

LYMPHADENOME OU LYMPHO-SARCOME DES GANGLIONS SUS-CLAVICULAIRES.

Généralisation secondaire aux ganglions du médiastin et au poulmon avec formation d'un épanchement pleural chyloforme à production et reproduction brusque.

Par les D^{rs} Hermaty et Lapeyre

L'observation que nous publions ici nous paraît digne de fixer un instant l'attention en ce qu'elle touche à quelques points encore mal élucidés de la pathologie et offre la réunion assez rare de symptômes complexes et curieux.

Tout d'abord il s'agit d'une de ces tumeurs malignes de l'appareil lymphatique dont la classification reste encore aujourd'hui si incertaine.

La tumeur primitive longtemps localisée aux ganglions d'une seule région, la région sus-claviculaire est bien évidemment distincte de ces affections décrites sous les noms de leucocythémie ou de lymphadénies infectieuses suivant qu'il y a ou non altération du sang, mais dans lesquelles en tous cas les tuméfactions ganglionnaires coïncidant avec la lésion d'autres organes viscéraux, donnent l'impression d'une réaction toute secondaire et ne peuvent être en aucun cas du ressort de la chirurgie.

Se comportant à la façon d'un cancer primitif des ganglions, présentant comme tout néoplasme malin la tendance à l'envahissement par extension locale et noyaux secondaires, la tumeur primitive paraît cependant en pareil cas avoir pendant un certain temps (plusieurs années parfois), peu de tendance à s'accroître.

Le traitement médical, l'arsenic en particulier, l'intervention chirurgicale complète donnent peut-être en pareille matière des succès durables.

Nous disons peut-être, car encore paraît-il qu'il faille distinguer plusieurs groupes dans ces tumeurs primitives des ganglions.

Le professeur Bard, de Lyon, dont les idées sur la spécificité cellulaire ont souvent servi de fil conducteur dans l'étude récente des tumeurs, distingue en effet :

1° Une forme bénigne *lymphadénome* qui est l'hypertrophie ganglionnaire simple par dégénérescence de la trame réticulée seule du ganglion.

2° Une forme maligne *lymphosarcome* dans laquelle prennent part à la dégénérescence les cellules lymphatiques migratrices contenues dans le ganglion.

Les tumeurs du 1^{er} groupe sont vraisemblablement celles qui guérissent par le seul traitement médical ; quant aux autres peut-être une intervention précoce peut-elle encore donner des succès.

Notre cas est bien évidemment de par la clinique même un lymphosarcome suivant la classification de Bard, mais de nombreux histologistes n'admettent pas ces distinctions, ils rejettent le terme de lymphosarcome qui pour eux prête à la confusion pour n'admettre que le lymphadénome ou alors le sarcome primitif des ganglions dont du reste l'existence n'est pas démontrée.

C'est pour ne rien préjuger que nous avons étiqueté notre observation lymphadénome ou lymphosarcome, tout en tenant à déclarer que nous acceptons pour notre tumeur de la classer dans le 2^{ème} groupe décrit par Bard sous le nom de lymphosarcome.

Mais l'extension de la tumeur s'est accompagnée d'un phénomène peu étudié par les auteurs, la production d'un épanchement pleural chyloforme, et ce 2^e point nous paraît surtout intéressant tant par la nature même du liquide que par la rapidité extrême de son apparition et de sa reproduction.

OBSERVATION.

Mlle X, 30 ans, n'a eu, étant jeune, ni glandes, ni manifestations strumeuses.

Tendance à l'obésité.

L'affection actuelle a débuté d'une façon insidieuse, en 1899, par une petite tumeur ganglionnaire située un peu au-dessus de la clavicule droite, au niveau du bord postérieur du sterno-mastoïdien. On fit prendre alors à la malade de l'arsenic et de l'iodure. Une tuméfaction présentant des alternatives d'augmentation et de régression apparaît au bord antérieur du sterno-mastoïdien si bien qu'il a été pensé à une tumeur de la glande thyroïde. Après avoir été un certain temps stationnaire la tumeur augmente, la malade se soumet à des applications de pâtes caustiques, qu'elle cessa lorsque le derme commença à être ulcéré. Ces applications ont laissé une cicatrice linéaire transversale, intéressant toute la base du cou.

Le Dr Rendu, consulté au début d'avril 1900, porta le diagnostic de lymphadénome ou de lymphosarcome et prescrivit, outre le traitement arsenical, des injections intra-ganglionnaires de naphthol camphré.

Le Dr Hallé et lui se prononcèrent contre l'intervention chirurgicale, elle était du reste très difficile. L'examen du sang pratiqué à ce moment n'avait pas révélé aucune augmentation des globules ; les injections furent commencées le 14 avril.

A ce moment la tumeur avait le volume d'un petit œuf ; elle s'étendait du milieu du creux sus-claviculaire au voisinage de l'insertion sternale du sterno-mastoïdien. Elle était indolente, de consistance ferme.

Du même côté, au niveau du bord postérieur du cartilage thyroïde on rencontrait un ganglion dur, mobile, du volume d'une noisette.

A gauche, le long du sterno-mastoïdien, petits ganglions perceptibles.

Pas de troubles fonctionnels, pas de dyspnée, de temps en temps un peu de gêne dans les mouvements du cou.

Il s'est produit à plusieurs reprises, d'une façon passagère de l'œdème du cou, du bras et du sein droit.

Pas d'hypertrophie du foie ni de la rate. Aucun signe stéthoscopique du côté de la poitrine. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Pas d'hypertrophie ganglionnaire des aisselles ou des aînes. Pas d'albuminurie.

L'état général est bon. La malade a de l'embonpoint, n'a pas perdu de forces.

Les injections de naphtol camphré furent répétées tous les 10 jours. On injectait en deux points du néoplasme de 1 à 5 gr. de naphtol. L'injection provoquait pendant 4 jours du gonflement et une douleur subaiguë.

Au début de juin, on constate que l'aiguille enfoncée dans la masse ganglionnaire y est libre comme dans une cavité. A l'injection suivante l'aiguille permit de faire sortir de la tumeur 10 gr. de pus qui furent remplacés par 4 gr. de naphtol.

Une nouvelle piqûre, faite huit jours après, donna écoulement à du naphtol non modifié, et 8 jours plus tard à une nouvelle quantité de pus.

En juillet une injection fut suivie d'œdème très prononcé de la joue, de la moitié droite du cou, de l'épaule et du sein de ce côté. Toute trace de tuméfaction disparut en trois semaines.

A la fin d'août on refit une injection qui fut bien supportée, et deux en septembre, dont l'une encore suivie d'œdème, à un degré moindre. Deux injections furent encore faites en octobre. La dernière fut de nouveau suivie de gonflement du cou et de l'épaule. Presque chaque fois il s'écoulait par l'aiguille un peu de pus.

20 octobre. — La tumeur a augmenté de volume, elle soulève tout le creux sus-claviculaire et la partie inférieure du sterno-mastoidien; les mouvements du cou s'exécutent avec gêne et douleur. Le ganglion situé au voisinage de la partie latérale droite du larynx a augmenté de volume. Il forme sous la peau, au-devant du bord antérieur du sterno-mastoidien, une saillie mobile du volume d'une grosse noix.

3 novembre. — Etat dyspnéique grave; respiration plus fréquente, superficielle; sensation d'étouffement; lèvres légèrement cyanosées. La marche est pénible par l'étouffement qu'elle provoque. Pas de modifications du timbre de la voix, pas de toux; pas de signes d'adénopathie trachéo-bronchique; aucun signe stéthoscopique. Cette complication qu'il faut nécessairement attribuer à la compression produite au cou par la tumeur nécessite une intervention d'urgence.

La malade réclame du reste l'opération avec insistance. Le 4 novembre les D^{rs} Lapeyre et Hermay procèdent à l'ablation du paquet ganglionnaire latéral et du ganglion voisin du larynx.

On s'attend à de grosses difficultés opératoires, car la masse est mal limitée, profonde, adhérente elle s'enfonce vraisemblablement dans le thorax derrière la clavicule.

Longue incision en L descendant le long du bord postérieur du sterno pour devenir horizontale au dessus de la clavicule et gagner l'articulation sternoclaviculaire.

Quatre ganglions placés sous le sterno-mastoidien adhérent intimement aux parties voisines s'enfonçant vers la colonne vertébrale, sont successivement enlevés. La région cervicale paraît totalement débarrassée de la tumeur qui heureusement est située en

arrière du paquet vasculo-nerveux du cou sans rapports intimes avec lui.

Malheureusement le ganglion situé le plus bas fait partie d'une chaîne s'enfonçant derrière la clavicule au contact même des vaisseaux sous-claviers. L'ablation reste donc de ce côté partielle, et il paraît trop dangereux de chercher à aller plus loin, l'hémorragie veineuse est en effet très accentuée et il est difficile de voir nettement dans la profondeur. Nombreuses ligatures au catgut sur les veines sectionnées. L'hémostasie est relativement facile.

Suture cutanée aux crins de Florence. Une mèche stérilisée est introduite dans l'angle inférieur de la plaie en arrière de la clavicule pour assurer l'hémostasie complète.

Enlèvement de la mèche le 4^e jour, des 4 fils le 10^e jour.

Guérison totale de la plaie opératoire en 15 jours.

7 novembre. — Amélioration rapide de la respiration après l'intervention, l'oppression et la cyanose disparaissent.

La malade vomit du sang; il y a du méœna. Il s'agit probablement d'une épistaxis avalée.

9 novembre. — Dyspnée très accentuée survenue en peu de temps, due à un épanchement abondant de la plèvre droite. Matité absolue en arrière dans toute l'étendue du poumon droit, souffle, disparition des vibrations. Pas de fièvre, ni de point de côté, un peu de toux sèche. En même temps il se produit de l'œdème de tout le membre supérieur droit et du sein du même côté.

Dans les deux seins noyau de consistance ferme, fibromateux, du volume d'une petite orange, subsistant des alternatives d'augmentation et de regression.

Quelques jours après nouvelle selle noire.

Les veines de la partie latérale droite du thorax sont plus apparentes que celles du côté opposé.

L'œdème diminue très lentement.

L'état général reste toujours bon, il n'y a pas d'amaigrissement. L'épanchement ne paraît pas subir de diminution notable, la dyspnée s'amende.

20 décembre. — La ponction retire près de 3 litres de liquide chyliforme.

Aussitôt après la ponction le murmure vésiculaire s'entend dans les 2/3 supérieurs de la poitrine; à la base souffle tubaire expiratoire.

La dyspnée disparaît complètement, pas de signes d'adénopathie bronchique.

Cicatrice bonne. Etat général toujours bon. Pas de perte des forces.

27 décembre. — Le liquide s'est reproduit partiellement; la dyspnée reparait. Quelques jours après une nouvelle ponction enlève 3 litres de liquide chyliforme. L'état général reste bon.

Examen du liquide pleural, par le Dr BOUREAU.

Densité — 1028.

Teneur en albumine 77 gr. pour 1000.

Proportion très élevée de paralbumine.

Examen microscopique.

On constate une très grande quantité de globules graisseux, de cristaux d'acides gras.

La quantité de leucocytes est relativement peu élevée.

En outre très forte proportion de cellules épithéliales. Ce liquide se rapproche beaucoup de la composition du pus. Etant donné sa densité et sa teneur en albumine, on doit admettre qu'il provient d'une *lésion inflammatoire de la séreuse* et qu'il n'est pas d'origine purement mécanique.

La quantité considérable de paralbumine serait une présomption en faveur de la malignité de la lésion.

Liquide chyloforme.

23 décembre 1900.

A plusieurs reprises de nouvelles ponctions ont dû être faites.

Le liquide se reproduit toujours en quelques jours.

La dernière fois, 3 litres de liquide chyloforme ont été enlevés.

Discussion des faits. — Dans cette observation existe une lacune, le manque d'examen histologique de la tumeur; si elle n'a pas été comblée c'est que de par la clinique le diagnostic de lymphadénome ou lymphosarcome ne pouvait être contesté et qu'aucun de nous après coupe microscopique ne se sentait à même d'élucider un problème d'interprétation histologique, dont la solution n'est pas encore donnée.

La nécropsie ne pourra non plus jamais être faite et force nous est de nous contenter des résultats fournis par l'intervention et les ponctions pleurales.

Un premier point peut d'abord être posé; pendant un temps assez long la tumeur a eu les allures d'une hypertrophie ganglionnaire bénigne.

Le Dr Fischer a nettement constaté des périodes d'augmentation puis de quasi résolution de la tumeur qui lui avaient fait absolument déconseiller à la malade toute tentative chirurgicale.

Il semble établi par l'histoire même des accidents que le coup de fouet provoquant l'extension des lésions a été la tentative du traitement empirique par des caustiques chimiques.

Dès lors la tumeur maligne ganglionnaire avait grandi par extension locale et une intervention devenait dangereuse et peut-être nuisible.

Les Drs Rendu et Hallé le déclaraient nettement et essayaient du traitement médical.

L'opération n'a été faite que d'urgence non dans l'espoir d'enlever toute la tumeur et de retarder son évolution mais pour parer à des accidents de compression trachéale menaçant la vie à bref délai. La malade, devant nos hésitations, insistait du reste avec l'énergie du désespoir.

A ce moment il était bien évident que des phénomènes de compression médiastine existaient: gonflement de la joue et du cou, du bras et du sein droit. Circulation veineuse superficielle visible à la face au cou et sur la région thoracique droite.

Mais l'auscultation indiquait que les bronches n'étaient pas comprimées, il n'y avait pas d'épanchement pleural, l'ablation des ganglions cervicaux devait parer au danger immédiat.

C'est en effet ce qui s'est produit; les phénomènes de cornage ont immédiatement disparu et le soulage-

ment immédiat a été absolu en dépit de la tumeur médiastine.

Mais brusquement au bout de quelques jours apparaissent des phénomènes dyspnéiques de nature toute différente et une recrudescence des phénomènes de compression médiastine veineuse. L'auscultation révèle une pleurésie dépassant déjà l'angle de l'omoplate et expliquant la dyspnée survenue.

D'emblée nous pensons non à une pleurésie séreuse mais à un hémithorax; l'apparition brusque, la coïncidence d'épistaxis et de méloëna, les caractères même de l'auscultation font penser à un épanchement sanguin.

Quelle en peut être la cause? S'agit-il ici d'un épanchement consécutif à une propagation du néoplasme au poumon, ou faut-il croire à des compressions vasculaires et nerveuses résultant d'un coup de fouet donné par l'intervention à la tumeur médiastine.

Nous ne savons que conclure et très inquiets et intrigués nous décidons de suivre les événements. L'épanchement très rapidement se complète puis reste stationnaire; la dyspnée diminue de façon à ne pas paraître pouvoir devenir un danger. Les phénomènes d'œdème de la face et du membre, du sein droit subissent des alternatives de diminution et d'augmentation; par moment ils disparaissent presque complètement.

La ponction longtemps ajournée est enfin décidée et retire non pas du sang mais un liquide chyloforme se coagulant au bout de quelques minutes. La reproduction se fait avec une rapidité prodigieuse, égale au premier mode d'apparition.

En présence de ce liquide si singulier, notre première impression est de nous demander s'il n'a pu se faire une rupture dans la plèvre du canal thoracique. Mais la réflexion ne corrobore guère cette impression de 1^{er} jet, la possibilité du fait lui-même est douteuse et les résultats fournis par l'examen du liquide établissent que si l'épanchement est vraiment chyloforme, il n'a cependant nullement la composition du chyle proprement dit.

En recherchant dans les classiques ce qui a été dit des épanchements chyloformes de la plèvre, nous n'avons trouvé que bien peu de renseignements; les observations recueillies sont d'une extrême rareté et aucun chapitre spécial n'est consacré à cette étude.

Le traité de Charcot et Bouchard ne contient que cette phrase dans le chapitre consacré au cancer du poumon et de la plèvre. « *Enfin on a cité des où l'épanchement était (1) chyloforme (cas de Bogehold).* »

Il semble cependant que ces épanchements ont toujours été vus en relation avec des néoplasmes du poumon si nous en croyons le traité de médecine de Charcot et Bouchard qui considère du reste la présence d'une proportion considérable de graisse dans un liquide pleural comme un signe de cancer.

Dans notre cas particulier c'est bien à cette cause tumeur solide du poumon que la lésion paraît devoir être attribuée.

(1) Bogehold. Berliner Klin. Woch. 1878.

L'un de nous en auscultant soigneusement la malade aussitôt la ponction faite a bien cru déceler l'existence d'une tumeur solide.

La teneur même du liquide en éléments gras, l'abondance des globules blancs militent en faveur de la même origine.

Enfin la rapidité de production et reproduction du liquide est signalée dans les pleurésies hémorragiques du cancer « le liquide se reproduit rapidement, tous les 7 ou 8 jours il faut faire une ponction, jusqu'à la mort du malade » disent les classiques.

Le diagnostic de lymphadénome du poumon nous paraît donc solidement établi, et il y aurait intérêt à se demander si la pleurésie chyloforme n'accompagne pas précisément de préférence les néoplasmes pulmonaires de cette nature, alors que la pleurésie hémorragique reste l'apanage du cancer ou du sarcome du poumon.

Nous ne pouvons que poser la question car les recherches que nous avons faites sur l'apparition de cette complication dans le lympho-sarcome étendu au poumon sont restées négatives.

De même la cause qui préside à la formation d'un tel liquide reste obscure.

Nous avons dit que sur les pleurésies chyloformes les classiques restent à peu près muets, l'ascite chyloforme plus fréquente a été mieux étudiée.

Laissant de côté le groupe de faits dans lesquels la filariose semble commander la nature des accidents, nous nous trouvons en présence des explications suivantes que l'analogie permet peut-être d'appliquer à la pleurésie.

Gueneau de Mussy ayant remarqué l'analogie de composition de l'épanchement avec le pus, analogie signalée aussi dans notre cas, pensait que l'hydropisie laiteuse n'était que du pus modifié. Mais ainsi que l'a dit Debove, l'épanchement existe d'emblée sans transformation des globules du pus ni épanchement du chyle, l'explication ne peut donc être admise.

Dès lors, nous nous trouvons en présence de deux opinions : l'une soutenue par Letulle qui fait de l'épanchement gras une conséquence de la phlegmasie chronique de la séreuse, l'autre soutenue par Duplay et Klebs qui attribue l'aspect chyloforme à la dégénération des cellules endothéliales de la séreuse ou de celle d'une tumeur contenue dans sa cavité.

Dans cette dernière hypothèse, il y a analogie absolue entre la production de l'épanchement chyleux et la production de ces liquides gélatineux ou colloïdes si fréquents dans les kystes de l'ovaire ou même dans les péritonites consécutives à des tumeurs malignes.

Nous sommes bien disposés au moins pour notre cas à considérer cette origine de la graisse comme la plus vraisemblable.

Quoiqu'il en soit de ces explications, le point à retenir de notre observation est l'apparition d'une pleurésie chyloforme au cours d'une tumeur maligne des ganglions cervicaux, lymphadénome ou lymphosarcome envahissant le poumon.

Il est intéressant aussi de noter que la tumeur toute maligne qu'elle soit a progressé de par extension continue et lente, et non par généralisation.

Fait très remarquable, 4 mois après l'intervention il n'est pas possible de constater aucune récurrence locale malgré que l'ablation ait été incomplète et n'ait pas franchi les limites du mal.

On peut donc se demander si dans le groupe des tumeurs lymphatiques ganglionnaires il ne faut pas distinguer à côté des formes généralisées ou viscérales des formes locales laissant encore quelque espoir.

1° Un 1^{er} groupe. Lymphadénome de Bard, par hypertrophie simple du ganglion sans tendance à l'envahissement guérissant par le traitement médical.

2° Un 2^e groupe. Lymphosarcome se comportant à la façon d'une tumeur maligne mais pouvant peut-être au début donner par l'ablation chirurgicale des succès complets ou relatifs.

A l'appui de cette dernière opinion je relate ici une observation de Nové-Josserand dans laquelle l'ablation chirurgicale a donné un résultat thérapeutique satisfaisant.

M. Nové-Josserand présente, à la Société des hôpitaux de Lyon, une fillette de 2 ans ayant depuis l'âge de 10 mois une tumeur ganglionnaire dans la région sus-claviculaire droite. Stationnaire jusqu'à 19 mois, la tumeur se mit à s'accroître rapidement. Cliniquement c'est un lymphosarcome sans extension à d'autres groupes ganglionnaires. Le foie, la rate, le sang, sont normaux. Extirpation de la masse ganglionnaire au delà des limites du mal.

Trois mois après, il n'y a pas trace de récurrence, l'enfant se porte bien.

M. Nové-Josserand conclut : L'absence de récurrence au bout de trois mois me donne quelque espoir d'obtenir un résultat qui serait d'autant plus intéressant qu'on sait la gravité des tumeurs malignes chez les enfants.

M. Villard appuie les réflexions formulées par M. Nové-Josserand en disant :

« Des cas semblables jettent un peu de lumière sur l'obscurité qui existe encore actuellement dans les tumeurs malignes de l'appareil lymphatique. Ces tumeurs en effet sont très mal connues, très mal classées et des lésions inflammatoires mêmes ont été confondues et décrites comme de véritables néoplasmes.

Exposant ensuite les idées de M. le Prof. Bard sur la spécificité cellulaire et la lymphadénie infectieuse telles que nous les avons brièvement exposées au début de ce travail, M. Villard conclut à la dissociation des néoplasmes, des ganglions lymphatiques en groupes de signification maligne différente.

Si nous avons tenu à citer et l'observation de M. Nové-Josserand et les réflexions de M. Villard, c'est que cliniquement la malade de M. Nové-Josserand présente la plus grande analogie avec la nôtre et que les conclusions de M. Villard sont celles mêmes que nous proposons.

CONCLUSIONS

En présence d'une tumeur primitive des ganglions, il importe de ne pas porter dans tous les cas un pronostic absolument et rapidement fatal. Il peut s'agir d'une tumeur bénigne, d'une hypertrophie simple du ganglion susceptible de guérir par le traitement médical.

Il peut s'agir encore d'une tumeur maligne purement locale, pouvant guérir par l'ablation rapide et complète.

QUEL EST LE MODE DE CONFORMATION LE PLUS HABITUEL DES GOUTTIÈRES DE LA TABLE ENDOCRANIENNE DE L'ÉCAILLE DE L'OCCIPITAL HUMAIN QUI CONTIENNENT LES SINUS POSTÉRIEURS DE LA DURE-MÈRE ?

Par le Dr F. LEDOUBLE de Tours

On note dans les descriptions et les dessins que les anatomistes donnent de la direction, des anastomoses, de la largeur, de la longueur, de la profondeur, etc., des gouttières endo-craniennes de l'occipital humain qui contiennent les sinus postérieurs de la dure-mère des différences extraordinaires. Autant de traités d'anatomie de l'homme, autant, pourrait-on presque dire, de descriptions et de dessins dissimulables de ces gouttières. Mieux encore, il est des traités d'anatomie de l'homme où le texte ne concorde pas avec les planches. Pour en être convaincu, il suffira d'ouvrir les traités classiques français et étrangers d'anatomie humaine de Cruveilhier, Sappey, Debierre, Poirier, Testut, Henle, Gegenbaur, Krause, Macalister, Quain, Morris, Romiti, Leidy etc.

Pour mettre fin à ce désaccord, j'ai chargé, en 1898, mon prosecteur, B. Pathault, de me remettre un croquis avec une description succincte de la face endocranienne de chacun des occipitaux humains qu'il pourrait se procurer. Parmi les nombreux croquis qu'il m'a remis, je choisis les cinq suivants; chacun d'eux est accompagné d'une courte légende explicative dont les mêmes lettres s'appliquent, pour tous, aux mêmes parties.

Décrire une à une et minutieusement toutes les variations des gouttières des sinus postérieurs de la dure-mère est impossible, et cela fût-il possible qu'un tel travail complet aujourd'hui serait incomplet demain. Je me contenterai donc, à défaut de mieux, d'indiquer les principales en les classant par types.

1^{er} Type.

La gouttière longitudinale est absente et remplacée :

(α) Par un méplat, et les gouttières latérales transverses, de dimensions égales ou inégales se continuent ou ne se continuent pas l'une avec l'autre ;

(ε) Par une crête médiane, rectiligne continue ou discontinue, plus ou moins saillante, qui s'étend de l'opisthion au lambda et dont une partie renflée (protubérance occipitale interne) ou non sépare l'une de l'autre les deux gouttières latérales transverses de dimensions égales ou inégales ;

(γ) Par une crête continue ou discontinue, plus ou moins

saillante, dont l'extrémité supérieure correspond au lambda et l'extrémité inférieure à la protubérance occipitale interne, mais dont la partie moyenne est incurvée à droite ou à gauche.

II Type.

La gouttière longitudinale est simple, médiane, rectiligne et se continue :

(α) Avec la fossette cérébelleuse moyenne soit directement, soit en contournant, à droite ou à gauche, la protubérance occipitale interne, après avoir reçu l'une ou l'autre ou l'une et l'autre des deux gouttières latérales transverses de dimensions égales ou inégales ;

(ε) Avec la fossette cérébelleuse moyenne en se divisant en deux branches qui contournent, à droite et à gauche, la protubérance occipitale interne et dont chacun reçoit ou ne reçoit pas la gouttière latérale transverse du même côté ;

(γ) A angle droit, avec les gouttières latérales transverses réunies bout à bout et de dimensions égales ou inégales ;

(δ) En s'incurvant en dehors, avec la gouttière latérale droite plus large que la gouttière latérale gauche. Sur 512 crânes, Spérino a trouvé : 269 fois la gouttière longitudinale déviée à droite et continuée par le sillon latéral droit plus large que le gauche, 78 fois déviée à gauche et continuée par le sillon latéral gauche plus large que le droit 130 fois occupant la ligne médiane, 34 fois divisée, plus ou moins près de la protubérance occipitale interne, en deux branches à chacune desquelles faisait suite le sillon du même côté et 1 fois, les sillons latéraux étant excessivement grêles, continuée par les sillons occipitaux postérieurs très marqués. Sur ces 512 crânes, 6 provenaient de nègres, 13 de microcéphales et de semi-microcéphales et 1 d'un phocomèle. Sur les 6 crânes de nègres, le sinus longitudinal était 3 fois dévié à droite, 1 fois à gauche et 2 fois situé sur la ligne médiane ; chez les 13 microcéphales ou semi-microcéphales, il était 3 fois dévié à droite, 9 fois situé sur la ligne médiane, 1 fois divisé au-dessus de la protubérance occipitale interne ; chez le phocomèle il était dévié à droite (1). Sur 100 crânes, Rüpinger a vu 70 fois le sillon latéral droit plus grand que le sillon latéral gauche, 27 fois le sillon latéral gauche plus grand que le sillon latéral droit et 3 fois les deux sillons égaux (2). Sur 200 crânes de Tourangeaux j'ai noté 137 fois la continuité de la gouttière longitudinale et de la gouttière latérale droite plus vaste que la gauche ; 29 fois la continuité de la gouttière longitudinale avec la gouttière latérale gauche ; 44 fois la bifurcation de la gouttière longitudinale au-dessus de la protubérance et 23 fois l'un ou l'autre des autres modes de confirmation décrits dans les alinéas précédents et dans ceux qui suivent. En somme, la variété en question est celle qu'on observe le plus communément et qu'on devrait indiquer dans tous les traités classiques d'anatomie humaine. Elle est représentée dans ma planche V et coïncide avec une fossette torcularienne ;

(ε) En s'incurvant en dehors, avec la gouttière latérale gauche plus large que la gouttière latérale droite. Cette variété est celle qu'on rencontre habituellement après la précédente ;

(μ) En se divisant en deux branches dont la plus large rejoint la gouttière latérale droite plus ample que la gouttière latérale gauche. Cette variété est regardée

(1) SPERINO, *Rapporto fra la circolazione endo et extra craniana avuta riguardo alla applicazioni pratiche*, p. 23, Torino, 1884.

(2) RÜPINGER, *Die Hirschiagenen*, etc. (*Arch. f. Anat.*, 1888.)

à tort, depuis Hunauld (1) et Morgagni (2), comme la plus fréquente. Bien qu'elle constitue le type classique, elle est certainement beaucoup moins commune que les deux précédentes;

(α) En se divisant en deux branches dont la plus large rejoint la gouttière latérale gauche plus vaste que la branche latérale droite. Comme degré de fréquence, cette variété occupe le quatrième rang;

(β) En se divisant en deux branches d'égale largeur dont chacune rejoint la gouttière latérale du même côté. Ce mode de conformation est celui qui est représenté dans les traités d'anatomie humaine de Morel et Duval, Testu, etc., dans l'article *Crâne* de Pozzi, du *Dict. encyclopéd. des sciences méd.*, p. 380, t. XXII, Paris 1879, et dans ma planche I.

III^e Type.

La gouttière longitudinale est simple et s'étend du lambda à la protubérance occipitale interne mais sa partie moyenne est incurvée à droite ou à gauche. Dans le dessin de cette variation que M. Poirier a donné dans son *Traité d'anatomie de l'homme*, la gouttière longitudinale se continue avec la gouttière latérale droite plus large et située dans un plan plus élevé que celle du côté opposé. J'ai vu une disposition inverse sur le crâne d'une jeune fille.

IV^e Type.

La gouttière longitudinale est simple rectiligne :

(α) Mais située en dehors de la ligne médiane indiquée par son bord droit plus ou moins saillant et se continue avec la gouttière latérale gauche plus large que la gouttière latérale droite (Voy. les dessins de la face endocrânienne de l'écaille de l'occipital dans les Traités d'anatomie humaine de Sappey, de Leidy, etc.);

(β) Mais située en dehors de la ligne médiane marquée par son bord gauche plus ou moins saillant et se continue avec la gouttière latérale droite plus large que la gouttière latérale gauche. On peut se rendre compte de cette disposition en regardant mes planches II et III.

V^e Type.

La gouttière longitudinale est double :

(α) Autrement dit subdivisée les deux gouttières secondaires, de largeur égale ou inégale, par une crête verticale continue ou interrompue, plus ou moins saillante, dont l'une se jette dans la gouttière latérale droite et l'autre dans la gouttière latérale gauche;

(β) Et se comporte comme dans le cas précédent, mais chacune des gouttières transverses communique avec une gouttière située de chaque côté de la crête occipitale interne. Ainsi qu'on peut en juger par ma planche IV, la protubérance occipitale interne de la face endocrânienne de l'occipital ainsi conformée est entourée par quatre sillons qui se rejoignent pour constituer un losange plus ou moins régulier.

J'ai noté aussi (1 fois chez un homme) l'absence de la gouttière latérale transverse droite et 2 fois l'absence de la gouttière latérale transverse gauche (1 fois chez l'homme et 1 fois chez la femme). Un de mes anciens élèves, Lelot, a possédé un occipital dont la gouttière latérale transverse droite était divisée dans toute sa longueur en deux gouttières secondaires par une crête très mince, peu élevée, mais continue. Dans

ma planche III, on peut voir que l'extrémité interne de la gouttière latérale transverse gauche est creusée d'une fossette circulaire assez profonde.

Les variations des gouttières des sinus occipitaux postérieurs seront décrites ailleurs.

Ces différentes variations trouvent, comme la plupart des variations organiques, leur justification dans l'embryologie et l'anatomie comparée. On admet généralement aujourd'hui que l'embryon possède primitivement un système veineux symétrique pour chaque moitié du corps. La transformation de l'ébauche paire et symétrique du système veineux en un système impair et symétrique résulte principalement du passage du sang veineux de la moitié gauche du corps dans les vaisseaux du côté droit, ce qui détermine l'atrophie progressive des troncs veineux gauches. Il y a d'autant plus lieu d'être convaincu de l'exactitude de cette donnée embryogénique, qu'on retrouve, dans la série animale et chez l'embryon humain, tous les types intermédiaires entre le système veineux pair symétrique et le système veineux impair et asymétrique. Les deux veines caves supérieures persistent dans les Reptiles, les Oiseaux et plusieurs Mammifères. Dans les derniers, cependant, la gauche est moins développée que la droite. J. Marshall a établi que la veine cave supérieure gauche se transforme chez l'homme en trois parties : une supérieure ouverte, qui est la veine intercavale supérieure, gauche; une moyenne, fermée, réduite à un cordon fibreux contenu dans le pli vestigial du péricarde; une inférieure ouverte, qui devient la veine oblique de l'oreillette gauche et le sinus coronaire.

L'étude des variations des sinus veineux postérieurs de la dure-mère est également favorable à la thèse d'un système veineux primitif double et symétrique. La plus grande part des variations de ces sinus consistent, en effet, dans leur duplicité, leur division par une cloison, continue ou discontinue, de longueur variable (sinus en canons de fusil), leur bifurcation prématurée ou tardive, etc. Ceci dit, les variations des gouttières de la face endocrânienne de l'occipital sont expliquées : elles correspondent à celles des sinus veineux qu'elles contiennent. N'est-il pas acquis que tout vaisseau volumineux s'imprime d'une façon exacte et indélébile sur la face interne du crâne ? Qui n'a pas vu et ignore la signification des ramifications de la feuille de figuier de la table endo-crânienne du pariétal ?

Or, on a signalé :

A) L'absence du sinus longitudinal supérieur (Portal (1), 2 cas), sa rudimentation (Knott), sa duplicité (Theile) (2), sa bifurcation pour donner naissance aux sinus latéraux (Malacarne (3), de Laurenzi (4), etc.), sa déviation à droite ou à gauche pour se jeter dans l'un ou l'autre des sinus latéraux (Dumont (5),

(1) PORTAL, *Cours d'anatomie médicale*, t. IV, p. 14, Paris, 1804.

(2) THEILE, *Traité de myologie et d'angéiologie*, p. 591, Paris, 1843.

(3) MALACARNE, cit. par Ch. LABNÉ, *Anomalies des sinus et de la dure-mère*, etc. (*Arch. de phys. norm. et pathol.* Paris, 1883.)

(4) DE LAURENZI, cit. par SPÉRINO, *loc. cit. supra*, p. 25.

(5) DUMONT, *Les sinus postérieurs de la dure-mère*, p. 50. Nancy, 1894.

(1) HUNAUUD, *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, p. 559, Paris, 1730.

(2) MORGAGNI, *Adversaria anatomica*, VI, pl. I, fig. 1, Leyde, 1744.

Knott, etc., l'auteur), sa division en deux branches se continuant, après avoir contourné la protubérance occipitale interne, celle de droite avec le sinus occipital postérieur droit, celle de gauche avec le sinus occipital postérieur gauche (Sperino, Dumont) ; sa prolongation jusqu'au trou occipital et sa division à ce niveau, après l'abouchement des sinus latéraux transverses très grêles, en deux branches : le sinus occipital postérieur droit et le sinus occipital postérieur gauche (Malacarne, Dumont) ; sa terminaison par une dilatation, dite pression d'Hérophile, qui communique avec les autres sinus, etc. ;

B) L'absence et l'état filiforme du sinus latéral transverse gauche (Lieutaud (1), Hallet (2), Henle, Dumont) ; la suppléance des deux sinus latéraux très petits par les sinus occipitaux postérieurs élargis ou les veines mastoïdiennes également plus augmentées de nombre, etc.

Une dernière preuve de la corrélation qu'il y a entre les variations des sinus postérieurs de la dure-mère et celles des gouttières de l'occipital, c'est que les variations des premiers qu'on observe le plus communément sont aussi celles des secondes qu'on rencontre le plus fréquemment. Dans 50 p. 100 des cas, selon Dumont, le sinus longitudinal supérieur se dévie, à droite ou à gauche, de la protubérance occipitale interne (3 fois plus souvent à droite qu'à gauche) pour se continuer avec le sinus latéral de ce côté. Dans 30 p. 100 des cas, le sinus longitudinal supérieur se bifurque plus ou moins haut, d'ordinaire au niveau de la protubérance occipitale interne pour se jeter par une branche, — habituellement la plus large, — dans le sinus latéral droit et par une autre branche dans le sinus latéral gauche. Dans 20 p. 100 des cas seulement, tous les sinus (le sinus longitudinal supérieur et les sinus latéraux) convergent vers un réservoir commun, connu sous le nom de pressoir d'Hérophile.

Sur 30 crânes qu'il a examinés à l'état frais, Sperino a noté 11 fois la déviation à droite du sinus longitudinal supérieur, 7 fois à gauche, 8 fois la situation de ce sinus dans le plan médian et 4 fois la division du même sinus au-dessus de la protubérance occipitale interne.

Je n'apporterai sous ce rapport aucun nouveau chiffre, mais je puis dire que depuis 1878, où je professe l'anatomie à l'Ecole de médecine de Tours, il m'est arrivé plusieurs fois de rencontrer l'une ou l'autre des malformations des sinus de la dure-mère précitées et principalement la déviation à droite de l'extrémité terminale du sinus longitudinal.

La crête qui borde un des côtés de la gouttière sagittale, située à droite ou à gauche du plan médian ou celle qui divise les deux gouttières secondaires, la gouttière longitudinale médiane rectiligne, acquièrent quelquefois, ainsi que la crête occipitale interne, un développement exagéré.

Cette malformation, qui coïncide parfois avec l'hypertrophie de la crête endo-frontale médiane ou

l'apparition des crêtes endo-frontales latérales, s'explique aussi aisément que les autres. On doit considérer comme des replis ou des émanations de la dure-mère totale la faux du cerveau, la faux et la tente du cervelet et le diaphragme de l'hypophyse. Or, la dure-mère se compose de deux feuillets dont l'un remplit le rôle de pério-te interne, préside à la nutrition des os du crâne et à leur réparation quand ils sont brisés.

Les cloisons intra-cérébrales et intra-cérébelleuses sont donc susceptibles de s'ossifier. La portion de la dure-mère qui s'attache à la branche longitudinale supérieure de l'éminence cruciforme est ossifiée en totalité ou en partie — cela résulte des dissections de Major (1), du Tyson (2), de Camper (3), de Rudolphi (4), de Meckel (5), etc. — chez le *Dauphin vulgaire*, le *Dauphin à front blanc*, le *Dauphin nésarnack*, le *Monodon*, le *Narwal laodon* ou *Dauphin à tête ronde*, les *Phoques* (*Phoca vitulina*, *Phoca cristata*, *Phoca groenlandica*, *Phoca hispida*, etc.). La tente du cervelet des *Atèles* est encore osseuse, et chez l'homme même il n'est pas rare de voir dans certaines conditions, telles que la sénilité, l'aliénation etc., de rencontrer des ossifications plus ou moins vastes de la faux du cerveau. Aussi a-t-on pu dire que ces cloisons appartiennent à l'ossature crânienne. S'il est plus commun de rencontrer des ossifications au niveau des sutures médio-frontale, sagittale et inter-occipitale, c'est parce qu'à ce niveau il y a une suractivité vasculaire de longue durée par suite de la fusion tardive des noyaux osseux aux dépens desquels se développent les deux os voisins.

VARIATIONS DES GOUTTIÈRES DE LA FACE ENDOCRANIENNE DE L'ÉCAILLE DE L'OCCIPITAL QUI LOGENT LES SINUS POSTÉRIEURS DE LA DURE-MÈRE.

TYPES COMMUNS

1^{er} type.

La gouttière longitudinale est simple, médiane, rectiligne et se continue en s'incurvant en dehors avec la gouttière latérale droite plus large que la gouttière latérale gauche. Ce type est le plus commun.

2^e type.

La gouttière longitudinale est simple, médiane, rectiligne et se continue en s'incurvant en dehors avec la gouttière latérale gauche plus large que la gouttière latérale droite. Ce type est celui qu'on rencontre le plus souvent après le précédent.

3^e type.

La gouttière longitudinale est simple, médiane, rectiligne et se continue en se divisant en deux branches dont la plus large rejoint la gouttière latérale droite plus vaste que la gouttière latérale gauche. C'est le type classique, bien qu'il n'y ait aucun doute pour moi, qu'on l'observe plus rarement que les deux types précités.

(1) MAJOR, *Miscell. nat. curios.* Dec. I. A. 3, p. 34.

(2) TYSON, *Phocæna*, p. 41, London, 1680.

(3) CAMPER, *Cétacés*, p. 135.

(4) RUDOLPHI, *Abhandl. der Berliner Acad.* 1820-1821, p. 35.

(5) MECKEL, *loc. cit. supra*, t. III, 2^e partie, p. 371 et suiv.

(1) LIEUTAUD, *Essais anatomiques*, p. 330. Paris, 1761.

(2) HALLET, *Medical Times*, 1848.

4^e type.

La gouttière longitudinale est simple, médiane, rectiligne et se divise en deux branches dont la plus importante rejoint la gouttière latérale gauche plus ample que la gouttière latérale droite. Au point de vue du degré de fréquence d'apparition, c'est le 4^e type.

TYPES EXCEPTIONNELS

La gouttière longitudinale est simple, médiane, rectiligne et se termine en se divisant en deux branches dont chacune rejoint la gouttière latérale du même côté. Ce type arrive au 5^e rang.

D, gouttière du sinus longitudinal supérieur ;
E, gouttière du sinus latéral droit ;
E', gouttière du sinus latéral gauche ;

AA', fosses occipitales inférieures ou cérébelleuses ; C, crête occipitale interne ;
BB' fosses occipitales supérieures ; T, trou occipital.

La gouttière longitudinale est située à droite ou à gauche, mais le plus souvent à droite de la ligne médiane qui est indiquée par une saillie de son bord interne et se continue avec la gouttière latérale du même côté qui reçoit ou ne reçoit pas une gouttière longeant également du même côté la crête occipitale interne.

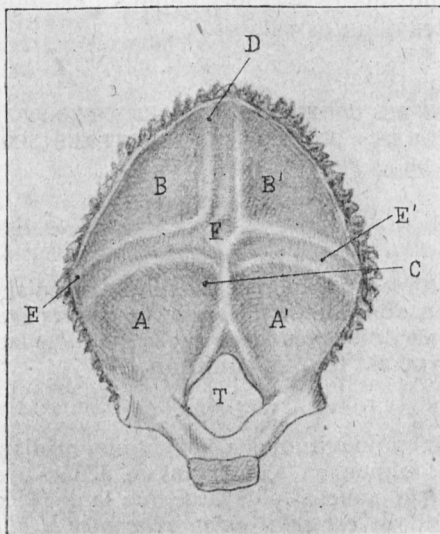


FIG. I.

D, gouttière du sinus longitudinal supérieur ;
E, gouttière du sinus latéral droit ;
E', gouttière du sinus latéral gauche ;
AA, fosses occipitales inférieures ou cérébelleuses ;
BB' ; fosses occipitales supérieures ;
T, trou occipital.

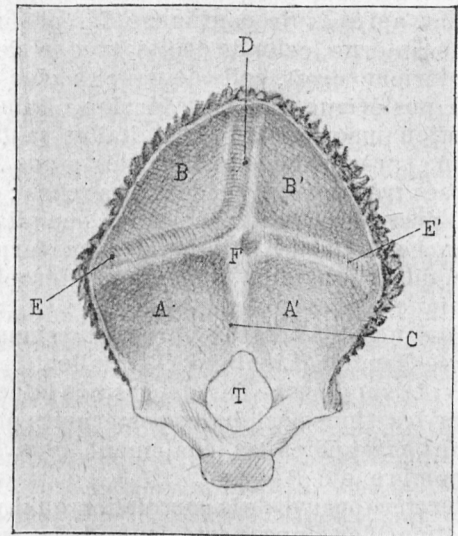


FIG. II.

D, gouttière du sinus longitudinal supérieur ;
E, gouttière du sinus latéral droit ;
G, gouttière du sinus occipital inférieur droit ;

AA', fosses occipitales inférieures ou cérébelleuses ;
BB', fosses occipitales supérieures ;
C, crête occipitale interne ;
C', crête occipitale interne ;
T, trou occipital.

La gouttière longitudinale est double ou, pour parler plus exactement, divisée en deux gouttières secondaires, — de largeur égale ou inégale, par une crête verticale médiane, continue ou interrompue, plus ou moins saillante, — dont l'une se jette dans la gouttière transverse droite et l'autre dans la gouttière transverse gauche qui ne reçoivent pas (cas le plus ordinaire) ou reçoivent les gouttières qui logent les sinus occipitaux postérieurs. Je n'ai vu qu'une fois cette disposition.

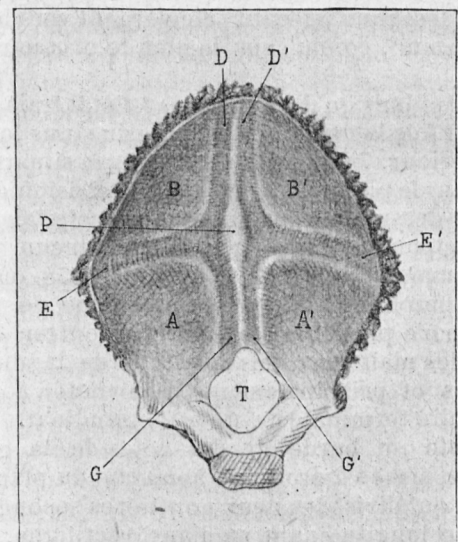


FIG. III.

DD', gouttière double du sinus longitudinal supérieur ;
E, gouttière du sinus latéral droit ;
E', gouttière du sinus latéral gauche ;

G, gouttière du sinus occipital postérieur droit ;
G', gouttière du sinus occipital postérieur gauche ;
P, protubérance occipitale interne ;
T, trou occipital.

(A suivre)

DANS LA DIÈTE LACTÉE IL EST UTILE D'ADDITIONNER LE LAIT DE SEL

Par le D^r BOUREAU

Ce conseil a déjà été donné par Senator, mais il m'a été impossible de trouver sur quels motifs cet auteur basait sa prescription.

Il m'a semblé qu'en général les praticiens en tenaient peu compte et j'ai cherché à savoir si ce détail de la technique du régime lacté avait à son appui quelques raisons physiologiques et si les malades en tiraient bénéfice.

Normalement le sang contient pour 1000 parties de sérum 5 gr. 546 de chlorure de sodium. Ce chiffre varie peu, la sécrétion urinaire le maintient exactement en diminuant ou en augmentant la quantité de chlorure excrétée.

Une partie de ce chlorure est empruntée par l'estomac, est dédoublée et fournit d'un côté l'acide chlorhydrique du suc gastrique, l'alcali retournerait au sang.

C'est une des raisons pour lesquelles l'acidité urinaire baisse pendant la digestion au point que les urines présentent après le repas la réaction alcaline.

La suppression des chlorures dans l'alimentation finit au bout d'un certain temps par empêcher la formation d'acide chlorhydrique dans l'estomac. (Voit.)

L'excédent du chlorure au delà de la teneur de 5 gr. 546 dans le sang est éliminé par l'urine et par la sueur.

A lui seul le chlorure de sodium forme en moyenne les deux tiers du résidu minéral de l'urine. La quantité éliminée pendant une période de 24 h. est excessivement variable et dépend de l'introduction plus ou moins considérable de sel dans l'alimentation.

Elle augmente avec le volume de l'urine. On peut l'apprécier en moyenne à 10 ou 12 gr. par jour.

La sueur renferme beaucoup de chlorure, mais comme au total ses éléments solides représentent à peine 1 pour 1000, l'élimination de ce sel par cette voie est peu importante.

Ces notions admises, examinons ce que devient un malade soumis à la diète lactée.

Le lait contient en moyenne 7 gr. de sels par litre, dont la très grande partie est représentée par l'acide phosphorique, l'acide sulfurique, la chaux, la magnésie et la potasse.

Le chlore entre à peine pour 0.23 dans ce chiffre total; la soude pour 0.68.

Ce qui donne au-dessous de 1 gr. de chlorure de sodium par litre.

Avec 3 litres de lait par jour un malade prendra un peu plus de 2 gr. de chlorure.

Il devra, avec ce chiffre, maintenir son sérum à 5 gr. 546 de chlorure, fournir son suc gastrique d'acide chlorhydrique et suffire à une élimination de chlorure que la polyurie rendra plus active.

Il y a là le déficit évident.

L'organisme a des réserves, il sait admirablement s'adapter aux variations de notre régime alimentaire.

Mais pourquoi le soumettre à ces exigences, pourquoi modifier brusquement ses habitudes, n'est-il pas plus simple de combler le déficit en ajoutant au lait quelques grammes de sel de cuisine?

J'estime que cette addition doit être de 3 ou 4 gr. A cette dose la saveur du lait est à peine modifiée, elle est même plus agréable; on peut sans inconvénient le sucrer.

J'ai pu du reste vérifier d'une façon frappante une partie des considérations précédentes. Un brightique présentait depuis quelque temps, une intolérance pour le lait, vomissements, regurgitation, diarrhées.

L'addition de 4 gr. de sel au lait a fait cesser très rapidement ces accidents et a permis de poursuivre longtemps la diète lactée.

Puisque cette question concerne en grande partie les *albuminuriques*, il est peut-être utile de rappeler à ce propos quelques règles diététiques qui les concernent.

L'alimentation par les œufs donne moins d'albumine que le régime lacté. Un régime composé d'œufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu (A. Robin (1)).

Il est nécessaire de limiter la quantité de lait ingéré — une trop grande quantité de liquide surmène le rein, entraîne une sorte d'hydremie, donne de l'hypertension chez des malades souvent déjà scléreux, retentit sur le cœur, et finalement aboutit à des troubles cardiaques.

Le poisson paraît augmenter l'élimination d'albumine.

Parmi les végétaux, les pommes de terre, les choux-fleurs et le riz sont ceux qui donnent lieu à la moindre élimination d'albumine.

Il est rare que l'addition de pain à un régime quelconque augmente l'élimination d'albumine.

SYPHILIS EXTRA-GÉNITALE

Par le D^r MERLIER (de Roubaix).

Nous avons eu souvent l'occasion de voir dans les consultations des malades porteurs de lésions syphilitiques secondaires chez lesquels la porte d'entrée du virus était impossible à retrouver.

Nous lisons en ce moment l'observation d'un médecin qui affirme avoir cherché en vain le chancre induré d'un malade indéniablement syphilitique. Cela nous est arrivé chez quelques-uns de nos clients et l'observation de l'un de ceux-ci que nous soignons actuellement, nous a suggéré les réflexions qui suivent :

Donnons d'abord rapidement l'observation de notre dernier malade qui sera à peu près celle des autres.

Malade présentant sur le tronc de nombreuses papules, des plaques muqueuses buccales pharyngées

(1) A. Robin. Communication au Congrès international de médecine, 1900.

vulvaires, des syphilides du cuir chevelu, de l'adéno-pathie axillaire, cervicale, occipitale, inguinale (macro-polyadénopathie), de la céphalie, les accidents nerveux habituels de la syphilis secondaire, de la pâleur de la face.

La recherche la plus minutieuse de l'accident primitif et l'interrogatoire le plus détaillé ne permettent de retrouver ni le chancre induré ou sa cicatrice, ni même le bobo insignifiant que représente parfois l'accident initial de la vérole.

Cependant, à quoi rapporter la série d'accidents relatés plus haut, sinon à la syphilis ?

Et troublé par ce que nous observions et par la définition même du mal français, du mal napolitain « une maladie générale chronique produite par la pénétration et la reproduction dans l'organisme humain d'un contagé encore inconnu dans son essence que l'on désigne sous le nom de virus syphilitique », nous nous demandons si nous n'avons point le droit d'admettre qu'il existe un chancre syphilitique interne dont il n'est jamais question, dont on ne se méfie jamais, dont nous ne pouvons constater la présence, comme il existe des chancres génitaux et extra-génitaux externes.

Nous savons bien que le bacille décrit par Luttgarten, Doutrelepon et quelques autres bactériologistes, ne semble pas être le microbe de la syphilis et qu'aucun microorganisme décrit jusqu'ici ne peut être considéré comme l'agent pathogène vrai de cette maladie, mais l'on est tenté de croire qu'il existe un parasite (bacille ou coccus) spécifique de la vérole comme il en est un pour la tuberculose, la lèpre, le tétanos, etc.

(Nombreux sont les bactériologistes qui supposent même qu'il doit avoir des caractères se rapprochant de ceux de la tuberculose et de la lèpre).

Or, et bien que ce ne soit là qu'une hypothèse, nous ne comprenons pas pourquoi ce virus morbide ne pourrait pas, dans certaines circonstances, être véhiculé par la salive, le sang, le sperme, et aller créer dans un de nos organes un chancre syphilitique donnant lieu à des manifestations secondaires et tertiaires.

Les différents micro-organismes connus (bacille de Koch, staphylo, streptocoques) ne se localisent-ils point sur n'importe quel territoire de notre économie ?

N'existe-t-il pas nombre de malades qui se présentent à nous avec des lésions ulcéreuses qui simulent des accidents tertiaires ? Ces malades affirment de la meilleure foi qu'ils n'ont jamais eu d'accident primitif et quand nous leur avons institué le traitement spécifique, nous sommes surpris de constater la rapidité et l'efficacité de la médication.

Beaucoup de paralytiques généraux, de tabétiques au début nient souvent avoir eu un chancre induré et cependant on est actuellement bien tenté d'établir une relation de cause à effet entre ces affections et la syphilis.

Le sperme, a-t-on dit, en lui-même n'est pas conta-

gieux (et l'on a réfuté ainsi la transmission de la syphilis par le chancre tubaire ou péritonéal de Barenprung et Diday) et l'on admet qu'il n'est contagieux que comme agent fécondant.

Nous ne nous écartons, il nous semble, pourtant pas de la vérité, en disant qu'un syphilitique porteur de plaques muqueuses uréthrales pourra transporter le virus syphilitique par son sperme et infecter telle partie génitale de la femme superficielle ou profonde où il lui plaira de se localiser.

Si la fécondation a lieu et suivant, alors, que le filtre placentaire sera parfait ou aura subi une atténuation, le virus syphilitique maternel ne donnera pas ou déterminera la syphilis de l'enfant.

Et si cette dernière contamination se fait au début de la grossesse ou à la fin, on constatera chez le nouveau-né des accidents simulant le secondarisme, le tertiarisme ou la parasymphilie, l'enfant ayant eu lui-même un chancre infectant non constatable.

Cette manière de voir expliquerait, croyons-nous, ces cas successivement heureux et malheureux des naissances dans les familles de syphilitiques et satisfèrait les médecins qui considèrent la syphilis conceptionnelle comme une impossibilité embryologique.

Quoi qu'il en soit de ces conceptions purement hypothétiques, et sans autorité, elles conduisent à cette conclusion que la syphilis est peut-être beaucoup plus répandue qu'on ne le croit ; que là est le succès des médecins qui usent volontiers de cette « pierre de touche », le traitement spécifique ; que cette thérapeutique peut être souvent justifiée.

QUELQUES MÉFAITS DE L'INFLUENZA

Par le Dr J. MENIER.

Le mois de février touche à sa fin, et l'influenza qui, depuis une douzaine d'années, sévit sur notre population vers le milieu de l'hiver, n'a pas encore fait son apparition.

Avant que cette maladie, aux formes si diverses, ne nous ait quittés pour un laps de temps plus ou moins long, je me propose de relater ici quelques observations personnelles qui m'ont paru intéressantes, soit au point de vue de la localisation du processus morbide, soit au point de vue de l'exagération ou de la singularité des symptômes observés.

Je ne décrirai certes pas les différentes formes de la grippe épidémique ; ce serait fastidieux pour nos lecteurs, qui en ont observé tant et tant de cas ; un volume d'ailleurs n'y pourrait suffire ; mais il est nécessaire, pour la clarté de cet article, de donner un aperçu de la classification des différentes formes de cette maladie.

Les deux formes les plus communes sont : la forme nerveuse ou cérébro-spinale et la forme broncho-pulmonaire.

La première comprend les cas caractérisés par une fièvre généralement forte, de la céphalalgie, une cour-

bature générale violente; tous symptômes éclatant en coup de foudre, s'éteignant en quelques jours et laissant après eux, pour une durée souvent longue, une sensation de faiblesse extrême.

La forme *broncho-pulmonaire* débute comme la précédente, mais se complique de congestion pulmonaire, bronchite, généralement catarrhale, broncho-pneumonie, pleurésie, pleuro-pneumonie, etc.

Puis viennent par ordre de moindre fréquence :

La forme *gastro-intestinale*, avec embarras gastrique, vomissements, coliques, diarrhée, ictère, etc.

La forme *angineuse* ou plutôt *amygdaliennne*; et enfin :

La forme *hyperthermique*, que l'on peut subdiviser en deux formes secondaires : forme *typhoïde* et forme *ataxo-adyynamique*.

Avant de relater les observations qui sont le principal objectif de ce travail, je signalerai un fait curieux et pour moi inexplicable, c'est que la forme que revêt l'influenza est généralement la même pour tous les membres d'une même famille.

J'ai vu, dans la même maison, mourir trois personnes de broncho-pneumonie; dans plusieurs autres, tous les malades être pris par la gorge et présenter une amygdalite simple ou double; dans un autre enfin trois personnes atteintes successivement de la forme gastro-intestinale avoir de la jaunisse.

Ceci me rappelle que tout dernièrement j'eus à soigner le frère et la sœur (23 et 17 ans) atteints de fièvre typhoïde. L'un et l'autre ont présenté au début des coliques violentes, ce qui est plutôt rare, puis de la cystite avec dysurie ayant nécessité le cathétérisme, ce qui est exceptionnel, et enfin, vers le début de la convalescence, une exfoliation épidermique en lamelle chez le frère, furfuracée chez la sœur.

On peut encore invoquer ici la consanguinité; mais dans les cas signalés plus haut, il s'agissait du père et de la mère, ou de l'un d'eux et des domestiques.

J'avoue que l'explication de ce phénomène, qui m'a frappé souvent, me semble bien difficile; et je crois qu'il faut le classer sous la rubrique : génie épidémique, jusqu'à ce que notre éminent collaborateur, le Dr Boureau, nous ait montré, sous l'œil puissant de son microscope, diverses variétés du même microbe, ayant l'une une affinité plus grande pour le poumon, une autre pour le tube digestif, une troisième pour les anfractuosités amygdaliennes. Et en somme pourquoi non? N'avons-nous pas déjà deux variétés dans le bacille de Loeffler, le long et le court? Mais ceci n'est pas de mon ressort, je passe à mes observations.

OBSERVATION I. — François L., 26 ans, cocher de bonne maison, breton trapu, brun, de constitution vigoureuse, grand buveur, mais pas encore alcoolique, est pris de fièvre violente le 4 janvier 1889.

La céphalalgie est vive, la toux et l'oppression violentes. A l'auscultation on constate de la congestion pulmonaire des deux bases, avec râles sous-crépitaux fins, pas de bronchophonie, un peu de submatité.

Vers le 3^e jour, frisson, accès de fièvre énorme,

point de côté à gauche, crachats rouillés, en un mot pneumonie aiguë. — L'application de 12 sangsues amende un peu tous les symptômes, surtout la menace d'asphyxie, et la pneumonie évolue normalement.

La résolution s'opérait lentement lorsque des signes évidents d'épanchement pleural s'accusèrent. En moins de huit jours celui-ci acquit un volume considérable; puis la fièvre se ralluma, une voussure énorme déforma le thorax, la pointe du cœur atteignit presque la ligne médiane. — Il fallait se hâter d'intervenir.

Assisté de MM. les Drs Bodin et Hippolyte Thomas je pratiquai l'opération de l'empyème, le 2 février et donnai issue à 3 litres environ de pus très liquide et légèrement odorant.

D'abondantes injections antiseptiques furent faites journellement et, sa fistule guérie, le malade courbé en arc de cercle sur son côté gauche, hâve, décharné, partit le 13 mai suivant pour son pays.

J'eus l'occasion de le rencontrer accidentellement quelques années plus tard et fus tout surpris de le voir droit, engraisé, haut en couleur, et tout aussi bien portant, m'a-t-il affirmé, qu'avant sa terrible maladie.

OBSERV. II. — Mme S., 30 ans, épicière, de santé délicate, les pommettes rouges et saillantes sur une face pâle et maigre, s'alite, légèrement indisposée, le 9 janvier 1890. — Elle se sent à peine malade et ne m'aurait pas fait demander, me dit-elle, si ce n'était une sorte de tremblement nerveux qu'elle ressent par instants dans les jambes, et qui l'impatiente et la fatigue beaucoup.

La fièvre est légère, 38°5 environ, le pouls à 90°; la langue est propre, pas de toux, aucune douleur nulle part sauf un léger mal de tête. Mais toutes les demi-minutes environ les draps sont légèrement soulevés par une trépidation dans les membres inférieurs. Cette sorte de convulsion clonique, d'une amplitude légère, synchrone et égale des deux côtés durait à peine une seconde. Cet état persista ainsi que la fièvre pendant cinq semaines et prit fin vers le 25 février.

J'étais fort en peine de porter un diagnostic et je l'avais réservé, lorsque l'année suivante, vers la même époque, également pendant l'épidémie d'influenza, ma cliente fut reprise des mêmes symptômes, légèrement atténués. Aucun doute n'était plus possible et je considère aujourd'hui ce cas comme un genre de la forme cérébro-spinale.

OBSERV. III. — G., 30 ans, marchand de vins. C'est le type de l'acoolique gras et rubicond. La face est rouge et congestionnée, semée d'un lacs d'artérioles et de veinules dilatées à croire qu'elles vont éclater. Le ventre est gros, proéminent, le foie en proportion.

Le 20 décembre 1890, G. présente les symptômes ordinaires de l'influenza, avec leur début brusque habituel. Fièvre forte, mal de tête violent, courbature générale intense.

L'oppression dont il se plaint, vul'absence de symptômes thoraciques, est attribuée à l'élévation de la température.

Le lendemain l'état reste stationnaire avec une légère diminution de fièvre.

Le troisième jour, bien que la température ait encore baissé, l'oppression est plus marquée, le pouls a monté, et cependant l'auscultation ne révèle rien d'anormal dans la poitrine, sauf quelques râles sibilants disséminés.

L'état du malade commençant à m'inquiéter, je demande une consultation pour le lendemain. Le Dr Bezard est choisi par la famille et nous nous trouvons auprès du malade le quatrième jour du début de son affection.

L'oppression est extrême, la fièvre presque nulle, le pouls est rapide et serré. Une auscultation minutieuse des poumons et du cœur reste muette. On aurait pu soupçonner une urémie aiguë, mais le taux de l'urée est normal, et l'analyse ne dénote aucune trace d'albumine.

Eclairés par l'observation précédente nous portons le diagnostic d'influenza à forme cérébro-spinale, localisée dans la moëlle cervicale et ayant atteint spécialement le nerf phrénique.

Le lendemain le malade a de l'orthopnée. Il présente le facies cyanotique d'un homme au paroxysme d'une crise d'asthme extrême ou d'un enfant asphyxiant au cours d'une diphtérie par obstruction des bronches, et il meurt le 6^e jour dans le coma avec refroidissement général et sueurs profuses.

..

OBSERV. IV. — G, boulanger, 48 ans, taille au dessus de la moyenne, vigoureusement musclé, avec un embonpoint qui doit le faire approcher de 100 kilogr.

G. est un homme rangé, sobre, tout à son travail. Il est pris d'influenza le 15 janvier 1895.

Mode de début ordinaire : très forte fièvre, céphalalgie intense, facies grippal.

Le 3^e jour, frissons, point de côté sous le sein gauche, crachats rouillés.

L'invasion pneumonique est indéniable, mais il est impossible de localiser la lésion.

J'appelle en consultation le Dr Triaire, qui ne trouva, comme moi, ni souffle, ni bronchophonie, ni râles crépitants, ni matité.

Mais le diagnostic : pneumonie franche, n'en reste pas moins porté.

La résolution se faisant attendre et le malade se trouvant dans de mauvaises conditions d'installation pour subir une longue maladie, son transport à la maison de santé des Dames Blanches est décidé.

On l'y installe dans une chambre particulière vers le 15^e jour de sa maladie, et dès le lendemain je demande une consultation avec le regretté confrère O. Herpin.

A cette date, G. a une toux sèche très fréquente, quinteuse parfois, avec fièvre modérée, et un appétit en rapport avec son état général qui n'est pas mauvais. L'auscultation reste toujours négative.

Nous nous demandions combien de temps durerait cet état et pensions déjà à une tuberculose latente, lorsqu'un matin la religieuse nous montra une cuvette dont le fond était recouvert d'une couche de mucus d'un centimètre d'épaisseur. Le malade avait eu une vomique pendant la nuit et avait vidé un abcès du poumon consécutif à une pneumonie centrale.

La convalescence fut longue ; enfin vers la fin de mars, après avoir fait l'admiration des religieuses par sa douceur et sa patience, j'insiste sur ce fait, G., son poumon cicatrisé, quitta la maison de santé et réintégra son domicile, trois mois après le début des accidents.

Huit jours s'étaient à peine écoulés, lorsque je fus mandé à nouveau près de mon malade. Depuis deux jours, il souffrait de douleurs excessivement violentes dans l'épaule gauche.

D'abord intermittentes et limitées au territoire du circonflexe, les douleurs devinrent continues, puis elles s'irradièrent, gagnèrent la nuque et le bras en augmentant d'intensité. Tout repos, tout sommeil devinrent bientôt impossibles. Les calmants, ainsi qu'il en advient généralement dans les névrites, n'eurent aucun succès et ses souffrances atteignent un tel paroxysme que n'y pouvant plus tenir le pauvre homme se logea une balle dans la tête.

Lorsque j'arrivai, on me fit monter dans le fournil. Le malheureux était assis sur un sac de farine renversé à terre, sa tête ensanglantée était soutenue par sa femme, un revolver gisait à quelques pas.

Un examen rapide me permit de constater qu'il s'était manqué.

L'entrée du projectile se confondait avec l'orifice du conduit auditif externe droit et semblait se diriger horizontalement vers la face.

Le facial avait été sectionné ainsi que l'indiquait le prolapsus de la paupière supérieure et de la commissure labiale.

G. fut à nouveau transporté aux Dames Blanches, où le Dr Louis Thomas procéda à un examen attentif de la blessure.

La plaie fut sondée, mais le style rencontra à quelques centimètres une résistance qui n'était pas celle de la balle, et qui nous fit supposer que celle-ci avait dû parcourir un trajet sinueux à un angle duquel nous étions arrêtés.

L'examen de la bouche, des fosses nasales, ne révéla rien, et, l'état général du malade restant bon, il fut décidé que, jusqu'à nouvelle indication, on ne tenterait pas l'extraction du projectile.

Huit jours plus tard, G. demandait à rentrer chez lui. A ses douleurs premières, toujours aussi violentes, s'étaient ajoutées celles du traumatisme de la face.

N'osant se montrer aux voisins, honteux comme un sanglier blessé, le malheureux G. alla se terrer à la campagne chez des parents qui, quinze jours plus tard, venaient annoncer que leur hôte, la nuit précédente, avec plein succès cette fois, en avait fini avec sa triste existence.

OBS. V. — M. Maréchal ferrant, 38 ans, me fait demander le 9 février 1898. Il tousse depuis deux mois, à la suite d'une atteinte d'influenza qui a sévi sur toute la maison ; ses occupations ne lui permettant pas de suspendre son travail, il n'a pris aucun soin. La toux et l'oppression ont été sans cesse en augmentant et il avoue aujourd'hui qu'il est forcé de s'arrêter.

Des râles sibilants mêlés à des râles muqueux fins occupent toute l'étendue des deux poumons. La fièvre est modérée, mais l'oppression déjà forte au repos devient extrême lorsque le malade est secoué par une quinte de toux. — Les quintes, qui se renouvellent environ toutes les heures, prennent à de certains moments le caractère spécial au catarrhe suffocant. — Lorsque celles-ci s'annoncent le patient saute brusquement de son lit, cherche un point d'appui sur les meubles environnants et, les deux bras arc-boutés en avant, la tête penchée, il est secoué par une toux convulsive progressivement croissante qui, arrivée à son paroxysme, se termine par l'expectoration de mucosités filantes, tandis que cyanosé, les yeux hors des orbites, couvert de sueurs froides, il s'affaisse exténué, anéanti, rendu.

Cet état persista plusieurs semaines, les quintes diminuèrent d'intensité et de fréquence, mais l'oppression persista. Le poumon forcé était devenu emphysémateux et M. pendant près de deux années dut renoncer à s'étendre sur un lit.

Aujourd'hui, c'est à-dire 3 années après le début de sa maladie, il commence seulement à pouvoir garder la position horizontale quelques heures par nuit.

OBS. VI. — Madame G. 35 ans, était occupée le 13 février 1898 à préparer un costume de bal qu'elle se confectionnait elle-même, lorsque son mari, étonné de la nervosité excessive de sa femme, de quelques propos bizarres qui lui étaient échappés au cours de son travail, me fit appeler. — Je trouvai cette dame très affairée, dans une agitation telle qu'elle fit à peine attention à ma présence.

La face était rouge, les yeux humides et brillants. J'eus une certaine peine à lui prendre la main, tant celle-ci était occupée à aller d'un chiffon à l'autre ; la peau était chaude, moite, le pouls rapide.

J'obtins difficilement qu'elle se couchât et quand je revins le soir je la trouvai dans une transpiration abondante, la peau très chaude, le front brûlant et en subdelirium. Temp. 40.

Pendant huit jours cet état resta stationnaire. A des périodes d'excitation cérébrale succédaient des périodes de prostration profonde durant lesquelles M^{me} G., écrasée dans son lit, l'œil éteint, les membres en résolution complète, présentait l'aspect d'une personne qui vient d'être frappée d'hémorragie cérébrale.

Inquiet sur le sort de ma malade, je fis appeler le Dr Triaire. L'absence de tout symptôme abdominal nous fit rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde ; l'auscultation de la poitrine, du cœur, ne nous ayant révélé aucune affection de ces organes, nous conclûmes

au diagnostic d'une grippe à forme cérébrale. Le pronostic, vu la gravité de l'état général, fut plutôt sombre.

Vers le quinzième jour, la défervescence commença, et la température retomba rapidement à la normale ; mais pendant la semaine qui suivit, alors que l'apyrexie était complète, M^{me} G. n'avait pas recouvert toute sa raison. L'obnubilation intellectuelle disparut lentement, et ce n'est que dans les derniers jours de mars que la malade se trouva complètement rétablie.

A rapprocher de cette dernière l'observation suivante :

OBS. VII. — Dans le courant du mois de mars 1900, je fus appelé dans la commune de Vêretz par notre confrère le Dr Robert pour voir un de ses clients dont il me raconta l'histoire en quelques mots.

« Agé d'une trentaine d'années, le malade avait été atteint d'une broncho-pneumonie double, qui pendant plusieurs jours avait mis sa vie en danger. Aujourd'hui la défervescence était complète, la résolution de la pneumonie effectuée, mais le pauvre homme avait perdu la raison ».

L'œil vague, le regard indécis, le malade était atteint d'une démence tranquille, marmottait des phrases inintelligibles et répondait d'une façon incohérente à toutes les questions.

Me souvenant du cas de Madame G., je m'informai s'il n'y avait pas eu dans la région des cas d'influenza.

Sur la réponse affirmative de mon honorable confrère je conclus à une atteinte d'influenza à forme cérébrale compliquée de broncho-pneumonie et portai sur la santé intellectuelle du client un pronostic favorable.

Effectivement, j'appris quelque temps plus tard qu'il s'était complètement rétabli.

Je ne retiendrai de ces quelques observations, prises parmi les plus intéressantes, que celles qui concernent la forme cérébro-spinale et qui nous montrent l'influenza s'attaquant au système nerveux tant central que périphérique.

Nous voyons en effet le cerveau atteint dans les observations VI^e et VII^e, la moelle cervicale dans la III^e, la moelle lombaire dans la II^e, le plexus brachial dans la IV^e, et je serais tenté d'attribuer à un trouble fonctionnel du pneumo-gastrique les accidents signalés dans la V^e.

Il est à remarquer que le système nerveux se débarrasse avec peine de l'agent infectieux, ainsi qu'il ressort des deux dernières observations, dans lesquelles nous avons vu le délire persister bien après la chute de la fièvre et la fin de l'intoxication générale.

Et ceci n'est pas spécial à la forme purement nerveuse, car l'on peut affirmer que dans tous les cas sérieux le système nerveux est touché plus ou moins profondément ; et pour être convaincu il suffit de se rappeler les doléances des nombreux clients qui se sont plaints, après des mois et même des années, de n'avoir jamais retrouvé les forces et la santé dont ils jouissaient avant d'avoir été atteints.

ASSOCIATION DES MÉDECINS D'INDRE-ET-LOIRE

Procès-verbal de la séance du 5 mars 1901

La séance est ouverte sous la présidence de M. Bodin.

M. le président donne lecture de la situation financière de la Société.

Etat financier de l'Association des Médecins d'Indre-et-Loire

Au 1^{er} janvier 1900 :

A la caisse des dépôts et consignations.....	63.310.35
En caisse	97.66
	63.408.01

Recettes effectuées dans l'année 1900.....	3.700.95
TOTAL.....	67.108.96

A déduire : Dépenses de l'année	1.673.29
AU 31 DÉCEMBRE 1900, RESTE.....	65.435.67

dont 65.359.30 sont en dépôt
et 76.37 en caisse.

Total égal : 65.435.67

Les recettes sont constituées par : 1 ^o cotisations	840
2 ^o intérêts...	2.848.95

Sur la proposition du président l'assemblée remercie M. Wolf, son trésorier, de sa gestion scrupuleuse.

M. le président fait part d'une demande de secours adressée par la mère d'un confrère décédé.

Une somme de 400 francs est votée.

Une somme de 50 francs par mois pendant une année est également votée pour secourir un confrère.

Sur sa demande, M. le trésorier est autorisé à retirer, pour subvenir aux dépenses de l'année, une somme de 1000 francs.

L'ordre du jour ouvre la discussion sur le projet de caisse-maladie présenté par la Commission administrative.

M. Barré demande à l'assemblée si elle ne jugerait pas à propos de fonder d'abord une caisse de retraites avant de procéder à la constitution d'une caisse-maladie.

Après discussion l'assemblée décide d'examiner le projet de caisse-maladie ; elle déclare néanmoins ne pas pour cela rejeter la proposition de M. Barré, elle accepte le principe de la caisse de retraites et se propose de mettre cette création à l'étude aussitôt qu'on croira possible sa réalisation.

Après discussion du projet présenté, l'association vote les décisions suivantes.

Il est fondé par l'association d'Indre-et-Loire une *caisse-maladie* donnant droit au paiement d'une indemnité en cas de maladie ou d'accidents aux membres qui désireraient s'associer à cette caisse.

Cette caisse sera constituée à l'aide d'une portion des cotisations annuelles et d'un supplément de cotisation demandé aux membres participants à ses avantages

La cotisation supplémentaire est fixé à 12 francs par an pour les membres participants. Leur cotisation annuelle sera donc de 24 francs par an, les membres honoraires continuant à payer le chiffre fixé par nos statuts de 12 francs par an.

Ces membres honoraires, en cas de *revers de fortune*, peuvent toujours devenir tributaires de la caisse-secours de l'association.

Pourvu qu'ils se trouvent dans les conditions requises, ils auront le droit de modifier leur situation et de devenir membres participants à la caisse-maladie.

Tous les membres actuels de l'Association peuvent, quel que soit leur âge, être admis à participer à la caisse-maladie pourvu qu'ils ne soient pas atteints actuellement de maladies graves.

Ils devront informer M. le secrétaire de leur décision avant le 1^{er} juillet 1901, époque à laquelle la caisse-maladie commencera à fonctionner.

L'Assemblée décide en outre de reculer jusqu'à 44 ans la limite d'âge imposée aux médecins qui ne faisant pas partie de l'association y seraient admis avant la date du 1^{er} juillet 1901

A cette date du 1^{er} juillet 1901 la liste des membres de la Société inscrits pour la caisse-maladie sera close et il sera ensuite nécessaire pour en faire partie d'être dans les conditions requises par le règlement de cette caisse

Successivement sont discutés et votés les différents articles de ce règlement que nous publions ci-joint.

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

Règlement de la Caisse-maladie

ARTICLE PREMIER. — La Caisse-maladie a comme ressources :

1^o La cotisation supplémentaire de 12 fr. payée par les membres participants à ses avantages.

2^o Une somme de 6 fr. prélevée sur la cotisation des membres honoraires.

3^o Les dons ou legs qui peuvent lui être attribués spécialement et les subventions qu'elle peut recevoir de l'association.

ART. 2. — Peuvent faire partie de la Caisse-maladie :

Les membres de l'association pourvu qu'ils soient dans les conditions suivantes :

1^o Être Français ou naturalisé Français et médecin.

2^o Ne pas être âgé de plus de 40 ans.

3^o Avoir été reconnu valide.

ART. 3. — Chaque année l'Assemblée générale vote, suivant les ressources de la caisse, la quotité par jour et la durée de l'indemnité à laquelle ont droit les membres participants.

Le taux de cette indemnité sera au minimum de 5 francs par jour.

ART. 4. — En cas d'incapacité de travail, l'indemnité est versée par la caisse pendant deux mois, à partir du cinquième jour qui suit la déclaration de maladie.

Au delà du deuxième mois, la caisse versera une demi-indemnité pendant un mois et 50 francs pendant le quatrième mois.

ART. 5. — Un membre participant ne peut toucher dans la même année, de janvier à décembre, plus de deux mois d'indemnité entière.

En cas de rechute de la même maladie dans un délai de moins de six mois, il ne sera accordé au membre que l'indemnité mensuelle de 50 francs s'il a déjà antérieurement touché l'indemnité de 5 francs par jour pendant 60 jours.

ART. 6. — L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire des visites et de l'obligation pour les spécialistes et les médecins qui n'exercent pas, de garder la chambre.

Les consultations dans le cabinet restent autorisées sous le contrôle et l'appréciation du Bureau de la Société.

ART. 7. — En cas de maladie ou d'accident, le membre malade devra aviser le président de son état, indiquer le nom du médecin traitant, et dès sa guérison le prévenir de la date à laquelle il a repris ses occupations professionnelles.

En cas de déclaration tardive l'indemnité ne pourra courir qu'à partir du cinquième jour qui précédera la date de la déclaration.

ART. 8. — Le sociétaire malade devra faire parvenir tous les quinze jours au Président un compte rendu de son état avec indication de la date probable de la guérison.

Une amende de 2 francs par jour de retard sera infligée dans le cas où il sera contrevenu à l'article précédent.

ART. 9. — Tout membre qui quitte la France perd momentanément ses droits à l'indemnité-maladie pendant son absence.

ART. 10. — Tout membre sous les drapeaux renonce, pendant le temps de son service, à l'indemnité.

Aucun secours n'est alloué pour les suites d'un duel ou d'une tentative de suicide.

ART. 11. — Le sociétaire malade ne pourra toucher l'indemnité pendant le déplacement aux eaux, à la campagne, aux stations balnéaires ou hivernales, même utiles au traitement, à moins d'une décision spéciale de la Commission administrative.

ART. 12. — Un membre participant ne pourra recevoir en même temps une indemnité-maladie et une pension ou une allocation de la caisse-secours.

ART. 13. — La caisse-maladie de la Société n'est engagée vis-à-vis des membres que jusqu'à concurrence de son avoir.

ART. 14. — La caisse ne commencera à donner d'indemnité qu'à l'expiration du premier semestre de son existence. — Le droit à l'indemnité pour tout membre participant ne commence que six mois après son admission.

ART. 15. — Tout sociétaire convaincu d'avoir causé un préjudice grave à la caisse (tentative de fraude, etc...) est exclu par décision du Bureau, sauf appel devant l'Assemblée générale.

ART. 16. — Le Bureau peut désigner un médecin pour constater l'état du malade ; si le malade refuse de se laisser examiner, il perd ses droits à l'indemnité.

ART. 17. — Les membres démissionnaires ou exclus n'ont aucun droit au remboursement des sommes affectées par la Société à la caisse-maladie. Ces sommes restent acquises à la Société.

ART. 18. — La dissolution de la caisse-maladie ne peut être prononcée que par une Assemblée générale de l'Association d'Indre-et-Loire, convoquée à cet effet, et à la majorité des médecins des $\frac{3}{4}$ des membres présents.

Les fonds en caisse font retour à l'Association.

NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Le Dr Le Double, professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Tours, se voit encore une fois de plus attribuer, cette année, une part du prix Chatauillard.

Ces distinctions sans cesse renouvelées, l'éminent professeur les mérite chaque fois par des travaux toujours nouveaux et originaux.

MÉDECINS ET MUTUALISTES

Le conflit s'accroît, les grèves se succèdent. Tous les médecins de Nantes ont adressé leur ultimatum le mois dernier aux Sociétés mutuelles de cette grande ville ; tous les médecins d'Arras viennent d'imiter cet exemple chez eux. On pourra discuter tant qu'on voudra dans nos Sociétés médicales sur l'opportunité de ces graves résolutions, sur leurs chances de succès : on aura beau ergoter sur le choix d'un terrain de négociations, un fait reste évident, c'est que les médecins en ont assez, qu'ils ne veulent plus et ne peuvent plus se laisser exploiter par ces groupements pseudo-philanthropiques. Or, quiconque a suivi comme nous les résultats obtenus par voie de conciliation et de pourparlers est aujourd'hui fixé sur le moyen d'en finir. Il faut que les médecins se fassent un point d'honneur de ne plus connaître les mutualistes autrement que comme des clients ordinaires. Nous qui nous respectons, laissons cette clientèle de pieuvres aux braconniers de la profession qu'elle n'enrichira pas et qu'elle déshonorera.

(Concours méd.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les Hôpitaux et les Malades non indigents

Notre distingué collaborateur le Dr Jablonski (de Poitiers) nous communique la lettre suivante adressée par la Commission administrative aux médecins et chirurgiens de l'Hôpital de Poitiers. Nos confrères y verront que les administrations hospitalières prétendent pouvoir hospitaliser au tarif ordinaire riches ou pauvres indifféremment. L'abus est pourtant criant et le Syndicat des Médecins de la Seine s'en est aussi récemment ému au nom des intérêts du Corps médical menacé.

Mais au seul point de vue de l'Assistance Publique, que dire des administrateurs qui grèvent le budget de l'hôpital, le budget des pauvres, en acceptant de donner pour un prix de journée dérisoire les soins chirurgicaux à des blessés ouvriers pour lesquels une Compagnie d'Assurance fait grassement payer les primes aux patrons. Oh ! les excellentes gens, qui s'ingénient à remplir les poches de ces Compagnies d'Accidents, si peu intéressantes par leur honnêteté (restons polis) toute relative.

Il nous semble que l'Union des Syndicats ne peut se désintéresser d'une question aussi importante et qu'il lui est aisé d'embarrasser fort les administrations hospitalières.

Reconstituant du système nerveux
NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

Comment celles-ci oseraient-elles s'inscrire contre la proposition suivante :

Les Compagnies d'Assurances-Accidents payeront les soins médicaux au tarif de l'Assistance Médicale gratuite en sus du prix de journée.

Ces sommes seront payées à l'administration qui les emploiera à améliorer ses services hospitaliers.

En attendant voici avec toute sa saveur administrative la lettre reçue par nos Confrères de Poitiers.

Réponse de la Commission administrative des hôpitaux de Poitiers aux médecins des hôpitaux.

Poitiers, le 8 décembre 1900.

MONSIEUR LE DOCTEUR,

La commission administrative des hospices a pris connaissance de votre lettre du 24 octobre dernier dans laquelle vous appeler son attention sur la situation faite aux médecins, d'une part, par l'admission dans les hôpitaux, en dehors des salles communes, de personnes non indigentes, et d'autre part, par l'admission dans les salles communes des ouvriers victimes d'un accident du travail.

Vous pensez que, dans l'un et l'autre cas, des honoraires particuliers devraient être payés aux médecins et chirurgiens qui ont donné leurs soins à ces deux catégories de malades.

J'ai le regret de vous dire que la commission ne saurait se ranger à cette opinion, elle estime, conformément d'ailleurs à l'article 26, note 5, du règlement modèle des hôpitaux, que les médecins ou chirurgiens des hôpitaux doivent indistinctement leurs soins à tous les malades de ces établissements, sans avoir à s'occuper à quel titre et à quelle qualité ils y sont admis.

Elle estime encore que la loi qui impose aux patrons et par suite aux compagnies d'assurances l'obligation de fournir aux ouvriers victimes d'un accident du travail les soins nécessaires, ne modifie en rien la situation de ces ouvriers ; que, par suite, s'ils sont hospitalisés, ils doivent l'être comme ils l'auraient été si la loi n'existait pas ; que cette loi ne fait rien autre chose que d'obliger les patrons ou les compagnies à leur assurer cette hospitalisation ; que, sans doute, ils pourraient être traités à domicile, mais qu'à cela l'administration hospitalière n'a rien à voir ; que du moment où ils se présentent à l'hôpital, elle ne peut imposer à eux ou à leurs répondants d'autre obligation que de payer le prix de journée ordinaire.

La commission s'est, d'ailleurs, renseignée auprès de beaucoup d'administrations hospitalières, toutes admettent les mêmes principes.

Seule, la commission administrative des hospices de Laval avait pris une délibération conforme à votre opinion. M. le Préfet de la Mayenne a refusé de l'approuver et M. le Ministre de l'Intérieur a ratifié ce refus dans une dépêche fortement motivée qui nous a été transmise et dont vous pouvez prendre connaissance au secrétariat.

Veuillez agréer, etc.

Le Président,

Signé : FOUTANT.

CORRESPONDANCE

La lecture de l'article du Dr André, sur « la variole à Tours » n° de février de la *Gazette médicale du Centre*, m'a montré que les services de désinfection peuvent parfois être une arme dangereuse. Le service de Tours qui devait sauvegarder la ville de la variole a au contraire contribué à la répandre. Or il s'est passé un fait analogue à Angers, mais moins grave, puisque grâce à l'isolement et à des revaccinations, il n'y a eu qu'un cas de contagion, celui de l'employé de l'étuve. Voici le fait : depuis juillet 1900 j'ai observé environ 33 cas de varioloides pour la plupart très légères, puisque je n'ai compté que trois décès. Le dernier décès est celui d'une femme de Chemillé morte le 24 décembre 1900 d'une varioloïde hémorrhagique. La literie de cette femme fut envoyée à l'étuve de l'Hôtel-Dieu d'Angers. L'ouvrier chargé de la désinfection gagna la maladie, fut gravement atteint et guérit.

Ces deux faits survenus à la même date à peu près, et dans deux villes voisines semblent indiquer qu'il y aurait lieu de rechercher des procédés de manipulation moins dangereux mettant à l'abri de ces accidents.

Dr J. THÉRAULT.

Chemillé (Maine-et-Loire).

VARIA

Notre confrère la Dr Bousquet, de Valbonne (Alpes-Maritimes), se met à la disposition de nos confrères pour leur fournir de l'huile d'olive pure, provenant de sa récolte. Il fait les envois par colis postaux ; avis.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, idoine, tanique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

BIOPHORINE Kola Glycérophosphatée granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidéperditeurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

FLOREINE — Crème de toilette hygiénique, employée dans toutes les affections légères de l'épiderme, gerçures des lèvres et des mains ; innocuité absolue.

POUR LA CURE D'AIR : à louer, aux Patys, Rochecorbon, en Touraine, meublé ou non, un appartement situé en plein midi ; jouissance d'un grand jardin (ombrages), et d'une terrasse à 30 mètres au-dessus de la Loire : à l'abri des vents du nord, de l'ouest et de l'est ; à deux cents mètres de la station des tramways.

On prendrait des Pensionnaires.