

SUR L'OSTÉITE DE CROISSANCE ET LE RACHITISME TARDIF

Par le D^r BÉZY

Chargé de Cours de clinique infantile à l'Université de Toulouse.

Leçon recueillie par M. Sarda, externe du service

MESSIEURS,

La jeune fille que nous venons d'examiner, il y a quelques instants, a présenté et présente encore des accidents singuliers du côté du système osseux.

Nous avons essayé plusieurs modes de traitement correspondant à des diagnostics différents sans jamais arriver à un résultat satisfaisant. Nous allons, si vous le voulez bien, étudier ensemble cette maladie intéressante au double point de vue clinique et pathogénique.

Marie L... âgée de 12 ans 1/2, nous est conduite en novembre 1898 pour des douleurs très vives localisées dans les deux genoux.

Elle est en pleine période de croissance, et il est entendu que nous désignons par ce terme la période qui s'étend environ de 12 à 15 ans, où l'enfant se transforme, où la fonction de reproduction va s'éveiller, où le système osseux doit fournir un surcroît de travail.

Ces douleurs au niveau des genoux nous ont fait penser à du rhumatisme, quoique il n'y eut pas de gonflement articulaire.

De ce diagnostic découlait tout naturellement le traitement par le salicylate de soude.

L'état ne s'étant pas amélioré, nous essayons au bout de quelque temps le salicylate de méthyle qui ne donne pas de meilleurs résultats.

Devant un échec aussi complet nous avons examiné de nouveau notre malade et nous avons pensé alors qu'il s'agissait peut-être d'une arthropathie nerveuse.

Traitée par l'électricité elle nous est revenue le 18 janvier 1899 dans un plus mauvais état qu'au début. Il ne s'agissait pas alors de douleurs au niveau des genoux, mais de douleurs étendues à toutes les articulations, de plus l'articulation tibio-tarsienne aurait été, d'après la mère, augmentée de volume ; mais rien ne le prouve.

A ce moment une palpation attentive nous démontre que les points douloureux sont localisés au niveau des cartilages diaphyso-épiphysaires des membres.

Nous avons cru tenir le filon nécessaire et nous avons porté le diagnostic d'ostéite de croissance ?

Qu'est-ce donc que l'ostéite de croissance et qu'appelle-t-on en général maladies de croissance ?

On a beaucoup écrit sur cette question, le public a accepté avec enthousiasme tout ce qu'on a voulu lui dire, mais depuis quelques années on a repris la question et on a essayé de bien spécifier ce qu'il fallait entendre par affection de croissance.

La céphalée de croissance si bien décrite par Blache, Comby et Jules Simon, la croissance exagérée, les douleurs diverses, la pseudo-hypertrophie du

cœur, sont autant de maladies attribuées à la croissance.

Je ne m'arrêterai pas aujourd'hui à leur description, ni à discuter le rôle de la croissance, qui semble être plutôt un milieu qu'une cause, comme la dentition, pour la poliomyélite, comme le dit P. Marie.

De même, ces douleurs osseuses si fréquentes, les exostoses que Broca et ses élèves ont signalées, la scoliose des adolescents et surtout l'ostéite de croissance que seule j'étudierai ici.

L'ostéite de croissance a des partisans convaincus ainsi que des adversaires non moins résolus : aussi a-t-elle été adoptée et niée tour à tour.

Bouilly, Dauchez, Bouchard, décrivent un type spécial apparaissant toujours pendant la croissance se manifestant par des douleurs au niveau des cartilages épiphysaires et dû à ce fait qu'à ce moment ce cartilage est surchargé de travail ; il pourrait même y avoir inflammation, c'est-à-dire ostéite et quelquefois suppuration épiphysaire.

Accuser la croissance de créer la suppuration d'un cartilage n'est plus admis depuis Pasteur : nous savons qu'il faut qu'il y ait d'abord infection microbienne.

Comby, dans les Archives générales de Médecine, accepte le fait clinique, mais l'appeler ostéite, c'est-à-dire maladie à lésions osseuses, lui semble exagéré, ce seraient de simples phénomènes nerveux.

On en était resté là pendant 5 ou 6 ans, lorsque Barbillon, dans un article paru dans la *Revue des Maladies de l'Enfance*, avança nettement ce fait : l'ostéite de croissance n'existe pas, c'est une simple vue de l'esprit.

Il divise ces maladies en deux catégories :

Les unes n'ont pas de lésions osseuses et par conséquent ne sont pas des ostéites, les autres ont des lésions osseuses et alors il ne s'agit plus d'ostéite mais d'ostéomyélite atténuée.

Elle ne serait pas grave, en effet, et n'arriverait jamais à la suppuration.

Les divers auteurs se rangèrent soit à l'opinion de Bouilly, soit à celle de Barbillon et la lutte commença entre les deux camps.

De nos jours, il semble que l'ostéite de croissance soit admise par tous les chirurgiens, notamment par Poncet dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, mais elle ne suppurerait jamais. Sa durée serait excessivement variable. Il a proposé de lui donner le nom d'ostéite plastique pour indiquer qu'elle ne suppure pas. On trouve dans l'article de l'éminent chirurgien de Lyon cette phrase qui résume bien la question : « La description de cette maladie n'existait autrefois que dans les traités de médecine d'enfants, et était insuffisante. » Les caractères sont les douleurs épiphysaires, avec ou sans fièvre, en imposant souvent pour des douleurs rhumatismales. Vous voyez que cette ressemblance avec le rhumatisme nous a aussi trompés au début.

Revenons à notre malade, et voyons si nous devons conclure à une ostéite de croissance ? Sans doute, cette

enfant est en période de croissance, elle a des douleurs au niveau des cartilages épiphysaires, deux caractères qui rapprochent son affection de notre diagnostic; mais deux faits nous en éloignent. Elle ne grandit pas : elle porte, en effet, la même robe depuis deux ans et elle ne lui est pas courte. De plus les épiphyses sont volumineuses.

Il nous faut donc chercher un nouveau filon.

Il s'en présente un tout naturellement à l'esprit : C'est le rachitisme tardif.

Quoique bien étudiée par Estor dans le *Montpellier médical*, Deydié (de Lyon), Duplay, etc., cette affection est encore mal connue. Le développement anormal des épiphyses chez notre malade pourrait y faire songer si nous pouvions y ajouter les anomalies de croissance des os (genu valgum, scoliose, etc.) Néanmoins, c'est une hypothèse et elle a sa valeur.

Nous voilà donc hésitant entre deux diagnostics : l'ostéite de croissance, le rachitisme tardif.

Il ne faudrait pas croire cependant qu'un vide immense sépare ces deux affections; le rachitisme, comme l'ostéite, a pour point de départ une infection, et je me demande si nous ne pourrions classer notre malade entre les deux.

D'un autre côté s'il y a eu infection générale, n'y a-t-il pas eu aussi un rôle trophique joué par le système nerveux chez cette enfant qui a présenté, comme vous l'avez vu, de l'anorexie et de la céphalée postérieure ?

Enfin l'hérédité n'est-elle pas à considérer ?

En interrogeant la mère qui est très petite, nous avons su qu'elle aussi pendant sa croissance avait été éprouvée par divers accidents qui ont disparu vers l'âge de 18 à 20 ans.

Ainsi donc voilà une enfant qui fait des troubles osseux dus à une cause générale.

En résultera-t-il une ostéite simple, une ostéomyélite, du rachitisme tardif ?

Nous ne pouvons rien affirmer aujourd'hui. Il faut attendre et la seule conduite à suivre est de lui conseiller l'hydrothérapie, le repos et les toniques. C'est ainsi que spectateurs attentifs pour le moment nous pourrions agir de telle ou telle manière suivant la marche de l'affection. (1)

STATISTIQUE COMPLÈTE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES EN 1901

Par le D^r L. LAPEYRE

Je donne ici la statistique complète des opérations pratiquées par moi en l'année 1901, tant dans mon

(1) L'enfant qui a fait le sujet de cette leçon a été suivie jusqu'en février 1900, époque à laquelle elle a été présentée par moi à la Société de médecine de Toulouse, ainsi que ses radiographies. Elle portait alors les renflements épiphysaires caractéristiques du rachitisme tardif. — La question fut alors discutée devant cette société de savoir s'il n'y avait pas un rapprochement à faire entre le rachitisme tardif et l'ostéite de croissance. (V. *Bulletin de la Société de Médecine de Toulouse*, séance du 1^{er} février 1900). P. Bézy.

service d'hôpital qu'à la maison de Santé Saint-Gatien ou en ville.

Dans les 303 interventions qui composent cette statistique sont comprises seulement les opérations qui méritent vraiment ce nom à quelque titre, soit parce qu'il a fallu recourir à l'emploi de l'anesthésie générale, soit parce qu'il s'est agi de manœuvres réglées constituant un acte opératoire véritable.

Ne sont comptées par suite ni les incisions ou ponctions d'abcès, curettages de ganglions, ponctions d'hydrocèles suivies d'injections iodées, non plus que les thoracentèses pratiquées pour pleurésie séreuse. Ces minimes interventions enlèvent, il est vrai, les statistiques mais elles les faussent aussi singulièrement, car si elles ne donnent aucune mortalité, elles n'ont aussi rien de comparable avec ce qu'il faut entendre par une opération chirurgicale.

Même après élimination de tous ces faits peu intéressants, les interventions bénignes restent suffisamment nombreuses encore pour que les résultats bruts de la statistique n'offrent qu'un intérêt relatif et qu'une analyse plus exacte soit nécessaire.

Statistique pour 1901

Nombre des opérations : 303.	Chloroforme	225	Anesthésie
Morts : 40	Ether	7	générale.
Soit une mortalité de 3,32 0/0.	Par injection intrarachidienne	8	Anesthésie
	— sous-cutanée	63	à la cocaïne.

Ces 303 opérations se décomposent ainsi suivant les régions :

Opérations sur la tête et la face : 33. Mort : 0.	a	Kystes sébacés (ablation) 7 (Cocaïne).
	b	Cancroïdes, 8.
	c	Lupus (curettage et cautérisation au chlorure de zinc à 1/10) 2 (Cocaïne).
	d	Trépanation pour plaie pénétrante du crâne par balle de revolver, 1.
		pour mastoïdite suppurée, 3.
	e	Enucléation de l'œil, 1.
	f	Ablation d'un polype nasopharyngien, 1.
	g	Bec-de-lièvre { Simple, 2 (2 succès). Bilatéral complexe (2 opérations sur le même enfant).
	h	Epithélioma lèvres, 5 (3 fois ablation ganglions sous-maxillaires).
	i	Grenouillette (incision, excision partielle, chlorure de zinc) 1.
Sur le cou : 17. Mort : 1.	a	Ablation cicatrice vicieuse, 1.
	b	Kyste sébacé, 1 (Cocaïne).
	c	Lipome de la nuque, 2.
	d	Epithélioma, 1.
	e	Trachéotomie, 1 (pour œdème de la glotte) 1 mort.
	f	Ablation ganglions tuberculeux non suppurés, 5.
Sur le thorax : 29. Mort : 0.	g	Ablation et curettage ganglions suppurés, 3.
	h	Phlegmons suppurés du cou avec ostéite du maxillaire opérés sous le chloroforme, 3.
	a	Molluscum, 1 (Cocaïne).
	b	Adénofibrome du sein, 6.
	c	Cancer du sein, 16 (avec curage de l'aisselle dans tous les cas).
	d	Résections pour tuberculose costale, 3.
	e	Pleurotomie, pour pleurésie purulente, 3 (Cocaïne).

Opérations sur l'abdomen et le tube digestif: 47. 4 morts.	a Hernies.	{ Etranglées, 10 (1 mort). Cures radicales, 10, dont 1 avec orchidopexie.
	b Eventration.	{ Cure radicale, 1. à chaud, 9.
	c Appendicites	{ à froid, 7.
	d Laparotomies	{ Exploratrice pour cancer du pancréas et de l'intestin, 1 (1 mort). Pour péritonite tuberculeuse, 4. Pour occlusion, 1 (1 mort). Gastrostomie, 1 (2 mois de survie).
	e Opérations sur l'estomac	{ Gastroentérostomie, 2 (1 mort de congestion pulmonaire). Anus iliaque pour cancer du rectum (survie de six mois).
	f Intestin	{
Sur l'appareil urinaire: 10. 2 morts.	a Polypes de l'urètre (femme) 2 (Cocaïne).	
	b Abscès urinaux (homme) 2.	
	c Lithotritie (homme) 2.	
	d Urétrotomie externe pour rupture urètre et suture, 1 (guérison complète).	
	e Nephrotomies, 3	{ 2 pour anurie (2 morts). 1 pour pyélonéphrite suppurée (guérison complète).
Sur les organes génitaux de l'homme: 18. Mort: 0.	a Phimosis (circoncision) 7.	
	b Hydrocèles (cure radicale) 8.	
	c Epidiymectomie (pour tuberculose) 1.	
	d Amputation de la verge pour cancer, 2 (Curage de l'aîne, 1 fois).	
Sur les organes génitaux de la femme: 56. Morts: 3.	a Vulve, 3	{ Altrésie cicatricielle, 1. Molluscum, 1. Epithélioma, 1. Colpopérinévrachie, 5, dont 3 avec élytrorrhaphie.
	b Vagin, 11	{ Fistule vaginorectale, 1 (occlusion). Colpotomie postérieure, pour suppuration pelvienne, 5. Curettages, 12, dont 4 avec opérations de Schröder (1 mort par tétanos). Pour infection puerpérale, 3 (1 mort). Curage pour cancer, 3. Hystérectomies vaginales, 9 (5 pour annexites doubles dont 4 suppurées. 3 pour fibromes, 1 pour cancer.) Hystérectomies abdominales, 5 (dont 2 pour salpingites suppurées et 3 pour fibromes).
	c Utérus, 32	{ Pour kyste de l'ovaire, 2. Pour salpingite, 7, dont suppurées, 1 mort. Pour hematosalpinx, 1.
	d Annexes 10.	{
	a Extraction de corps étrangers (aiguilles) 2 (Cocaïne).	
	b Ligature de la cubitale pour hématome de l'avant-bras consécutif à la blessure de l'artère par une balle, 1.	
	c Réduction de luxation de l'épaule sous le chloroforme, 2.	
	d Lipome épaule et bras (ablation) 2.	
	e { Ablation de ganglions tuberculeux de l'aisselle, 2. Récidive ganglionnaire dans l'aisselle, 1.	
	f Section de tendons, 2 (Cocaïne).	
Opérations sur le membre supérieur: 30. Mort: 0.	g Excision de synoviales tuberculeuses, 4	
	h Evidement osseux pour ostéomyélite ancienne, 4	
	i Suture de l'humérus pour pseudarthrose, 1.	
	j Opération sur un cal exubérant, 1.	
	k Libération des doigts (syndactyle, suite de brûlures) 1.	
	l Amputations	{ bras 2. avant-bras 3. des doigts 3.

Sur le membre inférieur: 36. Mort: 0.	a Extraction de balle, 1 (Cocaïne).	
	b Ongle incarné (opération de Quenu) 6 (Cocaïne).	
	c Hallux valgus (excision cunéiforme) 2.	
	d Exostose sous unguéale, 2.	
	e Ostéotomie du cal dans la fracture de Dupuytren, 1.	
	f Opération de Phelps, 1.	
	g Greffes de Thiersch, 2 (sous le chloroforme pour sphacèle de la peau de toute la région antérieure de la jambe.)	
	h Tumeurs malignes de l'aîne, 2	{ 1 adénosarcome primitif. 1 tumeur consécutive à un épithélioma de la vulve.
	i Arthrotomie pour suppuration, 2	{ Genou, 1. Cou de pied, 1.
	j Ablation ostéosarcomes, 5 (3 opérations sur le même malade.)	
Sur le rectum et l'anus: 27. Mort: 0.	k Ostéomyélites 4	{ Aiguës, 3. Ancienne, 1.
	l Tuberculose du pied: Tarsectomie partielle, 2.	
		{ Guisse, 2 (1 pour ostéosarcome récidivant; 1 pour arthrite tuberculeuse du genou).
	m Amputations	{ Jambe, 2 (1 pour écrasement; 1 pour tuberculose du pied). Orteils, 2 (1 avec élongation des nerfs plantaires pour mal perforant).
	a Dilatation anale, 4.	
	b Ablation d'hémorroïdes, 5. (2 opérations de Withehead, 3 dilatations et ablations au thermocautère.)	
	c Fistules	{ Anales, 8. Tuberculeuse de l'ischion, 1.
	d Cancer du rectum, 4	{ 1 pour cancer anal (3 pour cancer ablation périnéale, 4 haut situé).

Mortalité opératoire. — En tête de cette statistique j'en ai donné les résultats bruts. 303 opérations ont donné 10 morts, soit une mortalité de 3,32 0/0.

J'ai de plus noté que si 63 opérations dont plusieurs kélotomies ont été faites avec l'anesthésie locale par la cocaïne, 240 ont nécessité l'anesthésie générale, ce qui ne laisse pas que de former un chiffre relativement élevé d'interventions sérieuses, aussi cette proportion de 3,32 0/0 peut-elle être considérée comme extrêmement satisfaisante et peut-être au dessous de la moyenne annuelle habituelle.

C'est qu'en effet la chirurgie d'urgence compte pour une forte proportion dans le chiffre total des interventions et tout le monde sait que « cette chirurgie de garde » comme on dit dans les hôpitaux est la plus meurtrière de toutes.

De jeunes chirurgiens du bureau central à Paris ont courageusement donné la statistique des interventions pratiquées par eux d'urgence dans les hôpitaux de Paris pour occlusions, hernies étranglées, appendicites perforantes, plaie pénétrante du crâne et de l'abdomen et ont trouvé que la mortalité approchait de 25 0/0.

Dans une statistique globale comme la nôtre, la proportion donnée par la chirurgie d'urgence grève donc singulièrement la proportion générale.

Cette année sur 10 morts, 6 ressortissent à la chirurgie d'urgence.

Ce sont :

2 Nephrotomies pour anurie complète.

- 1 Kélotomie pour hernie crurale étranglée.
- 1 Trachéotomie pour œdème de la glotte.
- 1 Curage pour infection purpurale.
- 1 Laparotomie pour occlusion intestinale.

Et cette proportion de 6 sur 10, quelque élevée qu'elle soit, je la considère comme exceptionnellement favorable; en effet les mauvais cas rencontrés n'ont pas été trop nombreux.

L'occlusion intestinale ne s'est présentée que deux fois dans l'année donnant une mort; aucun cas de péritonite généralisée au cours de l'appendicite n'a été rencontré par moi, enfin l'infection puerpérale par rétention placentaire n'a exigé que trois interventions avec une mort.

C'est là une série plutôt heureuse et je ne puis guère me plaindre que d'avoir deux fois de suite été en présence d'une anurie complète exigeant l'intervention d'urgence.

La première fois il s'agissait d'anurie calculeuse chez un homme ayant oblitéré depuis longtemps l'un de ses uretères, le malade a succombé 24 heures après l'opération.

La deuxième fois la mort a été plus rapide encore, mais aussi plus fatale.

Il s'agissait d'une femme atteinte de pyélonéphrite supprimée depuis longtemps, qui brusquement fait de l'anurie complète. Le rein gauche était énorme, et manifestement malade. Rien du côté droit. La néphrotomie est pratiquée et à l'autopsie on trouve qu'il n'y avait qu'un rein. Le droit n'existait pas, et ainsi s'expliquait cette anurie brusque et complète peu explicable au cours d'une pyélonéphrite unilatérale.

Le malade trachéotomisé pour un œdème de la glotte dont la cause est restée ignorée a succombé brusquement 24 heures après.

La respiration se faisait bien; la canule fonctionnait parfaitement, la mort dont la cause reste inconnue n'avait en tout cas aucune relation avec la trachéotomie.

Cette chirurgie d'urgence mise à part, il reste 4 décès qui constituent le passif réel des opérations faites en 1900.

De ces 4 décès, l'un a succédé à une laparotomie purement exploratrice faite pour une tumeur maligne du pancréas et de l'intestin jugée inopérable dès l'ouverture du ventre.

Mort en 36 heures, ce qui pour n'être pas très rare en pareil cas n'en reste pas moins un peu déconcertant.

Une 2^e malade opérée de gastroentérostomie pour cancer étendu au pancréas et au duodénum a succombé le 11^e jour à des lésions de congestion pulmonaire.

L'autopsie faite a prouvé qu'il n'y avait aucune lésion péritonéale. Les sutures avaient parfaitement tenu et la bouche anastomotique qui avait du reste parfaitement fonctionné était très satisfaisante.

L'opération avait été faite trop tardivement comme cela arrive si souvent.

Les pièces ont été du reste présentées à la Société médicale d'Indre-et-Loire.

Une 3^e malade a succombé à une péritonite septique le 3^e jour, elle avait été opérée pour une pyosalpingite adhérente.

Cet accident regrettable aurait peut-être été évité si j'avais fait d'emblée l'hystérectomie abdominale.

Enfin la dernière mort, la plus malheureuse, est due au tétanos.

L'accident est survenu dans les conditions les plus pénibles pour une intervention de complaisance pour ainsi dire, et de gravité insignifiante.

Il s'agissait d'un Schroder pour métrite chronique avec gros col, l'opération avait été faite après que toutes les précautions habituelles avaient été prises à la maison de santé.

Les suites avaient été excellentes, les fils avaient été enlevés le 7^e jour, le 8^e le tétanos se déclarait, la mort survenait foudroyante en 48 heures. Comment expliquer cet accident inattendu, exceptionnel? Ni l'opérateur, ni l'aide n'avaient vu depuis longtemps de tétanos; la chambre de la malade, ni la salle d'opération n'en avaient jamais reçu. Le même jour, les jours d'avant et d'après, les mêmes instruments ont servi à une série d'opérations, aucun autre accident ne s'est montré. Il faut donc penser que la malade avait apporté le bacille avec elle et que la plaie opératoire a permis l'infection.

Il a été possible de relever le fait que la malade soignait elle-même un cheval qui lui appartenait et qu'avant d'entrer à la maison de santé — 2 jours avant, — elle s'était encore rendue dans l'écurie.

Quoiqu'il en soit c'est là un fait exceptionnellement malheureux, qu'explique l'extraordinaire résistance à la destruction, du bacille de Nicolaïer.

L'acte opératoire lui-même n'a été que l'occasion; une simple écorchure pouvait tout aussi bien devenir la cause de mort et cependant devant un tel fait on se prend pendant un temps à penser qu'une injection préventive de sérum anti-tétanique avant d'opérer, serait seule capable de toujours prévenir un pareil désastre.

* *

J'ai envisagé jusqu'ici la mortalité en distinguant les opérations d'urgence des opérations de choix, il n'est pas sans quelque intérêt d'envisager cette mortalité en considérant les régions et les appareils.

Tout de suite en effet 2 groupes apparaissent ici: le 1^{er} groupe comprend 173 observations portant sur la tête, la face, le thorax, les membres, l'appareil génital de l'homme, le rectum et l'anus; ces 173 opérations n'ont donné aucune mort.

Les cas d'urgence ont été rares dans ce groupe et les interventions sérieuses, amputations, résections, ablation du rectum se sont toutes dénouées heureusement.

Le 2^e groupe renferme 130 opérations portant sur le cou, l'abdomen et l'intestin, les organes urinaires, l'appareil génital de la femme.

La chirurgie d'urgence avec 28 opérations seulement (1 trachéotomie, 10 kélotomies, 9 appendicites à chaud, 2 occlusions, 1 uréthrotomie externe, 2 uréthrotomies pour anurie, 2 curages pour infection puerpérale) a donné 6 morts, soit plus de 22 0/0.

Et cependant les 9 appendicites observées à chaud n'ont donné aucun décès.

Les 102 opérations restantes ont donné 4 morts, soit 4 0/0, proportion qui redevient satisfaisante en dépit de ce déplorable cas de tétanos.

Et si nous mettons à part les céliotomies tant par l'abdomen que par le vagin pratiquées dans un but gynécologique, ce que font d'habitude les statistiques, nous trouvons:

29 opérations se décomposant ainsi :

Colpotomies post.	5	{ Par le vagin,	9
Hystérectomies	14	{ Par l'abdomen,	5.
		{ Pour kystes,	2.
Laparotomies	10	{ Hématosalpinx,	1.
		{ Salpingites,	7.

Avec 1 mort soit 3,40 0/0.

Ce résultat est encore très favorable, l'unique mort survenue s'est produite pour un cas de pyosalpingite et il est à noter que les deux tiers des salpingites opérées contenaient du pus.

Résultats éloignés. — Voici le décompte de tous les cas de mort survenus à la suite de l'opération, directement ou non ; restent à étudier les résultats plus ou moins éloignés de certaines interventions.

Chirurgie du cancer. — Une gastrostomie, une gastroentérostomie, un anus iliaque pour cancer n'ont donné que des succès variant de six semaines à six mois. Cela est très médiocre, mais il faut le dire, à chaque fois il s'agissait de malades arrivés à la période ultime et le résultat ne pouvait guère être meilleur.

Sur 16 cancers du sein, 2 ont été revus dans les six mois avec récédive ; en se reportant aux opérés des années précédentes, je crois que quelques opérés ne récidiveront pas ; d'autres reviennent au bout d'un, deux, trois ans, avec des récédives opérables.

Quelques-uns, enfin, récidivent avec une rapidité extrême et d'emblée inopérable. Les retards apportés à l'opération et la forme même du néoplasme expliquent ces différences d'évolution.

Le cancer de l'utérus m'a donné, par l'hystérectomie vaginale, deux succès datant de 4 à 5 ans : il s'agissait de la forme intracervicale, certainement la plus favorable.

Un seul a été opéré en 1901. La malade a récidivé en six mois.

Les opérations palliatives, le curage, m'ont donné presque toujours des résultats très appréciables, des améliorations de six et huit mois.

Un cas de cancer haut situé du rectum, remontant à 15 cm, opéré en janvier 1901, m'a donné jusqu'à ce jour une guérison complète par l'ablation périméale. La voie périméale est vraiment de beaucoup la meilleure, l'opération peut être poussée très haut. Le danger est minime et les résultats très encourageants. Cette année même j'en ai encore obtenu de beaux résultats.

Les ostéosarcomes et adénosarcomes constituent l'une des affections les plus rebelles à la cure chirurgicale ; cette année encore, 3 opérations pratiquées sur le même malade ont abouti à l'amputation ; un adénosarcome de l'aîne a récidivé au bout de 3 mois. La malade n'est cependant pas encore morte.

Chirurgie de la tuberculose. — 4 laparotomies pour péritonite tuberculeuse ont donné deux insuccès et deux succès ; encore un de ces derniers est-il incomplet, une fistule purulente subsiste.

Chirurgie abdominale. — Par contre les résultats éloignés de toutes les interventions gynécologiques, de toutes les opérations d'appendicite à froid ont été excellents.

La transformation de tous ces malades est étonnante ; les appendiculaires engraisissent et reviennent à la santé, après l'ablation de l'appendice.

De même, les opérées d'annexites surtout peut-être dans les formes graves, surtout dans les cas d'ablation totale par le vagin ou l'abdomen de l'utérus et des annexes retrouvent la santé complète.

Dans les cas légers conserver un ovaire ou fragment d'ovaire, dans les cas graves, faire l'ablation totale, telle paraît être la formule qui donne le plus de satisfaction.

Je noterai que deux appendicites opérées à chaud en 1901 sans ablation du vermium ont dû être réopérées depuis à froid à la suite de nouvelles crises.

L'infection des plaies opératoires a été excessivement rare, quelques cas à peine de suppuration légère.

Je n'ai jamais eu encore un seul cas d'éventration après laparotomie ou appendicectomie à froid et dans ce dernier cas, je fais toujours l'incision de Roux, considérée cependant comme moins avantageuse pour la solidité future de la paroi.

Choix des procédés opératoires. — Je reste fidèle à l'hystérectomie vaginale dans nombre de cas de suppuration des annexes, particulièrement dans les suppurations aiguës.

La colpotomie postérieure en pareil cas m'a aussi donné de beaux succès, succès parfois définitifs, en tous cas elle constitue une intervention d'urgence précieuse que complète plus tard l'hystérectomie vaginale.

Encore à l'heure actuelle, je n'ai pas eu à enregistrer un seul décès dans une soixantaine d'hystérectomies vaginales pratiquées pour les cas les plus graves.

Aussi suis-je peu disposé à l'abandonner tout en laissant une large place à l'hystérectomie abdominale, opération très brillante et donnant aujourd'hui de merveilleux résultats, aussi bien pour les pyosalpinx adhérents que pour le fibrome.

J'emploie toujours le procédé dit américain et pratique l'ablation supra vaginale.

Contre le prolapsus, je m'en tiens presque exclusivement à la colpoperinéorrhaphie pratiquée par le procédé de L. Tait. Je n'ai plus qu'exceptionnellement recours à l'Alexander ou à l'hystéropexie.

Anesthésie générale. — Le chloroforme reste pour moi l'anesthésique général ordinaire, je n'ai jamais eu ni accident, ni même alerte grave. Je crois cependant qu'il joue un grand rôle dans certaines morts rapides après l'opération, telle cette année les deux morts par anurie.

L'éther a été employé quelquefois à l'hôpital en raison de l'inexpérience de l'aide chargé de l'anesthésie.

Les injections intrarachidiennes de cocaïne ont été pratiquées huit fois par moi en 1901 à la suite d'une visite faite dans le service du Professeur Duplay suppléé par le Dr Legueu.

J'ai été peu satisfait : la technique est facile, mais les résultats ont été déconcertants, deux fois je n'ai pu obtenir l'écoulement du liquide céphalorachidien malgré des ponctions répétées et des aiguilles perméables.

Une autre fois, l'anesthésie a été nulle, deux fois très médiocre et tardive.

Les résultats n'ont été parfaits que 3 fois, par contre dans tous les cas, il y a eu des maux de tête violents, dans la moitié environ des vomissements répétés et de l'élévation de température. Une fois, le soir même,

la température est montée à 40,5 avec tremblement violent, sueurs profuses. Puis tout s'est calmé. La dose de cocaïne employée n'a pourtant jamais atteint 3 centigrammes.

Bref je n'ai pas continué, à la suite surtout des deux morts publiées par le Dr Legueu, près de qui j'avais pris goût à cette nouvelle méthode d'anesthésie, d'apparence si satisfaisante.

DYSTOCIE FŒTALE PAR HYDROCÉPHALIE CRANIOTOMIE

Par le Dr THIERRY

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de Tours.

Madame L. G. âgée de 32 ans, femme de ménage, est admise à la maternité le 31 janvier 1902, à 10 heures 1/2 du matin, pour cause de Dystocie fœtale.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 59 ans, suspect de tuberculose.

Mère vivante et bien portante.

Trois frères et quatre sœurs tous bien portants. Quatre frères et sœurs sont morts : 1 du croup, 1 d'athrepsie, les deux autres de méningite.

Antécédents personnels. — Excellents; marche un peu tardivement à 15 mois mais toujours régulièrement depuis. Régliée à 16 ans d'une façon assez régulière par la suite. Durée habituelle 3 à 4 jours. N'a jamais jusqu'alors fait aucune maladie.

Au point de vue obstétrical, en 1899 première grossesse normale et accouchement à terme ayant nécessité une application de forceps. L'enfant du sexe féminin est actuellement bien portante.

Au début de la grossesse actuelle la dernière apparition des époques a eu lieu du 12 au 16 mai. Les mouvements actifs ont été perçus au mois de septembre; vers la fin du même mois l'abdomen prend des proportions insolites et acquiert en deux mois son développement maximum.

La tension de l'abdomen est devenue considérable et cause à la malade d'assez vives douleurs.

Les mouvements actifs sont perçus à de rares intervalles.

Accouchement. — D'après les renseignements recueillis, le travail a débuté le 30 janvier à 1 h. du soir. Dilatation complète à 7 h. du soir.

La sage-femme appelée ne peut pratiquer le palper et reconnaît à l'auscultation que le maximum des bruits fœtaux est situé à une hauteur exceptionnelle au dessus de l'ombilic. La rupture artificielle de la poche des eaux donne lieu à une évacuation relativement peu abondante de liquide amniotique. Le toucher avait permis de reconnaître un siège décompleté mode des fesses. La sage-femme intervient et dégage jusqu'aux aisselles par l'abaissement d'une cuisse et les tractions sur le siège, un fœtus du sexe féminin. Toute autre tentative de dégagement reste infructueuse, la progression du fœtus est complètement arrêtée. L'anse pratiquée au cordon bat encore à ce moment.

Un médecin appelé aussitôt pratique le dégagement des bras et essaie vainement d'extraire la tête restée au dessus du détroit supérieur. Entre temps le cordon a cessé de battre. Un second praticien appelé essaye sans plus de succès d'opérer l'engagement et la des-

cente de la tête. Les tractions auxquelles il se livre jointes à celles déjà subies amènent la rupture des vertèbres cervicales et déterminent l'arrachement du cou. La tête reste seule dans la cavité utérine au-dessus de l'excavation pelvienne. L'utérus est encore très volumineux et l'on porte le diagnostic de grossesse gémellaire; un fœtus mettant obstacle à l'extraction de l'autre.

Délivrance. — Sitôt après l'extraction, inertie et hémorragie. Délivrance artificielle. La main est laissée dans l'utérus pour servir de tampon. Injection intra-utérine très chaude (20 litres environ). La malade est réveillée mais très pâle. Injection hypodermique à 2 reprises de 1 cm d'ergotine de Yvon. Une piqûre d'éther. Curage digital. L'hémorragie a cessé; le sang perdu n'a pu être exactement pesé mais paraissait devoir être évalué à 800 gr. environ.

Placenta circulaire, poids normal, sans aucune particularité pathologique.

Membranes complètes.

Suite de couches. — Température : 1 h. après l'intervention 38,9
Temp. : 5 h. du soir 38,2
— 2 h. du matin 37,2
— 7 h. — 38,5

Jet continu de 8 h. à minuit;
— de 9 h. 1/2 du matin à 10 h. 1/2.

Injection intra-utérine la 1^{re} à 10 h. 1/2 du soir. (20 litres l'eau ressort à peine sale, rien dans la cavité utérine.)

En raison du sang perdu pendant la délivrance on fait à 3 reprises :

100 gr. de sérum artificiel.
200 — —
450 — —

La température se maintient. La malade passe en gynécologie. Temp. 38,9.

La chaque jour on lui fait matin et soir une injection intra-utérine.

L'infection s'est localisée à l'utérus, il s'en écoulait du pus en assez grande abondance.

Peu à peu la température baisse, la malade s'alimente et sort 28 jours après parfaitement rétablie.

Actuellement elle est en parfait état de santé ne ressentant que quelques vagues douleurs abdominales qui semblent devoir être attribuées à la déchirure périnéale ayant affaibli le plancher pelvien et favorisant le prolapsus.

Une autre intervention est alors remise au lendemain matin. De 9 heures du soir au lendemain la parturiente reçoit plusieurs injections vaginales antiseptiques. Un troisième praticien tente de nouvelles manœuvres sans résultat, ne pouvant trouver de prise solide pour une application de forceps. Le transport de la parturiente à la Maternité est alors décidé. On constate à ce moment l'expulsion d'un peu de liquide clair citrin d'odeur fétide s'écoulant à chaque mouvement fait par la parturiente.

Dès son arrivée à la Maternité l'intervention du

Professeur de Clinique Obstétricale. M. le Dr Thierry est sollicitée.

Examen à l'entée. — La malade est pâle, le pouls un peu rapide mais plein.

Le ventre est très développé, larges vergetures, pigmentation marquée.

L'utérus est fortement distendu, la vulve est violacée et œdématiée et laisse échapper par intermittences, principalement sous l'influence des contractions et du toucher, une grande quantité du liquide précité dont les secousses de la voiture ont fait augmenter l'expulsion. Déchirure périnéale intéressant le sphincter anal.

Palper. — Impossible, trop douloureux, contraction permanente de l'utérus.

Auscultation. — Pas de bruits fœtaux.

Toucher. — On perçoit au centre de l'excavation une surface osseuse inégale, anguleuse sur le côté et au-dessus de laquelle dans la fosse iliaque droite on sent une autre surface osseuse en fer à cheval qui est le maxillaire inférieur.

En introduisant profondément la main gauche, le chef de service réussit à atteindre l'œil et le nez du fœtus.

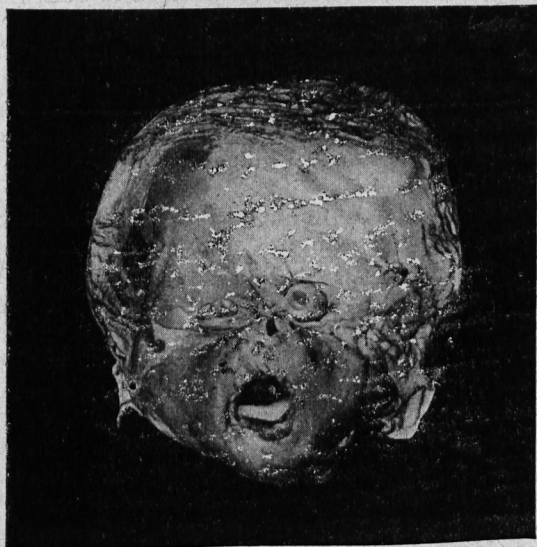
Du côté de la fosse iliaque gauche la main a la sensation d'une masse molle, dépressible, avec des surfaces osseuses multiples chevauchant en partie les unes sur les autres.

Diagnostic porté :

Hydrocéphalie, tête dernière restée au-dessus du détroit supérieur.

L'infection a déjà gagné la filière pelvienne et la partie fœtale lacérée incomplètement vidée de son liquide céphalo-rachidien. Une odeur infecte se dégage du liquide expulsé.

La nécessité d'une intervention avec le Basiotribe



TÊTE FŒTALE.

s'impose pour avoir une prise solide au cas de trop grande résistance du crâne après perforation.

Toilette antiseptique. Lavages répétés au permanganate. Savonnage. Cathétérisme aseptique (peu

d'urine). Anesthésie générale au chloroforme par l'interne de garde.

Intervention. — Perforation de la base du crâne au travers des fosses nasales. Evacuation abondante de matière cérébrale mêlée à du liquide céphalo-rachidien.

Une pince à tractions est alors appliquée sur le maxillaire et permet d'opérer l'engagement et la descente de la tête. Application d'une seconde pince avec laquelle la tête est facilement extraite.

Examen de la tête. — La tête sitôt après l'extraction ressemble à un énorme sac aplati. La face est normale comme dimensions mais fracassée par la branche médiane du basiotribe qui a fracassé l'éthmoïde. On extrait de la brèche la selle turcique nettement conformée.

Le doigt sent à l'étage supérieur les impressions et les éminences qui ne sont pas effacées comme il arrive souvent dans l'hydrocéphalie.

La tête a dans son ensemble la disproportion caractéristique, la voûte étant considérablement développée. Les pariétaux sont minces et de la consistance du parchemin, leur longueur s'est accrue et les fait ressembler à de longues cuillers. Les espaces membraneux sont très larges et circonscrits par des traînées cartilagineuses rayonnant des os du crâne.

La tête est remplie de cire chaude (quantité employée 2 l. 1½) et mesurée après refroidissement.

Circonférence	53 cent.
Diamètres	OM 20,5
	OF 16,5
	SOB 14
	SOF 14,8
	BcP 16
	BcT 14,5
	SMB 13,3

Encore les espaces membraneux ne sont-ils pas aussi distendus qu'ils l'étaient naturellement.

Le reste du corps était normal d'après les renseignements recueillis.

Signalons particulièrement dans cette observation :

Au point de vue de la Pathogénie. — La rapidité de développement de l'hydrocéphalie survenue sans cause appréciable.

En effet, examinée au moment de sa sortie la mère ne présente aucune tare soit bacillaire, soit spécifique. Le père est d'apparence chétive mais n'a lui non plus ni bacillose, ni spécificité, ni alcoolisme.

Au point de vue de l'Intervention de choix dans les cas semblables. — La difficulté qu'on peut trouver parfois à évacuer le liquide par la voie vertébrale, puisque dans le cas actuel la colonne cervicale étant rompue au niveau de l'axis le liquide n'a pu s'évacuer spontanément d'une façon efficace.

VARIABILITÉ DES CAS DE FIÈVRE APHTEUSE

Par le Dr HOUSSAY.

La récente communication faite à l'Académie de Médecine par M. Josias au sujet d'un cas provenant de transmission de fièvre aphteuse de l'animal à l'homme vient à l'appui des cas de contagion similaires que j'avais signalés en février 1901, et sur lesquels

je m'appuyai, dans les rapports du service d'Hygiène et de Protection du 1^{er} Age pour demander à la Préfecture de Loir-et-Cher l'application d'une surveillance rigoureuse et une réglementation sévère au point de vue de l'examen des étables contaminées et de la vente du lait infecté ou suspect. Que l'un d'eux, qui a duré à peine 2 septennaires, ait été bénin à côté de celui de M. Josias, le fait n'a rien qui doive étonner. Al. Koch, [Oesterr. — Monatsch. f. Thierheilk janvier 1897. in Ann. de Méd. vétér. août 1897] s'est trouvé en présence d'une épizootie aphteuse au cours de laquelle il a vu survenir 30/0 de terminaisons fatales, bien que les symptômes ne présentassent rien de particulier qui pût faire présager une mort généralement subite.

L'examen microscopique, en décelant de petits bâtonnets ayant une grande analogie avec les bacilles du charbon bactérien et celui du foin, le *bacillus subtilis* permit de formuler une hypothèse, qui sans être une réponse absolue, donnait cependant une utile indication.

Al. Koch, rappelant que Büchner est parvenu à transformer le *bacillus subtilis* en bactérie charbonneuse, et inversement, se demande si le bacille du foin ne pourrait pas, sous l'influence de conditions particulières, subir d'autres transformations.

Il supposerait alors que le bacille qu'il a découvert agirait par l'intermédiaire d'une toxine très virulente.

Cela permettrait de supposer que si toutes les épizooties de fièvre aphteuse ne donnent pas lieu à des cas rapidement mortels, on le devrait aux différentes conditions climatiques qui peuvent exercer une grande influence sur le développement des germes et des champignons inférieurs.

Logiquement, rien ne s'oppose à l'identification d'un processus analogue dans les épidémies de fièvre aphteuse.

De plus, il faut encore tenir compte de divers autres éléments, la résistance propre de l'enfant, l'atténuation d'une épizootie depuis longtemps en cours, la saison et la température qui ont peut-être une influence.

Parmi les cas que je citais, se trouvait celui d'un homme de 40 ans, au sujet duquel j'ai d'abord hésité.

Arrivé à la dernière période de cachexie à la fois tuberculeuse et néoplasique, il pouvait de ce fait avoir de la stomatite septique buccale ordinaire; mais tous renseignements pris, j'ai su que l'étable qui lui fournissait le lait, composant exclusivement son alimentation, présentait plusieurs cas de fièvre aphteuse.

Pour ce dernier, comme pour les précédents, à défaut d'examen mieux probant et dans l'impossibilité matérielle d'inoculer des bovins (surtout des veaux) comme me l'avait conseillé M. Nocard, qui eut l'obligeance de me renseigner à ce sujet, je ne pouvais, pour faire le diagnostic de fièvre aphteuse, que tenir compte des anamnétiques.

L'inoculation de pus aphteux, que je m'étais faite au bras, lors du 1^{er} cas, n'avait donné qu'un résultat négatif, au point de vue microbien; et du reste, dans ces conditions, outre que le peu de temps écoulé rendait une seconde expérience inutile, le mauvais état du sujet pouvait la rendre dangereuse.

Ce cas bénin chez un cachectique dont la température n'a pas varié par suite de cette nouvelle impor-

tation morbide est comme celui des enfants que je vis à ce moment, l'analogue de ceux de montagnards du Cantal chez qui la fièvre aphteuse serait devenue endémique, sa virulence se trouvant, par suite du temps, réduite au minimum d'intensité.

Il n'est pas extraordinaire que ces cas soient arrivés bénins d'emblée car dans la discussion qui eut lieu récemment à l'académie de médecine, M. Nocard fait remarquer qu'en médecine vétérinaire on observe souvent des aphtes dans la bouche des animaux, sans qu'ils aient pour cela de manifestations fébriles.

Bien que leur intensité ne soit pas comparable à celle observée chez cet enfant de 13 mois dont les faibles conditions de résistance et une virulence microbienne plus considérable favorisèrent vraisemblablement l'évolution morbide, on peut malgré la question de plus ou de moins les considérer comme absolument identiques.

On trouverait donc toute une série de cas de fièvre aphteuse dont la gravité varierait suivant le milieu, la nature du sujet, la virulence du germe pathogène, les conditions climatiques, la période de l'épidémie et dont la marche pourrait être tantôt apyrétique, tantôt accompagnée de troubles fébriles presque insignifiants ou d'une haute température dans les cas heureusement rares qui amènent la mort.

FÉLIX HERPIN

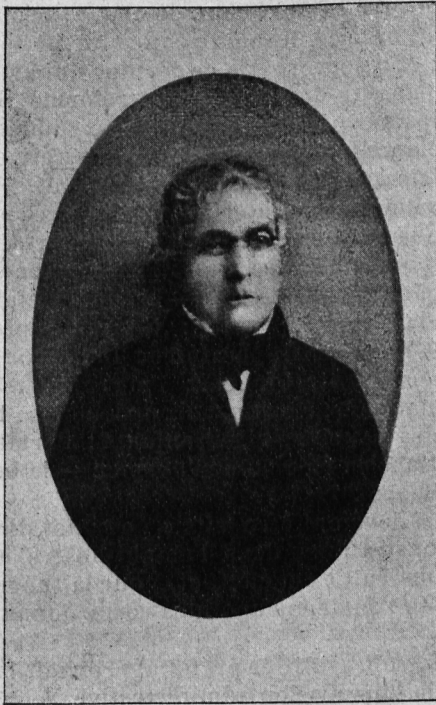
Par M. DUBREUIL-CHAMBARDEL.

Le Dr Félix Herpin figure, avec Gouraud, Tonnellé, Mignot, Duperron, parmi cette élite de médecins distingués qui s'efforcèrent d'organiser à Tours un enseignement médical digne de cette grande ville; aussi avons-nous cru intéressant de lui consacrer une courte notice et de marquer le rôle prépondérant qu'il a joué dans l'histoire médicale de la Touraine.

Félix Herpin naquit à Bréhémont, le 17 novembre 1772, d'une très honorable famille fixée depuis plus de deux siècles dans le pays. Son père occupait une charge de notaire royal et devint plus tard administrateur du département d'Indre-et-Loire.

Il commença de bonne heure ses études médicales à l'ancien collège de chirurgie de Tours où professait Nobilleau. A la nouvelle du soulèvement de la Vendée, en 1792, il fut de suite attaché à l'armée de l'Ouest en qualité de chirurgien-sous-aide-major et chargé spécialement de l'hôpital militaire de Beaumont-lès-Tours qui avait été installé, à la hâte, dans les bâtiments abandonnés de l'ancienne abbaye de ce nom. Démissionnaire le 3^e jour complémentaire de l'an IV (20 sept. 1796), il fut envoyé à l'école de Santé de Paris et suivit les cours d'anatomie de Boyer, les leçons de physiologie de Chaussier, les cliniques de Corvisart et de Pinel. Il faisait un stage au Val-de-Grâce lorsqu'un décret de Carnot, ministre de la guerre, le désigna, le 22 messidor an VIII (18 juillet 1800), pour servir à l'armée du Rhin, en qualité de chirurgien de 2^e classe. Après la bataille de Hohenlinden, Herpin fut licencié et revint à Paris pour y

terminer ses études. Le 20 Vendémiaire an XII (13 oct. 1803) il soutint une thèse sur « *Les méningites ou inflammation des membranes de l'encéphale.* » (Paris, Didot, in-8 de 80 pages). Cette thèse était dé-



diée à un illustre tourangeau, Heurteloup, membre du Conseil de santé des armées de la République, qui avait été pour Herpin un protecteur, un ami et un maître.

Mais déjà Herpin était en pourparlers pour obtenir le titre de chirurgien en chef de l'Hospice général de Tours.

..

Le premier chirurgien en chef de l'Hospice général fut Gatien Deslandes. C'était un ancien maître en chirurgie qui avait fait, sous la Révolution, la campagne de Saint-Domingue; avec l'appui de la Société Médicale, qui venait d'être fondée, il avait obtenu cette charge. Mais Deslandes très âgé, — il exerçait depuis 1756 — ne put conserver longtemps ses fonctions, et dut se retirer. Antheaume, également ancien maître en chirurgie, depuis peu docteur en chirurgie, fut nommé à sa place, mais démissionna presque aussitôt.

Herpin qui terminait ses études à Paris, apprenant le départ d'Antheaume, son ami, sollicita alors la place vacante de premier chirurgien. Appuyé par Clément de Ris, il fit une démarche auprès du général de Pomereul, préfet d'Indre-et-Loire. Cependant cette démarche fut mal accueillie par une partie du corps médical, plusieurs médecins prétendirent même que Herpin était trop myope, pour s'occuper activement

d'un service de chirurgie; la Société Médicale lui suscita un concurrent en la personne d'un chirurgien militaire du nom de Petit, qui n'avait aucun titre, même pas les deux ans d'exercice exigés par la loi de Floréal an XI. Le préfet, ému de cette opposition, fit faire une enquête, et demanda des certificats aux professeurs de l'école de santé. Tous furent favorables à Herpin, qui était nommé chirurgien en chef par décision de la commission administrative de l'Hospice du 28 Vendémiaire an XII (21 oct. 1803) confirmé par un arrêté préfectoral du 1^{er} Brumaire (24 oct.)

Le 6 Frimaire (29 nov.) eut lieu la translation des malades de l'hospice de l'Humanité (Hôtel-Dieu) à l'Hospice général. Herpin s'employa très activement à organiser le service chirurgical dans ce vaste établissement; il élaborait un règlement très complet pour les élèves, et fut chargé en outre de faire régulièrement un cours d'anatomie.

Le 22 Frimaire (15 déc.) il était de plus chargé d'un cours d'accouchement pour les élèves sages-femmes. Herpin s'efforça de rétablir sur des bases sérieuses, cet important enseignement qui avait été complètement abandonné, pendant la tourmente révolutionnaire.

Le 6 Nivôse (29 déc.) il commençait ses cours devant un grand nombre d'élèves qui devaient assurer le recrutement des sages-femmes dans le département d'Indre-et-Loire, privé depuis longtemps d'un service suffisant.

Herpin se proposait de compléter peu à peu l'organisation de son service de chirurgie par d'heureuses modifications et d'étendre de plus en plus les bienfaits de son enseignement professionnel, lorsque, de nouveau, il se trouva en butte aux attaques de ses envieux. Le médecin en chef de l'Hospice général, un certain Bianchi, d'origine italienne, venu en France à la suite des armées, prétendit avoir seul le droit de régler le mouvement des malades, surveilla le service de chirurgie, y donna des ordres pour les opérations, décida de la sortie des opérés, voulut même réglementer les cours d'anatomie. Herpin, peu fait pour subir une pareille tutelle et outré de semblables procédés, mal soutenu d'ailleurs par la commission administrative, envoya le 27 Vendémiaire, an XIII (19 oct. 1804) sa démission au Préfet qui, dès le surlendemain, offrait la place vacante au chirurgien-major Côme-Martin Petit, du 3^e bataillon de sapeurs, en garnison à Boulogne-sur-Mer.

Herpin s'employa alors dans plusieurs œuvres d'assistance publique. En l'an XIV (1805), il fut nommé membre du conseil de vaccine; en 1814, il fut chargé du service des hôpitaux militaires établis au Plessis-Tours, où régnait une effroyable épidémie de typhus. Grâce à des mesures hygiéniques sagement ordonnées, Herpin put conjurer les progrès du fléau; c'est ainsi qu'il exigeait l'isolement des malades, qu'il demanda que les vêtements des entrants fussent passés aux vapeurs de l'acide muriatique et que des fumigations fussent faites dans les salles d'hôpital. En 1816, il s'occupait de la fondation d'un dépôt de men-

dicité et de la création de cours gratuits pour les sages-femmes, à l'ancien asile Saint-Clément.

Mais ce à quoi ils s'attacha avec le plus d'opiniâtreté, ce fut à la réorganisation de l'enseignement médical à Tours.

* *

Le 8 mars 1816, Herpin écrivait au préfet d'Indre-et-Loire qui était alors Bacot. Il lui présentait « quelques considérations sur l'avantage d'avoir à Tours une Société Royale de Médecine, chirurgie et pharmacie, qui nommerait dans son sein des professeurs qui seraient chargés de faire des cours publics sur la chimie, la botanique, la physique et enfin sur toutes les parties de l'art de guérir ; ces mêmes professeurs, présidés par un membre de la Faculté, feraient les fonctions de jury médical du département et procéderaient à la réception des officiers de santé ; cette société pourrait encore exercer une espèce de censure et de surveillance sur les officiers de santé, pharmaciens et droguistes. »

En même temps il faisait part de son projet à la Société Médicale de Tours. Celle-ci en adoptait les conclusions et écrivait dans ce sens au Ministère de l'Intérieur.

Favorablement accueilli par tous, et fortement encouragé par une partie du corps médical, Herpin continua ses démarches. Le 6 août, il écrivait une seconde lettre aux administrateurs de l'Hospice général. Il revenait sur son projet — l'ayant quelque peu modifié toutefois — et présentait un règlement « relatif à l'instruction médicale, qui existe il est vrai dans l'Hospice, mais qui n'a pas toute l'étendue dont elle est susceptible et qui n'offre pas tous les avantages qu'elle pourrait offrir aux élèves, à l'hospice, à la ville, etc. » Il faisait valoir ensuite les avantages pécuniaires qu'en retirerait l'hospice et indiquait quels seraient les docteurs qui pourraient être choisis comme professeurs (Duperron, Bretonneau, Gouraud, Mignot). Il se proposait comme professeur d'accouchement, avec Tonnellé, et marquait enfin l'utilité qu'il y aurait à fonder un cours de chimie pour les teinturiers, les fabricants de laine et de soie.

« On aurait à Tours, disait-il, des cours suivis sur toutes les parties de l'art de guérir et, par conséquent, une instruction beaucoup plus complète et beaucoup plus étendue que celle qui y existe aujourd'hui. Par ce moyen l'on pourrait attirer dans notre ville une foule de jeunes gens et d'étrangers, qui y viendraient pour leur instruction et d'autres pour se livrer aux soins des médecins et chirurgiens, dont les talents et la réputation s'étendraient avec l'établissement dont il s'agit. »

La Commission administrative de l'hospice se réunissait le 9 août et discuta le rapport de Herpin qu'elle adopta dans ses grandes lignes et présenta ses desiderata au préfet. Celui-ci répondit le 22 août par un arrêté portant : « qu'il serait organisé à l'hospice un nouveau cours pour l'instruction des élèves, dans

« un système plus étendu et plus complet que par le passé. »

Le 20 septembre, « MM. les officiers de santé attachés au service de l'hospice » se réunirent et, après avoir pris connaissance de l'arrêté préfectoral, partagèrent entre eux les diverses parties de l'enseignement qui devaient faire l'objet de cours spéciaux. Le 7 novembre ils acceptèrent le concours de Besnard et de Herpin et réservèrent à ce dernier qui avait été le grand promoteur de toute cette réforme, le cours d'accouchement pour les élèves sages-femmes. Enfin le 26 novembre la Commission administrative établissait un règlement général et définitif « de l'instruction des élèves tant internes qu'externes. »

Dans ce règlement qui est d'une importance considérable pour l'histoire de l'enseignement professionnel à l'hospice de Tours — les cours étaient partagés de la façon suivante : Gouraud, pathologie externe et médecine opératoire ; Duperron, pathologie interne ; Bretonneau, matière médicale ; Mignot, anatomie ; Herpin, accouchements ; Besnard, maladies des femmes et des enfants ; Parmentier — alors pharmacien en chef de l'hospice — la botanique et la pharmacie.

Ces cours devaient être faits « pour les dissections et démonstrations dans l'amphithéâtre nouvellement construit à cet effet, et, pour la théorie dans la salle de l'ancienne apothicaire donnant sur le Ruau. »

Le 12 décembre 1816 le préfet approuvait la délibération de la Commission administrative.

Telle fut, dans ses grandes lignes, la réorganisation de l'enseignement médical à l'Hospice de Tours en 1816, qui devait tout naturellement préparer la fondation d'une école de Médecine. On voit que dans cette affaire, le rôle de Herpin fut prépondérant et on peut bien dire que c'est grâce à lui que fut fondée sur des bases solides cette Ecole de Tours qui devait jeter plus tard de si vifs rayons. Aussi, avons-nous cru devoir insister sur cette période si intéressante de sa vie qui est en même temps une des pages principales de l'histoire médicale de Touraine.

Le 26 janvier 1827, Herpin fut nommé de nouveau chirurgien en chef de l'Hospice général après la mort de Mignot. Il occupa cette place jusqu'en 1840, année où son fils aîné, Félix-Charles Herpin et Tonnellé lui ont succédé. Il continua ses cours d'accouchements jusqu'à sa mort qui survint le 28 mai 1852.

* *

Félix Herpin fut un travailleur. Reçu membre de la Société Médicale d'Indre-et-Loire le 1^{er} Pluviôse an XIII (21 janv. 1805), il se fit remarquer de suite parmi les plus laborieux et ne tarda pas à être nommé secrétaire général, puis président.

Les publications de cette Société contiennent de nombreuses communications de lui, dont plusieurs ont fait l'objet de tirages à part. Nous citerons seulement, parmi les principales :

I. — Observation d'un accouchement devenu labo-

rieux par l'ascite considérable du fœtus (1826, Mame, 4 pages in-8.)

II. — Opération d'empyème, suivie de deux observations (1832, Mame, 8 pages in-8.)

III. — Le Choléra morbus (1832, Mame, 8 pages, in-8.)

IV. — Traité des rétrécissements du canal de l'urètre et de l'intestin rectum par M. Tanchou (rapport, 1835, Mame, 8 pages in-8.)

On lui doit aussi : V. — Notice sur les champignons et sur les moyens d'arrêter ou de prévenir les funestes effets de ce dangereux comestible (Tours, Mame, 8 pages, in-8, s. d.)

* *

Félix Herpin laissa deux fils :

1^o Félix-Charles Herpin (1812-1894) qui devint directeur de l'Ecole de Médecine de Tours et dont un fils Ernest-Frédéric, mourut étant interne des hôpitaux de Paris en 1876.

2^o Eugène Herpin (1815-1885), docteur en médecine à Langeais, père de Félix-Octave Herpin (1849-1899), qui fut chirurgien en chef de l'Ecole de Médecine.

Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL.

11 avril 1902.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

ANALYSES

Les Enfants retardataires (arrêts de la croissance et troubles du développement), par le Dr E. APERT, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 96 pages cartonné (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Il n'existait pas jusqu'à présent d'ouvrage réunissant, dans un travail d'ensemble, nos connaissances sur les arrêts de la croissance physique et intellectuelle et sur les troubles qui peuvent retarder ou dévier le développement organique et psychique des enfants. On commence cependant à bien connaître ces états, non seulement au point de vue purement descriptif, mais aussi au point de vue de leurs causes, de leur évolution et de leurs conséquences. On a vu que dans beaucoup de cas, ces troubles de la croissance tenaient à des perturbations dans le fonctionnement de certains organes à sécrétion interne, foie, rate, testicule, ovaire et surtout corps thyroïde. Il est donc possible aujourd'hui de leur appliquer une thérapeutique rationnelle, le médecin doit donc apprendre à saisir le déterminisme de ces arrêts de croissance, le traitement est tombé du domaine de la pédagogie dans celui de la médecine. Grâce à une intervention médicale raisonnée, le développement pourra reprendre son cours normal, et le médecin aura la joie d'avoir rendu à la vie normale des êtres autrement condamnés à rester de grands enfants, et, chose plus terrible, de vieux enfants.

Le Dr Apert s'est attaché à résumer, dans ce petit livre de lecture facile, les acquisitions récentes de la

science sur ces questions, s'appuyant à la fois sur les cas publiés ça et là et sur un certain nombre d'observations personnelles, il passe successivement en revue les différents types nosologiques qui peuvent résulter des arrêts du développement, leur évolution, leur étiologie, leur anatomie pathologique ; il montre ensuite l'utilité de l'étude anthropométrique et radiographique de ces sujets au point de vue du pronostic ; enfin, dans le dernier chapitre, consacré à la pathogénie et au traitement pathogénique, il donne la conclusion pratique raisonnée de tout l'ouvrage et fournit au médecin les éléments d'une thérapeutique rationnelle, appropriée au cas à traiter.

Manuel d'Electrothérapie et d'Electrodiagnostic par le Dr E. ALBERT-WEIL, chef de service à l'hôpital Trousseau. — Un vol. in-12 de la *Collection Médicale*, avec 80 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 3 francs. (Paris, Félix Alcan, éditeur).

De tous les agents physiques, les modalités électriques sont ceux dont les applications médicales sont les plus nombreuses et les plus efficaces. Mais si tout médecin praticien ne peut pas faire de l'électrothérapie, il doit être familiarisé avec les principales propriétés de cette médication, la conseiller en temps opportun et savoir discerner parmi les nombreuses formes de l'énergie électrique utilisables en médecine, celles qui doivent être conseillées aux malades.

Ce manuel a pour but de faire connaître la manière de les appliquer à l'organisme humain et le bénéfice qu'on en peut retirer pour le diagnostic et la thérapeutique.

L'ouvrage est divisé en quatre parties consacrées, la première à la description des instruments et à la technique de leurs applications ; la seconde aux effets et aux indications des modalités de l'énergie électrique ; la troisième au diagnostic et la quatrième aux applications thérapeutiques.

L'auteur passe successivement en revue les maladies de la nutrition, du système nerveux, du système musculaire et articulaire, des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, lymphatique, génito-urinaire de l'homme, des organes génitaux de la femme, les maladies de la peau, des organes des sens et de la voix. Un certain nombre d'observations types permettent de suivre les effets de la médication électrique et les résultats obtenus.

Ce livre par la quantité de renseignements qu'il contient sera consulté utilement par tous les médecins désireux de se tenir au courant des nouvelles méthodes introduites, ces dernières années, dans l'électrothérapie et l'électrodiagnostic.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1902, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné. (Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

L'année 1901 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le *Formulaire* de BOCQUILLON-LIMOUSIN est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elle se produisent.

L'édition de 1902 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : *Agurine*, *Amyle* (*Salicylate et Valériane d'*), *Apocodeïne* (*chlorhydrate d'*), *Azimol*, *Bismyose*, *Calaya*, *Calcérol*, *Camphorates de créosote*, de *gaiacol*, de *pyramidon*, *Chirol*, *Chloralothoforme*, *Crurine*, *Dymal*, *Eosolate de quinine*, *Eupyrine*, *Fortioïne*, *Gabianol*, *Glycosolvol*, *Hermophényl*, *Ichthargane*, *Ichthoforme*, *Iodolène*, *Iodopyrine*, *Lécithine*, *Lygosme*, *Lysoforme*, *Ætol*, *Sanalogène*, *Sapodermine*, *Sapolane*, *Sidonol*, *Tannate de créosote*, *Tannocréosoforme*, *Thiopyrine*, *Triferrine*, *Tyratol*, *Yohimbine*, *Zomol*, et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que : *Aïrol*, *Benzacétine*, *Cacodylate de soude*, *Caféine*, *Chloralose*, *Cocaïne*, *Eucaïne*, *Ferripyne*, *Formol*, *Glycérophosphate*, *Ichtyol*, *Iodol*, *Kola*, *Lèvre de bière*, *Menthol*, *Pivérazine*, *Résorcine*, *Salpyrine*, *Salophène*, *Somatose*, *Strophantus*, *Trional*, *Urotropine*, *Vanadate de soude*, *Xéroforme*, etc.

Le *Formulaire* de BOCCOILLON-LIMOUSIN est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, mode d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

Cryoscopie urinaire de l'augmentation de la perméabilité rénale par la cure de Royat : 7 observations d'insuffisances rénales, D^r H. LAUSSEDAT, Vice-Président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, Médecin consultant à Royat.

CONCLUSIONS :

Dans le traitement des insuffisances rénales par l'ingestion quotidienne d'eau de Royat, prise aux sources, il est permis de conclure que :

1° Chez l'individu sain, si l'eau de Royat augmente le volume des urines, elle n'active pas la circulation rénale, puisque le point de congélation et le rapport de Koranyi ne varient pas, quelles que soient les doses absorbées ;

2° Chez l'uricémique pur, la perméabilité amoindrie par la présence d'un excès d'acide urique, se rapproche de la normale et reparait à mesure que l'excès d'acide urique disparaît ;

3° Chez le glycosurique simple, non diabétique, sans uricémie concomitante, la perméabilité reste invariable si elle est normale avant le traitement ;

4° Chez le diabétique albuminurique grave la perméabilité augmente en même temps que le sucre et l'albumine diminuent dans de fortes proportions ;

5° Dans l'albuminurie simple, d'origine alimentaire avec ou sans lésions rénales, j'ai constaté une diminution notable du rapport Koranyi, une augmentation des plus nettes de la diurèse moléculaire, une meilleure perméabilité ;

6° L'augmentation de la perméabilité rénale est la règle à la suite de la cure de boisson à Royat, dans les cas d'insuffisance du filtre rénal, que celle-ci dépende de l'uricémie goutteuse, du diabète albuminurique, de l'albuminurie avec ou sans lésions rénales. Il n'est pas douteux que l'ouverture du rein facilitée par des cures thermales analogues explique l'impossibilité où nous sommes de spécialiser et de limiter à une seule maladie le champ d'activité thérapeutique de nos sources alcalines, lithinées et arsénicales.

Observations sur le développement de l'enfant. —

Fetit guide d'anthropométrie familiale et scolaire, par Gabriel Giroud ; préface de M. Emile DUCLAUX, membre de l'Académie des Sciences, directeur de l'Institut Pasteur. 1 vol. in-18, avec 20 figures et 2 planches, prix 1 fr. 50. Librairie C. Reinwald. — Schleicher Frères éditeurs, 15 rue des Saints-Pères, Paris VI.

Ce petit livre s'adresse aux membres de l'enseignement, aux parents, à tous ceux qu'intéressent les questions relatives à l'étude de l'enfant. C'est un guide à l'aide duquel ils pourront réaliser ce vœu exprimé par Madame Necker de Saussure dans « l'Education progressive » : « Je voudrais, dit elle, que tout éducateur tint un journal où l'on prendrait acte de chaque progrès, où toutes les vicissitudes de la santé physique et morale seraient marquées, où l'on trouverait par ordre de date la mesure d'un enfant dans tous les sens, où tout ce qui s'acquiert ou se développe serait consigné ».

L'auteur a su choisir dans les innombrables questions qui tiennent à l'étude de l'enfant les points les plus essentiels, pouvant donner une idée assez juste de l'état physique, intellectuel et moral du sujet observé à chaque époque de sa vie. Des tableaux, à remplir d'indications précises et de chiffres, terminent le volume. Il est illustré d'une vingtaine de gravures explicatives.

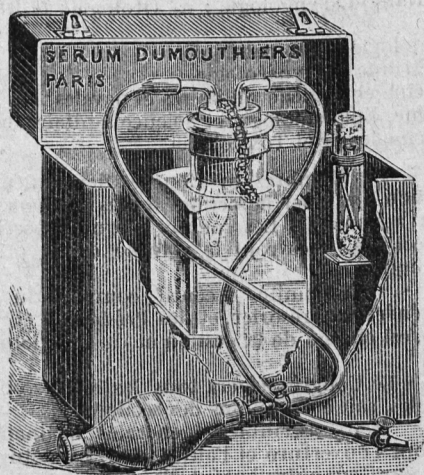
Comment on se défend du rhume et des bronchites, par le D^r Hector GRASSET, licencié ès-sciences physiques, rédacteur en chef de l'« *Evolution Médicale* », médecin consultant à Royat-les-Bains : une brochure in-8 de 60 pages, 1 franc.

C'est sous ce titre que, continuant le cours de ses succès, *L'Edition Mutuelle*, 29, rue de Seine, vient de publier le cinquante-neuvième volume de sa collection.

Rien n'est dangereux, chacun le sait, comme un rhume négligé ; aussi, engagerons-nous sincèrement tous les lecteurs de notre journal à se procurer ce bon livre que je viens de lire.

Rhume, bronchite, coryza, pharyngites, laryngites aiguës et chroniques, trachéo-bronchites, etc., etc., sont fort bien traités, et nombre de moyens sont indiqués pour nous apprendre à nous défendre de toutes ces maladies qui menacent notre respiration.

En demandant: « *Comment on défend ses poumons* », de la même bibliothèque, on aura un traité complet des affections pulmonaires.



APPAREIL
Pour Injections sous-cutanées
de Serum Artificiel
Contenance : 1/2 litre — Prix : 30 fr.

Il permet au Médecin d'avoir une grande quantité de Serum sous la main, de faire immédiatement une injection sans ouvrir le flanco d'obtenir une pression continue et sans saccade.

**XIV^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
SOUS L'AUGUSTE PATRONAGE DE LL. MM. LE
ROI D. ALPHONSE XIII ET LA REINE MÈRE.**

Madrid, 23-30 Avril 1903.

Règlement et programme préliminaire.

BUREAU DU CONGRÈS

PRÉSIDENT DU CONGRÈS : M. le Prof. Julian Calleja y Sánchez ;

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONGRÈS : M. le Dr. Angel Fernández-Caro.

TRÉSORIER GÉNÉRAL DU CONGRÈS : M. le Prof. José Gómez Ocana.

COMITÉ EXÉCUTIF

PRÉSIDENT : M. le Prof. Julian Calleja y Sánchez ;

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : M. le Dr. Angel Fernandez-Caro ;

TRÉSORIER GÉNÉRAL : M. le Prof. José Gómez Ocana ;

SECRÉTAIRE ADJOINT : M. le Dr. Enrique Salcedo y Ginestal ;

MEMBRES : MM. le Marquis de Guadalerzas, Angel de Larra y Cerezo, Santiago Ramón y Cajal, Dalmacio Garcia Izcar, Gabriel de la Puerta y Ródenas, Juan Manuel Diaz del Villar, Amalio Gimeno y Cabanas, Antonio Mendoza, Benito Hernandez y Espinosa, Martin Bayod y Martinez, Emilio Pères Noguera, Marcial Taboada y de la Riva, Joaquin Aleixandre y Aparici, Ricardo de Sádaba y Garcia del Real, Manuel Alvarez Ude, José Calvo y Martin, Enrique Oliván y Sanz, José M. Esquerdo y Zaragoza, Abdón Sánchez y Herrero, Francisco Criado y Aguilar, Manuel de Tolosa Latour, Manuel Sanz Bombin, Juan de Azúa y Suárez, Federico Rubio y Galli, Ramón Jimenez y Garcia, Alfredo Rodriguez Viforcós, Luis González Bravo, Santiago de los Albitos, Francisco Sanz y Blanco, Juan Cisneros y Sevillano, Rafael Forn y Romans, Eustasio Urunuela é Hidalgo, Celestino Comparad, Alejandro San Martin y Satrustegui, Florestán Aguilar, Eugenio Guitèrre e González, Carmelo Carrillo y Cubero, Antonio Serrano zy Borrego, Hermenegildo Vomas del Valle, Félix Guzmán y Andrés, Felipe Ovilo y Canales, Adriano Alonso Martinez, Julián Fuentes Fernández.

**COMMISSION GÉNÉRALE D'ORGANISATION
ET DE PROPAGANDE**

BUREAU : PRÉSIDENTS D'HONNEUR : S. E. M. le Président du Conseil des Ministres ; S. E. M. le Ministre de l'Intérieur ; S. E. M. le Ministre des Affaires Étrangères ; S. E. M. le Ministre de l'Instruction Publique.

PRÉSIDENT EFFECTIF : M. le Prof. Julián Calleja y Sanchez ; VICE-PRÉSIDENTS : M. le Marquis de Guadalerzas ; M. Carlos Maria Cortezo ; M. Francisco de Cortejarena y Aldeobó ; M. Angel Pulido y Fernández.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL : M. Angel Fernández-Caro y Novillas. TRÉSORIER GÉNÉRAL : M. José Gómez Ocana.

SECRÉTAIRES ADJOINTS : M. Angel de Larra y Cerezo ; M. Federico Montaldo y Pero ; M. José Ubeda y Correal ; M. Enrique Salcedo y Ginestal.

MEMBRES : MM. l'Archevêque de la diocèse de Madrid-Alcalá ; le Gouverneur Civil de Madrid ; le Président de la Députation provinciale de Madrid ; le Maire constitutionnel de Madrid ; le Président du Conseil de l'Instruction publique ; le Vice-Président du Conseil Royal de Santé ; le Président de l'Académie Royale de Médecine ; le Recteur de l'Université Centrale ; le Directeur général de Santé Civile ; l'Inspecteur général de Santé Militaire ; l'Inspecteur de Santé du District militaire de Madrid ; l'Inspecteur en chef de la quatrième section du Ministère de la Guerre ; le Directeur de la Bibliothèque Nationale ; le Directeur de *La Correspondencia de Espana* ; le Directeur de *La Epoca* ; le Directeur de *El Espanol* ; le Directeur de *El Globo* ; le Directeur del *Heraldo de Madrid* ; le Directeur de *El Imparcial* ; le Directeur de *El Liberal* ; le Directeur de *El Nacional* ; le Directeur de *El Correo* ;

MEMBRES HABITANT MADRID : MM. Aguilar y Rodriguez ; Alabern Raspall ; Albitos (De los) ; Alcobilla ; Aleixandre ; Alonso Martinez ; Alonso y Sanudo ; Alvarez Ude ; Armendariz ; Avilés ; Aycart ; Azúa (De) ; Baquero ; Barreras (De las) ; Bayod ; Bejarano ; Belloso ; Berruoco ; Blas y Manada ; Bosch ; Botella ; Bravo y Coronado ; Buisen ; Calatraveno ; Calvo ; Camo, Carrillo ; Castillo (Del) ; Castro y Latorre (De) ; Castro y Pascual (De) ; Cervera y Ruiz ; Cisneros ; Cospedal ; Crespo ; Griado y Aguilar ; Decref ; Diaz Bustamante ; Diaz del Villar ; Dupuy ; Enriquez ; Escolar ; Escribano ; Espina y Capo ; Esquerdo ; Esteban y Clavillar ; Estébanez ; Esteve Mora ; Ezquerria ; Falces de Odiaga ; Fernández (Fidel) ; Fernandez y Chacon ; Fernández y Gómez ; Fernández y Tallon ; Forn ; Francos Rodriguez ; Fuente Arrimadas (De la) ; Fuente y Fernández ; Garagarza ; Garcia Baeza ; Garcia-Camison ; Garcia Izcarra ; Garcia Molina ; Garcia y Montorio ; Garcia y Tapia ; Garrido é Isidro ; Garrido y Mena ; Gimeno y Cabanas ; Gómez Pamo ; Gómez y Herrero ; González Campo ; Grinda Forner ; Guedea ; Guillén y Palomar ; Gurucharri ; Gutiérrez (Eugenio) ; Guzmán ; Hergueta ; Hernández y Silva ; Hernandez y Espinosa ; Huertas y Barrero ; Huertas y Vela ; Iglesias y Diaz ; Isla y Bolumburo (De) ; Jiménez y Garcia ; Lazaro é Ibiza ; Lopez Duenas ; Lopez y Martin ; Losada ; Loza ; Lozano y Caparros ; Luis y Yagüe ; Madariaga (De) ; Maestre ; Marco Corera ; Mariani y Larrion ; Marin y Sancho ; Mariscal ; Martin y Alvarez ; Martin y Salazar ; Martinez y Angel ; Martinez y Martinez ; Medina y Vera ; Mendoza (Antonio) ; Menéndez Tejo ; Menéndez y Quintana ; Molina y Serrano ; Moliner ; Moragas ; Moreno y Zancudo ; Motos ; Munos y Fernandez ; Munos y Sanchez ; Murillo ; Navarro ; Novella ; Oliván ; Olmedilla ; Cloriz ; Ortega Morejon (M.) ; Ortiz de Landazuri ; Ortiz de la Torre ; Ovilo ; Pando y Valle ; Pardo y Regidor ; Pérez Fábregas ; Pères Xifré ; Pérez y Ortiz ; Pérez y Valdés ; Pontes y Rosales (De) ; Prieto de Castro ; Puerta (De la) ; Ramón y Cajal ; Redondo y Godino ; Redondo y Carranceja (De) ; Reig y Gasco ; Remartinez ; Reymundo ; Ribera y Sans ; Rodrigo y Laxin ; Rodriguez Carracido ; Rodriguez-Rubi ; Rodriguez y Fernandez ; Rubio y Gali ; Ruiz del Cerro ; Sádaba ; Sáenz y Criado ; Saiz de Carlos ; Saiz de Trépass ; Sanchez y González ; Sanchez y Herrero ; San Martin ; Sanz y Blanco ; Sanz y Bombin ; Semprun ; Serrano Fatigati ; Serret ; Simarro ; Soler y Aulet ; Taboada ; Tolosa Latour (De) ; Ubeda y Cardona ; Ubeda y Sarachaga ; Ulecia ; Urunuela ; Ustáriz ; Valle y Ortega (De) ; Vegas y Olmedo ; Verdejo ; Villa y Martin (De la) ; Villalba y Pérez.

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Le XIV^e Congrès international de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de LL. MM. le Roi Don Alphonse XIII et la Reine Mère, dans les jours du 23 au 30 Avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 Avril et celle de clôture le 30 Avril. — Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

ART. 2. — Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, dentistes, vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales, nationales et étrangères, qui se seront inscrits comme membres et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits que les médecins, tout ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part à ses travaux, ainsi que les représentants de la Presse.

ART. 3. — Le montant de la cotisation est de 30 Pesetas. — Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat général (Faculté de Médecine de Madrid) lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux membres du Congrès.

ART. 4. — Les Comités nationaux des différents pays peuvent recevoir les cotisations de leurs nationaux, et quand ils les transmettront au Secrétariat général de Madrid, celui-ci leur enverra les cartes d'identité correspondantes au nombre des membres inscrits. — Après le 20 Mars 1903 toutes les adhésions et cotisations devront être envoyées directement au Secrétariat général du Congrès, à Madrid.

ART. 5. — Chaque Congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au Secrétariat général, soit directement, soit par l'entremise du Comité respectif une note indiquant exactement et lisiblement son nom, qualité et titres, ainsi que son adresse (1), accompagnée de sa carte de visite.

ART. 6. — Les membres du Congrès qui auront rempli les conditions prescrites, auront le droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation et de participer à tous les avantages réservés aux Congressistes.

ART. 7. — Ils auront en outre droit à un *Résumé général* des travaux du Congrès et à un exemplaire du *Compte rendu* in extenso des travaux de la section à laquelle ils se seront faits inscrire. Les membres qui désireraient recevoir plusieurs volumes ou la collection complète des Comptes rendus, devront pour chaque volume verser une somme qui sera fixée ultérieurement, mais qui ne pourra pas excéder le prix de l'impression. — Les souscriptions aux volumes seront reçues au Secrétariat général jusqu'à la clôture du Congrès.

Les membres qui auraient présenté des communications écrites dans plusieurs sections, et celles-là ayant été admises par la Commission chargée de leur examen, recevront également les volumes de ces sections sans aucun paiement.

ART. 8. — Les Comptes rendus du Congrès seront remis aux Congressistes aussitôt publiés.

ART. 9. — Le Congrès sera divisé dans les sections suivantes :

- 1) Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).
- 2) Physiologie, Physique et Chimie biologiques.
- 3) Pathologie général, Anatomie pathologique et Bactériologie.
- 4) Thérapeutique et Pharmacie : a) Thérapeutique ; b) Hydrologie médicale ; c) Pharmacie.
- 5) Pathologie interne.
- 6) Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.

(1) Pour les inscriptions, ainsi que pour la présentation des communications, on se servira des imprimés spéciaux que le Secrétariat général enverra à tous les intéressés.

- 7) Pédiatrie.
- 8) Dermatologie et Syphiligraphie.
- 9) Chirurgie générale : a) Chirurgie et opérations chirurgicales ; b) Urologie.
- 10) Ophthalmologie.
- 11) Oto-Rhino-Laryngologie : a) Otologie ; b) Rhino-Laryngologie.
- 12) Odontologie et Stomatologie.
- 13) Obstétrique et Gynécologie.
- 14) Médecine et Hygiène militaires et navales.
- 15) Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique.
- 16) Médecine légale et Toxicologie.

ART. 10. — Les Membres du Congrès devront, au moment de l'inscription, indiquer la section ou les sections auxquelles ils désirent appartenir. Les membres qui s'inscriront dans plusieurs sections, recevront le volume de la première des sections indiquées.

ART. 11. — Un Comité exécutif, composé du Président, Secrétaire général et Trésorier, et des Présidents et Secrétaires des sections, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

ART. 12. — Le Congrès siégera tous les jours, soit en assemblées générales, soit en réunions des sections.

ART. 13. — Deux assemblées générales ordinaires auront lieu, une pour l'ouverture et l'autre pour la clôture du Congrès. — Il y aura en outre autant d'assemblées extraordinaires qu'on jugera nécessaires ; le nombre en sera fixé ultérieurement par le Comité exécutif. Ces assemblées seront destinées à des conférences auxquelles seront invitées les éminences scientifiques des différentes nations. Les conférenciers seuls auront la parole dans ces assemblées.

ART. 14. — Dans la séance d'ouverture le Secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le Président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des Délégués officiels, et l'on proclamera les Présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procédera à l'élection de son Bureau.

Dans ces séances ne pourront prononcer de discours que les Congressistes qui y auront été désignés et invités par le Comité exécutif.

(A suivre).

NOUVELLES

La Société d'hygiène de l'Enfance met au concours la question suivante pour 1902 :

Petit manuel d'Hygiène à l'usage des élèves
des écoles primaires

Les mémoires devront être inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol.

Ils porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Aucun mémoire ne sera rendu. Même non primés, ils deviendront la propriété de la Société et par conséquent ne pourront être publiés par leurs auteurs.

Le concours sera clos le 31 décembre 1902. Adresser les mémoires, avant cette date, au Docteur Chassaing, président de la Société d'Hygiène de l'Enfance, 8, rue Saint-Antoine, à Paris.

Les prix seront décernés dans les premiers mois de 1903.

NOTA. — La Société d'Hygiène de l'enfance n'accéptera et ne récompensera en dehors du sujet

du concours aucun autre mémoire, même traitant de l'Hygiène de l'Enfance.

Les conditions du concours sont formelles. Aucun mémoire autre que ceux qui traiteront la question posée n'y sera admis.

Tout auteur qui se sera fait connaître sera exclu du concours.

Les personnes qui ont des communications à faire sur l'Hygiène matérielle ou morale de l'Enfance peuvent les adresser à la Société qui les recevra avec reconnaissance. Elles pourront, si leurs travaux sont jugés sérieux et utiles, en être récompensées par l'insertion dans le Bulletin et par le titre de Membre correspondant.

LA GOUTTE DE LAIT A TOURS

Nous sommes heureux d'apprendre qu'il vient de se fonder à Tours, sur l'initiative d'un de nos plus sympathiques confrères, une Goutte de Lait.

L'œuvre qui fait son tour de France a partout prospéré et enregistré les plus brillants résultats.

Elle fera de même à Tours, nous en sommes convaincu, et s'affirmera dès le début par un réel succès.

Cette œuvre a pour but de donner du lait maternisé ou stérilisé aux enfants qui ne peuvent pas être nourris au sein par leur mère ou qui ne peuvent l'être que d'une façon incomplète.

Les enfants de toutes les classes de la société sont admis : mais l'Œuvre s'intéresse tout spécialement aux enfants de la classe pauvre, chez lesquels les difficultés de l'élevage sont bien plus grandes.

Tous les matins la mère reçoit un panier contenant autant de biberons que l'enfant prend de repas dans une journée de vingt-quatre heures.

Chaque enfant a un service de paniers et de biberon double, personnel et immatriculé.

Une fois par semaine, la mère, en venant chercher le lait, amène son enfant pour le faire peser. Le médecin directeur est chargé de la surveillance générale, du contrôle de la préparation du lait, du nettoyage des biberons, des pesées. Il ne donne pas de consultation et s'occupe exclusivement du régime alimentaire (art. 8 des statuts.)

La Goutte de lait ouvrira très prochainement ses portes aux petits nourrissons et contribuera, en leur donnant du bon lait, à diminuer dans une notable mesure la mortalité infantile.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- MM. Dr Grasset, médecin adjoint de l'Asile de Clocheville, médecin directeur ;
Madamet, avoué, secrétaire-trésorier ;
Paul Lesourd, avocat ;
Dr P. Delagenière, Professeur à l'école de médecine ;
Dr M. Bailliot, chirurgien-adjoint de l'asile de Clocheville ;
Louis Roze, industriel, juge-suppléant au Tribunal de commerce ;
Minot, pharmacien.

COMITÉ TECHNIQUE

- MM. Fresson, directeur de la laiterie de Val-Brenne ;
Jactel, vétérinaire.

Siège de l'Œuvre, 20, rue de la Moquerie.

Premier Congrès égyptien de Médecine, Le Caire, 19-23 décembre 1902 : Comité National Français, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Le Premier Congrès égyptien de Médecine se tiendra au Caire, du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le Khédive.

Président du Congrès : Dr Ibrahim Pacha Hassan.

Secrétaire général : Dr Voronoff.

Section : Pathologie interne. *Président* : Dr Comanos Pacha.

Maladie des pays chauds, Dr Ruffin.

Chirurgie, Dr Milton.

Ophthalmologie, Dr Mohamed Bey Eloui.

Questions mises plus particulièrement à l'étude.

Hépatite des pays chauds et abcès du foie : Sections réunies.

Bilartzia hæmatobia : Section des maladies des pays chauds et de chirurgie.

Fièvres bilieuses et paludéennes : Section des maladies des pays chauds.

Filariose : Section des maladies des pays chauds.

Ankylostome duodéal. — Choléra. — Dysenterie. — Lèpre. — Peste : Section de pathologie interne.

Lithiase urinaire : Section de chirurgie.

Granulations conjonctivales : Section d'ophtalmologie.

Anomalie de la réfraction dans les écoles : Section d'ophtalmologie.

Ophtalmie égyptienne. — Ophtalmie purulente : Section d'ophtalmologie.

Les langues française et arabe sont les langues officielles du Congrès.

La cotisation est de 25 fr. Les versements doivent être faits par chèque ou mandat poste à l'adresse suivante : M. le Trésorier général du premier Congrès égyptien de médecine, Le Caire (Egypte). Prière de joindre une carte de visite.

Le Comité national français, présidé par M. le professeur Lannelongue, se tient à la disposition des Congressistes français pour leur fournir les renseignements qu'ils désireraient. S'adresser à M. le Dr Achard, secrétaire général du Comité français, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Des fêtes seront données au Caire à l'occasion du Congrès.

Le Comité égyptien a organisé pour les Congressistes les excursions suivantes, qui seront faites après le Congrès :

Le Caire et environs. — Prix (tous frais de transport) : environ 100 fr.

1^{er} jour, matin : Citadelle, Mosquée des sultans Hassan et Mohamed Ali, Puits de Joseph, Tombeaux des Mamelucks. — Après-midi : Vieux Caire, Eglise copte, Ile de Rhodes, Mosquée d'Amron.

2^e jour, matin : Pyramides de Ghizel, Sphinx. Déjeuner au temple du Sphinx. — Après-midi : Musée égyptien.

3^e jour, matin : Maharieh (arbre de la Vierge), Héliopolis, Obélisque, Parc aux Antruches. — Après-midi (à ânes) : Tombeau du Kalife, Forêt pétrifiée, Mokattam.

4^e jour : Excursion au Sakkara, en bateau jusqu'à Bedrachen, à ânes jusqu'à Memphis et aux pyramides de Sakkara. Tombeaux d'Apis, de Mira et de Ti.

Haute Egypte. Excursion rapide (4 jours). — Prix (établi avec réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer) : 126 fr. 75 en 1^{re} classe, 92 fr. 50 en 2^e classe (tous frais compris). Départ du Caire à 6 h. 30 du soir, arrivée à Louxor à 8 h. 30 du matin.

1^{er} jour : Excursion à Thèbes, Tombeaux des rois Dein-el-Bakri, Ramsès, Les Colosses, Médinet-Abou, Tombeau de la reine Hatassou.

2^e jour : Temples de Karnak et de Louxor. Départ à 11 h. 30 du matin, arrivée à Assouan à 6 h. 30 du soir.

3^e et 4^e jours : Excursion à Phila et la 1^{re} Cataracte. Visite (à ânes) au sanatorium. Promenade en barque autour de l'île Eléphantine.

Hôtels de Louxor : hôtel de Karnak — d'Assouan : hôtel de la Cataracte et Grand hôtel.

Excursions plus longues (Agence Cook, prix réduits de 50 0/0. — 3 semaines. Prix : 625 fr., bateaux-touristes du 30 décembre. — 19 jours. Prix : 287 fr. 50, bateaux-express des 27 et 30 décembre et 3 janvier.

Prix des hôtels du Caire, réduits sur le tarif ordinaire :

Savory Hôtel.....	environ 18 fr. par jour (25 % sur le tarif.
Gherieh Palace Hôtel	» 15 » »
Shewards Hôtel.....	» 15 » »
Continental Hôtel...	» 15 » »
Hôtel d'Angleterre...	» 13 10 » »
Hôtel du Nil.....	» 10 » (20 %)
Hôtel Bristol.....	10 fr. par jour (prix spécial).
Eden Palace Hotel...	» —

A la demande de M. Lannelongue, la C^{ie} du Canal de Suez a mis gracieusement à la disposition des Congressistes français un bateau pour la visite du canal.

Paris, le 3 juin 1902.

MON CHER COLLÈGUE,

Je reçois de M. le Dr JAYLE, Secrétaire, pour la France, du Congrès international de Gynécologie de Rome, la note ci-dessus. Je m'empresse de vous la transmettre.

Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Rome.

Le IV^e Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique se tiendra à Rome, du 13 au 21 septembre, sous le patronage du roi d'Italie et sous la présidence d'honneur du Ministre de l'Instruction publique et du Guido Baccelli.

Président du Congrès : Professeur Ercole Pascalli (de Rome).

Président de la section d'Obstétrique : Professeur Morsani (de Naples).

Président de la section de Gynécologie : Professeur Mangiagalli (de Pavie).

Secrétaire général : Professeur Pestalozza (de Florence).

Membres du Comité d'organisation : professeur Calderini (de Bologne); professeur Gazzoni (de Messine); professeur La Torre (de Rome); professeur Negri (de Venise); professeur Truzzi (de Padoue);

Secrétaires : Professeur Caruso (de Naples); Regnoli (de Rome); Rossi Doria (de Rome).

Trésorier : M. Cesare Micheli, 127, via Rasello, Rome.

Rapports : 1^o Les indications médicales à la provocation de l'accouchement par MM. Barton-Cook-Hirst (de Philadelphie); Hofmeier (de Wurtzbourg); Pinard (de Paris); Reid (de Pétersbourg); Schauta (de Vienne); Simpson (d'Edimbourg);

2^o De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par MM. Fehling (de Strasbourg); Léopold (de Dresde); Treub (d'Amsterdam); Tuffier (de Paris);

3^o La tuberculose génitale, par MM. Marbin (de Greifswald); et Veit (de Leyden);

4^o La cure chirurgicale du cancer de l'utérus, par MM. Cullen (de Baltimore); Freund (de Berlin); Jonnesco (de Bucarest); Pozzi (de Paris); Wertheim (de Vienne).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr JAYLE, secrétaire du Congrès pour la France, 232, boulevard Saint-Germain.

Votre dévoué,

Le Secrétaire général,

Marcel BAUDOUIN.

LISTE DES MÉDECINS DES STATIONS THERMALES

Et des stations d'hiver.

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

Dr Castelhau. — Dr Lalou. — Dr Verdalle, à Cannes. — Dr Gallot. — Dr De Langenhagen, à Menton. — Dr Thaon, à Nice. — Leriche, aux Eaux-Bonnes, et au Sanatorium de Meung-sur-Loire (Loiret). — Dr Verdalle, à la Bourboule. — Dr Bartoli, à Châtel-Guyon. — Dr Veillon, à Vichy.

VARIA

Notre confrère le 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, iodotannique 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 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.