

TRAVAUX ORIGINAUX

LA NOUVELLE TUBERCULINE DE KOCH

Par le Docteur BOUREAU

On ne sait si le public tuberculeux a répondu à l'appel de Koch et s'est précipité vers Berlin pour y subir les inoculations de la nouvelle tuberculine, mais ce dont on est certain c'est que du côté médical le nouveau produit n'est pas accueilli avec beaucoup d'enthousiasme.

En Allemagne des articles de la *Berliner Klinische Wochenschrift* et de la *Deutsche Medizinische Zeitung* ont vivement battu en brèche et le produit et la façon tapageuse dont il avait été présenté.

On mettait en doute les affirmations intéressées de l'auteur et de la maison commerciale qui édite la tuberculine.

Nous avons donc pensé, à la *Gazette Médicale du Centre*, à renseigner nos lecteurs et à baser leurs opinions sur une série d'expérimentations avec le nouveau médicament.

La difficulté au début était de se procurer de la tuberculine.

Une première tentative a été infructueuse et il nous a été répondu par la maison *Meister Luctus et Bruning de Hoechst-sur-Mein* que la loi sur les sérums interdisait en France l'introduction de la tuberculine et que nous devions, pour hâter la réponse à la demande d'autorisation, insister auprès du Ministre de l'Intérieur.

Depuis, l'introduction en France a été autorisée, et grâce à la complaisance d'un correspondant de notre confrère le Dr Chaumier, nous avons été mis en possession de deux tubes de tuberculine.

Contenue dans un petit flacon bouché au liège et plombé, elle a l'aspect d'un liquide trouble, très louche, tenant en suspension de petits flocons blancs.

Chaque tube contient 1 cent. cube et est vendu 8 marks 50, soit 10 fr. 60.

D'après le mode d'emploi qui est joint à l'envoi, la totalité du liquide représente 10 milligrammes de substance active.

Notre premier soin a été de l'examiner au microscope. Plusieurs préparations fixées et ayant subi la double coloration, à notre grande surprise, nous ont présenté :

1° des levures rondes isolées et en chapelets, en très grande quantité.

2° de petits microcoques :

3° des bacilles fins prenant le Gram, non colorés par le Ziehl après action de l'acide azotique (ce ne sont donc pas des bacilles tuberculeux.)

4° des bacilles gros, courts.

5° des cristaux gardant la coloration du ziehl — ce

sont probablement les acides gras provenant du corps des bacilles de Koch.

Et enfin des magmas informes, indéterminés.

Nous avons ensuiteensemencé la tuberculine sur plusieurs milieux et à la suite de triages successifs nous avons pu caractériser dans le liquide les espèces suivantes :

1° les mêmes levures rondes.

2° un staphylocoque à petits grains, à mêmes sécrétions que les staphylocoques du pus.

3° un bacille prenant le Gram et donnant le voile et tous les caractères du *Bacillus subtilis*.

4° un streptocoque à courtes chaînettes donnant les réactions du streptocoque vulgaire.

5° un gros bacille se colorant difficilement, à colonie crème, sans caractère précis.

Nous étions donc en présence d'un liquide sale, contaminé, septique.

Si on ne doit pas faire retomber sur Koch la responsabilité d'une pareille contamination, il faut avouer qu'il a bien mal choisi ses préparateurs.

En injections sous-cutanées un pareil liquide a grandes chances de donner lieu à des abcès ou des nodosités septiques.

Le prospectus et mode d'emploi qui est joint au flacon indiquent qu'il doit en être fait des dilutions ; il ajoute que les dilutions ne doivent pas être utilisées au bout de 24 heures.

Je comprends facilement cette recommandation ; avec une pareille teneur en bactéries, un liquide riche en matières organiques doit au bout de peu de temps être absolument septique et dangereux.

On pouvait penser qu'une mauvaise chance nous avait fait tomber sur des flacons mal stérilisés, mais il faut écarter cette hypothèse en face des mêmes constatations faites par d'autres observateurs.

Au laboratoire bactériologique de Varsovie, MM. de Nencki, de Maczewski et de Logueki ont obtenu des cultures de tuberculine, des pneumocoques, des staphylocoques et des streptocoques.

M. Maragliano (de Gênes) a constaté dans ses échantillons la présence de levures et de bactéries.

M. Nocard à l'Institut Pasteur a signalé dans la tuberculine qu'il avait reçue de nombreuses bactéries.

J'avoue que ces premiers résultats que nous ont fourni l'examen de la tuberculine ont refroidi notre zèle d'expérimentateur.

Dans sa communication sur la nouvelle tuberculine, dans le numéro du 1^{er} avril de la *Deutsche medizinische Wochenschrift*, reproduite par beaucoup de journaux français, Koch dit que les injections doivent être suivies au thermomètre, que l'on doit augmenter successivement la dose, assez lentement pour éviter les ascensions thermométriques dépassant un demi degré.

Si on songe que, toujours d'après lui, « lorsqu'on veut immuniser des animaux, on administre d'emblée une dose facilement absorbable soit 0,002 à

0,003 milligrammes quand il s'agit de cobayes » ce qui représente à chaque injection le tiers environ d'un flacon et que « l'immunisation s'établit au bout de 2 à 3 semaines. »

On conçoit que nous avions avec le produit que nous possédions tout autant de chances d'immuniser nos cobayes contre le streptocoque que contre le bacille tuberculeux.

Je ne veux pas insister sur le prix qu'auraient coûté nos tentatives expérimentales.

Au tarif de 10 fr. 60 le flacon pour 3 injections pour un cobaye, en supposant 5 animaux soumis à des doses variées pendant 3 semaines, il ne fallait pas moins de 250 à 300 fr. de tuberculine.

Pour peu que pas mal de laboratoires aient fait la même recherche, la maison Meister Lucius et Bruning aurait déjà pu tabler, avant tout emploi thérapeutique, sur un bénéfice sérieux.

Nous tenons à faire remarquer que les constatations précédentes et les critiques qu'elles nous ont suggérées n'infirment pas les assertions de Koch, que le principe de sa méthode reste intact. Elles indiquent que la fabrication et la manipulation de la tuberculine sont faites avec une asepsie insuffisante; que la présence des bactéries constatées est de nature à fausser les résultats, et qu'elles empêchent de procéder à des expérimentations tant sur le cobaye que sur l'homme.

Jusqu'ici cependant, deux observateurs ont publié quelques résultats.

Chez 3 malades tuberculeux sur qui M. Maragliano a institué le traitement à la nouvelle tuberculine, on a constaté à la suite de chaque injection une *ascension thermométrique* et l'apparition de phénomènes morbides sur des parties du parenchyme pulmonaire jusqu'alors indemnes.

Des cobayes sains injectés ont présenté les mêmes élévations de température que des cobayes tuberculeux soumis aux mêmes injections.

Dans la *Presse médicale* du 5 juin, on peut lire une observation d'un tuberculeux traité par la tuberculine à l'hôpital de Varsovie.

Chaque injection a été suivie au thermomètre; nous en notons ci-joint les principaux résultats.

Jeune homme de 18 ans.

Diagnostic : Infiltration tuberculeuse au sommet droit du poumon, laryngite tuberculeuse.

Le 17 avril, à 11 heures du matin, pas de fièvre; pouls, 72; respiration, 24. Injection sous-cutanée à la région axillaire de 1/500^e de milligramme de tuberculine (T. R.).

Le même soir, le malade très agité, abattu, se plaint de maux de tête, frissons. Température, 38°,2; pouls 88, plein; respiration 32; aphonie complète.

Le 18 avril. Température, 36°,8; pouls 68; respiration 30. Le mal de tête a disparu. La voix est très faible. L'exploration du larynx découvre une rougeur très forte de la muqueuse. Les crépitations au sommet sont plus nombreuses. Le soir, température 38°. L'endroit où a été faite la piqûre est un peu douloureux.

Le 19 avril. Le matin, la température est à 37°; pouls, 80.

Le 20 avril. Seconde injection de 1/500^e de milligramme de tuberculine, la température étant de 37°, le pouls à 30. Le soir, même température, 37°,8; pouls, 92; nouvelle aphonie complète, céphalalgie, agitation; le malade se sent très abattu.

Le 21 avril. Le matin, température, 36°,8. La céphalalgie a cessé. La muqueuse laryngée est plus rouge. Beaucoup de ronflements au sommet droit. Le soir, température, 37°,6; pouls, 80. L'endroit de la seconde piqûre n'est pas douloureux.

Le 22 avril. Le matin, température, 37°; la voie un peu plus claire; le soir, température, 38°,8.

Le 23 avril. Le matin, température, 37°; le soir, 38°.

Le 24 avril. Le matin, 36°,8; le soir, 37°,6.

Le 25 avril. Nouvelle injection de 1/500^e de milligramme de tuberculine. Le soir même, la température monte à 38°; prostration.

Ainsi donc, il n'est pas une seule injection qui n'ait été suivie d'élévation de la température, bien que les auteurs aient scrupuleusement suivi les indications de Koch concernant les dosages de la tuberculine.

Il est difficile en lisant ces résultats de ne pas constater une analogie évidente entre ces effets de la nouvelle tuberculine et ceux que produisait son aïeule de 1889.

En lisant le travail de Koch, il semble du reste qu'il ait été constamment préoccupé de combattre à l'avance ce rapprochement facile.

Le mode d'emploi qu'il prescrit semble avoir pour principal objectif l'atténuation de ces effets d'ascension thermométrique.

Alors qu'il recommande d'employer des doses de 2 à 3 milligrammes, lorsque l'on désire obtenir l'immunisation d'un *cobaye sain*, il avertit que la dose de 2 milligrammes est susceptible de tuer un *cobaye tuberculeux*.

Et lorsqu'il aborde la cure d'un tuberculeux humain, il recommande de faire une *dilution d'un milligramme de tuberculine dans 500 g. d'eau* et de n'injecter au début qu'un cent. cube de cette dilution.

Il y a là une contradiction curieuse et un écart extraordinaire entre la *dose d'immunisation* et la *dose thérapeutique*.

Il faut, pour être contraint à diminuer cette dernière dans une aussi grande proportion, qu'il redoute pour la nouvelle tuberculine la même action nocive de congestion péricuberculeuse qui était constatée sur les malades traités par l'ancienne.

En résumé jusqu'à preuve du contraire, la nouvelle tuberculine semble, au point de vue des effets thérapeutiques, ne pas différer sensiblement de l'ancienne, on dirait que nous nous trouvons en face d'une nouvelle édition atténuée dans ses doses thérapeutiques.

Le problème de l'immunisation contre la tuberculose et la cure des lésions bacillaires ne semble

pas avoir fait avec la nouvelle tuberculine un pas décisif.

Ce n'est certes pas faute de travaux et de recherches. On peut dire qu'il n'est pas dans le monde entier un bactériologiste qui n'ait tenté de trouver sa solution.

Il faut avouer que ce problème est complexe, il s'agit et d'entraver l'infection tuberculeuse et de combattre la série des infections secondaires.

Alors que chez les animaux cette infection du bacille de Koch est isolée, mono-microbienne ; chez l'homme le processus est toujours complexe. C'est là un des points d'achoppement de la sérothérapie anti-tuberculeuse. Le jour même où nous aurons soit un sérum, soit un produit organique ou microbien capable d'arrêter ou de détruire le bacille de Koch, nous n'aurons pas un médicament infaillible contre la phtisie. Car, sauf les cas de tuberculose miliaire aiguë, l'infection est mixte, et arrivé à la période de ramollissement, d'ulcérations pulmonaires, miné par la fièvre, le malade est plus un pyohémique qu'un bacillaire. A cette infection polymicrobienne il faudrait opposer une série de sérums variant d'un cas à l'autre, combattant tour à tour le pneumocoque, le streptocoque, les proteus, etc. On conçoit les difficultés d'une pareille thérapeutique.

Il est curieux de passer en revue la succession des travaux de laboratoire et de voir avec quelle originalité et quelle persistance on a cherché à atteindre ce but.

En 1889, Richet et Héricourt inaugurèrent les recherches de sérothérapie antituberculeuse en injectant du sang de chien dans le péritoine de lapins tuberculeux.

Il est à noter, pour l'honneur de la science française, qu'ils précédaient les Allemands et qu'ils ouvraient la voie à la longue série des recherches sérothérapiques.

En 1890, Bertin et Picq proposaient le sang de chèvre.

Bernheim, Lépine, Héricourt, Langlois et St-Hilaire poursuivaient en 1891 les mêmes recherches toujours basées sur l'emploi de sérums d'animaux prétendus réfractaires.

En 1893, Cadiot, Gilbert et Roger démontrent, en tuberculisant les chiens et les chèvres, qu'il n'existe pas d'animal réfractaire à la tuberculose et les recherches précédentes sont abandonnées.

Avec Koch en 1889 commencent les tentatives d'immunisation par les produits des cultures de bacilles tuberculeux. Il découvre la tuberculine, 1^{re} édition.

Depuis, Héricourt, Richet, Broca et Charrin (1895), Behring (1895), Babes (1896), Maragliano (1896) cherchent sans y parvenir et en n'obtenant que des succès contestables l'immunisation d'animaux contre la tuberculose à l'aide des cultures de bacilles, utilisant ensuite le sérum des animaux pour la cure de l'infection bacillaire.

Seul le sérum de Maragliano semble avoir con-

servé quelque crédit et encore de l'aveu de l'auteur n'agirait-il que dans les formes apyrétiques.

L'*Echo médical* de Lyon vient de publier l'observation très soignée du Dr Deray d'une tuberculose pulmonaire aiguë traitée par les injections de sérum de Maragliano. (Le traitement a duré 2 mois, il a été fait 23 injections.) Les résultats ont été absolument négatifs. « La sérothérapie par la méthode Maragliano n'a ni diminué, ni supprimé la fièvre, ni amélioré en aucune façon l'état général. »

En résumé, on peut donc dire que la question n'a encore fait aucun pas décisif et que rien ne fait entrevoir une solution prochaine.

Le praticien en est encore réduit à traiter ses malades par la créosote et ses dérivés (créosotal, carbonate de Gaïacol, etc.), l'aérothérapie et la suralimentation, et il est plus que douteux qu'il ait dans la nouvelle tuberculine une arme efficace.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

PROCIDENCE DU CORDON OMBILICAL

Par le Dr TRIAIRE

(Suite)

TRAITEMENT

La conduite à adopter dans le cas de chute du cordon varie selon les circonstances.

Si l'enfant est mort et si la cessation de son existence est parfaitement constatée, l'intervention est complètement inutile, et il n'y a qu'à abandonner à la nature la fin du travail. Si l'enfant vit, on peut rester encore dans l'expectation, pourvu que le cordon annonce par ses battements qu'il est peu ou pas comprimé, que les douleurs soient énergiques, le bassin bien fait, les organes génitaux souples et dilatés. Mais on doit alors se tenir prêt à intervenir, dès que les battements faiblissent ou deviennent irréguliers. Il faut savoir que dans ces cas, une sage et vigilante expectation donne de meilleurs résultats que les opérations hâtives et prématurées. Mais dans d'autres conditions, une intervention active donne souvent quelques chances de sauver l'enfant, ce sont les circonstances que nous avons déjà signalées ; l'inertie de l'utérus, la rigidité de l'orifice utérin, du vagin ou de la vulve, l'angustie du bassin, et toutes les conditions qui sont de nature à retarder la terminaison de l'accouchement et à prolonger la compression du cordon.

Le mode d'intervention diffère suivant le degré de procidence. Si des circonstances favorables permettent de découvrir la présentation du cordon avant la rupture des eaux, il faut avant tout faire son possible pour retarder le plus que l'on pourra la rupture de la poche. Il importe d'obtenir cette condition, parce que tant que les membranes sont intactes, le cordon

peut être refoulé vers un des côtés, et que si le 2^e degré de la procidence se produit, l'accident sera moins grave, l'orifice étant très dilaté que s'il l'est médiocrement. Dans ce but on maintient la femme au lit, couché sur le dos, le bassin un peu élevé, et on lui recommande de s'abstenir de tout effort d'expulsion. On ne pratique le toucher qu'avec une grande précaution et dans l'intervalle des douleurs, uniquement pour s'assurer des progrès du travail.

Pendant ce temps, l'accoucheur surveille par l'auscultation l'état de l'enfant et s'il perçoit dans les battements de l'affaiblissement et des intermittences, si les symptômes s'aggravent au point de faire craindre immédiatement pour ses jours, il n'hésitera pas à rompre les membranes, quoique la dilatation ne soit pas tout à fait complète, et à pratiquer la version ou une application de forceps.

Si l'orifice est insuffisamment dilaté, on tentera de réduire le cordon par un des procédés que nous allons signaler.

Les mesures que l'accoucheur a à prendre dans cette période de la procidence seront donc des mesures de précaution et de surveillance. Il prend toutes ses mesures pour que la rupture des eaux soit tardive, mais il prépare, si les circonstances l'exigent, à une intervention prompte et énergique, et doit avoir auprès de lui tout ce qui est nécessaire : un forceps, des lacs, un porte-cordon, un tube laryngien, de l'eau chaude.

Tous les auteurs n'approuvent pas la ligne de conduite que nous venons de tracer, et il en est qui conseillent d'intervenir dès que la présence du cordon a été constatée dans la poche, en essayant de le ramener, à travers les membranes, jusqu'au dessus de la partie qui se présente. Oslander, Michaelis préconisaient ce mode d'agir et voulaient ensuite qu'on rompe immédiatement les membranes, pour favoriser l'engagement de la tête ; ce qui rendrait impossible la procidence à nouveau de la tige ombilicale. Hüter s'en tient à la réduction du cordon au-dessus de la tête et conserve les membranes jusqu'à la dilatation complète de l'orifice. Tarnier donne la préférence à cette dernière pratique. Il conseille d'agir dans l'intervalle des contractions en introduisant, s'il le faut, la main tout entière dans le vagin. On repousse ensuite le cordon avec deux doigts ou avec la main entière si la dilatation est suffisante, en exécutant une espèce de taxis.

Stoltz croyait qu'il peut y avoir compression du cordon avant la rupture des membranes et conseillait d'ouvrir la poche. Mais au lieu de l'ouvrir largement, il voulait qu'on la perçât avec une aiguille à tricoter par exemple, afin que le liquide s'écoulât lentement et qu'on puisse maintenir le cordon refoulé jusqu'à ce que la tête appuyât fortement sur le segment inférieur. Le péril est augmenté par l'impossibilité où l'on est à ce moment du travail d'avoir recours à l'intervention manuelle ou instrumentale.

Pinard, qu'il faut toujours citer comme un des

maîtres modernes les plus autorisés, veut qu'on rompe les membranes, au moins dès que la procidence du cordon est bien réduite.

Varnier, son élève, a insisté récemment sur les avantages de la réduction avant la rupture des membranes. « La réduction est plus facile, dit-il, parce que, dans la poche intacte, le cordon se déplace et remonte sous la moindre pression, parce que l'anse prolabée est en général plus considérable, parce que la lésion fœtale est mobile, ainsi fixée, parce que les contractions sont moins fréquentes et moins intenses que quand, après la rupture, la lésion fœtale vient s'appuyer sur les bords de l'orifice interne.

Après la rupture des eaux, alors que l'anse du cordon prolabe dans le vagin, l'indication n'est pas contestable ; elle consiste alors ou à réduire le cordon, c'est-à-dire à lui donner une position telle qu'il soit garanti de toute compression jusqu'à la fin de l'accouchement, ou bien à hâter l'expulsion du fœtus.

On s'est demandé à quelle opération on devait donner la préférence, de la réduction du cordon ou de l'extraction du fœtus. L'un et l'autre de ces procédés d'intervention ont été exclusivement prônés. Il y a là une exagération évidente. Les deux manières d'agir ont, la plupart du temps, leurs indications spéciales et chacune ne saurait convenir à tous les cas qui se présentent. En général, dit Nœgelé, la réduction est un moyen inestimable dans le cas où l'accouchement artificiel n'est pas encore praticable ou du moins ne pourrait se faire sans coûter beaucoup de temps et de peine, parce qu'il existe une disproportion entre le fœtus et le bassin, ou parce que les voies génitales ne sont pas suffisamment préparées.

Les contre-indications sont variables et souvent fort nettes. Il est clair, par exemple, que si on a affaire à une présentation de l'épaule, il faudra pratiquer la version. Si la tête est profondément engagée et la dilatation complète ou suffisante pour permettre l'application du forceps, c'est à cet instrument qu'il faudra avoir recours.

S'il y a placenta prævia ou hémorragie abondante on devra suivre les règles posées en pareil cas, et qui prennent l'intérêt de la mère en même temps que celui de l'enfant, car le même danger, l'hémorragie, les menace. Il n'y a pas lieu davantage de réduire le cordon quand la cause qui détermine la perte peut continuer son action, par exemple quand il est inséré au bord inférieur du placenta, et que celui-ci s'étend jusque près de l'orifice utérin. Les présentations du siège sont aussi une contre-indication, parce que dans ce cas, le cordon est moins exposé à être comprimé sur une partie fœtale.

RÉDUCTION DU CORDON

La réduction du cordon a été recommandée et pratiquée par Mauriceau (1), Peu, Amand, Deventer.

(1) Mauriceau, 1675, P. 325.

Combattue par de la Motte, Smellie, Levret, Baudelocque, par Boër, qui la comparait au travail des Danaïdes, etc., elle a été longtemps négligée dans l'école française qui semble avoir oublié pendant un laps de temps considérable les enseignements des anciens maîtres. Cependant, M^{me} Lachapelle (1) l'a préconisée et a joint à ses conseils l'enseignement de ses succès. (14 fois sur 16). En Allemagne elle a été remise en honneur par Siebold, d'Outrepoint, Busch, Kluge, Huter (2) et en France, par Depaul, Tarnier et leurs élèves.

La réduction du cordon peut être effectuée par deux méthodes : par la méthode manuelle et par la méthode instrumentale.

Méthode de réduction manuelle. — La femme est placée dans une situation convenable. La plus usitée et la plus commode est la situation horizontale, pour la partie supérieure du corps, tandis que le bassin est relevé. Dans certains cas, la manœuvre peut être facilitée par le décubitus latéral ou la position sur les coudes et les genoux. Cette dernière position, préconisée autrefois par Bloxam, a été vantée de nouveau sous le nom de « Postural Méthode », par Thomas de New-Yorck, Wilson, Simpson, etc.

Le choix de la main est dicté par la situation du prolapsus par rapport au bassin. On choisit la main droite, s'il est placé du côté gauche, et la main gauche, s'il occupe le côté droit. Cependant si l'on n'a pas l'habitude de se servir de la main gauche, il vaudrait peut-être mieux se servir toujours de la main droite, qui conviendrait davantage pour une tâche aussi délicate, qu'une main mieux appropriée mais malhabile. On introduit deux ou quatre doigts suivant le degré de dilatation. Si l'anse est petite, on la saisit par son milieu et on la renforce dans l'utérus en la glissant entre la tête et les parois du bassin. Si l'anse prolapsée est plus considérable, on en forme un peloton que l'on pousse avec l'extrémité des doigts jusque dans la matrice, et que l'on tente de faire pénétrer jusqu'à côté ou au-dessus de la partie qui se présente. On peut tâcher encore de l'introduire partie par partie, en commençant par celle qui est le plus rapprochée de l'orifice comme on opère le taxis dans la réduction des hernies.

La tâche n'est pas facile, le cordon glisse le long des doigts, et plusieurs fois de suite, tout est à recommencer.

On conseille alors de laisser la main en place, jusqu'à ce que le cordon soit fixé. Quelquefois l'introduction de la main provoque une contraction suffisante du segment inférieur pour qu'on puisse la retirer au bout d'une ou deux douleurs ; mais d'autres fois, il faut la laisser une demi-heure, une heure, comme cela est arrivé à M^{me} Lachapelle et à Tarnier. Si la dilatation est assez complète pour que la main entière puisse franchir l'orifice, Tarnier n'hésite pas à conseiller de porter la main jusqu'au fond de l'utérus pour y refouler l'anse abaissée et à

l'y maintenir jusqu'à ce qu'il se manifeste une contraction utérine qui fixe le cordon dans sa nouvelle position.

La difficulté de maintenir le cordon réduit a suscité d'autres procédés. Croft, un accoucheur anglais, conseillait d'introduire la main dans l'utérus comme si on voulait pratiquer la version, et dès qu'on est parvenu aux pieds, d'enrouler le cordon autour d'une des jambes du fœtus. Cette manœuvre blâmée par M^{me} Lachapelle et la plupart des auteurs parmi lesquels Depaul, est au contraire préconisée par Gardien, Desneux, Velpeau, et le professeur Stoltz. M^{me} Lachapelle a dit qu'il était aussi simple de retourner l'enfant. Cependant il n'est pas possible d'admettre que la seule action de porter sa main jusqu'aux pieds de l'enfant, ce qui ne constitue qu'un seul temps de la version, puisse être considérée comme aussi grave ou aussi difficile que la version. Quoi qu'il en soit, nous préférons encore ce procédé de Croft au conseil que donne Tarnier de porter la main au fond de l'utérus, dans les présentations du siège, parce que dans ce cas le cordon est moins exposé à être comprimé par les parties fœtales.

D'autres auteurs, parmi lesquels Mauriceau, on conseillé pour empêcher la rechute du cordon, de placer une compresse entre la tête et la matrice. Dans le même but, Osiander, Siebold ont employé l'éponge à laquelle ils faisaient jouer le même rôle que la compresse. Schmeisser conseille de fixer l'anse du cordon sur le fond d'un tampon de caoutchouc préparé à l'avance, de les reporter tous les deux ensemble et alors d'insufler le tampon qui se trouve dans la cavité utérine, de façon à ce que la réduction soit maintenue par le tampon distendu. Tous ces procédés sont peu ou pas usités et on donne la préférence à celui qui consiste, comme je l'ai dit, après avoir remonté le cordon laisser la main en place jusqu'à ce que les contractions utérines aient engagé suffisamment la présentation pour que la tige ombilicale soit maintenue dans la position où on l'a placée.

Méthode instrumentale. — La main est, quand on sait s'en servir, le meilleur et le plus sûr des instruments ; mais il arrive qu'elle ne puisse pas être employée. Souvent l'orifice utérin n'est pas suffisamment dilaté pour lui livrer passage ; d'autres fois, l'anse prolapsée est trop considérable, ou bien tout simplement, quelles qu'en soient les causes, toutes les tentatives de réduction manuelle ont échoué. Il faut bien alors s'adresser à la réduction instrumentale.

Les instruments inventés pour procéder à la reposition du cordon sont nombreux. Autrefois on a employé des appareils réducteurs, que l'on était obligé de laisser à demeure dans les parties génitales. Nous passerons sur ces appareils qui n'ont plus qu'un intérêt historique, pour décrire ceux qui sont usités de nos jours. Ce sont en général des instruments plus ou moins flexibles, munis de deux

(1) Lachapelle, *Pratique des accouch.* Paris, 1825, Tome 3.

(2) *Gem. Leitscr. für geburtst.* T. IV, 1829.

chefs d'un lacet dans lequel est passée l'anse du cordon. Une fois le cordon introduit dans la cavité utérine, le nœud du fil est défait et l'instrument retiré.

Méthode de Dunan. — C'est une des plus simples. On embrasse le cordon sans le comprimer, après l'avoir plié en deux ou en quatre suivant sa longueur, dans un anneau en ruban; cet anneau est engagé dans l'œil d'une sonde en gomme élastique, muni d'un mandrin; puis on pousse ce mandrin jusqu'à l'extrémité de la sonde où il accroche et maintient le ruban. On introduit alors aussi haut que possible, en se guidant sur une main préalablement introduite, la sonde dans l'utérus. Les doigts de la main directrice placés dans le vagin surveillent la réduction. On laisse la sonde en place jusqu'à ce que la présentation occupe le détroit supérieur, on retire alors le mandrin d'abord, puis la sonde, et on abandonne le ruban avec le cordon ombilical.

Méthode de Robertin. — C'est la méthode anglaise décrite par Barnes dans son livre. L'appareil de Robertin se compose d'une grosse sonde de caoutchouc munie d'un mandrin; longue de 0, 40 centimètres, et percée d'un large œil près de son extrémité supérieure. Une anse de fil de soie est glissée dans le tube et sort par l'œil. Dans cette anse qu'on peut tout aussi bien lier au bout de la sonde, est glissé le cordon prolabé. La sonde munie de son mandrin est introduite au-delà de la partie du fœtus qui se présente et portée à un point assez élevé pour que le cordon soit ramené entièrement dans l'utérus; puis retenant l'extrémité inférieure de la sonde avec deux doigts, on retire le mandrin, et on laisse la sonde à sa place. Le tube mou et flexible ne gêne en rien le travail; il sort avec le placenta après l'enfant.

Il est utile, dit Barnes, de faire mettre pour cette opération la femme sur les coudes et sur les genoux.

Procédé de Michaelis. — Ce procédé est plus compliqué que celui de Dunan. Il se compose d'une sonde élastique de 30 à 40 centimètres de long, traversée dans toute sa longueur, par une anse de soie prise en double. Cette anse sort par un œil de la sonde, passée autour du cordon; et rentrée par un autre œil dans le cathéter où elle est fixée par l'extrémité du mandrin. La reposition opérée, il suffit de retirer le mandrin pour que tout l'appareil puisse être facilement enlevé.

Procédé de Ducamp. — Le porte-cordon de Ducamp, ingénieux mais fort compliqué, se compose d'une gaine en gomme élastique munie à son extrémité de chaînons métalliques mobiles, les uns sur les autres, disposés de façon à ce que, au moyen d'un cordonnet de soie ou d'une vis intérieure, ils puissent former un anneau que l'on ouvre ou ferme à volonté. Pour se servir de l'instrument, on intro-

duit le cordon ombilical sur les chaînons, et on ferme l'anneau. On introduit l'appareil ainsi disposé dans le fond de la matrice; la réduction du cordon opérée, on dégage celui-ci en laissant s'ouvrir l'anneau et on retire l'instrument. Mme Mercier a modifié cet appareil en disposant deux demi-anneaux à l'extrémité d'une tige métallique, suivant que l'on attire ou que l'on repousse cette tige, les deux demi-anneaux se rapprochent pour constituer un anneau complet, ou s'écartent au contraire.

Procédé de Scholler. — L'instrument de Scholler est constitué par deux tiges de baleine glissant l'une sur l'autre. L'une de ces tiges, fixe, est terminée par un demi-anneau, l'autre, mobile, est rectiligne. Cette disposition permet, en élevant ou en abaissant la tige mobile de fermer ou d'ouvrir le demi-cercle dans lequel doit être engagé le cordon. Ce mécanisme est très simple. L'instrument fermé et portant le cordon engagé dans l'anneau est introduit dans la cavité utérine aussi profondément qu'on le peut. On tire alors à soi la tige mobile et le demi-anneau se trouvant ouvert, le cordon s'échappe. On dégage alors avec précaution l'instrument. Tarnier a modifié cet instrument et a ajouté à son demi-anneau une ficelle qu'il suffit de tendre pour que le cordon soit repoussé. On a reproché à cet appareil son extrémité recourbée, qui peut, quand on le retire, accrocher et abaisser le cordon.

Tarnier, qui est l'auteur de cette critique, a fait subir à l'instrument la modification suivante qui est fort simple. A l'extrémité de la tige recourbée, il a placé un fil de soie qu'il fait passer entre les deux baleines et descendre jusqu'au-dessous de leur extrémité inférieure. Quand le fil est flottant, il décrit une courbe, et on manie l'instrument comme nous venons de le décrire, mais quand on veut le retirer et qu'on a ouvert l'instrument, on tire sur le fil qui, en se tendant, repousse le cordon et s'oppose à ce qu'il soit accroché.

Procédé d'Aitken. — L'instrument inventé par Aitken se compose d'une tige de baleine à l'extrémité de laquelle est adapté un morceau d'ivoire creusé d'une rainure à sa partie supérieure. On applique une anse de fil autour du cordon prolabé, et on engage cette anse dans la rainure du morceau d'ivoire; on porte alors le tout dans l'utérus, et une fois que l'on est arrivé à une hauteur convenable, on dégage l'instrument de la gaine de fil en lui imprimant quelques mouvements obliques de haut en bas; on le retire en le laissant avec le cordon dans l'utérus.

Procédé de Hubert de Louvain. — Hubert de Louvain a imaginé le procédé suivant: on passe une pièce de linge de cinq à six centimètres de largeur. A l'un de ses bords est fixé un cordonnet destiné à embrasser l'anse ombilicale et à pénétrer ensuite dans une ouverture qui a été pratiquée au bord opposé. On introduit alors le chef libre du fil dans les deux yeux de la sonde, et on tire sur le fil. La ten-

sion du fil applique le linge autour du cordon et attire celui-ci contre la sonde, qu'on introduit alors dans l'utérus avec son mandrin. Arrivé à une hauteur convenable, on retire le mandrin et on laisse la sonde en place pour être expulsée, comme dans le procédé de Robertin, avec le fœtus.

Tels sont les procédés, les plus connus et les plus usités, de réduction du cordon. Le plus simple de tous est certainement celui de Dunan qui n'exige qu'une sonde en gomme élastique qu'on a toujours sous la main. Ce procédé et ceux qui en dérivent ont encore un autre avantage sur les procédés spéciaux, comme ceux de Scholler et d'Aitken, c'est que la flexibilité de l'instrument qui n'est autre chose qu'un catheter, permet de lui donner la courbure nécessaire pour pénétrer assez profondément dans la cavité utérine.

Les autres instruments ont cependant leur valeur, particulièrement celui de Scholler, auquel l'ingénieuse modification de Tarnier a enlevé un de ses défauts. En dépit de ces appareils et de l'habileté déployée pour s'en servir, la réduction du cordon pourra rester impraticable ; souvent on ne pourra parvenir à l'effectuer ; d'autres fois elle ne se maintiendra pas, et le cordon réduit retombera sans cesse. Dans ces cas, si la dilatation de l'orifice ne permet pas de terminer l'accouchement, on tâchera de garantir la tige ombilicale de la compression, en la portant sur une des symphyses sacro-iliaques, où elle est moins exposée à cet accident que dans un autre point. Si l'état de l'orifice permet au contraire de terminer l'accouchement, on consulte l'état de l'enfant. Quand la circulation n'éprouve aucun trouble, on peut attendre. Mais dans le cas contraire, il faut intervenir par le forceps ou la version. Dans la présentation du sommet, c'est le forceps qui est indiqué en prenant, bien entendu, la précaution de laisser, en dehors de l'instrument ou de la main, le cordon ombilical. Si la tête est très élevée ou que le tronc se présente, on retourne l'enfant, en ayant soin de réduire le cordon si on le peut, au moment où l'on introduit la main dans la cavité utérine.

LES NOUVELLES MÉTHODES DE TRAITEMENTS DES FRACTURES

par le D^r L. LAPEYRE

Jusqu'à ces dernières années, le but unique poursuivi par le médecin dans le traitement des fractures était d'obtenir la parfaite et constante juxtaposition des fragments, par une réduction soignée et une immobilisation rigoureuse et prolongée du membre jusqu'à la consolidation complète.

Tout mouvement, si léger qu'il fût, était considéré comme nuisible à la formation du cal, et l'immobilisation absolue passée à l'état de dogme était jugée seule capable de permettre la restitution de la forme normale et le retour de la fonction.

A ce seul facteur de la guérison, la *coaptation*, recherchée parfaite, les autres étaient sacrifiées ; et pour obtenir l'immobilité du foyer de la fracture, le chirurgien sacrifiait d'un cœur léger les articulations de voisinage destinées à rester enraidies, les muscles condamnés à s'atrophier, parfois le malade lui-même exposé à succomber à des accidents de congestion pulmonaire hypostatique, au cours de son long alitement.

Les attelles plâtrées, réalisant au suprême degré la condition d'assurer le maintien des fragments sans qu'il fût même besoin de remuer le malade comme autrefois pour surveiller et modifier l'appareil, avaient presque complètement remplacé les anciens modes d'immobilisation.

Laisser dans son plâtre des semaines, presque des mois, le malade, était devenu la pratique habituelle du médecin qui, du moins autrefois, dans le seul but par exemple, surveillait le retour de la consolidation et immobilisait avec moins de rigueur.

Certes, maintenir les fragments en contact permanent pour permettre leur reprise est bien l'indication première de tout traitement d'une fracture, mais l'indication ainsi remplie n'est pas suffisante à assurer un véritable résultat thérapeutique.

La restitution intégrale de la fonction exige la recherche d'autres conditions dont le sacrifice ne permet d'obtenir que des résultats à tout le moins médiocres.

Pour ne viser exclusivement que la restitution de la forme osseuse, l'immobilisation prolongée, traitement classique, entraînait à sa suite de fâcheuses conséquences devenues aux yeux du médecin les suites nécessaires de la fracture.

Les raideurs articulaires, l'atrophie des muscles, l'œdème et la pesanteur du membre, l'impotence qui en résulte, telles étaient les conséquences habituelles du traitement par l'appareil plâtré laissé en place jusqu'à la guérison.

Autre inconvénient : la durée très longue du séjour au lit très supérieure aux moyennes avouées atteignait souvent six mois pour une fracture de jambe et immobilisait ainsi d'une façon intolérable un malheureux plein de santé.

Du moins le résultat tant cherché, la guérison sans déformation, était-il toujours atteint ?

Même pas ! et dans les fractures avec engrenement (fractures du radius, du coude) ou à déplacement accusé (fracture de Dupuytren) malgré les efforts de réduction et d'immobilisation à outrance, la déformation persiste envers et contre tout.

Avouons du reste qu'à l'exemple de ce fracturé du radius que cite (1) L. Championnière, quel malade ne préférerait sa déformation à une articulation enraidie ne permettant plus, après le traitement de rectification, les exercices qui demandent la souplesse du poignet, tel dans le cas indiqué le maniement du violon.

(1) D^r L. Championnière sur le traitement des fractures par le massage et la mobilisation.

L'immobilisation souvent impuissante à rectifier la forme remplissait-elle du moins les meilleures conditions pour la formation du cal ?

La comparaison avec les résultats fournis par le massage montre que ce cal lui-même qui souvent *reste maigre* met toujours un temps beaucoup plus considérable à se former. Et L. Championnière s'appuyant sur le fait certain que l'appareil d'Hennequin donne la guérison plus vite que tout autre appareil de contention de la cuisse y trouve une nouvelle confirmation à ce retard de la consolidation osseuse donné par l'immobilisation.

Le cal se forme plus vite avec l'appareil d'Hennequin, dit-il, justement parce que les extrémités osseuses toujours en contact « y sont en mobilisation constante. »

Et c'est pourtant pour ces résultats que l'appareil inamovible sacrifiait à coup sûr muscles et articulations (1), car si une jointure parfaitement saine n'en sort qu'enraidie, une articulation traumatisée, etc'est le cas dans les fractures épiphysaires, intra ou juxta-articulaires, reste irrémédiablement frappée dans ses fonctions.

Aussi le bilan de la méthode classique peut-il être ainsi caractérisé dans ses deux inconvénients capitaux :

Imperfection du résultat fonctionnel;

Longueur du séjour au lit s'il s'agit d'une fracture du membre inférieur.

De la nécessité de porter remède à ces deux défauts de l'ancienne thérapeutique sont nées les deux méthodes nouvelles :

Le traitement par le massage et la mobilisation;

Le traitement ambulatoire.

La première méthode née en France des travaux du Dr J. L. Championnière (2) se préoccupe avant tout d'éviter les troubles consécutifs à l'immobilisation : ankylose et atrophie, mais il se trouve que la formation du cal lui-même est aussi singulièrement activé par les manœuvres de massage. Par suite le retour de l'activité fonctionnelle est beaucoup plus rapide et le séjour au lit singulièrement abrégé. La méthode en un mot satisfait aux deux améliorations cherchées.

La seconde méthode, le traitement ambulatoire essayé en France dès 1833, par Bérard et Seutin, nous revient d'Allemagne aujourd'hui sous l'impulsion de nombreux essais, en particulier de ceux de De Bruns (3). Mais remarquons-le tout de suite, cette méthode ne vise que le traitement des fractures du membre inférieur et n'a pas, par suite comme la précédente, la portée d'une méthode générale.

De plus, si osé qu'il paraisse être de faire marcher dès les premiers jours un fracturé de la jambe,

ce procédé ne constitue point comme le précédent une véritable révolution thérapeutique. L'ancien principe de l'immobilisation rigoureuse de la fracture reste religieusement observé, l'immobilisation au lit est seule visée par la nouvelle pratique. Et le défaut grave du procédé est justement dans la complication des appareils destinés à empêcher toute mobilité des fragments dans la marche, car leur complexité même ne permet pas leur enlèvement facile et contraint à l'immobilisation rigoureuse, muscles et articulations.

La première place dans cette étude revient donc logiquement à la thérapeutique des fractures par le massage, et à la mobilisation telle que l'a créée de toutes pièces le Dr L. Championnière.

La méthode bien française, à tel point que le Dr Championnière peut écrire en toute vérité que jamais avant lui on n'avait conçu l'idée de masser dans un but thérapeutique une fracture récente, mérite encore la première place en raison des résultats déjà obtenus par elle entre les mains de l'éminent chirurgien de Beaujon et de ses élèves, résultats si indéniables qu'il n'est plus aucun chirurgien, quelque réfractaire qu'il soit encore à la nouvelle doctrine, qui n'ait été amené cependant à modifier sa pratique ancienne, à mobiliser — précocement — à admettre le massage, tout au moins pour une fracture, celle du péroné.

Le principe même du traitement par le massage, répétons-le, n'avait été encore entrevu par aucun auteur, par aucun masseur (suédois ou autre), ainsi qu'il résulte des recherches historiques du Dr L. Championnière qui déclare : « Sans doute les masseurs avaient massé des sujets atteints de fractures anciennes et ayant conservé de l'enraidissement; sans doute des rebouteurs massant des régions, siège de traumatisme, avaient sans le vouloir massé certaines formes de fracture par simple ignorance. Mais personne n'avait conçu la réparation des os au milieu de mouvements intentionnellement provoqués ». Personne n'avait tenté aucun essai de ce genre.

Du reste, la pratique du massage, telle que l'entendent les spécialistes (massage suédois — massage des doucheurs), n'a que bien peu de rapports avec celle que Championnière applique à ce traitement des fractures, et si les rebouteurs ont influencé la doctrine médicale thérapeutique, ce n'est certainement qu'en éloignant par les échecs de l'ignorance l'homme de l'art de toute idée de mobilisation.

La résistance même opposée aux premières communications de Championnière n'est-elle pas justement engendrée par la confusion faite de sa pratique avec les manœuvres de force, le pétrissage douloureux et brutalement exercé des empiriques.

Les principes sur lesquels une expérience longue et prudemment conduite appuie la méthode sont les suivants :

(1) L. Championnière, *Loco citato*.

(2) Dr Lucas Championnière. Communications à la Société de chirurgie. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*). *Traitement des fractures par le massage et la mobilisation*.

(3) De Bruns. *Beitrag zur Clinische, Chirurgie*. T. X.

Le mouvement est nécessaire, non seulement aux muscles, aux articulations, aux tissus fibreux, mais aussi « à la réparation du foyer de fracture. »

Un foyer de fracture trop immobilisé ne donne qu'un cal maigre, le mouvement à « dose utile » « laissant au contact les extrémités fracturées » active la formation du cal et le rend plus riche.

Aux extrémités épiphysaires, le massage est indispensable au retour de la fonction.

« *Moyen fondamental du traitement* », le massage doit être immédiat, si les circonstances ne s'y opposent pas, car obtenant l'anesthésie de la région, il lutte d'emblée contre la douleur et empêche toute lésion des parties molles de s'installer.

La condition première de la coaptation des fragments, de leur juxtaposition constante, reste la base de la nouvelle méthode et doit toujours être remplie.

Ce qui est seulement abandonné par L. Championnière, c'est la recherche de la coaptation exacte des extrémités osseuses, leur immobilisation absolue, moins favorable qu'une mobilité légère ne leur laissant pas perdre le contact.

Et comme dans nombre de cas, soit qu'il n'y ait pas de chevauchement, soit même qu'il y ait engrènement (Fractures du péroné, du radius, du coude, etc.), la juxtaposition des fragments se maintient naturellement; que tout au moins un appareil mis quelques jours en place suffit à rectifier la fracture et en assurer le maintien ultérieur, la conclusion qui s'impose est celle ainsi formulée par Lucas Championnière :

« Le massage est la véritable thérapeutique des fractures en général. Certaines fractures ont de telles dispositions qu'on ne peut les y soumettre, mais il faut les considérer comme des exceptions fâcheuses. »

Les cas défavorables constituent pour la thérapeutique une véritable complication, en raison même du facteur rendu nécessaire, l'immobilisation.

Le résultat obtenu est toujours moins beau parce que l'appareil contentif de la déformation vient gêner la pratique normale du massage.

Ainsi, le but à chercher est de proportionner l'immobilisation à la nécessité, tout en s'efforçant de rendre à la méthode thérapeutique vraie, le massage, la plus grande part possible.

Une déformation très accusée, une extrême mobilité des fragments commandent un certain degré d'immobilisation; de même les fractures du membre inférieur pour lesquelles la solidité future et la rectitude priment tout; — la plus ou moins grande perfection du résultat final dépend du tact avec lequel le chirurgien a su rapprocher ces cas défavorables des conditions ordinaires meilleures.

Le Dr Championnière, dans son traité de la thérapeutique des fractures, résume ainsi les diverses variantes de sa pratique en face des différentes fractures :

I. *Massage immédiat et continué.* Le massage

appliqué d'emblée est continué sans interruption, aucune immobilisation n'est faite.

Les résultats obtenus atteignent le maximum de perfection.

La procédé est applicable aux fractures du radius, du péroné, aux fractures para-articulaires en général, « qui ne souffrent pas l'immobilisation » : coude, épaule, à certaines fractures bimalléolaires sans déplacement.

II. *Massage immédiat suivi d'application d'un appareil.* Presque toujours possible le massage immédiat combat les inconvénients de l'immobilisation consécutive dont la durée est réduite le plus possible.

Ce procédé convient aux fractures du poignet avec déplacements, aux fractures sus-malléolaires pour lesquelles l'immobilisation sera plus longue, à certaines fractures des diaphyses.

III. *Massage intermittent.* Un appareil est placé 3 à 4 jours, puis retiré pour faire un massage, et remis, chaque jour ramenant une nouvelle séance de massage.

Ce procédé convient à toutes les fractures avec mobilité des fragments : Fractures de l'extrémité supérieure, humérus par exemple.

IV. *Immobilisation exacte suivie du massage* après commencement de consolidation, n'est qu'un pis aller dans les fractures des diaphyses à grand déplacement et grande mobilité, risquant de perforer la peau et les vaisseaux. (Ex. fracture en V du tibia, fracture diaphyse humérale.)

La fracture de cuisse est traitée par l'appareil d'Hennequin qu'il est facile de combiner au massage.

Remarquons que même dans la 4^e catégorie une immobilisation courte donne souvent une consolidation suffisante pour permettre à la fracture de bénéficier de la thérapeutique ordinaire.

Cette classification de Championnière, nos lecteurs peuvent s'en rendre compte, tient compte de toutes les indications et, loin de condamner l'appareil plâtré, l'utilise fréquemment mais d'une façon rationnelle, s'en servant comme d'un expédient de nécessité destiné à permettre au plus tôt qu'il sera possible l'emploi curatif du massage.

Après ces considérations nécessaires pour expliquer la méthode et permettre de l'appliquer avec succès, il nous reste à dire ce que doivent être le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures, quelles sont les règles de leur application.

« Les frictions douces et méthodiques », réglées par L. Championnière, n'ont en effet rien à voir avec les manœuvres habituelles des masseurs totalement incapables de traiter une fracture.

Rappelant la supériorité du massage immédiat, nous résumerons rapidement les préceptes formulés par Championnière.

Première précaution : *rechercher* exactement le *siège* de la fracture pour l'éviter à coup sûr et toujours au moment du massage.

Puis après avoir enduit le membre d'huile, (encore de vaseline ou de savon) *le fixer* de façon à empêcher toute secousse douloureuse, soit en le plaçant sur des coussins de sable, soit en l'étendant sur son genou.

Pendant qu'une main fixe le foyer de la fracture, l'autre commence une série de pressions longitudinales « *toujours ascendantes* » suivant les tendons et les muscles.

Le massage au rebours du courant sanguin doit être toujours évité ; *la pression cessera* au-dessous du foyer de la fracture pour reprendre au-dessus.

Les frictions dépasseront de très loin la région fracturée.

D'abord très douces, effleurant seulement le membre, elles deviendront ensuite plus énergiques au cours de la séance et des séances successives.

La douleur sert de guide à la graduation de la pression, le massage bien fait ne devant jamais être douloureux, mais provoquant au contraire, comme premier bienfait, l'anesthésie.

Le pouce de la main droite est le principal agent du massage, surtout au début de la séance, les deux pouces seront encore employés simultanément ou successivement.

Enfin *les pressions longitudinales partielles* suivant un tendon sont ainsi réalisées par l'extrémité des quatre derniers doigts.

La paume de la main est utilisée à la fin de la séance alors que le masseur est fatigué ; les pressions plus larges restent plus superficielles.

En dehors des frictions longitudinales, deux autres modes seulement sont utilisés par Championnière qui rejette absolument le pétrissage et le tapotage.

Les frictions en bracelet, la main entourant le membre et cessant sa pression au niveau de la fracture.

Les pressions circulaires sur place « sorte de mouvement de meule exécuté avec la paume de la main » et destinées à écraser les caillots sanguins, à hâter la résorption des ecchymoses.

La durée de la séance est fixée par Championnière à une demi-heure, l'intervalle des manœuvres à vingt-quatre heures.

La mobilisation porte sur les articulations voisines, le foyer de la fracture étant soigneusement fixé de la main gauche de façon à y éviter tout retentissement douloureux.

Des mouvements légers à dose graduée sont *provoqués*, après la séance de massage, alors que toute douleur est éteinte.

Les mouvements fonctionnels ne sont conseillés qu'un peu plus tard et à dose très prudente, car ils ne peuvent être aussi facilement gradués.

La prudence est surtout indiquée aux membres inférieurs, et la crainte des déviations ultérieures du pied si fréquentes, lors de la reprise de la marche, conseille l'excès de précaution.

La moindre douleur dans les mouvements doit les faire arrêter.

Après le massage, si l'appareil n'est pas indispensable, une simple bande de flanelle peu serrée est appliquée autour du membre.

Les contre-indications ne visent guère que le massage immédiat ; encore visent-elles des cas peu fréquents.

Il n'est, en effet, impossible, nous dit Championnière, que dans les cas suivants :

Les extrémités osseuses menacent la peau ou les vaisseaux, (fractures de jambe en V par exemple) ;

La mobilité est extrême ;

Un épanchement sanguin considérable menace la vitalité de la peau ;

La fracture compliquée nécessite un pansement étendu ;

Les effets du traitement peuvent se distinguer en *immédiats* et *secondaires*.

Les bénéfices immédiatement obtenus sont :

La disparition de la douleur ;

L'assouplissement de la peau, des muscles, des articulations ;

La diminution de volume du membre (résorption des épanchements des gaines tendineuses) ;

La rapide disparition des ecchymoses.

Les effets secondaires ou plus simplement *le résultat définitif obtenu* est supérieur en tous points à celui de l'immobilisation.

La durée du traitement est d'abord considérablement abrégée.

Pour le péroné par exemple, Championnière accuse une durée de traitement moyenne de trois semaines, alors que jadis dans son propre service cette même moyenne était supérieure à six semaines.

L'activité fonctionnelle du membre supérieur est récupérée infiniment plus vite que dans les cas les plus favorables de l'immobilisation.

Les troubles consécutifs aux fractures immobilisées : œdème, tension des veines, lourdeur du membre, éruptions cutanées, atrophie et ankylose disparaissent.

La supériorité de la méthode s'affirme surtout là où elle peut être employée dans tout son développement, sans immobilisation, plus généralement dans toutes les fractures juxta-articulaires où à l'heure actuelle ne pas l'employer devient un véritable crime de lèse-articulation.

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius et du péroné sont, du reste, d'ores et déjà abandonnées à la méthode par les adversaires les plus convaincus des nouveaux principes.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU VÉSICATOIRE

Réponse du D^r LEHEC (de Châtillon-sur-Indre)

Je remercie mon honoré confrère, qui signe D^r L. B. d'avoir lu mes arguments relatifs aux propriétés du vésicatoire et de la cantharidine, seulement il m'a peu compris, probablement parce que je me suis mal exprimé.

Mon honoré confrère commence par me faire remarquer « que la bactériologie établit d'une façon irréfutable que la pneumonie est toujours d'origine infectieuse et microbienne. »

Mais, de prime abord, je dis que les maladies sont presque toutes infectieuses, étant causées par un microbe toxique.

En second lieu, mon honoré confrère avance « qu'il n'est nullement démontré que le vésicatoire augmente l'action bactéricide des leucocytes. » C'est sur ce point que le D^r L. B. peut très bien se tromper. En effet, le docteur Ferrand, à la Société thérapeutique, dans la séance du 13 mai 1896, le docteur Charrin, le professeur Maragliano, de Gênes, les docteurs Lucatilla et Antonini, les docteurs Liebreich, de Berlin, Heymann, Freudenberg, Lancereaux, Will, ont, par des recherches et des observations nombreuses, démontré que les vésicatoires cantharidés provoquent une leucocytose abondante et augmentent considérablement le pouvoir bactéricide du sérum sanguin.

Je m'en rapporte d'autant mieux à ces distingués confrères que moi-même j'ai fait les mêmes observations et très nombreuses, bien avant qu'il fût question des microbes ; car, dans ma thèse sur la fièvre typhoïde, datée de mai 1861, je concluais ainsi : « la fièvre typhoïde est le résultat d'un empoisonnement produit par un agent toxique, pathogène, dit *miasme* (aujourd'hui nous disons *microbe*, mais seulement depuis 1878) et j'ajoutai : « tout poison doit être rejeté au dehors, et pour cela il faudra employer les évacuants, les vésicatoires, la transpiration cutanée. » Et d'ailleurs, les humeurs peccantes (coupables, qui pêchent) des anciens auteurs n'étaient pas autre chose que nos toxines. Ils ne connaissaient pas le microbe pathogène de ces sécrétions empoisonnées, mais les faits étaient là, ils étaient bons observateurs ; seulement, ne se servant pas du microscope, ils confondaient le microbe avec sa sécrétion, la cause génératrice avec l'effet produit. Aujourd'hui, nous sommes plus avancés, et ce que j'appelais miasme en 1861, devient microbe en 1897. En 1861, j'étais donc un précurseur des bactériologistes.

Quant à la plaie du vésicatoire, que mon confrère ait l'esprit tranquille, elle ne sera pas une porte ouverte à l'infection, car la cantharidine, suivant les confrères précités, est un microbicide. Il peut arriver des accidents avec la cantharidine, mais

quel est le médicament qui n'en a pas produit, en raison même d'une sorte d'idiosyncrasie spéciale à certains individus.

A propos de l'impétigo des enfants (croûtes de lait, gourmes) appelé impetigo larvalis (de larva, masque) parce que la figure des enfants atteints de cette affection ressemble à un masque, mon estimé confrère dit : « l'impétigo est une affection contagieuse, d'origine microbienne. » — Mais c'est mon avis ; seulement le confrère ajoute « que l'impétigo, loin d'être un émonctoire utile, est parfois la cause d'infections secondaires fort graves ». Or, j'ai établi que « si l'impétigo vient à se supprimer trop vite (par suite de telle ou telle cause) l'enfant meurt empoisonné par les toxines, et quelquefois en peu de jours. En effet, les toxines sécrétées par le microbe générateur de l'impétigo, n'étant plus versées au dehors, se concentrent à l'intérieur, empoisonnent le sang de l'enfant et déterminent la mort. Aussi, dans ces cas de suppression brusque de l'impétigo, le médecin doit se hâter d'expulser les toxines, et l'un des bons moyens, c'est le vésicatoire qui augmente le pouvoir bactéricide des leucocytes, en même temps relever par des toniques le principe vital affaibli. Mon confrère a cru que, suivant mon avis, il fallait respecter l'impétigo : c'est le contraire de ma pensée. Tuons le microbe, et par suite nous anéantissons les toxines ; là, git toute la question.

Une dernière remarque de mon estimé confrère :

« L'emploi ressuscité du cataplasme me paraît devoir augmenter les chances d'infection, la chaleur humide favorisant la pullulation des micro-organismes. »

J'ai dit simplement « que dans certains cas, lorsqu'on avait laissé le vésicatoire appliqué trop peu de temps, et que la phlyctène n'était pas encore formée, il n'y avait qu'à poser un cataplasme, et celle-ci se montrerait au bout de quelques heures. » Je répéterai de nouveau qu'il n'y a rien à craindre.

En résumé, les appréciations de mon honoré confrère ne me semblent pas conformes à l'observation journalière du médecin, et je suis partisan très convaincu de l'opinion formulée par les savants docteurs ci-dessus nommés, à savoir : que la cantharidine provoque la levée en masse d'une nouvelle armée phagocytaire et augmente considérablement le pouvoir bactéricide du sérum sanguin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE ET ANALYSES

AIDE-MÉMOIRE D'HYGIÈNE, par le professeur Paul Lefert. Nouvelle édition entièrement refondue. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Haute-feuille, (près du boulevard Saint-Germain), à Paris, 1 vol. in-18 de 288 pages, cartonné . 3 fr.

L'accueil favorable qu'a rencontré parmi les étudiants et les praticiens, la collection des *Aide-mémoire de Lefert*, imposait à l'auteur de tenir ses

manuels au courant de tous les progrès de la science. Loin de se reposer sur les succès obtenus et de réimprimer sans changement ses manuels, il a tenu à les remanier chaque fois.

Le *Manuel du doctorat en médecine* du professeur Paul Lefert donne le moyen d'acquérir rapidement des notions suffisantes sur toutes les matières des cinq examens de doctorat en médecine. L'auteur s'est attaché à passer en revue dans chaque *Aide-mémoire* tout ce qui est afférent au sujet traité, sans rien omettre, de manière que le candidat ne soit embarrassé par aucune question ; à mettre en relief les points importants, de sorte que le lecteur puisse immédiatement trouver ce qu'il importe d'apprendre ou de revoir ; à rapporter les théories et les faits récemment entrés dans le domaine de la science aussi bien que ceux qui lui sont depuis longtemps acquis ; enfin à citer les noms des professeurs des diverses facultés de médecine en regard de la découverte qu'ils ont faite ou de l'idée qui leur est personnelle.

L'*Aide-mémoire d'hygiène et de médecine légale*, qui ne formait qu'un seul volume dans les 3 premières éditions vient d'être dédoublé en 2 volumes par la 4^e édition. C'est un ouvrage entièrement neuf.

Le nouvel *Aide-mémoire d'hygiène* a été mis au courant des progrès les plus récents de la bactériologie, dont le rôle devient de plus en plus important en hygiène, comme aussi des lois nouvelles intervenues sur la matière, notamment celle du 2 novembre 1892, sur le travail dans les établissements industriels.

Ce *Manuel*, destiné aux étudiants, profitera également aux praticiens, en leur permettant d'étudier rapidement une question quelconque.

Vient de paraître. — LA FEMME AUX TROIS GRANDES PÉRIODES DE SA VIE : PUBERTÉ, UNION SEXUELLE, MÉNOPAUSE ; LA PUBERTÉ CHEZ LA FEMME, étude physiologique, clinique et thérapeutique, par les docteurs Ch. Barbaud, Médecin de la Société des Gens de Lettres, Lauréat de la Faculté et de l'Académie de Médecine ; et Ch. Lefèvre, Ancien interne des Asiles de la Seine. A. Maloine, Libraire-Éditeur, 23-25, Rue de l'École-de-Médecine, Paris. Un volume in-18. — Prix : 4 fr.

LES TRACTIONS RYTHMÉES DE LA LANGUE, *Moyen rationnel et le plus puissant de ramener la fonction respiratoire et la vie*, par le Dr J.-V. Laborde, chef des travaux physiologiques à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. *Deuxième édition augmentée.* (1 fort vol. in-12 de 574 pages, 5 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

La nécessité de cette nouvelle édition ne résulte pas seulement de l'épuisement de la première, aussi de la multiplication considérable des faits qui se sont produits dans ces deux dernières années, grâce à la vulgarisation et à l'extension croissante

de la méthode qui a reçu une affirmation et une consécration définitives.

La méthode du Dr Laborde produit une véritable résurrection après *une, deux* et jusqu'à *trois* heures de manœuvre persistante et patiente. Il y a là une donnée toute nouvelle, du plus haut intérêt scientifique et pratique, relativement à la *limite de survie*, des propriétés fonctionnelles des éléments organiques qui interviennent dans ce procédé de ramification.

Ce procédé purement mécanique donne en outre une solution pratique et *accessible à tous* du problème de la *certitude de la mort*.

Répandue non seulement en France, mais aussi à l'étranger, la méthode des tractions rythmées de la langue continuera à opérer de nombreuses résurrections, pour le bien de l'humanité, et pour la lutte contre la dépopulation de notre pays.

LE BLOG-NOTES DIETÉTIQUE que vient d'éditer la *Librairie Reinwald, 15, rue des Saint-Pères*, est une publication très originale et la première dans ce genre.

Sur des feuillets faciles à détacher, et destinés à être remis aux malades ou à leur entourage, est notée la liste des aliments permis ou défendus dans le cours des maladies où l'alimentation doit être surveillée. Sur chaque feuille se trouve un régime différent : régimes d'obèses, de dyspeptiques, de gouteux, de rhumatisants, etc.

Ces prescriptions sont établies avec soin et précision.

Il y a là pour le praticien un moyen ingénieux de lui éviter cette énumération fastidieuse des plats que peut manger le malade, de soulager son larynx et de lui faire faire une économie précieuse de temps.

PARALLÈLE ENTRE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET LA SYMPHYSÉOTOMIE DANS LES BASSINS RETRÉCIS DE 8^c 1/2 A 9^c 1/2, par le Dr Audebert, ex-chef de clinique obstétricale, à la Faculté de Bordeaux.

L'importante contribution personnelle apportée par l'auteur à l'étude de la question consiste en 49 observations d'accouchements avec un bassin de 8^c 1/2 à 9^c 1/2.

Sur ces 49 cas, 7 fois l'accouchement a été provoqué artificiellement avant terme.

18 fois, l'accouchement à terme a été absolument spontané.

20 fois, une intervention (forceps, versions, basiotripsie) a été nécessaire dans l'accouchement à terme.

4 fois, la symphyséotomie a été pratiquée.

Les appréciations de l'auteur sont donc basées non seulement sur une étude approfondie de l'ensemble des documents publiés, mais sur une véritable expérience personnelle puisée dans le service d'accouchement du Prof. Moussous. La Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux a du reste

couronné (Prix Dubreuilh 1896), cet important mémoire dont voici la conclusion très favorable à la symphyséotomie :

« M'appuyant d'une part sur la mortalité effroyable qui sévit sur les enfants prématurés, et de l'autre sur l'innocuité prouvée pour les mères de la symphyséotomie aseptique et sur la mortalité fœtale très faible, je crois que l'accoucheur, mis en présence d'une femme atteinte d'un rétrécissement pelvien de 8 à 9 1/2 et arrivée aux derniers mois de sa grossesse, *devra se garder de provoquer* l'accouchement prématuré artificiel qui aurait pour conséquence probable la mort de l'enfant, mais *plutôt attendre patiemment* le terme de la grossesse, sachant bien que 3 fois sur 4, la femme accouchera spontanément sans aucune complication, et que dans le cas où la tête ne s'engagerait pas sous l'influence de la contraction utérine seule, il possède dans la symphyséotomie un moyen sûr et peu dangereux de sauver la vie de l'enfant, tout en respectant celle de la mère ».

LE MONT-DORE, *Guide du Baigneur*, par le Dr Guérin de Sossiondo.

Utile brochure pour quiconque médecin ou malade a besoin d'indications précieuses sur la station du Mont-Dore, sur les ressources présentées.

NOUVELLES

Société des Sciences Médicales de Poitiers. — La dernière séance de la Société eu lieu le *mardi 15 juin*, à 3 h. 1/2 du soir, à l'Hôtel-de-Ville, Salle du Conseil Municipal.

ORDRE DU JOUR :

- 1^o Lecture du procès-verbal de la dernière séance ;
- 2^o Election de Membres correspondants.
- 3^o Sécrétion interne de l'ovaire et ses applications thérapeutiques. — Dr Delaunay.
- 4^o Calcul sublingual. — Dr Faivre.
- 5^o Un cas de galactocèle. — Dr Chrétien.
- 6^o Revue des travaux de l'ancienne Société de Médecine. — Dr Jablonski.

A ce sujet notre correspondant, le Dr Jablonski, nous écrit :

J'ai émis un vœu en faveur de la création à Poitiers d'un *laboratoire départemental de radiographie et de radioscopie*, analogue à celui qui fonctionne à l'Ecole de Médecine de Tours. Ce vœu a été adopté à l'unanimité, — ainsi qu'un autre vœu de M. le Dr Delaunay recommandant la désinfection par les vapeurs d'aldéhyde formique (procédé Trillat).

Le Conseil départemental d'hygiène qui s'est réuni le 11 juin, à la Préfecture s'est occupé de la *prophylaxie de la rage*. Il a décidé de réclamer auprès des pouvoirs publics l'application rigoureuse

de la taxe et l'obligation du port du collier. Les chiens errants seront mis pendant 48 heures en fourrière, puis abattus, et des poursuites devront être exercées contre les propriétaires qui laissent errer leurs chiens avec ou sans collier et contre ceux dont les chiens ont mordu quelqu'un (art. 1385 du Code civil). Enfin les instructions émanant du Conseil d'hygiène seront affichées dans toutes les communes.

On a décidé également l'affichage [d'instructions destinées à faire connaître les moyens d'empêcher la propagation de certaines maladies de la peau et du cuir chevelu.

Angers. — Ainsi que nous l'avions annoncé, la société de médecine d'Angers a célébré, le mercredi 3 juin dans une séance solennelle, son centenaire.

Nous signalerons particulièrement, dans les discours prononcés à cette occasion, l'intéressante allocution de M. le Prof. Gariol délégué de l'Académie de médecine, *en faveur de la décentralisation et des Ecoles de médecine de province*.

Notons encore, dans un esprit moins pratique, le discours en vers de M. le docteur Douet rappelant sous le titre de « Vieux souvenirs » la naissance et la vie de la Société médicale d'Angers et qui, nous écrivait, a été vivement applaudi.

INTERETS PROFESSIONNELS

MÉDECINS ET MAGNÉTISEURS

Dans un jugement de principe, le tribunal d'Angers vient de déclarer que les magnétiseurs et les masseurs ne tombent pas sous le coup de la récente loi sur l'exercice illégal de la médecine.

Un magnétiseur d'Angers, M. Mouroux, était poursuivi par le parquet de cette ville pour exercice illégal de la médecine, et le syndicat des médecins d'Angers s'était porté partie civile. Le tribunal a acquitté purement et simplement le prévenu, et débouté de ses conclusions le syndicat.

Voici d'ailleurs les principaux attendus du jugement :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et de l'audience que le prévenu s'est borné vis-à-vis des personnes qui sollicitaient ses soins à pratiquer sur elles et par-dessus leurs vêtements des passes magnétiques et à fournir à quelques-unes de la ouate aimantée ;

Attendu que les notes remises par Mouroux à quelques-unes des personnes qu'il a soignées n'ont aucunement le caractère d'un certificat médical ;

« Qu'il est d'ailleurs établi que Mouroux n'a jamais pris le titre de docteur, mais s'est toujours donné comme magnétiseur à ceux qui le consultaient ;

« Attendu qu'il ressort du rapport fait sur cette loi à la Chambre par M. le député Chevandier que jamais il n'est entré dans l'intention de la commis-

sion de viser les masseurs et les magnétiseurs, les articles punissant l'exercice illégal de la médecine ne pouvant leur être appliqués, ajoute le rapporteur, que le jour où ceux-ci sortiraient de leurs pratiques habituelles et, sous le couvert de leurs procédés, prescriraient des médicaments et chercheraient à réduire des luxations ou des fractures. »

C'est le retour au bon vieux temps et... aux sorciers de village !

L'ASSOCIATION ET LE SYNDICAT MÉDICAL D'INDRE-ET-LOIRE A CHINON

Au cours de la dernière réunion du Syndicat, il avait été décidé que la prochaine convocation réunirait à Chinon les médecins d'Indre-et-Loire.

Le bureau de l'Association saisissait avec empressement l'occasion de se joindre au Syndicat pour ce voyage au pays de Rabelais.

Le 30 juin donc, vingt médecins se réunissaient à Chinon pour la double séance de l'Association et du Syndicat et pour le banquet confraternel qui devait les rassembler à la table de leurs hôtes de Chinon.

Etaient présents : MM. les D^{rs} H. Thomas, président du Syndicat, Meunier, secrétaire de l'Association, Chaumier, Archambault, Roux, Mattrais, Foucher, Faucillon, Léonnet, Boucher, Herzemberg, Pathault, Ménier, Boureau, Stecewicz, Lapeyre, Schoofs, Degail, Fourchault (de Châtillon-sur-Indre).

Le D^r de Grailly avait été empêché à la dernière heure.

Excusés : D^{rs} L. Thomas, président de l'Association, Delagenière, Grodvolle, Sabathé, Salutrynski, Grasset, Guertin, Lemoine.

A cinq heures du soir, à la mairie de Chinon, la séance est ouverte.

La parole est d'abord à l'Association.

Le D^r H. Thomas, remplaçant le président, propose l'admission de MM. les docteurs J. Thomas (de Tours), Léonnet (de Chinon). Ces deux confrères sont admis à l'unanimité.

Le D^r Meunier, secrétaire, propose que le secours annuel de 100 francs, assuré à Madame veuve B. soit continué.

Adopté à l'unanimité.

Les médecins de Chinon font remarquer qu'empêchés très généralement d'assister aux séances de l'Association habituellement fixées au jeudi, ils ne reçoivent en outre jamais le livre de l'Association générale des médecins de France.

Le D^r Meunier explique que 25 livres seulement étaient jusqu'ici demandés chaque année.

Il est convenu qu'à l'avenir, chaque membre de l'Association recevra le livre de l'Association générale.

Le D^r Meunier annonce qu'en outre un feuillet expliquant le mécanisme et les avantages de l'Association sera adressé à tous les médecins du département non encore adhérents.

L'ordre du jour étant épuisé, le D^r H. Thomas déclare ouverte la séance du Syndicat.

Le D^r Chaumier, secrétaire, lit le procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

A propos du procès-verbal, le D^r Roux déclare en son nom et en celui de ses confrères que l'entente la plus parfaite existe entre les médecins de Chinon, dont on a vainement essayé de surprendre la bonne foi.

Au nom du Syndicat, le D^r H. Thomas, président, félicite nos confrères de cet accord unanime en face de la Société de secours de mutuels.

MM. les docteurs Tulasne (de Montlouis), Léonnet (de Chinon), J. Thomas (de Tours) qui demandent à faire partie du Syndicat sont admis à l'unanimité.

M. le président annonce que le procureur de la République a commencé une enquête sur les agissements de Mme Louise (de Paris); cette dame lui a écrit à lui-même pour l'assurer qu'elle ne faisait pas de médecine.

Il faut espérer cependant que le Parquet trouvera des éléments de poursuite suffisants.

Nos confrères de Chinon se plaignent qu'un nommé Bureau, rebouteur, exerce impunément dans toute la région avec la plus grande effronterie.

Les faits et les accidents abondent, le Syndicat fera une demande de poursuite dès qu'il en aura recueilli un nombre respectable.

Nos confrères de Chinon, dont la conduite ne saurait être trop donnée en exemple, ont entre eux fixé un tarif pour chaque village ou hameau de leur région. Ils se sont engagés par écrit à suivre ce tarif.

Des félicitations leur sont adressées par le Syndicat qui émet le vœu que dans les communes où exercent plusieurs médecins, ces médecins s'entendent pour demander le même prix dans telle ou telle localité.

Les cinq pharmaciens de Chinon exercent illégalement la médecine, donnent des consultations, délivrent des potions sans ordonnance en faisant endosser au médecin pour qui ils viennent de faire une ordonnance, leurs propres potions. Un guillemet suffit pour constituer cette paternité.

La Société de secours mutuels a conclu un arrangement avec ces mêmes pharmaciens pour qu'ils délivrent les médicaments *sans ordonnance* sur un bon du chef de section.

Le Syndicat décide à l'unanimité que les pharmaciens de Chinon seront avertis que, si cet état de choses persiste, ils seront poursuivis par le Syndicat médical. Le secrétaire de la Société de secours mutuels sera également averti que les bons du chef de section n'étant autre chose que des ordonnances, le chef de section s'expose à être poursuivi pour exercice illégal de la médecine.

Le D^r Stecewicz annonce au Syndicat que des poursuites sont entamées contre lui par l'administration du Timbre. Le Syndicat engage M. Stecewicz à se laisser poursuivre et se charge des frais du procès ;

le compte rendu du procès sera adressée à la *Semaine médicale* avec demande de le publier.

Sur une observation des D^{rs} Menier et Schoofs qui ont vu le secrétaire de la Bienfaitrice, il est décidé qu'une lettre explicative sera adressée au président de cette Société à propos du contrôle que les membres du Syndicat tiennent à pouvoir exercer sur l'admission de patrons ou rentiers dans la Société.

Il est six heures 1/4, l'heure de se mettre à table pour pouvoir prendre le train de 9 heures 1/4, qui en fin de compte ne ramènera personne.

C'est qu'ici nos confrères de Chinon ont fait tant et si bien que la réputation « de haulte graisse » de leur pays n'a pu empêcher l'étonnement « satisfait » de tous les convives.

Certes les traditions de Rabelais sont dignement conservées à Chinon et nos confrères en sont les gardiens jaloux.

Gargantua, Pantagruel et Grandgousier eussent pu venir s'asseoir à cette table où le régime sec n'avait rien à voir, l'eau pas davantage.

Mais pour célébrer la bonne chère de l'Hôtel de France et les vins de nos confrères, nous ne pouvons mieux faire que de donner ici le menu précieusement conservé par chacun pour ses enluminures et sa saveur XVI^e siècle.

PETIT BANQUET

DES MÉDICINS ET CHYRURGIENS DU PAYS DE TOURAINE.

Confraternellemen et pantagruéliquemen assemblez en la bonne ville de

CHYNON

le trentiesme de juin, l'an 1897.

Chez Maître Bonnin-Pellain
en l'Hostellerie de France

CHARTRE MENSAL

Potaige Grandgousier
Melons cantaleupes

REHAULT

Turbotz d'Océan à la saulce chevrette

MANGIERS DÉLICIEUX D'APÉRITION

Teste de génisse de Pont-Clam flanquée d'escrevisse du Croulay
Tranche de coirau des pasturaiges de Panzoust à la saulce périgourdine
Langoustes de l'Isle-Sonnante cardinalisées, saulce Pantagruel

PASSE-TEMPS DE GUEULE

Chevrettes, Olives, Cardons de Bessé, etc., etc.

ROSTY

Poulletz de Loudunois emplastronnés de truffes de Poictou

AULSTRES MANGIERS ET COMPULSOIRES DE BEUVERIE

Pastez de foies d'oyes engraisées es prez paludiques de Pontillé
Sallade de lectues, saulce Lasd'aller
Flageouletz verds non esgoussez à la Picrochole

AVANT D'YSSUE

Chasteau glazé aux fruicts de Véron
Formaiges de la Bouquerie de Cravant

YSSUE DE TABLE

Fouaces fraîches de Lerné, Gasteaux délectables
Pastysseries et aultres chouses moult friandes

CHARTRE DES VINS

(Brevaiges parfums de tout eage extraicts de la Cave-Peincte)

Purée septembrale de Cravant 1895, à pleins pyots

Chynon, cloz de la Haulte-Olive, 1893

Pineau rouge de Ligré, 1890

Saint-Louand-en-Chynonois, 1884

Cément, Cloz chauld, 1881

Saint-Nicolas-lez-Bourgueil, 1870

Pineau blanc crespitant et gaudissant extraict des pressouers
de Maistres Moët et Chandon, en pays Champenois

Quinte-essence de febyes grillées d'Arabie et aultres brevaiges
parfums et liquoureux.

Les clos du Chinonnais défilent année par année, et voici notre confrère le Dr Mattrais qui, tandis que nous savourons son précieux Cément (Clos chaud 1881), se lève pour nous réciter le charmant sonnet suivant tout imprégné du souvenir de Rabelais :

BEAUX BEUVEURS TOURANGEAUX !

Voicy le fin breton qu'on récolte à Cément

Tout ras les Quinquenais, où fut monstéré naguère

Par Jenin à Quelot sa gente ménagère

« Comment petite pluie abat Lien un grand vent. »

Goustez à tasse pleine et canoniquement

De ce lait purpurin, douce revalescière,

Qui resjouit le cuer et faict l'esprit libère.

De l'aube à la vesprée, humez-le lentement.

C'est ainsy qu'à Chinon, narguant les cagots blêmes,

Et leur diable et l'enfer et leurs sots anathèmes,

De nostre grand aïeul nous suivons les leçons.

Par les flacons vuidés, nous comptons les neuvaines

Contre le maulubec et les fiebvres quartaines,

Et point n'avons souci de guagner des pardons.

Puis le Dr Roux lève son verre empli du généreux
St-Nicolas-de-Bourgueil 1870 du Dr Foucher et
prononce le discours suivant :

TRÈS HONORÉS CONFRÈRES.

Il n'y a certainement pas en France, aujourd'hui, une profession où le malaise soit aussi grand, l'existence aussi difficile que dans la profession médicale. Depuis quelques années surtout, cette vérité s'accroît davantage, et si nous prenons individuellement chacun des membres de la grande famille médicale, nous n'entendons que des plaintes trop souvent justifiées, et personne de nous ne fait un pas pour sortir de l'ornière.

Sans doute, nous sommes plus nombreux, mais il n'est pas moins vrai que le client est plus rare et paie plus mal. Il est plus rare, parce qu'il entre dans les Sociétés de secours mutuels, parce qu'il trouve, quoiqu'en position de payer, à se faire soigner gratuitement en faisant partie d'une de ces associations nombreuses comme on en rencontre beaucoup trop aujourd'hui, et qui, toutes, exploitent impudemment le corps médical qui prête volontiers son concours à toutes ces combinaisons.

La médecine est sans contredit une très belle pro-

fession, elle est le synonyme du dévouement et du savoir. Malheureusement, tout en rendant service à son semblable, le médecin doit vivre, et la science pure ne nourrit pas plus son homme aujourd'hui que la reconnaissance. La reconnaissance du reste n'est pas une vertu des collectivistes. Les ouvriers sont moins bêtes que nous ; ils se soutiennent, se liguent, se syndiquent contre celui dont les intérêts sont contraires aux leurs, c'est-à-dire le patron.

La lutte pour la vie, dans notre profession, devenant chaque jour plus âpre et plus difficile, n'augmentons pas ces difficultés par des rancunes et des jalousies confraternelles, prêtons-nous mutuellement appui et assistance, et soyons forts pour être respectés.

Oui, l'union fait la force, et jamais cet adage n'aura mieux été de circonstance ; il faut lutter, non individuellement, mais en masse compacte contre toute société qui nous exploite ; faisons acte de solidarité toutes les fois que nous le pourrons.

Les tarifs, il ne faut pas les accepter, c'est nous qui devons les imposer.

Il y a quelque vingt ans, car nous avons encore à nous souvenir des temps passés, le médecin pouvait s'en rapporter, jusqu'à un certain point, à la générosité de ses clients, mais les temps sont changés ; et je ne conseillerais aujourd'hui à aucun de mes confrères de tâter de cette méthode.

Laissons donc définitivement de côté l'*invidia medicorum*, réunissons-nous souvent, ayons le souci de notre dignité professionnelle, ayons à cœur de tenir individuellement, dans notre pratique privée, ces engagements d'honneur que nous avons pris dans nos réunions confraternelles, et vivons désormais dans une étroite et bonne confraternité ; tout ira mieux et l'on ne se plaindra plus.

D'unanimes applaudissements accueillent ce toast.

C'est avec la coupe du vin champenois, que le Dr H. Thomas remercie, au nom de tous, nos confrères de Chinon de leur aimable réception.

Le train de 9 heures 17 est dès longtemps parti ; au nom de l'Association, le Dr Meunier offre un punch et c'est tout juste si le train de onze heures ne compte pas encore de retardataires.

En résumé, bonne journée pour ceux de nos confrères que leurs occupations n'ont pas empêché de se rendre à Chinon, bonne journée aussi pour la solidarité médicale, car, ainsi que le constatait l'un des convives : « Il n'y a vraiment qu'à table qu'on apprend à se sentir les coudes. » « Surtout quand la table est servie à Chinon », pouvons-nous ajouter.

NOTE SUR LA TECHNIQUE DU DOSAGE DE L'ALBUMINE

Plusieurs de nos confrères qui se servent de mon réactif et de mon albumètre m'ont fait remarquer que l'instrument ne portait pas d'indication au-dessus

du chiffre de 5 gr. d'albumine et néanmoins, ajoutent-ils, on voit des urines renfermer des doses plus considérables.

C'est avec l'intention d'éviter des erreurs de dosage que je n'ai pas voulu pousser plus loin la graduation. Au delà de ce chiffre, la méthode des dépôts ne présente plus une exactitude suffisante.

Il est, du reste, néanmoins facile de faire avec l'albumètre le dosage dans les cas où l'albumine dépasse 5 gr. par litre.

Il suffit de *diluer l'urine avec une égale quantité d'eau*, doser l'albumine dans le mélange et *doubler le résultat obtenu*.

Pour faire exactement cette dilution, il suffit de remplir successivement l'albumètre d'eau et d'urine jusqu'au trait U, verser les 2 liquides dans un récipient quelconque et prélever dans le mélange la quantité nécessaire pour faire le dosage. Si on obtient le chiffre 4, l'urine contient 8 gr. d'albumine par litre.

Je ferai remarquer que l'on aura bien rarement l'occasion de recourir à ce procédé. Les urines contenant plus de 5 gr. d'*albumines vraies* sont très rares.

Si avec certains réactifs on obtient des dosages plus élevés, c'est que la plupart du temps, comme je l'ai montré, ils précipitent toutes sortes de choses qui ne sont pas de l'albumine vraie (peptones, urates, alcaloïdes, etc....)

Dr BOUREAU.

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 Mayenne, et la Haute-Vienne.