

## PARALYSIE ET PSEUDO-PARALYSIE DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par le Dr Edmond CHAUMIER

Le 17 décembre 1895 on apporte à ma consultation Marcel M. âgé de trois mois 1/2, que j'avais déjà vu un mois plus tôt.

L'enfant ne fait que crier depuis huit jours et il bave beaucoup; c'est là ce qui a attiré l'attention de la mère. C'est encore un bel enfant.

A chaque commissure labiale existe une petite ulcération un peu saillante.

Le menton est rouge; il semble rougi par l'écoulement continu de salive.

Sur les tempes et le front existent des plaques rondes et légèrement allongées de presque un centimètre de diamètre, rouges, avec le centre légèrement croûteux.

L'enfant a eu quelques élevures sur les bras. Il n'a rien aux lèvres, rien sur le tronc et les jambes.

Il est très enchiffrené et garde la bouche ouverte.

Il y a deux petits ganglions mobiles en arrière de la tête.

Bien que les lésions observées ne suffisent pas pour poser un diagnostic ferme de syphilis, j'institue le traitement spécifique et j'ordonne les frictions mercurielles.

Le 19 décembre, je vois de nouveau l'enfant. L'enchiffrenement a augmenté.

La mère avait omis de me dire que l'enfant remuait mal le bras droit.

Sur l'épaule de ce côté, il y a des papules rouges un peu saillantes, semblables à celles de la face: la mère ne les avait pas vues encore.

Le bras et les jointures ne semblent pas douloureux, même à la pression. Mais tout le membre droit est plus mou que le gauche. Le bras et l'avant-bras ne sont pas complètement flasques, mais le bras tombe lorsqu'on le soulève. Lorsqu'on écarte l'avant-bras du bras, ou lorsqu'on soulève le bras l'enfant n'offre qu'une minime résistance, tandis qu'il résiste beaucoup lorsqu'on veut faire les mêmes manœuvres du côté opposé.

Il remue lui-même son membre, mais peu. La sensibilité est conservée.

Il s'agit bien de syphilis, d'autant que 1° La mère qui dit n'avoir jamais été malade et nie toute lésion pouvant se rapporter à la syphilis, a, depuis avril dernier, une laryngite. Pendant sa dernière grossesse elle a même eu des accès de suffocation. Elle est entrée pour cela à l'hôpital où on ne lui aurait rien fait. Elle a vu un médecin qui lui a ordonné d'aspirer des vapeurs.

2° Elle a eu dix grossesses ayant donné les résultats suivants:

1. Une fille, 12 ans bien portante.
2. Une fille, morte à 15 jours.
3. Une fille, morte à 2 jours.
4. Un garçon, mort à 12 jours.
5. Un garçon, mort à 17 jours.
6. Un mort-né, à 7 mois de grossesse.
7. Un garçon, né à 8 mois, mort à un jour.

8. Un garçon, né à 7 mois 1/2, mort à 2 jours.

9. Un garçon, né un an après ce dernier, mort à 3 mois 1/2.

10. L'enfant actuel.

3° L'enfant de la quatrième grossesse, qui a vécu jusqu'à 3 mois 1/2, avait les mêmes lésions cutanées que mon petit malade. Il avait également le nez enchiffrené. Le médecin qui lui donnait des soins lui faisait mettre de la vaseline boriquée dans le nez et lui faisait faire des injections nasales d'eau boriquée.

Aucun doute n'existant sur la nature syphilitique des lésions cutanées et nasales dont est atteint cet enfant, je ne m'occuperai maintenant que de la paralysie.

Le 21 décembre. — L'enfant remue mieux son bras, je vois le père qui avoue avoir eu quelque chose étant soldat.

Le 24 décembre. — Le bras semble plus fort; l'enfant résiste davantage quand on le remue; il a porté lui-même aujourd'hui la main à sa bouche. Les jointures ne sont pas douloureuses à la pression.

30 décembre. — Le bras résiste davantage lorsqu'on veut le remuer.

8 janvier 1896. — L'enfant remue mieux son bras qui a plus de force.

16 janvier. — Le bras est à peu près aussi résistant que l'autre; on a continué les frictions mercurielles, on les continuera encore.

Je revois l'enfant le 8 juillet, il a 10 mois; il ne présente plus aucune trace de sa maladie.

Je revois à nouveau le petit malade à la fin de mars 1897, quelques jours avant ses dix-neuf mois. Il ne présente pas de trace de syphilis, et la paralysie n'a pas reparu.

Dans la syphilis héréditaire on peut observer plusieurs manifestations graves du côté du système nerveux: l'hydrocéphalie dont Baumel a tout dernièrement rapporté un cas, l'épilepsie (syphilis héréditaire tardive) dont j'ai publié une observation dans ce journal, et enfin des paralysies sous forme d'hémiplégie, de paraplégie, de paralysie des quatre membres ou de monoplégie.

Dans un cas de Baumel (1) il y avait de la raideur des quatre membres, raideur qui céda peu à peu sous l'influence du traitement.

Chez mon petit malade il s'agit d'une monoplégie, et d'une monoplégie incomplète puisque l'enfant pouvait exécuter lui-même quelques mouvements.

Mais la lésion était cependant assez marquée pour avoir amené une flaccidité musculaire très grande et une diminution considérable de la force.

Il s'agissait sans doute d'une lésion centrale, qui eut été s'aggravant si le traitement spécifique n'était intervenu assez tôt pour la faire disparaître, et la faire disparaître très vite.

En effet le traitement par les frictions mercurielles est commencé le 17 décembre et dès le 21 on note une amélioration sensible; le 24, le 30 on note

(1) Nouveau Montpellier médical, 1901.

de nouvelles améliorations; l'enfant remue mieux son bras qui est devenu plus fort; et le 16 janvier, c'est à dire un mois après le début du traitement, la paralysie est complètement guérie.

En même temps que guérissait la paralysie, disparaissaient les lésions cutanées; c'est bien là une preuve que paralysie et lésions cutanées étaient de même nature.

En présence d'une monoplégie chez un hérédo-syphilit que on doit tout d'abord penser à la pseudo-paralysie syphilitique, ou maladie de Parrot. Dans la pseudo-paralysie l'absence de mouvement est due au décollement épiphysaire. C'est le cas du membre fracturé que le blessé ne peut remuer. Il y a généralement du gonflement de la ou des jointures malades; il y a de la douleur, de la mobilité anormale, parfois de la crépitation; rien de tout cela n'existait dans l'observation précédente.

Voici, par contre, une observation de pseudo-paralysie syphilitique, intéressante à plus d'un titre, dont j'ai déjà communiqué un résumé au Congrès de Grenoble, résumé qui a été reproduit un certain nombre de fois.

Il s'agit d'un enfant de deux mois et demi, Léon G., élevé au sein et à la farine lactée, qu'on m'apporte le 28 avril 1892.

Les fesses présentent de larges ulcérations, assez profondes, rondes ou géographiques, ces dernières formées par la réunion de plusieurs ulcérations rondes. Les bords ne sont pas décollés; le fond est uni.

On voit également aux fesses des petites cicatrices pigmentées, ayant succédé à des ulcérations de petites dimensions.

Il y a eu d'abord aux fesses des taches rouges.

Les narines sont croûteuses. Depuis la naissance il y a toujours eu par les narines un écoulement de liquide jaune et parfois de couleur foncée.

Les lèvres présentent des fissures très profondes: sept à la lèvre supérieure, dont une de chaque côté du lobule, trois à gauche et deux à droite; trois à la lèvre inférieure.

Les paupières sont un peu rouges.

Les joues sont, depuis l'âge de sept ou huit jours, le siège d'une desquamation pelliculeuse.

Les testicules sont plus gros qu'à l'état normal et indurés par places; la tête de l'épididyme surtout présente de l'induration. Le cordon est plus gros et plus dur.

La mère nie absolument tous symptômes pouvant se rattacher à la syphilis; elle est mariée depuis 4 ans; elle a une petite fille de trente mois, et elle n'aurait pas fait de fausses couches.

Malgré ces affirmations qui sont peut-être la vérité, le père pouvant être seul syphilitique, la syphilis est évidente, indubitable. Le coryza datant de la naissance, les fissures des lèvres, les lésions des fesses, les lésions des testicules, les lésions desquamantes des joues, la conjonctivite même, et surtout la réunion de toutes ces lésions, en voilà

plus qu'il ne faut pour diagnostiquer la syphilis héréditaire. C'est chez cet enfant manifestement syphilitique que j'ai observé la pseudo-paralysie.

A l'âge de 10 ou 12 jours il ne pouvait pas remuer les jambes; il les remue depuis huit ou 10 jours; ce sont maintenant les bras qui sont pris depuis 12 à 15 jours, encore l'enfant commence-t-il à aller mieux également de ce côté.

La mère s'est aperçue d'abord du gonflement du genou droit, siégeant plutôt au dessus du genou. Au bout de 7 ou 8 jours l'enfant n'a plus remué ses jambes. La maladie a débuté à gauche, puis 8 jours environ après le début s'est montrée à droite. Cela est venu lentement.

L'enfant criait beaucoup quand on touchait ses jambes. Maintenant il ne pleure plus quand on y touche.

Les jointures n'ont jamais été rouges.

Il y a 15 jours que le petit malade a commencé à remuer un peu les jambes; il les remue assez bien depuis 8 ou 10 jours.

Les genoux sont encore un peu gros; il y a de la mobilité latérale. Les tibias ont surtout l'air malades. La diaphyse semble un peu augmentée de volume. A gauche la tête du péroné est très saillante.

Les coudes sont devenus malades comme les jambes.

L'enfant se sert un peu du bras droit, il remue excessivement peu le gauche. Les coudes sont gros. Les têtes des radius sont très mobiles sur l'humérus.

On commence de suite les frictions à l'onguent napolitain. L'enfant prendra chaque jour 0 gr. 25 d'iode de potassium.

*Le 2 mai.* les lèvres vont mieux, les fissures se combent; l'enfant remue très bien ses jambes; il remue un peu mieux ses bras; mais il remue moins le gauche; les ulcérations des fesses ont diminué de largeur et de profondeur.

Il y a toujours des mouvements latéraux des genoux; la tête du péroné gauche est moins grosse. Les têtes des radius sont mobiles surtout à gauche; les coudes sont gros surtout du côté externe.

*6 mai.* — Les lèvres vont beaucoup mieux. Aux fesses il n'y a plus que quatre ulcérations; une seule est encore assez grande et semble formée d'une ulcération principale (un centimètre) et de deux plus petites qui lui seraient accolées. Les autres ulcérations sont moins larges que des pois; elles sont superficielles.

La figure qui avait une teinte blafarde, a encore cette teinte. Il y a moins de mouvements latéraux des genoux; l'enfant remue assez bien les bras; moins encore le gauche qui a été pris le dernier.

Il n'y a plus de mobilité aux coudes.

Les testicules sont toujours indurés: à gauche la tête de l'épididyme; à droite l'épididyme tout entier.

*10 mai.* — Il n'y a plus d'ulcérations aux lèvres. Elles sont remplacées par des dépressions très marquées. L'enfant remue bien ses bras et ses jambes.

18 mai. — Rien aux fesses, rien aux lèvres.

23 août. — L'enfant est très gras et a bonne mine.

On me l'apporte pour des lésions cutanées sans caractère, mais qui me font faire recommencer le traitement.

Cette dernière observation est intéressante à plusieurs points de vue.

Si on compare ce petit malade à celui de l'observation précédente on verra de suite la différence. Le premier a certainement une lésion d'origine nerveuse ayant déterminé l'impotence musculaire; le dernier a une maladie des articulations ou plutôt des extrémités osseuses, concourant à former les articulations.

Il n'y a aucun doute à avoir.

Ce qui fait encore et surtout l'intérêt de cette observation, c'est l'amélioration spontanée qui s'est produite aux membres inférieurs. Certainement lorsque j'ai vu cet enfant la guérison des jambes n'était pas parfaite, mais elle était très avancée. On ne cite pas plus de deux ou trois observations semblables dans la littérature médicale.

Il y a aussi à noter l'état des testicules; c'est là une lésion assez rare dans la syphilis héréditaire.

Ce qui pour moi est encore très intéressant c'est la rapidité de la guérison sous l'influence du traitement spécifique.

Voici un enfant qui le 28 avril a de très multiples lésions en outre de la pseudo-paralysie, et qui le 10 mai, 12 jours plus tard, peut être considéré comme complètement guéri.

Cette rapidité de guérison de lésions si nombreuses et si graves laisse croire qu'on arriverait à sauver la plupart des petits syphilitiques héréditaires avec un traitement intensif commencé à temps.

#### A PROPOS DE L'UTILISATION DU LIGAMENT ROND ET D'UN PROCÉDÉ DIT NOUVEAU PUBLIÉ PAR LE D<sup>r</sup> JUVARA (DE BUCHAREST).

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

Les lecteurs de ce journal se rappellent peut-être qu'en 1898, j'ai à deux reprises différentes décrit un procédé d'utilisation du ligament rond comme ligature vivante dans l'opération d'Alquié Alexander et la cure radicale de la hernie inguinale de la femme.

L'idée m'en avait été inspirée par les essais faits de divers côtés par nombre de chirurgiens pour supprimer les fils perdus considérés comme pouvant jouer le rôle de corps étrangers rappelant ou fixant l'infection.

Depuis cette époque j'ai fait un certain nombre d'opérations en suivant la technique que j'avais décrite et les résultats obtenus ont été conformes à ceux des premières tentatives.

Je n'aurais cependant nulle envie de revenir sur ce sujet, si je n'y étais forcément amené par un article

paru dans la *Presse Médicale* du 19 avril 1901 sous la signature du D<sup>r</sup> Juvara.

Notre confrère de Bucharest décrit avec figures à l'appui « un procédé d'hysteropexie inguinale caractérisé par sa grande simplicité, par la facilité de son exécution et par les très bons résultats qu'il fournit » procédé, écrit-il, « que je crois avoir imaginé ».

Or voici ce que l'auteur regarde comme nouveau :

1<sup>er</sup> TEMPS. — Le ligament rond « est transfixé en son milieu au niveau de l'orifice inguinal profond avec la pointe du bistouri et divisé jusqu'à son extrémité libre en deux lanières d'égal épaisseur.

2<sup>e</sup> TEMPS. — On enfonce à travers l'arcade crurale de la superficie vers la profondeur le bout d'une petite pince à disséquer ou une aiguille de Reverdin mousse. On retire l'aiguille ou la pince chargée de la bandelette inférieure du ligament qui se trouve ainsi traverser l'arcade.

On répète la même opération pour la bandelette supérieure. On enfonce et retire la pince chargée de l'autre moitié du ligament rond (j'abrège un peu) à travers le tendon du grand oblique le plan charnu du petit oblique et transverse.

A la fin de ce temps opératoire les deux chefs du ligament rond traversent de la profondeur vers la superficie la paroi abdominale. On serre et on lie en double nœud les deux chefs du ligament rond.

3<sup>e</sup> TEMPS. — *L'incision faite à l'aponévrose du grand oblique est suturée (avec des fils)*. Pour que le nœud fait avec les deux lanières du ligament rond ne puisse se défaire on place un point qui le traverse et prend en même temps l'aponévrose de l'oblique. On excise les extrémités libres.

Au résumé, M. Juvara divise le ligament rond en deux bandelettes et les noue sur la paroi qu'ils traversent. Le ligament rond est utilisé à sa propre fixation mais non pas pour refaire le canal inguinal.

Or dans ce même journal la « *Presse Médicale* » où M. Juvara vient de publier son procédé, j'ai décrit le mien le 21 septembre 1898 et écrit textuellement ceci :

« *Procédé à deux incisions* : Le ligament rond est cherché vers la partie profonde du canal dénudé et soulevé puis attiré dans toute sa longueur jusqu'à ce qu'il se tende.

« Détaché d'un coup de ciseau de son insertion au pubis, le ligament rond est tendu en deux suivant sa longueur dans une étendue de 6 ou 7 cent.

« Un nœud simple des deux chefs est alors fait pour arrêter la tendance du ligament à se diviser plus loin (M. Juvara a omis cette petite précaution) puis chaque moitié du ligament rond est passée et repassée successivement dans chaque berge du canal inguinal à la façon d'un « lacet de bottines ». Arrivés à l'extrémité du canal les deux chefs sont noués l'un avec l'autre; un nœud double et triple qu'un *crin de Florence cutané* peut encore contribuer à fixer assure en même temps et le rapprochement des parois et la fixation du ligament rond dont la portion restante est resaquée. »

Voici décrits, il me semble, il y a déjà près de trois

ans, tous les temps du procédé de M. Juvara : La division du ligament en deux lacets égaux son passage à travers la paroi de la profondeur vers la superficie, le double nœud, et même le fil de sûreté.

Je constate même, et c'est là ce qui prouve la parfaite bonne foi de M. Juvara, que son procédé est relativement au mien très incomplet.

Je passe sur la précaution omise d'arrêter la division des deux chefs par un nœud, mais j'insiste sur la différence tout en faveur de la technique décrite par moi qui emploie le ligament rond non seulement à sa propre fixation mais encore à la réfection même du canal inguinal, ce qui supprime du même coup tout fil profond.

Et puis j'avais prévu les objections, démontré que d'ordinaire le ligament, rond était assez résistant pour supporter la division en deux lanières solides.

J'avais décrit un procédé avec le ligament rond tout entier employé en surjet au cas de fragilité particulière.

Enfin j'indiquais un procédé à une seule incision qui découvrant à la fois les deux ligaments ronds à la façon de Duret ou de Casati permettait de nouer l'un à l'autre dans la plaie après réfection de la paroi les deux ligaments ronds.

J'indiquais aussi ailleurs l'emploi de la pince comme supérieur à celui de l'aiguille de Reverdin pour le passage du ligament rond tout comme le docteur Juvara.

Enfin j'ai utilisé le ligament rond dans la cure radicale de la hernie inguinale de la femme, pour fermer le sac et refaire la paroi, ce qui a échappé à M. Juvara.

Je regrette avoir à rappeler ainsi à un confrère dont la bonne foi est certaine une antériorité évidente.

Je m'excuse près des lecteurs de ce Journal de les mêler à ce petit débat personnel.

J'aurais pu ne rien dire, la question n'ayant pas une telle importance que mon amour-propre y soit très intéressé.

Avoueraï-je qu'il a été plutôt flatté de voir qu'un confrère attachait quelque importance à la réinvention très incomplète d'un procédé vieux de trois ans.

#### CONSIDÉRATIONS SUR L'APOPHYSE ORBITAIRE INTERNE ÉPINEUSE DU FRONTAL HUMAIN ET SA SIGNIFICATION MORPHOLOGIQUE.

Par le D<sup>r</sup> F. LE DOUBLE, de Tours

Au lieu de se terminer par un bord horizontal sinueux plus ou moins dentelé, l'apophyse orbitaire interne du frontal humain peut se terminer par une pointe triangulaire effilée. Un de mes anciens collègues et ami d'internat des hôpitaux de Paris, C. le D<sup>r</sup> O. HERPIN, m'a donné, en 1890, le crâne brachycéphale d'un homme de 45 ans environ, qu'il tenait d'un de ses

parents, le D<sup>r</sup> HERPIN, de Vézetz, et sur lequel la portion inter-orbitaire du bord antérieur du coronal, descendant une fois plus bas que d'habitude, est terminée à droite et à gauche, par une expansion triangulaire, à sommet inférieur, très pointue, mesurant 4 millimètres de largeur à sa base et 15 millimètres de longueur, intercalée entre l'os propre du nez et l'apophyse montante du maxillaire supérieur du même côté. L'apophyse ascendante de chacun des deux sus-maxillaires de ce crâne est normale. Il en est de même de tous les autres os, sauf des nasaux. Ceux-ci, raccourcis par suite de l'extension en bas de la portion inter-orbitaire du frontal, diminuent progressivement de largeur à partir du milieu de leur hauteur et se terminent supérieurement en formant un angle à sommet mousse. Je donne le dessin de cette malformation dont je ne connais qu'un autre exemple. Elle a été observée également, en effet, sur un homme et des deux côtés par CALORI et a été de la part de ce savant professeur l'objet d'une communication faite le 20 novembre 1892, à l'Académie royale des sciences de Bologne. Dans ce cas, les *processi nasali anomali* — pour employer les expressions mêmes de l'anatomiste italien pour désigner les apophyses orbitaires internes transformés du frontal — « aplatis, triangulaires, effilés, longs de 11 millimètres et larges de 5 millimètres à leur base, sont situés de chaque côté entre l'os du nez, court et étroit, principalement en haut et l'apophyse montante du maxillaire supérieur dont le sillon ou *sutura imperfecta*, séparant la portion lacrymale de la portion nasale, est très accusé et offre inférieurement un foramen vasculaire » (1).

Ce mode de conformation n'existe pas ou, du moins n'existe qu'anormalement chez la plupart des *Mammifères*, y compris les *Singes*. Par contre, Calori l'a rencontré sur 9 têtes de sanglier (*Sus scrofa*) sur 10 et sur :

a) Le chien domestique (*Canis familiaris*), le loup (*Canis Lupus*), le renard (*Canis vulpes*), le chacal (*Canis aureus*), le zibet (*Viverra Zibetha*), le pougoumié (*Paradoxurus typus*), l'hyène rayée (*Hyæna vulgaris*), le lion (*Felis leo*), le tigre (*Felis tigris*), le chat domestique (*Felis catus domesticus*), etc: *carnivores digitigrades*;

b) L'ours brun (*Ursus arctos*), le Coati solitaire (*Nansua solitaria*), l'*Arctictis penicillé* (*Arctictis penicillata*), le blaireau commun (*Meles vulgaris*), etc. : *carnivores plantigrades*;

c) Le neitsch (*Phoca foetida*) et le Cystophore à crête (*Cystophora cristata*): *carnivores amphibies*.

Le professeur Calori a pris soin toutefois d'observer qu'il fait aussi d'ordinaire défaut dans quelques genres de *Carnassiers* notamment dans les genres *Procyon*, *Mustela*, *Nyctaux*. *Lutra*, (*Procyon lotor*, *Mustela putoria*, *Nyctaux*, *meliceps*, *Lutra vulgaris*).

(1) L. CALORI, Sopra due processi nasali anomali dell'osso frontale nell'uomo. (Memorie della R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, série V, t. III, Bologna, 1892.

Ces assertions de Calori concordent avec celles de Cuvier, de Pander et Dalton, de Ducrottoy de Blainville, de Saturnin Thomas, de W. Ellenberger et H. Baum, de Strauss-Durckheim, etc., et avec ce que j'ai vu moi-même :

« Dans le *chien*, dit Cuvier (1), les frontaux... s'avancent en pointe, chacun de son côté, entre le nasal et le maxillaire. »

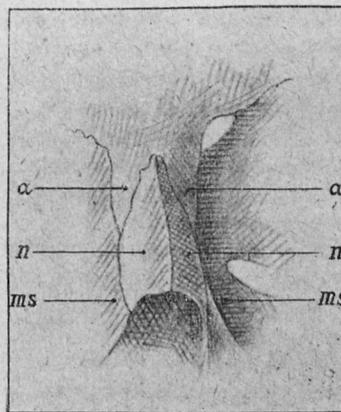
« Le bord des nasaux du *chien*, a écrit Saturnin Thomas, (2) s'articule par un biseau externe, à peu près dans une égale étendue, avec l'intermaxillaire. Le frontal envoie une pointe très longue dans la partie supérieure de cette dernière articulation. »

Il est également fait mention de formes analogues des apophyses nasales latérales antérieures du frontal dans le *Traité d'anatomie du chien*, de W. Ellenberger et H. Baum, et dans celui de l'*anatomie du chat*, de Strauss-Durckheim.

A propos de l'*ours*, Ducrottoy de Blainville a noté que l'os prémaxillaire remonte à la façon d'un cône allongé, avec la branche verticale du maxillaire supérieur, jusqu'au frontal. Tel est l'arrangement que j'ai observé, en effet, sur le crâne d'un *ours blanc* du musée du Havre et sur celui d'un *ours des Pyrénées*, que m'a montré, à Bagnères de-Bigorre, l'un des membres de la Société Ramond. Il y a, au surplus, déjà longtemps que Pander et Dalton (3) ont montré que l'*hyène striée* (*Hyaena striatata*, l'*Ours blanc* (*Ursus maritimus*), l'*Ours des cavernes* (*Ursus speiceus*), le processus nasal de chaque hémifrontal s'unit à l'intermaxillaire du même côté. Ce mode de conformation constitue un mode conformation intermédiaire entre celui des *Carnassiers digitigrades* et celui des *Rongeurs* et de l'*éléphant* dans lequel l'os incisif énorme rejoint le coronal qui est dépourvu de prolongements antéro-inférieurs. Entre l'état normal chez les *Primates*, y compris l'homme et celui des *Mammifères* qui leur sont bien inférieurs, il y a donc en ce qui touche les connexions du frontal et de l'intermaxillaire des transitions graduelles qu'on peut facilement suivre. Dans le *bœuf*, le *bétier*, etc., les *processi nasali anomali* se retrouvent aussi, mais ils sont intercalés entre le nasal et la portion faciale de l'unguis. Dans les genres *Carnivores*, où leur présence constitue la règle, Calori les a même vus manquer chez le *blaireau* et moi chez un *chat d'Angora* (*Felis catus Angorensis*). Ils sont à peine marqués sur un crâne de *tigre*, que possède le cabinet d'histoire naturelle du lycée de Tours, et chez les *sangliers*, autant du moins que j'ai pu en juger d'après deux d'entre eux. (Voir la planche annexe.) Chez ces deux sangliers chacun des nasaux se termine supérieurement par un bord dentelé transversal tandis que dans le *porc domestique* chacun de ces os se termine par une pointe

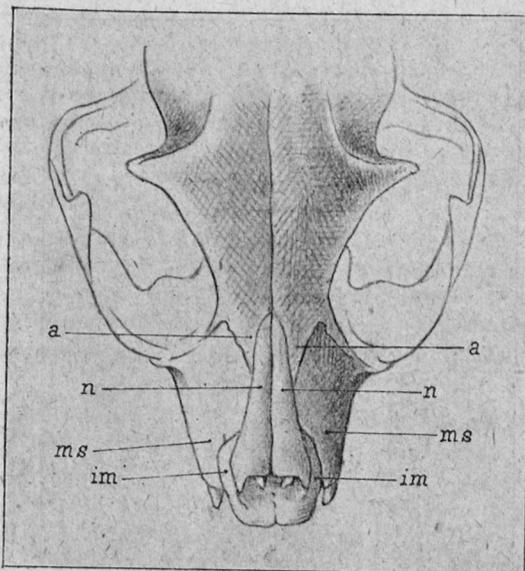
triangulaire en dehors de laquelle se prolonge le frontal.

APOPHYSE ORBITAIRE INTERNE ÉPINEUSE DU FRONTAL.



CRANE D'HOMME.

a a, apophyse orbitaire interne épineuse du frontal ;  
n n, os propres du nez ;  
m m, maxillaire supérieur.



CRANE DE CHAT DOMESTIQUE.

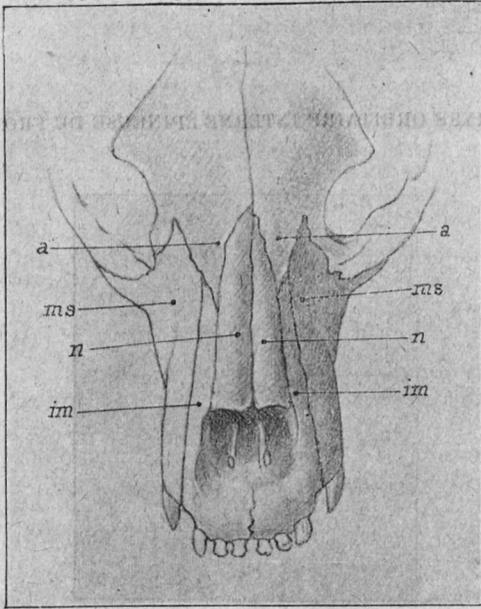
(*Felis Catus*.)

a a, apophyse orbitaire interne épineuse du frontal ;  
n n, os propre du nez ;  
ms ms, maxillaire supérieur ;  
i m, intermaxillaire.

(1) CUVIER, *Leçons d'anatomie comparée*, t. I p. 206. Bruxelles, 1834.

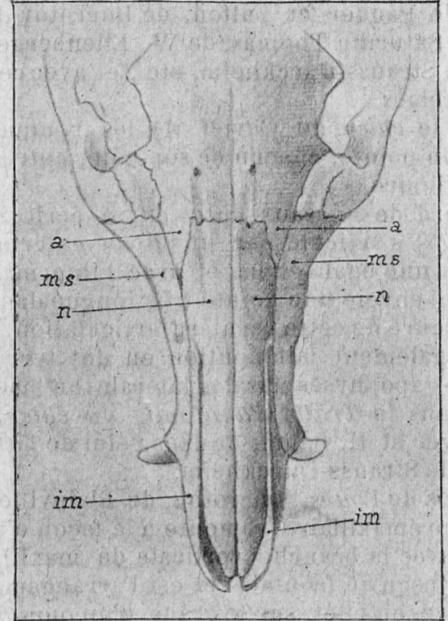
(2) S. THOMAS, *Éléments d'ostéologie descriptive et comparée de l'homme et des animaux domestiques*, p. 179. Paris, 1865.

(3) PANDER et DALTON, *Vergleichende Anatomie*. Bonn, 1821-1831.



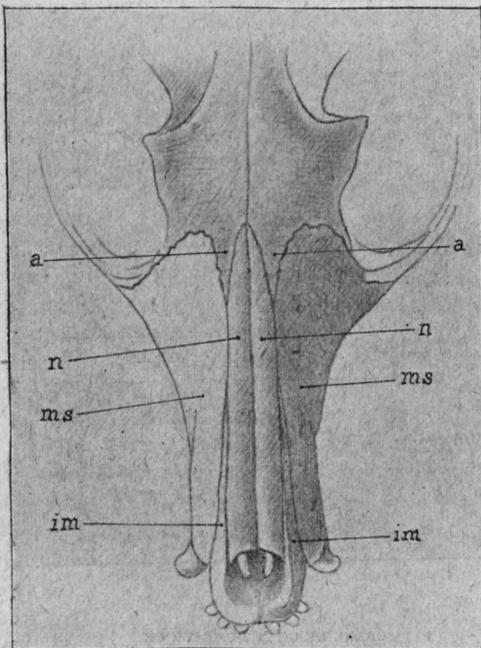
CRANE D'OURS BRUN.  
(*Ursus arctos.*)

*a a*, apophyse orbitaire interne épineuse du frontal articulée avec l'intermaxillaire;  
*n n*, os propre;  
*m s*, maxillaire supérieur;  
*i m*, intermaxillaire.



CRANE DE SANGLIER.

*a a*, apophyse orbitaire interne épineuse du frontal;  
*n n*, os propres du nez;  
*ms ms*, maxillaire supérieur;  
*i m*, intermaxillaire.



CRANE DE PORC.  
(*Sus scrofa.*)

*a a*, apophyse orbitaire interne épineuse du frontal;  
*n n*, os propre du nez;  
*m s*, maxillaire supérieur;  
*i m*, intermaxillaire.

**STATISTIQUE DU SERVICE DE CHIRURGIE DE L'HOPITAL DE CLOCHEVILLE (ANNÉE 1900)**

Par le D<sup>r</sup> BOUREAU

L'année chirurgicale de 1900 a été laborieuse. Le nombre des enfants qui ont eu recours à nos soins et dont nous possédons les dossiers s'élève au chiffre de 1033.

Sur ce chiffre 448 ont été admis dans les salles et ont donné un chiffre de 16787 journées d'hôpital, ce qui représente comme moyenne de séjour par enfant 37 jours 4 dixièmes.

Le nombre des interventions chirurgicales a été de 419.

Le service extérieur qui comprend les enfants qu'il est possible de ne pas hospitaliser a donné :

Consultations	813
Pansements	377
Opérations	70
Electrisations	} 266
Massages	
Soins orthopédiques	

Etant donné le nombre de 50 lits affectés au service, chiffre que nous sommes souvent obligés de dépasser à l'aide d'installations provisoires, on comprend qu'il est nécessaire de ne pas gaspiller les journées et de ne garder les malades que le strict nécessaire. Malgré ce soin nous nous voyons parfois obligés

d'ajourner l'admission de certains malades ou de les comprendre dans le service extérieur.

Les lits que la ville de Tours a mis à notre disposition au Sanatorium d'Arcachon viennent heureusement soulager un peu nos salles en nous permettant d'en éloigner quelques affections longues comme les maux de Pott ou les coxalgies.

Il serait à désirer que le nombre de ces lits (6 seulement) fût augmenté. Pour une population infantile comme celle de la ville de Tours il est insuffisant et hors de proportion avec le nombre de nos candidats.

Un nombre aussi élevé de malades rend le service très intéressant, les affections à traiter sont des plus variées, les interventions n'ont rien d'uniforme, aussi il est regrettable que les étudiants ne puissent profiter de l'examen clinique d'une foule d'affections de chirurgie infantile qui feront le fond de leur clientèle future.

Il nous est possible par contre d'ouvrir le service à tous les confrères qui désirent suivre les malades qu'ils envoient à Clocheville, et à ceux qui cherchent des observations intéressantes. A ce point de vue nous nous considérons comme obligés de mettre à la disposition du corps médical un hôpital qui appartient à la ville de Tours et fait partie de ses services municipaux d'assistance publique.

Le chiffre des *maladies chirurgicales traitées* est de 735. — Il serait fastidieux d'en donner une énumération complète. Si on les classe en affections d'origine tuberculeuse et affections non tuberculeuses on constate que les premières entrent dans le chiffre total pour 142 soit à peu de chose près 20 0/0. Un sixième de nos malades sont donc tuberculeux, et comme la marche très lente de la tuberculose, alors même qu'elle aboutit à la guérison, oblige ces malades à séjourner plus longtemps dans le service, il est parfois très fréquent de compter dans nos salles près de la moitié de tuberculeux.

Ce sont des chiffres peu rassurants pour la population de Tours et qui feraient penser que la tuberculose est loin de décroître dans la ville.

*Statistique chirurgicale.* — Le chiffre précédent de 735 affections chirurgicales a donné lieu à 419 interventions.

Interventions sous chloroforme.	136	
Avec ou sans anesthésie locale.	253	
De peu d'importance.	30.	Total 419

Dans ce chiffre sont compris :

Ablation de végétations adénoïdes.	135
Amygdalectomies.	50

Si on enlève en outre les 30 interventions peu importantes il reste comme interventions à noter :

Un total de	205
-------------	-----

Qui se décompose ainsi :

Arthrodèse du genou.	1
----------------------	---

Résection du genou	1
Redressement d'articulation.	}
Mobilisations importantes.	
Ouverture d'abcès retro-pharyngien.	1
Laparotomies.	2
Staphylophagies.	2
Bec de lièvre.	1
Redressement de Pottiques.	2
Curetage d'abcès par congestion	1
Opérations oculaires : chalazions, peritomies, extirpation du sac lacrymal, pterygions.	18
Trépanations de mastoïde.	3
Redressement de la cloison, resection des cornets	5
Evidement petro-mastôidien (Stake).	1
Appendicite à chaud	1
Cure radicale de hernies inguinales.	15
Cure radicale de hernies ombilicales, omphalectomies,	2
Cure radicale d'hydrocèles.	2
Orchidopexies	4
Castration.	1
Phimosis.	8
Amputations de membres.	3
Curetage articulaire de coxalgies.	6
Ostéotomie.	1
Ostéoclasie.	1
Pieds-bots.	4
Sutures de tendons.	2
Sutures de plaies.	6
Greffes épidermiques.	2
Ablation de tumeurs érectiles.	6
Exérèse de lupus.	2
Corps étrangers de l'oreille.	1
Trachéotomie.	1
Ongles incarnés.	2
Ablation d'hygromas, de kystes synoviaux.	8
Résection de côtes.	1
Curetage d'adénites.	39
Ablation d' ganglions tuberculeux.	17
Résection du calcaneum.	1
Evidement d'ostéites.	24
Trépanation d'ostéomyélites aiguës,	2
Sequestrotomies,	9
Arthrotomie.	1
Réduction de luxations.	2

Ces 419 interventions nous ont donné un seul cas de mort chirurgicale — schok opératoire et chloroformique consécutif à une arthrotomie — ce qui donne pour l'ensemble une mortalité chirurgicale de 1.68 pour 1000.

Le chiffre élevé de curetage d'adénoïdes — 135 — indique combien cette affection est fréquente chez les enfants. Il est presque banal actuellement de vanter les bons résultats consécutifs que donne cette intervention. Néanmoins j'insisterai sur certains points qu'il est utile de mettre en évidence pour le praticien.

Une foule de keratites à répétition, de conjonctivites phlycténulaires, de conjonctivites chroniques, sont dues à la présence de végétations adénoïdes. Vous curetetez le cavum chez un enfant qui tous les 2 ou 3 mois présente une keratite, la rhinite provocatrice disparaît et les keratites ne sont plus qu'un souvenir.

Le rôle des adénoïdes chez les bronchitiques, les asthmatiques est connu, je n'insiste pas.

Je tiens cependant à spécifier quelques points de notre technique.

Il est utile sous peine d'accidents infectieux du côté de la trompe et de l'oreille moyenne d'intervenir avec les mêmes précautions aseptiques que pour toute autre intervention chirurgicale.

Aussi, après son admission, un adenoïdien est mis en préparation, pendant 4 ou 5 jours il fait 2 fois par jour des inhalations de menthol. Le soir, l'enfant étant couché, le nez est bourré de vaseline au calomel et au menthol — si l'état de la muqueuse le nécessite, quelques lavages du nez sans pression.

L'intervention est faite bien entendu avec des instruments stérilisés.

*Après l'opération, aucun lavage.* — A quoi servirait dans ce cas une irrigation ? La plupart du temps à refouler dans les trompes ou les sinus un liquide infecté par le nez. Le sang qui coule n'est-il pas le meilleur antiseptique ? Ne saura-t-il pas remplir son rôle bactéricide ? Tout liquide antiseptique décape la muqueuse, ouvre la porte aux infections, le sang seul n'a à cet égard aucun pouvoir offensif, il précède la pluie de mucus qui saura à son tour protéger l'épithélium.

Il en est de même pour le nez comme pour la cavité utérine. Après un accouchement normal, il est de règle actuellement parmi les accoucheurs de s'abstenir de tout lavage intra-utérin et de laisser au sang le soin de recouvrir la muqueuse d'un enduit bactéricide, il doit en être à notre avis de même pour le nez.

Les jours qui suivent l'intervention, l'enfant doit être tenu à l'écart des poussières, l'orifice nasal enduit d'un corps gras qui arrête au passage toute cause d'infection.

Nous cherchons depuis quelque temps à perfectionner cette technique en utilisant les propriétés antiseptiques des essences.

L'essence de géranium, de verveine, de thym, de serpolet, de cannelle sont incorporées à de l'huile d'olives ou à de l'huile de vaseline stérilisées.

L'huile s'étale très facilement en couche mince sur une muqueuse. Les essences très diffusibles, volatiles pénètrent dans la trompe, les sinus maxillaires, frontaux, dans le canal nasal, les protègent contre toute infection.

Ces huiles aux essences sont admirablement supportées par la muqueuse nasale, beaucoup mieux que les pommades au menthol qui piquent, l'enfant ne les redoute pas.

Nous n'avons cependant pas encore une expérience suffisante pour les vanter sans restrictions.

Nous les essayerons dans les rhinites tenaces de l'impétigo, etc.....

Autre point de pratique chirurgicale qui nous a paru intéressant.

Toutes les fois que pour une résection articulaire, une intervention qui nécessite une immobilisation soignée, si le drainage est nécessaire, nous emplo-

yons des tubes d'os décalcifié et stérilisé au lieu de drains de caoutchouc.

Ces tubes sont resorbés par les tissus de sorte que nous ne nous en préoccupons plus et il nous est permis, si le thermomètre ne dit rien d'anormal, de laisser une résection d'un genou tuberculeux pendant 20 jours, comme nous en avons encore un cas dans les salles, sous son premier appareil plâtré.

Un drainage au caoutchouc, et il en fallait un, aurait dû être retiré le 6<sup>e</sup> ou 7<sup>e</sup> jour au moins et nous aurait obligé de casser notre plâtre. En outre le caoutchouc irrite toujours les tissus, même parfaitement stérilisé. Le drain d'os décalcifié est admirablement supporté et a l'avantage en plus d'être souple, qualité dont est privé le drain de verre de Doyen qu'on avait proposé en remplacement du caoutchouc.

Nous ne voulons pas terminer sans adresser au Comité d'administration de Clocheville nos remerciements pour sa sollicitude pour tout ce qui intéresse nos malades.

Le service est admirablement outillé. Un peu plus d'espace pour les enfants qui parfois sont en trop grand nombre pour le cube d'air dont nous disposons et nous déclarerions que notre installation approche de la perfection.

#### STATISTIQUE DU SERVICE DE MÉDECINE DE L'ASILE GATIEN DE CLOCHEVILLE PENDANT L'ANNÉE 1900

Par le D<sup>r</sup> BEZARD

Le relevé des malades, que nous avons eu à soigner, nous permet de constater deux faits :

1<sup>o</sup> Le nombre des journées qui en 1899 était de 21,758 est cette année de 21,557. Donc il y a une diminution de 201, ce qui est peu de chose ;

2<sup>o</sup> Le nombre des malades est plus considérable : 506 au lieu de 388 — 118 de plus. D'où nous tirons cette conclusion. Les maladies graves ont été en décroissance en 1900 et le séjour à l'asile moins prolongé ; la moyenne ayant été de 39 jours, au lieu de 49.

*Garçons*, 225 au lieu de 149.

*Filles*, 281 au lieu de 239.

Les cas d'embarras gastrique ont été beaucoup plus fréquents : 74 au lieu de 52 et au contraire ceux de fièvres typhoïdes, bien plus rares : 18 au lieu de 35.

Nous avons à signaler 19 scarlatines au lieu de 8 ; 24 rougeoles au lieu de 3 et 23 gripes au lieu de 6 et aucune coqueluche.

#### RÉSULTATS OBTENUS

Guérisons,	454
Améliorations,	36
Etat stationnaire,	4
Morts,	10

#### CAUSES DES DÉCÈS

Tuberculose généralisée,	1
Méningite tuberculeuse,	3

Tuberculose pulmonaire,	3
Néphrite aiguë avec convulsion,	1
Paralysie généralisée consécutive à la diphtérie,	1
Méningite aiguë,	1

La moyenne des décès ressort donc à 20/0. En mettant la tuberculose dans une classe à part nous obtenons: tuberculose — 32 cas — 7 décès; moyenne 20/0; autres affections 474 cas — 3 décès, moyenne 0,63 0/0.

## CLASSIFICATION

## I. — Maladies générales

1. *Maladies dont l'origine microbienne est démontrée actuellement.*

A Grippe. — 23 cas — 23 guérisons.

La forme gastro-intestinale a été la plus prédominante.

B Dothiéntérie. — 18 cas — 18 guérisons.

C Rougeole. — 24 cas — 24 guérisons.

D Scarlatine. — 19 cas — 18 guérisons, un [décès, — un enfant a contracté la diphtérie et est mort de paralysie généralisée.

E Erysipèle. — 6 cas — 6 guérisons.

F Oreillons. — Un cas — une guérison.

G Varicelle. — Un cas — une guérison.

2. *Maladies dont l'origine microbienne n'est pas démontrée actuellement.*

A Affections rhumatismales.

a Rhumatisme articulaire aigu. — 4 cas — 4 guérisons.

b Erythème noueux. — 9 cas — 9 guérisons.

c Rhumatisme chronique. — Un cas — une amélioration.

d Rhumatisme musculaire. — Un cas — 1 guérison.

e Ostéite épiphysaire. — 1 cas — 1 guérison.

B Anémie. — 25 cas — 25 guérisons.

C Lymphatisme. — 9 cas — 9 guérisons.

## 3. Maladies cutanées.

A Impétigo.

a Parasitaire (pédiculi), 15 cas — 15 guérisons.

b Non parasitaire — 54 cas — 54 guérisons.

38 cuir chevelu

3 de l'oreille

19 de la face.

B Eczéma. — 4 cas — 4 guérisons — durée du séjour: 37 jours.

C Gale. — Un cas — une guérison.

D Teigne. — 17 cas — 17 guérisons, moyenne du traitement: 82 jours.

E Pelade. — 4 cas — 4 guérisons, — moyenne du traitement: 107 jours.

F Ichtyose. — Un cas — une amélioration.

G Alopecie du cuir chevelu d'origine cicatricielle, un cas — une amélioration.

## II. MALADIES LOCALES.

## 1 Maladies de l'appareil digestif.

A Stomatite aphteuse. — 2 cas — 2 guérisons.

B Stomatite ulcéreuse. — 3 cas — 3 guérisons.

C Angine.

a Amygdalite simple. — 13 cas — 13 guérisons

b Angine à streptocoques. — 6 cas — 6 guérisons.

D Embarras gastrique. — 74 cas — 74 guérisons.

E Dyspepsie nervomotrice. — 7 cas — 7 guérisons.

F Diarrhée par vice d'alimentation. — 3 cas — 3 guérisons.

G Entérite.

a aiguë. — 9 cas — 9 guérisons.

b tube culeuse. — 2 cas — 2 améliorations.

H Tuberculose abdominale avec ascite. — Un cas envoyé dans le service de chirurgie.

I Ictère catarrhale. — 2 cas — 2 guérisons.

G Tœnia. — 5 cas — 3 guérisons — chez les deux autres enfants, la tête n'a pu être trouvée.

## 2 Maladies de l'appareil respiratoire

A Laryngo-trachéate. — 2 cas — 2 guérisons.

B Bronchite aiguë. — 14 cas — 14 guérisons. Un enfant a présenté de l'œdème de la glotte avec induration des cordes vocales et a été guéri par le traitement spécifique.

C Broncho-pneumonie. — 42 cas — 42 guérisons,

D Pneumonie. — 5 cas — 5 guérisons.

E Pleurésie. — 1 cas (avec endocardite) une guérison.

F Tuberculose pulmonaire. — 27 cas — 3 décès — 24 améliorations.

## 3. Maladies de l'appareil circulatoire.

Endocardite chronique. — 3 cas — 3 améliorations.

## 4 Maladies de l'appareil génito-urinaire

A Vulvo-vaginite.

a avec gonocoques. — 10 cas — 10 guérisons.

b sans gonocoques. — 5 cas — 5 guérisons.

B Néphrite aiguë. — 4 cas — 3 guérisons. — Le 4<sup>e</sup> malade a été enlevé par des crises éclamptiques.

C Incontinence d'urine. — 7 cas — 5 guérisons. — 2 améliorations.

## 5. Maladies du système nerveux

A Chorée. — 4 cas — 3 guérisons, — une enfant a été reprise par les parents au bout de 9 jours.

B Hystérie. — 2 cas — 2 guérisons.

C Méningite aiguë. — Un cas — un décès.

C Méningite tuberculeuse. — 3 cas — 3 décès.

E Névralgie intercostale. — 2 cas — 2 guérisons (une avec zona).

DÉCOUVERTE D'UN NOUVEAU POLISSOIR  
A CHISSAY (LOIR-ET-CHER)

D<sup>r</sup> FR. HOUSSAY

Près d'un polissoir déjà connu à Chissay (Loir-et-Cher) s'en trouve un autre, moins volumineux, d'une

roche moins lisse et moins compacte, mais qui n'en a pas moins une réelle valeur archéologique.

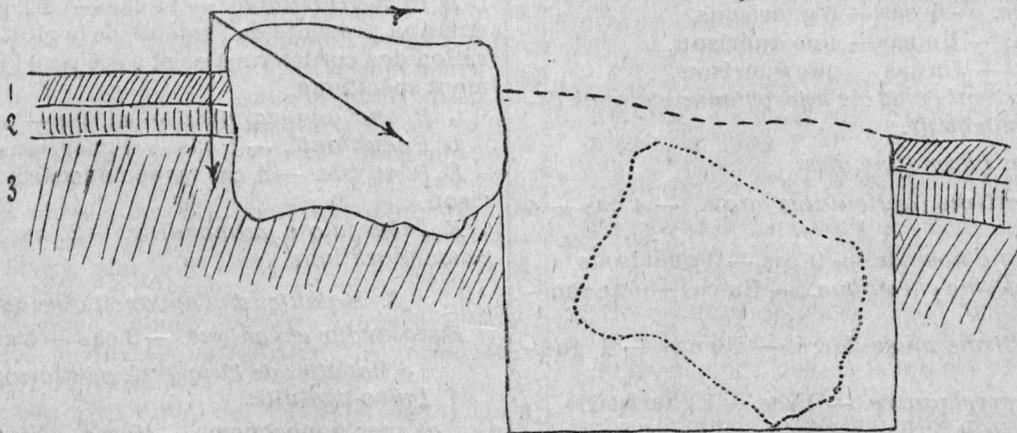
N'émergeant de 30 centimètres au-dessus du sol que par son extrémité sud, et faisant partie d'un groupe de poudingues, comme lui demi-enterrés, il a d'autant moins attiré l'attention que le voisinage du premier satisfait à lui seul la curiosité du chercheur.

Personne ne l'a encore signalé; et il est d'autant plus utile de le faire, que, comme la plupart de ces blocs qui entravent la culture, il est appelé à disparaître par morcellement ou par enfouissement.

Ce dernier procédé, utilisé quand la pierre n'exécède pas un certain volume, est généralement employé comme plus économique et moins dangereux que la mine. Il est heureusement plus conservateur et doit être mentionné, car sa connaissance peut permettre de retrouver des monuments mégalithiques qu'on aurait cru brisés ou disparus dans des stations insuffisamment fouillées.

Faisant une coupe du terrain, on trouve de haut en bas :

1° l'humus dans lequel affleurent de nombreux fragments de silex de la craie;



2° des sables quaternaires qui, selon les lieux, peuvent ou non exister;

3° des poudingues tertiaires dont font partie ces roches, qui ne sont qu'un agglomérat de sables silicifères, et enfin des argiles et des marnes, plutôt secondaires, et immédiatement susjacentes à la craie tuffeau.

Ces poudingues, débris plus denses du tertiaire, ont résisté aux grandes poussées du diluvium qui a successivement désagrégé les couches plus friables, ils reposent naturellement sur les marnes argileuses et émergent au-dessus des dernières assises.

Pour les faire disparaître, on creuse à leur base un trou d'une capacité plus considérable que celle de la pierre, et on fait arriver à la périphérie les eaux de pluie, qui par leur infiltration, provoqueront ce phénomène géologique analogue à celui du glissement des montagnes dans la vallée.

En vertu des lois de la mécanique la masse, sapée inférieurement, glissera sur un terrain détrempe,

suivant une trajectoire voulue par la résultante de ses forces, et on la recouvrira d'une couche de terre suffisante pour obtenir l'aplanissement du sol.

La forme de ce polissoir est celle d'une ellipse à bords irréguliers. Son grand axe, dirigé du sud au nord, mesure 4 mètres et le petit, 3,20 dans sa plus grande largeur.

On peut regarder sa face supérieure comme une table, sensiblement plane, sauf l'extrémité sud dont la convexité a 0,40 cm. au-dessus de l'horizontale, donnée par le plan du champ. Le bord ouest, à paroi verticale, présente une torsion à la jonction du tiers inférieur sud avec ses 2 autres tiers et vient insensiblement se confondre avec la table dont les autres bords se surélèvent légèrement au nord et à l'est, pour s'abaisser en pente douce au sud-est, où elle se perd dans la terre.

Il est possible qu'en découvrant une plus grande surface, on ait trouvé d'autres traces d'industrie humaine.

D'une façon générale, la partie découverte fait une large table autour de laquelle plusieurs ouvriers pouvaient aisément travailler.

Tout porte à supposer qu'après une longue série de siècles et d'après la topographie des lieux, cette pierre étant sur une pente prononcée a dû être successivement recouverte par les terres pluviales; à l'origine l'ouvrier devait travailler sinon debout, du moins à genoux, ce qui, maintenant, paraît plutôt difficile.

Ainsi mis en position, ce polissoir dont on ne peut décrire qu'une partie de la face supérieure présente au point de vue de l'utilisation industrielle les 3 modalités qu'on rencontre habituellement, des rainures, des cuvettes et des surfaces planes.

Du nord au sud, nous trouvons près du bord, 2 surfaces planes, polies, presque contiguës, l'une de 0,40 sur 0,50, l'autre de 0,10 sur 0,15.

Près du bord est, une cuvette de 0,25 sur 0,08, située à côté d'une surface polie de 0,20 sur 0,25.

- A la partie médiane, et près des 2 bords est et ouest, deux larges surfaces de 0,40 sur 0,50, 0,60, et entre les deux, un groupement, comprenant une cuvette et 4 rainures parallèles au grand axe.

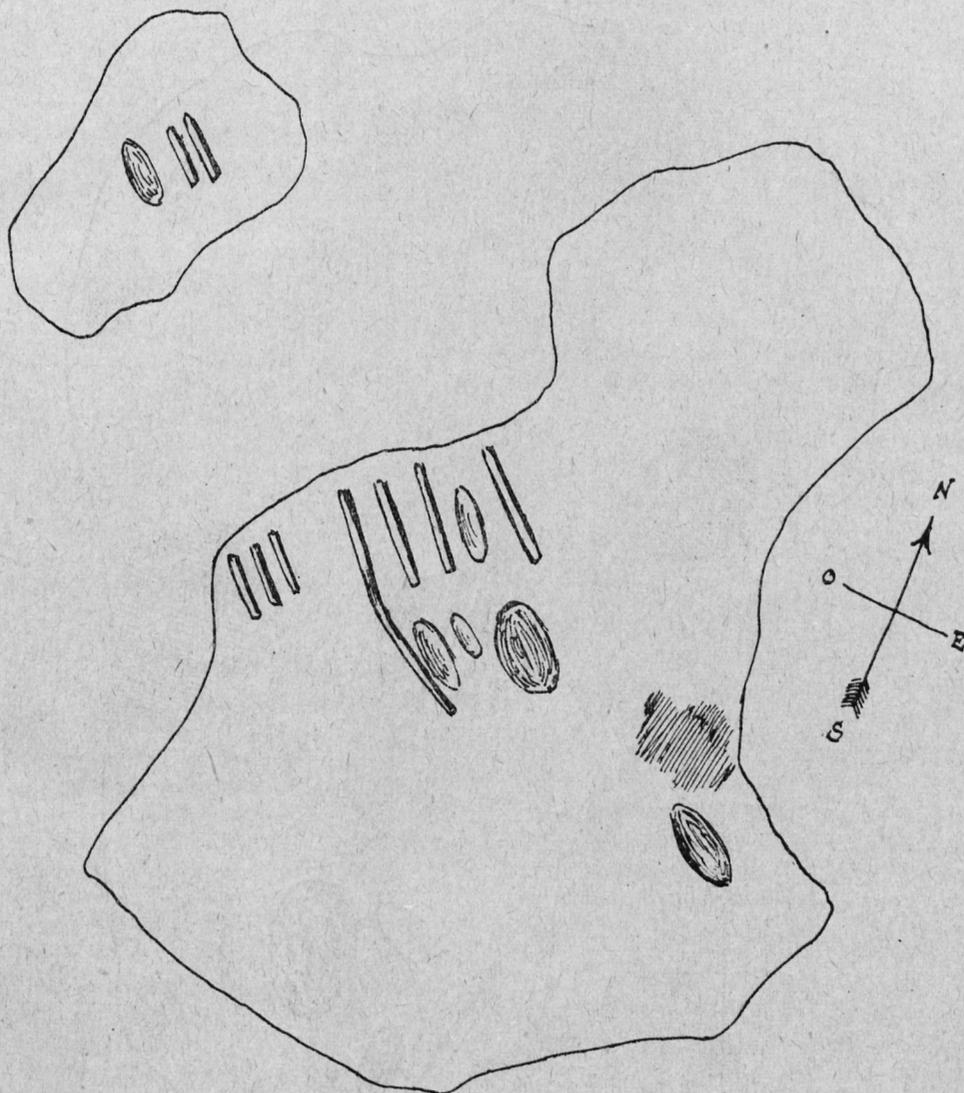
La cuvette est de 0,27 sur 0,10 et les rainures ont 0,38 sur 0,05, 0,36, 0,38, sur 0,10 et 0,20 sur 0,06. Deux d'entre elles convergent à la partie nord et leur plus grande largeur au niveau de la crête médiane est de 0,10.

L'endroit où est ce groupement est légèrement acuminé.

La partie sud, élevée du côté ouest de 0,40, présente une excavation semi lunaire, naturelle, une surface plane de 0,20 sur 0,30 ; près du bord est une

En tout, 5 rainures, 5 cuvettes, 6 surfaces polies, soit 16 traces d'industrie, du moins relativement à ce qui a été découvert.

Avant de terminer, rappelons, pour mémoire, l'autre polissoir dont la partie émergente n'est qu'un fragment d'une masse compacte recouverte de terre et de buissons, et à laquelle on peut donner approximativement 5 mètres de large sur 7 mètres de large. La face supérieure a la forme d'une pyramide



large et belle cuvette dont les dimensions respectives sont 0,35, 0,25 et 0,05.

Une autre, moins régulière de 0,15 sur 0,25, suit le prolongement de l'anfractuosité.

Enfin, entre celle-ci et le bord ouest, et partant du bord à pic pour aller à l'extrémité terminale sud une longue et profonde rainure de 0,38 sur 0,05, terminée par une cuvette de 0,20 sur 0,10 et bordée latéralement à l'ouest par une surface polie de faible dimension.

légèrement tronquée, sur laquelle l'ouvrier a fait le plus grand nombre de ses rainures.

On en remarque 4, et 4 cuvettes, puis 3 autres rainures plus petites, le long d'un des bords.

Séparée par une excavation recouverte de terre, une autre partie moins proéminente avec 2 rainures et une cuvette.

Les cuvettes sont moins accentuées que celles du précédent polissoir, les rainures offrent les mêmes dimensions, 0 m. 25 à 35 c. de longueur sur 0 m. 05 à

0 m. 06 de largeur, sur 0 m. 03 environ de profondeur.

Exposée aux intempéries, recouverte de lichens, la surface de ce polissoir n'est pas dans un aussi bon état de conservation que l'autre qui était protégé par la terre; aussi on n'y constate qu'une seule surface plane.

La section d'une des arêtes montre que c'est également un poudingue à texture saccharoïde.

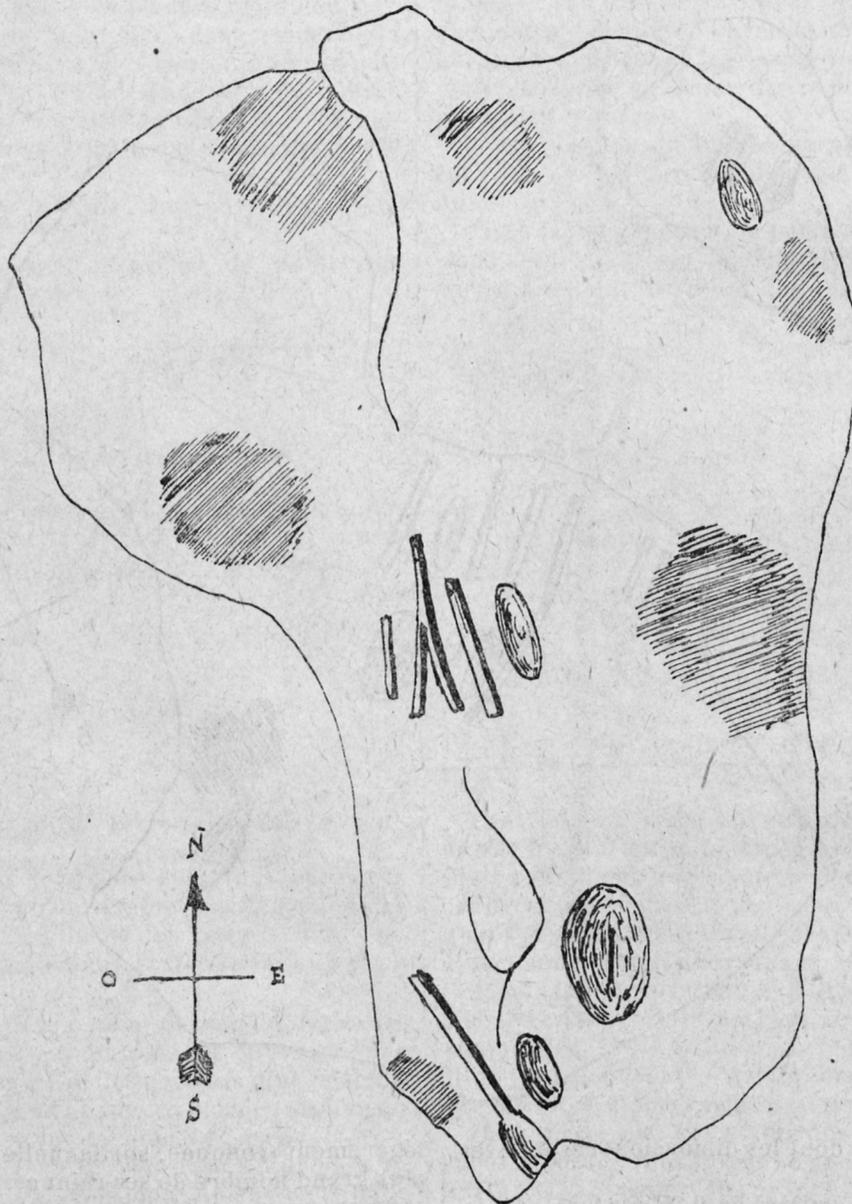
Tels sont, dans leur intégrité et dans un état de

rivières, et où on trouvait en plus des roches utilisables.

Indications : Ligne de Tours à Vierzon.

Station de Montrichard. Route d'Amboise. Prendre à deux kilomètres du passage à niveau un chemin qui descend à gauche vers Chissay, aller jusqu'à la première maison La Branchennière, (carte au 180.000). Prendre le sentier à droite jusqu'à un bouquet de bois à 200 mètres.

Station de Chissay. Remonter un kilomètre route de Chissay à Amboise. A 500 mètres des dernières maisons, prendre un sentier à droite, qui monte au plateau et mène au chemin creux bordé d'arbres et entouré de poudingues. (100 m. du précédent).



conservation relativement excellent, ces deux monuments qui représentent dans une si large part le préhistorique local. Il est regrettable qu'il y en ait un grand nombre de disparus, car à en juger par les nombreuses pièces qui restent du néolithique, il devait se trouver davantage de polissoirs et surtout dans les stations peuplées, comme celles du bord des

#### RADIOGRAPHIE ET FRACTURES

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

Le cliché que je publie ici donne une idée assez exacte de la curieuse déformation du pied observé chez un de mes malades à la suite d'une fracture bimalléolaire. La photographie a été prise avant toute

tentative de réduction, mais je dois avouer que les efforts tentés pour réduire la luxation du pied en avant n'ont donné qu'une bien médiocre correction et que le pied guéri ne différait pas sensiblement du pied avant la réduction. Le résultat fonctionnel obtenu est cependant très satisfaisant, ce qui tient au

mobilisation pour maintenir le pied relevé à angle droit.

L'histoire clinique du malade était la suivante :

Monté au haut d'une échelle très lourde, il tombe avec cette échelle le pied engagé dans les barreaux et l'échelle tombant sur le membre.



soin que j'ai eu de chercher à obtenir par le massage et les mobilisations précoces une ampleur de mouvements du cou de pied aussi grande que possible. La fixation du pied dans un appareil plâtré n'a été employée que comme adjuvant du traitement par la

Le mécanisme de la fracture difficile à élucider est donc vraisemblablement complexe ; il semble que le pied fixé entre les barreaux a offert en quelque sorte la jambe au choc de la lourde échelle tombant sur elle ; peut-être en plus y a-t-il eu torsion et divulsion

de l'articulation tibiopéronière, la pointe seule du pied se trouvant engagée.

Quoiqu'il en soit, le résultat était le suivant :

Fracture bimalléolaire siégeant à quelques centimètres des malléoles un peu plus haut au côté externe. Elargissement considérable du cou de pied par rupture des ligaments. — Issue de l'astragale hors de la mortaise tibiopéronière par propulsion en avant s'accompagnant d'un mouvement de torsion en dedans qui porte la queue de l'astragale en dehors et presque en avant de la malléole péronière.

Les deux malléoles ne se trouvent plus en selle que sur la queue de l'astragale et subissent un mouvement de descente considérable tel que la malléole péronière n'est plus qu'à 2 cent. du sol.

La fracture s'est en somme compliquée d'une luxation en avant presque complète de l'astragale et comme la haie calcanéo-astragalienne est restée intacte, le calcaneum a suivi l'astragale, de sorte qu'il n'y a plus de talon et que les malléoles répondent à l'extrémité postérieure du calcaneum.

La radiographie rend très bien compte de tous ces phénomènes ; le cliché obtenu ne laisse voir qu'imparfaitement la fracture bimalléolaire, mais il montre tel que je viens de le décrire le transport en avant du calcaneum et de l'astragale, l'absence de saillie talonnière la descente des malléoles et les rapports nouveaux qu'elles affectent avec les deux os du tarse.

La réduction a presque entièrement échoué ; en effet il a bien été possible de redresser l'axe du pied dévié en dedans mais je n'ai pu rentrer dans la mortaise la partie astragalienne qui en était sortie. Je ne puis dire si cette impossibilité est habituelle ou si elle tient à des circonstances particulières, il est bien certain en tout cas que le fragment inférieur très court des 2 os de la jambe n'est pas facile à immobiliser et que par suite la rentrée de l'astragale devient singulièrement malaisée.

La flexion du pied est limitée par l'astragale, moins cependant qu'il ne semblerait et la marche est possible sans boiterie (malgré un léger raccourcissement) et avec une certaine souplesse.

C'est qu'il ne se produit pas comme dans le pied bot congénital une augmentation de volume de l'astragale qui fait cal aussitôt que le pied se redresse.

L'échec de la réduction de l'astragale, quelque fâcheux qu'il soit pour l'aspect du membre, n'entraîne donc pas forcément une impotence fonctionnelle notable.

L'astragalectomie n'est donc point nécessairement indiquée, elle ne s'imposerait que si la limitation des mouvements du pied devenait gênante et donnerait alors un excellent résultat.

**Reconstituant du système nerveux**

**NEUROSINE PRUNIER**

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

## NOUVELLES

Le V. E. M. de 1901. Le prochain « Voyage des Sociétés Médicales aux Eaux Minérales Françaises » aura lieu dans la première quinzaine de septembre 1901.

Il comprendra les stations du Sud-Est de la France: Evian, Divonne, St-Gervais, Sanatorium d'Hauteville, Aix, Marlioz, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Allervard, Uriage, La Motte, Vals, Lamalou.

Comme les précédents V. E. M. qui ont eu un si grand succès en 1899 aux stations du Centre et en 1900 aux stations du Sud-Ouest — le V. E. M. de 1901 est placé sous la direction scientifique de M. le Professeur Landouzy, qui fait sur place des Conférences sur la Médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Le programme détaillé sera publié par M. le Dr Carron de la Carrière, organisateur des V. E. M. dès que les Compagnies de chemins de fer auront fait connaître leurs horaires d'été.

### LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN PROVINCE

Il est intéressant d'enregistrer les décisions différentes prises dans les divers départements en vue de lutter contre la tuberculose. C'est ainsi qu'alors qu'à Tours la Ligue juge préférable de borner son action à la ville elle-même, nous voyons à Poitiers prévaloir l'idée d'une fédération interdépartementale groupant des ressources pour une action commune.

Voici en effet la proposition faite par le Dr Jablonski, membre de la commission de la société des sciences médicales, chargée d'étudier la question d'un sanatorium pour les tuberculeux indigents de la région de l'Ouest.

Il y a urgence à constituer dans les départements de la Vienne, des Deux-Sèvres, de l'Indre, de la Charente-Inférieure et de la Vendée une *Ligue de défense contre la tuberculose* dont le but sera :

1° De vulgariser dans le public les notions qui peuvent permettre de lutter avec avantage contre la propagation de la tuberculose dans les familles, dans les écoles, dans les ateliers, dans les bureaux, dans les casernes et dans tous les milieux où l'être humain est livré sans défense à ce fléau social qui fait annuellement en France 150.000 victimes.

2° De mettre à la portée de tous (pauvres et riches) les moyens de guérison reconnus les plus efficaces.

La Ligue devra chercher à atteindre ce double but :

1° Par l'organisation de conférences publiques, par la publication de brochures, d'affiches et d'articles de journaux où les connaissances nécessaires pour combattre le fléau seront exposées en termes clairs, précis et dans un langage capable de frapper l'esprit des indifférents et des ignorants.

2° Par la constitution des ressources nécessaires pour faciliter, d'une part, la propagande et, pour permettre, d'autre part, la fondation d'un ou de plusieurs établissements sanitaires destinés aux départements de l'Ouest, — ou, tout au moins, et aussitôt que l'on aurait des ressources suffisantes, — l'envoi des malades indigents dans les sanatoria déjà créés.

#### Projet de constitution de la Ligue

Il faudrait nommer dans chacun des cinq départements de l'Ouest un *comité médical* de cinq membres élu par tous les confrères adhérents du département.

Les cinq comités médicaux réunis formeront le *comité central* de la Ligue qui se réunira à Poitiers tous les trois mois sur la convocation de son Président d'âge ou chaque fois que le quart des membres en fera la demande.

Ce comité sera présidé par le membre le plus âgé ; le plus jeune membre en sera le secrétaire.

La présence du tiers des membres du comité sera nécessaire pour la validité de ses délibérations.

Il sera tenu procès-verbal des séances. Ces procès-verbaux seront communiqués par les présidents des comités médicaux aux membres adhérents de chacun des départements.

Le comité médical de chaque département aura son président, son secrétaire et son trésorier, et, par conséquent, sa caisse et son administration autonomes.

Le comité central de la Ligue, composé exclusivement de médecins adhérents de la première heure, devra constituer à bref délai dans chaque département :

Un *comité d'organisation* chargé de recueillir les souscriptions, dons et legs, et de s'occuper de la création des sanatoria projetés.

Ces comités d'organisation comprendront :

1° Les membres souscripteurs de l'œuvre ;

2° Les membres bienfaiteurs, id.

3° Les membres fondateurs, id.

4° Les membres fondateurs perpétuels d'un lit.

Le titre de *membre souscripteur* de l'œuvre appartiendra à tous ceux qui auront souscrit pour une somme quelconque inférieure à cent francs, avant la constitution définitive de la Ligue.

Après cette constitution, ce titre ne pourra s'obtenir que par le versement d'une cotisation annuelle de cinq francs au minimum ou par une souscription d'au moins 25 francs une fois donnés.

(Ces sommes pourront être appliquées à la propagande).

Le titre de *membre bienfaiteur* de l'œuvre sera conféré à toute personne qui versera une somme de 100 francs.

Le titre de *membre fondateur* sera conféré à toute personne qui versera la somme 500 francs.

Le titre de *membre fondateur perpétuel d'un lit* sera conféré à toute personne qui donnera une somme de 10.000 francs.

Les sommes versées par les membres bienfaiteurs et fondateurs seront exclusivement réservées pour les sanatoria à édifier et déposées provisoirement dans les caisses de l'Etat ou caisses d'épargne par les soins du trésorier du comité d'organisation de chaque département.

Les sommes versées par les membres souscripteurs seront mises à la disposition des comités médicaux et d'organisation qui les utiliseront, en tout ou en partie, pour les besoins de la propagande, sauf à justifier de leur emploi devant le *conseil supérieur de la Ligue*.

Le *conseil supérieur de la Ligue* sera composé de 25 membres des *comités médicaux* et de 25 autres membres élus par les *comités d'organisation*. (Les dames pourront faire partie du conseil supérieur.)

Les comités d'organisation devront donc nommer chaque année cinq délégués par département.

Le conseil supérieur se réunira au moins une fois l'an dans un des chefs-lieux des départements de l'Ouest (Vienne, Vendée, Deux-Sèvres, Indre, Charente-Inférieure). Il aura pour mission de contrôler les actes et les dépenses de tous les comités. Il prendra toutes les mesures nécessaires au bon fonctionnement et au développement de la Ligue et tous ses efforts tendront à la réalisation du but humanitaire qu'elle se propose.

Le conseil supérieur élira tous les ans, au scrutin secret, son bureau composé d'un président, de quatre vice-présidents, d'un secrétaire, d'un secrétaire adjoint et d'un trésorier. Ces huit membres constitueront le *Bureau de la Ligue de la défense contre la tuberculose dans la région de l'Ouest*.

Le Bureau siègera en permanence et provoquera, s'il le juge utile, des réunions extraordinaires du conseil. Dans toutes ses délibérations, le président aura voix prépondérante.

## ANALYSES

*L'Électricité et la Thérapeutique moderne*, par Ch. CHARDIN, Officier de l'Instruction publique, électricien spécialiste. Un vol. in-8 avec figures, relié toile, 2 fr. 50.

*L'Électricité et la Thérapeutique moderne* est une œuvre originale d'une hardiesse particulière. L'auteur, Ch. CHARDIN, électricien spécialiste, démolit nettement les théories acceptées jusqu'à ce jour, par le raisonnement et par des exemples puisés aux sources en renom.

Contrairement aux habitudes modernes, il remplace les théories anciennes par une théorie personnelle, simple, résumée en deux articles de lois, appuyées sur des observations précises, facilement assimilables par des comparaisons et des rapprochements d'une vérité saisissante.

Cet ouvrage concis, bien étudié, bien documenté, fera sensation dans le monde médical.

Les uns y trouveront le moyen de compléter facilement leur éducation électrique sans perte de temps, sans effort mental.

Les autres verront une voie toute nouvelle pour l'édification de théories simples et d'un succès assuré.

Quant à la *jeune école* en cours d'éducation médicale, elle pourra enfin comprendre l'électricité, s'y intéresser, la pratiquer avec goût, et faire profiter sa génération de cet élément de l'av'nir !

#### DES EFFETS DE LA CRÉOSOTE SUIVANT SES DOSES ET SON MODE D'EMPLOI.

Si la médecine en est encore à rechercher la substance capable d'entraver chez l'homme le développement et la multiplication du bacille de Koch, elle possède du moins certains agents qui exercent une action favorable sur l'évolution de la maladie. Au premier rang de ces agents est la créosote, qui malgré la vogue si justifiée du traitement hygiénique, a néanmoins conservé toute la faveur dont elle jouissait et constitue le plus utile adjuvant du repos, de l'aération et de la suralimentation.

Étudié *in vitro*, mêlée à des cultures sur agar ou à du sérum gélatinisé, la créosote se manifeste comme un antiseptique qui contrarie notablement la prolifération des bacilles. Il serait téméraire de dire qu'elle agit de même, du moins à un égal degré, dans l'organisme. Néanmoins, depuis 1877, époque à laquelle Bouchard et Gimbert rappelèrent la créosote à l'attention du corps médical, divers médecins, tels que Grancher, Sommerbrodt, Debove, Hérard et Cornil, Fraentzel, Daremberg, Bouchonneff, constatèrent que la créosote tarissait les sécrétions bronchiques anormales et produisait une sclérose limitante autour des foyers tuberculeux. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'observer des faits semblables, surtout lorsque la créosote a été administrée sous une forme et à des doses que tolère l'organisme.

L'observation clinique et l'expérimentation ont, en effet, démontré que le mode d'administration de la créosote avait sur son action la plus grande influence et que, d'autre part, les effets du médicament employé sous forme d'inhalations, pulvérisations, injections sous-cutanées, voire même trachéales, étaient incertains, pour ne pas dire dangereux. Aussi la pratique médicale a-t-elle adopté d'une façon presque universelle l'administration par la *voie stomacale*, qui est, au dire des maîtres les plus compétents en la matière, la voie la plus recommandable.

Certes, en opérant ainsi, on ne peut introduire dans l'organisme de hautes doses de créosote, mais heureusement pour les malades ; car « la créosote à haute dose est un médicament dangereux, quelle que soit la voie par laquelle on l'a introduite dans l'organisme ; elle peut alors provoquer des troubles digestifs, des hémoptysies mortelles, des poussées tuberculeuses nouvelles dans les poumons ou dans les organes éloignés comme le fait la lymphé de Koch » (1).

La presque unanimité des médecins s'en tient donc aux doses que Bouchard et Gimbert indiquèrent dans leurs premières recherches et qui allaient de 30 à 60

centigr. par jour. Daremberg, qui a une si grande habitude des tuberculeux, ne dépasse pas 50 centigr. en moyenne ; il ne s'élève à 1 gramme que chez les phthisiques qui ont un estomac d'une complaisance peu commune. Ces doses suffisent pour modifier favorablement les sécrétions bronchiques et les lésions pulmonaires. Encore faut-il, dans un traitement de longue durée, les fractionner et les administrer sous la forme, préconisée par Bouchard et Gimbert, « de solution complète et forte ment étendue ».

Ces considérations nous amènent à signaler les excellents résultats que nous a donnés une préparation réalisant ces desiderata et connue sous le nom de Solution Pautauberge au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté. C'est en s'inspirant à la fois de l'observation clinique et de l'expérience de la médication créosotée, que son auteur est arrivé à constituer un produit qui n'a aucun des inconvénients de la créosote. Cette substance entre dans sa composition à raison de 0.10 centigr. par cuillerée à potage. Grâce à sa redistillation et à sa solution dans un liquide susceptible d'être étendu d'eau à volonté, la créosote n'a aucune action caustique ni irritante sur les voies digestives, dont elle est, en l'espèce, l'antiseptique de choix. Avec le chlorhydrophosphate de chaux qu'on a eu l'excellente idée d'incorporer à la solution de créosote, la Solution Pautauberge fournit le maximum d'effet qu'on puisse attendre et de la créosote et du phosphate de chaux. Outre son action spéciale et antiseptique sur les lésions pulmonaires, elle relève l'appétit et facilite la digestion, elle augmente les forces et la vitalité des sujets, en leur restituant l'acide phosphorique qu'ils dépensent toujours en excès. Elle est, en somme, comme l'hygiène et ses divers moyens qu'elle seconde singulièrement, l'un des facteurs essentiels du traitement classique de la tuberculose.

#### VARIA

Notre confrère la D<sup>r</sup> 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-tannique phosphaté.

#### Succédané de l'huile de foie de morue

Maladies de poitrine, misère physiologique, lym-phatisme, 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 antidépresseurs, 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.

(1) DAREMBERG, *Traité de la Phthisie pulmonaire*, tome I, page 193.