

NÉCROLOGIE

Le Docteur Guérault

Le corps médical de Tours a fait récemment une perte considérable.

Un de ses membres le plus justement estimé, le docteur Guérault, dont la verte vieillesse semblait défier les années, a été enlevé par un accident subit à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis.

Le docteur Guérault, après avoir servi avec le plus grand mérite dans la marine, était devenu le gendre de M. Crozat, accoucheur très renommé qui lui transmit, en même temps qu'une clientèle, un nom estimé de tous.

Il pratiqua pendant de longues années et avec un légitime succès l'art des accouchements. Professeur à l'École, son cours pratique était très suivi et très écouté et a formé plusieurs générations d'élèves.

Il avait su mériter la confiance d'un grand nombre de familles et conquis celle de beaucoup de ses confrères qui n'hésitaient pas à s'adresser à lui dans les cas difficiles.

Instruit, en effet, à l'école d'un des premiers maîtres du temps, Guérault était d'une habileté manuelle et instrumentale consommée et se tirait à son honneur des cas dystociques les plus difficiles.

L'on peut arriver à être un accoucheur habile, il est peut-être plus difficile d'être un parfait homme de bien. Guérault le fut. Il fut un honnête homme dans l'interprétation la plus haute du mot, un praticien d'une sévère probité, consciencieux et dévoué.

A ses obsèques qui ont rassemblé un grand nombre de confrères et d'amis, M. Louis Thomas, parlant au nom de l'Association, a fait justement ressortir en quelques mots ses éminentes qualités professionnelles et privées, et la *Gazette médicale du Centre*, qui le comptait au nombre de ses meilleurs amis, a tenu à s'associer à ces éloges mérités et à adresser à sa famille l'hommage de ses vifs regrets.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

POLYPPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES

par le Dr Paul ARCHAMBAULT

Un des spectacles dont le souvenir m'est resté le plus fidèle, lors de mes premières visites dans un service d'hôpital, a été celui de l'opération de l'extraction des polypes du nez. Je vois toujours le malheureux patient fixé sur une chaise, enveloppé d'un drap pour empêcher les mouvements des bras, sa tête tenue fixe par un aide, et le chirurgien armé d'une pince. J'entends encore les cris de ce supplicié, chaque fois que l'opérateur introduisait sa pince dans la fosse nasale, tordait et arrachait tout ce qui se trouvait sous les mors de son instrument, polypes, et trop souvent muqueuse nasale et queue de cornet. Le sang coulait à flot et cette opération brutale était vraiment pénible à voir. De plus, une telle intervention était d'autant plus barbare qu'elle était le plus souvent inefficace. Il était difficile, allant ainsi à l'aveugle, d'enlever tous les polypes, et par les pertes de substances que cet arrachement déterminait, une voie pouvait être ouverte à l'infection et aux complications inflammatoires.

Grâce aux progrès de la rhinologie, grâce aussi à la découverte des avantages de la cocaïne, actuellement l'opération des polypes muqueux des fosses nasales se fait sans douleur et pour ainsi dire sans hémorrhagie.

Ces avantages sont inappréciables, car il s'agit d'une maladie fréquente et même beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer. Sa fréquence est bien connue des spécialistes, et en faisant de nombreux examens rhinoscopiques, il arrive à chaque instant de reconnaître la présence de polypes chez des personnes ne se doutant nullement de leur affection.

Pour diagnostiquer les polypes des fosses nasales, il ne faut pas se contenter, comme autrefois, de se mettre en bonne lumière, de faire pencher en arrière la tête du malade et d'écartier avec les doigts les ailes du nez. Il est certain que chez des vieux polypeux porteurs de tumeurs obstruant presque complètement les narines, et descendant parfois jusque sur la lèvre supérieure, cet examen superficiel suffira à reconnaître la nature de l'affection. Ces cas sont rares et le malade n'attend pas aussi longtemps avant de s'émouvoir de la gêne qu'il a dans le nez.

Pour faire un examen complet, l'opérateur doit se servir de la lumière artificielle, soit électricité, soit gaz, soit simple lampe avec un puissant foyer lumineux. Le foyer lumineux étant à droite, et un peu en arrière de la tête du malade placé devant, le médecin armé d'un miroir frontal, qui lui laisse la liberté de ses deux mains, dirige les rayons lumineux vers l'orifice de la fosse nasale qu'il écarte à l'aide d'un spéculum nasal. S'il existe des polypes, il

aperçoit une tumeur de grosseur variable, luisante, arrondie, ayant l'aspect d'une boule gélatineuse quelque peu transparente, d'une couleur gris bleuâtre. Parfois cette tumeur est sillonnée d'arborisations vasculaires; si elle a été irritée, ou si elle vient faire issue à l'orifice de la narine, cette coloration grisâtre disparaît et fait place à une coloration plutôt rosée. Pour affirmer le diagnostic, il est utile de se servir d'un stylet explorateur qui permettra de se rendre compte de la mobilité et de limiter la tumeur; de plus, dans les cas de polypes de petit volume, la recherche au stylet fera reconnaître les polypes d'avec l'accumulation de mucosités au niveau du méat moyen: le polype est indolore au toucher avec le stylet.

Ce diagnostic facile, la plupart du temps, présente cependant parfois de grandes difficultés, et la rhinoscopie antérieure ne suffit pas toujours; l'opérateur devra avoir recours à la rhinoscopie postérieure pour pouvoir trouver l'explication des symptômes qu'accuse le patient.

La présence de polypes peut déterminer des accès d'asthme; elle amène des quintes de toux sans expectoration; quelquefois des malades ont un peu de pesanteur de tête, quelques douleurs névralgiques dans la mâchoire supérieure. Quelques-uns n'éprouvent aucune incommodité, et la découverte de leurs polypes est pour eux un grand étonnement.

D'autres, au contraire, souffrent d'une gêne très prononcée de la respiration; ils sont obligés de respirer par la bouche, d'où grande sécheresse de la gorge: leur voix est nasonnée; il y a perte de l'odorat, sécrétion nasale abondante et parfois complication de surdité. L'obstruction nasale est quelquefois intermittente; quand le temps est sec, le malade respire mieux; par les temps humides, il est plus gêné.

Les causes qui produisent les polypes muqueux sont difficiles à déterminer. Ils sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme. On peut les rencontrer à tout âge; on les voit chez le vieillard et chez le jeune enfant, Natier a publié des statistiques desquelles il ressort que 3 0/0 des cas surviennent au-dessous de quinze ans; mais le plus souvent, c'est dans l'âge adulte qu'on constate leur fréquence. — Leur nombre est des plus variables, et il est impossible au premier examen de le soupçonner. Ils s'entassent les uns au-dessus des autres, et au fur et à mesure qu'ils sont enlevés on en voit redescendre d'autres. Leur point d'implantation est le plus souvent sur les cornets moyens et supérieurs; parfois en arrière à l'orifice des choanes; dans ce cas, la tumeur prédomine alors sur le pharynx nasal; elle est généralement volumineuse et dans un simple examen de la cavité buccale on voit une masse grisâtre faire saillie derrière le voile du palais; quand le polype est petit, il sera parfois nécessaire de faire usage du releveur du voile du palais pour faciliter sa recherche.

On a publié quelques observations de polypes muqueux implantés sur la cloison; j'ai eu moi-

même, il y a quelques mois, l'occasion d'opérer chez une femme un polype de la cloison du côté droit. Ces cas sont assez rares. L'opération ne diffère pas de celle des polypes implantés sur les cornets, et c'est là que nous trouvons les progrès immenses de la rhinologie.

Le traitement médical, insufflation de poudres astringentes, attouchements avec des caustiques, est absolument insuffisant et on ne doit pas s'y arrêter.

Je ne rappelle le traitement chirurgical que pour le blâmer hautement et le rejeter.

Il n'y a qu'un traitement rationnel des polypes muqueux des fosses nasales, c'est le traitement rhinologique. « Sous ce nom, dit le Dr Marcel Lermoyez, il faut entendre l'ablation des polypes faite par les voies naturelles et sous le contrôle de la rhinoscopie antérieure. Il est indolore, grâce à l'emploi de la cocaïne; il est efficace, car il prévient autant que possible les récidives; il est inoffensif, car il respecte les parties saines du nez. »

Pour faire l'opération de l'ablation de polypes du nez, le malade doit être installé comme pour un simple examen rhinoscopique; il faut une source lumineuse assez forte, afin d'éclairer bien nettement le champ opératoire pour ne saisir que ce que l'on veut enlever.

Le choix du spéculum du nez n'est pas indifférent; il doit présenter un écartement aussi grand que possible. Le spéculum idéal serait un spéculum permettant de voir complètement la région des cornets; dans ce but, Mathieu a fabriqué un spéculum fenêtré qui rend de grands services: il a sur le spéculum de Duplay le grand avantage de laisser voir presque toute la muqueuse.

Pour les interventions dans le nez, le Dr Vacher a fait construire un spéculum à ouverture latérale qui permet de dégager facilement un instrument sans être obligé, comme avec les précédents, de retirer à la fois et instrument et spéculum. Ces différents spéculums qui, chacun suivant les cas, sont nécessaires à l'opérateur, ont cependant tous un inconvénient; ils doivent être tenus fixés d'une main, de la main gauche en général, de sorte que le médecin est obligé de manœuvrer avec sa seule main droite. On a bien construit des spéculums, tels celui de Palmers, celui de Schmidt qui sont de véritables écarteurs à ressort et qui tiennent seuls une fois placés; mais ces spéculums ne font voir que la partie la plus antérieure des fosses nasales et ne peuvent être utilisés que lorsqu'on se trouve en présence de polypes volumineux qui font apparition à l'orifice des fosses nasales. Ces spéculums ne rendent aucun service, lorsqu'il faut aller rechercher de tous petits polypes situés au niveau du méat moyen.

Le choix du spéculum utile étant fait, il est nécessaire, pour faire l'ablation des polypes, de choisir un instrument dont la tige fine et délicate n'obstrue pas le champ lumineux et puisse sous l'œil de l'opérateur pénétrer dans les parties les plus profondes

des fosses nasales : cet instrument est le serre-nœud de Black. On a construit un grand nombre de modèles de cet instrument ; mais tous les polypotomes reposent sur le même principe, une anse formée d'un fil d'acier manœuvrant dans une tige complètement creuse ou divisée en deux tubulures, comme les canons d'un fusil double. A l'aide d'un anneau glissant sur le manche de l'instrument et auquel on a attaché les deux bouts de terminaison du fil qui forme l'anse, à volonté on aggrandit et on diminue cette anse. — L'anse formant un anneau proportionnel à la grosseur de la tumeur qui doit être enlevée, est introduite dans la fosse nasale ; par de légers mouvements de haut en bas ou de bas en haut, on arrive à charger la masse polypeuse et il suffit de faire glisser l'anneau pour sectionner la tumeur.

Après chaque séance d'opération, le fil doit être jeté ; le choix du fil est important. Il ne doit pas être trop gros, car il coupe mal ; trop faible parce qu'alors il se laisse facilement fléchir et se déforme lorsqu'il est à l'encontre de la tumeur, qui, très mobile, tend à fuir sous l'instrument et contre laquelle il faut faire une certaine pression. Le fil ne doit pas être cassant, car l'anse devant être reformée un assez grand nombre de fois, la brisure se ferait facilement et surtout pourrait se faire en voulant sectionner un polype présentant un peu de résistance. Le nombre des polypes étant très variable, il faut à chaque séance en enlever le plus possible ; mais l'arrivée du sang oblige de bonne heure à arrêter l'intervention, les caillots sanguins bouchent complètement la narine et empêchent de voir ce qui reste à saisir.

Cette hémorrhagie n'est jamais grave, elle cesse rapidement d'elle-même, ou après l'application d'une simple boulette d'ouate à pansement. Si ce simple moyen ne suffit pas, on peut appliquer une boulette imbibée d'eau oxygénée ou d'une solution de ferripyrine au dixième.

Il est excessivement rare que l'on puisse en une seule séance enlever tous les polypes ; et d'ailleurs il n'est pas possible d'affirmer qu'ils soient tous enlevés. Le malade sera très considérablement amélioré, respirera facilement, mais il ne faut pas lui assurer la guérison absolue ; on serait en effet exposé à le voir revenir après quelques mois vous reprocher votre promesse. Cette récurrence de l'affection est-elle due à une repousse, ou bien à de tout petits polypes qui auront échappé au dernier examen. Le Dr Hajek, de Vienne, répond que « jamais un polype muqueux, même incomplètement enlevé, ne se reproduit » Cette soi-disant récurrence n'est donc qu'une continuation de l'évolution régulière de l'affection.

Certains auteurs ont conseillé après l'ablation des polypes de cautériser le point d'implantation ; cette pratique est inutile et d'ailleurs presque impossible.

Comment pouvoir affirmer que sur une muqueuse plusieurs fois traumatisée on va exactement porter

le cautère sur le point d'implantation de chaque polype. Les cautérisations peuvent être utiles, mais pour détruire les polypes de petite dimension qui ne peuvent être saisis par l'anse ou que la pince de Lange n'a fait qu'effleurier.

Les suites des opérations de polypes sont presque toujours sans complication : il est prudent cependant de conseiller, pendant quelques jours, l'usage des poudres antiseptiques, surtout la poudre d'aristol. On n'observe pas d'auto-infection de la plaie ; et cependant on a dû opérer dans un milieu où toute antiseptie préalable est illusoire ; car il est impossible de pouvoir nettoyer une cavité qui est presque continuellement remplie de muco-pus : les lavages sont donc inutiles. Je dirai même qu'ils sont nuisibles, car des lavages trop abondants peuvent modifier ce milieu qui est normalement aseptique. En effet, les microbes ne se cultivent presque jamais dans le mucus nasal, et il est démontré que des microbes pathogènes tels que les streptocoques, les staphylocoques et même les bacilles tuberculeux, en petite quantité, y meurent peu de temps après leur entrée.

L'opération des polypes muqueux des fosses nasales à l'aide de l'anse froide, telle que nous venons de la décrire n'est pas douloureuse, le polype n'est pas sensible ; mais comme avec la section il y a parfois un peu d'arrachement, pour éviter toute douleur, ne fût-ce que pour ne pas incommoder le patient par le frottement de l'instrument contre la muqueuse saine, il est préférable d'insensibiliser avec la cocaïne.

Pour obtenir ce résultat on fera usage d'une solution de cocaïne au dixième ou au vingtième fraîchement préparée ; car les solutions se troublent très vite. A l'aide d'un pinceau ou mieux d'un tampon d'ouate hydrophile, on badigeonnera aussi loin que possible et de tous les côtés la narine où l'on doit opérer. Ce badigeonnage peut être répété deux ou trois fois à quelques minutes d'intervalle et même à la fin pour anesthésier d'une façon plus parfaite ; il est loisible de laisser un instant en guise de tampon la boulette de coton imbibée de solution de cocaïne.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL

Par le Dr TRIAIRE

I

L'histoire de la procidence du cordon, totalement inconnue des anciens accoucheurs, ne commence guère qu'à Portal, Viardel et Mauriceau, qui, les premiers, s'occupèrent de cet accident d'obstétrique. Depuis ces praticiens, l'attention des accoucheurs a été fixée sur lui et il a été l'objet d'un grand nombre

de travaux; mais les mémoires les plus remarquables ont été publiés par Madame Lachapelle (1) et par Schuré (2) dont la thèse inspirée par Stoltz renferme toutes les idées du maître de Strasbourg sur ce point spécial de l'obstétrique, et en est peut-être l'étude la plus complète.

On distingue deux variétés de procidence, ou plutôt deux degrés du même accident, suivant qu'il se produit avant la rupture des eaux, — le cordon se trouvant entre la partie qui se présente et les membranes, ou après la rupture des eaux, — le cordon faisant issue hors de la cavité utérine, dans le vagin, ou même en dehors des parties génitales.

Nœgelé et les accoucheurs allemands distinguent la première variété sous le nom de présentation du cordon, et la seconde sous la dénomination de procidence du cordon.

Schuré donne à la première le nom de *procubitus*, à la seconde celui de *prolapsus*. Ces deux dernières désignations acceptées par Tarnier nous paraissent préférables aux autres, et suffisant parfaitement à caractériser les degrés différents de la chute du cordon, en rendant cependant impossible la confusion que les termes de présentation et de procidence pouvaient faire naître.

Jacquemier reconnaît trois degrés, le premier dans lequel le cordon est renfermé dans la poche des eaux, le second dans lequel il fait issue dans le vagin, et le troisième hors des parties génitales. Cette division parfaitement conforme aux faits n'a cependant pas été acceptée parce que les 2^e et 3^e degré constituent le même événement pathologique soumis à des indications identiques.

La procidence du cordon est relativement rare. Mais il est difficile, — toutes les statistiques donnant des résultats différents, — d'indiquer d'une façon à peu près précise le degré de fréquence.

En effet, tandis que Madame Lachapelle indique (on soupçonne quelque erreur) 1 cas sur 381 accouchements, Merrimann trouve 1 cas sur 257, Hubert de Louvain 1 sur 53, Mazzoni 1 sur 22; Stoltz l'a noté 6 fois sur 416 accouchements, c'est-à-dire 1 sur 69, Depaul 1 fois sur 116 (3), Michaelis 1 sur 92, Fletwood, Churchill 1 sur 221, Tarnier, 1 sur 86.

II

Causes. — Wigand, Michaelis et surtout Nœgelé ont particulièrement insisté sur l'influence qu'exerce sur les procidences du cordon l'absence ou l'insuffisance de la contractilité du segment inférieur de l'utérus, qui aurait pour conséquence un défaut d'adaptation exacte entre l'orifice utérin et la partie fœtale qui s'engage. En réfléchissant en effet aux

conditions qui empêchent le cordon toujours assez long pour pouvoir toujours prolaber, et dont la pesanteur spécifique est plus considérable que celle du liquide amniotique, de s'échapper plus souvent qu'il ne le fait en dehors de l'orifice utérin, on trouve que cette rareté du prolapsus doit être attribuée à l'application exacte des parois utérines sur la partie fœtale qui se présente.

C'est la même cause et le même mécanisme qui retiennent encore dans l'utérus une certaine quantité de liquide après la rupture des membranes. Que maintenant le segment inférieur vienne à se relâcher par une sorte d'inertie musculaire et laisse par conséquent un vide entre lui et l'utérus, la descente du cordon pourra s'accomplir. Qu'au contraire, le segment inférieur de la matrice s'applique exactement sur la partie fœtale qui lui correspond, il entravera la descente du cordon et pourra même le faire remonter, quand la procidence est incomplète.

Cette théorie acceptée par toute l'école allemande est connue sous le nom de théorie de Nœgelé. On lui attribue une grande importance et la présence du cordon dans la poche non encore ouverte ne reconnaîtrait pas d'autres causes. Sans contester sa valeur, sans lui refuser la part évidente qui lui revient, le professeur Depaul faisait des réserves à son sujet. D'après lui, s'il fallait attribuer à cette théorie l'influence principale, comment comprendre qu'on ne trouve pas constamment le cordon derrière les membranes, en avant de la partie qui se présente, lorsqu'un rétrécissement du bassin l'empêche de reposer directement sur le segment inférieur de l'utérus. Comment expliquer que le même phénomène ne se produise pas déjà dans les derniers temps de la grossesse, alors que le fœtus reste assez mobile et assez élevé pour qu'on obtienne le ballotement? Ces objections diminuent un peu l'importance de cette cause pour attribuer un rôle considérable à un ordre de faits que nous allons signaler.

Un de ceux qui ont depuis longtemps fixé l'attention des accoucheurs est l'angustie du bassin qui retient la tête au-dessus du détroit supérieur. On comprend en effet que, dans les cas où un ou plusieurs diamètres de l'excavation pelvienne sont rétrécis, la tête ne pouvant s'appliquer sur l'orifice utérin, laisse des espaces libres qui permettent au cordon de glisser au-dessous d'elle. Le même fait se produira dans des circonstances diamétralement opposées, dans le cas où, par exemple, une tête trop petite et mobile sera engagée dans un bassin relativement trop large, et d'une manière générale, dans ceux où le fœtus, trop peu développé, distendra incomplètement le segment inférieur de l'utérus.

Parmi les autres influences, *causes de procidence*, on a signalé les présentations anormales, la procidence d'un membre, les grossesses gémellaires, l'hydramnios et l'insertion du placenta sur le col.

Les présentations anormales justifient leur action par la facilité qu'offrent à la chute du cordon les

(1) Lachapelle, *Pratique des accouchements*, tome III, 9^e mémoire, page 212.

(2) Schuré, *De la procidence du cordon ombilical pendant l'accouch.*; Thèse inaug.; Strasbourg, 1835.

(3) *Leçon de clinique obstétricale*. Depaul, Page 581.

inégalités de leur contour. L'obliquité de la tête, la présentation de la face s'adaptent mal sur le segment inférieur de l'utérus et sont en outre des causes d'arrêts prolongés au-dessus du détroit supérieur, qui peuvent favoriser l'accident. S'il s'agit de l'extrémité pelvienne et de la présentation du tronc, le cordon trouve une plus grande facilité à prolaber dans ce fait qu'il se trouve rapproché de l'orifice utérin. A ces influences, il faut joindre celle que nous venons de signaler de l'espace laissée libre par une présentation irrégulière. La procidence d'un membre, signalée par Lachapelle et presque tous les auteurs, favorise celle du cordon en lui servant de guide et en lui ouvrant la voie ; c'est ainsi qu'un pied ou une main précède et entraîne souvent le cordon ombilical.

Dans les grossesses gémeillaires, on trouve réunis plusieurs éléments favorables à la production de la procidence :

1^o Un développement extrême d'un des deux enfants ; 2^o une grande quantité de liquide ; 3^o l'engagement d'un enfant qui peut être gêné par l'autre et laisse ainsi subsister une issue par laquelle s'échappe le cordon.

Parmi ces éléments nous venons de citer l'hydramnios, l'une des causes les plus anciennement invoquées. Elle peut produire le prolapsus de deux façons. Dans l'une, au moment de la rupture des eaux, si l'écoulement est rapide et abondant, le cordon est entraîné au dehors par le flot du liquide. Cet accident doit engager l'accoucheur à ne rompre les membranes qu'avec prudence. Dans l'autre, l'accident est produit par l'abondance du liquide amniotique coïncidant avec la petitesse et la mobilité du fœtus. On a expliqué encore la procidence dans ce cas par le défaut de rétraction de l'utérus, après la rupture de la poche des eaux, l'extrême distension de l'organe lui ayant fait perdre une partie de sa puissance rétractile.

L'insertion vicieuse du placenta sur un point voisin de l'orifice cervical, qui a été considérée par quelques auteurs, comme cause prédisposante, agit en rapprochant l'extrémité placentaire de la tige ombilicale, de l'orifice, et en permettant au cordon de s'échapper par l'obstacle qu'elle oppose à la descente de la présentation.

Enfin pour être complet, citons deux autres causes : la longueur excessive du cordon, et les manœuvres obstétricales.

La première regardée autrefois comme fort importante paraît aujourd'hui un peu exagérée. Quand le cordon est long, il décrit en effet autour du cou ou des membres un ou plusieurs circulaires qui réduisent notablement sa longueur.

La deuxième mérite particulièrement l'attention de l'accoucheur, puisqu'il peut être le résultat de manœuvres malhabiles. L'introduction de la main ou d'un instrument ouvre en effet une voie à la procidence. Dépaül racontait qu'il ne se passait pas d'années sans qu'il ne reçût dans son service

une ou plusieurs femmes chez lesquelles des efforts infructueux et plus ou moins justifiés de version, tentés en ville, n'avaient abouti qu'à déterminer des procidences du cordon ou des membres.

III

Diagnostic. — Les signes qui permettent de poser le diagnostic de la procidence du cordon varient selon que les membranes sont intactes ou rompues. Dans le premier cas, on sent à travers les membranes, si elles sont faciles à déprimer, un corps mobile, mou, dont la forme noueuse, peut être appréciée, et présentant dans l'intervalle des douleurs, des pulsations que leur rythme fait reconnaître.

Mais il existe des causes diverses qui viennent plus d'une fois obscurcir le diagnostic. Si les membranes sont tendues, si elles contiennent beaucoup de liquide, il peut être difficile de distinguer exactement le caractère du corps que le doigt perçoit. Il faut, pour cela, ce qui n'est pas toujours facile, le faire glisser avec le doigt et le placer contre une partie résistante, de façon à sentir les pulsations dont il est le siège.

On peut se tromper même sur les pulsations que l'on croit percevoir et prendre pour les battements du cordon les pulsations du doigt, celles d'une artère utérine ou vaginale. On a signalé aussi les fongosités que peuvent offrir les membranes ou la distribution des vaisseaux sur ces membranes, pouvant faire croire, sans motifs, à la présence du cordon.

A la vérité, la plupart de ces causes sont ou rares ou susceptibles d'être rectifiées par un praticien un peu expérimenté. On tournera, si on le peut, la difficulté que présente la tension des membranes en tâchant de les refouler doucement pendant l'intervalle des contractions utérines. On ne confondra pas les pulsations utérines vaginales avec celles du cordon. Quant aux pulsations digitales, on sait qu'elles ne peuvent avoir jamais la même fréquence que les pulsations de l'enfant. On reconnaîtra la fongosité des membranes et la disposition anormale des vaisseaux sur ces membranes, — fait fort rare — par l'impossibilité qu'il y a de les déplacer.

Après la rupture des membranes, la plupart de ces difficultés disparaissent et le diagnostic est généralement facile. Le cordon fait issue dans le vagin où le doigt reconnaît sa présence en explorant pendant le travail, l'état du col. Quelquefois même, il s'échappe hors de la vulve et se montre à l'accoucheur. Il n'y a donc dans ces cas aucune cause d'embarras. Cependant, il peut arriver que le cordon, après la rupture des membranes, ne fasse pas immédiatement issue dans le vagin et glisse sur un des côtés de la tête, sans la dépasser pendant la première période du travail. Dépaül attirait l'attention sur le degré du prolapsus intermédiaire au premier et au deuxième et recommandait pour le reconnaître

d'explorer dès que le col a obtenu une dilatation de deux ou cinq francs par exemple, en introduisant le doigt entre l'orifice et la partie qui se présente, et en parcourant ainsi toute la surface interne de l'organe.

La procidence reconnue, il s'agit de se prononcer sur l'état de vie ou de mort de l'enfant. Cette distinction est très importante en vue de la décision à prendre. Si l'enfant est mort, on abandonne l'accouchement à la nature; s'il est vivant, il faut intervenir, dès que ce sera possible, pour le sauver.

Un cordon flétri, mou, verdâtre, froid et sans pulsations appartient ordinairement à un enfant privé de vie.

Cependant il faut savoir que les battements du cordon cessent souvent complètement pendant les douleurs. Ce phénomène provient de ce que pendant la douleur, le cordon est comprimé par la présentation. La disparition des pulsations ne peut donc indiquer la mort que si elle est constatée pendant l'intervalle des pulsations. Elle peut même subsister pendant quelque temps sans que l'enfant périsse. Plusieurs observations démontrent en effet que des fœtus dont le cordon avait cessé de battre déjà depuis quelque temps — pendant comme après les douleurs — vinrent cependant au monde vivants.

On s'est demandé pendant combien de temps la vie peut durer après l'interruption de la circulation ombilicale. Sur ce point, les opinions sont assez partagées, comme les faits, et s'il y a des accoucheurs qui assignent 10 minutes comme limite extrême, on est bien forcé cependant de reconnaître que dans certains cas, quelques minutes de compression ont suffi pour amener la mort du fœtus.

Les signes donnés par le cordon n'excluent pas, bien entendu, un moyen puissant de diagnostic, l'auscultation qui nous donne, en même temps que la notion de la vie du fœtus, celle de la souffrance. On fera bien d'ausculter, à de fréquents intervalles, l'état des battements cardiaques, d'observer leur fréquence et leur rythme, afin de tirer de cet examen et de celui du cordon les premiers renseignements qui permettront d'agir opportunément.

IV

Pronostic. — Le prolapsus du cordon n'a naturellement aucune influence sur l'état de la mère, mais il intéresse au plus haut degré l'enfant pour lequel il constitue un accident fort grave. Le fœtus périt en effet, dans la majorité des cas, par suite de la pression que subit la tige ombilicale. Sur 355 cas, recueillis par Fletwood Churchill, 220 enfants ont succombé. Les relevés des tableaux publiés par Depaul montrent que sur 143 cas, 96 enfants sont nés morts. Sur 56 cas, Stoltz n'a vu naître que 4 enfants vivants. Ces chiffres démontrent éloquemment la gravité du péril auquel est exposé le fœtus.

Le péril varie suivant les conditions différentes dans lesquelles se manifeste la procidence. On est

généralement d'accord pour reconnaître qu'elle offre moins de danger dans le premier degré, avant la rupture des eaux; si l'anse du cordon prolabé n'a pas franchi l'orifice utérin, on peut espérer une réduction spontanée qui n'aura jamais lieu lorsque le cordon fait issue dans le vagin. Mais encore il ne faut pas trop se hâter de compter sur cette chance heureuse; le plus souvent, en effet, dès que la rupture de la poche se fait, le cordon tombe, et l'anse prolabée se trouve plus considérable; on fera donc bien d'intervenir dès qu'on le pourra.

Le cordon peut en outre, en effet, subir des compressions dangereuses, même la poche étant intacte. Cet accident exceptionnel, à la vérité, peut être facilité par les circonstances suivantes: engagement profond de la tête — recouverte du segment inférieur — dans l'excavation; peu ou point de liquide entre la tête et les membranes; insertion du cordon au bord inférieur du placenta implanté dans le voisinage de l'orifice (1).

La situation — par rapport au bassin — de l'anse prolabée influence encore le pronostic. Ainsi, quand elle correspond à la symphyse sacro-iliaque gauche, elle peut rester plus longtemps à l'abri de la compression que dans tout autre point, surtout si la tête est en première position. Si la tige ombilicale est au contraire procidente au-devant de la paroi antérieure du bassin, le pronostic est plus grave, car la compression est ainsi presque inévitable. La position de la tête et la nature de la présentation exercent aussi une grande importance. On comprend, par exemple, que lorsque le cordon correspond au grand diamètre de la tête, à l'occiput ou au front, il est plus facilement comprimé que quand il se trouve en rapport avec son plus petit diamètre.

De toutes les présentations, celle qui aggrave le plus le diagnostic, est celle de la tête. La présentation de la face est moins grave que celle du sommet, et celle du siège moins encore que cette dernière.

D'autres circonstances viennent influencer encore défavorablement le pronostic: ce sont l'écoulement prématuré ou continu des eaux, un travail long, pénible, un orifice résistant, la procidence d'une anse considérable du cordon, les vices de conformation du bassin.

Les conditions opposées viennent au contraire l'atténuer, et si l'on est assez heureux — la procidence du cordon étant reconnue avant la rupture des membranes — pour conserver longtemps intactes la poche, si le bassin est large et bien conformé, les parties génitales souples et de nature à faire espérer un accouchement expéditif, on pourra peut-être obtenir le fœtus vivant, surtout si on peut l'arracher au péril qui le menace par une application du forceps faite opportunément.

La cause de la mort du fœtus dans la procidence du cordon a été diversement interprétée par les

(1) Nœgelé.

auteurs. Smellie, Osiander, Guillemot, Velpeau, ont admis que l'exposition à la température extérieure coagulait le sang dans la tige ombilicale et que la mort était le résultat du refroidissement du cordon.

Cette opinion a été combattue par Delamotte, Baudelocque, Madame Lachapelle, Dewees, et tous les modernes et n'est plus admise aujourd'hui qu'à titre d'accessoire peu important. Ce fait que la température de la chambre des femmes en couches n'est jamais assez basse pour qu'on ait à redouter la coagulation du sang, et que les accidents sont tout aussi graves quand le cordon reste dans le vagin que quand il est exposé à l'air extérieur, viennent justifier cette manière de voir.

A la place de la théorie précédente, la compression du cordon si évidente aujourd'hui est considérée par tout le monde comme la cause incontestable de la cessation de l'existence. Mais s'il y a unanimité à la reconnaître, on diffère d'avis sur la façon dont elle se produit. Ainsi on a voulu détailler l'action de la compression et en localiser les effets.

Les uns, se fondant sur ce que les tuniques artérielles plus épaisses et plus élastiques que les parois de la veine se prêtent moins à la compression, ont admis que la compression s'exerce exclusivement sur la veine; d'après cette opinion, les artères continuant à déverser le sang au placenta, il ne revient plus de sang par la veine au fœtus, de sorte que celui-ci succombe à l'anémie. Les auteurs de cette explication prétendent que les enfants qui succombent à la procidence sont exsangues et présentent tous les signes de l'insuffisance du sang.

Les autres, font observer que le calibre de la veine est plus considérable que celui des artères, que ces dernières enroulées autour de la veine la protègent suffisamment et admettent que la compression s'exerce uniquement sur les artères, tandis que la veine serait à l'abri de toute compression. Le sang gêné dans son retour vers le placenta par la compression des artères du cordon, s'accumulerait dans l'organisme fœtal et l'enfant périrait par apoplexie.

Il est difficile d'admettre l'une ou l'autre de ces théories exclusives. La structure du cordon, la disposition de ses éléments font comprendre qu'il se prête peu à une compression partielle, quelle qu'elle soit, et militent avec instance en faveur de l'interruption de la circulation dans les trois vaisseaux. Tarnier a fait faire sous ses yeux des expériences qui établissent qu'une pression exercée sur le cordon ombilical peut aplatir aussi facilement les artères que les veines, et que l'interruption du courant sanguin doit s'y produire simultanément. Les résultats nécropsiques loin de combattre cette manière de voir viennent au contraire la confirmer. En effet, quand on les interroge, on trouve qu'ils décèlent tous les signes de l'asphyxie. C'est en effet d'asphyxie que meurt le fœtus, à la suite de la compression du cordon, le sang ne pouvant plus circuler entre le fœtus et le placenta qui est l'organe de l'hé-

matose, celle-ci est supprimée, et la mort est le résultat du défaut de vivification du sang.

(A suivre.)

OTITE MOYENNE SUPPURÉE

Périostite consécutive de toute la région écailléeuse du temporal

par le Dr LAPEYRE

A côté de l'abcès intramastoïdien par extension de l'inflammation de la muqueuse de la caisse à celle de l'antre et des cellules mastoïdiennes, existe d'une façon certaine, ainsi que l'ont établi les travaux du professeur Duplay (1), la périostite du temporal survenant à la suite de l'otite moyenne en dehors et indépendamment de la complication intramastoïdienne.

Incomparablement plus fréquente et aussi plus grave par la fréquence des accidents méningitiques qu'elle traîne à sa suite, l'inflammation intramastoïdienne a surtout attiré l'attention des praticiens.

Aussi pour non douteuse qu'elle soit, la périostite du temporal consécutive à l'otite moyenne suppurée a-t-elle été un peu laissée à l'écart.

Son existence est reconnue par tous, mais les faits publiés en dehors de ceux du Pr Duplay restent peu nombreux.

La périostite temporale est surtout envisagée dans les traités classiques au point de vue de la difficulté de son diagnostic d'avec la mastoïdite vraie, alors qu'elle se localise à la région de l'apophyse.

Encore, ici les différents auteurs ne font-ils que répéter les propres paroles de Duplay, ne trouvant rien à ajouter à l'exposé différentiel des deux affections si magistralement tracé par le professeur.

Après avoir rappelé d'après Duplay que la douleur est plus superficielle que le sillon rétroauriculaire est effacé dans la périostite, les auteurs se hâtent d'ajouter que du reste la périostite indépendante d'une mastoïdite profonde est fort rare.

Faut-il croire cette assertion justifiée par la crainte de voir le médecin, déjà peu ami de la trépanation, trouver trop facilement dans le diagnostic de périostite simple un argument nouveau en faveur de l'abstention ou de l'incision de Wilde?

Du moins, il est assez curieux de voir que tandis que le professeur Duplay croit « l'otite périostique » fréquente (en particulier chez les enfants), MM. Broca et Lubet-Barton dans leur excellent traité « Des supurations de l'apophyse mastoïde et de leur traitement » devenu classique, déclarent au contraire ne l'avoir jamais observée sur 133 cas de mastoïdite recueillis chez les enfants.

Rares en réalité ou parce que laissés dans l'ombre

(1) S. Duplay, De la périostite du temporal (Arch. gén. de Méd., 1875); — Otite ostéopériostique (Bulletin Médical); — Otite moyenne, Ostéopériostite mastoïde (Traité de Chirurgie, tome IV).

au profit des complications intramastoïdiennes, les faits de périostite temporale survenant à la suite de l'otite moyenne suppurée présentent donc en tous cas un certain intérêt à être signalés.

Aussi crois-je devoir relater l'observation suivante très caractéristique et de tous points conforme à celles déjà publiées par le professeur Duplay.

OBSERVATION

Alfred X..., âgé de 42 ans, est pris vers le 15 novembre dernier d'une grippe assez intense. Consécutivement apparaissent des douleurs très vives du côté de l'oreille droite et bientôt un écoulement abondant de pus.

Le malade se soigne assez mal et quelques jours après le début de l'écoulement les phénomènes *s'exaspèrent alors que cependant l'écoulement tend à se supprimer*. De très violents maux de tête apparaissent, s'accompagnant de fièvre et d'inappétence complète. C'est dans le front et la tempe que souffre le malade et nullement dans la région *rétroauriculaire*.

Vers le 10 décembre, la région temporale droite commence à se tuméfier, puis le gonflement diminue et même disparaît tandis que l'écoulement reprend avec une nouvelle intensité.

Une légère accalmie se produit, cependant l'inappétence persiste, le malade rejette ses aliments, maigrit et continue à souffrir de la tête.

Dans les premiers jours de janvier, de nouveau les douleurs augmentent d'acuité, la fièvre reparaît, le gonflement de la région préauriculaire se reproduit, les mouvements de la mâchoire devenues très douloureux ne permettent plus que l'alimentation liquide.

Les vomissements sont incessants, le teint se plombe, l'état général est extrêmement mauvais.

A ce moment un médecin voit le malade, constate un vaste phlegmon de la région temporale et conseille une intervention.

Le 25 janvier, le Dr H. Thomas et moi voyons ce malade. L'examen permet de constater :

Tout d'abord un gonflement énorme de la région temporale droite, s'avancant au niveau du front presque vers la ligne médiane déformant la joue jusqu'à l'arcade zygomatique, embrassant et contourant l'oreille. La région mastoïdienne est gonflée mais seulement oedémateuse, tandis que toute la région temporale est fluctuante. La couleur de la peau est peu modifiée.

L'oreille coule assez abondamment (nous verrons bientôt que cet écoulement n'a pas la caisse pour point de départ).

Le tympan est complètement détruit. Le stylet trouve le conduit osseux dénudé *dans sa région antérieure*. Pas de gonflement ni de dénudation de la région postérieure.

Séance tenante, une longue incision partant du sommet du pavillon et dessinant l'arc du front est pratiquée. Une quantité énorme de pus grumeleux

s'échappe. Le stylet reconnaît un vaste décollement dépassant les limites de la région temporale en haut, filant en bas derrière l'arcade zygomatique, s'étendant jusqu'à la partie antérieure du conduit.

L'écaïlle temporale à l'exploration se montre partout dénudée, l'apophyse zygomatique participe à cette dénudation.

De longues mèches de gaze sont introduites dans la plaie maintenue béante.

La suppuration extrême traverse le pansement quelque épais qu'il soit en 24 heures. Cependant le pus se vide mal dans la région zygomatique, dans la région rétromastoïdienne, d'où la pression ramène du pus.

La pression fait sourdre aussi le pus par le conduit, et c'est là la véritable cause de l'écoulement qui ne vient pas de la caisse, mais bien de la collection sous périostique à travers la paroi antérieure du conduit.

La région mastoïdienne est très peu douloureuse à la pression et seulement un peu rouge et oedémateuse; cependant, pensant à la possibilité d'un abcès intramastoïdien, le 17^e jour la trépanation est décidée. Mais l'incision au lieu d'élection ne rencontre point de pus, la surface de la mastoïde est reconnue absolument saine, non dénudée. Renonçant donc à la trépanation, on cherche à établir un drainage par cette contre ouverture.

A cet effet, le stylet poussé vers la première incision décolle les tissus et retrouve la collection. Réunion partielle. Drainage de la région sus-mastoïdienne.

De plus, une troisième incision sus-jacente à l'arcade zygomatique et profonde est faite pour drainer la région zygomatique.

Malgré les drains passés de la première incision vers chacune des deux autres les contre-ouvertures faites donnent peu de résultat.

La plaie mastoïdienne s'est réunie dans la portion suturée et tend sans cesse à se fermer, ce qui montre bien qu'elle n'était atteinte que par voisinage.

L'état général est pourtant bien meilleur, la mâchoire moins ankylosée, mais la suppuration diminue peu; le malade doit être pansé tous les deux ou trois jours.

La pression dans la région rétromastoïdienne ramenant toujours du pus vers la première incision, le 2 février une quatrième incision est faite au point le plus déclive du décollement à deux travers de doigt en arrière du bord postérieur de la mastoïde.

Le foyer purulent est rencontré, l'os est encore dénudé dans cette région.

Les injections passent de la première à la quatrième incision, le décollement contourne manifestement la zone mastoïdienne. A partir de ce moment la rétention du pus cesse, on laisse guérir les deux précédentes incisions, et les progrès de la guérison deviennent extrêmement rapides.

Le recollement qui jusque-là ne s'était établi qu'un peu au niveau de la région antéro-supérieure s'affirme avec une extrême rapidité.

En vingt jours la guérison est obtenue pour toute la région postérieure, et la plaie inférieure est cicatrisée.

Un drain est encore maintenu dans la première incision vers la région zygomatique et la cicatrisation définitive est obtenue dans les dix jours. Le malade revu depuis à plusieurs reprises se porte très bien, ne souffre jamais, ne présente pas traces d'écoulement.

RÉFLEXIONS

Dans cette observation, les points suivants nous paraissent mériter d'être relevés :

Tout d'abord, l'histoire de notre malade reproduit avec une extrême fidélité le tableau symptomatique de la périostite du temporal d'origine otique, tel qu'il a été tracé par le professeur Duplay (1).

C'est bien là « l'otite moyenne suraiguë, qu'on pourrait désigner sous le nom d'otite périostique, car elle atteint à la fois la caisse et le conduit auditif osseux. Dans cette forme, l'inflammation débute par la caisse, s'étend rapidement au conduit auditif, après destruction complète de la membrane du tympan ». Puis, par continuité directe, l'inflammation du périoste du conduit auditif gagne le périoste des parties avoisinantes « écaïlle temporale, apophyse zygomatique, cavité glénoïde comme chez notre malade. »

Car, nous dit Duplay, on ne saurait trouver un obstacle à cette propagation dans l'insertion de la portion cartilagineuse du conduit qui se fait au moyen de trousseaux fibreux plus ou moins séparés les uns des autres, mais laissant toujours entre eux des espaces cellulaires assez larges. »

Et chez notre malade, nous retrouvons avec une extrême netteté les symptômes typiques relatés dans ce même article du traité de chirurgie :

Dénudation du conduit auditif osseux, suppression de l'écoulement de la caisse par suite du gonflement du conduit dès le début.

Issue par l'oreille du pus de la collection sous périostique.

Nous relèverons encore dans notre observation que la lésion osseuse a dû rester très superficielle, se localiser au périoste, car à aucun moment, aucune parcelle osseuse appréciable n'a été éliminée. Aussi avons-nous préféré l'expression *Périostite* employée par le professeur Duplay dans son premier mémoire de 1875, à celle employée par lui depuis d'ostéopériostite, voulant indiquer par là la superficialité certaine de la lésion.

Enfin, un dernier point nous semble mériter l'attention comme nous ayant vivement frappé nous-même.

Non seulement, il n'y a jamais eu chez notre malade de complication intramastoïdienne, mais *le périoste même de l'apophyse est resté indemne* et l'incision rétroauriculaire a trouvé une mastoïde parfaitement saine revêtue de son périoste normal.

La peau de la région seule participait par un peu d'œdème à l'inflammation des parties environnantes, mais l'apophyse elle-même, quoique emprisonnée à la façon d'un îlot au milieu même de l'inflammation périostique circumvoisine, n'y prenait aucune part. A la vérité, la localisation des lésions du conduit à la partie antérieure seule fait bien comprendre comment la périostite a gagné par continuité directe en haut et en avant la fosse temporale, en avant et en bas l'apophyse zygomatique et la cavité glénoïde, alors qu'au contraire la région postérieure du conduit indemne empêchait l'extension directe au périoste de la mastoïde. Néanmoins, secondairement après l'envahissement de la fosse temporale, la mastoïde aurait dû, semble-t-il, être prise.

Peut-être pourrait-on se demander s'il n'y a pas une indépendance relative entre les lésions superficielles de la mastoïde et celles de l'écaïlle temporale. Et si cette interrogation nous paraît permise, ce n'est point en raison de ce fait unique ici relaté, mais bien parce que M. le professeur Duplay semble admettre une forme de périostite localisée à l'apophyse mastoïde.

La localisation de l'inflammation à la fosse temporale ou à l'apophyse mastoïde s'expliquerait dès lors par l'atteinte partielle du conduit auditif osseux lésé, tantôt dans sa région antérieure, tantôt dans sa région postérieure ou mastoïdienne, l'inflammation totale résultant de la lésion circonférentielle complète du conduit.

MÉDECINE PRATIQUE

DU DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PAR LA RECHERCHE DIRECTE DU BACILLE

par le D^r BOUREAU

Dans un article précédent (numéro de février 1897 de la *Gazette médicale du Centre*), en étudiant le diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire, nous avons constaté qu'il existait actuellement trois procédés également sûrs et efficaces :

Le procédé de recherche directe du bacille ;

La culture sur cobaye — inoculation intra-péritonéale ou sous-cutanée ;

L'essai du malade à la tuberculine.

Les deux derniers procédés, réservés pour les cas où la recherche directe a été infructueuse, ont été étudiés.

Il nous reste à examiner le premier, à décrire sa technique et à voir quels résultats il donne en présence des divers excréta sur lesquels on l'applique.

Cette recherche peut se faire dans le pus, le sang, l'urine, dans les liquides séreux de ponction, dans les fragments de tissus et enfin dans les crachats du malade soupçonné de tuberculose.

(1) *Traité de Chirurgie*, t. IV, prof. Duplay.

Technique du procédé. — Quel que soit le milieu que l'on examine à ce point de vue, la recherche est basée sur la même réaction.

On sait qu'une fois colorée à chaud ou longtemps à froid par les couleurs d'aniline, l'enveloppe très résistante du bacille de Koch dans laquelle entrent plusieurs acides gras, oppose une résistance très grande à la décoloration par les acides minéraux.

Voici comment on utilise actuellement cette précieuse découverte de Koch. Une lamelle est enduite d'une couche très mince du produit pathologique, (s'il s'agit d'un tissu on opère sur une coupe).

Elle est plongée dans le liquide de Ziehl (solution de fuschine dans de l'eau alcoolisée et additionnée de 50/0 d'acide phénique.)

On chauffe deux ou trois fois jusqu'au commencement d'ébullition.

La lamelle lavée à l'eau pour enlever l'excès de matière colorante est soumise à l'action décolorante d'une solution d'acide sulfurique ou nitrique au quart.

La décoloration doit être poussée jusqu'à la teinte lilas très clair et ne doit pas être trop prolongée sous peine de voir à la longue le bacille de Koch se décolorer à son tour.

La lamelle lavée à l'eau est plongée dans une solution de bleu de méthylène destinée à recolorer les éléments autres que le bacille de Koch.

Sous le microscope, les bacilles tuberculeux seuls apparaissent en rouge cramoisi, tous les autres microbes ou éléments cellulaires sont colorés en bleu.

Cette technique ne présente qu'un point délicat, la décoloration par l'acide qu'il faut pousser à une limite précise. — Depuis quelque temps, cette difficulté n'existe plus avec l'emploi du chlorhydrate d'aniline, décolorant moins énergique et dont l'action tout aussi efficace ne peut cependant aller jusqu'à la décoloration du bacille tuberculeux.

Cette technique s'applique à tous les liquides, exsudats ou fragments de tissus.

Nous n'examinerons aujourd'hui que son application et les résultats qu'elle donne dans l'examen des crachats.

RECHERCHE DU BACILLE DANS LES CRACHATS

Pour être fructueuse, cette recherche demande certaines précautions.

On doit n'opérer que sur des crachats recueillis le matin avant le repas, il faut choisir les crachats les plus compacts, ceux qui sont émis avec le plus de difficulté et qui ont encore l'aspect globuleux. Il faut éviter autant que possible qu'ils ne soient trop mélangés de salive. Généralement les jeunes filles et les femmes ont besoin qu'on leur apprenne à expectorer; elles adressent parfois un mélange où la salive domine et rend la recherche difficile et infructueuse.

C'est au centre des parties solides, dans les grumeaux jaunâtres, sur les parcelles les plus compactes qu'on prélèvera à l'aide du fil de platine la petite portion destinée à enduire la lamelle. Quand

les crachats sont muqueux, il faut les étaler dans un récipient de verre plat placé sur un papier noir. On trouve alors plus facilement ces parties opaques compactes provenant des fines bronchioles et où on a chance de trouver le bacille.

Il nous est arrivé, mais c'est l'exception, de trouver de ces petits grumeaux blancs constitués presque exclusivement par des bacilles; ce sont des colonies expulsées en bloc et provenant de la paroi des cavernes.

Il faut s'armer d'une certaine patience dans cette chasse au bacille. Très souvent deux, trois lamelles sont négatives et la quatrième ou cinquième donne des bacilles en quantité notable.

Il est parfois utile, dans les cas douteux, de liquéfier les crachats par la lessive de soude chaude, de les laisser déposer ensuite ou de les centrifuger pour rechercher les bacilles dans les dépôts.

Ils se présentent sous le microscope sous des aspects très différents.

Le plus souvent sous la forme de bâtonnets recourbés, fragmentés irrégulièrement. Ils sont isolés, ou réunis par groupe de 2 ou 3 disposés en V ou réunis par masses. Cette dernière disposition, quand elle est accentuée, quand les bacilles ont l'aspect de touffes très serrées, indique qu'ils proviennent d'un processus tuberculeux à marche rapide, qu'ils sont issus de cavités de ramollissement plus ou moins grandes.

Il est utile, en outre, de savoir que certaines erreurs peuvent être commises; ne pas confondre avec des bacilles des portions de cellules kératinisées, les spores de quelques champignons et de levures, des noyaux de Mastzellen, des cristaux d'acides gras ou de sels d'aniline à formes allongées, éléments qui peuvent tous résister à la décoloration. Il est rare cependant que l'hésitation soit sérieuse, et que d'autres bacilles très nets ne viennent pas confirmer le diagnostic.

Il n'existe actuellement que deux bacilles qui présentent la même réaction que le bacille de Koch. Ce sont le bacille du smegma preputialis et le bacille de la lèpre.

Le premier qui ne se rencontre que dans l'urine a certainement pendant longtemps fait poser à faux des diagnostics de tuberculose urinaire.

Actuellement on possède, par l'essai à l'acide acétique glacial auquel ne résiste pas la coloration du bacille du smegma, un moyen très précieux de le différencier d'avec le bacille de Koch.

Le second, le bacille de la lèpre, heureusement extrêmement rare, ne se distingue du bacille de Koch que par sa propriété de se colorer à froid par les solutions aqueuses de couleurs d'aniline, alors que dans ces conditions le bacille de Koch demande l'ébullition.

Quelles conclusions pratiques tirer d'un examen de crachats où l'on vient de constater le bacille de Koch? — Au point de vue du diagnostic, la conclusion ferme est que le malade présente sur les voies respiratoires un processus d'ulcération tuberculeuse.

Bien que le nombre des bacilles ne soit pas absolument en rapport avec l'étendue et l'âge des lésions, il est néanmoins incontestable que ces bacilles vont en augmentant en même temps que les processus de fonte et d'ulcération tuberculeuse. Inversement, s'il y a tendance à la cicatrisation des lésions, le nombre des bacilles va en diminuant.

Leur forme plus ou moins courte, plus ou moins fragmentée, ne donne aucune indication.

Nous avons déjà vu qu'il en est autrement de leur disposition. Les petits amas de bacilles, serrés, feutrés, disposés en touffes, proviennent toujours d'une cavité petite ou grande et sont l'indice d'un processus rapide.

Il faut savoir, en outre, que l'examen d'un crachat n'est pas terminé par la seule constatation du bacille. Il est nécessaire de rechercher quelles autres bactéries l'accompagnent, leur quantité, apprécier en un mot l'état d'infection des crachats.

Pour cela la même lamelle ne peut être utile, il est nécessaire de faire une préparation où sera appliquée la coloration par le Gram.

Les bactéries pathogènes que l'on vise prennent cette coloration ; il y a là un bon moyen d'éliminer une partie des saprophytes.

Sur cette préparation, on notera la proportion relative des bactéries pathogènes.

On constatera l'absence ou la présence en proportions notables des streptocoques, des pneumocoques, des staphylocoques. Et sans vouloir déduire des constatations, des indications absolues, il sera utile d'en tenir compte pour le pronostic.

On a prétendu que, dans la phthisie à évolution lente qui par sa marche indique un état un peu réfractaire du terrain, le malade meurt tout autant des infections secondaires, de la suppuration, que de l'infection tuberculeuse.

On a été jusqu'à soutenir que la fièvre hectique était fonction du streptocoque et non du bacille de Koch.

Les cavités tuberculeuses sont un champ infecté où évolue à l'aise une énorme variété de bactéries.

Le streptocoque et le pneumocoque y jouent un rôle important. On ne doit cependant les faire entrer en ligne que lorsque leur quantité dans les crachats atteint une certaine proportion.

A quelle période de la tuberculose pulmonaire est-il possible de déceler le bacille de Koch dans les crachats ? — Si on en croit M. le professeur Dieulafoy, il serait possible de déceler le bacille de Koch dès le début de l'envahissement du poumon. Voici ce qu'on lit dans son manuel de pathologie interne :

« A la première période, la percussion dénote une obscurité du son à l'un des sommets, on constate à l'auscultation dans la fosse sous-épineuse ou sous la clavicule une respiration rude, une expiration longue et saccadée, des râles sous-crépitaux secs, et ajoute M. Dieulafoy, on examine l'expectoration et on y découvre le bacille spécifique de la tuberculose. »

C'est là une assertion que dément l'examen de

crachats de malades au début. C'est beaucoup plus tard, comme l'a fait remarquer M. Potain, que l'on découvre le bacille de Koch. Il faut que le tubercule ait passé par sa phase de ramollissement, ait atteint la période nécrosique pour que le bacille issu des cellules géantes au milieu desquelles il vit enserré, soit éliminé, et pénètre dans les crachats par les bronchioles.

Rien, du reste, dans l'aspect des crachats n'indique son apparition. Ils peuvent avoir l'aspect le plus purulent, être visqueux, prendre l'aspect nommulaire et ne pas contenir de bacilles. Ces crachats ne sont alors que l'expression d'une bronchite périphérique ou congestive.

D'autres fois, les crachats peuvent garder l'aspect muqueux, transparent, être très petits et très rares, et cependant donner le bacille accompagné des résidus tuberculeux, magma caséux, cellules épithéliales alvéolaires, leucocytes en dégénérescence.

La clinique peut donc dans les formes classiques déceler la tuberculose avant le microscope.

Mais pour peu que cette infection prenne l'aspect d'une pneumonie, d'une bronchite diffuse, d'une broncho-pneumonie, si par hasard elle débute à la base du poumon, la recherche du bacille est d'une importance capitale et donne un signe pathognomonique là où l'auscultation ne permet pas d'affirmer la tuberculose.

Landouzy a signalé chez les enfants cette évolution spéciale sous forme de broncho-pneumonie simple à allures aiguës et que seul l'examen bactériologique révèle tuberculeuse.

Il nous a été donné, il y a un an, d'assister à une évolution de ce genre chez un adulte. Un malade est pris de frisson, de fièvre, et on constate à la base et dans la partie moyenne l'ensemble symptomatique d'une broncho-pneumonie. Les crachats légèrement striés de sang spumeux n'ont jamais eu le caractère du crachat de la pneumonie franche. Examinés à trois reprises ils ont présenté des bacilles de Koch associés au pneumocoque. Au bout de trois semaines tout s'apaise, les lésions se circonscrivent, puis disparaissent sans laisser de traces apparentes.

Evidemment on avait assisté à l'évolution aiguë d'une tuberculose localisée qui, sans le microscope, était certainement méconnue.

Un foyer bacillaire s'était éliminé et soit que le terrain ait été réfractaire, soit que la tuberculose sommeille, le malade a repris l'aspect d'une bonne santé qui ne permet pas de soupçonner une évolution bacillaire.

Dans l'hémoptysie du début, il est difficile souvent de mettre en évidence le bacille, il est nécessaire d'attendre quelques jours et de le chercher dans les derniers crachats striés de sang.

Dans la tuberculose laryngée, l'apparition du bacille est très précoce. On le constate déjà dans les petits crachats globuleux, purement muqueux du début. Il permet de donner un diagnostic précoce chez un malade dont la santé est encore en apparence parfaite.

Dans les lésions tuberculeuses de la bouche, il ne faut plus s'adresser au crachat, la proximité des lésions permet d'obtenir par raclage sur les surfaces atteintes un liquide qui contient le bacille en quantité souvent considérable.

En résumé, le praticien doit savoir qu'il a par l'examen des crachats un moyen de déceler la tuberculose dans les cas douteux, là où elle emprunte l'aspect d'affections aiguës, dans les cas où elle sort de son allure habituelle. Je ferai, du reste, remarquer que c'est par cette constatation directe du bacille qu'on a pu élargir le cercle des manifestations symptomatiques de la tuberculose et la déceler là où autrefois elle n'était pas soupçonnée.

Dans les formes habituelles, alors que le diagnostic classique est ferme, l'examen direct pourra dans une certaine mesure indiquer l'étendue des lésions, leur âge, donner des indications pronostiques en indiquant les associations bactériennes.

Mais j'insiste de nouveau sur l'interprétation des résultats.

Si la présence du bacille permet d'affirmer la tuberculose, son absence n'implique pas du tout l'absence de cette infection. Elle ne donne que des probabilités et encore faut-il qu'il y ait eu plusieurs examens.

C'est alors le cas d'employer l'inoculation au cobaye et on est parfois tout étonné de voir des crachats, dans lesquels plusieurs examens avaient été négatifs au point de vue du bacille, infecter rapidement l'animal en expérience.

Nous avons vu un malade dont les crachats examinés à Paris et ici à plusieurs reprises avaient toujours donné un résultat négatif et chez qui on avait, faute de mieux, diagnostiqué une syphilis pulmonaire, révéler son bacille tuberculeux sur un cobaye inoculé avec ses crachats.

Il serait trop facile d'échafauder toutes sortes d'hypothèses pour expliquer ces faits, spores sans bacilles, etc..., il vaut mieux se contenter d'en tenir compte et en faire son profit dans les cas douteux.

CORRESPONDANCE

Nous recevons d'un de nos correspondants la lettre suivante, en réponse à l'ingénieux plaidoyer du Dr Lehec en faveur du vésicatoire :

Dans l'article de mon honoré confrère, le Dr Lehec, intitulé : « Du Vésicatoire et des propriétés de la Cantharidine » tendant à établir l'utilité du vésicatoire d'après les résultats fournis par la bactériologie, je me permets de relever certaines assertions qui me semblent infirmées par les dernières découvertes de cette même science bactériologique.

Pour prendre l'exemple de l'action du vésicatoire dans la pneumonie, je ferai tout d'abord remarquer à mon estimé confrère :

Que la bactériologie établit d'une façon irréfutable

que la pneumonie est *toujours* d'origine infectieuse et microbienne.

Que le pneumocoque évolue en un temps bien déterminé et meurt au bout de ce temps. Or il est admis qu'aucun traitement n'agit sur le microbe lui-même, et il n'est nullement démontré que le vésicatoire augmente l'action bactéricide des leucocytes.

Le traitement jusqu'à nouvel ordre ne comporte qu'une indication : permettre à l'individu de faire les frais de sa maladie, et les seuls médicaments utilement administrés sont ceux qui relèvent l'état général.

De plus, la plaie du vésicatoire est une porte d'entrée à l'infection, porte d'autant mieux ouverte que « le pansement propre » du vésicatoire n'est que pansement d'exception, le cérat restant le topique habituel.

A propos de l'impetigo j'ajouterai :

L'impetigo est une affection contagieuse (1), d'origine microbienne et qui, loin d'être un émonctoire utile, est parfois la cause d'infections secondaires fort graves (l'ostéomyélite pour n'en citer qu'une).

A la croyance que l'entretien des « croûtes de lait » favorise le développement de l'enfant, je préfère celle qui considère un enfant, dont la face et une partie du cuir chevelu sont couverts d'impetigo, comme étant dans de mauvaises conditions pour croître et se développer.

Une dernière remarque : l'emploi ressuscité du cataplasme me paraît devoir augmenter les chances d'infection, la chaleur humide favorisant la pullulation des microorganismes.

Comme conclusion, malgré les arguments d'ordre nouveau qu'invoque mon estimé confrère en faveur du vésicatoire, je suis tout disposé à répéter comme mienne l'opinion ainsi formulée sur *le même sujet*, en ce même numéro d'avril, par le Dr Grasset.

« Le vésicatoire est cause de fatigue, de douleur, et même quelquefois d'accidents nerveux, surtout chez les tout petits enfants. C'est un mauvais procédé qui doit être relégué dans les vieux accessoires de la thérapeutique. »

Dr. L. B.

CHRONIQUE

TYPES D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

..... *Cyrus Van Velox* a de 19 à 24 ans. Son assiduité à la Faculté présente des intermittences de plus en plus prolongées, et il semble qu'une répulsion curieuse se soit développée chez lui, non seulement à l'égard des salles de cours, mais aussi à l'égard des professeurs. Au début, il prenait place sur les premiers bancs, mais peu à peu, il est arrivé à s'asseoir le plus loin possible de la chaire, et à remplacer son cahier de notes par une canne. Aussi n'a-t-il pas tardé à vérifier sur lui-même cette vieille découverte

(1) Certains confrères dans un but d'étude se sont inoculés.

anatomique et physiologique, qu'il y a un passage grâce auquel la vérité, entrée par une oreille, sort par l'autre.

Ses études terminées à la Faculté, il est passé à l'hôpital, où il a été atteint d'un mal singulier. Il lui faut généralement de 10 à 20 minutes pour franchir l'entrée. Encore ne parvient-il pas toujours à pénétrer dans l'hôpital. Un observateur superficiel pourrait, il est vrai, croire qu'il ne fait rien pour essayer de passer, car on le voit souvent causer, soit avec des camarades affligés de la même maladie, soit avec les malades qui viennent en consultation, sans que ces conversations paraissent inspirées par l'amour de la science, car, dans le dernier cas, ses interlocuteurs sont rarement du sexe masculin.

Dans les salles, il se tient aussi loin que possible du malade qu'examine le professeur. Il bâille à chaque instant et s'il s'approche parfois du cercle des étudiants, c'est pour causer avec ses voisins sur un ton qui doit singulièrement gêner ceux qui s'essaient à l'auscultation. Il va ensuite à un autre lit, prend connaissance des indications du tableau (qui lui dicte son diagnostic) et juge du traitement en reniflant l'odeur des fioles de médicaments.

Ses présences sont singulièrement irrégulières ; on a remarqué, toutefois, qu'elles présentent quelques relations avec l'âge de la lune et qu'elles étaient synchrones avec les jours où les noms des étudiants sont notés à la porte. Il est même regrettable que le registre employé à cet effet soit placé si près de la porte d'entrée, car la fatigue occasionnée par la traversée du couloir et la signature du registre oblige parfois notre étudiant à aller prendre l'air dans les cours, voire même dans la rue.

Cyrus Van Velox ne paraît guère à la salle d'opérations que s'il y a quelque chose d'excitant à voir ; il reste d'ailleurs fidèle à la règle qu'il s'est imposée de maintenir toujours une distance aussi grande que possible entre lui et le sujet à étudier. Au surplus, ses idées sur la nature et la valeur des opérations sont très larges. Vous trouverez, du reste, souvent cette coïncidence de grande ignorance et de grande présomption.

David *Superficialis Harry*, au contraire, assiste à tous les cours qu'il lui est possible de suivre, et prend des notes partout ; il est si pressé qu'il lui arrive de terminer ses notes de physiologie pendant le cours de chimie, ou vice-versa. Il a disséqué nombre de fois ; il a suivi le cours de chimie pratique et d'histologie pratique et ses manuscrits constituent une véritable encyclopédie médicale. Mais ses renseignements sont si nombreux qu'il ne peut les démêler, aussi se propose-t-il depuis longtemps de faire un catalogue ; malheureusement il n'a pu encore en trouver le temps.

Le grand regret de David Harry est de ne pouvoir suivre deux cours ensemble, mais il a essayé de faire plusieurs choses à la fois et en a tiré les avantages attachés à ce procédé de travail. A l'hôpital, il est tout aussi affairé ; après avoir vu tous les malades, le matin, il assistera à une opération, puis coopérera à une autopsie. Dermatologie, odontologie, obstétrique, il s'occupe de tout. On dirait qu'il est doué de l'ubiquité qu'il rêve ; le premier à l'hôpital, il en sort le dernier ; c'est à peine s'il prend le repos nécessaire et il ne s'accorde aucune distraction. Il est dans un état de pyrexie éducationnelle et, jusque dans son sommeil, rêve encore d'os cassés, de triple phosphate, de fièvre rhumatismale, etc.

Poussée à cette acuité, sa maladie est rare ; mais, moins accentuée et quelque peu modifiée suivant les tempéraments, elle est très commune.

La caractéristique de *Chemicus Profundus* est un goût très prononcé, dès sa plus tendre enfance, pour la chimie. A la Faculté, il a suivi les cours de sa science favorite

avec ardeur. Il assiste aux autres cours, mais il n'a obtenu que des notes passables en anatomie et en physiologie, alors qu'il a eu la médaille d'or en chimie et que chacun s'accorde à reconnaître que les mémoires qu'il a présentés dans cette classe sortent tout à fait de l'ordinaire.

A la clinique, il s'est ingénié pour se réserver les cas dans lesquels l'examen des sécrétions offre un intérêt spécial et il a pratiqué ces analyses avec un soin qui lui a valu le plus grand crédit. On dit, il est vrai, que *Chemicus Profundus*, qui suit au milligramme les variations diurnes de l'urine pour chaque cas de pneumonie, de chorée ou de goutte, est incapable de distinguer une pneumonie d'une bronchite et qu'il y a un nombre de maladies dont il connaît à peine le nom.

Orbicularis Goodman et son frère *Longitudinalis* ont beaucoup de points communs. Leurs connaissances en anatomie, en physiologie et en chimie, sont suffisantes pour leur permettre de comprendre les principes des altérations morbides, des fonctions et de la structure du corps humain ; ils assistent aux cours avec régularité, mais ne perdent pas leur temps à revenir sans cesse sur une même question. Avant d'entamer l'étude d'un sujet, ils se demandent et demandent aux autres ce qu'il en faut apprendre. Dans leurs travaux cliniques, ils ont la même règle : après avoir suivi pendant quelque temps la pratique d'un médecin ou d'un chirurgien, ils suivent celle d'un autre. Ils consacrent une attention spéciale à quatre ou cinq cas, en s'efforçant de les choisir parmi les exemples d'une même maladie et les comparent en se renseignant autour d'eux. Ils arrivent ainsi à des résultats sérieux, non seulement comme connaissances cliniques, mais encore comme formation intellectuelle.

Il y a toutefois cette différence entre eux que l'aîné est satisfait quand il rencontre un cas décrit exactement dans un livre, et que le plus jeune cherche toujours à montrer à son frère que le livre est dans l'erreur. L'aîné s'efforce de vérifier la sagesse du passé, le jeune de montrer son insuffisance.

Si nous passons à la pathologie des cinq cas dont nous venons d'esquisser les caractères extérieurs, nous voyons que les défauts de Cyrus le disqualifient pour l'exercice de la profession qu'il a choisie. Et dire que son père, un pauvre paysan, travaille et se prive pour payer les inscriptions !...

Avec son énergie infatigable, *Superficialis* a emmagasiné une grande quantité de connaissances, mais il n'a pas su les coordonner. La nature ne se révèle qu'au chercheur patient et celui-là n'en pénétrera jamais les mystères qui se contente d'un examen superficiel des faits. Travailler beaucoup ne suffit pas, il faut aller au fond des questions....

A l'encontre de *Superficialis*, notre troisième étudiant a compris qu'il fallait approfondir les questions, mais il a eu le tort de limiter son horizon et de restreindre l'application de ce principe à sa science favorite. Quand on étudie un phénomène aussi complexe que la vie, il faut l'attaquer par tous les points...

Les deux derniers étudiants utilisent mieux leur temps. Il n'ont du reste entamé leurs études médicales qu'après une forte culture générale. Leur méthode scientifique diffère pourtant. L'un voudrait établir l'uniformité des procédés de la nature, l'autre s'efforce avec tout autant d'énergie de découvrir dans ces mêmes procédés une avance, un progrès. La vérité est que ces deux manières de voir doivent être combinées...

(Extrait d'un vieux discours inaugural (1863) de Sir Reynolds aux étudiants en médecine de Londres.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE ET ANALYSES

Reinwald, le grand éditeur scientifique, annonce la publication prochaine, en deux volumes grand in-8, de l'important ouvrage de notre concitoyen le professeur Ledouble : *Traité complet des variations du système musculaire de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique*.

Nos lecteurs auront, grâce à l'obligeance du Dr Ledouble, la bonne fortune de pouvoir lire prochainement dans ce journal les conclusions générales que l'étude complète de ces variations a en quelque sorte dictées à notre confrère.

VIENNENT DE PARAÎTRE :

ANNUAIRE DES EAUX MINÉRALES, STATION CLIMATÉRIQUE ET SANATORIA. Maloine, éditeur, 21, place de l'École de Médecine.

LA BOURBOULE ET SES INDICATIONS, par le Dr Méneau. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

L'ÉRYTHÈME INDURÉ DES SCROFULEUX, par le Dr J. Méneau. Gounouilhou, éditeur à Bordeaux.

Après avoir rappelé que Bazin a le premier nettement décrit ces lésions, l'auteur passe en revue les diverses phases de la question et s'arrête surtout aux travaux anglais récents de Foy, White, Hutchinson.

Pour lui-même, deux types doivent être distingués : le type Bazin, Erythème sans ulcérations ; le type Hutchinson, Scrofulide ulcérée. Le diagnostic doit être établi avec l'érythème noueux, les gommés syphilitiques, le lupus erythémateux, les engelures, la phlébite, la sclérodémie, les nodosités rhumatismales et médicamenteuses.

Le traitement doit être avant tout hygiénique et s'adresse autant à la maladie-cause qu'à la lésion-effets:

ESSAI SUR LE PRONOSTIC DU GLAUCOME PRIMITIF, par le Dr J. Thomas, de Tours. Thèse de Paris, 1897. — Imprimerie Deslis frères.

Le but de l'auteur a été de rechercher les résultats réels que donnait l'iridectomie imaginée par de Graefe, en ayant soin de sérier les cas pour juger du pronostic non pas en bloc mais d'après les diverses modalités cliniques de l'affection.

Les résultats immédiats et éloignés ont été recherchés par notre confrère dans toutes les statistiques publiées, de telle sorte que c'est bien d'après la totalité des faits enregistrés que sont portées les conclusions.

Les bases des appréciations portées deviennent ainsi irréfutables.

Les statistiques dépouillées donnent :

Glaucome aigu, 47, 20/0 de résultats favorables ;

Glaucome irritatif, 27, 0/0 de résultats favorables ;
Glaucome simple, 41 0/0 de résultats favorables ;
Et notre confrère conclut :

« Avant de Graefe tout glaucomateux était condamné à la cécité. Guérir un cas de glaucome fut considéré comme une chose merveilleuse. »

Malheureusement « le glaucome indépendamment de l'hypertonie, son caractère essentiel, présente des tendances dystrophiques du côté du nerf optique, qui sont au maximum dans le glaucome chronique, au minimum dans le glaucome aigu et qui sont ce qui échappe à l'action curative de l'iridectomie ». On ne guérit pas le glaucome comme on vide un fut en ouvrant un robinet.

« Quarante ans après la découverte de Graefe, il faut s'avouer l'insuffisance relative du traitement du glaucome. »

NOUVELLES

Ecole de Médecine de Tours. — Les examens de doctorat, anatomie (ancien et nouveau régimes) et physiologie, passés à l'École sous la présidence de M. le Professeur Hutinel. — Juges : MM. Ledouble et Guilbaud, ont donné les plus brillants résultats.

Anatomie : 7 candidats présentés, un seul ajourné à l'épreuve pratique.

Les 6 autres ont obtenu pour l'ensemble des deux épreuves la note suivante :

MM. Barnsby, très satisfait ; Franchet, Bayet, Lemesle, bien satisfait ; Lehoux, satisfait ; Dejeault, passable.

Physiologie : 2 candidats présentés. MM. Bougrier et Roux, sont reçus avec la mention « Bien satisfait ».

M. le Professeur Hutinel a bien voulu se déclarer content de ces résultats et affirmer que la moyenne des examens de province se montrait très supérieure à celle de Paris.

Ecole de Médecine d'Angers. — Examens du 3^e avril. Tous les candidats ont été reçus ; l'un a obtenu la mention *extrêmement satisfait*.

Anatomie (ancien et nouveau régimes). Notes obtenues pour l'ensemble des 2 épreuves :

MM. Papin, extrêmement satisfait.

Morel-Landry, très satisfait.

Landron, Malécot, Morinière, Turlais, bien satisfait.

Lamoureux, Giffard, Perros, satisfait.

Malbois, Morin, Savatier, Beauchef, passable.

Société de Médecine d'Angers. — La Société fêtera son centenaire le 2 juin sous la présidence du Professeur Gariel et du Docteur Motet, délégués de l'Académie de Médecine.

La séance solennelle comportera :

1^o Une allocution du Président, M. le Dr Motais ;

2° L'Historique de la Compagnie, par M. le Dr Quintard ;

3° Une Ode aux illustrations médicales de l'Anjou, par M. le Dr Douet ;

4° L'éloge de Daviers, par M. le Dr Le Gludic ;

5° Une communication sur le « Diagnostic des affections chirurgicales et des maladies internes, par la méthode Röntgen, par M. le Dr Dezanneau.

Société des Sciences Médicales de Poitiers. — La dernière séance de la Société a eu lieu le *Samedi 15 Mai*, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Hôtel de Ville (Salle du Conseil Municipal).

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la dernière séance ;

2° Présentation d'une pièce anatomique. — M. Flahault ;

3° Un cas de carie pétro-mastoïdienne. — Dr Moreau ;

4° Rapport du docteur Amirault, sur le projet de création d'un asile d'aliénés dans la Vienne. — Dr Malapert ;

5° Rapport sur une observation de plaie pénétrante de poitrine. — M. Brangier ;

6° Diphtérie et sérum de Roux ; paralysies diphtériques ;

7° Sécrétion interne de l'ovaire et ses applications thérapeutiques. — Dr Delaunay ;

8° Revue des travaux de l'ancienne société de Médecine. — Dr Jablonski.

Création d'un ordre des médecins. — Le *Cercle syndical des médecins de Poitiers*, nous écrit notre distingué correspondant, le Dr Jablonski, s'est réuni pour examiner la question de la création d'un « ordre des médecins », et voici ce qui a été décidé.

La commission chargée d'examiner la création de collèges médicaux, projetée par l'Union des Syndicats Médicaux de France, a été favorable, en principe, à cette institution, à condition toutefois : 1° que l'inscription dans les collèges médicaux fut obligatoire pour tous les médecins ; 2° que dans chaque collège médical, il fut nommé chaque année par *voie de tirage au sort*, une commission de dix ou douze membres qui formerait la Chambre médicale. Cette Chambre exercerait un pouvoir disciplinaire sur tous les membres du collège médical et serait appelée à statuer sur toutes les affaires relatives à l'honorabilité et à la dignité professionnelles, etc. ; 3° que les décisions de cette Chambre seraient susceptibles d'appel devant un tribunal spécial composé de médecins et d'avocats faisant déjà partie des conseils médicaux du Syndicat ou de l'Association.

Certains membres du syndicat ont été d'avis de fortifier les pouvoirs des Syndicats, et de ne pas créer une nouvelle juridiction médicale.

Une question qui n'a pu être résolue dans cette réunion est la suivante :

Quelle sera la situation des médecins de l'armée et de la marine vis-à-vis de ces collègues médicaux dont tous les médecins civils devront faire partie ?

Et, à ce propos, on a rappelé avec raison que nos confrères militaires avaient déjà une situation *exceptionnelle* au point de vue légal puisqu'ils ne sont pas tenus, comme nous, à faire la *déclaration des maladies épidémiques*, — à laquelle nous astreint la loi du 30 novembre 1892 —, et cette *exception* est bien regrettable.

Enquête scientifique. — M. le docteur Lop (de Marseille) serait désireux d'obtenir des renseignements sur la question suivante :

De l'influence de la variole sur le développement de la tuberculose.

Ceux de nos confrères qui posséderaient des documents sur ce sujet sont priés de les faire parvenir au bureau du journal.

Les certificats. — Notre confrère, le Dr Stecewicz, pensait en être quitte avec l'administration du Timbre qui ne donnait plus signe de vie.

Il n'y avait, paraît-il, que léthargie, un nouvel avertissement vient de tomber sur notre confrère, toujours aussi résolu à résister.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les vœux de l'Association des médecins de la Gironde en ce qui concerne l'examen professionnel des médecins.

Voici la rédaction qui a été adoptée et que nous reproduisons textuellement :

« Nous ne pouvons nous dissimuler que la corporation médicale traverse un moment difficile. Le public, en méfiance à son égard, relève àprement ses moindres défaillances, et n'est pas loin de la rabaisser au niveau de celles où l'appât du gain est le stimulant normal et suffisant.

« Or, le jour où l'on croirait qu'il n'est qu'un commerçant comme les autres, mettant au-dessus de toute considération le désir intense de faire fortune, ce jour-là, le médecin, méprisé et livré à toutes les roueries de la concurrence, ne devrait plus compter sur l'estime qui fait sa force. Il deviendrait rapidement la proie du marchandage et de l'avilissement.

« Et ce serait justice ! Car il n'est pas juste de conserver le prestige acquis par plusieurs siècles d'honorabilité lorsqu'on a rompu avec la tradition.

« Autrefois, — et naguère — la profession médicale était considérée comme une sorte de sacerdoce, en même temps que l'exercice d'un art bienfaisant. On voulait le médecin honnête homme autant que savant.

« Tel, on le trouve encore assurément dans la grande majorité des cas. Mais le monde commence à croire que plusieurs, surtout dans la sphère des grandes villes, ont jeté par-dessus les moulins le vieux bonnet des ancêtres pour se livrer au sport effréné de la fortune. S'il en est ainsi, quelques-uns réussiront, sans doute; mais combien resteront en route, meurtris, épuisés, hors de combat! Et l'on se demande avec anxiété ce que sera la génération prochaine, si quelque changement heureux n'est pas survenu.

« Que faire en présence d'une telle perspective ?

« D'abord opérer une sélection dans le recrutement du personnel, et lui donner une préparation morale plus complète.

« Pour cela, il faudrait rendre l'obtention du diplôme plus difficile par des épreuves ou des mesures éliminant tout sujet notoirement médiocre, et l'empêchant d'arriver au but, de guerre lasse, comme on le voit aujourd'hui, malgré un nombre indéterminé d'ajournements.

« Il faudrait assurer l'enseignement des droits et des devoirs du médecin, afin d'élever autant que possible le niveau moral des jeunes praticiens.

« Il faudrait n'ouvrir la carrière qu'après un examen professionnel, comme cela existe chez quelques nations voisines, et comme la Faculté de Bordeaux le demande pour les pharmaciens. Cet examen porterait notamment sur les lois concernant l'exercice de la médecine et sur un Code de déontologie dont le texte serait préalablement adopté pour tout le territoire français.

« Dans notre pensée, cet examen, indépendant du doctorat, et donnant seul *licence de pratique*, devrait être passé devant un jury composé, en majeure partie, de médecins pris en dehors du corps enseignant. »

Pour ces motifs, l'Association des médecins de la Gironde émet les vœux suivants :

« 1^o Que, dans chaque faculté, on enseigne la déontologie en même temps que la législation sur l'exercice de la médecine;

« 2^o Que l'étudiant qui aura échoué un nombre déterminé de fois aux examens, ou qui aura subi une condamnation infamante, ne soit pas admis à poursuivre ses études médicales;

« 3^o Que le titre universitaire de docteur ne donne pas droit à exercer la médecine, mais que ce droit soit conféré aux docteurs en médecine de nationalité française et n'ayant encouru aucune condamnation, par un jury professionnel composé d'un certain nombre de médecins pris en dehors du corps enseignant et présidé par un professeur de Faculté. L'examen devant ce jury devra porter sur des questions de pratique, sur la législation médicale et sur la déontologie. »

COCAÏNE, PEPSINE ET NARCÉÏNE

La *Cocaïne* insensibilise la terminaison des nerfs sensitifs; la *Narcéïne* rend cette anesthésie plus durable et moins limitée; la *Pepsine* contribue à la digestion des aliments albuminoïdes.

Se basant sur cette triple propriété, M. Winckler, pharmacien à Montreuil, près Paris, a eu l'heureuse idée d'associer ces trois substances dans un même élixir. Cette préparation, d'une composition tout à fait différente de celle des produits similaires, contient très peu d'alcool véhicule qui nuit singulièrement à l'action de la pepsine.

L'*Antigastralgique Winckler* produit d'excellents effets dans les affections douloureuses de l'estomac; il agit particulièrement contre les vomissements chez les tuberculeux. On le prend à la dose de une à deux cuillerées à bouche, généralement 1/4 d'heure avant les repas ou au début des crises gastralgiques.

(*Gazette Médicale de Liège.*)

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.