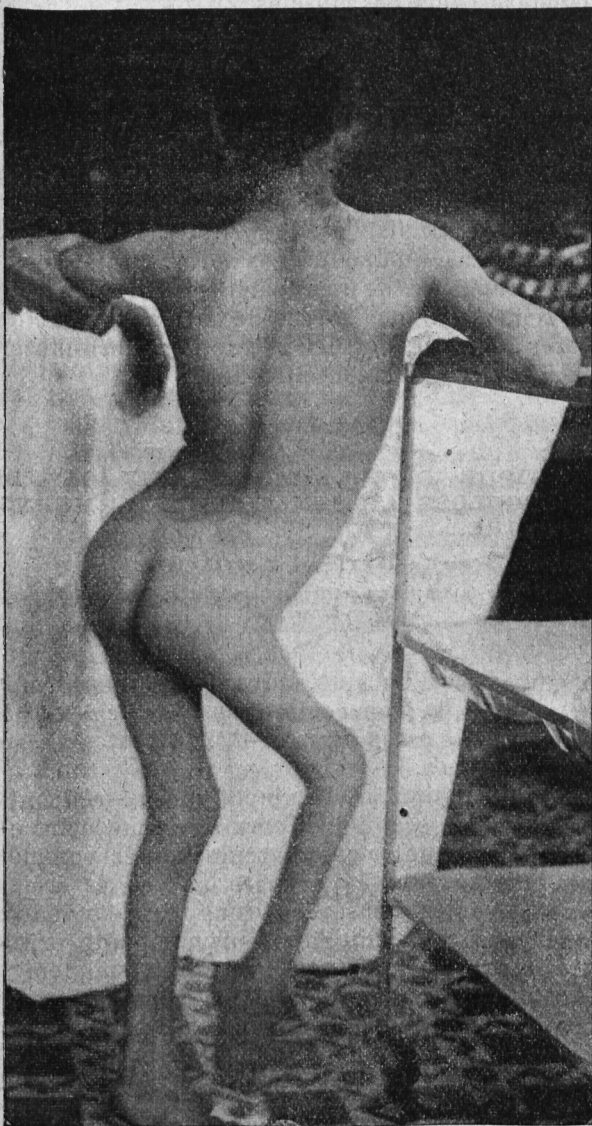


ENFANT PRÉSENTANT UNE ATTITUDE VICIEUSE DU MEMBRE INFÉRIEUR DROIT. — LUXATION ISCHIATIQUE DU FEMUR DATANT DE 11 ANS.

Resection de la hanche. — Arthrodèse du genou avec enclouement de la rotule. — Ténotomies multiples.

Par le D^r BOUREAU

La mère raconte qu'à l'âge de 14 mois l'enfant qui commençait à marcher fit une chute, qu'en présence de ses cris et de l'impossibilité d'allonger la cuisse, elle aurait conduit l'enfant chez un médecin quelques



Jours après, qu'aucune tentative de redressement n'aurait été tentée et que l'enfant a depuis cette époque gardé l'attitude actuelle.

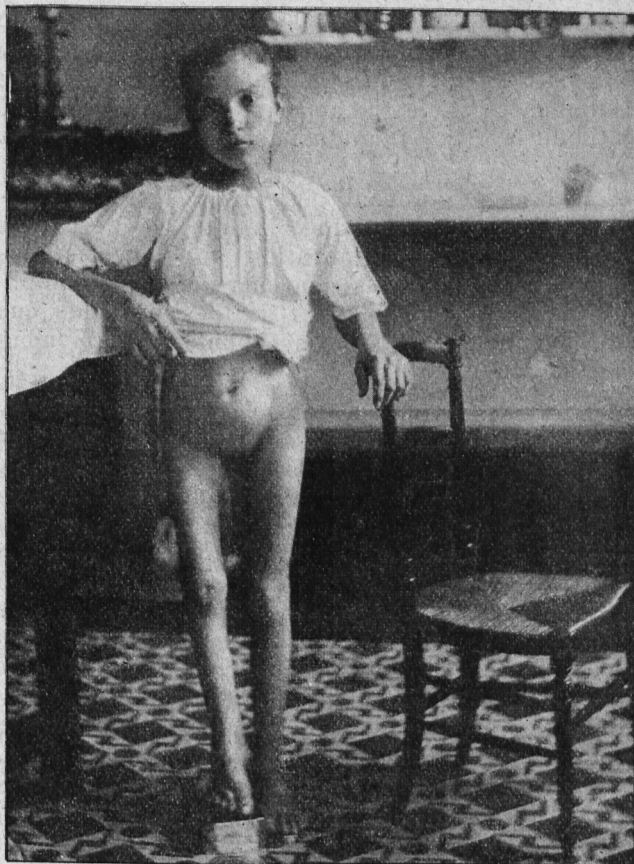
La malade a 14 ans, elle ne marche pas, se soutient à peine sur ses béquilles. La cuisse est à angle droit avec le bassin, la colonne vertébrale présente une ensellure considérable, le genou fléchi à angle droit, les deux pieds en équinisme. (Fig. 1).

A l'examen on constate que la tête fémorale est en luxation ischiatique, mobile, elle roule dans sa néarthrose mais sans aucune extension possible, arrêtée en outre par le couturier et le tenseur du fascia lata tendus comme des cordes.

Les muscles sont flasques, atrophiés, le membre droit de 10 centim. plus court que l'autre, le gauche lui-même plus court qu'il ne doit être, étant donné le buste de l'enfant dont la main dans la station debout atteint presque la rotule.

Aucun trouble de sensibilité, l'enfant se porte bien, est intelligente.

Interventions. — Je pratique le même jour une résection de la tête fémorale, le col du femur est sectionné au ciseau, et une ténotomie du couturier et du tenseur du fascia.



La cuisse est défléchie facilement et un appareil à tractions continues appliqué directement sur la cuisse à la façon de l'appareil d'Hennequin reste en place 40 jours.

Au bout de ce temps l'appareil enlevé permet de constater une bonne coaptation, solide, avec quelques mouvements de flexion.

Quelques jours après je pratique la ténotomie du biceps fémoral et des tendons de la patte d'oie. Le genou est redressé sans trop de difficultés et placé dans un appareil plâtré, en outre ténotomie des deux tendons d'Achille.

A la levée de l'appareil je constate que le genou

présente une mobilité excessive, qu'il se place en subluxation postérieure; on a la jambe de polichinelle qui ne peut servir à rien.

Evidemment les ligaments distendus par une position vicieuse, et un ligament rotulien fixé à un biceps atrophié, sont impuissants à maintenir les surfaces articulaires.

Je me décide à pratiquer l'*arthrodèse du genou*. L'articulation est ouverte par le lambeau rotulien, les cartilages pelés au couteau d'Ollier, les ménisques reséqués, la surface cartilagineuse de la rotule enlevée, l'épine du tibia abattue par un trait de scie et la rotule clouée sur cette surface par un *peroné frais de lapin* enfoncé obliquement au maillet.

La tête du peroné de lapin reséquée est enfouie sous une suture de la peau, le tendon rotulien est suturé à son extrémité inférieure.

Appareil plâtré pendant 50 jours.

A la sortie de l'appareil le membre inférieur est en bonne situation, rigide sans mobilité fémoro-tibiale et supporte très bien un appareil qui compensé les 10 centimètres d'écart qui existaient entre les deux jambes.

Actuellement au bout d'un mois l'enfant marche à l'aide d'une canne, monte des escaliers et étant donné la restauration des muscles sous l'influence des courants continus qui ont été appliqués pendant son séjour au lit, il est probable que dans l'avenir elle utilisera encore mieux son membre placé en bonne position.

RÉFLEXIONS. — Au point de vue *chirurgical* la situation imposait les interventions pratiquées. On aurait pu même prévoir l'insuccès du redressement du genou.

La jambe de polichinelle d'une mobilité excessive et qui fatalement se serait placée en luxation postérieure est pour ainsi dire la règle lorsque la flexion a duré très longtemps sous un angle d'au moins 45°.

Nous recommandons l'enclouement de la rotule qui consolide mieux les arthrodèses du genou et est préférable à sa décortication.

Ollier emploie les clous métalliques, Routier le premier a employé le peroné de lapin. Cet os est d'une solidité remarquable, il ne se brise pas au maillet et pourrait pénétrer dans du bois blanc, à plus forte raison dans une tête de tibia. Il est essentiel pour éviter sa nécrose de lui laisser son périoste et de ne pas, pour la même raison, le faire séjourner dans des solutions antiseptiques telles que l'eau phéniquée.

Au point de vue *étiologique* le cas est intéressant.

Doit-on, en adoptant la version de la mère, ne voir dans les lésions que les conséquences du traumatisme invoqué? ou se trouve-t-on en présence d'attitudes vicieuses consécutives à des lésions d'origine centrale, maladie de Little? dans cette dernière hypothèse, il faudrait admettre que les contractures ont pu aller jusqu'à produire une luxation ischiatique complète.

L'enfant à son entrée présentait les deux pieds en équinisme, fait qui pouvait faire supposer qu'à une

période la rigidité des muscles du mollet avait été assez persistante pour les fixer dans cette attitude.

Les membres étaient atrophiés, en arrêt de développement; en outre sous l'influence des courants continus est apparue dans la jambe droite une contracture persistante.

Ces faits plaident en faveur de la maladie de Little.

Par contre, on constatait une abolition des réflexes au lieu de l'exagération habituelle dans ce syndrome. — Les contractures ont disparu, fait qui indiquerait que leur apparition pendant le cours de l'électrisation n'était peut-être due qu'à la réaction de dégénérescence des muscles.

En outre, depuis que l'enfant est en possession d'un membre correct, la marche est bonne et on ne constate aucun trouble moteur.

L'intelligence a toujours été intacte.

Le diagnostic rétrospectif est très difficile à formuler. Si l'on admet la maladie de Little, car il faut avouer que l'hypothèse du traumatisme comme cause étiologique ne satisfait pas l'esprit, il ne faudrait ne voir dans ce cas qu'une de ces formes atténuées à troubles trophiques décrites par Brissaud et caractérisées seulement par l'arrêt de développement des membres inférieurs, et des rétractions fibro-musculaires sans atteinte de l'intelligence.

STATISTIQUE DE QUARANTE-DEUX CAS DE TUBERCULOSE AU SANATORIUM DE MEUNG-SUR-LOIRE.

Par le Dr LÉON LERICHE

Médecin directeur du Sanatorium de Meung, l'hiver, et médecin consultant aux Eaux-Bonnes, l'été.

On sait aujourd'hui que, suivant le mot du Professeur Grancher, la Tuberculose est *curable à tous les degrés* et qu'elle est la *plus curable* de toutes les maladies chroniques.

Cette affirmation de l'éminent maître rencontre encore bien des sceptiques parmi les médecins qui lorsqu'on leur montre un tuberculeux guéri commentent le plus souvent à vous rire au nez, et croient que vous voulez abuser de leur candeur naïve, ou que vous avez fait antérieurement une erreur de diagnostic et que vous avez tout simplement enfoncé une porte ouverte. Vous avez beau vous mettre en frais d'éloquence pour leur expliquer que le malade présentait à la percussion et à l'auscultation tous les signes classiques de l'induration, de l'hépatisation, du ramollissement, ou de la caverne; vous avez beau leur affirmer que ce même malade a eu des crachements de sang, des hémoptysies, de l'expectoration nummulaire, muco-purulente, qu'il avait eu de la fièvre, des sueurs nocturnes, de la diarrhée, qu'il avait à un moment donné maigri d'effrayante façon; que le microscope vous avait permis de constater que ses crachats étaient remplis de bacilles et étaient parsemés d'un véritable réseau de fibres élastiques: vous perdez absolument votre

temps et vous en êtes pour vos frais ; vous ne changerez rien à leur conviction absolue qu'un véritable tuberculeux peut bien subir une amélioration passagère, que son état général peut à un moment donné se relever provisoirement mais que les lésions poursuivent leur marche envahissante, que la tuberculose poursuit quand même son œuvre mortelle jusqu'à l'échéance fatale et plus ou moins rapprochée.

Cette fin de non-recevoir, opposée à l'opinion de ceux qui ont vu *guérir* des tuberculeux, n'est pas pour nous décourager et toutes les fois que nous en trouverons l'occasion, nous chercherons à mettre le nez de ces confrères incrédules dans leurs dénégations, et nous nous efforcerons de leur faire toucher du doigt la vérité.

Pour notre part, nous avons fait jadis, à l'hôpital Laennec sous la direction de notre regretté maître Hanot, puis plus tard à l'hospice des Incurables d'Ivry dans le service du Dr Gombault et dans celui des Drs Blum et Félizet, nombre d'autopsies de vieillards, morts de maladies très différentes, ou tout simplement de vieillesse, qui nous ont permis de toucher du doigt des cavernes cicatrisées fibreuses ou crétacées, des enkystements de gros noyaux pulmonaires encapsulés dans une plèvre adhérente et épaissie, qui indiquaient d'une façon indéniable l'arrêt définitif et ancien d'une tuberculose pulmonaire enrayée dans son évolution.

Si la tuberculose pulmonaire a guéri chez tant de sujets ayant appartenu à une classe misérable de la société, malgré une hygiène certainement déplorable, et l'absence de tous soins, pourquoi ne guérirait-elle pas plus souvent encore chez ceux qui peuvent se donner tout le confort de l'existence, et se soigner d'une façon régulière et sérieuse ?

Il est vrai que les tuberculeux entassent obstacles sur obstacles à leur guérison, et que les médecins ne les aident guère à se débarrasser de ces obstacles quand ils ne contribuent pas à les accumuler sous les pas de leurs clients sous forme d'un dévergondage de médicaments et de médications, et d'une absence complète de méthode dans le traitement.

Sous prétexte que quelques médicaments ont leur emploi justifié et indiqué dans certaines formes ou contre quelques symptômes de la tuberculose pulmonaire on en gorge les malades jusqu'à ce que leur estomac et leurs fonctions digestives soient irrémédiablement compromis.

Or, les fonctions digestives du phthisique sont une arche sainte qu'on doit respecter ; l'alimentation est en effet l'ultime ressource contre la tuberculose. Le tube digestif est le capitole de l'organisme, il ne faut pas amoindrir sa force ; aussi l'emploi des médications les plus recommandables doit-il être parcimonieusement mesuré.

Depuis bientôt dix ans je soigne à peu près exclusivement des tuberculeux ; comme tous les médecins j'ai essayé de tous les médicaments j'ai suivi attentivement le résultat de toutes les médications ; celles qui m'ont réussi d'une façon incontestable sont : la

médication par les Eaux-Bonnes et le régime hygiénodietétique du Sanatorium.

Il est difficile d'établir une statistique pour les Eaux-Bonnes où j'ai soigné environ trois cents tuberculeux ; ces malades suspendaient leur traitement pendant la plus grande partie de l'année ; quelques-uns ne faisaient qu'une saison : la traditionnelle saison de 21 jours. Eh bien malgré cela beaucoup ont guéri ou du moins ont subi une amélioration leur permettant de reprendre ou de continuer leurs occupations. Quelques-uns consentent à séjourner aux Eaux-Bonnes deux et même trois mois ; ceux-là trop peu nombreux ont obtenu un résultat remarquable.

Je me propose prochainement de publier ma statistique intégrale des tuberculeux traités aux Eaux-Bonnes et on verra que cette statistique est fort intéressante ; que beaucoup de tuberculeux y ont retrouvé la vie, et que la légende des hémoptysies causées par les eaux sulfureuses des Eaux-Bonnes n'est qu'une légende. Les hémoptysies ne sont pas plus fréquentes aux Eaux-Bonnes qu'ailleurs, et beaucoup de tuberculeux ayant eu des hémoptysies antérieures n'en ont pas eu pendant leur traitement aux Eaux-Bonnes bien que je prescrive l'eau à des doses très élevées.

Revenons à ma statistique du sanatorium de Meung. Elle n'est pas de vieille date, mais elle a déjà à son actif des résultats très probants.

Elle porte sur 42 malades dont le 1^{er} est entré au sanatorium le 7 janvier 1899, et dont 6 sont encore actuellement en traitement. Tous ces malades ont séjourné à Meung un temps très variable ; l'un par exemple y est resté 7 jours ; un autre y a séjourné du 27 juillet au 15 avril soit plus de 8 mois. Enfin les uns trop rares sont entrés avec des lésions peu étendues du 1^{er} degré et à la période initiale de la maladie, d'autres au contraire me sont arrivés à la période terminale et à un degré de cachexie extrême.

Eh bien trois parmi ces derniers se sont relevés d'une façon fort rapide et sont aujourd'hui en excellente voie. Néanmoins on conçoit que les résultats obtenus soient sensiblement différents, suivant l'état des lésions pulmonaires et l'état général, et suivant la durée du traitement.

Tuberculeux avec lésions du 1^{er} degré.

1^o M. H... 21 ans, infiltration des deux sommets ; bronchite catarrhale assez étendue, pas d'appétit et fièvre à l'arrivée. Congé de réforme au régiment. Reste trois mois au sanatorium, n'a plus de fièvre, mange bien et a engraisé de 12 kilogrammes. Au départ légère diminution du murmure vésiculaire. Depuis 1 an il mène une vie très fatigante, prend part à des courses de bicyclistes professionnels et n'a pas eu le moindre accident.

2^o M. H. Q... 36 ans, plusieurs hémoptysies abondantes, un noyau de rales fins sous la clavicule droite, fièvre et sueurs nocturnes. Reste un mois, engraisé de quatre kilogrammes et passe son été à la campagne,

son hiver au sanatorium de Trespoey où on le considère comme guéri.

3^e M. R. L... 18 ans, infiltration bilatérale des deux sommets, fièvre, sueurs nocturnes, a beaucoup maigri. Reste six semaines et part sans traces de ses lésions ; il a engraisé de 7 kilogrammes, employé dans le laboratoire d'une usine. Pas d'accidents depuis son départ le 15 octobre.

4^e M. R. B... 39 ans. Un peu d'obscurité à gauche, se soigne depuis deux ans, reste un mois et part à la campagne, il a engraisé de 2 kilogrammes 500 ; l'hiver a passé sans incident.

5^e M. l'abbé M... 26 ans, malade depuis un an, hépatisation des deux sommets, forme éréthique avec température de 38° à 40° degrés ; arrive avec une dyspepsie fort accentuée, vomit tout ce qu'il prend et n'a pas d'appétit, part au bout de deux mois, la fièvre a diminué, les lésions restent stationnaires mais il n'y a plus de dyspepsie, l'appétit est revenu ; le malade qui avait perdu 1 kilogr. pendant la première quinzaine a gagné finalement 2 kilogr. 300 sur son poids à l'arrivée. Il part à la campagne : l'amélioration continue.

II. Tuberculeux avec lésions du 2 degré.

1^{er} M. A. Th. 28 ans, a eu des hémoptysies, vaste foyer de ramollissement à droite, foyer moins étendu à gauche, fièvre de 38°5 à 39°5, sueurs nocturnes, expectoration abondante, dyspepsie, et en pleine éruption syphilitique secondaire. La fièvre tombe complètement, les sueurs disparaissent, l'expectoration diminue et au bout de deux mois il part ayant engraisé de 7 kilogr. 500, les lésions se sont très amendées et les râles humides ont fait place à des râles secs. Le malade part, mène une vie fatigante et irrégulière, il rentre fin juillet cachectique à nouveau, s'améliore encore rapidement, engraisse de 4 kilogr. 800 ; renvoyé pour indisciplin, part à Leysin — sans nouvelle depuis.

2^e Mme D. 32 ans, foyer de ramollissement à droite, congestion, expectoration abondante, fièvre 38°5 à 39°6. Lésion aortique légère. Pas d'appétit, a beaucoup maigri — amélioration rapide, puis fait une poussée rhumatismale : érythème noueux et fluxion periarticulaire généralisée, un peu de pleurésie sèche. L'amélioration se poursuit ; la malade part au bout d'un mois ayant engraisé de 1500 grammes et n'a plus de fièvre.

3^e M. B... 19 ans. Ramollissement à droite et au sommet gauche, toux abondante, forme éréthique, fièvre, 37°5 à 38°, sueurs nocturnes, mange bien. Part pour la campagne au bout d'un mois. La fièvre a disparu, et le malade a engraisé de 2 kilogr. 500.

4^e Madame F... 45 ans, grosse arthritique, vaste foyer de ramollissement à gauche. Laryngite avec aphonie. Expectoration abondante, fièvre de 37°8 à

38°8, sueurs nocturnes, a eu des hémoptysies abondantes. Amélioration rapide. Part au bout de trois mois sans fièvre, ne toussant et ne crachant presque plus ; a engraisé de 6 kilos.

5^e M. l'abbé D... 35 ans. Ramollissement bilatéral, foyers étendus surtout à gauche. Fièvre 37°5 à 38°5 ; cachexie très prononcée, pas d'appétit, toux fréquente et expectoration abondante. — Amélioration constante des symptômes locaux et généraux. Part au bout de neuf mois ayant engraisé de 5 kil. 300.

6^e M. M... 21 ans. Ramollissement bilatéral disséminé, a eu des hémoptysies abondantes, fièvre 38 à 39°, peu d'appétit et cachectique. — Amélioration constante, malgré une légère hémoptysie en septembre, une plus abondante en octobre, et quelques crachats rouges en avril. L'expectoration très abondante est nulle et les foyers de ramollissement sont sclérosés ; après un séjour de 8 mois au Sanatorium, le malade a engraisé de 7 kilogr. 600.

7^e M. J. L... 21 ans. Foyers bilatéraux de ramollissement, fièvre 38° à 39° quelquefois 40°. Dyspepsie très accentuée, un peu de congestion de la face, diarrhée abondante, fréquentes poussées de broncho-pneumonie au début, depuis septembre jusqu'à novembre. Depuis cette époque amélioration et transformation complète jusqu'à ce mois ; nouvelles poussées éteintes aujourd'hui. L'appétit est bon, la fièvre nulle, l'expectoration qui avait disparu a reparu, le malade est à son neuvième mois de traitement, il a engraisé de 7 kilogrammes.

8^e Madame C... Vaste foyer de ramollissement au sommet gauche, pas d'appétit, dyspeptique, cachectique, température 38°5 à 40°5. Expectoration nummulaire abondante. Règles irrégulières ; en novembre hémoptysie abondante au moment de la période menstruelle, depuis cette époque amélioration constante et générale, ne crache plus, n'a plus de fièvre, a engraisé de 5 kilogrammes et digère parfaitement. Encore au Sanatorium depuis le 25 septembre. On ne trouve plus qu'un peu de frottement et de rudesse au sommet gauche.

9^e M. J... Vaste foyer de ramollissement à droite en arrière et aussi à gauche en avant, a eu des hémoptysies très abondantes. Arrivé au Sanatorium le 1^{er} octobre, cachectique au dernier point, ne pouvant se servir même de ses mains pour s'habiller et manger. Température, 38°5 à 40°. Expectoration très abondante, dyspepsie, sueurs nocturnes, diarrhée. Se relève rapidement, la diarrhée cesse, les forces reviennent ; part au bout de cinq mois et demi sans fièvre, n'ayant pas eu d'hémoptysie, ne crachant presque plus, ses lésions se sont sclérosées et il a engraisé de 11 kilogr. 700 grammes.

10^e M. H. T. 17 ans. Foyer de ramollissement à gauche et à droite, lymphatique, a eu des hémoptysies abondantes, diarrhée, fièvre, expectoration

nummulaire abondante. La fièvre tombe rapidement, l'appétit devient très bon, pas d'accident pendant un séjour de 7 mois au sanatorium, a engraisé de 5 kilog.

11^e Mme B... Foyers de ramollissements bilatéraux fièvre, 38 à 39°. Peu d'appétit, toux fréquente, expectoration abondante. Sort au bout d'un mois sans fièvre ne toussant et ne crachant presque plus, a engraisé de deux kilogrammes.

12^e M. D. H... Foyer de ramollissements à gauche et à droite, expectoration abondante, toux très fréquente, a eu des crachements de sang, forme éréthique ; 37,8 ou 39°, 5. Fréquentes poussées congestives au début deviennent de plus en plus rares, fièvre. Part au bout de deux mois et demi avec des lésions en voie de sclérose, a engraisé de 5 kilog. 200 gr.

13^e M. A. L... Hépatisation complète du poumon gauche avec vaste foyer de ramollissement, hypertrophie du cœur. Entré au sanatorium cachectique au dernier degré, pouvant à peine tenir debout, a eu 33 hémoptysies en 18 mois dont plusieurs très abondantes, la dernière ayant reculé son arrivée de 15 jours. Dyspnée très intense, dyspeptique, albumine dans les urines. Expectoration nummulaire très abondante, laryngite. Le sommet gauche est légèrement infiltré. L'amélioration est très rapide, les forces reviennent très vite ; au bout de deux mois et demi de séjour, le malade part pour un sanatorium allemand ; il a engraisé pendant cette période de 14 kilogrammes, n'a pas eu d'hémoptysie ; l'expectoration a beaucoup diminué, de même que l'albumine des urines, la fièvre est tombée et le poumon droit redevenu perméable dans la plus grande partie de son étendue et le foyer de ramollissement en voie de sclérose.

14^e M. M... Ramollissement à droite et à gauche, fièvre, peu d'appétit, sueurs nocturnes, expectoration abondante, diarrhée. Amélioration rapide et continue, sclérose et au bout de trois mois part sans fièvre ayant engraisé de 5 kilog.

15^e Mme L. D... Ramollissement à gauche et induration à droite, dyspepsie et anorexie complète. Température 38° à 39°, 5. Sueurs nocturnes abondantes. Toux et expectoration nummulaire, diarrhée ; ne reste qu'un mois et part n'ayant plus de fièvre, se nourrissant un peu et ayant gagné 1600 grammes malgré une nostalgie insurmontable qui a forcé d'interrompre la cure.

16^e M. E. F... Hépatisation du lobe supérieur droit et léger foyer de ramollissement de la région claviculaire. Très cachectique, ne pouvant tenir sur les jambes, température 38° à 39°, 5 ; sueurs nocturnes. Amélioration des plus rapides et constante ; le malade part au bout de trois mois, le poumon revenu très perméable, l'appétit excellent, plus de fièvre et ayant engraisé de 7 kilogrammes en deux mois et demi.

17^e Madame A... Ramollissement du sommet gauche, dyspepsie, gastralgie, neurasthénique assez ca-

chectique. Amélioration constante, les fonctions digestives se relèvent et la malade part au bout de deux mois et demi très améliorée et ayant engraisé de 6 kilogrammes.

18^e M. B... Ramollissement à gauche, fièvre, sueurs nocturnes, alcoolique et dispeptique. Expectoration abondante. Amélioration rapide par sclérose très manifeste au départ au bout de six semaines ; il a engraisé de trois kilogrammes.

19^e M. R... Foyer assez étendu à gauche et en arrière, températ. 38° à 39°, toux et expectoration abondante, dyspepsie et diarrhée, sueurs nocturnes. Amélioration rapide et continue, actuellement encore au Sanatorium, plus de fièvre, plus de sueurs nocturnes, plus de diarrhée, bon appétit et depuis six semaines a engraisé de 4 kilogr. 500, tousse beaucoup moins et ne crache plus qu'un peu le matin.

20^e Madame R... Induration à gauche, foyers nombreux du ramollissement à droite, est arrivée il y a cinq semaines avec de la fièvre : 37,5 à 38°, 5. Toux extrêmement fréquente et pénible, expectoration nummulaire assez abondante, pas d'appétit. Actuellement très améliorée, mange bien, tousse beaucoup moins et n'a plus de fièvre, a engraisé de trois kilogrammes.

3^e Tuberculeux avec lésions du 3^e degré.

1^{er} M. R. T... Petite caverne à droite, foyer assez étendu ; de chaque côté, du ramollissement. Laryngite avec aphonie, diarrhée ; a eu plusieurs hémoptysies. Pas d'appétit, cachectique. Amélioration rapide malgré une hémoptysie très abondante le quinzième jour de son arrivée. La fièvre qui atteignait 40 degrés tomba rapidement, l'appétit revint et les forces ; reste trois mois et part très amélioré ayant engraisé de 10 kilogrammes. Depuis plus d'un an l'amélioration ne s'est pas démentie et le malade a pu reprendre ses occupations.

2^e M. A. J... Cavernes bilatérales, diarrhée et signes de tuberculose intestinale après une légère amélioration des symptômes généraux, l'évolution s'est continuée, le malade est reparti au bout de six semaines et est mort quelque temps après.

3^e M. L. B... Vaste caverne à gauche en avant, et à droite en arrière arrive très cachectique, se remonte assez vite, engraisse de 4 kilog., fait une légère rechute puis finalement engraisse de 6 kilog. 500 et part au bout de trois mois à la campagne ; il résiste encore 7 ou 8 mois et succombe dans le courant de l'hiver dernier.

4^e Madame G. H... Cavernes bilatérales, myélite, cachexie profonde, — légère amélioration pendant la première quinzaine, gagne 1500 grammes et les reprend, quitte le Sanatorium au bout d'un mois et vit encore quelques mois à la campagne.

5° Madame Marc D... Caverne à gauche très localisée, fièvre, dyspepsie, cachexie, diarrhée, se remonte très rapidement, engraisse de 2 kilogrammes, elle n'a plus de fièvre et la caverne se sèche. La malade part à la campagne et depuis un an l'amélioration se continue.

6° M. L. L... Cavernes bilatérales, diarrhée. — Cachexie extrême. Part au bout d'un mois, même état. Pas de nouvelles depuis.

7° M. H. L... Caverne du sommet droit, malade depuis deux ans, hémoptysies fréquentes et abondantes, ne reste que huit jours. L'état général semble bon, fièvre modérée. Le malade est mort 6 semaines après à la suite de je ne sais quelles complications.

8° M. Em. F... Cavernes bilatérales. — Diarrhée. — Laryngites avec ulcérations énormes de l'épyglotte — dysphagie absolue, est resté deux mois et demi au sanatorium. La maladie s'est aggravée depuis, le malade a succombé dans une cachexie profonde.

9° M^{me} P... Vaste caverne à droite; tout le poumon droit est hépatisé et ramolli. Très mauvais état général; expectoration abondante, toux continuelle, fièvre atteignant 40°. Diarrhée.

Au bout d'un mois la fièvre et la diarrhée ont disparu, il n'y a presque plus d'expectoration. L'appétit est excellent. La malade quitte le sanatorium très améliorée au bout de deux mois de traitement, je l'ai perdue de vue depuis.

10° M^{lle} Bl. B. Caverne à gauche. Tempérament scrofuleux, a été opérée à Bercy pour des ganglions cervicaux. Pas d'appétit, fièvre 38.5 à 39°. Diarrhée. — Expectoration très abondante. Reste deux mois et demi au sanatorium. — Amélioration sensible gagne environ 4 kilogrammes. Pas de nouvelles depuis le mois de novembre, l'amélioration persistait.

11° M^{lle} Ch. Th. Tempérament lymphatique mais apparence de santé. Caverne à droite, infiltration à gauche. Malade depuis deux ans. Fièvre 38.5 à 39°. Toux et expectoration abondante. Fistule anale. Pas d'appétit. Pendant les premiers mois et durant l'été de 99, amélioration constante de tous les symptômes et de l'état général, il n'y a plus de fièvre. En octobre l'appétit diminue; l'état général est moins bon, la fièvre reparait par moment. La malade quitte le sanatorium en novembre pour aller dans le midi. J'ai des nouvelles indirectes mais elles sont peu satisfaisantes.

12° M^{lle} M. F... Jeune fille de 17 ans, père et mère morts tuberculeux, plusieurs frères et sœurs bien portants. La maladie a débuté insidieusement presque sans fièvre. Expectoration assez abondante, pas d'appétit. Vaste foyer de ramollissement en arrière et en avant, petite caverne. Amélioration très rapide, l'appétit est devenu excellent et la malade qui est au

Sanatorium depuis le mois d'octobre a engraisé de 12 kilogrammes. L'amélioration se continue.

13° Madame P... Caverne à droite en avant, ramollissement en arrière. Lésion bien limitée. Diarrhée abondante. laryngite. Fièvre, 38° à 40°. Amélioration rapide, puis au bout de 6 semaines hémoptysie assez abondante, avec poussée congestive envahissante. Alternatives d'améliorations et de poussées pendant un mois. La malade reprend le dessus, elle engraisse de trois kilog. et quitte le Sanatorium après un séjour de trois mois et demi. Elle est actuellement à la campagne. L'amélioration continue.

14° M. J. M..., 16 ans. Double caverne, diarrhée, cachexie profonde. Fièvre 38° à 40°. S'améliore un peu au début engraisse de 1500 grammes; puis rechute, il survient une phlébite de la jambe droite, le malade rentre chez lui au bout de deux mois et il succombe environ trois semaines après.

15° M. S. S... Vaste caverne sommet droit, arrive au Sanatorium relevant d'une poussée de broncho-pneumonie à gauche. Très cachectique, diarrhée. Température 38° à 39°. Pas d'appétit, se relève très rapidement; au bout de quelques jours, plus de fièvre. L'appétit se relève et le malade en 3 semaines engraisse de 5 kilogrammes. Poussée de broncho-pneumonie bilatérale, dyspepsie intense, le thermomètre atteint 41; cette poussée dure 10 jours, la fièvre s'abaisse brusquement et revient progressivement à la normale, le malade a perdu 3 kilog. 500. L'amélioration se fait rapide, le poids perdu est vite repris et dépassé de 1 kilog. Sur un coup de tête le malade quitte brusquement le Sanatorium pour retourner dans un autre. L'amélioration se poursuit.

16° M. J. S... Caverne bilatérale, laryngite, péritonisme. Fièvre 38° à 39°. Vomissements fréquents, dyspepsie rebelle. Après augmentation de poids au début et une amélioration passagère, le malade se cachectise de plus en plus. Il part au bout de deux mois et demi. Même état depuis le 15 avril, jour de son départ.

17° Madame D... Vaste caverne à gauche en arrière. Infiltration et ramollissement à droite, cachexie, diarrhée, ne prend plus qu'un peu de lait qu'elle vomit à peu près complètement. se remonte très rapidement, la diarrhée disparaît, la malade s'alimente, et en quinze jours gagne deux kilogrammes; au bout de trois semaines légère poussée à droite pendant quelques jours, la diarrhée et les vomissements reparaissent. Puis tout rentre dans l'ordre et au bout de six semaines la malade est très améliorée, elle a gagné 3 kilog. 800 et part sur

un coup de tête pour entrer dans un autre Sanatorium où l'amélioration se poursuit.

On peut voir par cet exposé rapide, mais complet et très exact des résultats obtenus, que ces résultats sont très bons.

Je conseille de lire attentivement les observations se rapportant aux malades du deuxième degré, l'amélioration est toujours rapide, et elle se poursuit dans tous les cas sans exception.

Mais je ne veux pas pour cette fois abuser de l'hospitalité du journal ni de la patience des lecteurs, je me réserve, dans un avenir prochain, de commenter quelques-unes des observations et d'en tirer l'enseignement qu'elles nous donnent.

Je terminerai pour aujourd'hui en disant qu'on peut affirmer que la tuberculose est généralement curable au 1^{er} degré, qu'elle l'est très souvent au 2^e degré, et qu'elle l'est aussi au 3^e degré quand il s'agit de malades même cachectiques mais dont les lésions sont localisées et quand la cachexie ne provient pas d'une infection générale mais seulement d'un épuisement uniquement lié à la mauvaise hygiène et à un traitement irrationnel.

Que mes lecteurs veuillent bien méditer les observations que je leur livre et ils arriveront aux mêmes conclusions que moi, et se convaincront de l'utilité incontestable et même de la nécessité absolue de soumettre leurs clients tuberculeux au traitement hygiéno-diététique du sanatorium.

D^r LÉON LERICHE.

DEUX CAS DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE EN PAYS ARABE

Par le D^r A. SAULAY, Médecin-Major de 2^e classe.

Pour le médecin européen, la pratique des accouchements en pays arabes est un fait d'une excessive rareté. La pratique obstétricale y est en effet entre les mains des plus anciennes femmes de la tribu ou du douar qui jouent l'office de matrones et dont l'inexpérience n'a d'égale que l'ignorance. — Bien des médecins ont fait dans ces pays des séjours plus ou moins prolongés sans avoir été consultés sur une question d'obstétrique ni même appelés à intervenir dans un cas difficile. Un hadith du Coran ne défend-il pas pour l'un comme pour l'autre sexe le regard ou la vue des organes génitaux. Un autre hadith du Coran recommande bien aux croyants en danger de mort d'avoir recours à la science et aux secours du médecin; mais chez le musulman, combien de fois la voix de la religion ne l'emporte-t-elle pas sur celle de la raison? et combien de morts ne sont-elles pas imputables aux seuls fanatisme et fatalisme de l'adepte de l'Islam.

Pendant une période de cinq années que nous avons passées au milieu des populations indigènes de la Tunisie, il nous a été donné d'intervenir dans deux cas obstétricaux particulièrement difficiles, qui auraient eu certainement une issue plus heureuse si

nous avions été appelé suffisamment à temps, avant l'apparition des phénomènes inflammatoires péritonéaux. En tant que médecin, nous avons considéré ces deux interventions obstétricales, l'une chez une musulmane, l'autre chez une juive algérienne, comme de véritables aubaines; et, c'est à ce titre seul que nous nous sommes proposé d'en rapporter les observations.

OBSERVATION I. — Le 8 avril 1898, à 8 heures et demie du matin, deux indigènes des environs de Souk el Djemâa, contrôle civil de Maktar (Tunisie) venaient me demander de bien vouloir me rendre au village de Ras-el-Oued, situé à 1500 mètres environ du camp militaire de Souk-el-Djemâa pour délivrer une femme arabe, originaire de Tripolitaine, en douleurs depuis plus de quatre jours. Le mari me demandait de lui conserver sa femme d'abord; quant à l'enfant, il en faisait d'avance le sacrifice. En possession de tout ce qui pouvait m'être utile, en prévision d'une intervention, je suivis le mari de la parturiente qui me conduisit à sa tente. Je m'introduisis en rampant sous une tente basse, en poils de chameau, la *bit ech char* des nomades, constituée par des bandes tressées en poils de chameau (*felidj*) accolées l'une à l'autre, après avoir été préalablement teintées avec une solution de sulfate de fer du commerce. La première impression fut plutôt désagréable. L'intérieur de la tente offrait le spectacle d'une misère profonde. Les quelques tapis, également en poils de chameau qui la garnissaient, étaient humides d'une pluie torrentielle qui était tombée la veille et atrocement souillés de boue et d'excréments d'animaux.

La parturiente était couchée dans le décubitus latéral droit, sur un vieux mergoum (tapis), la tête légèrement soulevée par un sac rempli de laine écrue. Je demandai un banc indigène en guise de lit: on m'apporta une petite table ronde surélevée de 15 centimètres au-dessus du sol. Quant aux draps et aux serviettes, je n'avais pas à en demander, sachant par avance que ma demande devait rester lettre morte.

La patiente, Aïcha ben T... multipare, paraissait âgée de 35 ans environ. Ses six grossesses antérieures avaient été normales. La septième grossesse, la grossesse actuelle, n'avait été entravée dans son cours par aucun incident; et, tout faisait prévoir un accouchement heureux. Questionné sur la date de l'apparition des douleurs, le mari me répondit qu'elles dataient de la veille; mais des femmes de l'entourage m'affirmèrent que le travail avait débuté quatre jours auparavant.

L'état d'Aïcha ben T... était plutôt alarmant: collapsus, extrémités froides, pouls radial presque imperceptible. Il n'existait aucun doute dans notre esprit; cette indigène était sous l'influence d'un épuisement nerveux consécutif à un travail terrible de quatre jours.

Séance tenante, je me décidai à faire une application de forceps. Pendant qu'on me préparait de l'eau chaude, je reconnus, par le toucher vaginal, une pré-

sensation de la tête en O. I. G. A. ; mais, à mon grand étonnement, je reconnus que les os du crâne étaient disloqués et chevauchaient l'un sur l'autre et que l'extrémité de mon doigt s'introduisait dans la boîte crânienne et se promenait au milieu de la pulpe cérébrale.

Le mari, de nouveau questionné pour savoir si sa femme n'avait pas été l'objet d'une intervention quelconque, me répondit négativement. Chacun sait la confiance qu'il faut accorder à la parole d'un indigène. Je réservai mon opinion. Une matrone quelconque, la mère peut-être, en face de la longueur du travail, avait pratiqué avec un instrument aigu une véritable craniotomie, persuadée, non sans raison peut-être, que cette opération déterminerait la réduction des divers diamètres de la tête du fœtus et favoriserait son expulsion finale.

À la première application de forceps, la masse cérébrale, les frontaux et les pariétaux s'écoulèrent du vagin entre les cuillers du forceps ; mais j'eus cependant à extraire la tête du fœtus réduite à la base du crâne. À deux reprises différentes, j'essayai de faire sur ce moignon une application de forceps, mais à chacune des deux reprises, les cuillers glissèrent.

Je pris le moignon avec les deux mains et essayai alors de terminer l'accouchement. Mais la position à genou, que j'étais obligé de conserver, outre qu'elle était très fatigante, ne me permettait pas d'utiliser la totalité de mes forces ; et, cette tentative d'extraction manuelle, reprise quatre fois successivement, ne me donna aucun résultat appréciable.

Je tentai un autre moyen de fortune : j'attachai une corde autour du cou du fœtus, je donnai à la corde la direction de l'axe du bassin de la femme ou une direction sensiblement parallèle et la fis tirer par une indigène vigoureuse pendant que j'essayais manuellement de terminer l'accouchement. Nouvel insuccès. — Le fœtus restait immobile, une épaule solidement fixée sous l'arcade pubienne, l'autre dans l'excavation du petit bassin. La femme était dans le collapsus, il n'y avait pas à compter sur elle pour terminer le travail. De guerre lasse, à bout de forces, et à la suite de ces manœuvres successives, je me décidai à dégager l'épaule postérieure en utilisant le crochet du forceps, placé sous l'aisselle, en guise de crochet préhenseur de Barnes. Introduisant alors dans le vagin les quatre doigts de la main droite pour servir de guide à la branche mâle de mon forceps et pour ne pas blesser les parties maternelles, j'accrochai l'aisselle postérieure et exerçai une traction modérée jusqu'au dégagement complet de l'épaule. L'accouchement était terminé à dix heures.

Mais la douleur et le météorisme abdominal, la présence d'un point hépatique plus particulièrement douloureux qu'en tout autre point de l'abdomen, les sueurs froides, les traits tirés, le pouls filiforme ne laissaient subsister aucun doute sur l'issue fatale qui se produisit à 5 heures du soir.

L'autopsie ne fut pas pratiquée.

OBSERVATION II. — Le 13 janvier 1900, mon collègue et ami du 3^e bataillon d'Infanterie légère d'Afrique venait me prendre vers 8 heures du matin pour voir une juive algérienne habitant le Kef (Tunisie), âgée de 26 ans, Aziza Z... multipare, en travail avec une présentation du bras.

La parturiente avait eu quatre grossesses antérieures : deux avaient nécessité la présence du médecin et une application de forceps. Sœur morte en couches.

Arrivés auprès de la malade, nous diagnostiquons une procidence complète du bras droit avec engagement de l'épaule correspondante, suite de présentation de l'épaule en céphalo-iliaque droite.

L'entourage était atterré et se faisait une idée de la gravité de la situation. Il ne put nous donner que des renseignements vagues sur le début et la marche de l'accouchement. Deux matrones de la localité, l'une musulmane, l'autre juive, assistaient la parturiente, assise entre ses jambes et impassibles en face du drame qui se déroulait sous leurs yeux. Tous les renseignements que nous pûmes tirer furent que la femme avait perdu les eaux quatre jours auparavant, que les douleurs avaient débuté la veille à midi, qu'elles avaient augmenté de violence vers minuit, que les matrones consultées et interrogées sur la longueur du travail n'avaient répondu qu'évasivement, que le mari voulant enfin se rendre compte de la situation, avait voulu voir lui-même et avait constaté la procidence d'un bras. C'est alors seulement qu'il nous avait fait appeler.

Il n'y avait pas à tergiverser. Les douleurs étaient terribles, le pouls petit, misérable, la peau chaude, l'abdomen douloureux, les traits tirés. — Après avoir prévenu l'entourage de la gravité de l'intervention, je procédai à la version pelvienne qui ne souffrit aucune difficulté ; si ce n'est que le dégagement de la tête ne put s'opérer par les diverses manœuvres employés en pareil cas (redressement du fœtus sur le ventre de la mère ; introduction de l'index et du médius de la main gauche dans la bouche du fœtus et flexion forcée de la tête ; manœuvre dite de Prague), et que je dus faire une application de forceps sur la tête dernière dans l'excavation pour terminer la version.

L'enfant de sexe masculin était mort.

La mère succomba cinquante heures après l'intervention à une péritonite généralisée avec hypothermie.

La lecture de ces deux observations suggérera sans doute l'idée que cette pratique obstétricale en pays arabes limitée à deux interventions donnant deux morts n'est pas précisément encourageante. Cette objection est vraie quant au fond. Mais les descriptions de la nosologie ne sont-elles donc étayées que sur des succès ? Ne savons-nous pas qu'il y a lieu de n'accorder qu'une confiance et une valeur relatives à ces statistiques qui n'enregistrent que des guérisons ou tout au moins des résultats brillants ? En publiant ces deux observations, nous avons voulu

seulement donner une idée des difficultés avec lesquelles un praticien peut se trouver aux prises en pays arabes. Aux yeux du musulman, même de celui qui se targue d'une teinte de civilisation, le médecin, *el tebib*, celui qu'il considère comme un être d'une essence supérieure à celle de l'homme, n'en redevient pas moins l'étranger, l'ennemi, toutes les fois qu'il s'agit de l'introduire, au foyer dans la famille, pour donner ses soins soit à la jeune fille, soit à la jeune femme. Aussi ne vous les présente-t-il que voilées ; et bien mal avisé serait le médecin qui se hasarderait à leur découvrir le visage pour observer leur physionomie : il y perdrait la confiance de la famille. La jalousie paraît bien être le sentiment qui anime le musulman à l'exclusion de tous les autres pour proscrire sa maison à l'étranger, à telles enseignes que la femme, arrivée à l'âge où elle peut sans danger s'offrir en spectacle, à l'âge canonique en un mot, reçoit les étrangers à visage découvert. Quel est le médecin du nord de l'Afrique que des indigènes ne sont pas venus solliciter pour se faire délivrer des médicaments destinés à précipiter un travail d'accouchement laborieux. Si vous leur répondez que l'administration d'un tel médicament à cette période de l'accouchement n'est pas sans danger, ils prennent congé de vous en prononçant quelques paroles fatalistes dont leur vocabulaire parlé est si riche ; et, le lendemain, vous apprenez que la femme de l'indigène qui, la veille, était venue vous demander des médicaments, a succombé dans les affres des douleurs de l'enfantement sans avoir expulsé son fœtus !

A PROPOS DU RAPPORT DE LA COMMISSION DE « THE LANCET » SUR LA PULPE VACCINALE GLYCÉRINÉE.

Par M. le Dr Edmond Chaumier

Dans son numéro du 28 avril le journal « THE LANCET » a publié un très important rapport d'une commission nommée par ce journal pour étudier les pulpes vaccinales en usage en Angleterre.

Ce rapport est appelé à avoir un grand retentissement, non seulement en Angleterre, mais dans tout le monde civilisé, à cause de l'influence qu'exerce un journal d'une telle valeur et aussi répandu.

J'ai cru devoir envoyer à « The Lancet » la réponse qu'on lira ci-dessous, pour ne pas laisser accréditer de grosses erreurs contenues dans ce rapport que la grande majorité des médecins, peu au courant de la préparation du vaccin de génisse, ne pourraient pas contrôler.

Le rapport en question débute par l'historique de l'emploi de la glycérine, non seulement comme agent de conservation du vaccin, mais comme agent destructeur des microorganismes se trouvant dans le vaccin et pouvant être cultivés par les divers procédés en usage dans les laboratoires.

Il donne ensuite un compte rendu des expériences faites par la commission, avec un liquide glycéroiné contenant divers microbes.

Dans une première expérience, les ensemencements faits le 22 avril donnent tellement de colonies sur agar qu'on ne peut les compter ; le 29 avril on trouve 4. 500.000 colonies ; le 10 mai 500 000 colonies seulement ; le 20 mai 12.000 et enfin du 3 juin au 8 juillet 2.000 colonies.

La glycérine a donc une action destructive des microbes. C'est pourquoi depuis nombre d'années déjà on recommande le vieillissement des pulpes vaccinales glycéroinées, comme moyen de les purifier.

Après 2 semblables séries d'expériences, la commission a étudié les pulpes vaccinales au point de vue de leur pureté, c'est-à-dire de leur teneur plus ou moins petite en microbes.

Elle a acheté à Londres du vaccin de douze établissements, et s'est procuré comme point de comparaison le vaccin distribué par le *Local Government Board* aux médecins vaccinateurs : le vaccin officiel ne pouvant qu'être excellent.

La commission achetant au hasard le vaccin destiné à ses expériences ne sait ni la date de la fabrication, ni le degré de concentration ; et comme elle se borne à un examen bactériologique, elle n'a aucune donnée sur sa virulence ; elle ne sait pas si le vaccin qu'elle considère comme très pur n'est pas parfaitement inerte. Elle s'est déjà attirée ces reproches, notamment du Dr Hime qui raconte une petite histoire arrivée en Allemagne. Un monsieur voulait se faire vacciner avec un vaccin absolument pur et pour plus de sûreté voulait le soumettre à l'examen bactériologique. L'Institut vaccinal auquel le monsieur en question s'était adressé lui remit un tube vieux de plusieurs années, dont la virulence avait disparu depuis longtemps. Le laboratoire de bactériologie auquel il fut soumis répondit : « excellent vaccin ; ne contient pas de microbes ». On a encore reproché à la commission de prendre comme type le vaccin du Gouvernement Anglais dont se sont amèrement plaints, pendant plusieurs mois de l'année dernière, au point de vue de la virulence, tous les vaccinateurs publics.

La commission a examiné 3 échantillons de 7 établissements ; un de ces échantillons a été ensemencé 3 ou 4 fois ; les 2 autres une fois seulement.

Elle a examiné 2 échantillons de 5 établissements ; chaque échantillon n'a été cultivé qu'une fois.

Elle n'a examiné qu'un échantillon du vaccin du Gouvernement, lequel échantillon n'a été cultivé qu'une fois.

On comprend facilement que les résultats obtenus ne sont pas comparables entre eux et qu'il n'y avait pas lieu de faire une classification des divers établissements vaccinaux d'après la pureté de leur vaccin ; surtout en ne se basant que sur le dernier examen fait. C'est ainsi, comme je le dis plus loin, que la commission a classé en tête de sa liste un établissement dont un échantillon cultivé antérieurement donnait un nombre de colonies incommensurables, parce qu'avec le dernier échantillon cultivé il n'a poussé que 2 colonies.

Dans la classification le vaccin du Gouvernement arrive septième ; *in medio stat virtus*.

La commission étudie ensuite pourquoi, selon elle, il y a une aussi grande variation dans le nombre des microbes contenus dans le vaccin, — dans la classification le vaccin

n° 1 donne naissance à 2 colonies (sur Agar) et le n° 13 à 6.882 ; — l'importance du soin et de la propreté dans la culture et la préparation du vaccin ; à quoi on peut reconnaître un bon vaccin ; l'influence de la saison ; les impuretés macroscopiques ; l'interprétation de l'examen bactériologique ; enfin l'influence de la glycérine sur le développement des pustules.

Elle termine par des conclusions.

Au rapport est jointe une planche contenant six photographies représentant des cultures de vaccin en boîtes de Petri.

J'ai cru devoir faire précéder de cette succincte analyse du rapport de la commission de *The Lancet*, la réponse ci-dessous envoyée à ce journal, afin de mettre au courant les lecteurs de la *Gazette Médicale du Centre*.

RÉPONSE AU RAPPORT DE LA COMMISSION DE « THE LANCET » SUR LA PULPE VACCINALE GLYCÉRINÉE.

Je voulais répondre complètement au rapport de la Commission de « *The Lancet* » chargée d'étudier la pureté de la pulpe vaccinale glycérinée du commerce ; mais le Dr Hime a éclairci plusieurs points dont je voulais m'occuper. Je me contenterai donc de traiter les côtés de la question non envisagée par mon confrère.

Qu'il me soit permis d'abord de faire une rectification bibliographique.

Le rapport dit « To Copeman and to Chambon and Saint-Yves-Ménard, working independently, apparently belongs the credit of determining that the addition of glycerine to vaccine lymph not only puts a stop to any multiplication of « extraneous » bacteria but actually in time kills non-spore-bearing organisms... Independent testimony to this preservative and purifying action of glycerine has been offered by Leoni, Klein, Koch's German Commission, and others later observers, but little has been added to the results obtained by Copeman, working alone and with Blaxall, and by Chambon and Saint-Yves-Ménard working with Strauss. »

Il y a là une grosse erreur. Le professeur Leoni, alors directeur de l'Institut vaccinal de l'Etat (1) à Rome qui dans les lignes précédentes est désigné comme étant venu corroborer la découverte du Dr Copeman d'une part et de MM. Strauss, Chambon et Saint-Yves-Ménard d'autre part, est celui précisément qui le premier a démontré la destruction des microbes se trouvant dans le vaccin, par l'action de la glycérine et adit qu'au vieil adage : « vaccin récent, bon

vaccin ; vaccin vieux, mauvais vaccin ; il fallait substituer cet autre : « vaccin récent, mauvais vaccin, vaccin vieux, bon vaccin. »

Dans « *The Milroy Lectures* » publiées en 1898, que j'ai actuellement sous les yeux, le Dr Copeman s'exprime ainsi : « In a paper presented to the International Congress of Hygiene held in London in 1891, and subsequently published in the *Transactions* of that Congress, I called attention to a special method for the bacteriological purification and preservation of vaccine lymph.

This method consisted in the intimate admixture of a given amount of lymph, or rather vesicle pulp, with a sterilised 50 per cent. solution of chemically pure glycerine in distilled water, and in subsequent storage of the resultant emulsion in sealed capillary tubes for several weeks. »

Or les recherches du Professeur Leoni datent de 1889, et sa première publication sur ce sujet a été faite en août 1890. (1).

Dans le travail présenté par Leoni au congrès de Rome (2) — travail dont j'ai sous les yeux la traduction manuscrite écrite de la main de Leoni lui-même — cet auteur dit : « En faisant des recherches sur les causes qui déterminaient les susdits accidents pathologiques signalés comme conséquences et complications des vaccinations, depuis l'an 1889 j'ai eu l'occasion de démontrer que ces accidents devaient être attribués à des microorganismes pathogènes qui ordinairement contaminent le vaccin animal et en particulier le vaccin récent....

Les agents de la contamination s'épuisent dans le vaccin conservé pendant quelque temps dans la glycérine. Le vaccin conservé dans la glycérine pendant 4 à 4 mois après la récolte représente le type du vaccin pur, d'une virulence uniquement spécifique. »

Cette question de priorité a été portée devant l'Académie de médecine de Paris par M. Hervieux, qui a proclamé que le Dr Leoni avait avant tous autres découvert l'épuration de la pulpe vaccinale glycérinée par le vieillissement.

A la page 1235 de *The Lancet*, 1^{re} colonne, le rapport s'exprime comme suit : « In one of the samples examined by us hairs of considerable length were found, which would indicate that the shaving had not been carried out sufficiently well in the first instances, and with shaving badly carried out thorough cleansing is impossible, the alternative interpretation of the presence of hairs being that they came from uncleansed portions of the animal and had — through inadvertence no doubt — been allowed to make their way into the pulp. The hairs in themselves are not harmful, but their presence indicates that certain precautions have not been taken. »

La présence de poils dans la pulpe vaccinale n'indique pas que l'animal a été mal rasé ; elle n'indique pas davantage que celui qui a récolté le vaccin l'a fait sans soin et ne s'est pas entouré de toutes les précautions nécessaires.

La génisse la mieux rasée peut donner au préparateur le plus soigneux une pulpe vaccinale remplie de poils.

En effet, pendant les quatre, cinq ou six jours que dure

(1) Leoni. Revue d'hygiène et de la santé publique, août 1890.

(2) Sur les agents spécifiques et pathogènes du vaccin. XI^e Congrès international de médecine, Rome, 1894.

(1) Cet institut a été supprimé depuis ; le gouvernement italien estimant que l'institut de l'Etat nuisait aux instituts privés, et craignant en maintenant son institut d'arriver à voir disparaître ces établissements. L'avantage d'instituts multiples se voit surtout lorsque se produit un affaiblissement momentané de la virulence vaccinale.

Si dans une nation comme l'Angleterre par exemple il n'y avait qu'un institut d'Etat, et si pendant 6 mois — ce qui peut bien arriver — cet institut d'Etat ne récoltait que de la vaccine dépourvue de virulence (avec ou sans microbes) voilà tout un pays privé des bienfaits de la vaccine pendant tout ce temps ; tandis que s'il existe un certain nombre d'instituts, les particuliers ou l'Etat lui-même pourront en pareille occasion recourir à eux. Or tous ceux qui s'occupent de la culture du vaccin savent que malgré toutes les précautions il y a des moments où l'on n'obtient que du vaccin inefficace.

l'évolution des pustules sur la génisse avant la récolte, les poils repoussent et quelquefois d'une façon très remarquable. Or la curette arrache une grande quantité de ces poils qui se trouvent ensuite dans la pulpe. Aucune précaution ne peut empêcher cela.

Que l'on broie la pulpe avec le mortier, avec le broyeur du Dr Chalybaüs ou avec n'importe quel autre instrument, les poils se retrouvent dans la pulpe préparée pour l'inoculation humaine.

Il y a cependant deux moyens d'enlever les poils, celui qui consiste à les ôter un à un avec une pince; ce procédé est recommandé par le professeur Layet (1), de Bordeaux. Il est peu pratique, car il demande un temps très long et pendant ce temps, malgré les précautions prises, les poussières de l'air peuvent tomber dans la pulpe et augmenter le nombre des microbes. Et parmi ces microbes il peut s'en trouver de nuisibles.

Le second procédé consiste à tamiser la pulpe après trituration, sur un tamis métallique. C'est le procédé que j'emploie; la plus grande partie des poils restent sur le tamis, mais un certain nombre passent à travers et se retrouvent dans la pulpe. Beaucoup de tubes n'en contiennent pas, mais certains tubes peuvent en contenir plusieurs, parfois très visibles, surtout si l'animal était de couleur foncée.

Certains instituts, celui de Dresde, par exemple, ne tamisent pas leur pulpe.

Je conclurai que tous ceux qui ont récolté ou vu récolter du vaccin savent qu'on recueille toujours des poils en même temps que la pulpe; que ces poils aseptisés autant que la couche épidermique constituant la pulpe vaccinale, ne présentent aucun inconvénient; que lorsqu'on récolte une très petite quantité de vaccin, il est facile avec une pince stérilisée de retirer tous ou presque tous ces poils; mais que lorsqu'on prépare de grandes quantités de pulpe la seule chose possible est de la tamiser après le broyage, — ce tamisage n'enlevant pas tous les poils —; enfin qu'il serait plutôt nuisible d'exposer la pulpe vaccinale aux poussières de l'air pendant le long temps nécessaire pour débarrasser le vaccin de tous ses poils.

J'ajouterai enfin que j'ai en main quelques tubes provenant de l'Académie de Médecine, et que tous contiennent des poils.

A la page 1236, 1^{re} colonne, le rapport dit: « The presence of a small quantity of blood, therefore, is not considered to be of any importance except, as we have pointed out, that it indicates that perhaps more care might have been taken in the collection of the sample. It may, however, be pointed out that it has been proved by recent experiments that the presence of blood, even in small quantities, in vaccine lymph exerts a marked deteriorating influence. The lymph rapidly loses some of its potency, the activity falls more rapidly, and extraneous organisms develop more readily than in lymph so collected that it is not tinged with blood. »

On emploie deux procédés dans les instituts vaccinaux pour la récolte de la pulpe.

Le premier consiste à saisir la peau, au-dessous de

chaque pustule, à l'aide d'une pince hémostatique et à gratter la pustule avec un instrument quelconque.

Ce procédé ne donne que peu de sang et avec un bon outillage, avec des pinces de formes différentes, on peut avoir une pulpe complètement blanche. Mais il faut beaucoup de temps et pendant ce temps le champ vaccinal préalablement aseptisé reçoit des poussières.

On sait en chirurgie abdominale, qu'une opération a d'autant plus chance de donner un résultat favorable qu'elle a duré moins longtemps. Il en est de même pour la récolte du vaccin. La pulpe a d'autant moins de chance d'être souillée par les microbes de l'air que la durée du grattage est plus courte.

Dans le second procédé on gratte directement avec la curette. Il y a alors nécessairement du sang, plus ou moins suivant les animaux, suivant que la peau est plus ou moins congestionnée (1); mais il y a toujours du sang si la récolte se fait sur l'animal vivant. A Cologne (2) la récolte se fait après la mort de l'animal; il n'y a pas de sang dans la pulpe par conséquent.

On peut obtenir cependant du vaccin complètement blanc avec la curette sur l'animal vivant, en grattant très vite et en ne revenant pas 2 fois au même endroit; mais alors, ou bien on ne récolte ainsi qu'une partie du vaccin, le reste étant nécessairement mélangé de sang, ou bien on a une perte considérable.

En résumé la curette permet d'aller très vite, ce qui, en dehors de l'économie de temps, évite en grande partie les souillures par les microbes de l'air; mais avec la curette on obtient le plus souvent un vaccin rose ou rouge; c'est à dire un vaccin contenant du sang.

Je dois dire ici que la grande majorité des instituts vaccinaux (3) récoltent avec la curette sur l'animal vivant sans se préoccuper de la présence du sang. J'ai pu m'en rendre compte dans les visites faites par moi à un grand nombre d'instituts vaccinaux en France et à l'étranger.

Le rapport prétend que le sang, même en petite quantité, exerce une action nuisible très manifeste sur le vaccin et lui fait perdre rapidement ses propriétés et que les microbes étrangers s'y développent plus volontiers.

Je m'inscris absolument en faux contre cette assertion. La virulence se conserve aussi bien — je n'ose pas dire mieux, — j'en ai plusieurs fois fait l'expérience, dans le vaccin contenant du sang que dans celui n'en contenant pas et le nombre des colonies se développant après ensemencement n'est pas plus élevé; mais pour faire l'expérience il ne faut pas comparer un vaccin quelconque, ne contenant pas de sang, avec un autre en contenant; l'un peut être vieux et l'autre jeune; l'un peut être concentré et l'autre dilué. Il faut comparer deux vaccins de sem-

(1) Lorsque la peau est très congestionnée, le vaccin est généralement moins virulent.

(2) Report to the Local government Board on the preparation and storage of glycerinated calf vaccine lymph; with an introduction by the medical officer. London 1897; page 14.

(3) Voici ce qui se passe à Dresde: « The pulp is collected by scraping with a wolkmann's spoon, but as Dr Chalybaüs goes over the same surface again and again, a not inconsiderable amount of blood becomes mixed with the epithelial scrapings. » (Report to the Local Government Board, etc. p. 12). Le vaccin de l'Académie contient également du sang comme le prouve sa couleur rouge.

(1) Layet. Traité pratique de la vaccination animale; Paris, 1889.

blable dilution provenant du même animal ; c'est ce que j'ai fait.

Le Dr Hime a dit que les expériences de la commission ne prouvaient rien au point de vue scientifique : c'est un peu vrai. On a pris sur le marché différentes marques, sans s'inquiéter de l'âge du vaccin, sans s'inquiéter de son degré de dilution, et on a tiré des conclusions de l'examen de ces vaccins.

Le rapport dit page 1235 : « If the vaccine lymph has been carefully collected and the glycerine has been allowed to act for a month, the number of organisms growing in any of these media should be small. If the number growing is very large, that is, if it runs up to anything like 500 in the vaccine for a single inoculation, we suggest that the maker should be apprised of the fact that the glycerination is not being properly carried out and that any stock of lymph should be returned. »

La dilution de la pulpe est variable suivant les instituts ; certains mettent : pulpe 1, glycérine 1 ; d'autres, pulpe 1, glycérine 2 ; d'autres, pulpe 1, glycérine (ou eau glycinée) 4 ; d'autres, pulpe 1, eau glycinée 14 (Berlin (1)) ; d'autres enfin, pulpe 1, eau glycinée 15 (Cologne (2)).

Si on ensemence des boîtes de Petri avec la dilution à 1 pour 1, il naîtra nécessairement 15 fois plus de colonies que si l'on l'ensemence avec la dilution à 1 pour 15. Si par exemple la première donne 500 colonies, la seconde donnera 15 fois moins ou $\frac{500}{15} = 33$ colonies environ.

Or d'après le raisonnement de l'auteur du rapport de The Lancet, le premier tube serait mauvais et le second excellent ; tandis que si les 2 dilutions ont été faites avec une pulpe de virulence moyenne la première peut être très bonne, et la seconde médiocre au point de vue des résultats cliniques.

Je m'appuie pour dire cela sur des expériences personnelles publiées dans la *Gazette médicale du Centre*.

Dans les pulpes examinées par la Commission de « The Lancet », il y en a de dilutions très différentes, et il n'a pas été tenu compte de ces différences.

De même la commission aurait pu facilement s'enquérir de l'âge du vaccin qu'elle étudiait, cela aurait donné plus de valeur à ses études.

La commission aurait pu aussi, — elle aurait dû même —, si elle voulait établir une classification des vaccins d'après leur pauvreté en microbes, tenir compte de tous ses examens sur les vaccins de chaque provenance ; elle n'aurait pas ainsi classé en tête une marque de vaccin, qui dans un examen antérieur présentait tellement de microbes qu'ils étaient incomptables. Il est vrai de dire que ce vaccin à microbes incomptables était peut-être excellent au point de vue de la virulence. Mais la commission a négligé d'étudier la valeur réelle des vaccins.

Un autre point négligé par la Commission, c'est la présence dans les pulpes examinées des microbes spécifiques du vaccin, car il faut bien le dire, s'il y a dans le vaccin des microbes indifférents ou nuisibles, il y en a aussi d'utiles ; et tous les auteurs qui se sont occupés de cette question des microbes du vaccin savent qu'Antony a démontré qu'en ajoutant certains staphylocoques

(microcoque porcelaine) à de la pulpe vaccinale on augmentait sa virulence, tandis qu'on la diminuait en ajoutant d'autres microbes, notamment certains bacilles.

Le staphylocoque utile, d'après M. Antony (1), « donne naissance, sur agar, à des colonies aplaties, crémeuses, d'un blanc de porcelaine éclatant, tout à fait caractéristique, pouvant atteindre un centimètre de diamètre, lorsqu'elles sont peu nombreuses et bien isolées.

Sur gélatine ce coccus pousse lentement ; les colonies n'apparaissent qu'au bout de 5 à 8 jours ; la liquéfaction du milieu nutritif est très lente et ne se produit parfois qu'après 15 jours de culture.

Ce microcoque existe dans le vaccin vivant d'une façon constante. »

« Le microcoque porcelaine ne se rencontre pas sur l'animal avant la vaccination (Antony). Il ne s'y rencontre pas avant qu'on ait pratiqué les inoculations. Il semble provenir du vaccin uniquement ; car, sauf le cas de pulpes glycinées très anciennes, il se rencontre constamment dans cette matière virulente. »

« Au point de vue bactériologique, un vaccin peut être être réputé de qualité irréprochable lorsqu'on n'y trouve, après frottis de la pulpe sur un tube d'agar incliné, que des colonies de coccus porcelaine. » (2)

« Les principales espèces microbiennes étrangères qu'on y rencontre sont le *staphylocoque jaune*, qui s'y trouve en proportion le plus souvent infime ; la persistance de celui-ci en trop nombreuses colonies doit faire suspecter le vaccin conservé ; quelques micro-organismes d'impuretés « saprophytes » vulgaires tels que le *bacillus subtilis*, le bacille de la pomme de terre, etc. Ces derniers produits, si répandus dans les étables, existent dans le vaccin en faible proportion. Leur présence ne semble avoir aucune action défavorable sur l'évolution vaccinale (Antony). »

D'après les recherches d'Antony, un seul microbe parmi ceux qu'on trouve d'ordinaire pourrait être nuisible, lorsqu'il existe en trop grande quantité, le staphylocoque jaune.

D'après mon expérience personnelle, ce sont les vaccins les plus riches en staphylocoques jaunes qui produisent sur l'enfant les vaccins suintant, empesant le linge et se couvrant de croûtes irrégulières, et la vaccine ulcéreuse.

D'autres microbes nuisibles, pathogènes, peuvent aussi se rencontrer accidentellement. Aussi eut-il été plus utile de rechercher quelles étaient les bactéries contenues dans le vaccin, que de les compter : *non numeranda, sed ponderanda*.

J'ai dit qu'il y avait des microbes utiles dans le vaccin ; je veux revenir sur cette question.

Si Antony a augmenté la virulence du vaccin en ajoutant des microcoques *porcelaine*, Maljean (3) a été plus loin ; il a obtenu sur les animaux des pustules vaccinales en inoculant des cultures de ce microbe.

Mon savant ami le Dr Boureau (4) et moi, dans un

(1) Hublé : Précis de la vaccine et de la vaccination moderne, 1^{re} partie, p. 82. Paris, 1896.

(2) Antony : Recherches sur la valeur relative des différentes préparations vaccinales. Arch. de méd. et de pl. milit. 1893. T. XXII p. 465 et suiv.

(3) Maljean, Recherches sur les microbes du vaccin in *Rec. de Méd. Milit. et Gaz. heb. de méd. et de Chir.* 1893.

(4) Boureau et Chaumier : Les microbes du vaccin. Congrès de médecine de Nancy. *Bulletin méd. et Gaz. méd. du Centre*, 1896.

(1) Report to the Local Government Board, etc. p. 10.

(2) Report to the Local Government Board, etc. p. 15.

certain nombre d'expériences, avons obtenu des pustules vaccinales :

1° en inoculant à des génisses tous les microbes du vaccin réunis ;

2° en inoculant les microcoques porcelaine ;

Nous n'avons rien obtenu en inoculant séparément ou réunis les microbes autres que le microcoque porcelaine, ce qui prouve une fois de plus que sans ce microbe il n'y a pas de pustule.

Un certain nombre d'auteurs avaient déjà avant Maljean obtenu les pustules caractéristiques en inoculant des cultures de vaccin. Je citerai Quist (1) en 1883 ; Voigt (2) en 1885 ; Carré en 1887 (3) ; Carmichael en 1887 ; Grigoriev en 1887 ; Voitow en 1890 ; Ruete (4) en 1891 et en 1893 ; Buttersack (5) en 1894 ; Martin et Ernst en 1895.

J'ajouterai que le Dr Copeman avec le Dr Blaxall, ont eux-mêmes isolé un microbe, qui inoculé aux génisses donne des pustules vaccinales typiques.

On m'objectera que des pulpes glycinées vieilles, ne contenant plus de microbes, produisent par l'inoculation des pustules vaccinales aussi bien que des pulpes fraîches riches en microbes.

A cela je répondrai que les pulpes très vieilles ne produisent que des résultats nuls ou incomplets ; que presque toujours dans les pulpes qui restent actives on trouve des microbes, et surtout le microcoque porcelaine ; mais que, même si on n'arrivait pas à cultiver ce microbe sur les milieux de cultures ordinaires cela ne prouverait pas son absence, mais simplement que l'influence de la glycérine et du temps l'a rendu inapte à se cultiver sur les milieux ordinaires, et que pour le cultiver il faut à nouveau le faire passer par l'animal vivant. De même certains produits liquides ou solides dans lesquels on ne peut déceler le bacille de la tuberculose donnent naissance à la tuberculose lorsqu'on les inocule au cobaye.

Le Dr Hime a insisté avec raison sur ce point que la virulence de la pulpe vaccinale a une plus grande importance que le nombre des microbes. Ce que l'on doit demander au vaccin c'est avant tout qu'il préserve de la variole. Du vaccin trop épuré peut ne produire aucune pustule, et exposer la personne inoculée à une fausse sécurité.

Si l'on inocule un enfant pour la première fois et si l'on n'obtient aucun résultat on peut recommencer la vaccination jusqu'à ce qu'on ait obtenu des pustules ; mais si l'on revaccine un adolescent ou un adulte déjà inoculé, et si le vaccin ne réussit pas, on sera très porté à admettre que le sujet subit encore l'influence de l'inoculation antérieure ; surtout si le même vaccin a donné de bons résultats chez l'enfant.

Mais ce qui prouve que cet adulte resterait exposé à contracter la variole, c'est que si on le vaccine avec une

pulpe fraîche très virulente, l'inoculation produira des pustules.

Je résume ma manière de voir en disant :

Dans les instituts vaccinaux l'inoculation des génisses, la récolte et la préparation du vaccin doivent être conduites avec l'asepsie la plus complète ; les différentes opérations devront se faire dans le plus court espace de temps possible, pour éviter les contaminations par les germes de l'air.

Les étables devront être lavées très fréquemment avec des liquides antiseptiques (1) ou désinfectées avec des vapeurs de formol.

Chaque récolte de pulpe vaccinale, après avoir été glycinée, devra être soumise à l'examen bactériologique, mais bien plutôt pour déterminer les espèces microbiennes qu'elle contient que pour compter les colonies qu'elle peut produire (2).

Si cette pulpe contient des microbes nettement pathogènes comme le streptocoque de l'érysipèle, elle devra être détruite ; si elle contient un grand nombre de staphylocoques jaunes, elle ne devra être employée qu'après vieillissement et après s'être assuré cliniquement qu'elle produit de la vaccine normale et qu'elle a conservé une grande virulence.

L'essai clinique devra être considéré comme plus important encore que l'examen bactériologique, car seul montre le degré de virulence du vaccin, et la tendance des pustules à donner des croûtes irrégulières et de la vaccine ulcéreuse.

On ne devra employer qu'un vaccin de virulence parfaite.

Pour les inoculations d'enfants et en dehors des épidémies de variole on pourra préférer la pulpe vieillie donnant lieu à une aréole moins étendue et une réaction inflammatoire moins grande ; mais pour les revaccinations et surtout en temps d'épidémie, il est indispensable d'employer une pulpe jeune très virulente, capable de donner presque autant de résultats pour les revaccinations que pour les vaccinations.

J'ajouterai qu'il est une chose qui pour moi n'est pas démontrée, à savoir qu'un vaccin peu virulent — ancien ou récent — donnant des pustules peu nombreuses et peu développées protège autant de la variole qu'un vaccin récent très virulent, donnant des pustules très développées à chaque inoculation, et produisant sur une inoculation par coupure, dès le troisième jour, une pustule unique de la longueur de la coupure et à bords rectilignes.

Enfin pour terminer je ferai part à la commission de « The lancet » d'une opinion devant peser d'un certain poids en la matière, et se trouvant absolument en désaccord avec les idées émises par le rapporteur : je veux parler de l'opinion de l'Académie de médecine de Paris.

Je transcris ci-dessous la notice qui accompagne chaque envoi de tubes par l'Académie de médecine :

« AVIS TRÈS IMPORTANT. (Le vaccin de génisse se conserve difficilement). Prière d'employer le vaccin en pulpe dans les dix jours qui suivent sa réception, pour éviter les insuccès et l'altération possible de la pulpe, altération qui pourrait occasionner des accidents septicémiques. »

(1) Chaumier (Congrès de Bordeaux de l'Association française pour l'av. des Sciences), août 1895.

(2) Toutes les récoltes de l'Inst. vaccinal de Tours sont soumises à l'analyse par le Dr Boureau et ne sont utilisées qu'après cet examen et après l'épreuve clinique.

(1) C. Quist : mémoire sur la culture artificielle du vaccin. *Petersburger Medicin Wochensh.* 1883. et *Gaz. heb. de medec. et de chirurgie*, fév. 1884.

(2) Voigt : Untersuchungen über die Wirkung der Vaccine mikrococcen : *D. med. Wochens.* 1885.

(3) Carré : über vaccine und variola ; *deutsch med. woch.* 1887.

(4) Ruete : cultures pures de vaccin de génisse. *Bulletin médical* 1891. p. 198 et *Soc. de méd. de Hamburg*, mai 1893.

(5) Buttersack : Les microbes de la variole et de la vaccine. *Berlin, Klin. Woch.* 1894 et *Bull. med.* 1894.

(6) *The Milroy Lectures* 1898.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION DES MÉDECINS D'INDRE-ET-LOIRE.

Séance du 29 mai 1900.

Cette séance présente un intérêt exceptionnel, car l'assemblée a été convoquée conformément aux statuts pour décider en dernier ressort, à la majorité des votants, des deux questions primordiales suivantes :

1^o Y a-t-il lieu pour l'Association d'Indre-et-Loire de rester agréée à l'Association générale ?

2^o Quels statuts doit-on adopter pour la Société ?

Nos lecteurs savent depuis longtemps par ce journal qu'un mouvement très vif de désapprobation s'était manifesté au sein de la Société vis-à-vis de l'inertie de l'Association générale. Le même mécontentement s'est du reste manifesté dans toutes les Sociétés locales ; il s'agit seulement de savoir si les membres de l'Association d'Indre-et-Loire prendront la détermination catégorique de rompre avec une fédération qui leur demande beaucoup, promet peu et ne tient rien.

À l'avance il était impossible de prévoir quelle décision serait prise, et si l'étude de la question dans tous ses détails avait conduit la Commission chargée du rapport à conclure en faveur de la séparation, rien ne prouvait que cette détermination, prise seulement à regret devant l'impossibilité d'obtenir l'ombre d'une réforme, fût définitivement votée par l'Assemblée.

Le scrutin se ressent de cette double disposition d'esprit : Mécontentement de l'Association générale ; regret d'être obligé d'arriver à la séparation.

Tous sont unanimes à blâmer l'inertie de la grande fédération, un certain nombre cependant regrettent de rompre le lien qui les y unit depuis si longtemps.

Le président recueille les votes des membres présents auxquels s'ajoutent les votes par correspondance.

À une majorité de quelques voix la séparation est prononcée.

Sur la deuxième question : Choix de statuts à adopter, à l'unanimité l'assemblée décide de garder ses anciens statuts qui permettent toutes les créations nouvelles et assurent aux capitaux de la Société pour 20 ans l'intérêt de 4 1/2 0/0.

L'ancien bureau devant être renouvelé et le vote étant remis à une séance ultérieure, le président propose qu'une Commission provisoire soit nommée pour assurer la transmission des pouvoirs à un nouveau bureau et notifier la séparation à l'Association générale.

Sont élus membres de cette Commission provisoire.

Arr^t. de Tours : D^s Chaumier, Lapeyre, Gibotteau.

— Loches : D^s Boutier, Stecewicz.

— Chinon : D^s Foucher, Faucillon.

L'Association d'Indre-et-Loire conséquente avec elle-même a donc décidé de s'administrer elle-même et de se-

courir elle-même les infortunes médicales du département. Nul doute que cette solution certainement avantageuse et à laquelle ne s'opposaient guère que des raisons de sentiment n'amène à la Société de nouveaux adhérents convaincus qu'enfin il sera fait œuvre utile et profitable dans le département.

CORRESPONDANCES

Lyon, le 17 mai 1900.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu avec intérêt votre article sur les *Associations mutuelles de secours en cas de décès*, dans le n^o de la *Gazette Médicale du Centre* que vous avez bien voulu m'adresser.

Puisque vous voulez bien demander à vos lecteurs leur avis au sujet des projets Bélières et Despagnet, permettez-moi de vous donner le mien.

Les deux projets sont séduisants, mais je doute que celui du D^r Bélières soit d'une application facile en dehors des grands centres où l'on se voit souvent et où la propagande en faveur d'un projet et les recettes sont faciles. À la campagne, les recouvrements, aisés d'abord, se feront ensuite avec plus de peine, à mesure que les appels se seront multipliés et que l'enthousiasme du début se sera refroidi.

Les membres de la Société de secours auront donc de la tendance à diminuer de nombre et la somme à verser aux familles des défunts finira par se réduire singulièrement.

Cet état se manifestera d'autant mieux qu'en la circonstance, il est à prévoir que le recrutement parmi nos jeunes confrères trouvera sans doute un accueil plutôt froid.

Quant au projet Despagnet, il me paraît plus applicable que le projet Bélières en ce sens qu'il ne réclame qu'une cotisation annuelle et qu'il met à l'abri des instances parfois répétées auxquelles le projet Bélières peut exposer, mais je doute qu'il réunisse beaucoup d'adhérents à la campagne.

En somme, ces deux projets me semblent appelés à un succès médiocre, tant qu'ils seront prônés et gérés par les médecins eux-mêmes. Qu'une Société étrangère s'empare des dispositions qu'ils renferment, qu'elle fasse la propagande nécessaire pour les faire accepter et je suis persuadé que le succès sera obtenu, dût-on payer un peu plus dur.

La plupart d'entre nous ont contracté des assurances sur la vie, non de plein gré, mais parce que relancés jusque chez eux par des agents d'assurances. On maugrée d'abord d'avoir cédé à leur insistance, puis l'âge et la réflexion aidant, on s'en frotte les mains. Dans ces sortes d'affaires, il faut parfois être un peu violent et ce sont là procédés dont nous ne saurions user vis-à-vis les uns des autres.

Veillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de mes très dévoués sentiments.

D^r GONNET.

25, rue Sala, Lyon.

Tours, le 18 mai 1900

Mon cher confrère,

Je viens de lire dans la *Gazette Médicale du Centre* d'avril dernier votre article sur les Associations mutuelles de secours en cas de décès où vous exprimez le désir d'avoir l'avis de vos lecteurs sur les projets de Bélières et Despagnet.

Celui de Despagnet me paraît préférable, c'est pour lui que je voterais s'il y avait lieu, parce qu'il présente plus de garantie de versement de la cotisation.

Mais il faudrait que cette société de secours mutuels, pour compter de nombreux membres, n'élimine pas les médecins âgés de plus de 40 ans, parce que l'âge moyen des médecins est de 45 à 46 ans, élimination formulée à l'art. 11, 3^e du projet de société de secours mutuels des médecins d'Indre-et-Loire, qui d'ailleurs me semble bien préférable à l'Association générale, en ce qu'elle donnerait à ses membres qui lui auraient versé leurs cotisations un droit au lieu, comme vous le dites, de leur faire l'aumône.

Agréez mes salutations confraternelles.

Em. DELAITTRE.

LES CONGRÈS

Programme des fêtes qui seront offertes à MM. les membres du XIII^e Congrès international de Médecine.

2 août, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte le soir par M. le Président du Conseil au nom du Gouvernement de la République.

3 août, fête, le soir, sur invitation, offerte par M. le Président du Congrès.

5 août, réception des membres du Congrès, le soir, par M. le Président de la République au Palais de l'Élysée.

8 août, fête, le soir, dans le Palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte aux membres du Congrès par le Bureau et les Comités d'organisation du Congrès.

Une fête sera demandée au Conseil municipal de Paris.

En outre des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des sections.

Pour toutes ces fêtes seront invitées les femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès.

Un Comité de Dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès.

Le Secrétaire général du Congrès,

A. CHAUFFARD.

En réponse à des demandes nombreuses qui lui ont été adressées, le Comité Exécutif du XIII^e Congrès International de Médecine a décidé que les dentistes non docteurs en médecine, mais pourvus d'un *diplôme d'Etat* français ou étranger, pourront se faire inscrire comme Membre de Congrès dans la Section de Stomatologie.

Envoyer les adhésions aux Bureaux des Congrès, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Le Comité exécutif a décidé qu'il n'y aurait pas de *Journal Officiel du Congrès*.

Pendant la durée du Congrès, il sera publié chaque jour par les soins du Secrétariat général un programme donnant toutes les indications afférentes pour la journée.

Un bureau de la Presse sera organisé pour la Presse française et étrangère du 30 juillet au 10 août.

D'ici là toutes les indications nécessaires seront fournies au Secrétariat général du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 15 juillet.

Pour se faire inscrire, envoyer sa carte de visite, l'indication de la Section choisie et un mandat poste de *vingt-cinq francs* au Docteur Duflocq, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

1^{er} CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE

Paris, 26, 27 et 28 juillet.

LA GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE sera représentée à ce Congrès par plusieurs membres de son Comité de rédaction.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET DE BIENFAISANCE PRIVÉE

(Envoyer les adhésions au secrétaire, 7, rue de Cambacérès, Paris.)

Le Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée s'ouvrira à Paris le lundi 30 juillet et se clôturera le dimanche 3 août 1900.

Ce Congrès, institué par décision de M. le Commissaire général de l'Exposition universelle, se tiendra dans le Palais des Congrès de l'Exposition. Le Gouvernement français y sera officiellement représenté ; les Gouvernements étrangers sont priés d'y envoyer des délégués.

Les questions d'assistance et de bienfaisance préoccupent de plus en plus l'opinion publique. La réunion d'un premier Congrès d'assistance, à l'occasion de l'Exposition universelle de 1889, a démontré l'utilité que présente leur étude en commun. Les principes dégagés et proclamés à cette époque ont été, depuis, généralement admis : ils pénétrèrent peu à peu dans l'esprit du monde charitable ; en France, ils ont servi de guide à l'administration, ils ont inspiré les œuvres du législateur.

Un second Congrès international s'est réuni à Genève en 1896, et ses délibérations ont confirmé les principes posés en 1889.

De plus, deux Congrès nationaux d'assistance se sont réunis en France, à Lyon en 1894, à Rouen en 1897.

L'initiative du Congrès de 1900 a été prise par la Société

internationale pour l'étude des questions d'assistance, issue elle-même du Congrès de 1889 : dans notre Commission d'organisation se retrouve la majorité des organisateurs du premier Congrès international et les représentants de l'action publique, auxquels ont bien voulu se joindre un certain nombre de personnes qui se sont fait une spécialité de l'étude des questions d'assistance ou qui sont placées à la tête des grandes œuvres parisiennes, notamment des œuvres d'assistance par le travail. Ce groupement témoigne de l'étroite solidarité qui existe entre les diverses manifestations de la charité.

Un appel est en même temps adressé, et aux personnes que leurs études ou leurs fonctions ont mises à même de se former une opinion sur le rôle rationnel de l'assistance publique, et aux particuliers charitables qui, individuellement ou en association, ont appris à améliorer les procédés de secours, enfin à quiconque cherche à se renseigner sur les moyens de soulager la misère, de diminuer le paupérisme, d'augmenter le rendement social tant de la bienfaisance privée que de l'assistance publique, sans porter atteinte à l'indépendance de l'une ni de l'autre.

Nous sollicitons spécialement l'adhésion des dames : elles apportent dans la pratique de la bienfaisance tant de délicatesse et de charme ! On a eu raison de dire que « la charité doit se faire à la fois avec la tête et avec le cœur », et nous avons tous, à ce double point de vue, beaucoup à apprendre des femmes qui ont l'habitude des pauvres.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE.

(Paris. — Du lundi 23 juillet au samedi 28 juillet 1900.)

(Secrétaire : D^r Jules Glover,

37, rue du Faubourg Poissonnière, Paris).

Conformément à l'arrêté ministériel en date du 41 juin 1898, il est institué à Paris, au cours de l'Exposition universelle de 1900, un Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale.

Ce Congrès s'ouvrira le lundi 23 juillet 1900 au Palais des Congrès de l'Exposition. Il se continuera à la Faculté de médecine.

Sa durée sera de huit jours.

Seront *membres titulaires* du Congrès, les médecins qui auront adressé leur adhésion au trésorier avant l'ouverture de la session, ou qui se feront inscrire pendant la durée de celle-ci et qui auront acquitté la cotisation dont le montant est fixé à *quinze francs*. Seront admis aussi comme membres titulaires et aux mêmes conditions (cotisation de quinze francs) les conseils judiciaires des syndicats médicaux et des sociétés de médecine.

Le Syndicat médical d'Indre-et-Loire sera représenté à ce Congrès par le D^r Bezard.

1^{er} Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale (Paris, 23-28 juillet 1900). — Le comité exécutif du Congrès international de médecine professionnelle communique au Corps médical les divers avis suivants :

Pour être insérée au programme officiel, toute communication doit être adressée au bureau du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, *avant le 1^{er} juillet 1900* (art. 10 du règlement), ou inscrite avant ce dernier délai sur le registre des communications au Congrès, actuellement déposé à la librairie Masson.

Toute modification au programme officiel ou avis concernant l'emploi du temps des congressistes pendant la journée seront affichés chaque matin dans les salles de réunion des diverses sections.

Les orateurs sont avertis qu'il n'y aura pas de sténographes dans les salles ou amphithéâtres de la Faculté de médecine. Ils devront faire eux-mêmes, séance tenante, un court résumé en langue française de leur communication.

Ce résumé servira de texte officiel pour la rédaction des comptes rendus et les communications immédiates à la presse. Il devra être immédiatement remis aux secrétaires de section. En l'absence de ce résumé, celui du secrétaire sera adopté.

Les délégations d'Universités, Sociétés, Chambres médicales, Conseils d'ordre, Collèges médicaux, qui désirent voir figurer les noms de leurs représentants sur les publications du Congrès, sont informés que la liste sera close le 1^{er} juillet prochain.

Un bureau de poste restante sera établi pour les congressistes, durant la session, à la librairie Masson.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, idoo-tanique 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 antidépériteurs, 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.