893, 1894 et dans les premiers mois de 1895, nous avons eu dans le service de médecine de l'asile de Clocheville 16 enfants présentant de la broncho-pneumonie, nous leur avons prescrit l'ancien traitement consistant en potions à l'antimoine ou au kermès, petits vésicatoires, cataplasmes sinapisés, sulfate de quinine. Nous avons eu :

14 guérisons. 2 morts.

Pendant le reste de l'année 1895 et l'année 1896, nous avons employé la balnéation froide et les compresses réfrigérantes, avec du rhum et du vin de Malaga comme toniques et une potion à l'acétate d'ammoniaque.

Nous avons eu :

11 cas. 11 guérisons.

Nous laissons de côté un malade chez lequel les bains n'ont été employés qu'au treizième jour de la broncho-pneumonie, c'est-à-dire beaucoup trop tard pour produire de l'effet. L'enfant a succombé, le quinzième jour. Les deux modes de traitement ayant été prescrits successivement, nous avons mis ce cas en dehors de notre statistique.

La durée de la broncho-pneumonie a été raccourcie, par l'emploi de la nouvelle méthode. La température a baissé rapidement. La respiration est devenue plus facile. Dès le premier bain, à l'auscultation, nous avons constaté une diminution très nette de la congestion pulmonaire. Dans quelques cas plus tenaces, nous avons associé l'enveloppement humide à la balnéation froide ; la guérison s'est faite ainsi beaucoup plus rapidement. Nous avons, d'ailleurs, suivi exactement les indications que nous avons formulées plus haut.

Nous avons baigné en moyenne neuf fois chaque enfant. Depuis quelques mois, nous avons augmenté notablement le nombre de bains. Nous en avons prescrit jusqu'à six par jour. Nous avons aussi employé les injections d'huile camphrée et quand le cœur tendait à faiblir, nous avons fait des piqûres de caféine et d'éther.

Nous avons de cette façon conjuré rapidement tout danger sérieux et nous avons abrégé la durée de la maladie. En effet, chez les trois enfants qui ont suivi ce traitement intensif, la broncho-pneumonie n'a

persisté que huit jours au lieu de onze jours, notre moyenne habituelle.

En ville, quand nous avons pu employer le bain froid, les résultats ont toujours été très satisfaisants. Malheureusement, dans certains milieux, ce nouveau traitement est encore très difficilement accepté. Souhaitons, en terminant, que le jour vienne bientôt où le vésicatoire, cet emplâtre barbare, soit définitivement et complètement chassé de la thérapeutique de la broncho-pneumonie.

DU VÉSICATOIRE ET DES PROPRIÉTÉS DE LA CANTHARIDINE

par le D^r LEHEC (de Châtillon-sur-Indre)

La phagocytose est cette propriété des leucocytes ou globules blancs du sang d'absorber et détruire les microbes. Réveiller dans l'organisme la phagocytose et mettre l'économie dans de bonnes conditions de défense contre l'invasion par les microbes et contre l'empoisonnement consécutif, produit par leurs sécrétions, dites toxines, constitue le principal effort de la thérapeutique pour combattre avantageusement les maladies, surtout les maladies dites infectieuses, bien qu'elles soient presque toutes, plus ou moins infectieuses, étant causées par un microbe toxique.

Mais, pour conserver la vie au malade, il ne suffit pas de chercher à obtenir la guérison (exemple les pneumonies infectieuses) par un *traitement général*, destiné à relever les forces, surexciter l'état vital et détruire le microbe pathogène ; il faut encore combattre le mal, *localement*, au point de concentration primitif des microbes, afin d'agir au foyer même de l'infection et anéantir, s'il est possible, ces générateurs, avant qu'ils aient empoisonné l'économie tout entière par leurs toxines, (ce que les anciens appelaient les humeurs peccantes), et par suite déterminé la mort.

Quel est donc l'agent pharmaceutique à employer *localement* pour produire cet effet ? c'est le vésicatoire cantharidé. A la société de thérapeutique, dans la séance du 13 mai 1896, le docteur Ferrand, très partisan du vésicatoire, a dit : « La cantharide crée une néoformation de cellules jeunes, elle provoque la levée en masse d'une nouvelle armée phagocytaire, en même temps que l'accroissement du pouvoir bactéricide du sérum sanguin. » Pour le docteur Charrin, l'action phagocytaire de la cantharide est à la fois locale et générale : c'est l'antidote, le contre-poison des toxines.

Le professeur Maragliano, de Gènes, par des recherches et des observations nombreuses, a démontré que les vésicatoires cantharidés provoquent une leucocytose considérable et augmentent considérablement le pouvoir bactéricide du sérum sanguin. Lucatilla et Antonini ont obtenu les mêmes résultats. Le professeur Liebreich, de Berlin, s'est

(1) Hutinel. *Loc. cit.*

très bien trouvé de l'emploi de la cantharidine potassique, en injections hypodermiques dans la tuberculose. Heymann a également vanté ces injections dans la laryngite chronique simple ou tuberculeuse. Sous leur influence, les phénomènes laryngés et pulmonaires se sont heureusement modifiés, la voix était plus nette, l'expectoration meilleure, les sueurs nocturnes supprimées : le laryngoscope a montré une amélioration notable des lésions et granulations.

Dans l'impétigo des enfants, appelé vulgairement gomme ou croûtes de lait, le vésicatoire a rendu des services importants. Car il ne faut point oublier que ces croûtes sont souvent un émonctoire utile, par lequel sont expulsées les toxines de l'économie. Si ces croûtes de lait venaient à se supprimer trop tôt et trop vite, des vésicatoires appliqués de suite agissent plus rapidement que les purgatifs et les dépuratifs. N'a-t-on pas vu des enfants forts, bien portants, mourir en quelques jours empoisonnés par les toxines, lorsque ces croûtes et leur suintement venaient à se supprimer tout à coup. « Un vésicatoire a sauvé la vie à mon enfant, disent souvent les mères et les nourrices. »

Quelques médecins ont craint l'action de la cantharidine sur les reins ; or, cette action loin d'être préjudiciable est plutôt bienfaisante, ainsi qu'en témoignent les observations de Laïcereaux, Wil, Ruyer, qui ont traité avec succès la néphrite par l'emploi du vésicatoire. Pétrucelli n'a jamais observé d'albumine chez les tuberculeux qu'il a traités par les injections sous-cutanées de cantharidate de potasse, à la dose de 1/10 de milligramme. Freudenberg soutient que l'application du vésicatoire est d'un excellent effet, dans la plupart des maladies, par la rapidité de son action, par l'absence de danger quelconque.

En résumé, la cantharidine semble avoir un pouvoir double : une action *spéciale* comme révulsif au point douloureux, et une action *générale* en provoquant d'une part la phagocytose, qui en augmentant le principe vital aide à la destruction des microbes pathogènes, et d'autre part en agissant comme contre-poison, neutralisant la toxicité des sécrétions microbiennes, à la manière d'un acide neutralisant une base. Le vésicatoire est donc bien supérieur à tous les autres révulsifs : teinture d'iode, acide phénique, ammoniacque, huile de croton, thapsia, etc.

Que si, parfois, le vésicatoire produit une action violente sur certains organismes, n'en est-il pas de même pour d'autres médications, qui occasionnent des accidents d'intoxication, même aux doses les plus minimales, en raison même d'une sorte de prédispositions, d'idiosyncrasie spéciale à certains individus. Ce n'est point là une raison suffisante pour se priver généralement de ressources thérapeutiques précieuses.

Du reste, pour éviter ce léger et rare inconvénient du vésicatoire, on pourra ne le laisser en place que 4 ou 5 heures chez les enfants, 8 heures chez les adultes. Dans ces cas, de la phlyctène n'est

pas encore formée, on appliquera un cataplasme, et celle-ci se montrera au bout de quelques heures. Cependant chez les personnes qui ont l'habitude de se poser des vésicatoires, et qui n'en ont éprouvé aucun accident, il sera préférable de laisser l'application, jusqu'à la formation de la phlyctène. Point n'est besoin d'interposer, entre le vésicatoire et la peau, une feuille de papier huilé. Quant au camphre dont on a recommandé de saupoudrer la surface du vésicatoire, c'est un moyen condamné comme absolument inefficace par Gubler, Dujardin-Beaumetz ; et de nombreuses observations publiées dans la thèse de Ribes démontrent que le camphre n'a jamais empêché les accidents du cantharidisme chez les personnes prédisposées, et il est fréquent de constater l'inactivité absolue du vésicatoire saupoudré de camphre.

CLINIQUE INFANTILE

DE LA NATURE DES APHTES

par le D^r Edmond CHAUMIER

En 1886, dans un article publié dans la *Gazette Médicale de Paris*, j'ai prouvé la nature contagieuse et épidémique des aphtes. Cette étiologie n'est pas encore acceptée par la majorité des auteurs. Quelques-uns ont cité ma manière de voir sans l'accepter définitivement (1).

Ceux qui ont étudié la transmission de la fièvre aphteuse des animaux à l'homme considèrent les aphtes comme ayant toujours une origine animale et le lait comme l'intermédiaire principal de la contagion.

D'autres auteurs enfin confondent les aphtes avec l'herpès et décrivent la stomatite aphteuse sous le nom de stomatite herpétique (2).

Je voudrais prouver dans ce travail :

1^o Que les aphtes sont transmissibles d'individu à individu et inoculables ; d'où la fausseté de la doctrine ancienne du froid, du chaud, de l'humidité, de l'encombrement, de la dentition, etc.

2^o Que la fièvre aphteuse des animaux est de même nature que les aphtes des enfants ; qu'elle peut se transmettre à l'homme sous des formes plus graves que ceux des aphtes vulgaires.

3^o Que l'opinion qui veut faire des aphtes une stomatite herpétique est erronée.

(1) Despine et Picot, *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 4^e édit., 1889, page 542 ; — Mercier, *Manuel de pathologie et de cliniq. médic. infantiles*, 1892, page 581 ; — Ollivier, la fièvre aphteuse des vaches laitières et la stomatite aphteuse chez les enfants, *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1892 ; Lebon, Thèse, Paris, 1893.

(2) Comby, *Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, 1888 ; — Ch. Leroux : la stomatite aphteuse doit être dénommée stomatite herpétique, *Journal de cliniq. et de thérapeut. infantiles*, mai, 1891 ; Lebon, *Etude sur la stomatite herpétique chez les enfants*. (Th. Paris, 1893.)

I. CONTAGION, ÉPIDÉMICITÉ, INOCULABILITÉ DES APHTES.

Dans mon travail de 1886, j'apportais seulement 4 observations où la contagion était évidente :

Dans la première, un enfant transmettait la maladie à son père.

Dans la seconde trois enfants de la même bourgade dont deux cousins avaient des aphtes en même temps.

Dans la troisième, la mère, l'enfant et le père avaient successivement des aphtes ; et deux petits voisins en avaient eu peu de temps avant.

Dans la quatrième, des aphtes existaient chez un enfant et sa grand-mère.

Depuis la fin de juillet 1889, jusqu'à la fin de juillet 1896, c'est-à-dire pendant sept ans, j'ai recueilli toutes les observations d'aphtes qui se sont présentées à mon dispensaire d'enfants.

Or, pendant ce temps, j'ai eu à soigner des aphtes dans 77 familles. Ce nombre de 77 se répartit ainsi :

1 ^{re} année.....	6
2 ^e —	9
3 ^e —	7
4 ^e —	12
5 ^e —	9
6 ^e —	17
7 ^e —	17

Ou bien de la manière suivante :

En 1889 (5 mois).....	4
En 1890.....	5
En 1891.....	11
En 1892.....	5
En 1893.....	11
En 1894.....	15
En 1895.....	11
En 1896 (7 mois).....	15

J'ai soigné chaque année à peu près le même nombre d'enfants. La différence dans le nombre des familles atteintes d'aphtes tend donc bien à prouver la nature épidémique de la maladie ; les maladies épidémiques étant douées certaines années d'une plus grande virulence et devenant ainsi plus transmissibles. Je ferai remarquer, entre autres choses, qu'en 7 mois de 1896 j'ai vu 15 familles ayant des aphtes, tandis que pendant les années entières de 1890 et 1892, je n'en ai vu que 5.

Je ferai remarquer encore que non seulement les cas sont plus fréquents certaines années ; mais qu'ils se présentent souvent en même temps ou presque en même temps ; ainsi :

En 1889 j'ai observé 4 cas, du 12 novembre au 16 décembre.

En 1891, 6 cas, du 4 juin au 5 août, dont 4 en juillet (les 2, 3, 6, 15.)

3 cas, du 23 décembre 1892 au 13 janvier 1893.

En 1893, 7 cas, du 14 avril au 20 juin.

6 cas, du 25 novembre 1893 au 24 février 1894.

En 1894, 10 cas, du 20 juin au 13 novembre.

En 1895, 5 cas, du 18 avril au 24 mai ; et 2 autres cas le 20 juin et le 3 juillet.

En 1896, 2 cas en janvier, 1 en février, 1 en mars ; 8 du 13 avril au 3 juin ; 3 cas en juillet.

Sur les 77 familles observées, 21 ont eu plusieurs de leurs membres malades en même temps ou à la suite les uns des autres. Sur ces 21 familles, 13 ont eu 2 malades ; 7 en ont eu 3 ; 1 a eu 4 malades. Cela fait un total de 30 personnes à ajouter à mon nombre de familles pour avoir le total de mes cas d'aphtes qui s'élève ainsi à 107.

L'analyse qui précède est assez probante pour me dispenser de rapporter les observations.

L'épidémicité et la contagiosité résultent parfaitement de ces faits ; j'ai voulu cependant apporter quelque chose de plus évident si c'est possible, et j'ai tenté l'inoculation.

Le 13 mai 1896, j'ai gratté, à l'aide d'une curette, des vésicules aphteuses développées sur le bord libre des lèvres, et des ulcérations de la bouche (langue, lèvres, joues), et je fis à l'aide du produit de ce grattage 3 inoculations au bras gauche d'un enfant de 22 mois, par 2 piqûres et une coupure.

Le 16, il y a sur une piqûre une vésicule un peu plus grosse qu'un gros grain de mil. Sur la coupure, il y a 3 vésicules, dont 2 réunies ensemble forment une vésicule allongée, irrégulière. Les vésicules de la coupure ne sont pas plus grosses que celle de la piqûre.

La vésicule isolée vient d'être écorchée par l'enfant, il suinte une gouttelette transparente. Je recueille cette goutte et fais une autre inoculation à côté ; inoculation qui ne donnera pas de résultat.

Il n'y a aucune rougeur autour des vésicules.

Les gencives à la partie interne semblent un peu rouges.

Le 18. Sur la vésicule isolée, il y a une croûte jaune brun, irrégulière. Sur les vésicules de la coupure une croûte un peu plus large qu'étaient les vésicules il y a 2 jours. Une légère saillie rouge autour sur une largeur d'un demi-millimètre environ.

Gencives un peu rouges et gonflées.

Le 22. Les croûtes sont très sèches, aucune rougeur autour.

Sur le menton, 4 petites vésicules ; une ayant été écorchée laisse suinter un liquide clair.

Bout de la langue un peu desquamé avec papilles saillantes. La mère me dit qu'il y avait hier 2 petits boutons blancs au bout de la langue ; on voit encore à gauche la trace d'une petite ulcération.

Gencives un peu grosses.

Le 25. Les croûtes sont tombées probablement par suite du grattage ; à l'endroit où était la vésicule ronde est un petit point rouge sec ; à l'endroit de la coupure, il y a 2 petits points. Sur le menton, 2 petites croûtes sèches. Sur la langue, 3 petites ulcérations blanches. Le voile du palais présente un

semis rouge de vésicules très petites, parmi lesquelles plusieurs sont ulcérées formant de petites taches blanches; quelques petites ulcérations en dedans des joues et sur les gencives.

Gencives rouges, gonflées; muqueuse du palais gonflée en arrière des incisives.

Cette expérience prouve la possibilité de l'inoculation des aphtes, et non pas seulement la possibilité d'inoculer sur place, mais sur un point quelconque de la peau. La stomatite se développe donc après infection générale et ne doit plus être considérée comme une simple lésion locale.

Cette expérience prouve encore, chose contestée, que la lésion initiale de l'aphte est une vésicule; que cette vésicule peut se développer sur la peau.

Ce dernier point est très important, car chez l'animal les vésicules de la fièvre aphteuse se montrent sur la peau et sur les muqueuses.

J'appellerai encore l'attention sur les petites vésicules du menton. Ces vésicules, manifestation cutanée des aphtes, ne s'observent pas seulement après l'inoculation. Dans 2 de mes observations de 1886, j'avais noté des vésicules semblables sur la peau des lèvres.

Dans mes 107 nouvelles observations, il y avait 41 fois des lésions cutanées. Ces lésions consistaient en vésicules, le plus souvent très fines, mais pouvant atteindre la grosseur de grains de chenevis, au nombre de 2 à 5 le plus souvent, mais pouvant s'élever à 10 et même davantage. Elles siégeaient, sur le bord libre ou la peau des lèvres, le menton. J'en ai vu sur le nez, la joue, l'oreille. Ces petites vésicules grandissent quelquefois pendant un jour ou deux. Lorsqu'elles sont isolées, elles forment de très petites croûtes qui sèchent très vite. Lorsque plusieurs se touchent, les croûtes sont plus larges, jaunes, ou jaune brun. Ces dernières croûtes siègent, le plus souvent, aux commissures labiales, ou à l'entrée des narines. On pourrait à première vue les confondre avec des croûtes d'herpès; c'est ce qui a amené la confusion.

Deux fois j'ai trouvé les mêmes vésicules sur le sein de mères qui allaitaient leur enfant atteint d'aphtes. Une avait en même temps des lésions buccales et labiales.

Chez une petite fille j'ai observé des lésions vulvaires, ulcérations et vésicules en même temps que des lésions buccales.

Les lésions cutanées dont je parle n'ont pas passé complètement inaperçues jusqu'ici; mais leur *interprétation* a été quelquefois mauvaise, comme cela a eu lieu pour Henoch (1).

« Elles s'accompagnent assez souvent, dit-il, de groupes de vésicules herpétiques à la commissure des lèvres et d'excoriations blanc grisâtre des angles de la bouche. »

Voici comment s'exprime Ruault (2) :

(1) Henoch, *Leçons de clinique sur les mal. des enf.*, trad. fr., p. 364.

(2) Ruault, *Traité de médecine*, t. III, p. 23.

« On a vu se développer des affections vésiculeuses au niveau des mains excoriées des valets de ferme en contact avec des vaches atteintes de *cocotte*. L'éruption dans ces cas peut rester localisée aux extrémités supérieures, mais elle peut aussi envahir la bouche, *probablement par auto-inoculation*. Les aphtes sont bien certainement auto-inoculables aussi de la bouche à la peau : nous avons vu, M. P. Le Gendre et moi, une jeune femme atteinte de stomatite aphteuse assez sévère s'inoculer l'affection à la joue, en grattant avec ses doigts imprégnés de salive quelques petites pustules acnéiques. »

Despine et Picot (1) disent que les aphtes accompagnent parfois l'herpès labialis.

Leroux et Lebon (2) ont parfaitement vu ces vésicules qu'ils mettent sur le compte de l'herpès. Comby (3), dans ce qu'il appelle stomatite herpétique, a noté aussi des vésicules sur les lèvres ou à leur pourtour.

Je ne voudrais pas passer sous silence les auteurs qui croient à la contagion.

Henoch n'ose pas se prononcer.

« On a, dit-il, soutenu autrefois (Taupin) que la maladie est contagieuse, et dans le fait, j'ai vu parfois le cas de plusieurs frères et sœurs affectés simultanément après avoir fait usage de la même cuiller ou du même verre. Un petit garçon contracta la stomatite pour avoir mordu à plusieurs reprises dans une pomme qu'il partageait avec un enfant qui en était atteint. Toutefois ces cas sont exceptionnels et n'autorisent pas encore à admettre une origine parasitaire. Je n'oserais décider si l'abondance des cas observés à certains moments à la polyclinique est plus qu'un hasard. »

P. Le Gendre (4) croit à la contagion :

« Nous avons vu plusieurs fois, dit-il, deux ou trois enfants de la même famille atteints simultanément ou successivement de fièvre aphteuse, et presque toujours dans ces cas il s'agissait d'enfants couchant ensemble. »

Variot croit aussi à la contagion; voici comment il s'exprime dans une note du traité des maladies des enfants de James Goodhard (5) : « Cette stomatite semble contagieuse; bien souvent j'ai vu plusieurs frères et sœurs atteints simultanément de cette affection. »

Monti (6), sans abandonner l'étiologie ancienne, croit que les aphtes peuvent se transmettre d'enfant à enfant.

(1) Despine et Picot, *Manuel prat. des mal. de l'enfance*, 4^e édition, 1889, p. 542.

(2) Leroux, loc. cit.; Lebon, Thèse.

(3) Comby, loco cit.

(4) *Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène* (médecine, chirurgie, obstétrique) par Le Gendre, Barette et Lepage, Paris, 1888, I, 193-194.

(5) James Goodhard, *Traité prat. des mal. des enf.* trad. fr. p. 107.

(6) Monti, *Zur Ätiologie und Pathogenese der stomatitis aphthosa*; *Henoch's Festschrift*; Berlin, 1890, p. 461.

Un certain nombre d'auteurs ont noté des épidémies d'aphtes qu'ils ont généralement attribuées à la constitution médicale. Je ne m'y arrêterai pas. Il me suffit d'avoir prouvé la contagiosité de la maladie, car toute maladie contagieuse peut devenir épidémique à un moment donné.

Je crois qu'après cela il m'est permis de conclure à la contagiosité et à l'épidémicité des aphtes dans l'espèce humaine, et de dire que la fièvre aphteuse humaine existe réellement et qu'elle se transmet d'homme à homme. Pendant les années où j'ai recueilli mes observations, la fièvre aphteuse n'existait pas chez les bovidés dans les environs de Tours, et tous ceux de mes malades (sauf un) qui prenaient du lait, le prenaient bouilli. La maladie n'avait donc pas une origine animale.

Je peux conclure également que la fièvre aphteuse humaine n'est pas une maladie simplement locale, mais une infection généralisée, puisqu'une inoculation sur un point quelconque de la peau produit, en outre de la lésion locale, les lésions buccales et péri-buccales habituelles.

II. LA FIÈVRE APHTEUSE DES ANIMAUX : SA CONTAGION A L'HOMME : SA GRAVITÉ, SON IDENTITÉ DE NATURE AVEC LES APHTES.

La fièvre aphteuse s'observe chez un grand nombre d'animaux, domestiques ou non ; elle sévit surtout chez le bœuf, le mouton, le porc, la chèvre ; mais on l'observe encore chez le cheval, le chien, le chat et les volailles ; les animaux sauvages et ceux des jardins zoologiques n'y échappent pas ; on l'a notée chez le cerf, le chevreuil, le daim, le chamois, le chameau, le lama, la girafe, l'antilope, le buffle, le bison, etc.

Dans l'espèce bovine, les lésions ont deux lieux principaux de développement, la muqueuse buccale et les pieds ; chez la chèvre, le porc et le mouton on ne rencontre le plus souvent que l'affection des pieds : chez le cheval on ne trouve habituellement que de la stomatite.

L'affection de la muqueuse buccale revêt la forme de vésicules, parfois de grande dimension, qui se transforment en ulcérations. Ces vésicules se montrent aussi sur la peau des lèvres ; autour des cornes qui peuvent tomber et sur la peau voisine ; sur la muqueuse nasale, et la peau du voisinage ; parfois sur la cornée.

Chez la vache, la mamelle peut être envahie, et l'on voit parfois les trayons couverts de vésicules ulcérées ou non ; on a noté également des lésions de la vulve et du vagin.

Chez les jeunes veaux qui meurent parfois dans la proportion de 50 0/0, on a trouvé des lésions gastro-intestinales.

Les lésions des pieds sont très importantes. Elles sont constituées par des vésicules et des ulcérations. Elles siègent sur la peau de la couronne, dans la fente interdiguée et en arrière. On observe à la suite

de ces lésions des abcès, des panaris, de l'arthrite suppurée, de la nécrose des os et la chute des onglons.

La peau des jambes, de la poitrine et de l'abdomen porte quelquefois aussi des vésicules.

La fièvre aphteuse n'est pas considérée comme une maladie très grave, en ce sens que certaines épidémies passent sans laisser de morts ; mais d'autres sont assez meurtrières. On a observé jusqu'à 50 0/0 de mortalité chez les jeunes animaux et 5 0/0 sur les adultes. Cette maladie, malgré sa faible létalité, cause des pertes énormes à l'agriculture, par l'amaigrissement, la perte du lait et l'incapacité de travail.

Cette maladie est contagieuse dans la même espèce et d'une espèce à l'autre ; elle est contagieuse également des animaux à l'homme.

Elle est inoculable. On se sert même de l'inoculation pour obtenir une maladie atténuée. Mais on ne peut faire cette inoculation que sur des sujets menacés par une épidémie, parce que la maladie est récidivante, et parce que la protection venant d'une première atteinte est de courte durée.

On emploie deux procédés pour l'inoculation. Le plus usité consiste à imprégner un linge de la salive d'un animal atteint et à l'introduire dans la bouche d'un animal sain.

Dans le second, on inocule sur la peau à l'aide d'une lancette.

Dans les deux cas, il se développe des aphtes sur la muqueuse buccale ; les pieds et les mamelles sont rarement atteints, mais peuvent l'être. La maladie est généralement moins grave.

La fièvre aphteuse, je l'ai déjà dit, est transmissible à l'homme. Il y a deux modes de transmission : l'inoculation accidentelle par des plaies, l'usage du lait cru de vaches malades.

Le lait, d'après de nombreuses observations rapportées par les auteurs, ne pourrait produire la contagion que lorsqu'il existe des lésions aux mamelles et que les matières sécrétées se mélangent au lait au moment de la traite.

Mais cette transmission par le lait est absolument hors de conteste.

En 1834, trois vétérinaires allemands, Hertwig, Thann et Villain, firent sur eux l'expérience suivante :

Durant trois jours, ils prirent chacun une pinte de lait d'une vache atteinte de fièvre aphteuse.

L'un d'eux (Hertwig) eut des aphtes dans la bouche et aux lèvres, et des vésicules sur les mains et les doigts ; les deux autres n'eurent que des lésions buccales légères.

Un certain nombre d'auteurs, Ollivier (1) entre autres, rapportent des faits de propagation de la maladie par le lait. A chaque épidémie de fièvre aphteuse, on observe un certain nombre de personnes faisant usage de lait cru, qui sont atteintes de la maladie, et à côté de cas légers, il s'en pré-

(1) Ollivier, *loco citato*.

sente d'assez graves pour faire mourir les jeunes enfants.

Ce sont les vachers qui gagnent le plus souvent la fièvre aphteuse par des plaies accidentelles.

Voici la relation d'un cas rapporté par Boulay, d'Avesnes (1).

Un garçon de ferme qui soignait des bœufs malades de la fièvre aphteuse portait à une main une plaie récente. La bave s'inocula par cette voie. Une tuméfaction s'ensuivit, marchant de bas en haut et envahissant jusqu'au corps. La bouche devint le siège d'une éruption aphteuse confluyente et d'une abondante salivation. Les ongles des pieds et des mains tombèrent par le même mécanisme que les ongles des animaux de l'espèce bovine.

L'inoculation sur l'homme a été faite en 1839 par Emery, Bousquet et Rayer.

Elle réussit sur un enfant qui éprouva de la fièvre le troisième jour et eut une éruption de vésicules au-dessus de l'oreille, à la face interne de la lèvre inférieure et à l'épaule.

Lessona fit aussi l'inoculation avec succès (2).

Voici d'après le Dr Hulin, de Louvain, les symptômes des aphtes transmis des animaux à l'espèce humaine.

L'éruption se manifeste le plus souvent dans la bouche et principalement sur les amygdales, la luette et le voile du palais. On la rencontre aussi à la face interne des lèvres; on observe souvent à ce point des vésicules intactes.

Quand l'éruption existe sur le corps, elle siège d'après l'ordre de fréquence aux pieds, aux mains, sur les membres inférieurs et sur les membres supérieurs.

Les vésicules cutanées se déchirent au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la résistance de l'épiderme et le degré de démangeaison qui pousse les individus à se gratter.

Il reste alors une ulcération plus ou moins profonde entamant le derme et même le tissu cellulaire sous-cutané; rarement elle va jusqu'aux muscles. Le plus souvent l'ulcération est de forme arrondie ou ovale, et mesure de 5 millimètres à 3 centimètres 1/2 (3).

D'après tout ce qui précède, et d'après les observations des auteurs, trop nombreuses pour que je puisse les rapporter ici, la fièvre aphteuse est transmissible des animaux à l'homme. Il n'y a aucun doute à avoir à cet égard. Mais la fièvre aphteuse ainsi transmise est-elle bien la même maladie que les aphtes que l'on observe d'ordinaire chez les enfants.

Je crois qu'il n'y a aucun doute à avoir non plus. Dans la plupart des cas, la maladie qu'on observe consiste en éruption d'aphtes buccaux absolument semblables à ceux venus en dehors de toute trans-

mission animale. Seulement les accidents généraux, la fièvre, sont peut-être plus marqués.

Mais dans certains cas, la maladie prend un caractère grave que nous ne sommes pas habitués à rencontrer; les jeunes enfants peuvent succomber; il peut y avoir des accidents cutanés graves.

Je me suis étendu un peu longuement déjà sur les accidents cutanés des aphtes vulgaires chez les enfants. J'ai parlé de ces petites vésicules qu'on voit au pourtour des lèvres, à l'entrée des narines, sur les joues; des vésicules naissant au point d'inoculation; de celles du sein des nourrices.

Ces accidents cutanés qu'on trouverait sans doute quelquefois sur les mains et sur les pieds, si on les cherchait bien, sont un trait commun à la maladie de l'homme et à celle des animaux. Aussi bien chez l'homme que chez les animaux, une première atteinte ne préserve pas d'atteintes nouvelles, ou du moins ne préserve que pendant un temps très restreint.

Les germes de la fièvre aphteuse se conservent pendant très longtemps dans le fumier et dans les locaux infectés. Il doit en être de même des aphtes humains dans les habitations; c'est ce qui explique les récidives fréquentes chez certaines personnes ayant des aphtes chaque année ou plusieurs fois par an. Dans mes observations j'ai trouvé 7 récidives dans la famille, 4 fois sur la même personne et 3 fois sur des personnes différentes; à 1 an, à 2 ans, à 4 ans d'intervalle.

Tout concourt donc à prouver l'identité de nature entre les deux maladies; mais la maladie humaine ou humanisée est une forme très atténuée; elle est relativement à la fièvre aphteuse des vaches, comme le cowpox est à la variole humaine.

Et à ce propos je me demande si la fièvre aphteuse humaine ne pourrait pas servir de vaccin à la fièvre aphteuse animale, comme la variole des vaches sert de vaccin à la variole humaine.

Quelques expériences seraient nécessaires pour éclaircir ce problème.

Il me reste à répondre aux auteurs (1) qui veulent que les aphtes humains aient toujours pour origine le lait des vaches atteintes de fièvre aphteuse.

Je répéterai d'abord ce que j'ai déjà dit: 1° Que sur mes 107 malades, 106 ne prenaient pas de lait ou bien faisaient usage de lait bouilli; 2° Que pendant que j'observais ces malades, la fièvre aphteuse n'existait pas dans les vacheries des environs de Tours.

Je dirai ensuite que non seulement je n'ai pas observé de cas graves semblables à ceux qui se présentent lors de la contagion de l'animal à l'homme, mais que les auteurs qui ont étudié les aphtes n'ont pas vu davantage ces cas graves observés seulement lors des épidémies de fièvre aphteuse chez les bovins.

(1) Boulay (*Rec. de méd. vétérinaire*, 1873)

(2) Rayer, *Traité de police sanitaire*.

(3) Citée par Boulay (*Rec. de méd. vétér.*, fév. 1873).

(1) David, *La Stomatite aphteuse et son origine*. Arch. Gén. de méd., 1887. — Ruault, *Traité de Médecine* (Charcot-Bouchard), tome III. — Leroux, *Journal de Clin. et de thérap. infantiles*, 9 mai 1895.

III. STOMATITE HERPÉTIQUE ET APHTES.

Je voudrais réfuter maintenant en quelques mots la doctrine qui fait des aphtes une lésion herpétique.

D'Espine et Picot disent que pour quelques auteurs les aphtes sont de l'herpès de la muqueuse buccale.

Comby (1) donne une description de la stomatite herpétique qui correspond absolument à la stomatite aphteuse. Dans le même travail il dit (page 386) : « Je connais trop peu la stomatite aphteuse pour lui consacrer une description séparée » (2).

Ch. Leroux (3) et Lebon (4) disent franchement qu'ils appellent stomatite herpétique la stomatite aphteuse des auteurs, parce que selon eux l'aphte est une affection mal déterminée, tandis que l'herpès est une maladie qui l'est parfaitement. Ils vont jusqu'à dire que la fièvre aphteuse des animaux doit être la fièvre herpétique.

Justement ce que l'on a voulu appeler fièvre herpétique (5) chez l'homme est une maladie bien mal déterminée, et si l'on voulait aujourd'hui grouper ensemble toutes les maladies dans lesquelles on observe de l'herpès labial, ce serait une grande confusion.

Comby a rapporté plusieurs observations de stomatite herpétique ; ces observations ressemblent à s'y méprendre aux observations que Lebon a recueillies dans le service de Ch. Leroux, et que Lebon et Leroux avouent se rapporter à la stomatite aphteuse de tout le monde. J'ai lu attentivement les observations de Comby et celles de Lebon, elles ressemblent absolument aux miennes.

Pourquoi ces trois auteurs ont-ils désigné la maladie sous le nom de stomatite herpétique. Parce qu'ils ont trouvé des vésicules sur les lèvres et sur les amygdales et qu'ils ont appelé ces vésicules « herpès » ; alors que les vésicules des lèvres représentaient en petit l'éruption cutanée des animaux.

Sur 43 cas, Lebon aurait observé 22 fois de l'herpès labial, ce qui ferait 51,16 pour 100 ; tandis que sur 107 cas, j'ai trouvé 45 fois des lésions cutanées, ce qui ne fait que 38,31 pour 100. La différence provient de ce que Lebon, sous le nom d'herpès labial, a englobé et les lésions cutanées et celles de la muqueuse des lèvres.

La fièvre aphteuse humaine est une maladie autrement bien déterminée que l'herpès et je ne vois pas pourquoi on changerait son nom.

(1) Comby, *De quelques stomatites de l'enfance*, Rev. mens. des mal. de l'enfance, septembre et octobre 1888.

(2) Dans son *traité des maladies de l'enfance* et dans le 2^e volume du *traité des maladies de l'enfance*, par Grancher, Comby et Marfan, Paris, 1897, Comby décrit séparément la stomatite aphteuse et la stomatite herpétique ; mais tout ce qu'il dit de la stomatite herpétique se rapporte en grande partie aux aphtes et son chapitre des aphtes n'a trait qu'à la fièvre aphteuse transmise de l'animal à l'homme.

(3) Ch. Leroux, *La stomatite aphteuse doit être dénommée stomatite herpétique* (*Journal de clin. et de therap. infantiles*), 9 mai 1895.

(4) Lebon, *Etude sur la stomatite herpétique chez les enfants*, Th., Paris, 1893.

(5) Parrot. Note sur la fièvre herpétique, Paris, 1871.

Il y a encore une autre raison pour ne pas appeler les aphtes stomatite herpétique ; c'est que l'herpès de la bouche bien que rare existe réellement et qu'il faut conserver ce nom pour l'herpès buccal, la véritable stomatite herpétique.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ

par le D^r LAPEYRE

L'ongle incarné ; voici une petite mais parfois fort pénible infirmité que rencontre souvent le médecin et à laquelle il peut facilement porter remède, quel que soit le degré de l'affection.

La partie externe de l'ongle du gros orteil est à peu près le siège unique de la lésion et c'est le plus souvent dans l'adolescence qu'apparaît cette pénétration de l'ongle dans le bourrelet latéral externe. Comme il s'agit presque toujours encore de gens d'une classe sociale peu élevée et appelés à marcher souvent et beaucoup, le traitement s'impose donc avec une particulière importance.

Au début de l'affection, alors que l'ongle tend seulement à pénétrer le bourrelet cutané exubérant, alors qu'il n'y a pas encore de plaie ou du moins pas encore d'infection et de suppuration et de bourgeonnement, l'intervention du médecin reste efficace à peu de frais.

Les prescriptions en sont du reste bien connues : Ongle coupé carré — Souliers larges. — Propreté minutieuse du pied destinée à empêcher l'infection dont l'établissement aggrave considérablement les choses, telles sont les bases de ce traitement auquel il suffira d'ajouter la petite manœuvre suivante :

La région venant d'être nettoyée, le médecin ou le patient lui-même glisse avec le bout d'un stylet un peu d'ouate stérile sous la partie de l'ongle qui tend à s'incarner, de façon à nettement le soulever.

En continuant ces petites mesures pendant quelque temps, la guérison est vite obtenue, et la récédive sera facilement évitée par le malade s'il y met un peu de soin.

Un peu plus tard, une petite ulcération existe, une suppuration légère, mais tenace, s'est établie. La douleur est insupportable, un peu de lymphangite peut même exister.

Le même traitement peut encore réussir s'il est complété par des pansements humides au sublimé régulièrement renouvelés qui combattent victorieusement la petite infection déjà créée.

Mais déjà la guérison est plus difficile à obtenir, trop de conditions étant réunies pour faciliter les réinfections de la rainure unguéale.

Un degré de plus, des bords de l'ulcération nais-

sont des fongosités tendant à recouvrir la face dorsale de l'ongle, la suppuration est fétide, le bourrelet latéral lui-même est dur, calleux en quelque sorte.

Ici, les traitements de douceur ne sont plus de mise, il faut intervenir chirurgicalement, ce qui peut arriver encore à la suite d'un échec dans la forme précédente, soit par tenacité trop grande de l'infection, soit par suite des négligences du malade à appliquer le traitement prescrit.

Quelle intervention à la fois simple — aussi simple que possible — et radicale, c'est-à-dire, empêchant la récédive doit pratiquer le médecin.

Il faut, bien entendu, *de toute nécessité, supprimer les parties infectées* qui ne pourraient guérir, *et arracher l'ongle* pour que l'ulcération puisse se cicatriser pendant le temps que met l'ongle à repousser.

Mais un procédé ne tenant compte que de ces nécessités est insuffisant, car l'ongle repoussé, la récédive est à peu près fatale et le succès obtenu aura été par suite tout éphémère. Une indication complémentaire se pose donc :

Il faut « *détruire définitivement l'ongle, l'empêcher de repousser dans sa partie incarnée tout au moins* ».

Et l'opération à la fois radicale et le plus simple possible sera celle qui ajoutera aux deux premières indications la destruction *de la matrice de l'ongle*, soit dans sa totalité, soit seulement dans la partie susceptible de s'incarner.

L'ablation du derme sous-unguéal est inutile, puisqu'il suffit de détruire la portion lunulaire de l'ongle pour empêcher qu'il repousse.

S'appuyant donc sur ces données, le praticien rejettera « *comme insuffisant* », le procédé qui se borne à la destruction des parties ulcérées et à l'arrachement de l'ongle ».

Comme insuffisante encore la destruction plus ou moins incertaine de la matrice par quelques coups de la pointe du thermocautère.

Comme inutile et retardant trop la guérison, l'ablation jusqu'à la phalange du derme sous-unguéal et de la matrice (Dupuytren, Baudiens).

Le procédé excellent en soi de Th. Anger obtient la réunion immédiate par la taille aux dépens des parties saines d'un lambeau latéral qui est suturé après la destruction des parties malades. Mais il me paraît avoir le défaut de trop ressembler déjà à une véritable intervention, ce qui suffit à décourager le médecin désireux de faire bien, mais au plus simple possible.

Aussi le *procédé de Quénu* qui se borne à la dissection et ablation de la portion lunulaire, seulement dans la zone où la repousse est à craindre, me paraît la véritable intervention de choix.

En voici la technique :

1^{er} temps. Introduire à plat la lame mousse d'un fort ciseau sous l'ongle bien à fond.

Retourner la lame et diviser l'ongle en deux moitiés. Arracher avec une pince hémostatique la moitié qui s'incarne.

2^e temps. Détruire avec soin au bistouri ou au ciseau le bourrelet latéral ulcéré.

3^e temps. *Dissection d'un lambeau lunulaire cutané.* Faire descendre sur la lunule deux petites incisions l'une à la rainure unguéale externe, l'autre au niveau de sa section médiane en évitant de remonter jusqu'à l'articulation phalangienne et s'arrêtant au premier pli articulaire. Relever ce petit lambeau cutané par dissection.

4^e temps. *Destruction de la matrice.* La matrice mise à nu par la dissection du petit lambeau précédent est alors circonscrite par trois traits de bistouri qui permettent sa totale ablation.

Il faut éviter de pousser trop en arrière la pointe de son bistouri pour ne pas atteindre l'articulation phalangienne, distante seulement de l'extrémité postérieure d'à peu près 5 millimètres. Du reste la précaution de dessiner un lambeau cutané suffisamment petit empêche cette éventualité.

5^e temps. Le lambeau cutané est suturé à ses deux extrémités par un crin de Florence qui le remet en place au dessus de la matrice détruite.

Au quatrième jour les fils sont enlevés. Le malade a pu facilement rentrer chez lui à pied, immédiatement après l'opération. Au bout de quelques jours, il peut marcher — dans un gros pansement ouaté toutefois.

Radical dans son résultat avec un minimum d'intervention assurant la guérison avec un maximum de promptitude, le procédé de Quénu est donc bien le traitement opératoire de choix.

Et la réussite ne tient qu'à quelques petites précautions communes dans tous les procédés et que je crois bon de rappeler.

Une *propreté minutieuse* est nécessaire, pour obtenir la guérison rapide sans suppuration. Il faut donc non seulement, au cours de l'opération, enlever toutes les parties infectées mais préparer l'acte opératoire par une désinfection complète de la région. L'intervention ne sera pratiquée que sur un pied dès longtemps nettoyé et soumis à une série de pansements humides.

Enfin, et pendant l'opération et ensuite, il faut autant que possible *isoler le gros orteil*.

Une compresse bouillie, trouée pour laisser passer le gros orteil, remplira cette indication au cours des manœuvres opératoires.

Les pansements secs consécutifs, un peu serrés, car il y a parfois une petite hémorragie, envelopperont isolément le gros orteil et le sépareront des autres doigts pour éviter la contamination du pansement direct.

Dans l'anesthésie locale, il me semble qu'au mélange réfrigérant classique de glace et sel marin parfois non sans quelque danger, il est plus simple aujourd'hui de substituer l'action du chlorure d'éthyle.

L'analgésie est singulièrement aidée par la petite précaution qui consiste à serrer autour de la base de l'orteil une sonde (n° 16) en caoutchouc rouge en faisant deux fois le tour et arrêtée par une pince hémostatique.

Le lien élastique est d'abord serré puis la compresse trouée est mise en place, et il ne reste plus, après avoir désinfecté une dernière fois la région et l'avoir anesthésiée, qu'à procéder aux divers temps de l'intervention.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT MÉDICAL D'INDRE-ET-LOIRE

Séance du 7 avril 1897

Membres présents : Dr H. Thomas, président ; Chaumier, P. Archambault, Bezard, Roux, Faucillon, Grasset, Fischer, Gibotteau, Lapeyre, Stécewitz, Lieffring, Boureau, Delaitre, Sabathé, Bailliot, Ménier, Barré, Guérard, Schoofs, Héron.

Excusés : MM. Boucher (d'Avoine), Meunier.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal, M. le président annonce que MM. les docteurs Moissonnier (Tours) et Lemoine (Vouvray) demandent à faire partie du syndicat.

Ces deux confrères sont admis à l'unanimité.

Lecture est donnée d'une lettre adressée par le président du syndicat de Marseille et demandant que le syndicat s'associe au vœu suivant : « Tous les docteurs en médecine français n'ayant pas subi de condamnation, diplômés avant la promulgation du décret du 4 janvier 1896, ne sont pas tenus de passer un examen pour obtenir le titre de médecin sanitaire ; ce titre leur sera accordé sur simple demande faite au service de la santé. »

A l'unanimité, le syndicat médical d'Indre-et-Loire vote le vœu adopté par les médecins de Marseille et adresse ses félicitations au syndicat de Marseille pour l'initiative prise en faveur des droits des médecins français.

Le président communique ensuite une lettre adressée par le syndicat de Saumur et signalant les agissements d'un empirique résidant à Tours et qui opère dans la région avec l'aide de rabatteurs.

Une carte compromettante saisie à Saumur est adressée au syndicat de Tours, qui peut plus facilement poursuivre.

Voici la teneur de cette carte imprimée :

Médaille d'or 1892. — *Mme Louise, de Paris*, diplômée, a l'honneur de vous informer qu'elle a pris sa résidence définitive à Tours, 18, rue de Courset, et qu'elle donne des consultations pour toutes choses et maladies de tous genres.

Heures des consultations : matin de 9 heures à midi, soir de 2 heures à 6 heures, 18, rue de Courset, Tours.

Le Dr H. Thomas, président, dit qu'il connaît les agissements de cette dame et que les journaux de Tours regorgent de ses annonces.

Sur sa proposition le syndicat décide, à l'unanimité, d'adresser une plainte au procureur de la République et de demander des poursuites contre *Mme Louise (de Paris)*.

Le Dr Schoofs appuie une demande antérieurement faite par M. Lhopitalier, pharmacien, à Tours, en vue d'obtenir l'appui pécuniaire du syndicat dans un procès actuellement en cours.

M. Lhopitalier plaide que le bénéfice de la dernière maladie ne s'applique pas au chef de famille seulement, mais à tous ses membres, et désirerait aller jusqu'au bout pour faire établir une jurisprudence favorable.

M. le Président répond : M. Lhopitalier a engagé seul l'affaire sans s'adresser au syndicat des pharmaciens. Le syndicat médical aurait prêté son appui au syndicat des pharmaciens s'il avait pris la chose en mains. Ce dernier s'abstenant, le syndicat médical peut que l'imiter.

La demande est repoussée.

Le Dr Grasset expose qu'il a été déposé un projet de loi tendant justement à supprimer le privilège de dernière maladie. Le syndicat ne pourrait-il protester contre cette proposition.

Le syndicat décide qu'il y a lieu de demander le maintien du privilège. Ce vœu sera transmis à l'Union des syndicats et aux sénateurs et députés d'Indre-et-Loire.

Le Dr Barré (de Mosnes) rappelle qu'un pharmacien d'Amboise a établi, à Mosnes, chez un tonnelier, un dépôt de médicaments. La vente est faite par le dit tonnelier.

Outre l'illégalité de la chose en elle-même, il y a préjudice porté aux intérêts du médecin de Mosnes, qui a le droit de délivrer des médicaments puisqu'il n'y a pas de pharmacien dans la commune.

Le syndicat décide de demander au président du syndicat des pharmaciens d'appuyer une poursuite déjà exercée contre le pharmacien en question, et de déposer une plainte au procureur de la République et contre le pharmacien et contre le tonnelier s'il y a lieu.

Le pharmacien sera préalablement averti.

Le Dr Sajous se plaint que des épiciers de sa région exercent la médecine et la pharmacie ; il demande l'intervention du syndicat.

Le Dr Sajous est prié de recueillir des preuves de ces faits, des preuves étant indispensables pour que le syndicat puisse poursuivre.

Le Dr Stecewitz raconte cette affaire de certificats pendante entre lui et l'enregistrement que nos lecteurs connaissent.

A plusieurs reprises, l'administration est venue demander au Dr Stecewitz de transiger, et devant le refus formel de notre confrère le fisc a paru reconnaître le mal fondé de sa réclamation. M. Stecewitz depuis longtemps n'a plus entendu parler de rien.

A l'unanimité le syndicat approuve la résistance de notre confrère et se déclare prêt en cas de reprise des poursuites à lui donner tout appui nécessaire.

Le Président du Syndicat prend enfin la parole pour exposer les démarches de la Commission nommée pour s'occuper de la question des sociétés de Secours Mutuels et de la Médecine des Indigents à Tours.

Pour la Médecine des Indigents, la Commission s'est mise en rapport avec le bureau de Bienfaisance et, sans obtenir totalement gain de cause, a du moins obtenu un régime qui assure à chaque médecin du bureau de Bienfaisance une rétribution annuelle d'environ 1.200 francs.

Pour les Sociétés, deux d'entre elles, la Bienfaitrice et la Tourangelles paraissent vouloir revenir au système de l'abonnement condamné par l'unanimité du syndicat et des médecins de Tours.

Trois membres du Syndicat sont délégués près de ces sociétés.

A ce propos, les D^{rs} Roux et Faucillon (de Chinon) font remarquer que la Société locale refuse encore de soumettre aux médecins la liste de ses membres.

Une entente unanime reste donc nécessaire entre les médecins de Chinon.

Le syndicat désireux que l'initiative des médecins de Chinon partout donné en exemple, porte tous ses fruits, décide de tenir sa prochaine réunion à Chinon afin de résoudre sur place les dernières difficultés.

Cette réunion est fixée à la fin de juin.

Un déjeuner confraternel réunit après la séance les membres du syndicat, très satisfaits des résultats que leur a déjà assurés leur parfaite entente. Chacun s'engage à recruter de nouveaux adhérents, et ce compte-rendu des travaux du syndicat contribuera nous l'espérons à décider les derniers indifférents.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE ET ANALYSES

FORMULAIRE DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX POUR 1897, par H. Bocquillon-Limousin; librairie J.-B. Bailière et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, à Paris.

Les Formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels, tant la matière médicale s'est transformée par de nombreuses acquisitions.

Le *Formulaire* de Bocquillon est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1897 contient un grand nombre d'articles nouveaux introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons en particulier : *Actol*, *Airol*, *Amygdophénine*, *Antinosine*, *Apolysine*, *Argonine*, *Benzacétine*, *Bismal*, *Bromure d'hémol*, *Caféine*, *Caféinate de fer*, *Chloralose*, *Citrophène*, *Cocaïne*, *Cuprohémol*, *Eosote*, *Eucaïne*, *Eudoxine*, *Ferripyne*, *Ferrostyptine*, *Gallicéine*, *Gélante*, *Glutol*, *Glycérophosphates*, *Hémogallol*, *Hémol*, *Hypnoacétine*, *Ichtyol*, *Iodates métalliques*, *Iodoformine*, *Itrol*, *Kola*, *Lysidine*, *Menthol*,

Myronine, *Nosophène*, *Nutrose*, *Orphol*, *Phosphergot*, *Pipérosine*, *Pixel*, *Protogène*, *Pyranine*, *Quinosol*, *Résorcin*, *Salantol*, *Salipyrine*, *Salithymot*, *Salophène*, *Sanoforme*, *Samatose*, *Strophantus*, *Sublimophénol*, *Tannalbine*, *Tannoforme*, *Tannigène*, *Trional*, *Thiosinamine*, *Urotropine*, *Xéroforme*, etc., et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, introduites récemment dans la thérapeutique.

Dans le *Formulaire des médications nouvelles*, que le D^r Gillet vient de faire paraître et qui est le complément nécessaire du *Formulaire des médicaments nouveaux*, on trouvera des détails complets sur l'*Antisepsie*, les *Badigeonnages antifébriles*, les *Bains froids*, les *Enveloppements froids*, les *Injections d'extraits organiques* (Sequardine, Suc thyroïdien, Suc capsulaire, etc.), les *Injections sous-cutanées de sels mercuriels*, la *Sérothérapie*, le *Stypage*, la *Vaccination antirabique*, etc.

MORPHINOMANIE ET MORPHINISME, par le D^r Paul Rodet (*Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, Prix Falret*), 1 vol. in-12, cart. à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.

L'auteur présente d'abord un historique complet du morphinisme, en faisant assister le lecteur aux différentes étapes que cette affection a traversées avant d'être reconnue comme une véritable entité. Après avoir étudié les mœurs des morphinomanes, la morphinomanie à deux, sa propagation rapide, il aborde la symptomatologie et la théorie de l'abstinence qui constituent deux chapitres importants de son ouvrage. Puis il continue par l'examen des intoxications coexistant si communément avec la morphinomanie, en particulier de l'alcoolisme et de la cocaïnomanie, l'étude médico-légale du morphinisme, et donne, pour terminer, une large place au *traitement*, exposant les diverses méthodes employées et appréciant leur valeur thérapeutique.

Un index bibliographique comprenant toutes les publications françaises et étrangères qui se rapportent au sujet, termine utilement cet ouvrage d'ensemble qui manquait pour établir l'état actuel de la science en ce qui concerne l'intoxication morphinique.

DE L'INFLUENCE DE LA VÉLOCIPÉDIE SUR LA VISION ET CONSEILS D'HYGIÈNE POUR LES YEUX DES VÉLOCIPÉDISTES, par le D^r Mirovitch. (Maloine, éditeur, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine).

En ce temps de cyclisme à outrance où tant de monde se risque « à enfourcher le cheval d'acier », ce petit livre donne de bons conseils aux infirmes de la vision (myopes, hypermétropes et astigmates.)

En dehors des dangers qui menacent les myopes surtout (décollements, hémorragies de la rétine), l'auteur affirme que la congestion de l'œil que donnent l'effort de la course et le *soufflage atmosphérique* occasionne « une confusion des impressions » qui fait que le myope ou l'hypermétrope ne voit souvent l'obstacle que lorsqu'il est passé et « qu'il a

ramassé sa pelle ». Les roues des voitures auraient même une influence fascinatrice particulière.

En résumé, il fait bon de corriger les vices de réfraction quand on monte en machine. Et une fois cette précaution prise, il ne reste qu'à faire du cyclisme avec modération, à être un amateur dilettante et « non un coureur de kilomètres » pour éviter tous les accidents oculaires et autres.

LA MÉDECINE INFANTILE, journal hebdomadaire, vient de se fonder sous la direction du Dr Périer. Il s'agit d'un intéressant recueil de pédiatrie que nous sommes d'autant plus heureux de signaler à nos lecteurs que son second numéro contient un intéressant article de notre collègue le Dr R. Petit (de Tours), sur l'action hyperthermisante du sérum antidiphthérique.

MANUEL PRATIQUE ET SIMPLIFIÉ D'ANALYSE DES URINES ET AUTRES SÉCRÉTIONS ORGANIQUES, par E. Liotard, pharmacien de 1^{re} classe, lauréat, ex-interne des Hôpitaux, membre de la Société chimique de Paris et de la Société de Médecine de Nice (1 Vol. in-18, 1897, avec fig., 2 fr. 50.)

Les quelques ouvrages de *Chimie clinique* qui ont pu être édités jusqu'à ce jour sont trop théoriques et trop complets. Il y avait donc nécessité de rassembler les *travaux les plus nouveaux* en un ouvrage sous une forme claire, pratique. Le MANUEL que nous présentons aux lecteurs, sera par suite d'une grande utilité aux médecins, pharmaciens, chimistes et étudiants.

Pour les recherches et les dosages, il n'a été décrit que les procédés les plus rapides et offrant les garanties d'exactitude, autant que cela a été en notre pouvoir.

De plus, le temps faisant souvent défaut, nous croyons qu'il est bon d'avoir une étude simple, courte, sans exposer le lecteur à se perdre dans les détails sans fin et trop complexes.

Nous traiterons d'abord de l'*urine* en faisant connaître le procédé de détermination de l'*azote total* pour permettre de calculer le *coefficient d'oxydation* urinaire.

Nous parlerons ensuite de la *bile*, du *sang*, du *pus*, du *chyle*, de la *lymphe*; des *calculs* urinaires et biliaires, du *sperme*, *leucomaines*, *sérosité*, *kystes*, *salive*, *rhinolithes*, *lait* chez la femme, *sucs* gastrique et pancréatique.

Nous tenons à signaler à nos lecteurs un volume intéressant, « L'URINE HUMAINE, de Vieillard ». Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

L'auteur ne s'est pas borné à donner un simple manuel d'analyses. Il a apprécié et comparé avec beaucoup de justesse la valeur des divers procédés de dosages.

L'étude physiologique et pathologique de l'urine est traitée d'une façon complète.

Si l'on songe que l'urine est pour le médecin un

livre où il peut suivre pas à pas la marche des échanges et de la désassimilation des tissus, qui le renseigne sur le fonctionnement du rein et des principaux organes, on conçoit quel profit le praticien peut tirer d'un ouvrage aussi documenté que celui de M. Vieillard.

NOUVELLES

Saumur. M. le Dr Renou, de Saumur, vient d'être nommé correspondant national de l'Académie de médecine.

CONCOURS. *Poitiers.* Un concours s'ouvrira le 8 nov. 1897, dev. la Fac. de Méd. de Bordeaux, pour l'emploi de suppl. des ch. de physique et de chimie à l'Ecole de Méd. de Poitiers. — Le reg. d'insc. sera clos un mois avant l'ouv. du concours.

Limoges. M. le Dr Emery, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé des fonctions de chef des travaux physiologiques à l'Ecole de médecine de Limoges.

Blois. Un service complet de Radiographie vient d'être installé à l'hôpital.

Une salle d'opérations répondant à tous les desiderata va être construite. On a parlé d'un projet semblable à Tours, il y a deux ans ! mais depuis...

Nécrologie. Le Dr Bury, ancien maire et ancien député de Saumur, était maire de cette ville au moment de la guerre de 1870, et, comme administrateur ou médecin, sa conduite fut au-dessus de tout éloge ; en plus des ambulances de blessés organisées dans la ville, il installa dans sa maison de campagne, près de Saumur, une ambulance de cinquante-deux varioleux.

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.