

## TRAVAUX ORIGINAUX

INFLUENCE DE L'ACIDE PHOSPHORIQUE COMBINÉ A LA CRÉOSOTE SUR LA NUTRITION DES TUBERCULEUX (*hyperacidité urinaire*).Par le D<sup>r</sup> Boureau (1)

Nous avons choisi parmi nos malades de l'asile de Clocheville (service du D. Bezard), trois enfants porteurs de lésions pulmonaires prouvées par la présence du bacille de Koch.

Ces malades que leur âge (12 ans, 8 ans, 5 ans) mettait à l'abri de toute influence suggestive étaient soumis depuis longtemps à un traitement purement créosoté; le régime fixe de l'hospitalisation n'a pas été modifié tout le temps qu'a duré l'expérimentation.

Nous avons préalablement noté leur poids, le volume quotidien d'urine, sa teneur en urée, en acide phosphorique, en éléments dissous et son acidité.

Pendant une période de 27 jours, chacun de ces malades a pris une dose quotidienne de 4 grammes de phosphate de créosote.

Au bout de cette période nous avons constaté :

Une *augmentation importante de l'urée*, montant à 200/0 pour deux malades.

Une *augmentation considérable de l'acidité urinaire*.

Un *état stationnaire de l'acide phosphorique éliminé* chez deux malades, *diminution* chez le troisième.

Une *augmentation notable de la quantité des éléments dissous*.

Enfin une *augmentation de poids* chez tous

malade de 12 ans	1 kilogr.
— — 8 ans	1 k. 500
— — 5 ans	1 k. »

Au point de vue clinique, l'expectoration avait disparu chez deux malades, était très notablement diminuée chez le troisième, disparition des râles humides.

La nutrition a donc été influencée d'une façon très favorable.

Il y a lieu de noter en particulier l'augmentation de l'acidité urinaire.

Les malades ont passé de l'hypoacidité ou d'une acidité presque normale à un état d'hyperacidité.

Or, si on admet que l'hypoacidité (cachectique ou non) du tuberculeux est l'expression d'un terrain éminemment propre à l'évolution du bacille de Koch et qu'au contraire le malade hyperacide, comme l'arthritique par exemple, présente une notable résistance à la tuberculose, on voit que la combinaison de l'acide phosphorique à la créosote

aurait une influence heureuse sur la tuberculose en créant artificiellement un état d'*hyperacidité*.

OBSERVATIONS DES MALADES SIGNALÉES  
DANS LA COMMUNICATION PRÉCÉDENTE

R. D. 12 ans. — Tuberculose pulmonaire; — Bacilles de Koch; — Expectoration abondante; — Traces d'albumine.

	11 mai	25 mai	9 juin
Poids.....	33 <sup>k</sup> ,00		34 <sup>k</sup> ,00
Volume total d'urine en 24 heures.....	800 <sup>cc</sup> ,00		1000 <sup>cc</sup> ,00
Éléments dissous par litre.....	48,93		46,30
Acidité par litre.....	1,25	1 <sup>re</sup> ,30	1,60
Urée.....	16,09	15,15	17,10
Acide phosphorique par litre.....	1,80	1,35	1,85

L'expectoration a presque disparu; — Appétit excellent; — Les traces d'albumine ont persisté sans augmentation.

C. L. 8 ans. — Tuberculose pulmonaire; — Bacilles de Koch; — Appétit médiocre; — Diarrhée.

	20 <sup>e</sup> ,00		21 <sup>e</sup> ,500
Poids.....	20 <sup>e</sup> ,00		21 <sup>e</sup> ,500
Volume total d'urine en 24 heures.....	950 <sup>cc</sup> ,00		800 <sup>cc</sup> ,00
Éléments dissous par litre.....	39,61	51 <sup>re</sup> ,26	50,40
Acidité par litre.....	1,20	1,30	1,45
Urée.....	14,10	16,20	16,75
Acide phosphorique par litre.....	1,65	1,90	1,60

Expectoration disparue; — Appétit très relevé; — Diarrhée supprimée.

R. B. 5 ans. — Tuberculose pulmonaire; — Bacilles de Koch.

	15 <sup>k</sup> ,500		16 <sup>k</sup> ,500
Poids.....	15 <sup>k</sup> ,500		16 <sup>k</sup> ,500
Volume total d'urine en 24 heures.....	750 <sup>cc</sup> ,00		626 <sup>cc</sup> ,00
Éléments dissous par litre.....	32,60	34 <sup>re</sup> ,90	43,15
Acidité par litre.....	0,86	1,20	1,65
Urée.....	13,50	14,75	17,90
Acide phosphorique par litre.....	1,05	1,40	1,75

Amélioration très appréciable à tous les points de vue.

LES VÉGÉTATIONS ANO-GÉNITALES  
CHEZ LES ENFANTSPar le D<sup>r</sup> Edmond Chaumier

Les végétations ano-génitales, assez fréquentes chez l'adulte, sont très rares chez l'enfant.

Je n'en ai observé que trois cas, dont un a déjà été publié (1) en 1894. Variot (2) en avait publié un cas la même année, quelques mois auparavant.

(1) Edmond Chaumier : Un cas de végétations anales chez une fille de 17 mois. *Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 4 octobre 1894.

(2) Variot : Végétations simples de l'anüs chez une enfant. *J. de clin. et de ther. inf.*, 28 juin 1894.

(1) Communication au Congrès de la tuberculose. Séance du 2 août 1898.

C'est d'après ces quatre cas, les seuls que je connaisse, que je veux chercher à faire l'histoire de cette maladie chez l'enfant.

Voici d'abord l'observation de Variot :

I. — « A l'hôpital Hérold, dans les derniers jours du mois de mai 1894, j'ai donné mes soins à une petite fille de 17 mois, ayant des végétations assez développées au pourtour de l'anus »

Sans doute cette affection n'est ni bien rare, ni bien grave, cependant le cas en question m'a paru présenter quelques traits intéressants.

La jeune Lucie G. est bien constituée. Son état de nutrition est satisfaisant.

Ses parents viennent consulter pour un bourrelet assez volumineux qui masque l'orifice de l'anus et entraîne des incommodités multiples.

A l'âge de trois mois, l'enfant aurait eu un abcès de la marge de l'anus d'où se seraient échappées plusieurs cuillerées de pus.

Peu de temps après apparurent sur la peau bordant l'orifice anal des boutons (?) au nombre de trois ou quatre, d'après les renseignements des parents. Ces boutons restèrent longtemps stationnaires; ce n'est qu'à la fin du mois de mars 1894 qu'ils commencèrent à s'accroître rapidement. Ils prirent les caractères des végétations que l'on voit actuellement. L'enfant souffre un peu pour s'asseoir et marcher; il ne s'échappe pas de sang lorsqu'elle va à la selle, mais le nettoyage de la région est naturellement difficile.

Lorsque j'examinai pour la première fois le bourrelet entourant comme d'une couronne l'orifice anal, je pensai d'abord à des végétations codylomateuses symptomatiques de la syphilis. Mais en regardant plus attentivement, je remarquai que ces masses étaient pédiculées, que leur surface était hérissée de petites aspérités semblables à celles de petits choux-fleurs et que la coloration de ces végétations n'était guère différente de celle de la peau. D'autre part, l'enfant ne présentait aucun stigmate de syphilis héréditaire ou acquise, et les père et mère que j'ai pu interroger ne m'ont fourni aucun indice pouvant me faire supposer la syphilis chez l'un d'eux.

Toutefois la mère a été atteinte de végétations vulvaires en même temps que son enfant.

Les végétations de la mère se sont flétries spontanément après sa dernière couche qui a eu lieu il y a trois mois. Je n'ai pas réussi à préciser par mon interrogatoire si les végétations vulvaires de la mère avaient précédé les végétations anales de l'enfant ou inversement. Mais je ne suis pas éloigné de croire à la contagion médiate de la mère à l'enfant ou de l'enfant à la mère. Nous savons que les végétations sont contagieuses; une coïncidence de ce genre permet donc de supposer la contagion, et c'est là un point à noter dans l'histoire de ma petite malade.

Un mois avant de venir à l'hôpital Hérold, les parents allèrent consulter M. Hartmann, à l'hôpital

Bichat. M. Hartmann aurait prescrit une poudre dans la composition de laquelle entraient de l'alun; mais les végétations ayant plutôt tendance à s'accroître, la mère accepta le traitement plus radical que je proposai.

M. Chabry, mon interne, après avoir pris les précautions antiseptiques convenables, excisa avec des ciseaux tout le bourrelet de végétations, et fit une application superficielle de thermo-cautère pour arrêter l'écoulement du sang.

Les pansements consécutifs furent faits avec de la pommade iodoformée.

Trois semaines après l'excision on m'a rapporté l'enfant: il n'y a plus trace de végétations péri-anales, mais il reste à la partie postérieure de la peau bordant l'orifice, une petite ulcération érosive de près de un centimètre de longueur.

Je doute, malgré le témoignage des parents, que les soins et les pansements aient été régulièrement appliqués; en tout cas, la cicatrisation de cette petite plaie ne saurait tarder.

L'érosion est tellement superficielle que l'on ne doit craindre aucune rétraction consécutive.

Je considère cette petite fille comme guérie.

Les végétations, après leur ablation, ont été placées dans l'alcool; mais leur aspect est tellement typique que j'ai jugé inutile d'en faire l'examen microscopique.

Les plus grandes végétations ont le volume et un peu l'aspect d'une petite framboise.

Sur une coupe faite au rasoir, après le durcissement à l'alcool, et vue à la loupe, la surface un peu foncée paraît festonnée; le tissu constituant la végétation est d'un blanc mat, offrant l'aspect habituel d'une trame connective fibreuse. — Les saillies qui hérissent la surface sont dues, sans doute, à des hypertrophies papillaires. »

Voici maintenant l'observation personnelle déjà publiée :

II. — Le 23 mai 1894, on m'avait amené Marie C., âgée de 17 mois, qui était atteinte de diarrhée. Cette enfant a été élevée au sein et n'a pas eu d'autre maladie que de la diarrhée peu sérieuse.

Au bout de deux jours, dureste, l'enfant allait mieux.

Le 9 juin on m'apporte à nouveau l'enfant. Il ne s'agit plus de diarrhée, mais de végétations anales.

Tout le pourtour de l'anus est couvert de végétations en *chou-fleur* dont la masse totale équivaut à la grosseur du bout du pouce. En écartant les fesses le plus possible et en faisant saillir la muqueuse anale, on aperçoit encore quelques végétations.

La mère raconte que le 23 mai, lorsqu'elle m'a amené sa fille, cette dernière avait déjà de petites végétations; mais elle en avait très peu et elle espérait que cela disparaîtrait sans traitement. Les végétations se sont développées très vite, c'est ce qui l'a engagée à venir me trouver.

La mère dit qu'elle a eu elle-même de semblables végétations à l'anus après sa grossesse, végétations qui ont disparu d'elles-mêmes.



On badigeonne les végétations tous les deux jours avec du perchlorure de fer.

Le 20 juin. — On a continué le traitement. Il n'y a aucune amélioration ; peut-être même une légère augmentation.

On donnera à l'enfant 4 fois par jour 4 gouttes de teinture de Thuya occidentalis (en tout 16 gouttes par jour).

Le 25. — Les végétations ont un peu augmenté quoiqu'en dise la mère. On porte à 20 gouttes par jour la dose de teinture de Thuya.

Le 2 juillet. — Même état des végétations qui, pendant le traitement au Thuya, ont continué à être touchées au perchlorure de fer.

A 1 heure je coupe à l'aide de petits ciseaux toutes les végétations. Très peu de sang, qui s'arrête très vite en comprimant avec de la ouate. Je touche au chlorure de zinc au 1/10. Je revois l'enfant le soir, il reste de petits fragments de végétations qu'on coupera dans deux jours. Je touche au perchlorure de fer.

Le 11 juillet. — Je coupe les quelques végétations qui sont restées. Il y en a 2 ou 3 petites à la partie inférieure de la vulve. Perchlorure de fer.

Le 19 juillet. — Je ne revois l'enfant qu'aujourd'hui. Il est repoussé quelques végétations que je gratte avec une curette. La curette les enlève difficilement ; mais après le grattage il reste très peu de chose. Je touche avec de l'acide acétique.

Le 20 juillet. — Il n'y a plus de végétations, mais des ulcérations blanchâtres ; on dirait de l'épiderme macéré. On cesse l'acide.

Le 24 juillet. — De chaque côté de l'anus existe une petite plaie ulcéreuse qui a environ un centimètre et quart de long sur un demi-centimètre de large, à fond grisâtre.

On saupoudre d'iodoforme ; on saupoudrera tous les jours.

Le 25. — Le fond est moins grisâtre.

Le 31. — Il n'y a plus que deux petites ulcérations insignifiantes au-dessus de l'anus ; on continue l'iodoforme.

Le 3 août. — Les ulcérations sont à peu près guéries. On met de l'iodoforme pour la dernière fois.

Le 7 août. — Plus rien ; surface blanchâtre.

Le 27 août. — La surface qui était blanche est en tout semblable au reste de la peau ; elle est simplement un peu moins pigmentée.

III. — Le second cas observé par moi (en 1897) est celui d'un grand garçon déjà pubère qui avait de nombreuses végétations au pourtour de l'anus. La plupart étaient pédiculées, et branchues (si on me permet cette expression) ; d'autres avaient une base plus large.

Il m'a été impossible d'établir l'origine. J'ai tout lieu de croire qu'il n'y avait eu aucune tentative de coït, ni aucun attouchement suspect.

La contagion a-t-elle eu lieu par l'intermédiaire des cabinets d'aisance dans la maison où travaille cet enfant. Le père et la mère n'ont rien.

Je fis l'ablation avec des ciseaux. Le surlendemain je coupai encore quelques petites végétations qui m'avaient échappé précédemment : on fit 2 ou 3 attouchements à l'acide acétique et il ne fut plus question de rien.

IV. — Mon troisième cas est tout récent.

Le 5 juillet 1898, on m'amène Mélanie G., âgée de trois ans.

Il y a quinze jours, la mère s'est aperçue qu'elle avait quelque chose à la vulve. Cela a grossi depuis.

Sur le bord des petites lèvres végétations rouges en *chou-fleur*. En dedans des petites lèvres sur toute la vulve autres végétations assez grosses, sessiles ou pédiculées, dans la région de l'hymen nombreuses végétations aussi. En dedans des grandes lèvres 2 ou 3 très petites.

Cela saigne quelquefois.

Petit chapelet ganglionnaire dans les aines.

La résorcine sous différentes formes ayant été recommandée dernièrement contre les végétations je badigeonne moi-même, avec une solution à parties égales dans l'eau.

Après l'attouchement à la résorcine les parties touchées, surtout celles malades, blanchissent.

6. — Je badigeonne.

7. — Les végétations ont peut-être un peu diminué ; je badigeonne.

11. — Diminution accentuée, badigeon.

12, 13. — Badigeon ; la diminution continue.

Les végétations les plus externes ont disparu, sauf une grosse sur le capuchon du clitoris, et une autre sur la fourchette ; en dedans des petites lèvres, à leurs bases et dans la région de l'hymen il y a encore des végétations à large pédicule, qui ont diminué mais qui persistent.

18, 20. — Badigeons ; les végétations ont encore un peu diminué.

21. — En badigeonnant je frotte assez fort et je détache la végétation inférieure pédiculée.

23. — Badigeon.

24. — Il y a toujours une grosse végétation sur le capuchon du clitoris ; en dedans des petites lèvres à leur point d'attache et très haut il y a encore des végétations ; en bas de chaque côté de l'hymen et sur l'hymen il y a encore de nombreuses végétations.

Je coupe avec des ciseaux la végétation du capuchon. Pour les autres je gratte avec une curette, faisant pour ainsi dire un curettage vulvaire.

Je touche ensuite avec la solution de résorcine. Les lésions produites par la curette saignent relativement peu. Un tampon d'ouate tenu en place un instant suffit à arrêter l'écoulement.

26. — L'enfant a souffert en urinant ; surface vulvaire blanchâtre : badigeon.

27. — Surface vulvaire couverte de pédicules blanches ; badigeon.

29. — Il ne semble plus y avoir de végétations ; badigeon.

30. — Petites ulcérations, un peu de gonflement ; je ne badigeonne plus.

1<sup>er</sup> août. — Il n'y a plus d'ulcérations ; très peu de gonflement ; il y a peut-être encore une petite végétation en haut en dedans de la petite lèvre droite à son point d'attache.

3 août. — Je ne vois plus rien.

Comme je le disais plus haut, je n'ai trouvé dans les recherches que j'ai faites, soit dans les auteurs, soit dans les quelques journaux que j'ai à ma disposition, aucune autre observation de végétations simples chez des enfants. Cela ne veut pas dire qu'il n'en existe pas, mais elles doivent être rares. La maladie elle-même ne doit pas être fréquente, car je n'en ai observé que trois cas, et j'ai été très longtemps sans en rencontrer.

Voilà donc déjà un premier point acquis : *rareté* de la maladie.

Si je m'en rapportais à ces seules observations, je proclamerais la *plus grande fréquence dans le sexe féminin* ; puisque sur quatre observations il y a trois filles ; mais quatre observations ne suffisent pas à établir une statistique.

Dans le cas de Variot il s'agissait d'une fille de 17 mois ; deux de mes cas se rapportent à des petites filles de 17 mois et de 3 ans.

Dans deux cas la *contagion* n'est pas douteuse ; du reste, chez l'adulte la contagion a été reconnue depuis longtemps. Ce qui est important dans ces deux cas, c'est l'*existence préalable de végétations chez la mère*. On conçoit que chez les jeunes enfants c'est presque toujours de la mère que doit provenir la contagion. Les mères couchent parfois avec leurs enfants, et souvent les mêmes éponges ou les mêmes serviettes servent à la toilette. La syphilis acquise des jeunes enfants et la vulvo-vaginite purulente des petites filles ont de même fréquemment la serviette ou l'éponge pour intermédiaire.

Ce mode de contagion, qui doit être le plus fréquent, explique pourquoi les très jeunes enfants sont plus éprouvés. Ce sont en effet surtout ceux-ci qui sont le plus exposés au mode de contagion indiqué.

Les symptômes sont ceux des végétations de l'adulte ; ce sont des végétations le plus souvent pédiculées, formant des masses d'autant plus grandes qu'elles sont plus anciennes.

Le siège des végétations a été trois fois le pourtour de l'anus ; une fois la vulve. Je crois que les végétations préputiales doivent être exceptionnelles.

Pour que la contagion s'opère, des excoriations préalables doivent être nécessaires ; elles doivent au moins favoriser cette contagion.

Or, les excoriations péri-anales sont excessivement fréquentes chez les jeunes enfants.

On ne saurait avoir le moindre embarras pour le *diagnostic* ; les végétations simples n'ayant qu'une ressemblance bien éloignée avec des lésions syphilitiques. On ne saurait les confondre non plus avec les polypes du rectum.

J'ai vu une fois sur un garçon de 11 ou 12 ans deux petites végétations cornées sèches sur le prépuce ; les végétations tombaient en grande partie par le grattage avec l'ongle ; elles étaient légèrement conoïdes et avaient environ un demi-centimètre de long. Elles existaient depuis longtemps dans l'état où je les ai vues ; la mère les avait aperçues un an auparavant.

Il s'agissait évidemment d'une production cornée de l'épiderme n'ayant rien à voir avec les végétations vulgaires.

Je suis de plus en plus pour le *traitement radical*. Je nedis pas que l'acide salicylique ou la résorcine ne peuvent rendre des services ; mais l'excision ou le grattage vont beaucoup plus vite.

Je ne suis pas partisan du fer rouge, pas plus que des caustiques violents comme le nitrate acide de mercure qui en pareil cas peuvent causer des dégâts considérables.

Excision ou grattage, ou les deux réunis, suivis d'attouchements à la résorcine, à l'acide acétique, à l'acide salicylique, etc. Voilà, pour moi, le traitement de choix.

#### Hystérectomie abdominale totale pour fibrôme utérin. Guérison.

Par le D<sup>r</sup> L. LAPEYRE

Il n'y a pas longtemps que l'hystérectomie pour fibrôme est devenue une opération courante ; il a fallu pour cela que l'amélioration de la technique opératoire vint diminuer les trop nombreux insuccès d'une opération encore mal fixée.

Il y a dix ans à peine, écrivent les docteurs Labadie-Lagrave et Leguen, dans leur traité de gynécologie « on n'osait guère opérer les fibrômes. L'opération était grave, les succès peu nombreux. »

L'hystérectomie vaginale est venue singulièrement modifier le pronostic de l'acte opératoire, en se montrant pour ainsi dire sans danger, toutes les fois qu'elle s'adressait à un fibrôme assez facilement accessible.

Mais les gros fibrômes restaient au-dessus des ressources de l'hystérectomie vaginale, et si Péan, Segond, Doyen, et d'autres encore ont pu enlever avec succès par cette voie des fibrômes atteignant ou dépassant l'ombilic, de 2 kilos et plus, il faut avouer que même entre leurs mains, ce n'était qu'au prix de manœuvres excessivement longues et par là même dangereuses.

L'hystérectomie abdominale tant à pédicule externe qu'à pédicule interne, cette dernière surtout continuait cependant à donner une importante mortalité, le moignon utérin restant un foyer septique d'où l'infection peut gagner la cavité péritonéale.

L'hystérectomie abdominale totale vient avec ses derniers perfectionnements compléter l'hystérectomie vaginale, dans le traitement radical des fibrômes



en réduisant la mortalité à ce qui peut nous sembler presque ses dernières limites.

A peine entrée depuis 3 ou 4 ans dans la pratique, l'hystérectomie abdominale totale a, en effet, déjà donné de tels résultats entre les mains de nombreux chirurgiens que le Dr Leguen a pu écrire dans le traité déjà cité, sans crainte d'être démenti :

« Cette dernière opération, l'hystérectomie abdominale totale, a supplanté toutes les autres interventions (par l'abdomen); le pédicule externe reste une méthode d'exception, l'hystérectomie à pédicule perdu est délaissée, l'hystérectomie totale constitue la méthode de choix, elle absorbe à elle seule les tendances actuelles de la chirurgie des fibromes. »

Si l'opération à pédicule externe reste, en effet, d'exécution singulièrement plus facile, ses dangers consécutifs sont redoutables, et enfin quelle comparaison peut être faite entre la guérison obtenue d'emblée par l'hystérectomie totale, et la longue durée (trois mois et plus) demandée par l'élimination du pédicule externe et la cicatrisation définitive.

La supériorité de l'hystérectomie abdominale totale, qui supprime toute complication ultérieure, est démontrée encore par les statistiques opératoires publiées, qui montrent que la mortalité tend à se rapprocher de celle obtenue par l'hystérectomie vaginale, et la formule définitive de la chirurgie des fibromes semble devoir s'exprimer ainsi :

« Enlèvement par l'hystérectomie vaginale des fibromes restant dans le petit bassin. Enlèvement par l'hystérectomie abdominale totale de tout fibrome que son volume élève dans l'abdomen. »

Obéissant à cette indication et bien décidé désormais à abandonner toute autre méthode, j'ai pratiqué, le mois dernier, l'hystérectomie abdominale totale pour un gros fibrome utérin dépassant l'ombilic, et n'ai eu qu'à me louer et du résultat obtenu et de la facilité relative de l'acte opératoire.

M<sup>me</sup> X., âgée de 35 ans, vient me consulter à la fin de juin pour une tumeur de l'abdomen qui a beaucoup grossi et occasionne depuis 4 ans d'incessantes hémorragies.

Les hémorragies ont été le premier symptôme qui attira mon attention; réglée d'habitude très abondamment, elle a vu ses époques prendre le caractère de véritables hémorragies depuis 4 ans.

Puis le ventre a commencé à grossir et actuellement elle est grosse comme une femme enceinte de six mois.

Enfin depuis 18 mois, les hémorragies sont devenues presque continuelles, « elle est toujours dans le sang » et reste au plus 8 à 10 jours sans commencer une nouvelle perte.

Les hémorragies l'ont considérablement amincie, elle est obligée de rester au lit, a beaucoup maigri, a le teint et le faciès très altérés.

Pas de pertes en blanc, pas d'hydrorrhée.

Pas de constipation, mais une dysurie très accentuée.

La malade éprouve de fréquents besoins d'uriner, n'urine que très peu à la fois et après de véritables efforts.

Il est à noter que mariée depuis l'âge de 20 ans, elle n'a jamais présenté aucun signe de grossesse.

EXAMEN. — L'examen démontre la présence dans l'abdomen d'une tumeur dure, bosselée, médiane, constituée évidemment par l'utérus, et dépassant l'ombilic de deux travers de doigt.

Le toucher vaginal montre le col très élevé par l'ascension de la tumeur dans l'abdomen, presque effacé par le développement du segment inférieur de l'utérus.

La transmission des mouvements imprimés au col est évidente dans la tumeur, et inversement.

Pas d'ascite, pas de frottements, du reste la malade n'accuse l'existence d'aucune poussée péritonéale.

Le diagnostic est évident, il s'agit d'un fibrome du corps utérin.

L'intervention s'impose; la malade est jeune, le fibrome déjà très gros, les hémorragies inquiétantes vont sans cesse en augmentant; l'âge de la malade ne permet pas d'attendre les bienfaits souvent du reste problématiques de la ménopase.

L'utérus tout entier est évidemment envahi par le fibrome, l'ablation de l'organe s'impose.

La voie vaginale est contre-indiquée du fait d'une part du volume de la tumeur qui pèse certainement plus de deux kilos; du fait, d'autre part, de l'ascension totale de l'utérus dans l'abdomen.

L'hystérectomie abdominale totale est décidée et pratiquée le 4 juillet.

OPÉRATION. — La malade, purgée à deux reprises, a été baignée et rasée. Le vagin a été irrigué matin et soir pendant plusieurs jours, savonné et tamponné à la gaze iodoformée la veille de l'opération.

Les docteurs H. Thomas et Boureau m'assistent dans l'opération.

Après avoir à nouveau désinfecté le champ opératoire et le vagin, vidé la vessie, la laparotomie médiane est pratiquée.

L'incision est menée d'emblée de l'ombilic à deux travers de doigt du pubis.

Des éponges montées sont glissées sous la tumeur qui est saisie fortement près de son fond par des pinces à traction que maintient un aide.

Le soulèvement de la masse est aidé par la mise de la malade dans la position de Trendelenburg. Mais malgré l'étendue de l'incision, la tumeur ne peut être sortie du ventre, 2 fibromes développés latéralement en anses enclavent l'utérus.

L'incision est alors prolongée de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, ce qui permet de dégager mais encore difficilement la tumeur.

Les annexes droites et gauches sont recherchées, l'utérus a subi un mouvement de torsion sur son axe qui porte les annexes droites en avant, les annexes gauches en arrière.

Une pince est placée en dehors des annexes gauches, une pince sur la face utérine, puis le fond

supérieur du ligament large est sectionné en dehors des annexes vers l'utérus.

Deux pinces sont de même placées sur le ligament rond qui est sectionné entre les deux.

La même manœuvre est répétée à droite.

L'utérus étant alors fortement attiré en haut, je taille une collerette péritonéale antérieure pour éloigner la vessie.

A gauche, l'utérine facilement mise à nu est saisie entre deux pinces et sectionnée.

A droite l'utérine située dans la fosse antérieure de la tumeur ne peut être vue.

Je sectionne au ras de l'utérus, un jet de sang part, une pince est mise sur le vaisseau qui saigne et dès lors le ciseau coupe circulairement au ras du tissu utérin les attaches vaginales et livre enfin complètement la tumeur qui est jetée dans un plateau.

2 ou 3 jets de sang ont nécessité la mise de 2 ou 3 pinces hémostatiques.

Les moignons vaginaux antérieurs et postérieurs sont saisis avec deux pinces à traction et l'on s'assure de la perfection de l'hémostase.

L'intégrité de la vessie est vérifiée par l'introduction d'une sonde : la vessie étant rejetée à gauche par le développement de l'utérus.

Dès lors, il ne s'agit plus que de remplacer les pinces par des ligatures à la soie n° 4. 3 fils sont placés de chaque côté, un sur l'utéro-ovarienne, un sur le ligament rond, un sur l'utérine ; 3 ou 4 ligatures nécessaires sont faites pour des pinces de l'étage inférieur.

Quoique l'hémostase paraisse absolument assurée et que le cul-de-sac de Douglas ait été minutieusement épongé, il me paraît plus sûr de faire un drainage vaginal.

Mais l'ouverture du vagin est située au-dessus du cul-de-sac de Douglas, je préfère donc fermer par une suture en bourse cet orifice et inciser sur une pince introduite dans le vagin, la portion la plus déclive du cul-de-sac.

Une mèche stérilisée est introduite par cette ouverture de l'abdomen vers le vagin.

Le ventre est alors refermé par deux séries de surjets au catgut, un sur le péritoine, un sur les muscles.

Quelques points isolés de renfort fixent les muscles.

Réunion de la peau aux crins de Florence.

L'opération a duré en tout 55 minutes. Le fibrome enlevé pèse 2 kilos 250 grammes.

Les suites opératoires sont excellentes ; la malade facilement réveillée ne présente aucun shock opératoire et l'injection d'eau salée qui avait été préparée est jugée absolument inutile.

Pas de vomissements chloroformiques.

La température buccale, à 37° le 1<sup>er</sup> soir, s'élève à 37,5 le 2<sup>e</sup> soir, à 38° le 3<sup>e</sup> soir puis retombe à 37. Le pouls ne s'élève pas au-dessus de 100. La légère ascension du thermomètre est due au drainage

par la mèche, qui est supprimée au bout de 48 heures.

1<sup>er</sup> pansement le 10<sup>e</sup> jour. Enlèvement des fils. Réunion parfaite.

Légers lavages vaginaux à partir du 6<sup>e</sup> jour. La malade qui n'a pas eu besoin d'être sondée a émis des gaz dès le soir de l'opération, a été spontanément à la selle le 4 juin. Elle est alimentée ordinairement à partir du 7<sup>e</sup> jour, commence à se lever le 18<sup>e</sup> jour, sort totalement guérie et suffisamment forte le 25<sup>e</sup> jour.

Depuis elle va très bien et reprend petit à petit sa mine d'autrefois.

**RÉFLEXIONS.** — La simplicité des suites opératoires chez cette femme, après l'enlèvement d'un fibrome qui pesait 2 kilos 250, ne peut que me confirmer dans mes idées d'abandon de l'hystérectomie abdominale incomplète.

L'hystérectomie totale assimile l'ablation d'un fibrome à celui d'un kyste et en rend ainsi les suites opératoires aussi simples et aussi courtes.

Trois semaines sont seulement exigées pour la solidité de la cicatrice abdominale, et la suppression de tout moignon pédiculaire débarrasse la malade de toute crainte d'ennui consécutif.

La difficulté de l'opération ne m'a pas paru enfin telle qu'on peut la supposer, et je crois que les plaidoyers en faveur de tel ou tel procédé n'ont pas toute l'importance qu'on lui accorde. La durée de l'opération n'est pas très grande et peut-être ne faut-il pas s'attacher outre mesure à raccourcir encore ce temps à la façon de Doyen.

La question la plus discutable est celle de savoir si l'on doit ou non drainer par le vagin et de quelle façon.

La fermeture complète est bien séduisante, mais dans le cas où l'on opte pour le drainage je serais disposé à penser que la conduite la meilleure est celle qui a été employée dans cette observation : le drainage du cul-de-sac de Douglas par un orifice créé après coup et la fermeture des lèvres de la boutonnière circumutérine.

Cette façon de faire réalise, en effet, deux avantages :

- 1° L'hémostase de la tranche de section vaginale.
- 2° Le drainage au point, vraiment le plus déclive.

#### REVUE DU CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE.

Le IV<sup>e</sup> congrès qui vient de siéger à Paris, du 27 juillet au 2 août, ne s'est pas signalé par un progrès sensible sur la question qu'il s'est donné d'étudier.

Beaucoup de recherches intéressantes, des travaux de longue haleine y ont été exposés, mais rien de saillant qui fasse époque.

Le seul fait nouveau qu'il faille en retenir sont les recherches des professeurs Arloing et Courmont



sur l'agglutination des bacilles de Koch produite par le sérum des tuberculeux. On ne peut encore conclure à l'absolue précision de la méthode. Mais il y a là peut-être un procédé de diagnostic de la tuberculose intéressant en ce sens qu'il pourrait la déceler alors que les bacilles n'ont pas encore fait irruption dans les bronches ou qu'il est impossible de les rechercher comme dans les tuberculoses chirurgicales fermées.

Nous donnons ci-joint les conclusions intéressantes de ce travail.

M. le professeur ARLOING et M. PAUL COURMONT (Lyon). — Les moyens bactériologiques actuels dont nous disposons pour le diagnostic d'un épanchement tuberculeux sont infructueux (recherches des bacilles) ou d'une application difficile et à longue échéance (inoculation du liquide au cobaye). L'agglutination du bacille de Koch en culture liquide homogène par le liquide de l'épanchement donne, au contraire, un procédé de séro-diagnostic rapide et facile. M. Courmont a expérimenté avec 45 liquides de séreuses (pleurésies, ascites, arthrites, hydrocèle, etc.).

De ces travaux il ressort les conclusions suivantes :

1° Pas une seule sérosité sûrement non tuberculeuse n'a donné la réaction agglutinante ;

2° Presque toutes les sérosités cliniquement tuberculeuses ont donné l'agglutination ;

3° Ces faits prouvent qu'une séro-réaction positive peut faire diagnostiquer la nature tuberculeuse d'un épanchement, et l'étude des cas précédents vient à l'appui de la théorie soutenant que, en grande majorité, les épanchements inflammatoires des séreuses sont tuberculeux.

Au point de vue thérapeutique on peut dire que le congrès n'aura mis à jour rien de radical.

Les conclusions du professeur Landouzy sur les sérums et toxines dans le traitement de la tuberculose ne sont pas encourageantes. Quant à la tuberculine de Koch plusieurs membres sont venus par leurs observations confirmer sa faillite.

Sur le terrain prophylactique les communications ont été nombreuses, il semble que c'est surtout de ce côté que portent les efforts, de sorte qu'en résumé on dirait qu'on renonce à attaquer directement le bacille et qu'on n'a plus en vue qu'un objectif : arrêter sa dissémination malheureusement en progrès constants. Le congrès de 98 aura été un congrès de défense et non d'attaque.

Sur ce terrain les auteurs ont visé et le tuberculeux et le crachat.

La création de sanatoria a été demandée par beaucoup ; plus on avance et plus on constate que l'isolement du tuberculeux devient une nécessité et pour le malade et pour l'entourage.

Le crachat a vu se dresser contre lui des adversaires énergiques et avec juste raison, car on peut affirmer qu'il est l'agent de propagation le plus actif.

Nous ne voulons pas, avant de terminer, passer sous silence une communication du Dr Calot qui confirme en tous points les résultats que nous avons été à même de constater dans le service de chirurgie de l'asile de Clocheville.

Il est incontestable, comme le dit l'auteur, qu'en face d'une tuberculose chirurgicale, le praticien ne

doive pas rester inactif et qu'il est souvent surprenant de voir combien l'attaque incessante des lésions osseuses et articulaires produites par la tuberculose, par les injections de naphthol camphré ou de glycérine créosotée que nous adoptons souvent, produit de bons résultats. Mais qu'on veuille bien se pénétrer des dernières lignes de la communication, elles sont très vraies : la patience, la minutie, la persévérance sont les premières conditions pour réussir.

M. le Dr CALOT (de Berck-sur-Mer). — J'ai abandonné depuis près de deux ans les interventions sanglantes dans le traitement des tumeurs blanches, en m'appuyant sur les considérations suivantes. Les arthropathies tuberculeuses sont, au point de vue anatomo-pathologique, des abcès froids des articulations. Cela est évident, lorsqu'il existe un épanchement (pus caséux ou liquide séro-sanguinolent) dans la cavité articulaire. Mais cela est également vrai, lorsque cet épanchement n'existe pas encore, lorsque la synoviale et les extrémités osseuses sont simplement tapissées de fongosités. Dans ce dernier cas, la cavité de l'abcès est simplement virtuelle ; mais l'élément caractéristique de l'abcès froid, c'est-à-dire la paroi contaminée, la paroi active, existe. De là, à appliquer aux tumeurs blanches le traitement reconnu le meilleur pour les abcès froids en général, il n'y avait qu'un pas.

Le traitement le meilleur des abcès froids n'est plus l'intervention sanglante, so-disant radicale, qui est trop souvent infidèle, et qui cause toujours une perte de substance, et des délabrements trop considérables. Le traitement le meilleur n'est pas non plus l'expectation simple. Mon attitude est la même en présence des tumeurs blanches. Si je repousse, pour les raisons données plus haut, l'intervention sanglante, trop souvent infidèle, et compromettant toujours gravement l'intérêt orthopédique des malades, je repousse également l'absence de toute thérapeutique active, c'est-à-dire la seule immobilisation de la jointure malade avec ou sans compression, avec ou sans topiques et révulsifs. Comme pour les abcès froids en général, le meilleur traitement, celui qui guérit le plus souvent les tumeurs blanches, et laisse les membres les plus utiles, c'est incontestablement la ponction suivie d'injections modificatrices, ponction et injections faites dans l'intérieur de la cavité articulaire.

On trouvera dans la thèse de mon interne Dulac une quarantaine d'observations de tumeurs blanches ainsi traitées, qui viennent confirmer ce que la théorie nous avait fait entrevoir. Sur 40 tumeurs blanches, la guérison a été 39 fois obtenue par ce seul traitement ; dans un seul cas, chez un homme de 30 ans, et pour une tumeur blanche datant de 5 ans, en raison de dispositions anatomiques rendant ce traitement difficile, j'ai dû recourir ultérieurement à une résection, ou plutôt à une arthrectomie.

Quant aux résultats orthopédiques, ils ont été des plus remarquables. Non seulement le membre a conservé sa forme, sa longueur et sa solidité ; mais, dans près de 1/4 des cas, les jointures ont recouvré la totalité ou la presque totalité de leurs mouvements. Et nous espérons bien obtenir davantage, au point de vue orthopédique, dans l'avenir, parce que nous rechercherons le retour des mouvements ; car jusqu'ici, lorsqu'ils se sont rétablis, c'est spontanément, sans que nous n'ayons rien fait pour cela.

La technique des injections est la même sensiblement que s'il s'agissait du traitement d'un abcès froid ; les mêmes aussi les liquides employés. Nous nous en tenons personnellement au naphthol camphré et à l'éther iodoformé, injectés en petite quantité à la dose de 1 à 10 grammes.

suivant l'âge des malades. Nous commençons par des injections de naphthol camphré, pratiquées après évacuation de la cavité articulaire, jusqu'à concurrence de 8 injections, les faisant à 2 à 3 jours d'intervalle l'une de l'autre. Après la huitième injection de naphthol camphré, nous faisons deux injections d'éther iodoformé. Puis, après avoir vidé complètement la cavité articulaire à 2 ou 3 reprises du liquide qu'elle continue à sécréter pendant quelque temps, après la dernière injection, nous faisons une bonne compression de la jointure avec de la ouate et des bandes plâtrées. La période des injections a duré de 25 à 30 jours ; la période des compressions dure environ 3 à 4 semaines. Après quoi le malade est laissé en liberté, le traitement fini.

S'il s'agit d'une tumeur blanche sèche, les 4 ou 5 premières injections d'une petite quantité de naphthol dans la cavité synoviale provoquent une sécrétion des parois de cette cavité et la production d'une sérosité brunâtre qui ramène ce cas au précédent. Dans le cas de tumeur blanche avec fistules, le traitement est plus long. La fistule est une complication imputable au médecin ; elle ne devrait jamais se produire. Lorsqu'elle existe, l'on arrive à la guérison avec des injections faites dans le trajet, de manière à ce que le liquide y séjourne. L'on trouvera le détail de cette technique dans mon livre de la *Coxalgie* et dans la thèse de mon interne, M. Lévy. Mais encore ici ce traitement est infiniment supérieur aux interventions sanglantes ; il demande seulement beaucoup plus de peine et de temps.

J'ai eu, il y a 15 mois, à soigner un homme de 33 ans, qui portait 9 fistules au niveau du tiers inférieur de la jambe droite, et sur toute la longueur du pied ; ces fistules existaient sans qu'elles se fussent jamais fermées depuis 21 ans. On allait l'amputer au genou ou à la cuisse, lorsque je l'ai vu. Par des injections faites patiemment pendant près de 10 mois, je l'ai guéri ; il y a cinq mois que la guérison se maintient.

Il n'y a pas de véritable contre-indication à ce mode de traitement. Mais il est des cas où il est anatomiquement inapplicable : par exemple, lorsqu'il s'agit d'une tumeur blanche sans épanchement de l'articulation coxo-fémorale. L'on ne peut pas injecter sérieusement le liquide dans la cavité synoviale si serrée et si profonde de cette hanche malade. En outre, et pour d'autres jointures même, il existe des cas où la cavité synoviale est cloisonnée, et est difficile à atteindre en son entier. Les douleurs et le mouvement fébrile qui surviennent parfois pendant le traitement ne sont pas des contre-indications ; mais ces phénomènes commandent d'espacer les injections, et de diminuer la quantité de liquide injecté.

Qu'il me soit permis d'indiquer comme la plus sérieuse contre-indication de ce traitement la minutie, l'effort, la persévérance, et surtout le temps qu'il demande de la part du chirurgien, et c'est en réalité pour cette raison qu'il ne sera pas facilement adopté d'une manière générale.

Rappelez-vous ce malade qui avait des fistules depuis 21 ans. Il m'a fallu 10 mois de peine et de pensements fastidieux pour arriver à le guérir. Au chirurgien qui allait l'amputer, il aurait pris 10 minutes de son temps. Il est vrai que je lui ai sauvé son pied et sa jambe.

Dr BUREAU.

Notre confrère le Dr Triaire nous signale une curieuse satire qu'il a trouvée dans les *œuvres comiques, galantes et littéraires de Cyrano de Bergerac*. (Paris, Delahaye, 1858.) Le héros de E. Rostand aurait été également sur ce terrain le précurseur de Molière.

### Contre les médecins

Monsieur,

Puisque je suis condamné (mais ce n'est que du médecin, dont j'appellerai plus aisément que d'un arrêt pré-vôtal), vous voulez bien que, de même que les criminels qui prêchent le peuple quand ils sont sur l'échelle, moi qui suis entre les mains du Bourreau, je fasse aussi des remontrances à la jeunesse. La Fièvre et le Drogueur me tiennent le poignard sur la gorge avec tant de rigueur, que j'espère d'eux qu'ils ne souffriront pas que mon discours vous puisse ennuyer. Il ne laisse pas, Monsieur le Gradué, de me dire que ce ne sera rien, et proteste cependant à tout le monde que, sans miracle, je n'en puis relever. Leurs présages, toutefois, encore que funestes, ne m'alarment guère ; car je connois assez que la souplesse de leur art les oblige de condamner tous leurs Malades à la mort, afin que, si quelqu'un en échappe, on attribue la guérison aux puissans remèdes qu'ils ont ; et, s'il meurt, chacun s'écrie que c'est un habile homme et qu'il l'a voit bien dit. Mais admirez l'effronterie de mon Bourreau ; plus je sens empirer le mal qu'il me cause par ses remèdes, et plus je me plains d'un nouvel accident, plus il témoigne s'en réjouir et ne me panse d'autre chose que d'un *Tant mieux !* Quand je lui raconte que je suis tombé dans un syncope léthargique qui m'a duré près d'une heure, il répond que c'est bon signe. Quand il me voit entre les ongles d'un flux de sang qui me déchire : « Bon ! dit-il, cela vaudra une saignée ! » Quand je m'attriste de sentir comme un glaçon qui me gagne toutes les extrémités, il rit, en m'assurant qu'il le savoit bien, que ses remèdes éteindraient ce grand feu. Quelque fois même que, semblable à la Mort, je ne puis parler, je l'entends s'écrier aux miens qui pleurent de me voir à l'extrémité : « Pauvres nigauds que vous êtes, ne voyez-vous pas que c'est la fièvre qui tire aux abois ? » Voilà comme ce traître me berce ; et cependant, à force de me bien porter, je me meurs. Je n'ignore que j'ai grand tort d'avoir réclamé mes ennemis à mon secours. Mais quoi ? pouvois-je deviner que ceux dont la science fait profession de guérir l'emploieront toute entière à me tuer ? car, hélas ! c'est ici la première fois que je suis tombé dans la fosse ; et vous le devez croire, puisque si j'y avais passé quelque autrefois, je ne serois plus en état de m'en plaindre. Pour moi, je conseille aux foibles Lutteurs, afin de se venger de ceux qui les ont renversés, de se faire Médecins, car je les assure qu'ils mettront en terre ceux qui les y avoient mis. En vérité, je pense que de songer seulement quand on dort, qu'on rencontre un médecin, est capable de donner la fièvre. À voir leurs animaux étiques, affublés d'un long drapeau mortuaire, soutenir immobilement leur immobile maître, ne semble-t-il pas d'une bière où la Parque s'est mise à califourchon, et ne peut-on pas prendre leur houssine pour le guidon de la mort, puisqu'elle sert à conduire son lieutenant ? C'est pour cela sans doute que la police leur a commandé de monter sur des mules et non pas sur des caïques, de peur que la race des Gradués venant à croître, il y eût à la fin plus de bourreaux que de patients,



Oh ! quel contentement j'aurais d'anatomiser leurs mules, ces pauvres mules qui n'ont jamais senti d'aiguillon, ni dedans, ni dessus la chair, parce que les éperons et les bottes sont des superfluités que l'esprit délicat de la Faculté ne sauroit digérer ! Ces Messieurs se gouvernent avec tant de scrupule, qu'ils font même observer à ces pauvres bêtes (parce qu'elles sont leurs domestiques) des jeûnes plus rigoureux que ceux des Ninivites et quantité de très longs, dont le Rituel ne s'étoit point souvenu : ils leur attachent, par les diètes, la peau tout à cru dessus les os, et ne nous traitent pas mieux, nous qui les payons bien ; car ces Docteurs morfondus, ces médecins de neige ne nous font manger que de la gelée. Enfin, tous leurs discours sont si froids, que je ne trouve qu'une différence entre eux et les peuples du Nord, c'est que les Norvégiens ont toujours les mules aux talons, et qu'eux ont toujours les talons aux mules. Ils sont tellement ennemis de la chaleur, qu'ils n'ont pas sitôt connu dans un malade quelque chose de tiède, que comme si ce corps étoit un Mont-Gibel, les voilà tous occupés à saigner, à clistériser, à noyer ce pauvre estomac dans le séné, la casse, la tisane, et à débilitier la vie pour débilitier, disent-ils, ce feu qui prend nourriture, tant qu'il rencontre de la matière ; de sorte que, si la main toute expresse de Dieu les fait rajamber vers le monde, ils l'attribuent aussitôt à la vertu des réfrigératifs dont ils ont assoupi cet incendie.

Ils nous dérobent la chaleur et l'énergie de l'être qui est au sang : ainsi, pour avoir été trop saignées, nos âmes, en s'envolant, servent de volant aux palettes de leurs chirurgiens. Eh bien, Monsieur, que vous en semble ? Après cela, n'avons-nous pas grand tort de nous plaindre de ce qu'ils demandent dix pistoles pour une maladie de huit jours ? N'est-ce pas une cure à bon marché où il n'y a point de charge d'âmes ? Mais confrontez un peu, je vous prie, la ressemblance qu'il y a entre le procédé des drogueurs et le procédé d'un criminel. Le médecin, ayant considéré les urines, interroge le patient sur la selle, le condamne ; le Chirurgien le bande et l'Apothicaire décharge son coup par derrière. Les affligés même, qui pensent avoir besoin de leur chicane, n'en font pas grande estime. A peine sont-ils entrés dans la chambre qu'on tire la langue au Médecin, on tourne le cul à l'Apothicaire et l'on tend le poing au Barbier. Il est vrai qu'ils s'en vengent de bonne sorte : il en coûte toujours au railleur le cimetière. J'ai remarqué que tout ce qu'il y a de funeste aux enfers est compris au nombre de trois ; on y voit trois fleuves, trois chiens ; trois juges, trois Parques, trois Gerions, trois Hécates, trois Gorgones, trois Furies. Les fléaux dont Dieu se sert à punir les hommes sont divisés aussi par trois ; la peste, la guerre et la faim ; le monde, la chair et le diable ; la foudre, le tonnerre et l'éclair ; la saignée, la médecine et le lavement.

Enfin trois sortes de gens sont envoyés au monde tout exprès, pour martyriser l'homme pendant la vie : l'Avocat tourmente la bourse, le Médecin le corps, et le Théologien l'âme. Encore ils s'en vantent, nos écuyers à mules ! car, comme un jour le mien entroit dans ma chambre, sans autre explication, je ne lui fis que dire : *Combien ?* L'impudent meurtrier, qui comprit aussitôt que je lui demandais le nombre de ses homicides, empoignant sa grosse barbe, me répondit : *Autant !* Je n'en fais point, continua-t-il, la petite bouche, et pour vous montrer que nous apprenons aussi bien que les Escrimeurs, l'art de tuer, c'est que nous exerçons, de même qu'eux, toute notre vie, sur la tierce et sur la quarte. » La réflexion que je fis sur l'innocence effrontée de ce personnage fut que si d'autres disoient moins, ils en font bien autant ; que celui-là se con-

tentoit de tuer, et que ses camarades joignoient au meurtre la trahison ; que qui voudroit écrire les voyages d'un Médecin, on ne pourroit pas les compter par les épitaphes de sa paroisse, et qu'enfin, si la fièvre nous attaque, le Médecin nous tue et le Prêtre en chante. Mais ce seroit peu à madame la Faculté d'envoyer nos corps au sépulchre si elle n'attentoit sur notre âme.

Le Chirurgien enrageroit, plutôt qu'avec sa charpie tous les blessés qui font naufrage entre ses mains ne fussent trouvés morts couchés avec leurs tentes. Concluons donc, Monsieur, que, tantôt ils envoient et la Mort et sa faux ensevelies dans un grain de mandragore, tantôt liquéfiée dans le canon d'une seringue, tantôt sur la pointe d'une lancette ; que, tantôt, avec un juillet, ils nous font mourir en octobre, et qu'enfin ils sont accoutumés d'envelopper leurs venins dans de si beaux termes, que dernièrement je pensois que le mien m'eût obtenu du Roi une Abbaye commendataire, quand il m'assura qu'il m'alloit donner un Bénéfice de ventre. Oh ! qu'alors j'eusse été réjoui si j'eusse pu trouver à le battre par équivoque, comme fit une Villageoise à qui un de ces Bateleurs demandant si elle avoit du poulx, elle lui répondit avec force soufflets et force égratignures, qu'il étoit un sot, et qu'en toute sa vie elle n'avoit jamais eu ni poulx, ni puces ! Mais leurs crimes sont trop grands pour ne les punir qu'avec des équivoques ; citons-les en justice de la part des Trépassés. Entre tous les humains ils ne trouveront pas un Avocat ; il n'y aura Juge qui n'en convainque quelqu'un d'avoir tué son père ; et, parmi toutes les pratiques qu'ils ont couchées au cimetière, il n'y aura pas une tête qui ne leur grince les dents. Que les pussent-elles dévorer ! Il ne faudroit pas craindre que les larmes qu'on jetteroit de leur perte fissent grossir les rivières : on ne pleure, aux trépas de ces gens-là, que de ce qu'ils ont trop vécu. Ils sont tellement aimés, qu'on trouve bon tout ce qui vient d'eux, même jusqu'à leur mort ; comme s'ils étoient d'autres Messies, ils meurent aussi bien que Dieu pour le salut des hommes. Mais, bons Dieux ! n'est-ce pas encore là mon mauvais Ange qui s'approche ? Ah ! c'est lui-même ! je le connois à sa soutane. *Vade retro, Satanas !* Champagne, apportez-moi le bénitier. Démon gradué, je te renonce ! Oh ! l'effronté Satan ! Ne me viens-tu pas encore donner quelque aposume ? Miséricorde ! c'est un Diable huguenot, il ne se soucie point de l'eau bénite ! Encore, si j'avois des poings assez roides pour former un casse-museau ; mais, hélas ! ce qu'il m'a fait avaler s'est si bien tourné en ma substance, qu'à force d'user de consommés, je suis tout consommé moi-même. Venez donc vite à mon secours, ou vous allez perdre,

Monsieur,

Votre plus fidèle serviteur,

D. C. D. B.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

EXPOSÉ FINANCIER. — HISTORIQUE

Fondée en 1884, la Caisse de retraite publiait son premier bilan le 31 décembre de la même année, bilan arrêté au chiffre de F. 21,417 66.

Pendant dix ans accumulant ses cotisations, ses revenus, plaçant au fur et à mesure, capitalisant en un mot, elle constituait une véritable fortune, et soldait son bilan au 31 décembre 1894 par le chiffre de F. 524,360 98.

A partir de 1894 commence le service des retraites, et la première année elle sert des retraites pour la somme de F. 5,243.

En 1897, vingt-un retraités se partagent la somme de F. 15,395 90.

Ce qui n'empêche pas la fortune de l'Association de s'accroître dans une proportion considérable, puisque le bilan de l'année dernière se soldait au 31 décembre par le chiffre de F. 688,103 64.

Et que, aujourd'hui (juillet 1898), il dépasse la somme de F. 730,000.

Telle est l'histoire financière de notre œuvre, résumée en quelques gros chiffres.

Elle a servi depuis 1894 une somme de F. 46,616 30 à ses retraités.

Sa fortune s'élève à plus de F. 730,000.

Ses revenus à près de F. 20,000.

La Caisse de réserve, dont le but est d'assurer le service des retraites en cas d'insuffisance des revenus ordinaires, a reçu l'année dernière F. 50,000.

En trois ans son capital s'est élevé à F. 157,167 63.

On voit que l'avenir est assuré.

Le Capital inaliénable possède une fortune de F. 525,246 87.

Enfin la Caisse auxiliaire a une encaisse de F. 4,989 14.

Cette Caisse auxiliaire, nous allons dire ce qu'elle a fait cette année :

Elle a payé une retraite de F. 1,146, à M. le Dr X... qui, âgé de quarante-neuf ans seulement, se trouve, par le fait d'une maladie incurable, dans l'impossibilité absolue de travailler.

Elle a payé une retraite de F. 1,200 à M. le Dr Y..., âgé de cinquante-neuf ans, qui se trouvait dans le même cas que le premier.

Elle a versé les cotisations de deux membres qui sont dans une situation très embarrassée.

Elle a versé la cotisation de M<sup>me</sup> veuve N..., membre de la Caisse de retraite ; son mari est mort l'année dernière, la laissant dans une situation difficile, avec de jeunes enfants à élever. Le Conseil d'administration a décidé que ses cotisations seraient versées par la Caisse auxiliaire, pour lui permettre d'arriver à l'âge de la retraite.

Quelle est donc la Compagnie d'assurances sur la vie qui permettra à son Conseil d'administration de pareilles générosités ? Et l'Etat lui-même, ce père de famille par excellence, demandez donc à sa Caisse de vieillesse l'autorisation de suspendre vos versements tout en conservant vos droits !

Par là, encore une fois, la Caisse de retraite du Corps médical français se distingue de toute autre institution financière, et nous prions nos confrères de vouloir bien retenir ce point très important.

Telle est donc l'organisation, tel est le fonctionnement, telle est l'histoire de la Caisse des Pensions.

Nous avons établi que l'œuvre est sérieuse, qu'elle offre une sécurité absolue, qu'elle est actuellement en pleine prospérité, qu'elle a tenu en un mot jusqu'à présent ce qu'elle promettait à ses débuts.

Que penser maintenant de son avenir ? Peut-on affirmer qu'il sera aussi brillant que l'a été son passé ?

Ceci est une question de chiffres. Pour le moment et pendant de nombreuses années, il est absolument certain que la Caisse des Pensions suivra sa marche normale, c'est-à-dire une progression toujours ascendante.

Voyons, par exemple, ce qui va se passer pendant dix ans encore :

Avec les chiffres actuels, qu'on peut considérer comme minima pour cette période décennale, le Capital inaliénable va s'augmenter d'environ F. 15,000 par an et la Caisse de réserve d'environ 50,000.

Dans dix ans, le Capital inaliénable sera donc porté à F. 675,000 environ et la Caisse de réserve à F. 650,000, soit un total de plus de F. 1,300,000.

Les revenus du portefeuille iront toujours en augmentant ; cela va de soi. Aujourd'hui de F. 20,000, ils seront dans dix ans de F. 40,000 environ et suffiront encore comme aujourd'hui au service des retraites.

On pourrait suivre ainsi indéfiniment la marche de la Caisse, et l'on se convaincrerait qu'elle est assurée pour l'avenir à peu près dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui.

Que si, dans un laps de temps qu'il est difficile d'évaluer, les revenus du portefeuille se trouvaient insuffisants pour servir les retraites, qu'arriverait-il ?

La Caisse de réserve serait appelée à les fournir, ou plutôt à fournir les fonds supplémentaires, soit quelques milliers de francs par an.

Mais, à ce moment, cette Caisse de réserve aurait un très gros capital, F. 700,000 ou 800,000 au moins. Ce capital, encore une fois, ne serait entamé que par fractions tous les ans. On voit donc que nos arrière-neveux trouveraient encore de quoi y puiser.

Que si, enfin, par impossible, le fonctionnement de la Caisse devait s'arrêter, que l'on fût forcé d'arriver à une liquidation, eh bien ! l'affaire ne serait pas quand même mauvaise.

Il est très évident qu'on n'attendrait pas pour cela l'épuisement entier des réserves.

On se trouverait donc en présence d'un capital inaliénable intact, mettons F. 700,000 ; d'un capital de réserve de F. 300,000 environ.

Soit un million à partager au prorata de leurs versements à tous les membres participants.

Soit le remboursement très large en capital et intérêts de tout l'argent qu'ils auraient pu verser.

Ces calculs, que nous faisons pour une période décennale, pourraient se poursuivre pour des périodes indéfinies ; ils seraient absolument les



mêmes, et nous arriverions à des résultats à peu près identiques. Les chiffres devraient être simplement grossis.

On le voit, de quelque manière que l'on tourne la question, quelque éventualité que l'on suppose pour l'avenir, l'affaire est excellente au point de vue financier.

Nous avons vu, d'autre part, qu'elle est excellente au point de vue professionnel.

Les institutions de prévoyance ne sauraient être trop encouragées, et nous comptons que l'Association générale des Médecins de France, les Sociétés locales, les Syndicats, les Facultés voudront bien prêter l'appui de leur influence à la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français.

Par l'organe de son très distingué Secrétaire général, l'Association générale a rendu hommage à notre œuvre et dit d'elle le bien qu'elle mérite.

Quelques Sociétés locales, la Gironde et l'Oise entre autres, se sont inscrites parmi les bienfaiteurs.

Le *Concours médical*, le *Journal de Médecine de Bordeaux*, le Syndicat de Château-Chinon ont fait de même.

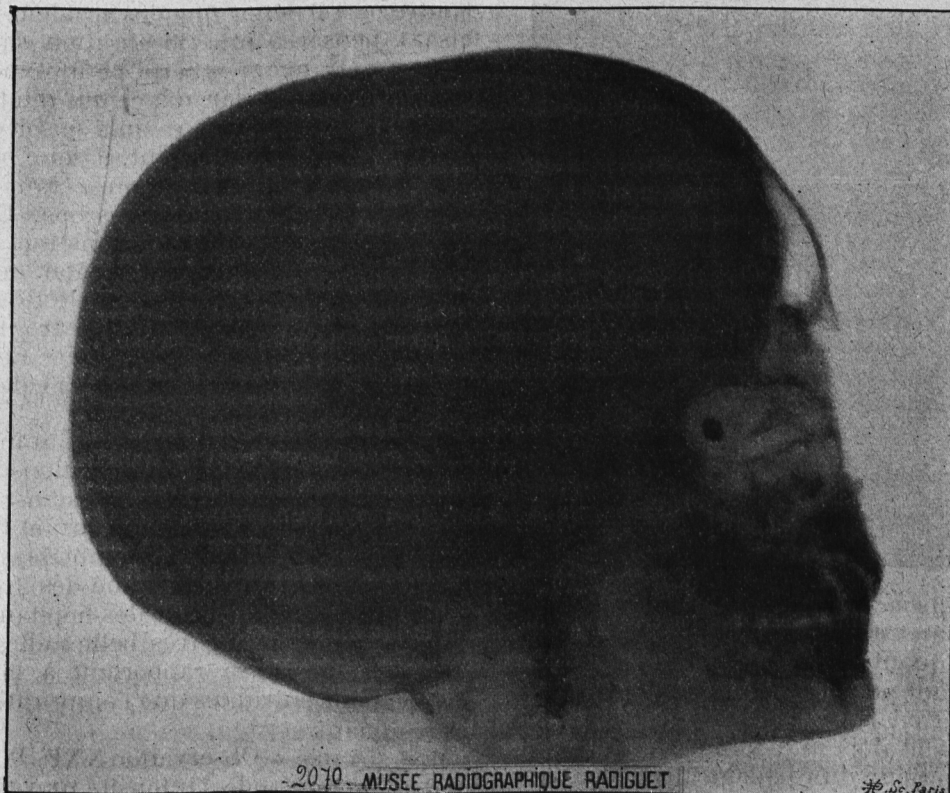
Forte de tous ces encouragements et de ces appuis, la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical français fait appel à tous, corporations et confrères.

Le Comité Directeur compte que cet appel sera entendu et provoquera l'inscription d'un grand nombre d'adhérents.

## RADIOGRAPHIE — RADIOSCOPIE

La thèse du docteur Mignon est sans contredit l'ouvrage le plus complet que nous possédions sur l'examen radioscopique et radiographique des voies respiratoires et de leurs annexes. C'est pourquoi je puiserai encore dans ce travail les éléments de cet

article, d'autant que M. Radiguet (1), toujours aussi complaisant que par le passé pour les lecteurs de la *Gazette Médicale du Centre*, a bien voulu m'envoyer les trois clichés radiographiques ci-dessous, qui ont paru dans cette thèse.



La première photographie représente la tête d'un jeune homme de 20 ans, dans le *Sinus maxillaire* duquel était venue se loger une balle de carabine bosquette, tirée presque à bout portant (Obs. XVII.)

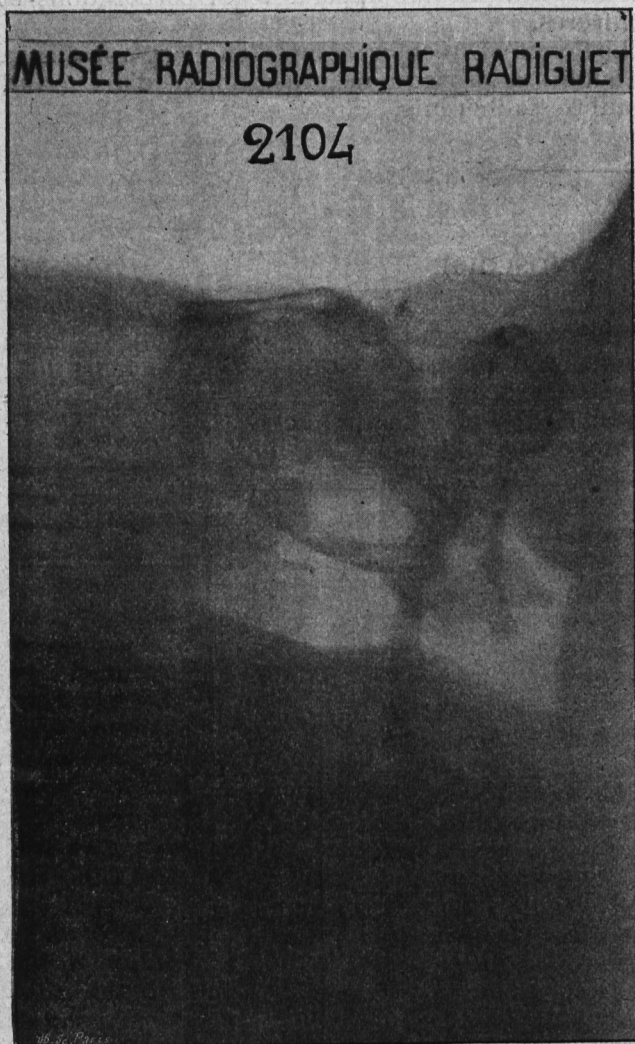
L'auteur rapporte plusieurs observations de sinu

sités purulentes dans lesquelles l'écran, placé au devant de la face, l'ampoule étant derrière le malade, a montré de l'opacité du côté du sinus malade.

(1) M. Radiguet, fabricant d'instruments de radioscopie et d'électricité médicale, 13, Boulevard des Filles-du-Calvaire, Paris.

Dans un cas de Scheier on a pu voir, sur le plancher du sinus maxillaire, une ombre représentant un fragment de canule de trois centimètres, situé sur la partie moyenne du plancher. On faisait au malade des lavages du sinus maxillaire en introduisant la canule par les fosses nasales ; celle-ci s'étant rompue était restée dans le sinus.

Segond (Société de chirurgie, février 1898) a présenté la radiographie d'un sinus maxillaire contenant une canule d'argent oubliée.



L'examen du *Larynx* donne des résultats variables suivant l'âge du sujet. Chez le fœtus on ne voit aucune ombre indiquant la présence de cartilages ; chez l'enfant ils sont presque complètement traversés et on ne peut rien distinguer au-dessous de cinq ans. A 6 ans, on voit déjà une teinte légère au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Chez un enfant de 11 ans on peut distinguer le cricoïde et suivre les mouvements d'élévation et d'abaissement de l'organe au moment de la déglutition.

Chez l'adulte, lorsque la région est peu chargée de muscles et surtout de graisse, on distingue assez facilement les cartilages thyroïdes et cricoïdes,

même les aryténoïdes et l'épiglotte ; ceux-ci deviennent encore plus nets sur le vieillard, à mesure que l'ossification se produit : la partie antérieure du thyroïde est alors aussi sombre que l'os hyoïde, le bord supérieur de l'épiglotte se détache plus nettement, enfin la partie postérieure du cricoïde se détache nettement de l'espace clair du pharynx. La photographie, reproduite ici, représente le larynx d'un vieillard de 80 ans.

Scheier a publié la photographie d'une fracture du larynx. Il est facile de constater sur l'épreuve qu'une corne du cartilage thyroïde est fracturée.

Le même auteur a publié la radiographie d'un corps étranger du larynx. Il s'agit d'une aiguille implantée entre les cartilages aryténoïdes, parallèlement à la direction des cordes vocales. L'expérience faite sur le cadavre prouve la possibilité de voir un corps étranger du larynx.

Macintyre a vu, sur le vivant, une épingle logée dans le larynx, immédiatement au-dessous de son bord supérieur ; le malade ressentait une grande douleur en avalant.

Dans certains cas, le diagnostic entre les corps étrangers des voies digestives et des voies aériennes ne pourra être fait que par les rayons de Roentgen. Il peut arriver que tout en étant dans l'œsophage le corps laisse bien passer les aliments et que d'autre part il détermine des accidents respiratoires faisant penser à une localisation dans la trachée. Le corps étranger peut être petit et inclus dans l'un des ventricules du larynx, ce qui rend l'examen ordinaire difficile jusqu'à ce qu'il se soit déplacé. Enfin si le malade est un enfant, il sera beaucoup plus facile de le placer devant un écran radioscopique que de l'examiner au laryngoscope. Dans tous les cas, si le corps étranger est constitué par une substance opaque surtout par du métal, on le découvre aisément au moyen des rayons de Roentgen.

On observe quelquefois des troubles laryngés dépendant d'anévrismes de l'aorte. Ces anévrismes surtout au début sont parfois difficiles à diagnostiquer.

Le professeur Bouchard a communiqué à l'Académie des sciences des observations de tels anévrismes diagnostiqués par la radioscopie. Bécclère, en collaboration avec Barthélemy et Oudin, a communiqué également de semblables observations d'anévrismes ayant déterminé des troubles laryngés, à la Société médicale des hôpitaux.

On trouvera ici une très belle radiographie d'anévrisme de l'aorte, se rapportant à la seconde des observations suivantes que j'emprunte à Mignon en les résumant.

M. S...54ans.—(Observation XXI) (P.95). Depuis un an douleur profonde d'intensité moyenne à droite et en haut de la région cardiaque, depuis il a de la dyspnée sans accès de suffocation ni spasmes glottiques.

*Examen du malade.*—Légère cyanose à la suite d'exercices. Dysphagie légère, gêne précordiale avec douleur intermittente. A l'examen du thorax



on ne distingue pas de tumeur visible à l'extérieur. Battement expansif au-dessous de la base du cœur, un peu en retard avec la systole cardiaque. La pointe bat un peu au-dessous de la cinquième côte, très en dehors du mamelon.

Matité aortique un peu augmentée ; double souffle aortique ; le premier bruit du cœur est normal, le second exagéré avec maximum sous le manubrium. Léger retard du pouls radial à gauche.

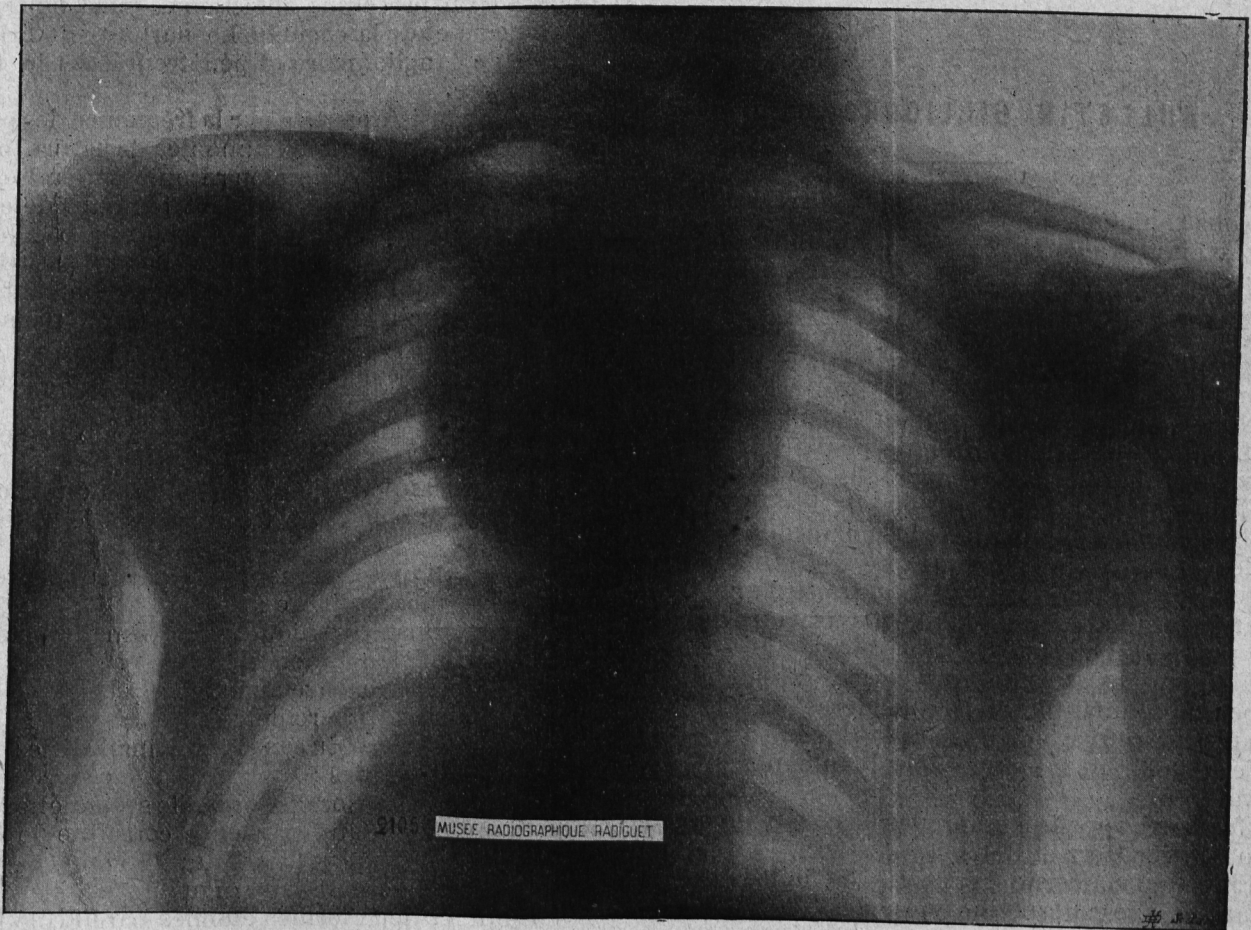
*Larynx.* — D'abord dysphonie intermittente puis voix bitonale ; maintenant aphonie. Paralyse gauche avec contracture de l'ary aryénoïdien.

Un médecin de l'hôpital Saint-Antoine était resté dans le doute au point de vue du diagnostic.

*L'examen aux rayons X* ne permet pas la moindre hésitation. En plaçant la face antérieure du thorax en contact avec l'écran, on constate un agrandissement considérable de l'ombre cardio-aortique. La partie supérieure de la tache remonte beaucoup plus que normalement : à la partie supéro-externe, on voit une expansion très exagérée de l'aorte qui est séparée de l'expansion de la pointe par une ligne de plusieurs centimètres immuable.

En arrière on voit la région du poumon gauche envahie en grande partie par la tache très étendue de l'aorte et du cœur. La teinte est plus foncée en arrière qu'en avant.

L'examen radioscopique complète donc avanta-



geusement l'étude des troubles laryngés, et permet de connaître d'une façon plus certaine la nature des accidents.

N..., 38 ans. — (Observation XXII). Depuis 2 ans douleurs thoraciques localisées en arrière, surtout au niveau des omoplates ; ces douleurs suivent les espaces intercostaux, mais siègent dans la profondeur. Essoufflement considérable et gêne dans la région cardiaque après un exercice un peu violent. Il y a quelques mois, il était souvent obligé de marcher complètement replié sur lui-même par suite des douleurs violentes ressenties.

*Etat actuel.* — Matité cardiaque très augmentée,

battement aortique intense avec thrill terminé par un claquement ayant son maximum au niveau de la poignée du sternum ; pas de souffle aux sièges des orifices cardiaques. En arrière, le long de la colonne vertébrale, on entend un souffle systolique se propageant jusqu'au niveau des dernières vertèbres dorsales. Les deux pouls sont à peu près identiques et réguliers, pas d'asynchronisme.

Le malade a eu quelques accès de dysphonie et actuellement sa voix est sourde, mais non bitonale. Légère parésie de la corde gauche.

Après avoir fait l'examen radioscopique du thorax, nous avons prié M. Radiguet de vouloir bien

prendre la radiographie de ce malade, radiographie que nous avons présentée à la Société anatomique en raison de sa grande netteté. (Voir la photographie.)

Cette photographie est encore plus nette que la radioscopie, mais celle-ci avait l'avantage de déceler l'expansion de la poche anévrysmale immédiatement après la systole.

Il y a peu de jours nous avons pu examiner un cas très semblable aux deux cas signalés ci-dessus dans le laboratoire de radioscopie de la maison de santé Saint-Gatien.

Nous espérons pouvoir en publier plus tard l'observation.

X.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nous signalons à nos confrères l'apparition d'une revue bimestrielle *La Tuberculose infantile* publiée sous la direction du Dr Léon Derecq et du Dr Georges Petit.

Nos confrères semblent avoir comblé heureusement une lacune par leur publication soignée et d'une lecture intéressante.

Nous y puisons l'analyse d'un travail publié par le Dr Karl Giarré de la clinique pédiatrique de Florence sur la *Tuberculose infantile*.

L'auteur s'efforce de bien établir les différences qui séparent la tuberculose des enfants de la tuberculose des adultes ; il estime que ce problème est d'autant plus important qu'il est traité d'une façon bien insuffisante dans les récents travaux qui ont été publiés à ce sujet.

L'auteur insiste tout d'abord sur ce fait que la tuberculose infantile était considérée comme rare avant la découverte de Koch ; plus tard on a reconnu qu'elle était plus fréquente chez les enfants qu'on ne l'avait cru.

L'auteur rappelle à ce propos les statistiques de von Schwer Herz et Bolts.

En ce qui concerne l'étiologie de la tuberculose infantile, elle est la même que celle de la tuberculose des adultes. L'auteur discute ensuite l'influence de certaines maladies infectieuses et particulièrement de la rougeole et de la coqueluche.

Quant aux différences que présente la tuberculose infantile d'avec la tuberculose des adultes, elles seraient, d'après Giarré, les suivantes :

1° La grande tendance du processus tuberculeux à la généralisation ; cette tendance qu'on observe dès la naissance est également constatée chez des enfants qui n'ont pas dépassé l'âge de sept ans. A partir de cet âge, cette tendance diminue progressivement.

C'est ce qui fait qu'on observe fréquemment chez les enfants la tuberculose miliaire aiguë ou la tuber-

culose généralisée chronique, tandis que la tuberculose chronique, soit pulmonaire, soit intestinale, s'observe plus rarement.

2° La grande part que prennent les ganglions (surtout des ganglions péribronchiques qu'on trouve presque toujours atteints) au processus tuberculeux (la micropolyadénite périphérique) part si fréquemment observée qu'un grand nombre d'auteurs modernes considèrent l'adénite comme le premier stade de l'infection tuberculeuse. Plus encore. D'après Weigert et Michaël, les bacilles se localiseraient primitivement presque toujours dans les ganglions trachéaux et bronchiques. Ils y resteraient plus ou moins longtemps jusqu'au moment où, sous l'influence d'un processus infectieux quelconque (de la rougeole et de la coqueluche surtout), ils brisent la capsule ganglionnaire et pénètrent dans le tissu pulmonaire.

L'auteur insiste ensuite sur la fréquence des pneumonies et des broncho-pneumonies de nature tuberculeuse qui, d'après l'opinion récemment émise par A. Tränkel et G. Troje, seraient toujours déterminées non pas par l'action combinée du bacille de Koch et de l'un des microbes pathogènes de la pneumonie qui l'accompagnent habituellement (diplocoque, staphylocoque, streptocoque) mais par l'action exclusive du bacille de Koch.

L'auteur passe ensuite en revue les formes cliniques de la tuberculose infantile :

1° L'adénopathie trachéo-bronchiale tuberculeuse ;

2° La tuberculose généralisée chronique, forme qu'on observe bien plus fréquemment chez les enfants ;

3° La tuberculose pulmonaire qui se subdivise en :

a) Tuberculose miliaire ;

b) Tuberculose chronique avec formation de cavernes ou phtisie pulmonaire ;

c) Pneumonie caséuse aiguë ;

4° La pleurésie tuberculeuse ;

5° La tuberculose du canal intestinal et des ganglions mésentériques ;

6° La tuberculose localisée dans le système nerveux dont la méningite tuberculeuse constitue le complexe clinique le plus fréquent ;

7° La tuberculose miliaire aiguë ;

8° Enfin les deux formes établies par l'Ecole française de tuberculose infantile généralisée : 1° typho-tuberculose ou fièvre tuberculeuse continue, et 2° fièvre infectieuse tuberculeuse suraiguë.

L'auteur termine son travail en rapportant l'histoire détaillée de 17 cas de tuberculose infantile de différentes formes qu'il a eu l'occasion d'observer dans la clinique infantile de Florence.

A.-P. PETRIDIS : *Recherches bactériologiques sur la pathogénie de la dysenterie et de l'abcès du foie d'Égypte*. Alexandrie, 1898.

Voici le résumé des conclusions de ce très intéressant travail :



La dysenterie endémique de l'Egypte est d'origine microbienne.

Le streptocoque joue le plus grand rôle. Les amœbes n'ont aucune action pathogène.

Ces conclusions découlent de ce qu'on peut produire une dysenterie en injectant dans le rectum du chat :

1° Du pus hépatique de l'homme, stérilisé ou non et sans amœbes ;

2° Du pus hépatique de l'homme, stérilisé par la chaleur ;

3° Des matières dysentériques à amœbes ou sans amœbes stérilisées ou non ;

4° Des streptocoques en culture ;

5° Du pus d'une arthrite purulente ou d'un phlegmon.

Le rôle du streptocoque est démontré par ce fait qu'en injectant dans le rectum ou dans la fosse ischio-rectale d'un chat une culture pure de streptocoques on obtient dans la moitié des cas, une dysenterie typique et dans l'autre moitié une dysenterie légère.

L'abcès du foie d'Egypte n'est autre qu'un abcès ordinaire quelconque d'origine microbienne ayant pour facteur principal le streptocoque et quelquefois le staphylocoque.

Les abcès du foie sont presque toujours le résultat de la dysenterie.

*De quelques névropathies et de leurs rapports avec les lésions congénitales et héréditaires du cœur*, par le Dr RIBEROLLES (de la Bourboule) ; Paris, inst. int. de bibl. scient. 1898.

Le Dr Riberolles a trouvé relation des cardiopathies héréditaires avec les affections nerveuses :

Pour les convulsions, 48 fois sur 71

— le méningisme, 20 — 27

— la chorée, 27 — 38

— l'hystérie, 11 — 11

— l'éclampsie, 12 — 12

etc., etc.

Il conclut de cela qu'il n'y a pas simple coïncidence, mais relation de cause à effet.

*De l'hémorragie interne dans les cas de placenta prævia*, par le Dr LOP ; Paris, G. Carré, 1898.

Le Dr Lop rapporte 2 intéressantes observations dans lesquelles la mort des parturientes est imputable à l'ignorance des sages-femmes appelées.

Le traitement doit être envisagé pendant la grossesse et pendant le travail. Pendant la grossesse peu à faire. Si l'hémorragie n'est pas trop abondante : repos au lit, injections chaudes. S'il y a de l'albuminurie, régime lacté.

Si l'hémorragie continue malgré les soins, il faudra rompre les membranes.

Dans le cas d'insuffisance de l'ouverture du col pour faire la perforation, on pratiquera le tamponnement vaginal.

Après la perforation, si le travail ne se produit pas, s'il y a de la fièvre, de l'odeur, la *provocation du travail* s'impose.

Lorsque le travail est déclaré, et que, malgré la rupture de la poche des eaux, l'hémorragie continue, il faut pratiquer la version bi-polaire.

Si la spoliation sanguine a été considérable, on aura recours au sérum artificiel.

*Troubles de l'innervation du pneumogastrique dans la dolhiérentérie*, par le Dr G. MONTEUX et P. A. LOP. (Tirage à part de la *Revue de Médecine*).

« La fièvre typhoïde, indépendante des complications nerveuses classiques, connues depuis Gubler, Leudet, Landouzy, Pitres et Vaillard, peut présenter, dans son décours, des troubles de l'innervation des pneumogastriques : paralysie, parésie ou excitation.

« Ces troubles ont une symptomatologie complexe, suivant le département atteint : vomissements, hoquets, dyspnée, tachycardie. Ils réclament une médication énergique : révulsion sous toutes les formes et, plus spécialement, mouches à la nuque, aux régions cardiaque et épigastrique, pointes de feu qui, chez notre première malade, mirent seules fin aux crises d'oppression, injections sous-cutanées de strychnine et de caféine. »

*La fièvre typhoïde, la tuberculose et la malaria devant l'hygiène*, par le Dr SOLMON ; Paris, Maloine, éditeur, 1898.

Ce travail plein d'intérêt et de renseignements utiles se termine par cette conclusion :

« Pénétrons-nous tous de cette idée que la plupart des maladies sont évitables ; en particulier que la fièvre typhoïde, la tuberculose, la malaria qui font à l'heure actuelle tant de victimes peuvent non seulement guérir par une thérapeutique habile, mais être surtout plus facilement évitées et qu'il est permis d'en espérer la disparition complète le jour où l'on voudra bien appliquer rigoureusement les règles prophylactiques de l'hygiène moderne ».

*La théorie de la Pathogénie fonctionnelle des déformations*, par le professeur JULIUS WOLFF (de Berlin). Traduit de l'allemand par le Dr BILHAUT, chirurgien de l'hôpital international.

L'auteur établit par l'anatomopathologie que la théorie de la pression, en vertu de laquelle on

admet l'atrophie osseuse par augmentation de la pression et de l'hypertrophie osseuse par suppression de la pression, est fausse.

L'étude du genu vulgum, de la scoliose montre que, tout au contraire, la pression agit comme la traction en amenant l'hypertrophie de la partie osseuse soumise à son influence.

*A propos d'un nouveau cas de tuberculide cutanée,* par le Dr MÉNEAU (de La Bourboule). (Extrait du Journal des maladies cutanées et syphilitiques).

L'étude des tuberculides est récente.

César Boeck de Christiania y fait le premier allusion en 1880, sous le nom de Lupus erythémateux disséminé.

Brocq en 1890 décrit l'affection sous le nom de folliculite disséminée symétrique des parties glabres à tendance cicatricielle.

Puis tour à tour elle est décrite sous les noms d'acutis, akné varioliformis, folliculis exulcerans, hydrodynites destinens suppurativa (Folitzer). Idrosadénite suppurative disséminée, etc.

L'affection se développe exclusivement chez des tuberculeux et paraît bien de nature tuberculeuse. Son histoire est encore à faire, et à ce titre l'observation de notre confrère mérite un intérêt particulier.

*Fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque. Clinique de la Faculté,* dirigée par le professeur A. PINARD. (Année 1897), par le Dr G. LEPAGE. STEINHEIL, éditeur.

Suivant l'habitude prise, M. le professeur Pinard publie la statistique complète de son service, faisant toucher ainsi du doigt les meilleurs résultats qu'une organisation irréprochable lui permet d'obtenir.

A ce premier document, M. le professeur Pinard ajoute les publications suivantes :

Son *Éloge de Stéphane Tarnier*.

De *l'Exploration externe en obstétrique*.

De *la Symphysiotomie à la clinique Baudelocque* du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1897.

Nous ne dirons rien du bel hommage rendu par l'éminent professeur à son maître Tarnier, ni de son étude magistrale du palper abdominal, dont il a le premier posé les principes et montré toute la valeur.

Nous nous arrêterons un peu plus sur l'étude consacrée à la symphysiotomie dans le service Baudelocque des deux dernières années.

21 symphysiotomies ont été pratiquées.

3 femmes sont mortes.

Sur 21 enfants, 17 ont été obtenus vivants par la symphysiotomie.

Et le Dr Pinard conclut de l'ensemble de ces six années d'expérience :

« Les indications de la symphysiotomie restent pour nous les mêmes. »

La discussion du congrès de Moscou me permet d'affirmer non sans une immense satisfaction que si les accoucheurs discutent encore sur les indications de la symphysiotomie, de l'opération césarienne et de l'accouchement prématuré dans la thérapeutique des viciations pelviennes, il n'en est aucun qui préconise la mort de l'enfant.

Je puis donc répéter :

L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu.

Et s'il en est encore qui ont recours à cette pratique que je ne veux pas qualifier, ils agissent dans l'ombre et se jugent eux-mêmes en n'ayant pas le courage de le dire.

## LE DOCTEUR CHABRIER

A Availles-Limouzines

(Vienne)

RECOMMANDE COMME NOURRICE AU SEIN

M<sup>ME</sup> AUBUGEAU

21 ans, Enfant de 3 mois, 2<sup>e</sup> enfant

**REMPLACEMENTS MÉDICAUX.** — M. Ch. B., médecin à Nantes, faisant partie du syndicat de la Loire-Inférieure, ayant cédé sa clientèle, occuperait ses loisirs à faire des remplacements dans la région du centre. — Conditions : 10 fr. par jour, voyage payé. — S'adresser au bureau du journal.

**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.

