

LA

GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

REVUE MENSUELLE

Des travaux Médicaux et des Intérêts Professionnels des Médecins de la Région

COMITÉ DE RÉDACTION :

Ed. Chaumier

Maladies des Enfants

G. Labit

Maladies du nez, des oreilles et du Larynx

Triaire

Accouchements — Gynécologie

Boureau

Bactériologie — Urologie

Lapeyre

Chirurgie — Gynécologie opératoire

J. Menier

Médecine Générale



110.405

1900



CINQUIÈME ANNÉE



Contenant des Travaux de MM.

ANDRÉ, ARCHAMBAULT, BAUDOUIN, BAUDRON, S. BERNHEIM, BEZARD, BÉZY, BIBENT, BODIN, BOUREAU, EM. B. E. CALVELLO, EDMOND CHAUMIER, COSSE, DARDE, GRASSET, HOUSSAY, LAPEYRE, LE DOUBLE, LERICHE, MAGNAN, MAGUIN, MENIER, MERLIER, R. PETIT, PORTAL, PROMPT, REDARD, A. SAULAY. ED. SPALIKOWSKI, STECEWICZ, YSAMBERT

RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 25, BOULEVARD BÉRANGER

TOURS

PÉRITONITE PURULENTE ENKYSTÉE D'ORIGINE PUERPÉRALE A MARCHE SUBAIGUE

Guérison par la Laparotomie au 45^e jour après l'accouchement.

Par le D^r L. LAPEYRE

La pelvipéritonite d'origine puerpérale est inconnue et il n'est, depuis Bernutz, aucun auteur qui n'en ait admis l'existence indépendante de toute lésion salpingienne ou ovarienne. Si la connaissance des ovarites et salpingites a pu faire considérer par certains auteurs, tel Pozzi par exemple, que la pelvipéritonite essentielle n'existait pas, en dehors de la puerpéralité, qu'il existait seulement des périmétri-salpingites, cette négation n'a jamais atteint la pelvipéritonite succédant à l'accouchement ou à l'avortement, mais seulement la pelvipéritonite d'origine gonococcique ou instrumentale. La pelvipéritonite survenant tardivement chez une femme jadis infectée par un accouchement ou un avortement.

L'observation de péritonite enkystée que j'apporte ici et qui ne peut être considérée que comme une pelvipéritonite s'étant élevée dans l'abdomen, n'aurait donc rien de remarquable puisque les faits précis et bien observés abondent, si elle ne se distinguait des faits couramment observés et décrits par deux particularités intéressantes.

Le premier point remarquable de cette observation est l'extrême volume qu'avait atteint cette pelvipéritonite enkystée, qui simulant un kyste de l'ovaire remplissait l'abdomen et débordait l'ombilic de plusieurs travers de doigt.

Or les faits semblables recueillis par les auteurs sont rares et en me reportant à l'importante monographie de Delbet (1) qui jusqu'à la date de son apparition recueille tous les faits observés, je n'en puis signaler que cinq cas semblables.

La deuxième particularité de mon observation est que contrairement à la symptomatologie ordinaire admise par tous les auteurs pour la pelvipéritonite puerpérale le début au lieu d'être foudroyant, la marche au lieu d'être rapide ont été absolument lents et insidieux.

A peine y a-t-il eu un peu de retentissement péritonéal au début? Et l'énorme collection a mis à se développer toujours de la façon la plus insidieuse.

Plusieurs semaines pendant lesquels s'aggravait progressivement l'état de la malade, si bien qu'au 45^e jour, au moment de la laparotomie la patiente était prête à succomber non pas à de la péritonite, mais à la septicémie péritonéale résultant de la présence d'une dizaine de litres de pus dans l'abdomen.

Cette marche en contradiction avec celle donnée par tous les auteurs, me paraît particulièrement intéressante à signaler, d'autant que l'étude de quelques observations semblables permet de se demander si les auteurs n'ont pas passé sous silence une forme rare il est vrai mais très nette, la forme subaiguë de la pelvipéritonite post-puerpérale.

Mais avant d'aborder l'étude de ces deux points que

je tenais seulement à indiquer dès le début de ce travail, il me paraît indispensable de donner d'abord l'observation elle-même telle qu'elle a été prise très exactement et très fidèlement dans le service de Gynécologie de l'hôpital de Tours.

Observations. — La malade a été réglée à 13 ans régulièrement. Pendant 6 mois, règles peu abondantes.

De 13 ans 1½ à 14 1½ : les règles cessent pendant un an, à la suite de la rougeole.

A partir de l'âge de 14 ans 1½, la malade prend des capsules d'Apiol de temps à autre et depuis ce moment les règles sont devenues normales et régulières. Jamais de pertes blanches.

Elle devient enceinte et a accouché, le 25 septembre 1898, d'une fille.

L'accouchement a été normal. Le 5^e jour après l'accouchement, élévation de température notable (39°). On fit alors une injection intra-utérine.

La malade voulut sortir le 11^e jour, malgré les conseils du médecin traitant.

Rentrée chez elle, la malade raconte qu'au bout de 8 jours, son ventre ayant augmenté de volume, elle fit venir le médecin, qui lui défendit de se lever, comme elle l'avait fait jusqu'alors.

Quelque temps après, le ventre augmentant toujours, le médecin fait une ponction; il sort un liquide trouble (dit la malade).

L'examen des urines à cette époque dénote de l'albumine.

Vers le 20 octobre, une phlébite se déclare dans la jambe droite.

Le ventre continue à grossir, mais fait remarquable, la malade déclare n'en avoir jamais souffert et ne s'en être inquiétée qu'en raison du volume énorme qu'il atteignait.

La malade n'a eu ni nausées, ni vomissements jusqu'à ces jours derniers où elle a vomi à deux reprises un peu de bile.

Antécédents héréditaires :

Père et mère vivants et bien portants.

Un frère qui est mort à 17 ans, d'une méningite?

Un frère et une sœur vivants et bien portants.

Etat actuel :

Facies amaigri, traits excavés indiquant des lésions péritonéales.

Abdomen tendu, proéminent en pointe et non en ventre de batracien. Matité s'étendant jusqu'au creux épigastrique et sur les parties latérales. La matité ne se déplace pas en faisant changer la malade de position.

Région ovarique gauche, un peu sensible à la palpation. De nombreuses veines rampent sur les parties latérales de l'abdomen surtout à droite et se terminent à la région mammaire du côté droit.

A la percussion, on perçoit nettement de la fluctuation. (Le liquide semble être enkysté).

Poumons : Gauche, respiration un peu soufflante;

— droit, respiration un peu obscure.

L'urine présente quelques traces d'albumine.

La T. oscille entre 38° et 39°. Poids à 135.

Le diagnostic posé est : *pelvipéritonite puerpérale*

(1) P. Delbet, *Traité des Suppurations pelviennes.*

ayant pris un développement extrême, l'intervention est urgente pour sauver le malade dont l'état général est très mauvais, le pouls surtout indique un dénouement prochainement fatal.

Opération. — 10 novembre, jour de l'opération : au matin le pouls est très petit et très fréquent : 145 pulsations.

La température est de 37° 9.

Incision sur la ligne blanche, au dessous de l'ombilic ; les différents plans sont adhérents et fusionnés ensemble.

Lorsque l'incision a atteint le péritoine, un flot de liquide trouble s'écoule au dehors : une dizaine de litres environ.

De fausses membranes flottent dans ce liquide.

Par l'incision on voit les anses intestinales adhérentes entre elles et couvertes de fausses membranes grisâtres.

Ces fausses membranes limitant complètement la cavité et la séparant de l'intestin. Il s'agit en réalité d'un véritable abcès du péritoine développé au devant des viscères.

Vers la partie inférieure existe un dôme recouvrant l'utérus et les annexes qui sort en dehors de la poche. Un doigt, introduit dans le vagin, reste éloigné du doigt plongeant dans la cavité de l'abcès.

Le ventre est lavé à l'eau bouillie chaude. — Un litre de sérum artificiel est injecté dans le ventre. — On place 2 gros drains.

L'après-midi, injection dans la région fessière gauche de 500 gr. de sérum artificiel.

La T. est de 36° 8.

11 novembre. — La malade ne souffre pas du ventre. — Elle a dormi.

La température le matin est de 39° 4.

Injections de sérum (cuisse gauche).

Lavages du ventre à l'eau bouillie tiède. T. le soir, 40° 2.

12 novembre. — T. le matin 39° ; le soir 39° 8.

Cette élévation thermique correspond au développement d'une phlébite de la cuisse gauche. Lavages du ventre.

13 novembre. — T. matin, 38° 8 ; T. le soir, 39° 4.

14 novembre. — T. matin, 36° 8.

A partir de ce moment, la malade dont l'état a été très grave, tel qu'un dénouement fatal a été à craindre, entre dans la voie de la guérison et aucun incident n'est plus à signaler.

La phlébite évolue en 3 semaines vers la guérison.

La cavité de l'abcès se comble lentement et trois mois s'écoulent avant que la guérison soit obtenue.

Malgré des cautérisations répétées, malgré un débridement et un curettage de la cavité, l'oblitération complète n'est pas obtenue et une fistule persiste conduisant après un trajet oblique en haut de 4 centimètres dans une petite cavité qui continue à sécréter du pus.

La malade sort de l'hôpital en excellente santé mais avec persistance de la fistule.

Il y a 3 semaines environ, en décembre 1899, la malade rentre dans le service avec un assez gros abcès

intrapariétal développé au-dessus de l'ombilic et ne communiquant pas avec la fistule sous-ombilicale qui persiste très réduite.

Cet abcès, nettement suaponévrotique, est incisé et drainé ; la fistule est à nouveau curettée.

La malade dont l'état de santé reste très satisfaisant, et qui a beaucoup engraisé sera certainement bientôt guérie de son abcès intrapariétal.

Il est malheureusement à craindre que la fistule résultant de la collection primitive ne se tarisse pas encore.

RÉFLEXIONS

Le diagnostic de pelvipéritonite d'origine puerpérale ne peut être contesté, en effet l'état actuel de la malade écarte l'idée de la péritonite tuberculeuse seul autre diagnostic possible. Du reste la malade n'a jamais présenté de signe de tuberculose et tout au contraire de nombreuses particularités affirment positivement l'origine puerpérale de la péritonite.

C'est ainsi que l'élévation de la température à 39° le 5^e jour après l'accouchement, la double phlébite sont des signes indubitables d'infection puerpérales.

Mais il faut avouer que cette pelvipéritonite s'écarte singulièrement, par son évolution, de la description classique donnée par les auteurs.

Delbet, en effet dans son traité des suppurations pelviennes, ne décrit à la pelvipéritonite puerpérale qu'une forme à début très dramatique simulant de tout près la péritonite généralisée et n'en différenciant que par la fréquence moindre des vomissements, l'élévation moins accentuée de la température.

Dans les *Traité de Chirurgie* même description visant seulement des accidents aigus et dramatiques pour employer l'expression qui revient toujours dans la bouche des auteurs, mais pas un mot de forme évoluant lentement et aboutissant cependant à la production de grandes collections menaçant la vie de la malade, par résorption purulente.

Les grandes collections sont, il est vrai, signalées mais assez brièvement comme très rares et la façon dont elles se développent, la réaction qu'elles entraînent est laissée dans l'ombre.

Voici, en effet, tout ce que dit Delbet qui reste l'auteur le mieux documenté sur la question : *Il est exceptionnel que la collection s'élève au-dessus du fond de l'utérus. Cela arrive cependant. On trouve parfois un point d'adhérence allant de la symphyse à la paroi postérieure au bassin sorte de diaphragme qui isole toute la partie inférieure de la cavité péritonéale.*

Quelquefois même la tumeur s'élève bien plus haute, elle peut atteindre et même dépasser l'ombilic. Elle présente alors la forme d'un ovoïde, son grand axe est vertical, et elle ne s'étend pas toujours très loin sur les côtés, les fosses iliaques sont à peine envahies.

La paroi supérieure de la poche est formée par des adhérences irrégulières dans lesquelles on trouve

les débris du grand épiploon et qui unissent les anses intestinales entre elles. L'épiploon joue peut-être un rôle important dans la formation de ces grandes poches. Dans les cas récents on le trouve parfois limitant en haut la collection et tapissant les anses intestinales. Il semble qu'il ait été soulevé par l'épanchement en flottant à sa surface, et on peut supposer qu'il a contribué à empêcher l'inflammation de gagner tout le péritoine.

J'ai tenu à rapporter tout ce chapitre d'anatomie pathologique dans lequel mon ancien maître le Dr Delbet décrit avec tant de précision l'aspect de ces collections et le mécanisme de leur développement. Il n'est pas un trait de ce tableau qui ne s'applique exactement au cas ci-dessus rapporté, mais les exemples, nous dit le Dr Delbet, en sont exceptionnels et en effet même en interprétant certains faits d'abcès pariétaux comme des pelvipéritonites, le Dr Delbet ne relève que six cas d'ouverture spontanée à la paroi et ne constate qu'une dizaine d'observations relatant le développement de la collection et son ascension dans l'abdomen.

C'est à cette rareté qu'il faut sans doute attribuer l'absence de toute description de faits semblables; il me semble pourtant, si j'en juge par les observations déjà recueillies que toutes ces pelvipéritonites ont eu une marche spéciale précisément la marche lente et insidieuse si remarquable chez ma malade.

L'observ. 471. — (In Delbet) Langlet: *Abeille Médicale*, 1882. p. 436, se résume ainsi :

Femme 36 ans, accouchée depuis cinq semaines, quelques douleurs dans le ventre, mais bon appétit, pas de fièvre, ballonnement remontant à l'ombilic. Ouverture presque à l'ombilic dans la sixième semaine.

Observ. 472. — (in Delbet) Marquest de la Motte, *Recueil de Chirurgie*, ob. 52.

Au 5^e jour des couches émotiion, suppression des vidanges, douleurs violentes dans le ventre; au bout de 40 jours, le ventre est plus gros que pendant la grossesse. De nouveau, douleurs terribles, malade en danger imminent. Evacuation d'un seau de pus par l'ombilic.

Observ. 503. — (In Delbet). Kaltenbach. Pelvipéritonite puerpérale scrofibrineuse à marche chronique.

Développement lent, grosse tumeur fluctuante dépassant l'ombilic. Le diagnostic porté est kyste de l'ovaire. Laparotomie. La cavité contenait 5 litres, était limitée par des adhérences isolant l'intestin et les organes pelviens.

505. In Delbet. Munde, *Am. Journ. of. Obstet.* 1886.

Attaque péritonite à la suite d'accouchement; au bout d'un mois fistule purulente par l'ombilic persistant 4 ans.

L'opération faite à ce moment constate l'existence d'une cavité isolée par des adhérences.

506. Besnier. *Soc. Méd. Paris*, février 1887.

Au 4^e jour après l'accouchement frisson, fièvre, vomissement. Puis accalmie complète et développement lent d'une ascite. Ponction 2 mois 1/2 après, 5 litres 1/2, puis guérison.

534. Playfair, *British Méd. Journ* 1883,

Malade sort hôpital, 14^e jour. Péritonite à marche lente. 1^{re} ponction 6 semaines après, 72 onces de pus. 2 autres ponctions en un mois. Un mois encore après laparotomie, guérison.

Ces six observations sont les seules dans lesquelles une collection de volume analogue à celle que j'ai rencontré a été observée par les auteurs ayant écrit sur la pelvipéritonite jusqu'à Delbet. Leur petit nombre m'a engagé à les résumer toutes à grands traits, pour permettre au lecteur de constater lui-même l'extrême parenté de toutes ces observations entre elles et avec la mienne.

Dans toutes un peu d'infection au 4^e, 5^e jour en particulier se montre à la suite de l'accouchement. Puis lentement insidieusement sans phénomène de péritonite et avec des symptômes à tout le moins très atténués en un temps variant de 5 à 7 semaines une collection énorme atteignant l'ombilic se développe. L'allure singulière de la pelvipéritonite égare souvent le diagnostic et c'est ainsi que dans 3 cas sur 6 nous voyons les auteurs poser le diagnostic d'abcès pariétal (cas de Marquest) de kyste de l'ovaire (Kaltenbach) d'ascite vulgaire (Besnier).

La bénignité relative de l'affection est du reste assez grande car la guérison est survenue dans presque tous les cas même sans incision, par ouverture spontanée.

CONCLUSIONS

Rapprochant ces six cas recueillis par le Dr Delbet du fait présent, je me crois donc en droit de conclure que d'après l'analogie extrême de l'histoire clinique de toutes ces malades.

1^o Il existe une forme très rare mais non peut-être exceptionnelle de la pelvipéritonite puerpérale qui aboutit à la formation d'un vaste abcès enkysté du péritoine atteignant et même dépassant l'ombilic. Cette forme a, du reste, été décrite par Bernutz, Delbet, etc.

2^o Cette forme est caractérisée par sa marche lente, insidieuse, sans presque de réaction péritonéale qui tranche avec l'allure dramatique de la pelvipéritonite habituelle.

3^o Il peut être utile de signaler cette variété si différente de la description habituelle. Des erreurs de diagnostic sont en effet possibles en présence de tels faits très ignorés.

L'ASCITE DES ENFANTS

Par le Dr Edmond CHAUMIER

21 octobre 1891. — Gaston M. 28 mois. Il a été élevé au sein jusqu'à 17 mois. A partir de 14 mois on l'a fait manger; auparavant lorsque ses parents étaient à table, ils lui mettaient déjà dans la bouche quelques parcelles d'aliments.

Il a eu quelques rhumes, a un peu toussé, et beaucoup mouché. Il a présenté également de la diarrhée verte.

Sa mère dit qu'il a eu la rougeole; mais cette rougeole pourrait bien avoir été une scarlatine, bien qu'elle ait coïncidé avec de la toux; car, peu de temps après l'éruption « il lui est levé des petites écailles,

comme des écailles de poisson, et il était enflé en même temps. »

Actuellement il est malade depuis 8 jours ; il n'a pas d'appétit ; ne dort pas, et remue sans cesse dans son lit ; et se plaint continuellement.

Il a d'abord beaucoup mouché, puis s'est mis à tousser.

A l'auscultation on trouve des râles sibilants.

La gorge est un peu rouge ; on sent un gros ganglion à droite derrière l'angle de la mâchoire.

Depuis hier il est allé quatre fois en diarrhée ; les matières sont vertes et contiennent des caillots blancs.

23 octobre. — La diarrhée a augmenté ; il fait jaune, très liquide, au moins dix fois par jour.

Il n'a pas de fièvre.

Pour satisfaire les parents on fera sur le ventre des frictions légères d'huile camphrée.

18 mars. — On me ramène le petit malade. Le ventre a augmenté de volume. On voit de très grosses veines se dessiner au-dessus de l'ombilic. La sonorité n'existe plus qu'au niveau du creux stomacal sur une étendue de trois doigts.

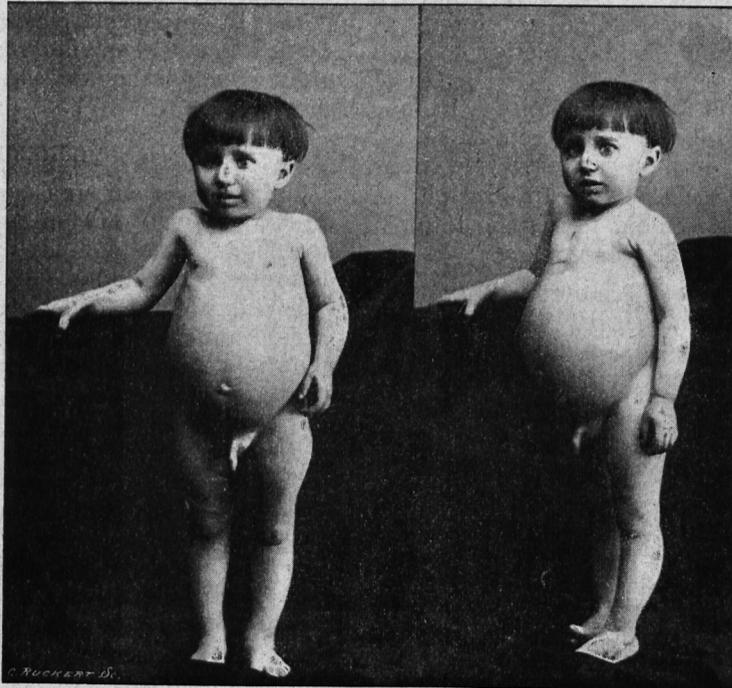
La circonférence du ventre est de 0 m. 55 au niveau de l'ombilic et de 0 m. 60 au-dessus.

On photographie le petit malade.

On lui donnera une pincée de calomel 4 fois par jour.

21 mars. — Le calomel a été commencé le 19, il provoque 3 ou 4 selles vertes par jour ; on le continuera.

25 mars. — L'enfant ne va plus qu'une fois à la



1892. — 15 mars. — L'enfant a environ 2 ans 1/2. La mère me l'amène parce qu'il a le ventre très gros et dur, et parce qu'il a de la peine à respirer.

Il tousse depuis un mois environ ; moins en ce moment.

Je ne trouve rien à l'auscultation du poumon et du cœur.

Le ventre est très gros, mat dans toute son étendue excepté au creux stomacal et au dessous des fausses côtes à droite. La matité du foie est relativement petite. A gauche la matité remonte jusqu'aux fausses côtes.

En percutant le ventre on obtient le phénomène du flot.

Il s'agit évidemment d'ascite.

L'enfant a de l'oppression en marchant, il refuse de marcher.

selle par jour ; mais il vomit presque tout ce qu'il prend depuis la dernière visite. Les gencives ne sont pas malades.

La peau est chaude, il y a un peu de fièvre. Le petit malade a beaucoup maigri depuis 4 jours.

Le ventre a diminué de grosseur d'une façon très manifeste et la sonorité existe sur une grande étendue. On supprime le calomel.

28 mars. — Le ventre a beaucoup diminué ; il n'y a plus de matité que dans la partie inférieure.

L'enfant vomit moins ; mais il n'a pas d'appétit et recrache ce qu'il mange.

On le fera manger souvent mais peu à la fois.

31 mars. — L'enfant ne vomit plus, mange beaucoup. Son ventre a augmenté de volume.

Il reprendra son calomel, mais tous les 4 jours seulement. Régime lacté.

4 avril. — Prendra un gramme d'iodure de potassium par jour pendant quatre jours.

7 avril. — Région ombilicale très rouge, un peu gonflée. Est-ce qu'il y aurait de la péritonite purulente avec tendance à s'ouvrir au dehors.

Il n'y a pas de fièvre, mais le ventre est très chaud autour de l'ombilic.

Le petit malade prend environ 400 gr. de lait; on ne peut lui en faire avaler davantage.

9 avril. — Il y a toujours de la rougeur autour de l'ombilic, mais moins. Le ventre est un peu moins gros. La sonorité s'étend presque jusqu'à l'ombilic. Lorsqu'on met le malade la tête en bas il y a de la sonorité au niveau de l'ombilic et au-dessous. Il y a en même temps de la sonorité au niveau du creux de l'estomac. L'enfant n'étant pas dans une position absolument ver-

2 mai. — L'enfant a vomi aujourd'hui. Depuis quelques jours il crie beaucoup et est insupportable. Il tousse depuis 3 ou 4 jours et est enrhumé du cerveau. Sa mère tousse aussi.

Râles ronflants.

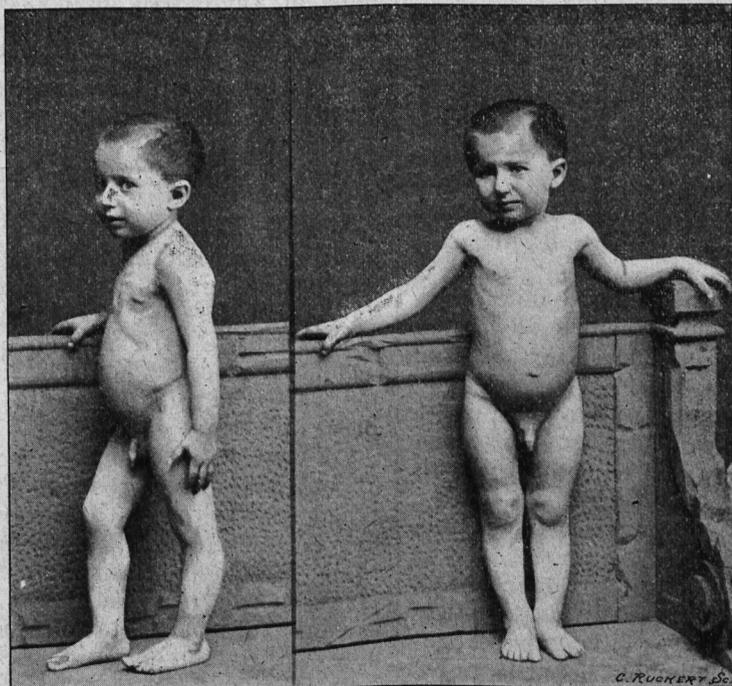
11 mai. — L'enfant va bien.

20 mai. — L'enfant va bien. Le ventre est un peu gros. Il y a du tympanisme, et on voit à nouveau un réseau veineux au creux de l'estomac. Certains jours le ventre est souple.

L'enfant prend environ 800 gr. de lait et mange très peu.

17 juin. — L'enfant tousse à nouveau depuis 3 jours. Râles ronflants.

13 août. — Le petit malade va bien, on le photographie.



ticale, il est probable que le liquide se loge en arrière.

11 avril. — Il n'y a presque plus de matité qu'en bas. La région périombilicale est rouge, empatée; on continue l'iodure.

16 avril. — Le ventre n'est plus gros. Il n'y a plus de liquide ou presque plus. Le pourtour de l'ombilic est toujours un peu induré mais moins rouge. On ne voit plus de réseau veineux.

Lorsque l'enfant étant couché sur le dos fait effort pour se relever, on remarque de l'éventration, comme chez les femmes qui ont eu des enfants. On continue l'iodure.

20 avril. — Le petit malade va bien. Lorsqu'il est debout, il y a encore un peu de matité au dessus du pubis. Il prend du calomel tous les 4 jours et continue l'iodure.

28 avril. — Sonorité partout; continuer le traitement.

**

Depuis 1892 j'ai revu un certain nombre de fois mon petit malade, et tout dernièrement encore. Il a continué à se bien porter et rien ne s'est plus montré du côté du ventre, qui est souple et normal.

A chaque fois que j'ai vu cet enfant je l'ai ausculté avec soin, et j'ai cherché chez lui des traces de tuberculose.

Lors de son ascite je n'avais rien trouvé, mais depuis j'ai constaté des chapelets de petits ganglions au cou le long des sterno-mastoïdiens, — ganglions qui à eux seuls, quoi qu'on ait dit de la polymicroadénie, ne peuvent être une preuve de tuberculose, — et de l'expiration prolongée aux sommets des poumons.

Ce dernier signe que j'ai retrouvé encore lors de

ma dernière visite me permet d'affirmer que mon petit malade est tuberculeux, et permet de supposer que son ascite était de même nature.

J'ai tenu à donner avec tous ses détails cette observation, parce que c'est un cas très net de ce que les auteurs ont appelé ascite simple des enfants.

J'ai vu deux autres cas semblables. Dans le premier dont je n'ai pas conservé l'observation, il s'agissait d'une petite fille, qui avait une ascite assez considérable. Elle n'avait pas de fièvre. Le liquide disparut en deux mois environ. Le traitement fut le même que chez le petit garçon dont je viens de parler.

Voici l'autre cas: Il s'agit d'un garçon de cinq ans que je n'ai suivi que d'une façon fort irrégulière, qui vint me consulter le 18 juin 1896.

Il a été élevé au biberon; a eu un peu de diarrhée et du muguet à 2 mois. Il n'a marché qu'à 18 mois; les parents attribuent ce retard dans la marche à de la faiblesse.

Ce petit malade a eu trois bronchites, des rhumes de cerveau nombreux, des maux de gorge, la rougeole, la coqueluche.

En mars il est resté 6 semaines à l'asile de Clocheville pour une bronchite; depuis il souffre du ventre. Il a de la diarrhée liquide et va à la selle 2 fois par jour.

Le ventre est très gros depuis un mois. On constate un peu de matité en bas, matité qui se déplace quand on couche le malade sur le côté. Il y a un réseau de veines dilatées.

20 juin. — Le ventre est toujours gros, mais plus sonore.

23 juin. — Le ventre est toujours gros. L'enfant se sent fatigué depuis ce matin; il a l'air de respirer difficilement, il a un peu de fièvre: la langue est légèrement sale. Il a soif continuellement depuis 8 jours.

Il a toujours 2 selles liquides par jour.

10 juillet. — Le ventre est peut-être un peu moins gros, plus souple; mais on obtient le phénomène du flot.

12 novembre. — Le ventre est toujours gros, mais sonore. L'enfant est atteint actuellement d'ulcération impétigineuse de la cornée, ulcération qui les jours suivants perfora la cornée et donne naissance à de l'hypopion. J'adresse alors l'enfant à un oculiste et je n'en entends plus parler.

On peut interpréter de différentes manières l'ascite des enfants.

Les auteurs en ont fait une ascite simple, idiopathique; une ascite de nature tuberculeuse analogue à la pleurésie tuberculeuse; enfin une ascite due à une lésion hépatique, à de la cirrhose.

En m'aidant des travaux publiés sur cette question

je vais chercher dans quelle catégorie on peut classer les cas de mes trois petits malades.

*
* *

Les auteurs prétendent que la cirrhose chez l'enfant est une rareté, tous cependant citent quelques cas personnels. En cherchant dans la littérature médicale on arriverait facilement à en réunir plus de 150 observations. Et combien de cas ne sont pas publiés ou même passent inaperçus. La cirrhose des mort-nés syphilitiques, et des syphilitiques mourant dans les premiers mois de la vie est très fréquente; très fréquente également dans certains pays la cirrhose paludéenne.

La cirrhose alcoolique ne serait point exceptionnelle en Angleterre, et dans certaines régions de la France, les Vosges par exemple.

C'est donc une maladie avec laquelle il faut compter, et à laquelle il faut savoir songer à l'occasion.

En présence d'un enfant atteint d'ascite, il sera donc bien naturel de se demander s'il s'agit d'une cirrhose; et le diagnostic ne laissera pas que d'être très difficile.

Il faudra d'abord chercher à quelle genre de cirrhose on pourrait avoir affaire, en éliminant tour à tour celles dont les symptômes sont trop différents du cas que l'on a devant les yeux.

Je prends le petit malade qui fait le sujet de ma première observation, à la date du 18 mars, trois jours après la première visite, au moment où l'on a pris sa photographie.

Le ventre est énorme: sa circonférence mesure 55 centimètres au niveau de l'ombilic et 60 un peu plus haut. On voit de grosses veines se dessiner au-dessus de l'ombilic. Il y a une matité absolue sur toute l'étendue de l'abdomen, excepté au creux stomacal sur un espace de trois doigts. En percutant le ventre on obtient le phénomène du flot. L'enfant a de l'oppression en marchant.

S'il s'agissait d'un adulte on n'hésiterait pas, on diagnostiquerait une cirrhose.

On diagnostiquerait une cirrhose à cause de l'ascite, à cause du réseau veineux développé sur l'abdomen, manifestant la gêne de circulation intra-abdominale, à cause de la gêne respiratoire; à cause aussi de l'absence de tout phénomène pouvant expliquer la présence d'une telle quantité de liquide dans la cavité péritonéale.

Mais la pathologie de l'enfant ne diffère pas tellement de celle de l'adulte qu'on ne doive dans des circonstances aussi semblables se trouver dans la même perplexité et se poser les mêmes questions.

Il y a donc des chances, beaucoup de chances si l'on veut, pour que l'on se trouve en présence d'une cirrhose hépatique. De quelle cirrhose peut-il bien s'agir.

Nous éliminerons d'abord la cirrhose hypertrophique (maladie de Hanot), maladie à caractères très tranchés, et dont il ne saurait être question. Ictère très prononcé et permanent, hypertrophie assez con-

sidérable du foie, absence d'ascite, absence de lacs veineux sur l'abdomen : voilà des symptômes qui ne ressemblent en rien à la maladie de notre petit malade.

Avant d'aller plus loin, nous pourrions nous demander s'il s'agit d'une cirrhose atrophique ou d'une cirrhose hypertrophique.

C'est là une question qu'on aurait pu résoudre quelques jours plus tôt, mais il est actuellement impossible de le faire. Il est facile de constater que le foie ne remonte pas très haut; mais la matité complète de l'abdomen nous empêche de nous rendre compte jusqu'où descend son bord inférieur. Une ponction seule pourrait nous aider en facilitant la palpation et la percussion des organes.

Du reste la cirrhose alcoolique donne des gros foies et des foies rétractés; le plus souvent même le foie hypertrophié dans une première période s'atrophie par la suite.

Les autres genres de cirrhose peuvent également donner des foies gros ou petits.

S'il est impossible d'avoir des notions sur les dimensions du foie, cherchons à poser un diagnostic en nous passant de cette donnée. Tachons de procéder par exclusion. Quelle genre de cirrhose pourrions-nous encore éliminer.

Il est une variété de cirrhose que j'ai rencontrée, il y a quelques années, chez un jeune garçon et qu'on peut éliminer à coup sûr, tant la dissemblance est grande avec le cas de notre petit malade; je veux parler de la cirrhose cardiaque.

Lorsque cette cirrhose est arrivée à sa période d'état, le ventre est énorme: le réseau veineux est très développé; mais il n'y a jamais une telle quantité de liquide qu'on ne puisse se rendre compte de l'énorme développement du foie, pouvant sur la ligne axillaire donner une matité de 15 à 20 centimètres, et de la participation de la rate à cette hypermégalie.

De plus, il y a fréquemment du côté du cœur des symptômes révélés par l'auscultation qui facilitent singulièrement le diagnostic. Je sais bien que très souvent la lésion cardiaque consiste en une symphyse du péricarde plus ou moins complète, symphyse ne se révélant par aucun signe perceptible à l'auscultation.

L'absence du choc de la pointe du cœur pourrait seule y faire songer; mais c'est un symptôme qui peut échapper.

Ce qui ne saurait échapper, par exemple, c'est l'aspect du malade; ce sont les troubles de la circulation générale; la teinte asphyxique du visage et des extrémités; l'œdème du poumon et parfois des membres inférieurs; ce sont les crises d'astolie qui accablent le malade de temps en temps, et qui laissent des traces lorsque le calme relatif est revenu.

L'enfant représenté dans la photographie, s'il n'avait son gros ventre, paraîtrait jouir d'une excellente santé; il a encore un certain embonpoint, tandis que le petit cirrhotique cardiaque est malingre, peu développé, a des membres grêles, qui font ressortir encore plus l'énormité de son ventre.

J'éliminerai en même temps la cirrhose cardio-tuberculeuse si bien décrite par le professeur Hutinel en 1893. (1)

Elle est très semblable à la cirrhose cardiaque: elle en diffère en ce que la péricardite adhésive qui entraîne plus tard la cirrhose est d'origine tuberculeuse; les plèvres et le péritoine sont toujours pris, et la phlegmasie de nature tuberculeuse qui les a frappés en même temps que le péricarde y a déterminé des adhérences nombreuses et étendues (symphyse pleurale).

En même temps que les symptômes dus à la cirrhose et à l'état défectueux de la circulation, on trouvera des lésions tuberculeuses pulmonaires, mais souvent peu marquées (expiration prolongée aux sommets, matité et souffle le long de la colonne vertébrale dénotant des lésions ganglionnaires).

* *

J'en arrive à la cirrhose syphilitique. Comme je l'ai déjà dit, chez le mort-né syphilitique, et chez le nourrisson syphilitique dans les 2 ou 3 premiers mois de l'existence on observe fréquemment (2) de la cirrhose avec gros foie et grosse rate et ascite plus ou moins abondante.

Ces cas ne sauraient nous intéresser en face de l'observation actuelle, mais il est une autre variété de cirrhose syphilitique pouvant causer des erreurs de diagnostic.

Cette variété est une forme de la syphilis héréditaire tardive et se montre chez des enfants plus grands et presque jusqu'à l'âge adulte.

L'ictère est rare; il y a un foie gros; une grosse rate; mais le foie après s'être hypertrophié peut diminuer, la rate restant grosse; l'ascite est ordinairement considérable. Aucun signe autre que des symptômes de syphilis héréditaire ne peut mettre sur la voie, si ce n'est parfois des incisions profondes déformant le foie et qu'on peut sentir à la palpation.

Dans notre cas on ne trouve aucune trace syphilitique, l'enfant est bien développé, il n'a aucune cicatrice aux lèvres pouvant indiquer l'existence de fissures dans les premiers mois de la vie; pas de cicatrices aux fesses; il n'y a pas de lésions osseuses; rien du côté des cornées. Il n'y a pas de polymortalité dans la famille. Mais lorsque les parents ont bien soigné leur syphilis, la polymortalité peut ne pas exister, et les lésions syphilitiques des premiers mois de la vie peuvent avoir fait défaut.

Dans un pareil cas le doute est permis, je dirai plus, on doit traiter son malade comme s'il était syphilitique, parce qu'on a quelque chance de guérir une cirrhose syphilitique si les fonctions du foie ne sont pas entiè-

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* 1893. M. Moissard a également étudié cette question et publié d'intéressantes observations: Moissard et Jacobson: Cirrhose cardio-tuberculeuse chez l'enfant, *Archives de médecine des enfants*, 1898; Moissard et Phulpin, *Archives de médecine des enfants*, 1899.

(2) Voir entre autres travaux sur ce sujet: Lancereaux: La Syphilis héréditaire du foie. *Journal de Médecine, interne*, 1898.

rement compromises par l'étendue des lésions lors du début du traitement.

L'évolution ultérieure de la maladie de mon petit malade a montré qu'il ne s'agissait pas d'une cirrhose syphilitique. Il n'a jamais eu d'ictère, mais comme je l'ai dit déjà ce n'est pas là un symptôme nécessaire de la cirrhose syphilitique. Lorsque l'ascite a diminué on n'a jamais constaté ni gros foie, ni grosse rate; enfin la rapidité de la guérison plaide encore contre la nature syphilitique de sa maladie.

* *

La cirrhose paludéenne, fréquente dans certains pays et à certaines époques, est rare en France au moment actuel.

Une chose très certaine, mais qui n'a pas été remarquée comme elle mériterait de l'être, c'est que la malaria, fréquente en France depuis le commencement du XIX^e siècle et sans doute auparavant, jusqu'en 1880, a à peu près complètement disparu depuis cette époque. Cette disparition a été brusque et inexplicable. Elle a coïncidé avec une disparition ou une diminution considérable dans les autres pays d'Europe et en Algérie. Ce ne sont ni les travaux d'assainissement, ni les plantations d'Eucalyptus qui ont produit cet état de choses. La disparition se fit brusquement, sans causes connues.

En Touraine, la malaria était une maladie courante; Bretonneau l'avait étudiée longuement et, dans ses cliniques, Trousseau raconte à ce sujet tout ce que son maître lui avait appris. Mon père qui a exercé la médecine en Touraine de 1823 à 1871 a toujours eu à soigner de nombreuses fièvres intermittentes; j'en ai vu moi-même beaucoup en 1878, 1879 et 1880; depuis cette époque je n'en ai pas vu un seul cas. Et cependant les conditions hygiéniques en Touraine étaient exactement les mêmes en 1880 et en 1881.

La cirrhose impaludique s'observait, je ne dirai pas fréquemment, mais de temps en temps avant l'année 1881; pour ma part j'en ai vu deux cas, un sur une femme, un autre sur une fillette de cinq ans. Le foie était gros, la rate énorme; il n'y avait pas d'ictère, mais le teint blanc-jaune des paludéens chroniques. Il n'y avait pas d'ascite.

L'ascite est rare, du reste, dans de tels cas, et lorsqu'elle existe elle ne prend pas d'ordinaire de grandes proportions. C'est une maladie de très longue durée, pouvant guérir lorsqu'elle est soignée à temps avec toute l'énergie désirable.

Ceci dit, il y a donc toutes chances pour que l'enfant de notre observation n'ait pas été atteint de cirrhose paludique. L'absence de malaria en 1891 d'une part, la dissemblance des symptômes de l'autre suffisent à écarter ce genre de cirrhose.

* *

Je ne parlerai pas de la cirrhose par obstruction congénitale des voies biliaires. Les enfants avec un

gros foie, un ictère très prononcé, parfois de l'ascite, s'ils ne meurent pas dans les premières semaines qui suivent la naissance ne dépassent guère 2 ou 3 mois.

* *

Restent les cirrhoses atrophiques, alcooliques ou non, et la cirrhose du tuberculeux dont je parlerai plus loin.

La cirrhose alcoolique existe chez l'enfant; ce serait même la forme la plus nombreuse. Mais de ce qu'un enfant n'est pas adonné à l'usage du vin et des liqueurs, ce n'est pas à dire qu'il n'est pas atteint de cirrhose atrophique. Un grand nombre de ces cirrhoses restent inexplicables. Elles sont certainement de nature infectieuse; microbes ou toxines sont en cause. Mais jusqu'à présent on ignore complètement la nature de l'infection. On a bien accusé la rougeole, la scarlatine, etc.; on a bien dit que les toxines venaient de l'intestin et qu'en pratiquant la désinfection intestinale on prévenait la maladie; mais il vaut mieux dire qu'on ne sait rien de précis sur l'étiologie de la cirrhose atrophique en dehors de l'influence de l'alcool.

Rien ne devra donc de ce chef empêcher de songer à la cirrhose en présence d'un cas d'ascite.

Dans la cirrhose alcoolique après une période pendant laquelle le foie est plus ou moins augmenté de volume, l'atrophie se produit. La rate qui avait participé à l'hypertrophie reste généralement grosse, mais elle n'atteint pas de très grandes proportions.

L'ascite, plus ou moins abondante, peut être énorme. Dans ces conditions les veines de l'abdomen sont très développées, et il existe de la gêne respiratoire; le malade est plus ou moins essoufflé.

Le liquide ascitique est mobile; on obtient facilement le phénomène du flot; en changeant le malade de position, si la matité ne s'étend pas à tout le ventre, les points mats ou sonores varient.

Souvent il survient un léger ictère de courte durée, mais sujet à récidive.

Si l'on ne tient pas compte de cet ictère qui peut passer inaperçu, le diagnostic entre la cirrhose atrophique et l'ascite de mon petit malade sera presque impossible.

En effet il présentait tous les symptômes de cette cirrhose; avec l'ascite considérable qui existait on ne pouvait noter exactement l'étendue du foie; on pouvait se rendre compte tout au moins qu'il occupait très peu de place dans le thorax. On ne pouvait constater l'étendue de la rate; mais si l'on avait fait une ponction pour faciliter le diagnostic, eût-on été plus avancé en trouvant un foie plutôt petit et en ne sentant pas à la palpation de rate hypertrophiée? Il faut savoir en effet que la rate peut être augmentée de volume sans être facilement perceptible à la palpation.

La difficulté reste donc énorme. Si l'ictère existe ou a existé on peut sans doute affirmer la cirrhose; mais s'il n'y a pas d'ictère on ne peut pas la nier.

Il faut s'en rapporter à la marche de la maladie et à l'état général du malade.

Dans la cirrhose il y a eu d'abord des troubles digestifs, des alternatives de diarrhée et de constipation, rarement des vomissements. Le météorisme, l'augmentation du ventre se sont produits de bonne heure et le malade a maigri de plus en plus, si bien que lorsqu'il a déjà sa cavité péritonéale complètement remplie, son état général est plutôt mauvais.

Ce n'était pas le cas du petit garçon dont je donne la photographie : l'état général n'était pour ainsi dire pas atteint ; et cependant il y a des exceptions à tout. On peut voir des cirrhotiques n'ayant pas perdu complètement leurs forces et leur embonpoint, si bien que l'erreur peut être commise.

Cette erreur, je l'ai faite, non pour le petit garçon, ni pour le suivant, mais pour la petite fille dont je parle également. C'était le premier cas d'ascite infantile que j'observais ; aussi fus-je très étonné de la guérison, et surtout de la guérison si prompte.

L'ascite en effet guérit très vite, tandis que la cirrhose, sauf quelques cas de cirrhoses syphilitiques et paludéennes, après un laps de temps plus ou moins long, suivant le genre auquel on a affaire, se termine toujours par la mort.

La guérison de mon petit malade éclaire donc le diagnostic : il n'avait pas de cirrhose.

Les tumeurs de la cavité abdominale, la pyléphlébite, des ganglions comprimant le tronc de la veine porte, peuvent amener de l'ascite même très considérable.

Les tumeurs, dans bien des cas, auront été découvertes par la palpation avant toute production de liquide.

La présence des ganglions sera difficile à diagnostiquer et donnera lieu le plus souvent à des erreurs de diagnostic. Mais la compression de la veine porte par des ganglions qui étouffent assez son calibre pour causer une ascite considérable, n'étant pas accompagnée d'entérite ou de péritonite tuberculeuses depuis longtemps diagnostiquées, est une rareté pathologique dont il n'y a pas à tenir compte.

Quant à la pyléphlébite, bien qu'elle soit accompagnée d'une ascite considérable avec un réseau veineux très développé, la présence de l'ictère, la marche aiguë de la maladie, le mauvais état général du malade, les divers symptômes qui ont précédé ou qui accompagnent cette affection, en voilà assez pour éviter toute confusion.

* *

Le diagnostic sera plus difficile à faire avec la péritonite tuberculeuse, surtout dans ses formes légères ou de début avec ascite assez considérable.

Il peut n'y avoir que peu ou pas de lésions pulmonaires appréciables. S'il n'y a pas déjà dans la cavité abdominale des masses dures (gateaux péritonéaux) résultant de l'infiltration tuberculeuse du grand épiploon ou de l'agglutination des anses intestinales entre elles par des produits tuberculeux, ou encore

de kystes contenant un liquide séreux ou purulent, — s'il n'y a ni masses dures, ni empâtement, le diagnostic sera impossible.

Dans le cas contraire, outre l'existence de l'empâtement, le liquide ascitique sera moins mobile et ne se déplacera pas lorsqu'on changera la position de l'enfant.

Dans la péritonite il y a souvent de la douleur de ventre, et des troubles de digestion, de la diarrhée, de la constipation, des vomissements ; mais tout cela peut exister dans l'ascite, témoins les vomissements de mon petit malade.

On a bien dit que dans la péritonite tuberculeuse le réseau veineux, lorsqu'il existait, était surtout sous ombilical ; mais cela n'est pas régulier, et l'on dit également que dans l'ascite — contrairement à ce que j'ai noté — il n'y a pas de dilatations veineuses.

Si le diagnostic est impossible avec la péritonite tuberculeuse légère à forme ascitique, cette impossibilité ne sera que momentanée, car l'évolution de la péritonite aidant, la distinction deviendra facile entre les deux maladies ; d'autant que l'une évolue vers la guérison, et l'autre, sauf quelques exceptions, va toujours s'aggravant.

Je ne dirai qu'un mot de la cirrhose des tuberculeux, dont je me suis réservé de parler ici parce qu'elle est très souvent liée à l'existence de la péritonite.

Dans ce cas outre les symptômes de péritonite on se trouvera en présence d'un foie gros et dur, qu'on ne percevra, bien entendu, que si l'ascite ne remplit pas toute la cavité péritonéale.

Il est rare que l'ascite soit énorme et on peut arriver facilement à déterminer le volume de l'organe hépatique.

La difficulté n'existerait que si l'ascite était trop abondante et si le foie tuberculeux existait sans lésions péritonitiques.

* *

Il suffit d'y penser pour ne pas confondre une vessie pleine d'urine et remontant jusqu'à l'ombilic ou au-delà avec une ascite ; je ne m'y arrêterai pas.

On confondrait peut-être plus facilement les kystes de l'ovaire, mais ils sont très rares chez les petites filles et avec un peu d'attention on différenciera un liquide enkysté d'un liquide libre dans la cavité abdominale.

On observe quelquefois de l'ascite dans les néphrites scarlatineuses ou autres ; mais les symptômes actuels et la marche antérieure de la maladie éviteront toute méprise.

* *

Après les détails exposés peut-être un peu longuement dans les pages qui précèdent, je puis dire qu'il n'y a guère qu'avec la cirrhose atrophique (syphilitique, alcoolique ou autres) et avec certaines péritonites tuberculeuses qu'on peut hésiter, à la suite d'un

examen attentif, et en présence d'un cas comme ceux de mes petits malades.

L'évolution de la maladie montrera qu'il ne s'agit pas d'une cirrhose. Le diagnostic sera plus difficile avec la péritonite tuberculeuse, d'autant que certains auteurs, Marfan (1) entre autres, prétendent que l'ascite idiopathique n'est autre chose qu'une péritonite tuberculeuse.

Avant de discuter cette manière de voir, je veux passer en revue les opinions des auteurs.

Cruveilhier (2), un des premiers, décrit l'ascite essentielle des jeunes filles.

Besnier (3) en fait « une véritable maladie, ayant une existence propre et indépendante, pouvant résulter directement d'une impression morbifique et n'étant subordonnée à aucun état morbide préexistant. »

Fernet et Strauss (4) disent qu'il existe dans la science quelques faits bien avérés d'ascites primitives développées subitement à la suite du froid ou de l'usage de boissons glacées. »

Wolff (5) déjà en 1829 avait noté plus de cent cas d'ascite idiopathique.

Gintrac (6) admet, lui aussi, l'existence de l'ascite primitive.

Jaccoud (7) croit à l'ascite essentielle, mais il la considère comme exceptionnelle.

Griveau (8) a fait une *étude clinique et pathogénique sur l'ascite dite idiopathique et en particulier sur l'ascite des jeunes filles*. Cette ascite existerait surtout, d'après lui, chez les jeunes filles non encore pubères, et naîtrait sous l'influence de congestion des organes du petit bassin, alors que les règles ne s'établissent pas bien. La chlorose et les maladies infectieuses pourraient donner naissance à cette congestion. Après la guérison, dit-il encore, — et il considère cela comme très important — les règles apparaissent ou se régularisent; pendant les premiers temps la menstruation peut être très abondante.

Cette théorie de l'ascite idiopathique, surtout de l'ascite spéciale aux jeunes filles, bien qu'admise encore par quelques rares auteurs, a vécu. Il serait facile de prouver qu'elle est aussi fréquente chez les garçons que chez les filles — j'ai 2 garçons et une fille — et qu'elle n'a pas lieu seulement aux abords de la puberté. On ne comprend pas bien, du reste, cette congestion, sans obstacle au cours du sang assez intense pour déterminer l'exsudation nécessaire pour créer une ascite.

En 1887, Barès, dans une thèse (9) *sur l'ascite chez*

(1) Traité des maladies de l'enfance, de Grancher, Comby, Marfan.

(2) Cruveilhier : Anatomie pathologique. T. IV.

(3) Besnier, article *ascite* du dictionnaire encyclopédique.

(4) Fernet et Strauss : Annotation au traité de diagnostic médical de Racle, 5^e édition, page 509.

(5) Wolff : Bulletin des sciences médicales, 1826; T. XVI, p. 426.

(6) Gintrac : Article *Ascite* du nouveau dict. de méd. et de chir. T. III, p. 472.

(7) Jaccoud : Path. int.

(8) Griveau : Thèse, Paris, 1882.

(9) Barès : Thèse; Paris, 1887.

l'enfant, conclut de plusieurs observations qu'il publie que l'ascite n'est qu'un symptôme de la péritonite tuberculeuse.

D'Astros (1), en 1897, dans une étude sur *l'ascite des enfants*, après avoir étudié trois cas personnels, dit que l'ascite essentielle des anciens auteurs, la péritonite exsudative chronique de Hénoc et Vierordt, ne doit plus s'appeler ascite essentielle, mais ascite tuberculeuse.

Bien antérieurement, Grisolle (2) considérant comme très rares les ascites essentielles, racontait l'histoire suivante : « Il y a une vingtaine d'années, j'envoyai dans les salles de Chomel une jeune fille, forte en apparence, qui avait été prise, sans cause connue, d'une ascite remontant alors à quelques semaines. La manière dont l'affection avait débuté, sa marche, l'état actuel de la maladie, la facilité avec laquelle la guérison s'opéra, donnaient à penser que l'ascite était essentielle. Cependant à peine quelques semaines s'étaient écoulées, que cette jeune fille rentra de nouveau à l'Hôtel-Dieu avec une méningite granuleuse à laquelle elle succomba. »

J'ai observé un jeune garçon dont je n'ai pas parlé jusqu'à présent et qui est presque la contre-partie du cas de Grisolle. Très maigre et très pâle depuis longtemps, et présentant des symptômes très évidents de tuberculose pulmonaire ancienne et à évolution lente, il fut pris de symptômes abdominaux qui me firent porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Il souffrait horriblement du ventre, et avait de fréquents vomissements; la diarrhée et la constipation alternaient. L'affaiblissement marchait très vite et pouvait faire redouter une fin prochaine, lorsqu'un jour survint de l'ascite, une ascite assez considérable, qui ayant duré quelques semaines disparut complètement. Les douleurs et les vomissements avaient déjà cédé; de même les symptômes intestinaux; l'appétit revint et ce jeune garçon, étant guéri, reprit un embonpoint relatif et se porta mieux qu'il ne s'était jamais porté.

C'était bien là un cas d'ascite tuberculeuse; ascite heureuse, il faut le reconnaître, car elle influa très favorablement sur les lésions antérieures.

Il existe très certainement des ascites accompagnant des péritonites tuberculeuses légères évoluant vers la guérison. Si je n'avais peur d'allonger démesurément ce travail je pourrais citer nombre d'auteurs ayant publié des faits très probants. Les laparotomies faites dans des cas d'ascites ont, du reste, montré des lésions tuberculeuses, lésions qu'on n'a plus retrouvées plus tard à l'autopsie des malades morts de toute autre chose que de leur ascite.

Il doit en être de l'ascite des enfants, comme de la pleurésie; la plupart des pleurésies séreuses sont de nature tuberculeuse; mais pas toutes. Le rhumatisme donne des pleurésies, car en même temps que des lésions d'endocardite et de péricardite on observe assez fréquemment de la pleurésie; la pneumococcie peut se traduire par de la pleurésie, et souvent

(1) D'Astros : L'ascite des enfants; *Bulletin médical*, 1897.

(2) Grisolle : Path. int. 4^e édit. T. I.

la pneumonie s'accompagne d'un épanchement pleurétique, épanchement non purulent qui ne survit pas d'ordinaire aux lésions pulmonaires. D'autres microbes encore peuvent occasionner des pleurésies. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour l'ascite.

Il y a bien des chances pour que le petit garçon dont je donne les photographies à la période d'état et après la guérison de son ascite, ait dû sa maladie à la tuberculose, car plus tard j'ai constaté à l'auscultation des signes, légers il est vrai, de tuberculose pulmonaire, je n'ai pas assez suivi les deux autres malades pour me prononcer à leur sujet.

Malgré la nature tuberculeuse probable de la majorité des ascites de l'enfant, je crois que c'est un tort de décrire cette ascite comme une variété de péritonite tuberculeuse, car il peut y avoir des ascites non tuberculeuses, et les ascites tuberculeuses, comme le montrent mes cas, peuvent guérir complètement puisque le petit garçon dont j'ai rapporté l'histoire en détail a conservé une très bonne santé jusque maintenant, presque 8 ans après son ascite. La petite fille dont j'ai parlé se portait très bien deux ans après son ascite ; je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis.

Appeler l'ascite des enfants ascite tuberculeuse, c'est aussi faux que d'appeler herpès (toutes les ulcérations de la bouche, comme le recommandent certains auteurs.

* *

Je n'insisterai sur le traitement que pour dire qu'en semblable cas je n'hésiterais pas à employer comme je l'ai fait déjà le calomel et l'iodure de potassium, et voici pourquoi : s'il s'agit d'un foie syphilitique on fait là une médication spécifique ; s'il s'agit d'une simple ascite, le calomel en provoquant des selles diarrhéiques et en augmentant la diurèse favorise la disparition du liquide intrapéritonéal.

Est-ce à dire qu'on ne doit pas faire de ponction. Je n'hésiterais pas à y recourir en cas de besoin.

CORRESPONDANCE

Giromagny (Territ. Belfort), 27 décembre 1899.

MONSIEUR ET HONORÉ CONFRÈRE,

Je lis avec intérêt la *Gazette Médicale du Centre*, et en particulier les articles sur la médecine d'autrefois. Je vous serai donc obligé de vouloir bien communiquer à l'auteur de ces articles une note concernant les privilèges de la corporation des Barbiers de la ville de Tours, dont il a été question dans le numéro de novembre, et qui intéressera peut-être M. Em. B.

Veillez agréer, Monsieur et honoré Confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

D^r TAUFFLIEB.

« Le premier Barbier et valet de chambre du Roy a puissance de mettre et ordonner un lieutenant ou commis en toutes les bonnes villes. (Henri III, Art. 1, 1578).

Le Jeudy 27 février 1586, en l'audience fut reçu un Barbier pour la ville de Tours qui avait été institué par le Lieutenant des Barbiers du Roy, après avoir été examiné par les Maîtres Chirurgiens et Barbiers

de Paris, avec deux docteurs en médecine en l'Université de Paris qui l'avaient trouvé suffisant et capable.

A sa réception les Maîtres Chirurgiens et Barbiers de Tours s'estoient opposés, disans qu'ils ont privilège de ne recevoir aucun Barbier qui ne soit examiné par eux ; lesquels privilèges ont été confirmés par les Rois successivement et approuvés par plusieurs arrêts.

La Cour, par son arrêt, le receut après l'avoir fait interroger par un Chirurgien de Tours en pleine audience et mit les parties hors de Cour et de procès sans dépens et sans préjudice des privilèges de la ville de Tours, vérifiez en la Cour (Vide R. Choppin. lib. 2, *De Privileg. rustic.*) »

(In Bouchel, *Trésor du droit français*, 1671).

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA CHIRURGIE EN TOURAINE

Publiés par M. Em. B.

CONTRAT D'APPRENTISSAGE DE CHIRURGIEN

Le vingt neuf d'avril mil six cent quatre vingt douze En la Cour du Roy notre sire à Tours par devant les notaires soussignez feurent presanz en nostre Estude maistre Cristophe Gueritault greffier des Tailles de la paroisse de St-Martin de Ligneil y demeurant lequel pour l'establir a presanté le sieur Louis Guéritault son fils aagé de dix neuf ans au moins pour apprentif en chirurgie en la maison du sieur François Aubry maistre chirurgien demeurant à Tours paroisse St-Hilaire lequel accepte le dict Guéritault fils pour son apprentif et s'engage à lui apprendre et enseigner son art de Chirurgie et Barberie et à la fin de son temps de le rendre expert comme les apprentifs ont coutume.

Lequel Guéritault fils a promis à son maistre de bien apprendre tout ce qui luy sera enseigné luy obéir dans tout ce qui luy commendra de licite de ne pas sortir ni s'absenter de la boutique.

Cette obligation d'apprentissage est pour le temps de trois années consécutives qui ont commencé du mois de febvrier dernier Le dit sieur Aubry a promis de le loger coucher bien blanchir de gros et menu linge, luy administrer le boire et le manger et à sa table, le tout moyennant la somme de deux cens livres pour les dittes trois années. Par ces présentes le dit Gueritault père s'engage à payer comptant ce dit jour au sieur Aubry à vue de nous notaires une somme de cent livres et l'autre somme de cent livres le vingt deux octobre mil six cens quatre vingt treize et en cas quil soit dub quelques droits aux maistres Jurez du dit Estat seront acquittez par le dit sieur Gueritault père. Et à la fin du temps ci-dessus dict le dit sieur Aubry promet de donner quittance d'apprentissage

Dont acte etc.

MORIN n^o
GUERITAUT

Signé : AUBRY.
L. GUERITAUT
BOUTET n^o

LETTRES DE RECEPTION A LA MAITRISE EN CHIRURGIE

Germain Pichault de la Martinière, Ecuyer, Conseiller, chevalier de l'ordre de St-Michel premier chirurgien du Roy, chef de la Chirurgie du Royaume, président de l'Académie Royale de chirurgie et gardes des chartres status et privilèges du dit art :

Et **François Victor Barbier**, maître en chirurgie à Tours Lieutenant de Monsieur le Premier chirurgien du Roy en la ville et fauxbourgs de Tours et ressort ; à tous ceux que ces présentes Lettres verront ; Salut : sçavoir faisons : que sur la requête à nous présentée par Louis Brault âgé de trente deux ans suivant son extrait baptistaire en datte du vingt cinq février mil sept cens trente ; faisant profession de la religion catholique apostholique et Romaine, ainsi quil est atesté par les certificats de vie et mœurs, joints à la ditte requête ; **Contentant** quil a fait son apprentissage sous le sieur Goinard maître en chirurgie à Tours : Et désirant s'établir au lieu de Beaumont la Ronce il nous aurait requis de lui accorder nos lettres de maistre chirurgien pour résider audit lieu de Beaumont la Ronceseulement et non ailleurs ; sur la quelle Requête après avoir vu lextrait baptistaire du suppliant, certificat de vie et mœurs d'apprentissage et de cours. Nous avons ordonné que le suppliant se presenteroit en notre chambre commune et de Juridiction une heure de relevée le premier d'avril mil sept cent soixante deux, ou étant comparu, conduit et présenté par M. le Bas maître en chirurgie de cette ville, Nous l'avons interrogé et examiné ; et fait interroger et examiner par les prevosts sur les principes de la chirurgie, Les saignées, Les aposthèmes, Les plaïs et medicamens en presences de Monsieur Bretonneau docteur en medecinne, ensuite desquels examins, le dit Brault retiré, pris Lavie de L'assemblée, qui La trouvé capable. Nous avons le dit Brod reçu et admis : recevons et admettons maître chirurgien pour résider au bourg de Beaumont la ronce dependant de ce ressort ; et Non ailleurs y exercer le dit art de Chirurgie pindre Ensiègne, avoir toutes les marques ordinaires et accoutumées, jouir des mêmes Droits et privilèges Dont jouissent et doivent jouir les autres maîtres Reçus pour le dit lieu : par nous où nos predecesseurs à la charges de ne pouvoir s'établir ailleurs Dans notre Ressort sans permission par Écrit : et que Dans les opérations décisives : il sera tenu d'appeller un maître de cette communauté pour lui donner Conseil, a peine de nullité des presantes et avons du dit Bros pris et Reçu le serment en tel cas requis, et accoutumé, En temoin de ce Nous avons signé ces présentes, à y celles fait apposer le cachet de nos armes et contresigner par le Greffier de notre communauté : ce fut fait et donné en nôtre chambre de Juridiction ordinaire de tours le Premier Jour Davril mil sept cent soixante deux.

Signé : F. V. BARBIER
Lieutenant,

ROBIERE,
Greffier.

Registré es Registres du Greffe, du Siège Royal de Police de Tours, ce requerant le dit Bros et sur ce ouy le procureur du roi En conséquence d'ordonnance de Monsieur le Lieutenant général de Police de ce jour sept avril mil sept cent soixante deux par nous avocat en parlement Greffier en chef soussigné.

Signé : DUPUY.

**UN VIEUX MÉDICAMENT POPULAIRE. —
LA TERRE SIGILLÉE**

Par le D^r SPALINOSKI

Dans ses intéressantes études sur l'*Histoire de la pharmacie en Touraine*, parues dans cette curieuse Revue, un trop modeste confrère, qui ne signe que par ses initiales, a dit quelques mots du remède bizarre mais si usité autrefois, désigné sous le nom de *bol d'Arménie* (1) : d'après l'érudite auteur, il s'agissait d'une argile spéciale, connue sous le nom de *terre sigillée* ou scellée, ce qui est d'ailleurs parfaitement exact.

J'ai cru bon de donner quelques détails complémentaires sur cette drogue, dont l'efficacité venait surtout de sa rareté et des cérémonies singulières qui présidaient à son extraction.

Comme chez les Latins sous l'appellation de *Terra Lemnia*, la terre sigillée, ainsi nommée parce qu'elle était frappée d'un sceau, une fois comprimée, se recueillait à Lemnos.

Il y en avait bien ailleurs, comme l'indique notre confrère « entre autres à Blois et à Saumur », mais P. Belon du Mans affirme « qu'elle (était) pour la plupart sophistiquée ». J'avoue ne posséder aucun moyen de vérifier le cas, mais les fraudeurs ne manquaient pas, car ce dernier ajoute « ils la savent falsifier si naïvement qu'ils la font ressembler à la naturelle ».

— « Toutes ces terres, écrit l'évêque du Mans (2), sont formées en petites pastilles, c'est-à-dire tourteaux ou petits pains, qui pèsent jusques à quatre drachmes la pièce, les uns plus, les autres moins. »

De plus la vraie terre sigillée était si grasse qu'elle semblait du suif, et pénible à mâcher; sa couleur était rougeâtre. Les autres différaient surtout par le sceau qui les distinguait. La plus falsifiée était celle de Constantinople, aussi était-elle moins rare.

Il n'y avait qu'un jour par an pendant lequel il était permis de tirer de la terre sigillée « qui est le sixième jour du mois d'Août ». De plus, personne ne pouvait en tirer à l'exception du Sonbachi ou gouverneur de l'île, et il était défendu aux habitants d'en prendre sous peine de perdre la tête ! On voit qu'il ne fallait guère badiner avec le Sonbachi !

Quelques mots maintenant des cérémonies bizarres nécessaires à l'extraction de cette terre.

Dès la plus haute antiquité avant de donner les premiers coups au sol, on égorgeait un bouc à l'endroit où devaient creuser les ouvriers.

Au temps de Galien, une prêtresse, au jour convenu, répandait du froment et de l'orge sur la terre, puis elle faisait remplir un chariot de cette dernière que l'on conduisait à Ephèse.

Pierre Belon, à qui j'emprunte tous ces détails et qui assista aux cérémonies usitées encore à son époque, les raconte à son tour ainsi qu'il suit : (3)

(1) Voyez *Gazette Médicale du Centre*. — Dernier trimestre 1899, principalement au mois de décembre 1899.

(2) D'aucuns prétendent que Belon était chirurgien et non évêque (n. de la R.).

(3) Les observations de plusieurs singularitez et choses inamovibles, trouvées en Grèce, Asie, Judée, Egypte, Ombrie, etc. Chap. XXIX.

« Les plus grands personnages et les principaux de l'isle s'assemblent tant les Turcs que les Grecs, prestres et Caloieres : et tout en une petite chapelle nommée Sotira, et en célébrant une messe à la Grecque avec prières vont tous ensemble accompagnez des Turcs et montent sur la colline qui n'est qu'à deux traicts d'arc de la chapelle et font bescher la terre par cinquante ou soixante hommes jusques à tant qu'ils l'ayent descouverte, et qu'ils soyent venuz à la veine : et quand ils sont venuz jusques à la terre, alors les caloieres en remplissent puelques turbes ou petits sacs de poil de bestes, lesquels ils baillent aux Turcs qui sont là présents, sçavoir au Sonbachi, ou au Vayvode : et quand ils ont prins autant qu'il leur en faut pour cette fois, alors et dès l'heure mesme ils referment et recouvrent la terre par les ouvriers qui sont encores là présents. En après le Sonbachi envoie la plupart de la terre qui a esté tirée au grand Turc à Constantinople. Le reste il la vend aux marchands. Et à fin que personne n'en puisse avoir sinon par leurs mains, ils tiennent la rigueur telle aux habitants, qu'il serait impossible à un homme mettant vingt ouvriers en besongne toute une nuit, qu'il peust parvenir jusques à la veine de la terre que l'on ne s'en aperçent bien.

« Ceux qui assistent quand on la tire de sa veine, en peuvent bien prendre chacun quelque petite quantité pour leur usage : mais ils n'en oseroient vendre qu'il fust seu. »

Ce qui est plus étrange c'est que personne ne surveillait la terre, et aucun mur ne la défendait contre la convoitise des habitants.

Mais à quoi donc servait cette terre ? Comme panacée sans doute à tous les maux. Je n'ai jamais su si elle guérissait beaucoup de gens, mais si quelque cure merveilleuse s'opérait, c'est que la suggestion agissait plus que la terre sigillée !

Ed. SPALIKOWSKI.

STATISTIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE OBSERVÉE A L'ASILE DE CLOCHEVILLE PENDANT DIX-NEUF ANS

Communication faite à la Société de Médecine d'Indre-et-Loire

Par le D^r GRASSET

Environ la moitié des cas a été constatée dans le quartier de Lariche. Il y a eu presque tous les ans et surtout depuis 1895 un foyer dans la partie de la ville circonscrite par les rues des Tanneurs, de la Paix, du Grand-Marché, la place du Grand-Marché, les Halles, la rue des Fossés-Saint-Martin, la place Victoire et la rue de la République.

Deux autres foyers ont été signalés l'un dans la cité Borde et l'autre au numéro 11 de la rue Marceau.

La contagion a été très souvent observée dans la même famille. La propagation a dû probablement se faire par les linges infectés.

Le nombre de cas de dothérenterie ne semble pas avoir tendance à diminuer. Cependant, la virulence du bacille s'est un peu atténuée : les décès deviennent plus rares. La cause de cet affaiblissement de la mortalité peut être cherchée dans l'activité plus grande du traitement employé.

Voici le Tableau des cas observés depuis la fondation de l'Asile de Clocheville.

ANNÉES	NOMBRE DE CAS	QUARTIER SAINT-PIERRE-DES-CORPS LIMITES : rue Nationale, boulevard Heurteloup, canal et quais	QUARTIERS DE LA FUYE ET SAINT-LAZARE LIMITES : avenue de Grammont, levée de Rochepinard, canal et boulevard Heurteloup	QUARTIER DE LA RICHE LIMITES : rue Nationale, quais, rue de l'Abattoir, boulevard Tonnellé, Hôpital, rue Verte et boulevard Béranger	QUARTIER DU MORIER LIMITES : avenue de Grammont, levée du Cher, boulevard Tonnellé, hôpital, rue Verte et boulevard Béranger	QUARTIER SAINT-SYMPHORIEN comprenant la partie de la ville, située sur la rive droite de la Loire
1881 (à partir d'août)	cinq	néant	néant	cinq (trois cas rue de la Grosse-Tour, dont deux dans la même famille ; deux cas rue des Halles dans la même famille)	néant	néant
1882	un	un	néant	néant	néant	néant
1883	quatre	un	néant	trois	néant	néant
1884	neuf	trois (deux rue Saint-Libert, frère et sœur)	un	cinq	néant	néant
1885	neuf	deux	un	trois	trois (deux dans la même maison, 20, rue Girardeau ¹)	néant
1886	onze	un	néant	cinq (dont deux, 6, rue du Colombier, chez les deux frères)	quatre (deux, 3, place Thiers, frère et sœur)	un
1887	treize	sept (trois, 5, rue des Bouchers dans la même famille)	néant	cinq	néant	un
1888	dix-sept	quatre	trois	six	trois (dont deux, 147, boulevard Thiers, frère et sœur)	un
1889	sept	un	néant	quatre	deux (rue George-Sand, frère et sœur)	néant
1890	cinq	cinq (deux, rue St-Pierre-des-Corps, les deux frères, trois au N° 11 de la rue Manceau)	néant	néant	néant	néant
1891	onze	quatre	néant	six	un	néant
1892	neuf	trois	un	quatre	un	néant
1893	huit	néant	deux	six (deux, 3, rue du Croc, frère et sœur)	néant	néant
1894	douze	néant	un	sept	quatre (dont trois dans la cité Borde et dans la même maison : un frère et une sœur et un voisin)	néant
1895	trente-trois	quatre	trois	treize (foyer épidémique vers le mois de septembre dans le quadrilatère, formé par les rues du Grand-Marché, du Commerce, P. L. Courier, des Tanneurs et de la République)	six	sept tous autour de l'église : dans les rues du Nouveau-Calvaire, Saint-Symphorien, (quatre dans la même maison, frères et sœurs) et le quai Saint-Symphorien
1896	vingt-six	trois	quatre	treize (dans tout le cours de l'année ; cas disséminés)	cinq	un
1897	quarante	neuf (deux cas, 29, rue de la Moquerie, frère et sœur)	six	quinze (foyer dans la rue du Grand-Marché (et les rues avoisinantes)	neuf (deux cas, 37, rue Louis-Blanc frère et sœur ; de même, 11, cité Borde et 77, rue St-Sauveur)	un
1898	vingt-trois	un	six	treize (même foyer que l'année précédente ; deux cas dans la même maison, 60, rue des Tanneurs, mais pas de parenté)	deux	un
1899	trente-sept	neuf	trois	vingt et un (le foyer épidémique présente la même localisation ; deux frères ont été pris, 17, rue des Fossés-St-Martin ; trois sœurs, 23, rue Jules-Charpentier ; et deux sœurs, 56, rue du Grand-Marché)	quatre	néant
TOTAUX	Deux cent-quatre-vingts	cinquante-huit	trente et un	cent trente-quatre	quarante-quatre	treize

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE

Procès-Verbal de la Séance du 16 Décembre 1899

La séance est ouverte sous la présidence de M. Bodin. Membres présents : MM. Bodin, Grasset, Héron, Hermary, Baudouin, Foy, Dubois, Petit, Chaumier, Magnan, Schoofs, Lapeyre, Menier, Stecewitz, Boureau.

M. le Dr Maguin de Château-la-Vallière, est admis sur sa demande.

M. GRASSET, à propos de l'étiologie de la fièvre typhoïde, a cherché à se rendre compte de la topographie de cette affection dans la ville de Tours. Il présente à la société un tableau donnant par quartiers les cas de typhoïde observés à l'Asile de Clocheville depuis l'année 1881.

L'étude de ce tableau lui a permis de constater que la moitié des cas environ avaient eu pour origine le quartier de Lariche ; un foyer permanent existe dans la partie de la ville circonscrite par les rues des Tanneurs, de la Paix, du Grand-Marché, la place du Grand Marché, les Halles, la rue des Fossés-St-Martin, la place Victoire et la rue de la République.

Deux autres foyers sont à signaler, l'un dans la Cité Borde, l'autre au n° 11 de la rue Manceau.

La contagion a été observée très souvent dans la même famille. Au total, le nombre des cas ne semble pas avoir tendance à diminuer et les décès deviennent plus rares.

M. LE PRÉSIDENT pense qu'une des premières conclusions pratiques à tirer de l'étude de M. Grasset est de signaler au Conseil d'hygiène les endroits où l'infection typhique semble pouvoir le mieux se délimiter, tels que la Cité Borde et l'établissement de la rue Manceau.

Il serait en outre intéressant de savoir si les travaux entrepris de tous côtés dans la ville ont eu une influence sur le nombre des cas de typhoïde. On ne peut malheureusement, ainsi que le fait constater M. HÉRON, tabler sur la statistique de la mairie qui ne donnera que la mortalité et non la morbidité.

M. LE PRÉSIDENT, tout en constatant l'intérêt local que peuvent présenter ces recherches, pense que la discussion pourrait surtout porter sur les causes qui influent sur le développement de la fièvre typhoïde chez un malade à un moment donné plutôt qu'à un autre alors que la cause primitive, le bacille typhique, reste constante. Pourquoi le conscrit qui arrive au régiment, le nouvel habitant de grande ville feront-ils plus facilement une fièvre typhoïde que les soldats ou habitants acclimatés depuis longtemps ? Quelles sont les modifications du terrain qui permettront à la graine de germer ? Comment en résumé peut-on devenir typhique ? Une épidémie a sévi à St-Martin-le-Beau, en remontant au début on a constaté qu'elle avait eu pour origine une vieille femme atteinte d'entérite vulgaire. Comment et sous quelle influence cette entérite a-t-elle pu se transformer en une typhoïde qui infecta le pays entier ?

M. MAGUIN cite un fait où l'influence étiologique de l'eau lui a paru prépondérante.

A son arrivée à Château-la-Vallière, il apprit de son prédécesseur qu'un hameau était continuellement décimé par la typhoïde. Un seul puits alimentait les habitants. Sur sa demande la préfecture ordonna la démolition du puits et depuis la fièvre typhoïde disparut.

M. LE PRÉSIDENT propose de maintenir à l'ordre du jour cette question de l'étiologie typhoïde et engage les membres à faire part de leurs idées à ce sujet.

M. GRASSET communique à la Société une note relatant un cas de cirrhose hypertrophique du foie chez un enfant.

Après discussion des divers diagnostics possibles, il s'est arrêté à celui de cirrhose hypertrophique de nature tuberculeuse.

M. CHAUMIER a observé trois cas qu'on aurait pu prendre pour de la cirrhose, il s'agissait simplement d'ascite. Il présente la photographie d'un de ces petits malades.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Séance du 6 janvier.

PRÉSIDENCE DE M. BODIN

M. ANDRÉ communique à la Société l'observation d'une grossesse gémellaire terminée par un accouchement prématuré au 7^e mois avec expulsion d'un premier fœtus momifié dont la mort remonte au 3^e mois de la grossesse et d'un second fœtus macéré dont la mort remontait à 10 jours. Il y a eu ensuite expulsion d'un placenta dont les 2 portions presque égales, tangentes l'une à l'autre, différaient très notablement d'aspect. Le 1^{er} fœtus fut expulsé par le siège, le 2^e par l'extrémité céphalique. M. André a relaté cette observation à cause de la persistance de la grossesse 4 mois encore après la mort du 1^{er} fœtus et parce que l'expulsion des 2 fœtus a été séparée par un intervalle de temps de 22 heures, les statistiques de la maternité de Paris signalant comme exceptionnelle la durée de 7 h. 1/2.

M. le Dr BODIN demande alors si des cas de grossesse double ont été observés dans la famille du mari (l'observation ne parlant que de la mère).

M. CHAUMIER cite un cas dans lequel le travail s'arrêta pendant plus de 24 heures après l'expulsion d'un premier enfant, et un autre dans lequel un fœtus fut expulsé au 4^e mois environ et le second vint à terme. M. Verbeck signale un cas semblable.

M. BODIN rappelle le cas d'une femme ayant mis au monde deux jumeaux à 26 heures d'intervalle, le second ayant été extrait au forceps, tous deux venus vivants.

M. ANDRÉ fait ressortir que la question d'intervention n'est pas admise par tous : certains voulant qu'on pratique l'extraction pour éviter les accidents (hémorragie-infection).

M. BODIN rappelle à ce sujet le cas d'une femme ayant fait une fausse couche, n'ayant pas expulsé le

placenta, disait-elle, chez laquelle on n'observa ni trouble ni fièvre.

M. ANDRÉ dit avoir observé en 1898 une femme qui enceinte de 2 mois 1/2 ou 3 mois présenta le 9 octobre tous les symptômes d'une fausse couche qui ne s'effectuait pas; un an après, le 6 septembre 1899, cette femme accouchait d'un enfant bien constitué, à terme, sans que rien fut resté de la 1^{re} grossesse. M. Ménier objecte qu'on était peut-être en présence d'une métrite simulant la grossesse. M. André répond que le diagnostic a été contrôlé par deux autres confrères et que la femme ne présentait pas avant ni après de troubles utérins. M. Bodin cite alors comme anomalie obstétricale le cas d'une dame de 39 ans qui bien réglée ordinairement part en Algérie, a encore ses règles pendant quelques mois, puis les voit disparaître sous l'influence sans doute du climat. Revenue en France, 3 ans après, à 43 ans, elle présenta bientôt tous les symptômes de grossesse. Celle-ci évolua normalement et les règles réapparurent ensuite. M. Lapeyre cite le cas d'une fausse couche relative à une grossesse gemellaire et qui se fit en deux fois à 1 mois d'intervalle, le premier fœtus ayant été expulsé après seulement 2 mois de grossesse.

Reconstituant du système nerveux

NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

NOUVELLES

Ecole de Médecine de Tours. — La séance solennelle de rentrée de l'Ecole a eu lieu en décembre sous la présidence de M. Peytraud, inspecteur d'Académie.

Une nombreuse assistance s'était rendue à l'invitation des professeurs de l'Ecole pour témoigner sa sympathie à nos jeunes étudiants.

M. le Dr Bodin, professeur de clinique médicale, était chargé de prononcer le discours de rentrée, il s'en est acquitté avec le talent de parole et la profonde érudition que tous lui connaissent. Désireux d'intéresser ses auditeurs aux derniers progrès qu'enregistre la science médicale toujours en marche vers de nouvelles vérités. M. le professeur Bodin avait pris pour sujet de discours la sérumthérapie.

Après un magistral exposé des doctrines qui ont conduit à chercher l'immunisation de l'individu dans sa vaccination par le sérum d'un animal ayant subi une injection de toxines microbiennes, l'orateur forcé de se borner s'est attaché à nous montrer ce qu'est la sérumthérapie dans la diphtérie, le tétanos, la peste.

Les admirables résultats obtenus dans la diphtérie, l'histoire si curieuse du tétanos et de la peste « mal répandant la terreur et aujourd'hui désarmé » ont été pour le professeur l'occasion de donner à tous de saisissants enseignements.

Vivement intéressé le public médical a salué

d'unanimes applaudissements la fin d'une conférence qu'il eut souhaité plus longue pour goûter encore le charme de la parole et la hauteur de l'enseignement du professeur.

M. l'Inspecteur d'Académie, dans un discours très littéraire, a su donner de nobles conseils aux jeunes gens qui l'écoutaient.

Enfin M. le Directeur et le Dr Meunier ont été très applaudis dans la lecture des résultats obtenus par l'Ecole aux examens et la proclamation des noms des lauréats des concours de prix.

Une dame de 50 ans, intelligente, instruite, sérieuse, d'excellente éducation, ayant subi des revers de fortune l'obligeant à chercher une position désirerait un emploi dans les conditions suivantes: dame de compagnie auprès de personnes âgées ou de malades infirmes ou incurables. S'occuperait même d'une personne atteinte d'aliénation mentale.

Désirerait surtout faire l'instruction et l'éducation d'enfants isolés de leur famille, et dont on lui confierait la garde et la responsabilité.

AVIS. — Les lecteurs de LA GAZETTE sont priés de nous indiquer une localité qui aurait besoin d'une sage-femme.

LISTE DES MÉDECINS DES STATIONS D'HIVER

Afin de rendre service à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas de correspondants dans les stations d'hiver, nous publions la liste des médecins de ces stations qui sont nos abonnés :

Dr Lalou, Dr Verdalle, à Cannes. — Dr De Langenhagen, à Menton
Dr Thauon, à Nice.

REPLACEMENTS MÉDICAUX

Un jeune médecin désirerait faire des remplacements: s'adresser au Docteur Sichére, 74, Boulevard Montparnasse, Paris.

SAGE-FEMME; GARDE-MALADE; DIRECTRICE DE CLINIQUE.

Une sage-femme instruite, actuellement en Angleterre, désirerait une place de quelque importance. S'adresser au bureau du journal.

Une sage-femme de Loir-et-Cher, habitant une petite localité où elle ne gagne pas sa vie, désirerait trouver une place plus importante; elle se recommande aux lecteurs de ce 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.