

A PROPOS D'UN CAS DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE. — POLYMORTALITÉ ; LÉSIONS OSSEUSES ; ÉPILEPSIE.

Par le D^r Edmond CHAUMIER

J'ai pu suivre pendant cinq ans et demi un cas particulièrement grave de syphilis héréditaire.

J'ai pensé qu'il y aurait un double intérêt à le publier ; d'abord parce que les phénomènes observés, sans être absolument exceptionnels, ne sont pas très fréquents ; ensuite parce que, vu l'irrégularité du traitement, ils ont eu tout le loisir de se développer.

Le 12 juin 1890, on me consulte pour une fillette de sept ans et demi atteinte de lésions osseuses que je décrirai plus loin.

Cette enfant a été élevée au sein en nourrice— je n'ai pu faire d'enquête pour savoir si la nourrice a gagné la syphilis, chose qu'il aurait été intéressant de connaître.

Elle a tété pendant un an, et n'a commencé à manger qu'à huit mois. Jusqu'à huit mois, elle ne profitait pas. Elle eut longtemps les fesses écorchées. Etant en nourrice, elle fut prise d'une éruption qu'on a appelée rougeole.

La fillette est sujette aux rhumes ; elle tousse même toujours un peu. Elle aurait eu la coqueluche il y a trois ans, mais cette coqueluche aurait été de peu de durée. Elle ouvre la bouche pendant le sommeil et reste même presque constamment la bouche ouverte à l'état de veille. Depuis quelque temps elle se plaint en dormant. De plus elle a eu une angine, et est un peu sourde(1), toutes choses prouvant le mauvais état du naso-pharynx.

L'hiver dernier, il s'est montré des croûtes en arrière de la tête ; les cheveux ont été coupés, les croûtes ont disparu assez vite après des applications huileuses ; sans doute s'agissait-il d'impétigo.

J'arrive maintenant aux symptômes pour lesquels on me demande avis.

Il y a deux ans, il est survenu une grosseur au-dessus du coude droit, provoquant des douleurs plutôt modérées. Au bout de 6 mois environ, cette tumeur s'ouvrit spontanément. Par l'ouverture il sortit un fragment d'os. Puis peu à peu la lésion se cicatrisa. Actuellement le bras porte deux cicatrices adhérentes à l'humérus ; l'une au-dessus du coude et en dehors ; la seconde plus haut et en dedans.

Maintenant c'est de la jambe droite que se plaint la fillette. Depuis 18 mois elle marche mal et se plaint de douleurs, mais depuis 2 mois elle souffre particulièrement de la jambe droite.

Il y a 2 mois, les parents ont vu sur la face interne du tibia, au niveau du tiers inférieur, une grosseur allant en augmentant.

Cette tumeur dépend manifestement de l'os, est

dures, un peu douloureuse à la pression, étalée. C'est une exostose en nappe.

A gauche à la même hauteur, le tibia est épaissi et un peu douloureux à la pression.

Sur le front, à gauche, on voit une tumeur arrondie de la grosseur d'une moitié de noix de grande dimension. Cette tumeur, constituée pour une exostose du frontal, est indolore.

Sous l'œil du même côté existe une autre saillie, dépendant du bord inférieur de l'orbite. Le matin, cette partie est un peu enflée. Pas de douleur de ce côté.

Les jambes seules sont douloureuses ; elles le sont davantage la nuit.

Les lésions antérieures du bras auraient pu faire songer à de l'ostéomyélite ; mais les exostoses actuelles ne présentent aucun caractère de cette maladie. Elles ne peuvent guère non plus, vu leur siège et leur manière d'être, faire songer à ce qu'on a appelé les *exostoses apophysaires des adolescents*. La syphilis seule me semble capable d'avoir produit ces lésions ; il s'agit de découvrir, si possible, d'autres traces de son existence, en pratiquant un examen plus complet de l'enfant.

Il y a quelques croûtes dans le nez, ne suffisant pas à elles seules à déterminer le diagnostic.

L'examen de la bouche révèle d'abord l'ogivalité du palais en rapport avec l'état du naso-pharynx dont j'ai déjà parlé, et des lésions dentaires sur lesquelles je dois insister en raison de la valeur qu'on leur attribue dans le diagnostic de la syphilis héréditaire.

Les incisives définitives ont déjà remplacé les dents temporaires ; leur base est normale, mais le sommet est moins brillant, dépourvu d'émail, en totalité ou en partie, inégal, rugueux. A l'union du corps de la dent et du sommet dont je parle, l'épaisseur diminue tout d'un coup comme si on avait enlevé un morceau en avant et en arrière ; le bord libre est en scie.

Sur le milieu du front est une plaque ronde, blanche, un peu rude, légèrement desquamante.

Sur les fesses plaques rouges, rugueuses, desquamantes et un peu croûteuses. En dedans d'une cuisse et à un mollet petites plaques rouges légèrement desquamantes avec de petites croûtes.

Le résultat de l'examen général de l'enfant ne fait donc que confirmer le diagnostic, non douteux, du reste, d'exostoses syphilitiques. Les lésions dentaires peuvent faire dire : syphilis héréditaire.

Les renseignements suivants donnés par la mère viennent confirmer encore ce dernier diagnostic.

Elle a eu pendant sa première grossesse des boutons aux organes génitaux et mal à la gorge ; c'est-à-dire, sans doute, des plaques muqueuses des deux côtés.

Elle a fait six grossesses.

1. Un premier enfant mort-né à sept mois.
2. Un enfant mort à deux mois et demi ; il avait les fesses écorchées et du mal aux mains.
3. La petite malade (actuellement sept ans et demi).

(1) La Surdité fait partie de la fameuse triade d'Hutchinson : surdité, lésions dentaires, kératite intersticielle.

4. Un enfant mort à cinq mois, et qui n'avait pas profité.

5. Un enfant de cinq ans très petit qui ne fait que commencer à marcher.

A deux ans les incisives inférieures ont commencé à tomber; actuellement il n'existe plus que les supérieures qui remuent et sont déchaussées.

6. Un enfant mort à huit mois de convulsions après une fluxion de poitrine.

En somme quatre enfants sur six, morts en bas âge, dont le plus résistant n'a vécu que huit mois.

Cette polymortalité aurait suffi, à elle seule, à affirmer l'existence de la syphilis.

En présence d'un diagnostic aussi évident, et de lésions aussi graves et aussi multipliées, il fallait agir énergiquement. J'ordonnai des frictions à l'onguent napolitain et 2 grammes par jour d'iodure de potassium.

Le 16 juin, c'est-à-dire quatre jours plus tard les tumeurs osseuses ont déjà diminué; la fillette ne souffre plus.

19 juin. — La lésion de l'orbite a diminué, ainsi que les autres lésions osseuses. La tumeur du front est plus grosse; mais cela vient de ce que la petite malade est tombée et que cette partie a été contusionnée. On sent du reste que la couche superficielle, siège de la contusion, est molle et recouvre la tumeur osseuse, dure.

Les lésions cutanées disparaissent.

8 juillet. — Le traitement a été interrompu depuis 15 jours environ.

La tumeur du front est très diminuée, ainsi que celle de la jambe gauche; mais celle de la jambe droite a beaucoup augmenté; est douloureuse au toucher; spontanément douloureuse la nuit.

Le nez a été malade; la lèvre supérieure gonflée; la lèvre est rugueuse, desquamante; l'entrée des narines très rouge. La petite malade a beaucoup mouché. Reprendre les frictions, et prendre 3 grammes d'iodure de potassium par jour.

15 juillet. — Amélioration; on continuera le traitement.

22 juillet. — Les exostoses diminuent. Autour de la bouche et des narines, surfaces desquamantes et fendillées. On continue le traitement.

28 juillet. — Les lèvres sont mieux. Les exostoses sont très diminuées, il n'y a plus qu'une légère saillie; on continue le traitement.

7 août. — Sur le front l'exostose ne paraît pour ainsi dire plus; on reconnaît à peine le côté malade.

A la jambe il n'y a plus également que très peu de chose. On substitue l'iodure de sodium à l'iodure de potassium (3 gr. par jour).

19 août. — Il n'y a plus rien sur le front; encore une légère saillie à la jambe.

On supprime les frictions et l'iodure et l'on donne à la place de l'élixir biioduré N., 4 cuillerées à café par jour.

4 septembre. — L'exostose de la jambe a reparu, elle est moins grosse cependant. La peau est rouge en un point.

La petite fille en souffre.

Elle a toujours pris son élixir; elle le cessera, et recommencera les frictions mercurielles et l'iodure de potassium (3 gr. par jour).

10 septembre. — La jambe est encore douloureuse un peu moins cependant. L'exostose a un peu diminué, mais il y a toujours au milieu une tache rouge de la largeur d'une pièce d'un centime. L'épiderme se desquame à cet endroit.

On continue le traitement.

15 octobre. — L'enfant va bien, il n'y a plus d'exostose apparente, plus de rougeur; à la palpation on sent cependant que le tibia est un peu plus gros à l'endroit qui a été malade.

La petite fille a cessé son traitement; elle va le reprendre.

21 avril 1891. — Il y a six mois que j'ai vu la petite malade; et presque six mois qu'elle a abandonné tout traitement.

Elle me revient avec la jambe droite douloureuse; l'exostose a reparu; il n'y a pas de changement de coloration de la peau. Il existe également une douleur à la partie inférieure de la jambe gauche: rien d'appréciable à cet endroit.

La fillette a, en outre, des lésions ulcéreuses des mains remontant à l'hiver et prises pour des engelures.

Le petit doigt de la main gauche présente une ulcération sur la phalange, large comme le bout du doigt; l'épiderme est blanc, macéré, enlevé en partie; cela ressemble un peu à une tourniole.

A la phalange de l'annulaire est une surface sèche, guérie, dépouillée d'épiderme, large comme un gros pois.

Le médius porte des traces de lésions semblables.

Sur l'index, à l'union de la phalangine et de la phalange, est une ulcération irrégulière, grande comme celle du petit doigt, rouge autour, à fond rouge un peu creusé.

La main droite porte (annulaire et petit doigt) des traces de lésions semblables guéries.

On reprendra les frictions et l'iodure de potassium (3 grammes).

10 juillet. — Il y a presque trois mois que la petite fille n'est venue à la consultation. Elle souffre de la jambe. L'os est un peu plus gros qu'à l'état normal.

L'enfant prétend qu'on a continué le traitement(?). En tout cas on a fait une friction hier, dont il reste des traces.

4 octobre. — La petite malade revient me voir (après presque 3 mois); elle souffre des jambes et ne dort pas.

On reprend le traitement.

12 octobre. — Elle ne souffre plus et dort paisiblement.

On continuera les frictions et l'iodure.

29 octobre. — La fillette va bien; on cessera le traitement pendant 15 jours.

4 novembre. — La jambe est redevenue douloureuse.

On reprendra le traitement.

5 avril 1892. — Depuis hier la petite fille se plaint de l'avant-bras droit en haut du cubitus.

Quelques jours plus tard, je revois la petite fille ; elle est atteinte de vaginite purulente ; elle se plaint également du genou.

La mère a également un écoulement purulent.

Il s'agit très certainement de blennorrhagie, et les douleurs articulaires doivent être attribuées au rhumatisme blennorrhagique.

9 août 1894. — J'ai encore perdu ma petite malade de vue bien plus longtemps cette fois-ci ; car voilà 2 ans et 4 mois qu'elle n'a pas reparu. Elle a maintenant onze ans et demi.

Cette fois, elle ne revient pas pour ses exostoses et ses douleurs de jambes ; il s'agit de tout autre chose.

Hier soir à 5 heures elle est tombée sans connaissance, s'est mordue la langue et a eu de l'écume aux lèvres.

L'attaque a duré environ 1¼ d'heure.

Cette nuit à une heure 1½, une nouvelle attaque est survenue : la fillette a poussé un cri, est tombée du lit. Elle se débattait, avait les yeux convulsés, la langue entre les dents (morsure). La respiration était bruyante, il y avait des sortes de grognements.

Revenue à elle, la malade ne se souvenait de rien ; elle se plaignait de mal de cœur et sentait que « ça lui montait à la gorge. »

Iodure de potassium, 4 grammes, frictions mercurielles.

11 août. — Les attaques ne sont pas revenues, mais la fillette a des petites secousses dans les membres.

Elle se plaint d'avoir mal d'estomac depuis deux jours ; et que sa nourriture lui reste à la gorge.

On continuera le traitement.

27 janvier 1896. — Je n'avais plus revu ma jeune malade depuis ses premières attaques d'épilepsie en août 1894 ; c'est à-dire pendant un an et demi. Je la revois aujourd'hui dans un état des plus alarmants.

Après la consultation d'août 1894, elle était restée 5 ou 6 mois sans attaques ; puis elle eut 3 ou 4 crises en 15 jours ; elle prit alors du bromure, et 3 ou 4 mois se passèrent sans voir reparaitre l'épilepsie. Devant de nouvelles attaques on lui conseilla un remède antiépileptique vendu par un pharmacien de Lille. Elle resta encore 2 ou 3 mois sans tomber. Mais le 20 décembre, elle eut 14 attaques dans la nuit, et fut comme folle pendant 2 jours ; puis tout un jour aphasique. Depuis, elle eut 3 attaques, dont la dernière très légère hier soir, pendant son sommeil.

La fillette n'a pas ses idées bien nettes ; elle est méchante et veut battre son frère. Elle n'a pas de mémoire ; lorsqu'on lui dit d'aller chercher un objet, elle retourne 2 ou 3 fois et ne le rapporte pas.

Devant cet état particulièrement grave, j'insiste autant que je peux sur la nécessité absolue de reprendre le traitement qu'on a cessé tant de fois et que j'ai fait recommencer à chaque consultation nouvelle.

Depuis 2 ans 1/2 je n'ai plus entendu parler de ma petite malade. Est-elle morte ? Est-elle devenue aliénée-épileptique, idiote et gâteuse, paralytique et incurable ? Je ne puis que faire des suppositions.

Je voudrais maintenant étudier quelque peu le cas de cette jeune malade, et considérer séparément les points les plus remarquables.

J'examinerai ce qui a trait :

- 1° A la polymortalité infantile ;
- 2° Aux lésions osseuses ;
- 3° Aux manifestations cérébrales de la maladie ;
- 4° Au traitement.

Polymortalité. — D'après M. le professeur Fournier (1), on peut estimer ainsi la mortalité des enfants syphilitiques :

En ville, *plus de deux cas de mort sur trois naissances.*

A l'hôpital, 145 morts sur 167 enfants ; c'est-à-dire un seul enfant survivant sur 7 ou 8 naissances.

Dans mon observation il y a eu 6 grossesses, avec *un avortement, trois morts* et deux enfants vivants ; ce qui revient aux deux morts sur trois naissances de M. Fournier.

Parmi les morts, il y avait un mort-né avant terme. La mortalité des enfants avant la naissance est fréquente dans les familles syphilitiques. M. Fournier a vu une femme faire 4 avortements sur 4 grossesses en trois ans ; une autre faire 6 avortements sur 6 grossesses.

Grefberg (2) a relaté le cas d'une femme syphilitique, qui, bien que mariée à un homme sain, fit 11 fausses couches en 10 ans, et plus tard eut à terme un enfant syphilitique.

M. Fournier cite encore le cas très intéressant d'un ménage qui commence par avoir 3 superbes enfants. Le mari contracte alors la syphilis, qu'il communique à sa femme. Cette femme devient enceinte 7 fois, avec 3 avortements et 4 accouchements prématurés avec enfants morts.

J'ai vu plusieurs cas du même genre ; je citerai particulièrement le suivant (obs. 7). Une femme fait 10 grossesses ; à la première elle donne le jour à une fille bien portante ; la syphilis n'existait sans doute pas encore dans la famille ; puis les 8 grossesses suivantes produisent un mort-né à sept mois, et 7 enfants — dont plusieurs nés avant terme — qui meurent dans les premiers jours ou les pre-

(1) Fournier : *La Syphilis héréditaire tardive* ; Paris, 1886.

(2) Cité par Fournier.

miers mois. Le 10^e enfant, âgé de 2 mois 1/2 lorsque je l'ai vu, était syphilitique (1).

Voici, du reste, le résumé de celles de mes observations présentant des renseignements à ce point de vue spécial.

OBSERVATION 1.

1. La malade, 41 ans et 2 mois ; lésion du palais et de la cloison du nez.
2. Enfant *mort-né* à 8 mois.
3. Enfant *mort-né* à 7 mois.
4. Enfant *mort* à 3 ans et 10 mois de bronchite.
5. Enfant *mort* à 4 mois 1/2 d'hémorragies par la bouche et par le nez.
6. garçon, 3 ans 1/2.
7. Fille, 7 mois.

OBSERVATION 2.

- 1-5. Cinq enfants *morts* presque tout de suite après la naissance ; presque tous nés avant terme.
- Un seul a vécu 8 jours.
6. Le sixième a 5 jours, il est né avant terme ; mal soigné, il *meurt* au bout de quelques jours.

OBSERVATION 3.

La mère a une gomme du palais avec perforation.

1. Enfant *mort* à 14 mois.
2. Enfant *mort* à 8 jours.
3. Enfant, 19 mois.

(1) J'emprunte à M. Fournier les statistiques suivantes :

Dans un cas du Dr Augagneur,	3	morts	sur	5	naissances.
— d'Hutchinson,	4	—	5	—	—
— de Royer,	4	—	5	—	—
— de Bertin,	5	—	6	—	—
— de Behrend,	8	—	11	—	—
— de Turhmann,	8	—	11	—	—
— de Le Pileur.	10	—	11	—	—
— de Boisnet,	8	—	9	—	—
— de Bryant,	11	—	12	—	—
— de Carré,	11	—	12	—	—
— de Cazenave,	4	—	4	—	—
— de Artéaga,	4	—	4	—	—
— de Tanner,	6	—	6	—	—
— de Troussseau,	6	—	6	—	—
— de E. Wilson,	8	—	8	—	—
— de Ribemont-Dessaignes,	19	—	19	—	—

Dans la propre statistique de M. Fournier on trouve :

OBSERVATION.	I	Sur	4	enfants,	3	morts.
—	II	Sur	5	—	4	—
—	III	Sur	6	—	5	—
—	IV	Sur	7	—	6	—
—	V	Sur	9	—	6	—
—	VI	Sur	12	—	7	—
—	VII	Sur	13	—	7	—
—	VIII	Sur	9	—	8	—
—	IX	Sur	12	—	9	—
—	X	Sur	11	—	10	—
—	XI	Sur	12	—	11	—
—	XII	Sept grossesses.	—	3 fausses couches et	3	enfants morts.
—	XIII	Sept grossesses.	—	1 fausse couche et	5	enfants morts.
—	XIV	Huit grossesses.	—	4 fausses couches et	3	enfants morts.
—	XV	Quinze grossesses.	—	3 fausses couches et	14	enfants morts.

OBSERVATION 4.

1. *Mort*.
2. 16 ans.
3. 14 ans. — Kératite interstitielle, cicatrices linéaires aux lèvres.
4. *Mort-né avant terme*.
5. Enfant, 11 ans.
6. *Mort-né avant terme*.
7. Enfant, 9 ans.
8. Enfant *mort* à 2 ans et 7 mois, a été 2 ans malade, cou dévié, abcès de l'épaule.
9. Enfant, 4 semaines.

OBSERVATION 5.

- 1-2. 2 *morts-nés*. La mère a eu des lésions vulvaires. Elle a perdu ses cheveux après sa première grossesse.
3. Enfant 17 jours, atteint de pemphigus ; *mort* 3 mois plus tard de broncho-pneumonie.

OBSERVATION 6.

1892. 1. Enfant, 6 ans.
2. Enfant *mort* à 3 ans, de variole.
3. Enfant, 4 ans.
4. Enfant *mort* à 7 mois (rougeole).
5. Enfant 6 mois, syphilitique.
1893. 6. Enfant, 15 jours, syphilitique, *meurt* le lendemain de la consultation.
1894. 7. Enfant, 1 mois 1/2, syphilitique, *meurt* le lendemain de la consultation.
1897. 8. Enfant 18 mois ; pas de traces de syphilis ; la mère s'est soignée pendant sa grossesse.
9. Enfant, 20 jours ; pas de traces de syphilis.

OBSERVATION 7.

1. Fille, 12 ans, bien portante.
2. Fille *morte* à 15 jours.
3. Fille *morte* à 2 jours.
4. Garçon *mort* à 12 jours.
5. Garçon *mort* à 17 jours.
6. *Mort-né* à 7 mois.
7. Garçon, né à 8 mois, *mort* à 1 jour.
8. Garçon, né à 7 mois 1/2, *mort* à 2 jours
9. Garçon *mort* à 3 mois 1/2.
10. Enfant, 2 mois 1/2, syphilitique.

OBSERVATION 8.

1. Enfant *mort-né* avant terme.
2. Enfant, 1 mois, syphilitique, *meurt* peu après.

Si j'ajoute à ces 8 observations celle de ma jeune malade, je trouve :

	Grossesses	Fausses couches ou morts-nés	Morts	Enfants vivants
I.	7	2	2	3
II.	6		6	
III.	3		2	1
IV.	9	2	2	
V.	3	2	1	
VI.	9		4	5
VII.	10	1	7	2
VIII.	2	1	1	
IX.	6	1	3	2
—	55	9	28	18

Soit au total sur 55 grossesses 18 enfants vivants ; et 37 morts ou morts-nés ; ce qui revient encore à 2 morts pour 3 naissances.

Encore je ferai remarquer que je considère comme devant vivre des enfants vus vivants, mais ayant pu mourir depuis.

Lésions osseuses. — M. Fournier, qui a fait une étude très complète des manifestations tardives de la syphilis héréditaire, estime que les lésions osseuses sont très communes. Les os longs sont atteints plus souvent que les autres os, et parmi les os longs le tibia est pris plus souvent que tous les autres réunis. Fréquemment plusieurs os sont pris à la fois (1) ; il y a alors habituellement des lésions symétriques.

La maladie frappe de préférence l'extrémité terminale de la diaphyse, foyer de croissance de l'os, où il y a une suractivité nutritive.

Chez ma jeune malade les os longs sont atteints plus que les autres os (2 tibias, 1 humérus) ; plusieurs os sont pris à la fois (2 tibias, 1 humérus, le frontal, la paroi inférieure de l'orbite) ; et il y a jusqu'à un certain point symétrie puisque les deux tibias sont malades en même temps. Le cas répond donc au type clinique le plus fréquent ; il y répond encore quant au siège puisque la lésion humérale est à l'extrémité inférieure de l'os et les lésions tibiales au tiers inférieur.

On peut observer deux ordres de lésions osseuses chez les hérédosyphilitiques : des ostéo-périostites et des lésions gommeuses ostéo-périostiques ou médullaires.

Les ostéo-périostites sont surtout hypertrophiantes ; elles font de l'os ; plus rarement elles deviennent suppuratives et aboutissent à la nécrose d'une petite portion de l'os.

La fillette dont j'ai rapporté l'histoire a présenté les deux variétés d'ostéo-périostite. Avant de me consulter, elle avait eu de l'ostéo-périostite suppurative. Il était survenu, au-dessus du coude droit, une grosseur ouverte spontanément au bout de six mois. Par l'ouverture était sorti un fragment d'os. Peu à peu la lésion s'était cicatrisée, laissant deux cicatrices adhérentes à l'humérus.

Plus tard survint la forme la plus commune : l'ostéo-périostite hypertrophiante.

Il est un point sur lequel je veux tout d'abord insister : c'est la *douleur*. Pour sa première lésion l'enfant avait souffert plutôt modérément.

Les lésions du front et de l'orbite étaient indolores ; mais les lésions tibiales étaient particulièrement douloureuses. Lorsqu'elle se présenta à moi pour la première fois, la fillette se plaignait de douleurs et marchait mal, à cause de ces douleurs, depuis 18 mois. Actuellement, elle souffrait surtout de la jambe droite, la plus malade ; les douleurs étaient plus intenses la nuit.

Ce caractère des douleurs, d'exister avant l'apparition des exostoses (1), d'exister même au point de troubler les fonctions des membres, d'être exaspérées pendant la nuit, de persister avec l'hyperostose ; de disparaître, comme dans le cas présent, très vite sous l'influence du traitement, et de reparaitre aussi vite si on cesse le mercure et l'iode de potassium ; de disparaître même à la longue sans traitement ; ce caractère relève absolument de la syphilis et en particulier de la syphilis héréditaire tardive.

J'ai déjà parlé de la situation des lésions ; leur forme, surtout sur les os longs, a une importance, car elle les différencie des autres exostoses qu'on peut observer. L'hyperostose occupe toujours une étendue importante de l'os, un tiers ou la moitié de sa hauteur (Fournier) et crée un excès de volume très grand. La partie surajoutée sur le tibia en avant lui donne la forme d'arc ou de lame de sabre, et n'était la rectitude de l'os en arrière on le prendrait pour un tibia rachitique (2).

Le tibia droit de ma malade présentait une exostose en nappe avec saillie assez notable. La déformation produite, sans être assez avancée pour mériter la dénomination de *lame de sabre*, présentait les caractères les plus ordinaires des exostoses hérédosyphilitiques ; elle occupait bien un tiers de l'os et produisait une augmentation de volume assez considérable.

Manifestations cérébrales — Je résume en quelques mots l'histoire de ma malade au point de vue cérébral.

D'abord 2 attaques épileptiques très franches, pouvant facilement être prises pour de l'épilepsie vulgaire ; traitement insuffisant comme durée. 5 ou 6 mois de santé, puis 3 ou 4 attaques en 15 jours. Traitement par le bromure, paraît-il : disparition des attaques pendant 3 ou 4 mois ; nouvelles attaques : traitement par un remède antiépileptique inconnu ; nouvelle période de 2 ou 3 mois sans attaques ; puis 14 attaques dans une nuit ; perte des idées pendant 2 jours ; aphasie pendant 1 jour entier ; 3 autres attaques en 1 mois environ ; manque de netteté dans les idées ; perte excessive de la mémoire ; méchanceté.

Ce résumé est à peu près le schéma de la majeure partie des observations d'épilepsie due à la syphilis héréditaire tardive.

L'épilepsie hérédosyphilitique revêt 2 modalités cliniques : dans la première, la moins fréquente, on a affaire à des attaques plus ou moins répétées d'épilepsie pure, ressemblant à s'y méprendre à l'épilepsie ordinaire, avec des intervalles de santé

(1) On a souvent mis les douleurs et mêmes les exostoses, sur le compte du rhumatisme, « cette providence des étiologistes aux abois. » (Fournier.)

(2) On observe quelquefois des fractures spontanées au niveau des lésions ; cela pourrait encore entraîner une erreur dans le même sens. Le professeur Pinard et Turquet (Turquet, Th. Paris, 1884) ont observé des déformations du bassin hérédosyphilitiques.

(1) Lannelongue : sur quelques cas de syphilis tertiaire congénitale ; Bulletin de la société de chirurgie de Paris, 1881.

absolue ; se continuant longtemps (1) sans autres symptômes cérébraux.

Dans la seconde, l'épilepsie est immédiatement ou vite accompagnée d'autres symptômes, tels que douleurs de tête, diminution ou affaïssement de l'intelligence, vertiges, bourdonnements, troubles du caractère, etc.

Je n'ai pas pu suivre ma petite malade d'assez près, puisqu'elle n'a jamais fait que de courtes apparitions à ma consultation — et souvent accompagnée de personnes incapables de me donner des renseignements précis — pour pouvoir noter dès le début les troubles légers d'origine cérébrale disparaissant devant l'importance du symptôme épileptique.

Mais autant que j'ai pu en juger, la petite fille était loin de manifester une intelligence vive, et il y avait certainement de la dépression cérébrale.

Ce qui est certain c'est que seize mois après le début, il ne s'agissait plus d'épilepsie pure, mais d'épilepsie nettement accompagnée de symptômes d'une gravité extrême : perte de mémoire, aphasie, troubles de l'idéation.

Ces symptômes graves sont d'ordinaire le prélude de la déchéance finale. Généralement l'intelligence se perd de plus en plus; l'hébétude se produit. En même temps apparaissent des troubles paralytiques divers; puis enfin l'hémiplégie et la mort.

Ma jeune malade était donc très avancée sur la pente fatale lorsque je l'ai perdue de vue.

Les troubles légers ou graves d'origine cérébrale accompagnant ce genre d'épilepsie sont d'une haute importance. Ils n'existent pas en effet dans l'épilepsie vulgaire, et lorsque le médecin manque absolument de renseignements tant sur la santé antérieure du malade que sur celle des parents, ils peuvent le mettre sur la voie en lui montrant qu'il se trouve en présence d'une épilepsie symptomatique.

Dans mon cas, le diagnostic était facile; ayant été témoin des accidents osseux, connaissant les antécédents, je n'avais pas à hésiter un instant sur la nature des phénomènes nerveux que j'observais.

Il est encore un point que je veux relever : ma malade a eu 14 attaques d'épilepsie dans une nuit. Des attaques aussi multiples sont rares et ne se voient guère que dans l'épilepsie syphilitique.

Ball, cité par M. Fournier, a vu un enfant pris quotidiennement d'attaques montant au nombre de 5, 10, 15, 20, 30, et même une fois 35; mais ce fait est exceptionnel.

Traitement. — J'ai institué dès le début un traitement anti-syphilitique intensif constitué par des

(1) Dans un cas de Ripoll, les accidents épileptiques durèrent 10 ans avant que des lésions osseuses vinrent révéler la cause des attaques. Lésions osseuses et attaques ne résistèrent pas au traitement. Dans un cas d'Althaus, les attaques durèrent 7 ans; au bout de ce temps la mémoire commença à faiblir. L'enfant fut alors soumis à l'iodure de potassium et guérit.

frictions mercurielles et de l'iodure de potassium à dose élevée.

Les frictions étaient faites un jour sur un bras, un jour sur une jambe. En 4 jours on frictionnait les 4 membres. L'iodure de potassium était donné à la dose de 2 grammes, puis de 3 grammes par jour pendant la période des exostoses, et de 4 grammes par jour lors des phénomènes épileptiques.

La mère n'a jamais compris la gravité de la maladie de sa fille. Dès qu'il y avait une amélioration, le traitement était abandonné.

Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est la rapidité avec laquelle les douleurs osseuses ont cédé, chaque fois que le traitement a été suivi pendant quelque temps; la rapidité avec laquelle les lésions osseuses elles-mêmes ont disparu.

Je suis tenté de croire que lors des premiers accidents osseux, ayant produit de la suppuration et de la nécrose de l'humérus, la nature du mal a été méconnue. Un traitement spécifique serait sans doute promptement venu à bout de ces lésions, et elles n'auraient pas abouti à la suppuration. Je suis persuadé que, sans le traitement énergique alors suivi, lorsque la peau surmontant l'exostose de la jambe est devenue rouge et douloureuse, il se serait produit de l'ostéite suppurée et de la nécrose.

Il découle de là qu'en semblables cas un traitement intensif et soutenu est nécessaire. Les enfants supportent très bien le traitement mercuriel, aussi bien l'iodure de potassium; en surveillant l'emploi de ces deux médicaments, on peut recourir à des doses élevées.

Je pense que l'épilepsie aurait de même guéri si l'enfant avait suivi régulièrement son traitement au lieu de prendre du bromure ou du remède antiépileptique

Lorsque, après avoir essayé ces diverses médications, on m'a consulté une dernière fois, était-il encore temps de soigner ces troubles cérébraux; pouvait-on encore espérer la guérison.

Je l'ai cru, c'est pourquoi j'ai insisté sur l'absolue nécessité des soins; mais malheureusement le traitement n'a pas dû être suivi plus régulièrement qu'auparavant.

On sait que l'épilepsie syphilitique guérit d'autant mieux qu'on la soigne plus tôt et qu'elle est plus simple. Plus les accidents cérébraux qui l'accompagnent sont développés, moins il y a de chance d'obtenir un résultat.

Cependant en présence de cas semblables, je crois que le devoir du médecin est de ne pas désespérer et de combattre jusqu'au bout. L'iodure de potassium à hautes doses, les frictions d'onguent napolitain, les injections de calomel qui donnent des résultats là où les autres préparations mercurielles ont échoué, sont des armes puissantes qu'il faut savoir employer.

OPÉRATION D'ALQUIÉ-ALEXANDER SANS FILS PERDUS

Par le Dr L. LAPEYRE

Les inconvénients que présente l'abandon dans une plaie opératoire de fils perdus destinés à s'y enkyster ou s'y résorber, devaient fatalement amener les chirurgiens à essayer de supprimer au cours de certaines opérations les fils des plans profonds. Cette tendance s'est affirmée dans la cure radicale des hernies à la suite d'un travail publié par MM. Duplay et Cazin, qui utilisèrent le sac longitudinalement fendu, à sa propre oblitération.

Depuis, MM. Jonnesco, Faure, d'autres encore se sont ingéniés à réaliser dans sa perfection technique l'opération de la cure radicale en remplaçant les fils de soie ou de catgut par le sac lui-même.

C'est que, en effet, la proportion des cas, dans lesquels une élimination tardive des fils employés se fait, est considérable.

MM. Duplay et Cazin ont montré qu'aucun chirurgien, si aseptique qu'il soit, ne pouvait éviter cette complication de suppuration tardive.

Et les chiffres publiés par le Dr Delorme, le Dr Mencièrre (relatant 1.000 cas de cure radicale opérés par Broca), montrent que pour la soie tout au moins, ce chiffre varie de 10 à 20 0/0. Certes, avec le catgut les accidents sont moins fréquents et j'en ai eu pour ma part la démonstration bien nette, mais il n'en reste pas moins vrai que l'abandon de fils perdus dans une plaie augmente singulièrement les chances d'infection immédiate, et crée de toutes pièces des chances d'infection tardive.

Ce qui jusqu'ici n'a été proposé et exécuté que dans la cure radicale des hernies, j'ai eu l'idée de l'appliquer à une opération dont le manuel opératoire est calqué sur celui de la cure radicale de la hernie inguinale, je veux parler de l'opération d'Alquié-Alexander, du raccourcissement extrapéritonéal du ligament rond.

Le parallèle entre les deux opérations est complet; dans l'une comme dans l'autre il s'agit de fendre la paroi antérieure du trajet inguinal pour y trouver à coup sûr le sac ou le ligament rond. Et une fois la découverte effectuée, il s'agit de reconstituer la paroi antérieure du trajet inguinal.

Or, le ligament rond qu'il s'agit de raccourcir et de fixer, me paraît aussi bien et même mieux que le sac pouvoir être utilisé pour cette réfection et sa propre fixation.

Alors qu'en effet suivant l'aveu même du Dr J.-L. Faure dont le procédé réalise le maximum d'ingéniosité et de perfection technique, le sac peut être trop mince pour former après sa division deux lanières suffisamment résistantes, ou trop court, le ligament rond constitue toujours lorsqu'on va le chercher dans le trajet inguinal un cordon suffisamment résistant d'environ 6 mill. de diamètre et 8 centimètres au moins de longueur.

J'ai donc pensé que dans une opération, telle que celle d'Alquié-Alexander, il était possible d'utiliser le ligament rond, et de supprimer l'inutile danger des fils perdus en m'inspirant simplement de la technique imaginée par le Dr Faure, qui exécute avec les deux chefs du sac longitudinalement fendu un *surjet* en lacet de bottines.

J'ai réalisé l'opération sans fils dans une première intervention datant du 23 mars et que je publie aujourd'hui après avoir revu la malade et m'être convaincu que la fixation de l'utérus en bonne position s'était maintenue.

OBSERVATION. — Madame B., 32 ans, vient me consulter le 20 mars pour des accidents utérins remontant à plusieurs années. Madame B. a eu deux enfants à terme, le dernier il y a quatre ans. Couches normales sans suites fébriles. Les douleurs du ventre auraient commencé un an environ après le premier accouchement, il y a six ans; la malade éprouve bien quelques douleurs dans les reins et les cuisses, mais marche et peut travailler sans augmentation notable des douleurs.

Ce dont elle se plaint surtout et ce qui a été sans cesse s'aggravant, c'est de dysurie et de constipation opiniâtre.

La malade urine souvent et peu à la fois et avec difficulté; les urines restent cependant normales. Pas de cystite.

La constipation est excessive, et la malade sent toujours un poids sur le rectum. De faux besoins se font fréquemment sentir et des hémorroïdes sont venues aggraver ses douleurs.

Les lavements seuls font évacuer la malade qui reste souvent une semaine sans aller à la selle.

Les règles sont régulières, un peu augmentées, douloureuses au début, et s'accompagnent d'un peu d'exagération des phénomènes de constipation et de dysurie.

Quelques pertes blanches.

L'état général est bon; cependant la malade se plaint d'accidents dyspeptiques, rejette parfois ses aliments est en proie à la mélancolie.

A l'examen, l'utérus se présente en rétroversion et rétroflexion. Le col déchiré, mais de volume et d'aspect à peu près normal, est poussé sur la symphyse.

Le corps est tombé en arrière sur le rectum, un sillon très net indique la rétroflexion.

Le toucher bimanuel est douloureux, les mouvements de l'utérus sont possibles, mais douloureux; le redressement est assez difficilement obtenu.

L'ovaire et la trompe sont sentis à droite, un peu augmentés de volume et sensibles à la pression.

L'hystérométrie est difficile. Dimensions: 8 centimètres 1/2.

Diagnostic. — Métrite. Légère ovarite à droite. Rétroversion et flexion redressables.

Opération. — Sous le chloroforme le curettage est d'abord pratiqué, puis l'hystéromètre est introduit et redresse l'utérus.

Il est laissé dans la cavité pour témoigner du résultat obtenu par les tractions sur les ligaments ronds.

Les mains étant à nouveau aseptisées, les régions inguinales préalablement rasées et protégées par un pansement sont découvertes.

Une 1^{re} incision est pratiquée à droite suivant le trajet inguinal; l'orifice externe bien mis à découvert, 2 pinces de L. Championnière saisissent la paroi antérieure qui est incisée entre les deux sur une longueur de 2 à 3 cent.

Le ligament rond facile à trouver, volumineux, est libéré à la sonde cannelée, suivi vers sa terminaison, détaché d'un coup de ciseau. La traction exercée, et dont le résultat sur l'utérus est indiqué par l'abaissement de l'hystéromètre, en amène 7 à 8 centimètres.

Une pince est placée sur son extrémité profonde, de façon à maintenir le degré de traction jugé convenable. J'avais à ce moment l'intention de dédoubler le ligament rond, mais quoiqu'un commencement de dédoublement au ciseau parût donner 2 chefs assez résistants, je préférerai y renoncer. Une pince est alors placée sur l'extrémité libre du ligament qui est introduit successivement dans chaque berge inguinale par la pince passée à travers une incision faite au bistouri.

Passé d'abord dans la berge externe, le ligament est repassé dans la berge interne, puis à nouveau pour finir par la berge externe.

Le chef double de la berge interne est lié avec le chef simple du côté externe.

Un triple nœud est exécuté et les bouts exubérants sont reséqués.

Quelques crins cutanés dont un passe à travers le nœud pour l'assurer réunissent la peau.

Même opération identique à gauche, le redressement de l'utérus se fait mieux encore de ce côté, le surjet est exécuté de la même façon.

Double pansement collodionné.

Pansement vaginal.

1^{er} pansement utérin le 5^e jour. Enlèvement du pansement cutané et des fils le 9^e jour.

Réunion parfaite.

La malade se lève le 14^e jour, sort le 18^e.

A la sortie l'utérus est très bien redressé en antéflexion marquée sur le col revenu en place. Le corps est incliné à gauche, le redressement ayant été moins efficace à droite.

L'ovaire droit continue à être un peu douloureux.

Le 25 juin, la malade est revue, la dysurie a disparu, ainsi que les épreintes et les faux besoins. Pas de douleurs dans le ventre, un peu de sensibilité à droite.

La constipation persiste, mais bien moins opiniâtre. Règles sans douleurs. Pas de pertes blanches.

L'état est excellent, la tristesse disparue.

EXAMEN. — L'utérus reste absolument fixé dans la même situation redressée.

L'inclinaison à gauche persiste.

L'ovaire et la trompe droite sont toujours un peu douloureux.

L'hystérométrie facile confirme que la fixation antérieure de l'utérus est restée très efficace et a totalement guéri la déviation.

CONCLUSIONS. — L'opération d'Alquié Alexander peut être exécutée avec un succès complet et un maintien parfait du résultat opératoire sans laisser dans la plaie de fils profonds. L'observation de cette malade revue 2 mois après l'intervention le prouve. Il suffit pour obtenir ce résultat d'utiliser le ligament rond « à lacer » la paroi antérieure du trajet inguinal.

La technique n'est en rien modifiée par la suppression des fils et s'exécute dans sa rigueur la plus complète avec réfection du trajet inguinal.

Le bénéfice opératoire paraît certain, puisque, aucune condition du succès n'étant abandonnée, une plus grande sécurité est assurée au résultat définitif.

L'abandon de fils profonds dans une plaie est, en effet, toujours une menace d'infection primitive et tardive, et l'élimination par suppuration d'un ou plusieurs fils compromet gravement l'intégrité d'une paroi dont la bonne conservation est d'importance si grande.

La suppression des fils profonds par l'utilisation du ligament rond remplit ainsi le but désirable de réduire au minimum possible les inconvénients d'une intervention, dont le caractère doit être de n'en pas comporter.

L'emploi semblable du ligament rond pour la cure radicale de la hernie inguinale de la femme comporterait, il me semble, les mêmes avantages, sans les inconvénients que présente l'emploi du sac seul préconisé jusqu'ici, les auteurs n'ayant du reste opéré que chez l'homme.

Le sac seul utilisable chez l'homme peut en effet être ou insuffisamment résistant ou insuffisamment long pour la bonne exécution de la technique décrite par le D^r Faure.

De plus un inconvénient sérieux de l'efficacité de la cure radicale ainsi tentée résulte à mon sens du maintien du collet du sac en regard du trajet inguinal.

Or, chez la femme, le sac doublé sur une de ses faces du ligament rond sera toujours suffisamment résistant; le ligament rond présentera toujours une longueur suffisante pour l'exécution d'un lacet de bottine.

Enfin le maintien du collet du sac en regard du trajet inguinal devient sans inconvénient chez la femme, puisque la suture peut être faite aussi serrée que l'on veut, jusqu'à effacement du canal. Dans la cure radicale de la hernie inguinale de la femme, je crois donc également avantageux de supprimer tout fil profond, en utilisant le ligament rond.

QUELQUES NOTES SUR LA DIPHTÉRIE

Par le D^r Boureau

Le bacille de Lœffler peut donner lieu à des laryngites sans fausses membranes, provoquant des spasmes de la glotte sérieux, prolongés et parfois mortels.

C'est là un fait qui n'est connu que depuis que l'examen bactériologique est entré dans la pratique médicale.

Bien entendu, ces laryngites présenteront une symptomatologie différente, et il est bon d'en être prévenu.

Un fait qui dernièrement s'est passé sous mes yeux m'a paru tout particulièrement instructif.

Le D^r Camus, de Langeais, à qui nous devons cette observation, est appelé dans le courant de mars auprès d'un enfant de 18 mois. Il constate une toux rauque avec gêne de la respiration s'accroissant à longs intervalles. Rien à la gorge.

Les jours suivants, loin de disparaître, les accès de suffocation prennent une intensité considérable alors que dans les intervalles la respiration reste facile; — devant cette persistance d'accidents, il rejette le diagnostic de faux croup et nous adresse un frottis du pharynx — la culture sur sérum nous donne des colonies de bacilles de Lœffler courts.

En présence d'une certaine opposition de la famille et de symptômes jusque-là peu alarmants, le confrère attend pour injecter le sérum. Malgré tout, les accès de suffocation persistent, deviennent très intenses, plus rapprochés; l'enfant, pendant l'accès, est cyanosé, en imminence de syncope, anxieux, couvert de sueurs. Chaque accès dure 20 minutes pendant lesquelles la vie est sérieusement menacée. Par contre, dans l'intervalle l'enfant dort tranquillement, la voix est légèrement enrouée.

Cette situation persistant, le confrère me prie de venir voir le malade. Je trouve l'enfant assez calme, sans tirage, fièvre légère.

Le pharynx présente un aspect rouge, vernissé, luisant, sans trace de fausses membranes. Je prends un nouveau frottis; nous convenons avec le confrère de la nécessité d'injecter le sérum. Une injection de 10 c.c. est faite séance tenante. Les accès persistent pendant la soirée, deviennent ensuite très atténués et finalement disparaissent. L'enfant guérit très rapidement.

La nouvelle culture du frottis fournit les mêmes colonies de bacilles courts. Pour en apprécier la virulence, un cobaye reçoit sous la peau une injection de 2 c.c. d'eau où ont été délayées les colonies de la culture. 12 heures après œdème notable, fièvre, poil hérissé, l'animal ne mange plus, reste immobile, une induration persiste sous la peau et on constate les jours suivants la chute des poils au niveau de l'injection et une légère escarre de la peau. L'animal guérit.

Nous avons donc assisté à l'évolution d'une diphté-

rie sans fausses membranes. Le pharynx n'en a jamais présenté, et on ne peut admettre leur présence dans le larynx puisque dans les intervalles des accès de suffocation la respiration était libre.

Le Lœffler peu virulent, mais incontestable comme le prouvent les deux cultures et l'inoculation au cobaye, s'est donc borné à produire, par l'intermédiaire d'une simple irritation sur le larynx, des spasmes de la glotte menaçants et persistants.

On doit donc savoir qu'en dehors de la mort par intoxication, de la mort par stenose mécanique du larynx, de la mort par œdème de la glotte, la diphtérie peut tuer par stenose spasmodique du larynx.

E. Périer, du reste, a déjà dit: « Il existe des cas dans lesquels il est impossible cliniquement de distinguer le faux croup du vrai — mêmes symptômes, même nécessité de tubage ou de trachéotomie. Si la mort survient, ainsi que cela arrive quelquefois, on ne trouve dans le conduit laryngo-trachéal aucune trace de fausses membranes. »

Touchard a déjà étudié ces formes. A lire sur le même sujet un article de Variot (*Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, 18 décembre 1896.)

L'auteur insiste sur l'impossibilité de distinguer ces laryngites autrement que par l'examen bactériologique. Dans le *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, le même auteur cite « 10 laryngites striduleuses ou suffocantes où l'examen bactériologique a démontré le bacille de Lœffler. »

Hepp (*Gazette des hôpitaux*, mars 1897) étudie ces cas de faux croup graves et arrive aux mêmes conclusions.

L'angine à streptocoque simule souvent avec la ressemblance clinique la plus parfaite l'angine diphtérique.

L'exsudat pseudo-membraneux du streptocoque présente la même couleur que la fausse membrane diphtérique. Il peut tout aussi bien envahir la luette ou le voile du palais; il est résistant au grattage, il laisse sous lui une muqueuse rouge, saignante.

Le seul caractère différentiel serait que dans l'angine streptococcique la muqueuse est plus enflamée, plus œdématiée, plus rouge que dans la vraie diphtérie; comme on peut s'en rendre compte, c'est là un signe bien incertain.

La diphtérie pure touche moins rapidement et avec moins d'intensité les ganglions que le streptocoque.

La fièvre est beaucoup plus élevée dans l'angine streptococcique.

Distinctions vraies lorsque le Lœffler est pur, mais lorsqu'il est annexé au streptocoque, ce qui est très fréquent, ces nuances disparaissent et la confusion est inévitable.

Ce qui, du reste, le prouve, ce sont les résultats des examens du laboratoire. Sur la totalité des examens dans le cours de l'année 1897, 46 0/10 seulement nous ont donné à la culture le Lœffler et 30 0/10

nous ont fourni le streptocoque sans Loeffler. Or tous ces examens ont été adressés avec l'idée qu'on pouvait se trouver en face de la diphtérie.

Dernièrement encore dans les mois d'avril et mai sur 5 examens, régulièrement 3 ou 4 ne donnaient le plus souvent que du streptocoque. Les angines étaient fréquentes et le Loeffler était rare. Il est juste de dire qu'à d'autres périodes au contraire on trouve presque continuellement le Loeffler.

L'albuminurie, dans le cours d'une angine ou d'une laryngite, n'est pas un signe de diphtérie.

L'albuminurie est peut-être encore plus fréquente dans l'infection streptococcique que dans l'infection diphtéritique : baser sur elle un diagnostic de diphtérie serait faire fausse route.

Ce ne sont pas, du reste, les deux seules variétés d'infection pharyngienne ou laryngienne qui la produisent. Le pneumocoque en donne fréquemment.

Albuminurie et sérum. — L'albuminurie qui apparaît dans le cours de la diphtérie est généralement sous la dépendance de la toxine diphtéritique, mais elle peut être due également aux bactéries associées.

Elle n'apparaît pas au début de l'infection, elle est en rapport avec la virulence du bacille et peut, comme le démontre un travail expérimental de H. Spronck (1), indiquer dans une certaine mesure la quantité de toxine absorbée.

Ce dernier auteur a constaté qu'une injection sous-cutanée de 10 c. c. de sérum antidiphtéritique ou de sérum de cheval non immunisé chez un lapin sain détermine une albuminurie très légère qui ne persiste que pendant 24 heures et résulte simplement du passage d'une petite quantité de l'albumine du sérum à travers le filtre rénal.

Que ce passage de l'albuminurie est un peu plus prononcé et dure un peu plus longtemps lorsque le lapin présente de l'albuminurie diphtéritique ou qu'il est récemment rétabli d'une albuminurie.

Que le sérum antidiphtéritique n'exerce aucune influence nocive sur l'albuminurie diphtéritique préexistante du lapin, même lorsqu'on injecte des doses relativement fortes.

Que tout au contraire le sérum exerce une action favorable s'il est injecté dès le début de l'albuminurie diphtéritique ou dans les 24 à 48 heures après l'apparition de l'albuminurie.

Enfin que le sérum antidiphtéritique est incapable d'enrayer promptement une albuminurie diphtéritique, mais qu'il peut en modifier favorablement la marche en en diminuant l'intensité et la durée.

Sevestre et Martin (1) concluent « que le sérum peut dans un certain nombre de cas favoriser la production de l'albuminurie, mais que celle-ci est alors très peu importante ; d'autre part, que le sérum peut exercer une action favorable sur une albuminurie préexistante mais que ce résultat n'est malheureusement pas constant, de sorte que s'il existe une lésion rénale déjà constituée, on ne peut espérer que le sérum la guérira.

Ce sont là des conclusions rassurantes qui ne peuvent arrêter le praticien dans une intervention sérothérapique nettement indiquée par le diagnostic et les symptômes.

Mais comment expliquer l'action favorable que le sérum exerce sur l'albuminurie de date récente ?

Comment ce sérum, incapable d'arrêter la marche de l'albuminurie, en diminue-t-il la durée et l'intensité ? Ce sérum enfin est-il capable de réparer les lésions rénales ?

Les recherches récentes de Donitz (2), de Goldscheider et Flatau (3), ainsi que celles de Kempner et Pollack (4) tendent à démontrer que les sérums antitoxiques sont susceptibles de réparer certaines altérations cellulaires, comme celles que produisent les toxines du bacille tétanique et du *bacillus botulinus* de von Ermengem.

Pour expliquer l'action favorable qu'exerce le sérum antidiphtéritique sur la marche de l'albuminurie, Spronck admet que les cellules du rein, imprégnées par la toxine diphtéritique ne subissent qu'au fur et à mesure son influence nocive et que la substance antitoxique du sérum, douée d'une affinité particulière pour la toxine, va neutraliser une partie du poison assimilé par les cellules.

L'examen direct d'une fausse membrane ou d'un frottis ne peut jamais fournir un diagnostic certain de diphtérie. Seule la culture a de la valeur.

Il est utile de rappeler à beaucoup de confrères que le diagnostic bactériologique de la diphtérie n'est pas basé sur l'aspect du bacille au microscope, mais sur les caractères de sa culture. Le Loeffler pousse sur sérum plus rapidement que les autres bactéries, ses colonies blanc crème, opaques au centre, sont caractéristiques, la morphologie des bacilles de culture est très nette, l'ensemble permet un diagnostic de l'espèce très précis.

Mais si vous cherchez à le caractériser dans un frottis de fausse membrane sur lamelle, vous n'avez pour le diagnostiquer aucun caractère certain, ni sa forme que beaucoup d'espèces de la bouche ou de la

(1) Sevestre et L. Martin. Traité des maladies de l'enfance. T. I. p. 639.

(2) W. Donitz. — Ueber das Antitoxin des tetanus (Deutsche Med. Wochens., — 1^{er} juillet 97.)

(3) Goldscheider et Flatau. — (Fortsch. der Med., 1^{er} avril et 15 août 97.)

(4) W. Kempner et B. Pollack. (Deutsche med. Wochens., 5 août 97.)

(1) H. Spronck. Etude expérimentale de l'action du sérum antidiphtéritique sur l'albuminurie diphtéritique préexistante. — *Semaine médicale*, 24 novembre 1897.

gorge présentent, ni sa disposition qui n'a pas d'aspect caractéristique, ni sa résistance à la décoloration par le Gram, caractère qu'offrent d'autres espèces, entre autres le *subtilis* assez fréquent dans la bouche, le *pseudo-diphthérique*, et le *bacille en navette* décrit par Barbier.

Ou sur un frottis on ne constate aucune bactérie ressemblant au Loeffler, et dans ce cas vous ne pouvez conclure à son absence, car la culture souvent vous donnera des colonies de Loeffler caractéristiques :

Ou vous trouverez des bacilles présentant son aspect, mais vous n'aurez alors qu'une présomption incertaine de diphthérie puisque vous pouvez confondre, et que les caractères de la culture, les seuls probants, vous manquent.

Nos confrères ont dû remarquer depuis quelque temps que les injections de sérum ne donnent plus avec la même fréquence et la même intensité les réactions à la peau qu'elles donnaient au début. Ce résultat a été obtenu à l'Institut par une sélection soignée des chevaux immunisés.

En outre la puissance antitoxique du sérum a été augmentée, de sorte qu'actuellement il n'est plus nécessaire de recourir aux doses aussi élevées qu'au début.

LA QUESTION DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de reproduire un avant-projet d'organisation établi sur des bases toutes nouvelles et que publie le *Bulletin de l'Union des Syndicats* dans son numéro du 2 juin.

Cet avant-projet, présenté au nom de la Société des médecins de la Gironde par son conseil judiciaire part, en effet, d'un principe nouveau.

Ecartant la *solution radicale* préconisée par le Dr Lasalle et dont les deux points essentiels consistent :

Dans l'inscription obligatoire ;

Dans le retrait du droit d'exercer ;

La Société de la Gironde s'est ralliée à l'unanimité à un *projet modéré* qui a incontestablement un grand mérite, celui de faire espérer que tous les médecins peuvent s'y rallier.

Il est indéniable, en effet, que les avant-projets présentés jusqu'ici n'ont pas, avec toute leur rigueur, su obtenir l'adhésion de la grande majorité du corps médical.

Un certain nombre de syndicats se sont déclarés défavorables, et il est probable que l'opposition est plus nombreuse encore parmi les médecins non syndiqués.

L'enrôlement obligatoire étant le grand épouvantail agité par les adversaires de la nouvelle création,

un projet qui peut s'en passer devient par là-même susceptible de réunir toutes les bonnes volontés.

Mais il ne suffit pas que l'Ordre proposé soit acceptable, qu'il le soit justement parce qu'il resterait anodin et sans action réelle, il faut qu'il remplisse le but poursuivi : le *relèvement* et le *maintien* de la dignité professionnelle.

Or, l'inscription obligatoire semblait jusqu'ici le seul moyen de faire de la nouvelle institution autre chose que ce qui existait déjà sans résultats bien effectifs ; je veux parler de l'Association et des Syndicats.

Nos confrères de la Gironde ont ingénieusement cherché à remplacer l'inscription obligatoire par l'inscription libre, il est vrai, mais devenant suffisamment avantageuse pour être désirée par tout médecin praticien.

Nous publions ici cet avant-projet pour que nos lecteurs puissent eux-mêmes se demander si l'Ordre ainsi constitué présente des garanties réelles d'efficacité.

AVANT-PROJET DE LA COMMISSION

ARTICLE PREMIER. — Il est institué dans chaque département (ou arrondissement) un *Collège médical*.

ART. 2. — *Tout médecin qui aura régulièrement sollicité et obtenu son inscription au tableau de son Collège, aura seul qualité pour concourir à l'enseignement des Ecoles et des Facultés de l'Etat, pour exercer des missions judiciaires et des fonctions médicales conférées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics ou d'utilité publique, les Sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels, etc., etc. (A compléter s'il y a lieu.)*

ART. 3. — Chaque *Collège* élira une *Chambre médicale* composée de... (nombre, composition et mode d'élection à déterminer par un règlement.)

ART. 4. — Il sera dressé tous les ans, par les soins de la *Chambre médicale*, un tableau des membres composant chaque *Collège*. Ce tableau devra être déposé à la préfecture dans la dernière quinzaine de décembre. Il sera, dans le mois de son dépôt, publié par les soins de l'Administration.

ART. 5. — Les attributions de la *Chambre médicale* sont :

1° De prononcer sur les demandes d'inscription au tableau du *Collège* et sur les difficultés qui y sont relatives ;

2° De veiller à la conservation de l'honneur des médecins, de maintenir les principes de probité et de délicatesse qui font la base de leur profession, et d'assurer la protection de leurs intérêts, sans que jamais aucune ingérence soit permise dans les doctrines médicales honorablement pratiquées ;

3° De prévenir et concilier tous différends entre médecins ;

4° De prévenir et concilier toutes plaintes et réclamations de la part de tiers contre les médecins à raison de l'exercice de leur profession ;

5° D'émettre son opinion sur les poursuites ou responsabilités auxquelles ils pourraient être exposés ;

6° De donner son avis sur les difficultés concernant le règlement des honoraires et sur tous différends soumis à cet égard aux tribunaux ;

7° De représenter, même en justice, tous les médecins du Collège collectivement, sous le rapport de leurs droits et intérêts communs ;

8° De prononcer ou provoquer, suivant les cas, l'application de toutes les sanctions disciplinaires.

ART. 6. — Les peines disciplinaires sont... (par exemple : l'avertissement, le blâme, le blâme avec affichage aux lieux de réunion du Collège, l'interdiction temporaire de paraître aux lieux de réunion du Collège, l'interdiction du vote, l'inéligibilité, l'amende, la suspension, la radiation.

ART. 7. — Aucune peine de discipline ne peut être prononcée sans que le médecin inculpé ait été entendu ou appelé, avec délai de huitaine franche ; dans le cas où le médecin dûment convoqué n'aurait pas comparu, la décision de la Chambre médicale ne pourra être rendue que par défaut.

ART. 8. — Les décisions par défaut seront susceptibles d'opposition dans la huitaine de leur notification.

Les notifications et oppositions seront faites par lettres recommandées.

ART. 9. — Au cas de décision contradictoire prononçant une peine supérieure à..., le médecin frappé pourra se pouvoir par la voie de l'appel.

La même faculté est réservée, dans les mêmes limites, au médecin frappé par défaut qui n'aura pas fait opposition en temps utile.

L'appel devra être interjeté dans le mois de la notification de la décision. Notification et appel seront également faits par lettres recommandées.

ART. 10. — Les appels seront portés devant un Conseil médical supérieur, désigné sous le nom de *Conseil d'appel* (élection, organisation et fonctionnement à déterminer).

ART. 11. — La Chambre médicale de chaque Collège déterminera la cotisation qui devra être acquittée annuellement par chacun de ses membres pour faire face aux dépenses d'intérêts communs.

Ainsi suivant les termes mêmes du rapport de M^e O'Zoux, « il ne s'agit plus de fermer la carrière médicale à ceux qui ne se recommandent, ni par la beauté du caractère, ni par la dignité de la vie. Personne ne sera tenu de faire partie de l'Ordre s'il n'en fait pas la demande expresse. »

« La radiation de l'Ordre n'entraînera nullement l'interdiction d'exercer la médecine, elle privera

seulement le délinquant des avantages moraux et matériels assurés aux membres de l'Ordre. »

La comparaison avec l'Ordre des avocats serait complète « le monopole du médecin, faisant partie de l'Ordre, sera comme le monopole de l'avocat un droit exclusif dans une sphère déterminée. »

Il est certain qu'un tel projet est bien plus facilement acceptable de tous et que les objections tirées du danger de la nouvelle institution n'ont plus de raison d'être ; reste à *savoir si l'article 2* assure aux membres de l'Ordre des avantages suffisants pour décider tout médecin honnête à demander son inscription au Collège médical.

Je crois pouvoir répondre que oui ; il est bien vrai que le médecin, tout en jetant les hauts cris à la pensée d'être confondu avec le fonctionnaire, ne désire rien tant que de joindre aux revenus aléatoires de la clientèle un revenu fixe. L'Etat, les communes, les Sociétés payent peu cher mais payent régulièrement, et du client on ne peut en dire autant.

Donc le médecin est friand de ces postes qu'il serait facile de réserver aux membres de l'Ordre, et nos confrères de la Gironde me paraissent avoir trouvé un ingénieux moyen de faire pleuvoir les inscriptions.

Les postes fixes existent même à la campagne et, du reste, nos confrères de campagne ont bien moins besoin que les médecins des villes de la création d'un Ordre moralisateur.

Ainsi le Collège, tel qu'il résulterait de l'organisation des médecins de la Gironde, ne me paraît pas être une institution illusoire.

Et pour qui même garderait au fond du cœur un faible pour le projet *radical*, peut-être paraîtra-t-il nécessaire de faire de la *conciliation* et de se montrer opportuniste.

Le projet Lasalle a soulevé trop d'opposition pour paraître réalisable de longtemps, il appartient à ceux qui croient fermement à la nécessité d'un Ordre des médecins de se rallier au nouveau projet, s'il peut en permettre la réalisation.



RADIOGRAPHIE

UTILITÉ DE LA RADIOGRAPHIE POUR LE DIAGNOSTIC

La radiographie est toujours à l'ordre du jour et je dirai même, *de plus en plus à l'ordre du jour*, car il ne se passe guère de séances de sociétés médicales sans qu'il soit question des services qu'elle rend journellement.

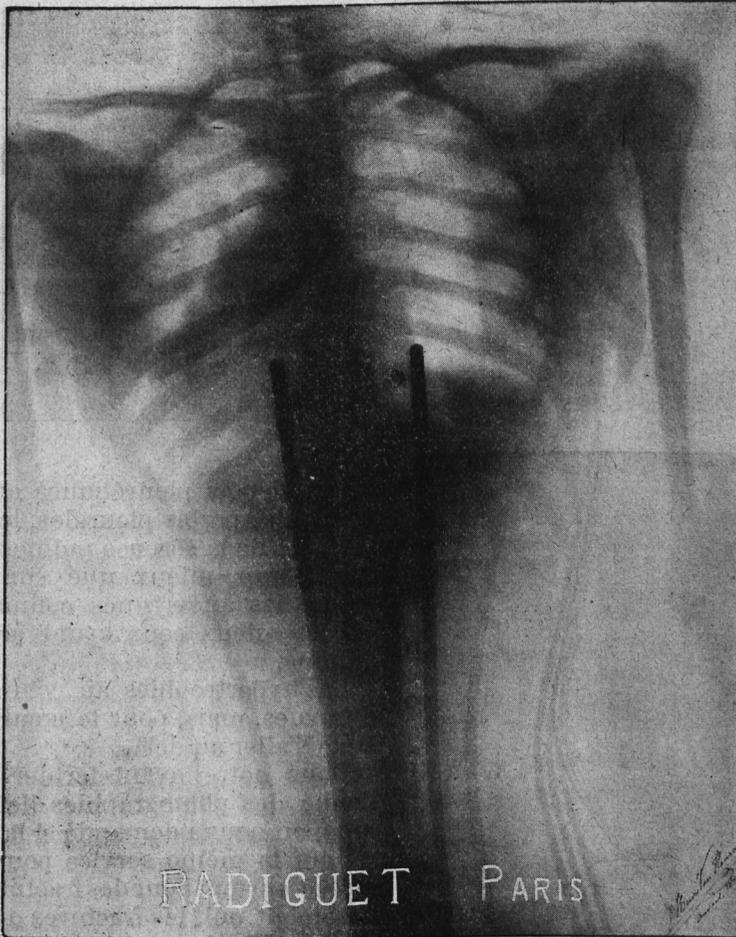
La Gazette médicale du Centre reçoit presque quotidiennement de ses lecteurs des demandes de renseignements au sujet des questions multiples qui touchent à ce nouveau procédé de diagnostic.

Bien que nous ayons répondu à chaque demande de nos confrères, nous avons pensé qu'il n'en serait pas inutile de répéter ici quelques-unes de ces réponses, cela pour d'autres confrères qui seraient tentés de nous poser les mêmes questions.

EXAMEN DES ORGANES INTRATHORACIQUES. — Oui, la radioscopie et la radiographie rendent d'énormes services

pour le diagnostic des affections du poumon, des plevres et du système circulatoire. J'aurais voulu apporter ici la preuve de ce que j'avance, en reproduisant des radiographies de poumons sains et malades, et d'anévrismes aortiques ; mais M. Radiguet, le fameux constructeur d'instruments radiographiques, qui veut bien mettre tous ses clichés à notre disposition, n'a pu m'envoyer pour ce numéro les photographies que je demandais. Il me les a promises pour le numéro d'août. Nos lecteurs pourront donc apprécier pièces en main la netteté des lésions que montre la photographie grâce aux rayons X.

Je n'ai pu, pour aujourd'hui, me procurer qu'un thorax de femme enserré dans un corset. Le cliché montre très nettement les baleines comprimant tous les organes et en gênant le jeu délicat. Dans le cas présent la radiographie devient une arme terrible pour ceux qui partent en guerre contre le corset.



Le corset inventé pour soutenir des seins trop exubérants est devenu un instrument de compression comme les souliers des Chinoises. Il est une cause très efficace de déplacement d'organes, et c'est sans doute à cause du corset que l'entéropose, le rein mobile, le foie mobile, etc., sont bien autrement fréquents chez la femme que chez l'homme. Il y a bien d'autres causes, sans doute, à cette supériorité de la femme au point de vue des ptoses organiques, la grossesse par exemple, qui n'est pas sans disloquer quelque peu la statique abdominale ; mais le corset n'en reste pas moins, tout en étant un agent de torture inutile, un

facteur étiologique de la plus haute importance.

De par la radiographie, travaillons donc, mes chers confrères, à supprimer le corset : la lutte sera dure, terrible peut-être, mais le corps médical, qui ne peut sortir que vainqueur de cette lutte, pourra se dire qu'il aura rendu un fier service à l'humanité. Et puis les amateurs de la beauté plastique y trouveront leur compte ; les femmes ne seront plus déformées, les lignes s'harmoniseront mieux : l'art trouvera des modèles d'une perfection toute idéale.

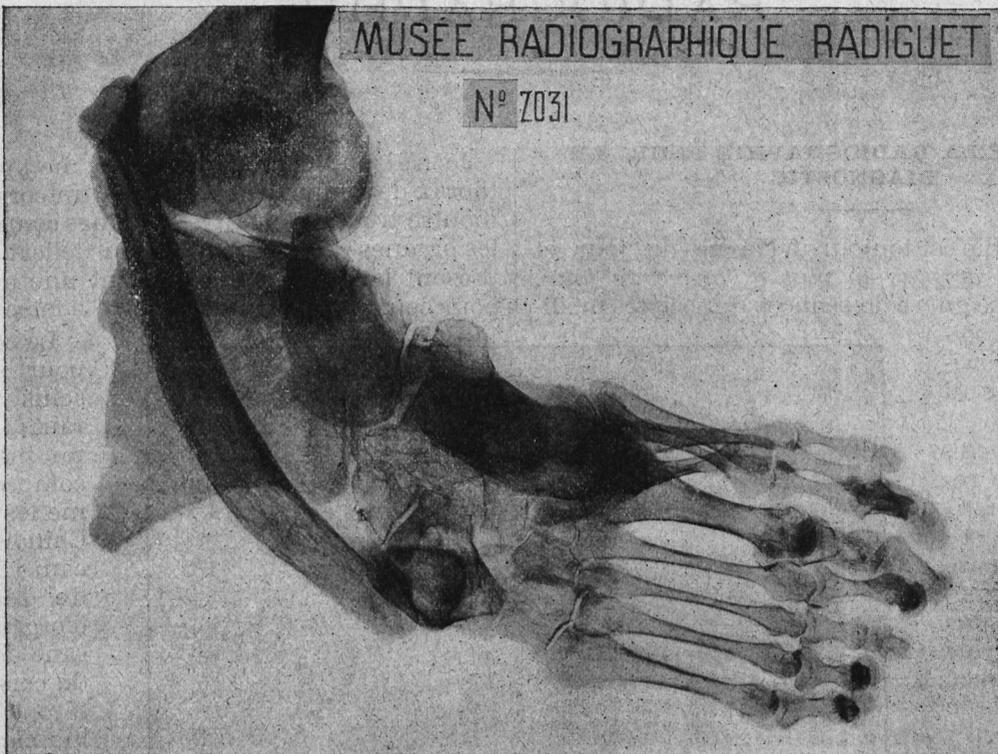
Mais je suis loin de la radiographie et des réponses aux questions de nos confrères.

C'est donc entendu, la photographie montre très bien les lésions pulmonaires graves de la tuberculose; elle montre souvent les lésions commençantes, souvent encore des lésions non soupçonnées.

Les maladies intrathoraciques sont le triomphe de l'écran. Le plus souvent, il n'est pas besoin de photographier le thorax, on voit directement sur l'écran les lésions que l'on cherche; on se

rend compte de leur situation exacte, et on s'explique les phénomènes d'auscultation ou de percussion qui nous laissaient dans l'embarras.

De plus on assiste pour ainsi dire au phénomène de la respiration; on surveille les mouvements des côtes et du diaphragme; on se rend compte des adhérences qui immobilisent l'un ou les autres, produisent de l'anhélation aux moindres



efforts.

Les dépôts pleurétiques anciens, les épanchements dans la cavité de la séreuse pulmonaire se verront encore sur l'écran, mieux que sur la photographie. De même les anévrysmes commençant de l'aorte, et encore mieux ceux ayant acquis déjà un certain volume.

Les hypertrophies au cœur pourront également être vues, mais, pour le cœur, il ne sera guère possible d'aller au delà.

Dans notre avant-dernier numéro, nous avons donné des photographies de *fractures* de l'avant-bras, on nous a demandé si la radiographie pourrait rendre le même service pour des fractures de la cuisse, surtout pour des fractures du col fémoral. Evidemment oui, les fractures du fémur, les fractures de son col, fractures souvent douteuses, peuvent être facilement diagnostiquées à l'aide des rayons X.

De même les fractures du bassin. Malgré l'énorme quantité de chair à traverser les rayons y parviennent. C'est une question de pose un peu plus longue.

Les *luxations* de même que les fractures sont tributaires de la radiographie.

La place me manque pour répondre aux autres questions posées, ce sera pour les numéros suivants; d'autant qu'une grande partie de la place que veut bien m'accorder le journal doit être consacrée aux photographies, plus intéressantes pour nos lecteurs que tout ce que je pourrais dire ici.

En plus de la femme dans son corset dont j'ai déjà parlé, on trouvera la radiographie d'un pied ayant trois doigts supplémentaires, ayant huit doigts par conséquent. Ce cliché offre un grand intérêt. En effet, si en pareil cas le chirurgien est appelé à agir pour supprimer ce qui est en trop, il est de la plus haute utilité pour lui de bien se rendre compte comment les diverses pièces osseuses s'articulent entre elles. L'indispensabilité d'une épreuve radiographique ressort de là.

Nous reproduisons encore deux mains : l'une normale, devant servir de point de comparaison ; l'autre considérablement déformée par la lèpre.

La lèpre n'est pas une maladie courante, mais elle tend à le

devenir ; le nombre des lépreux augmente à Paris ; il est assez grand en Algérie. Dans toute l'Europe

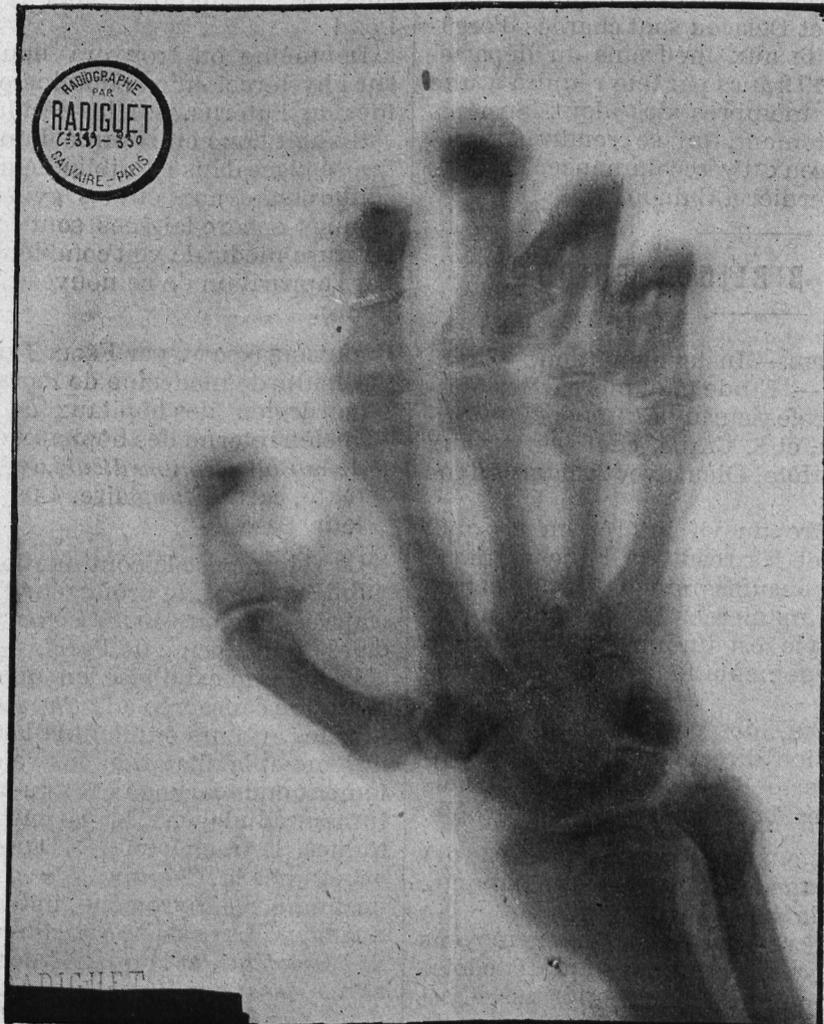
on signale cette progression d'une maladie que l'on croyait éteinte.

Nous avons cru intéresser nos lecteurs de la *Gazette* en leur montrant la squelette radiographié d'une main crochue de lépreux.

Du reste, notre but, en publiant chaque mois un certain nombre de clichés, est que notre journal puisse servir d'album radiographique utile à consulter.

Nous-même, nous faisons un album des radiographies obtenues à la maison de santé St-Gatien, à Tours.

Comme nous l'avons déjà dit, nous reproduirons ici les plus belles épreuves.



NOUVELLES

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. le docteur MONT-PROFIT, professeur suppléant, est nommé professeur de *Clinique chirurgicale*, en remplacement de M. le docteur Dezanneau, décédé.

M. le docteur THÉZÉE, professeur suppléant, est nommé professeur d'histoire naturelle, en remplacement de M. LIEUTAUD, décédé.

Le 7 décembre prochain s'ouvrira devant la Faculté de Médecine de Paris :

Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et obstétricale.

Et devant l'École Supérieure de Pharmacie : un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Aux emplois nouvellement créés de chefs de clinique ont été nommés après concours :

MM. les docteurs :

ANDRÉ, chef de clinique médicale.

BARNSBY, chef de clinique chirurgicale.

MERCIER, chef de clinique obstétricale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'enregistrer la mort du Dr POUSSIÉ (d'Onzain), subitement enlevé en pleine santé à l'affection des siens.

Le Dr POUSSIÉ avait bien voulu, nos lecteurs ne l'ont pas oublié, collaborer à ce journal.

SYNDICAT MÉDICAL DU LOIR-ET-CHER. — Nous apprenons qu'un syndicat unissant tous les médecins du Loiret-Cher est en voie de fondation. Tous nos vœux accompagnent nos confrères du Loiret-Cher dans l'œuvre de solidarité qu'ils mèneront à bien, nous n'en doutons pas.

SOCIÉTÉS MÉDICALES D'INDRE-ET-LOIRE.— Le syndicat médical d'Indre-et-Loire joint à l'Association médicale se réunira à Loches le mardi 19 juillet. MM. les docteurs Boutier et Delacou sont chargés d'organiser la réception faite aux médecins du département. Un banquet à 10 francs par tête réunira à une table commune les membres des deux Sociétés médicales du département, qui se rendront nombreux à Loches, désireux d'y recommencer l'agréable réunion de l'an dernier à Chinon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

TRAITÉ D'HYSTÉROSCOPIE.— Instrumentation.— Technique opératoire. — Etude clinique par les docteurs S. DUPLAY, professeur de *Clinique chirurgicale* à l'Hôtel-Dieu, et S. CLADO, chef des travaux de gynécologie à l'Hôtel-Dieu, avec 20 figures dans le texte.

Ce petit traité offre un vif intérêt en ce qu'il expose la technique et les résultats d'une méthode d'exploration utérine insuffisamment connue et trop peu employée. D'un maniement facile, sans aucun danger, l'hystérocopie est un moyen de contrôle précieux des renseignements fournis par les autres modes d'examen.

L'étude des métrites, des polypes muqueux de l'utérus, la constatation directe de la rétention placentaire, la découverte des corps étrangers, tels sont les faits cliniques du ressort de l'hystérocopie.

MASSAGE GYNÉCOLOGIQUE (méthode THURE-BRANDT) par G. DE FRUMERIE, médecin gymnaste, STEINHEIL, éditeur, 2, rue C. Delavigne. Prix, 2 francs.

L'auteur expose très clairement les divers moyens qu'offrent le massage et la gymnastique suédoise dans la thérapeutique des affections utérines. C'est un manuel pratique qui répond admirablement au but de vulgarisation poursuivi. Il y a là nombre de renseignements utiles même pour le médecin non spécialiste.

TRAITÉ MÉDICO-CHIRURGICAL DE GYNÉCOLOGIE, par les D^{rs} LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Charité, F. LEGUEU, chirurgien des hôpitaux avec 276 figures dans le texte; FÉLIX ALCAN, éditeur.

Ce traité a déjà une originalité, celle d'être à la fois l'œuvre d'un médecin et d'un chirurgien; c'est dire que la thérapeutique médicale des affections utérines y trouve un développement qu'elle n'obtenait pas jusqu'ici.

Le traitement hydrominéral, les injections salines, le massage, l'électrothérapie, forment autant de chapitres dans lesquels les ressources fournies par ces divers agents sont clairement exposées en toute impartialité, sans exagération mais aussi sans faiblesse.

Au point de vue plus purement chirurgical, ce traité n'en offre pas moins d'intéressants progrès sur les traités même les plus récents.

C'est ainsi que les méthodes nouvelles de fixation par le vagin de l'utérus prolapsé sont exposées avec plus de détails que dans le traité classique de Pozzi.

De même on trouvera nouveaux les chapitres sur l'hystérectomie abdominale totale, sur les sarcomes de l'utérus, sur les déciduomes malins.

Il s'agit donc en résumé d'un traité qui doit prendre sa place dans la bibliothèque de tout médecin s'intéressant aux études gynécologiques. Bien des lacunes encore laissées sont comblées; et notre littérature médicale voit combler un de ses desiderata, par l'apparition de ce nouveau livre venu hier à son heure.

CHIRURGIE DU COU, par FÉLIX TERRIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris, A. G. GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux de Paris A. MALHERBE, ancien interne des hôpitaux de Paris, (1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, avec 101 gravures dans le texte, cart. à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris).

Ce volume est la continuation des monographies publiées par M. le professeur TERRIER et ses élèves, d'après son cours de *médecine opératoire* de la Faculté de médecine de Paris.

Le volume est divisé en quatre parties; dans la première consacrée à la *Chirurgie des voies aériennes*, les auteurs étudient la laryngoscopie, le cathétérisme et la dilatation des voies aériennes, le traitement endo-laryngé et extra-laryngé des polypes et tumeurs du larynx, les laryngotomies, les laryngectomies, la trachéotomie. Dans la deuxième partie est étudiée la *Chirurgie du corps thyroïde*: thyroïdectomie, exothyropexie, indications thérapeutiques du goître. La troisième partie comprend la *Chirurgie de l'œsophage*, et la quatrième la *Chirurgie des vaisseaux, des ganglions lymphatiques, des muscles et nerfs du cou*: ligature des artères, anévrysmes, torticolis, etc.

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.