

Luxation double de l'Astragale avec rotation sur place. (Rotation en dedans). Astragalectomie. — Guérison.

Par le Dr L. LAPEYRE

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de cette variété extrêmement rare des luxations de l'Astragale, j'ai adressé en décembre dernier à la Société de Chirurgie de Paris un mémoire sur ce sujet. M. le Docteur A. Broca, chargé du rapport, a bien voulu publier *in extenso* mon observation ainsi que les figures que j'y avais jointes, en y ajoutant des considérations fort intéressantes.

Si je me permets de revenir après lui sur ce sujet, c'est que l'étude de la déformation du pied chez mon malade me paraît extrêmement importante, en raison de ce fait qu'il n'existe nulle part ailleurs, à ma connaissance, ni description, ni figure de l'aspect clinique de la lésion.

En effet toutes nos connaissances sur la luxation double et sur place, par rotation en dedans de l'Astragale, se réduisent à la description déjà vieille donnée par Malgaigne dans son traité des fractures et luxations.

Malgaigne lui-même ne connaissait que quatre faits de ce déplacement étrange, ceux de Laumonier, Denonvilliers, Thierry et Foucher ; depuis, aucun auteur de nos grands traités classiques n'a allongé cette liste, et mon observation est la première qui s'y ajoute.

Suivant lui (1) : « Ni les causes ne permettent d'en saisir le mécanisme, ni les symptômes d'en établir le diagnostic, et de fait on n'a reconnu la luxation qu'à travers une plaie ou par la dissection. »

Or, dans mon observation, le diagnostic a été fait, il était très facile à faire, la déformation énorme était tout à fait caractéristique. En voici du reste les lignes essentielles.

Observation. — Le malade est un homme de 40 ans, travailleur agricole, qui fut admis le 10 septembre 1907 à l'hôpital de Tours dans mon service, quelques heures après une chute d'une hauteur de quatre mètres.

La chute eut lieu sur les pieds réunis, puis le corps se renversa de côté, les jambes restant pliées sous le tronc. Le blessé ne put se relever en raison de la souffrance ressentie dans le pied droit ; un médecin diagnostiqua une luxation et tenta sans succès de la réduire.

Le pied dans son ensemble était transporté en dedans, la malléole externe saillante en dehors menaçait la peau, tandis que la malléole interne était débordée par le pied en dedans, un « coup de hache » existait à la face interne de la jambe à 6 centimètres environ au-dessus de la pointe de la malléole. Le pied est en outre porté en arrière et le talon fait une saillie notable.

Au premier abord, on pouvait songer à une fracture du tibia avec arrachement de la pointe de la malléole externe, quelque chose de comparable à l'envers à une fracture de Dupuytren, puisque la déformation est exactement inverse. Mais au-dessous des malléoles on sent, à la palpation, une saillie transversale facilement reconnue pour l'astragale, dont la tête soulève, en dedans et au-dessous de la malléole interne, la peau prête à être perforée. Calcanéum et scaphoïde sont restés en place. Seul l'astragale est déplacé. De la position transversale, exactement perpendiculaire à l'axe du pied de l'astragale, résulte un diastasis très marqué de la mortaise tibiotarsienne disloquée par ce véritable coin. Les os de la jambe, en dépit de l'énorme

déformation présentée, ne paraissent pas fracturés, cliniquement au moins, car aucune radiographie n'a été faite.

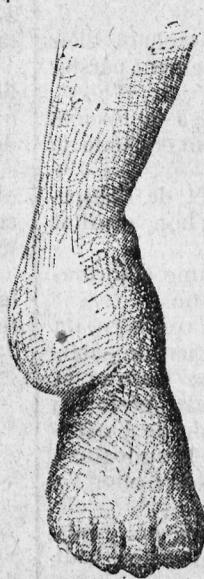


FIG. 1. — Déformation vue de face.



FIG. 3. Aspect vu de profil. Côté interne.

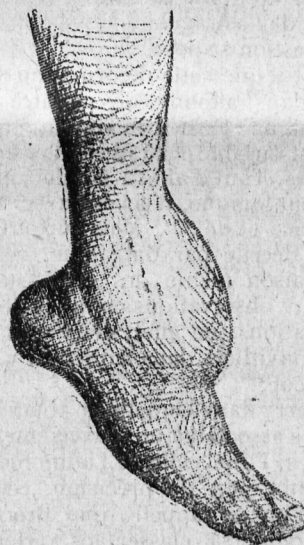


FIG. 3. — Aspect vu de profil. Côté externe.

Le 12 septembre, je fais sous chloroforme, tout étant préparé pour l'opération sanglante, une tentative infructueuse de réduction. Séance tenante alors, je pratique une longue incision externe se recourbant en dedans pour suivre l'astragale déplacé.

Je trouve l'astragale exactement dans la position transversale qu'avait révélée l'examen. Aucune fracture ni du péroné ni du tibia, l'astragale ne tient plus au calcanéum et aux os de la jambe que par quelques fibres ligamenteuses postérieures.

Toute réduction paraît impossible ; du reste convaincu par ma pratique des pieds-bots, de l'excellence de l'astrag-

(1) Malgaigne. Fractures et Luxations, tome II, p. 1062.

galectomie, je suis décidé à enlever cet astragale en tout état de cause. L'ablation est extrêmement facile.

Suture. Pas de drainage. Appareil plâtre pendant une quinzaine de jours.

Le 31 octobre, l'opéré quitte l'hôpital, marchant bien avec une néarthrose solide, malgré un écartement persistant de la malléole.

J'ai, du reste, présenté depuis le malade à la Société médicale d'Indre-et-Loire, et mes collègues ont constaté le bon résultat obtenu.

Comme l'a très bien dit M. Broca, l'intérêt de l'observation ne réside en aucune façon dans le bon résultat donné par l'astragalectomie.

Il réside essentiellement dans ce fait, qu'une déformation caractérisée rendait très facile le diagnostic.

Or, d'après Malgaigne, ainsi que nous l'avons vu, la déformation du pied est médiocre et n'offre rien de particulier. Le diagnostic ne serait possible que lorsque la tête de l'astragale fait saillie à travers la peau perforée. Pour la première fois donc dans une luxation de l'astragale de cette variété sans issue de la tête, le diagnostic a été fait, et pour la première fois aussi, une description de la déformation a été donnée.

J'ai essayé autant que possible dans les dessins ci-joints de donner une idée de l'aspect du pied ; je n'ai malgré tout qu'incomplètement réussi.

Figurez-vous, répéterai-je, la déformation bien connue de la fracture de Dupuytren en attribuant au tibia la déformation péronière et *vice versa* vous aurez le tableau exact de la lésion en y ajoutant la saillie, sous la malléole interne, de la tête de l'astragale.

Mais ici une question se pose.

Comment se fait-il que cette déformation si caractérisée ne soit signalée dans aucune des quatre observations relatées par Malgaigne ? Faut-il en conclure que le tableau symptomatique est variable et ne présente rien d'absolu ?

Je ne le crois pas. Tout d'abord la déformation que j'ai vue est parfaitement logique, d'accord avec la rotation de l'astragale sur place et de 90°. Mais surtout, si la déformation n'est pas décrite par Malgaigne, c'est qu'elle ne pouvait l'être en raison même des circonstances présentes dans les quatre observations connues de lui.

De ces 4 observations, en effet, deux sont atypiques :

1° Celle de Denonvilliers dans laquelle il y avait fracture concomitante du col ;

2° Celle de Thierry dans laquelle la rotation en dedans et aussi en arrière s'associait à un renversement en dedans.

Des deux autres, l'une, celle de Laumonier, remonte à 1790 et manque un peu de précision, ce qui n'a rien d'étonnant lorsqu'on se rappelle que Broca et Malgaigne furent les premiers à classer les variétés multiples de la luxation de l'astragale.

La dernière, celle de Foucher, a seule, en réalité, guidé Malgaigne dans sa description.

Or, il s'agit bien là d'un cas typique de rotation en dedans et sur place de l'astragale, sans fracture, sans perforation de la peau, en tout identique, par conséquent, au mien, mais il s'agit aussi non pas d'un fait clinique obtenu, mais d'une vieille luxation trouvée à l'autopsie.

La dissection a permis à Malgaigne de nettement définir le déplacement de l'astragale, mais en revanche l'ancienneté des lésions avait enlevé tout caractère bien tranché à la déformation.

Je me crois donc fondé à penser que la variété très rare observée par moi de luxation de l'astragale, reconnaît pour symptôme habituel la déformation que j'ai décrite.

Un degré de plus, il y a issue de la tête astragalienne au côté interne du pied.

Parfois enfin, comme dans les cas de Denonvilliers et Thierry, d'autres lésions concomitantes compliquent le tableau symptomatique.

Je dois dire, en terminant, que la luxation double de l'astragale avec rotation en dehors existe aussi, mais qu'elle est encore moins fréquente que la luxation en dedans, puisqu'on n'en connaît qu'une seule observation.

Le mécanisme de ces déplacements reste tout à fait obscur ; l'accident causal est toujours grave, chute d'une certaine hauteur sur les pieds (deux ou trois fois), engagement du pied dans une roue de charrette.

C'est là tout ce que nous pouvons dire actuellement, ignorant tout des raisons qui substituent parfois la luxation de l'astragale à la fracture de l'extrémité inférieure de la jambe.

Actualités Médicales

De l'Exercice illégal de la Médecine

Je me suis laissé dire quand j'étais jeune, et on m'a répété à un âge plus avancé, qu'il y avait, dans notre code, une loi en un certain nombre d'articles qui réglementait l'exercice de la Médecine et protégeait les médecins contre une concurrence déloyale.

J'ai même lu dans un code civil, sinon honnête et puéril, l'article 1^{er} de cette loi qui dit : « Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de D^r en Médecine, délivré par le Gouvernement Français, à la suite d'examens subis devant un établissement supérieur médical de l'Etat » etc., etc.

Voire même que, bête comme un de ces volatiles qui sauvèrent le Capitole et Rome, je me suis fait inscrire dans un de ces établissements supérieurs médicaux ; j'ai passé un nombre respectable d'examens devant des membres qualifiés pour ce genre d'exercice, et qui m'ont, pour tout cela, et moyennant bonnes espèces sonnantes et rébuschantes, délivré un très grand parchemin, timbré, signé de noms très respectables, visé, paraphé et retimbré depuis aux greffes de tribunaux et aux secrétariats de Préfectures.

Je n'en suis pas moins à courir encore après l'équivalent des sommes que l'auteur de mes jours a dépensées pour me faire avoir cette Peau d'âne, alors que tant d'autres, avec la seule Peau d'âne que leur a donnée la nature, et exerçant très illégalement le même métier que moi, ont acquis des fortunes colossales, roulent en auto, pour leur seul agrément, possèdent des collections d'œuvres d'art à rendre icterique un milliardaire américain, chassent à courre, à cors et à cris, voire même avec des Hammerless éprouvés à toutes les poudres pyroxilées connues.

Et c'est comme cela !

Si l'exercice légal de la médecine laisse mourir de faim les dix-huit mille, ou à peu près, malheureux diplômés de nos Facultés, l'exercice illégal de notre profession médicale fait vivre très grassement un nombre considérable de nos compatriotes.

Et si par un coup de baguette magique, comme disait feu le professeur Grancher, dans d'autres circonstances, si par un coup de baguette magique l'exercice illégal de la médecine était supprimé dans notre pays, ce serait une catastrophe effroyable... !!

Parfaitement !!!

De quoi vivons-nous à l'heure actuelle, tous tant que nous sommes ? De pain, de viande (quoiqu'en pensent les végétariens), de poissons, de légumes, et d'aliments frelatés. Oui, et bien, tout cela ce n'est pas la moitié de la vie. Et LE JOURNAL A UN SOU ?

Supprimez un peu le journal à un sou, qu'est-ce que vous verrez ?

Eh bien, si le coup de baguette magique supprimait l'exercice illégal, il supprimerait du même coup le journal à un sou : car je vous le demande, quel est le directeur de journal, qui serait assez bon, assez insensé, pour vous vendre, même pour dix sous, un quotidien d'une seule page expurgé de toutes les annonces de pommades, pilules, caleçons, ceintures, solutions, pâtes, pastilles et biscuits, recommandés par des Messieurs qui ont fait ou n'ont pas fait de vœux... autres que celui d'exploiter cette chose incommensurable qui est l'apanage du roi de la création et qu'en français on nomme la Bêtise humaine.. ?

Je me suis amusé un jour (et quand je dis un jour, je n'exagère pas) à rayer à l'encre rouge toutes les lignes d'annonces médico-pharmaceutiques et de produits plus ou moins hygiéniques dans un grand journal de Paris.

La vue de chacune des huit pages du journal ainsi raturé à l'encre rouge aurait enragé le plus pacifique des taureaux.

Aussi je me suis fait une pinte de bon sang, lisant, dernièrement, qu'un de nos confrères, animé d'ailleurs des plus louables intentions, faisait sérieusement à une assemblée médicale, recherchant le meilleur moyen d'annihiler l'effet de la publicité, par la presse, des remèdes plus ou moins secrets, la proposition suivante à peu près en ces termes :

« Nous nous entendrons avec une demi-douzaine des journaux les plus lus (il citait leurs noms) et moyennant finance, ces journaux publieront, en bonne place, un avis prévenant le public, qu'il n'ait pas à ajouter foi aux annonces vantant les propriétés curatives des médicaments ou produits plus ou moins pharmaceutiques passant dans le journal. »

Ça évidemment, c'est une trouvaille, et si cette combinaison réussit jamais, je ne désespère plus d'aller, avant de mourir, faire un petit tour en dirigeable dans la planète Mars ou dans la Lune.

En attendant, disons-nous que l'exercice illégal de la médecine est une institution nationale et inclinons-nous bien bas.

Dr LÉON LERICHE.

Grandeur et Décadence du Curettage dans le traitement de l'Infection puerpérale.

Par le Dr Bosc.
Ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Maternité de Lariboisière

Le curettage, introduit par Récamier dans la pratique gynécologique, a joui, auprès des chirurgiens et des accoucheurs, d'une fortune si singulière que la réaction con-

tre l'engouement des premières années n'a pas tardé à se produire. Dans le traitement des affections utérines, ses indications ont été singulièrement restreintes : en obstétrique, il subit une déchéance encore pire, et certains accoucheurs, en Allemagne surtout, le proscrirent d'une façon absolue. Le curettage est devenu pour eux une « opération damnable » (Bumm).

Nous chercherons ce que ces critiques comportent de vérité et d'exagération pour en dégager des indications pratiques et précises.

Reproches faits au curettage.

I. Il est insuffisant et inutile.

a) Employé comme procédé d'extraction pour les débris ovulaires (cotylédons, membranes, caduque hypertrophiée), dans les cas de rétention ou de délivrance incomplète, il se montre souvent insuffisant : la curette glisse sur ces débris, ne transmettant à la main aucune différence entre eux et la paroi utérine : on ne compte plus les cas, où après des curettages faits par des accoucheurs habiles, la femme a expulsé les jours suivants des portions de placenta plus ou moins volumineuses, et l'autopsie de femmes mortes d'infection puerpérale n'a que trop souvent démontré la réalité de pareils faits.

b) Utilisé comme traitement de l'infection puerpérale, son rôle, déjà douteux dans l'endométrite simple, devient absolument illusoire dès que les germes ont pénétré dans le tissu utérin : il faudrait curetter, de parti pris, toute nouvelle accouchée, ou ne rien faire : car si l'on attend, les microbes ont gagné en profondeur : « on purifie une région où l'ennemi a déjà passé. » (1)

II. Il est dangereux.

a) La perforation est une complication malheureusement fréquente du curettage, d'autant plus à craindre que l'utérus puerpéral déjà si aminci, est encore plus mou, plus friable en cas d'infection. La perforation a pu se produire entre des mains très expérimentées, et on a vu des opérateurs connus, ramener à la vulve, après un coup de curette malheureux, une anse d'intestin (Van Riper, Veit, Martin, Gussenov), ou de l'épiploon (Bar, Hyner). Le danger se complique encore du fait que si la femme est anesthésiée, la douleur syncopale, révélatrice habituelle de la perforation, n'est pas ressentie : celle-ci peut passer inaperçue et n'est pas traitée (2).

b) En cas de salpingite, de phlegmon du ligament large, de cellulite pelvienne, un curettage inopportun risque de déterminer une poussée aiguë au niveau de ces organes, parfois même de rompre des adhérences péritonéales et d'ouvrir le péritoine à l'infection.

c) Enfin, et c'est là le plus grand argument de ses

(1) Clément. — Le traitement intra-utérin de l'infection puerpérale. Thèse, Paris, 1906.

(2) Il est bon de remarquer d'ailleurs que les perforations utérines, suite de curettage, sont loin de présenter toujours un pronostic grave (voir thèses de Rebreyend (1890) de Morlet (1904). Nombre d'entre elles guérissent spontanément.

Maladies de l'Estomac

Elixir du Dr MOSNIER

(Chlorhydro — Cocaïne — Peptique — Thébaïque — Chloroformé)

DIGESTIONS PÉNIBLES, BALLONNEMENTS, DILATATIONS, DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES

1 à 2 cuillerées à café à la fin des repas dans de l'eau sucrée.

PRIX : 3 fr. 50 le flacon. — Dépôt à Paris : MM. SIMON et MERVEAU. — TOURS : Ph^{ie} TULASNE, place de la République

(Envoi gratuit aux Docteurs, sur demande, d'un flacon d'essai)

détracteurs, loin de combattre l'infection, il ne ferait que la favoriser. Dans les cas d'endométrite, qui représentent la plus grande partie des cas d'infection puerpérale, les microorganismes sont localisés au début dans la couche la plus superficielle de la caduque, et leur pénétration est empêchée par la couche profonde formée de cellules embryonnaires, et qui est l'analogue de la membrane granuleuse des abcès. Or, la curette, en se promenant dans tous les sens de l'utérus, enlève à chaque coup cette barrière protectrice, ouvrant, toutes grandes, les bouches d'absorption lymphatiques et veineuses. Le grand frisson et l'élévation de température qui suivent fréquemment le curettage montrent que cette réinfection n'est pas une simple vue théorique, et si le plus souvent ce frisson n'est qu'un incident, il est parfois le point de départ d'une réinfection très grave (1). Aussi nombre d'auteurs, Budin, entre autres, ont-ils proposé de substituer le curage digital au curettage, de remplacer la curette, instrument aveugle par le doigt, instrument intelligent et qui peut contrôler tout ce qu'il fait. L'utérus étant abaissé, le doigt va décoller tous les débris, et les amène en dehors, ou bien s'ils sont trop volumineux, ils sont expulsés par le procédé de l'expression abdomino-vaginale, deux doigts d'une main pressant le cul-de-sac inférieur, pendant que l'autre main, à travers la paroi abdominale, presse la face antérieure de l'utérus. Ce curage digital, associé à l'écouvillonnage, suffirait à toutes les indications de la pratique.

Critique de ces objections.

a) Si la curette laisse parfois échapper des débris ovulaires plus ou moins volumineux, ces faits ne constituent que des exceptions, et ils sont le plus souvent imputables à des opérateurs inexpérimentés. Qui prouve, d'ailleurs, que même en ces cas, la curette n'a pas amorcé le décollement de ces fragments dont l'expulsion s'est complétée les jours suivants ? En fait, il serait puéril de nier qu'une curette ne nettoie pas bien et complètement une cavité utérine.

b) Quant au reproche de favoriser l'infection, n'est-ce pas un leurre que le respect systématique de cette barrière organique, constituée par des cellules embryonnaires, et sous le prétexte de la conserver coûte que coûte, doit-on laisser en contact de la paroi utérine ces débris de caillots et tous ces putrilages plus ou moins farcis de microorganismes ? N'est-il pas plus logique d'enlever tous ces foyers d'infection, en faisant suivre aussitôt cette ablation d'une cautérisation énergique ?

c) Certains auteurs ne craignent même pas, — en la maniant légèrement et sans abaisser l'utérus — d'utiliser la curette, dans les cas de salpingite, de phlegmon pelvien, voire même de péritonite au début, pour peu qu'il persiste

un foyer septique au niveau de l'endomètre. Ils prétendent améliorer ces organes, en détruisant la cause première de ces accidents.

d) Quant au curage digital, qui a été préconisé à la place du curettage, il est, à notre avis, passible d'un certain nombre d'objections (outre qu'il détruit, tout comme le curettage, la fameuse barrière protectrice), il nécessite, pour être bien fait, l'anesthésie chloroformique (ce dont le curettage se passe aisément); c'est à ce prix seulement que le doigt peut vaincre, dans les utérus à avortement, la résistance fibreuse et musculaire du canal cervical et de la région sus-cervicale, pour atteindre le fond. Il exige un abaissement accentué de l'utérus, par la main exploratrice, et cette sorte de pétrissage est particulièrement dangereux dans le cas où l'infection a gagné les annexes. Il faut utiliser successivement les deux mains pour gratter correctement le fond et les cornes de l'utérus, et enfin le curage ne peut être fait correctement avec un doigt ganté de caoutchouc : or, le médecin peut être appelé à pratiquer ce curage, en sortant d'une opération septique, et il peut avoir, d'autre part, des raisons absolues de ne pas s'infecter.

La supériorité du curage sur le curettage nous semble peu démontrée : sans doute la curette est loin de réaliser l'instrument idéal, elle peut cependant, maniée sur des indications précises, rendre encore de grands services, surtout quand on l'associe au curage digital et à l'écouvillonnage.

III. Indications du curettage.

Il faut distinguer la conduite à tenir dans l'avortement et dans l'accouchement.

1. Le Curettage dans l'avortement.

a) Il y a rétention placentaire.

Si quelques auteurs, Budin en particulier, préconisent en pareil cas l'expectative armée, attendant pour agir le premier signe d'infection, et ont ainsi de bons résultats, la majorité des accoucheurs, en présence des aléas que comporte cette attente, et de la nécessité de maintenir la femme au lit jusqu'à ce que l'expulsion se soit faite spontanément, préfèrent agir de suite. Cette dernière méthode nous paraît la meilleure, et sans attendre, on fera dans ce cas le curettage toujours précédé ou même suivi du curage digital. On exposera ainsi peut-être quelques femmes à un nettoyage utérin inutile, mais en revanche combien n'en mettra-t-on pas d'autres à l'abri de la septicémie. Cette conduite, déjà justifiée quand l'avortement paraît normal, devient une règle absolue quand on a lieu de supposer que l'avortement a été provoqué : on ne connaît que trop la rapidité et la gravité de l'infection en pareil cas.

b) Il y a infection puerpérale.

Ici le doute n'est plus permis, et le curettage précédé d'un curage digital, et suivi d'une cautérisation iodée, est d'autant plus indiqué qu'à cette époque de la grossesse, les dangers de perforation sont réduits au minimum en raison de l'épaisseur et de la résistance relative du mus-

(1) « J'ai observé pour ma part plusieurs cas dans lesquels la réaction du curettage a été très violente, si violente dans deux observations que les femmes sont mortes. Dans certains cas, rares, je le veux bien, le curettage semble donc provoquer une réaction d'ensemencement extrêmement violente, voire même mortelle », Brindeau, Société d'obstétrique, avril 1906.

iodo-JUGLANS (Extrait de Noyer iodé)

L'iodo-JUGLANS, tout en possédant une grande activité, est bien supporté par les estomacs les plus délicats : enfants, convalescents.

L'iodo-JUGLANS est le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

POSOLOGIE. — Enfants : 10 à 20 gouttes par jour ; Adultes : 30 à 40 gouttes par jour, dans un peu de lait ou d'eau sucrée. Maladies de poitrine : toux, bronchites, engorgements ganglionnaires, affection de la peau, faiblesse générale, surmenage, anémie.

DÉPÔT TOUTES PHARMACIES. — Vente de gros : H. MORAND, Pharmacien, AURAY (Morbihan).

cle utérin. Le curetage est encore employé aujourd'hui dans le traitement de l'infection, suite d'avortement, par la totalité des chirurgiens et la grande majorité des accoucheurs.

2° Le Curetage dans les suites de couche à terme.

a) Pour les cas de *rétenction placentaire et ovulaire*, les indications sont les mêmes que dans l'accouchement ; on se rappellera cependant qu'ici le curage digital, en raison de la profondeur de la cavité utérine, est difficilement applicable, et qu'en cas de rétenction des membranes seules l'écouvillon doit toujours être passé, soit avant, soit de préférence après la curette.

b) Dans l'*infection puerpérale*, le curetage ne doit être appliqué qu'en des conditions bien déterminées. Il n'est utile que dans les cas d'endométrite, c'est-à-dire dans les formes d'infection puerpérale, où la fièvre apparaît peu élevée d'abord — vers le 3^e, 4^e jour — où les lochies ont un peu d'odeur, et de rouges et rosées deviennent grisâtres, d'un blanc sale ou d'un brun chocolat, charriant parfois des lambeaux de membranes et des caillots en voie de décomposition, où enfin le col, dont l'orifice interne est déjà presque fermé normalement au 3^e jour, se laisse largement pénétrer (1).

Mais dès que l'infection a dépassé ce premier degré, dès qu'elle atteint le muscle lui-même (métrite parenchymateuse, se montrant en général vers le 10^e jour) ; dès que l'infection s'est généralisée, le curetage devient illusoire : il devient même dangereux dans les cas de gangrène utérine (physométrie, odeur infecte, lambeaux de tissu nécrosé éliminés, friabilité telle que l'injection intra-utérine elle-même ne doit pas être tentée,) et dans les infections annexielles. Il doit faire place à d'autres méthodes (traitement des septicémies, hystérectomie, colpotomie, etc.).

C'est donc dans l'infection localisée à l'endomètre que le curetage trouve sa meilleure indication : on essaiera toujours pour commencer une injection intra-utérine, suivie d'un attouchement iodé : elle suffit parfois pour ramener la température normale, en 24 ou 48 heures. Mais si, au bout de ce temps, la fièvre persiste, si le pouls s'accélère, on procédera au curetage sans hésiter.

d). Faut-il recommencer le curetage.

Les uns disent non, les autres conseillent de le recommencer jusqu'à 15 fois s'il est besoin (La Torre). Si, en effet, il est suivi dès le lendemain d'une chute définitive de la température, dans 25 pour 100 des cas de curetage par suite de couches, dans 60 pour 100 même après les avortements, ou si tout au moins la chute en lysis est fréquente, il est de nombreux cas d'infection puerpérale, qui ne cèdent pas au premier curetage. La conduite à tenir variera suivant chaque opérateur : si ce dernier a conscience d'avoir fait un nettoyage suffisant, s'il a l'impression d'avoir enlevé tout ce qui était nettoyable, un second curetage est inutile ; il faut aller porter ailleurs la lutte contre l'infection. Dans les conditions inverses, on serait naturellement autorisé à faire deux ou plusieurs curetages successifs.

b). Technique du curetage obstétrical.

L'anesthésie est inutile, à condition d'opérer doucement ; c'est là la grande supériorité du curetage sur le

curage digital : la curette entre toujours facilement dans les utérus d'infection *post-partum* : dans le curetage *post-abortionum*, il est parfois nécessaire de passer au préalable quelques bougies de Hégar.

Le choix de l'instrument a une importance capitale : toutes les petites curettes sont à rejeter : il faut une curette à extrémité large — la curette fenêtrée à dents de scie de Collin, la curette triangulaire de Bouilly, qui a l'avantage de nettoyer facilement les cornes utérines, sont de bons instruments : nous donnons personnellement la préférence à la pince-mouchette de Bonnaire, dont les deux branches s'articulent à la façon d'un petit forceps, et qui permet de saisir les moindres inégalités à la surface de l'utérus.

La femme est mise en position obstétricale, la vulve rasée et nettoyée à l'eau chaude et au savon, le vagin désinfecté par une injection à l'eau oxygénée, et la vessie vidée par cathétérisme ; des compresses stérilisées couvrent l'abdomen et les cuisses ; on commence par pratiquer avec deux doigts de la main droite le curage digital, les débris étant ramenés par expression vagino-abdominale. Puis une valve déprime le périnée, la lèvre antérieure du col est fixée par une pince de Museux, et la curette est alors promenée légèrement et lentement sur toute la surface utérine, en insistant spécialement sur le fond, au niveau des cornes et de l'insertion placentaire. On termine par une injection intra-utérine iodée, et un attouchement à la teinture d'iode pure : il est inutile de faire un tamponnement (1).

Ainsi limité à ces deux indications capitales :

- 1) Rétenction de débris placentaires,
- 2) Infection encore localisée à l'endomètre,

le curetage, heureusement complété aujourd'hui par le curage digital, nous paraît appelé à rendre encore de grands services dans le traitement de l'infection puerpérale. Comme il est fréquent, ce sont ses amis maladroits qui l'ont un peu discrédité en l'appliquant sans indications précises : le souvenir des milliers de femmes, chez lesquelles il a arrêté une infection puerpérale au début, lui permet de défier ces reproches, et de conserver une place de premier ordre dans l'arsenal thérapeutique obstétrical.

ABONDANCE

par le Dr Jules F.

Dans l'*Avenir médical* d'octobre dernier, parmi les dessins de Cruikshank *sur les nez*, il en est un qui peut donner fortement à réfléchir, surtout si l'on se rappelle le vers d'Ovide :

« Noscitur
..... a naso quanta sit hasta viri »

Il représente (voir au verso) un monsieur « porteur de deux nez divergents ». « Le cas semble impossible, dit le Dr Eifer ; il existe pourtant dans la science quelques exemples de cette comique anomalie. Plus étrange encore est son mode de production : deux embryons jumeaux se sont soudés : leurs moitiés contiguës ont disparu ; seuls persistent deux nez, vestiges de la dualité primitive. Cruikshank avait peut-être vu un de ces phénomènes. »

Il serait intéressant de connaître « l'hasta » d'un tel sujet. Ovide n'avait peut-être pas songé à celle-là.

Et cependant la réponse n'était pas impossible de son

(1) Ce défaut d'involution du col est considéré comme une indication toute spéciale d'intervention (Chesneau, thèse, Paris, 1901). Un utérus infecté n'est jamais fermé (Bonnaire).

(1) Bonnaire a montré, d'autre part, qu'on atténuait ou qu'on supprimait même le frisson suite de curetage, en badigeonnant la cavité utérine à la teinture d'iode, 3 heures avant de le pratiquer.

temps, car il reste dans un lupanar de Pompéi une fresque qu'il me semble à propos de rapprocher du double nez. Je regrette de n'en pouvoir reproduire une photographie. Il s'agit d'un sujet porteur de deux gigantesques phallus en érection; c'est « l'Abondance », dit le guide accompagnant le voyageur. Les phallus divergents pouvaient-ils être utilisés en même temps ou servir tour à tour; c'est difficile à dire.

Le peintre de Pompéi avait-il vu un porteur de tels organes? Le double penis *bien constitué* est peut-être aussi rare que le double nez; mais les hypospades avec penis divisé dans toute leur longueur s'observent encore quelquefois, et, sans trop d'imagination, le peintre de Pompéi pouvait faire de ces moitiés de verges de superbes membres prêts à fonctionner.

Le médecin, l'anatomiste, le physiologiste, le philo-



sophe, pourraient être intéressés par une histoire de « la verge dans l'art »; je m'étonne qu'elle n'ait pas encore été entreprise. L'antiquité latine et grecque offriraient à l'auteur une ample moisson à recueillir; et dans Pompéi même, que de choses il trouverait.

Les lupanars de cette ville forment tout un quartier. Tous renferment de nombreuses fresques démontrant que les plaisirs permis et défendus se sont pratiqués de tout temps et que les villes romaines n'avaient rien à envier à Sodome, à Lesbos et à des capitales plus modernes. Tout cela se lit en images sur les murs et pouvait servir de leçons de choses aux jeunes éphèbes non encore initiés.

Parmi les œuvres d'art qu'on ne montre qu'à certains est une fontaine dans le genre du Manneken-pis de Bruxelles. Cette fontaine se trouvait dans le jardin d'une maison très bien restaurée. Elle est maintenant sous clef dans une sorte de placard. Ce qui distingue le Manneken-pis de Pompéi de celui de Bruxelles, c'est que la verge de celui de Pompéi est en état d'érection complète.

Les physiologistes, je le disais, seraient intéressés par l'étude artistique que je recommande à un confrère. Il est une mosaïque de Pompéi toute physiologique; elle représente les divers états du penis depuis la flaccidité jusqu'au summum de l'érection: ce dernier état est fort bien rendu, tandis que la flaccidité et les intermédiaires ne sont qu'esquissés.

Le musée secret de Naples pourrait également fournir de nombreux documents, depuis les phallus gigantesques servant d'enseignes aux maisons closes, jusqu'à ceux de petite dimension qu'hommes et femmes portaient en broche pour se préserver des jeteurs de sort.

Aujourd'hui encore, dans toute l'Italie, on porte, pour se garer de « la gettatura », des cornes en corail rose, semblant être une transformation de l'usage antique.

Le musée d'Athènes contient toute une collection de lampes en terre cuite n'ayant rien à envier aux fresques de Pompéi.

Si l'idée que je suggère souriait à un de mes lecteurs, je

voudrais lui signaler encore les verges, sculptées d'une façon plus ou moins rudimentaire, des dieux et fétiches des peuplades sauvages. Les musées ethnographiques français et étrangers renferment de nombreux échantillons utilisables.

Bien entendu, l'auteur de l'étude proposée ne devrait pas négliger de voir si les artistes des différentes époques ont plus ou moins tenu compte du rapport signalé par Ovide :

Noscitur à naso...

Dr Jules F.

L'Emplâtre de Vigo

Par M. MICHELON, Dr en Pharmacie

M. Michelin, de Tours, vient de soutenir, devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, en vue du titre universitaire de Docteur en pharmacie, une très importante thèse sur le *Mercur*. Etudiant successivement la pharmacie chimique, puis la pharmacie galénique de cet agent thérapeutique, il fait un historique très complet des différentes préparations mercurielles. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire ici un des chapitres de ce remarquable travail.

L'emplâtre mercuriel de Vigo, qui figure au Codex et qui est principalement employé aujourd'hui comme résolutif, remonte au *xv^e* siècle et fut préconisé pour les maux d'origine vénérienne.

Il a subi, à travers les siècles, une série de modifications dans sa préparation.

D'après les auteurs, cet emplâtre (*emplastrum Vigoniam seu de Ranis*) fut composé par Jean de Vigo, afin de guérir ses compatriotes de la vérole ou mal de Naples, ainsi appelé parce que cette maladie aurait été apportée des Indes en Italie et aurait débuté à Naples.

Pour la plupart des pharmacologistes, sa formule ne contenait pas de mercure.

Ambroise Paré, dans ses *Oeuvres*, indique au *XIX^e* livre, traitant de la grosse vérole, le médicament de Vigo, dont il donne deux formules avec description du mode opératoire et des propriétés de chacune des substances entrant dans sa composition.

Ce médicament, dit-il, est une sorte de liniment, dans lequel le mercure, ou argent vif, se trouve éteint au moyen d'axonge, de blancs d'œuf, etc... (*miction d'argent vif*), l'axonge ayant été cuite au préalable avec des herbes *nervales* et aromatiques afin de la rendre plus subtile et confortative des parties que vérole offense (1).

Plus loin, dans le *XXVI^e* livre, traitant de la *faculté et vertus des médicaments simples*, Ambroise Paré donne la formule et le mode préparatoire de l'emplâtre de Vigo.

En voici le texte intégral (2) :

R : Olei *charnæmeli*, *anethi*, de *Spica*, *liliorum* an : 2 onces ; olei de *croco* : 1 once ; *pinguedinis porcine* : 1 livre ; *pinguedinis vitulina* : 1 livre 1/2 *euphorbii* : 5 drachmes ; *thuris* : 10 drachmes ; olei *laurini* : 1 once 1/2 ; *ranas viventes* : 26 ; *pinguedinis viperae* : 2 onces 1/2 ; *lumbricorum lotorum in vino* : 3 onces 1/2 ; *succi ebuli*, enulæ an : 2 onces ; *Schœnaultri*, *stecados*, *matricariæ* : an 3 livres ; *vini odoriferi* : 2 livres ; *lithargyri auri* : 1 livre ; *therbentinae claræ* : 2 onces ; *styracis liquidæ* : 2 onces 1/2 ; *argenti vivi extineti*, fiat *emplastrum* ; pour chacune livre d'ingrédients on y met 4 onces de vif argent et souvent on le multiplie pour estre la dite emplastre de plus grand effect.

(1) Ambroise PARÉ, *Oeuvres*, 1585, G. Buon (XIX^e livre chap. x. p. 708)

(2) Ambroise PARÉ, *Oeuvres*, 1585, Paris, G. Buon (XXVI^e livre, chap. xxvi, p. 1133)

Les vers doivent estre lavez avec de l'eau de fontaine, puis avec un peu de vin afin de leur oster toute la terre qu'ils pourroyent avoir : estant ainsi lavez, on les fera tremper au vin qui entre en cette composition, et les grenouilles toutes vivres seront adioustées et le tout bouilly ensemble, jusques à la consommation de la tierce partie, puis sera mise l'herbe appelée *matricaria* incisée, aussi le schœraute contus et le stœchas et de rechef on fera cuire le tout jusques à la consommation d'une livre. Telle décoction sera cuicte à perfection et qu'elle soit laissée claire, puis sera laissée refroidir, puis coulée et gardée, attendant que la litharge aye esté nourrie l'espace de douze heures avec l'huile de camomille, aneth, de lys, de safran, ensemble les axunges de porc, de veau et de vipère (en lieu d'axunge de vipère, on prendra de l'axunge humaine) laquelle litharge ayant esté nourrie sera cuicte bien lentement : puis osterez le tout du feu et adiousterez un quarton de la susdite décoction : en après sera mise sur le feu afin que l'humidité en soit consommée et continuerez jusques à ce qu'ayez mis toute la décoction et notez qu'une partie de l'huile d'aspic sera gardée pour mettre à la fin de la dite décoction, afin que l'emplastre aye meilleur odeur. Cela fait, lors adiousterez *succos ebuli et enule campane* faisant le tout cuire jusques à leur consommation, puis (l'ayant osté du feu) adiousterez le thus, euphorbium et de la cire blanche tant qu'il en sera besoin, puis mettez l'argent vif estéint avec la térébenthine et huile d'amandes amères et styrax, l'huile laurin et de spica en remuant tout jusques à ce qu'il soit froid : puis en ferez magdaléons.

Vers le commencement du xvi^e siècle, Jean de Renou (1), médecin plus spécialement pharmacologiste, donne, dans le livre VI^e de l'*Antidotaire* (chap. xx), la formule de l'*emplastrum Vigonium*, seu de *Ranis*. Cette formule est en tous points semblable à celle décrite par Ambroise Paré, mais il fait plusieurs remarques, et critique principalement le *modus operandi*.

Il commence par affirmer que la vérole provient des Indes, qu'elle fut apportée en Italie, d'où elle *embrena* toute l'Europe ; aussi reproche-t-il à Vigo, qui composa cet emplâtre pour le mal de Naples, de l'appeler impertinemment mal français. Il ne peut admettre que tous les ingrédients entrant dans la composition de cet emplâtre bouillent et cuisent ensemble confusément, même jusqu'à la litharge.

Les modernes, ajoute-t-il, ont trouvé un moyen pour le préparer beaucoup mieux en faisant comme s'ensuit :

Ils font premièrement cuire les vers de terre lavez dans le vin et les raines des marais encores vives, dans les graisses de pourceau, de veau et dans le vin aussi, jusques à la dissipation de la troisième partie de toute la liqueur et par après, y adioustent la matricaire, le Stœchas et le Schœnantos et la font de rechef bouillir jusques à l'entière déperdition du vin. Ce qu'estant fait, ils y adioustent les sucs et les huiles et quant après la graisse de vipère ou à son défaut celle de serpent. Et font de rechef cuire le tout jusques à l'entière dissipation de toute l'humidité aqueuse, puis l'expriment bien et mettent en la liqueur exprimée la litharge pulvérisée, laquelle ils nourrissent en la remuant continuellement et la font cuire en forme d'onguent et lors ils y meslent la cire et font fondre artistement, et après cela ils ostent du feu toute la mixtion et dès aussitôt y jettent dedans l'encens, l'euphorbe et consécutivement la térébenthine et le storax. Finalement, quand le tout a esté mélangé, remué, incorporé et refroidi comme dit a esté, ils y meslent l'argent vif qui aura esté passé à travers quelque drap ou linge espais, puis estéint avec la salive d'une personne à jeun : et l'incorporent soigneusement en remuant tousiours, jusques à tant que toute la masse aye sa vraye consistance d'emplastre pour puis après en former de magdaléons.

Telle est, pour lui, la meilleure méthode pour le préparer ; c'est celle que suivent les plus experts pharmaciens. Au

besoin, ces derniers doublent ou triplent la dose de mercure, afin de rendre l'emplâtre plus efficace pour dompter le mal de Naples. Cependant il préférerait que le mercure fût éteint dans le suc de sauge plutôt que dans la salive, et quant au choix des grenouilles, il est d'avis de prendre celles des marais plutôt que celles des prés et haies, car ces dernières sont un peu venimeuses.

Enfin, il croit devoir avertir les médecins que peu d'apothicaires préparent cet emplâtre suivant la description, à cause de la rareté de la graisse de vipère.

Vers la même époque, F. Sylvius fait mention de ce même emplâtre et en vante les vertus contre le mal de Naples (1).

François Verny, maître apothicaire de Montpellier, publia, en 1673, une traduction de la *Pharmacopée* de Bauderon. Ce dernier donnait une formule de l'emplâtre identique à celles déjà indiquées et décrivait un mode opératoire peu différent (2).

Verny, après avoir donné la traduction intégrale de la préparation de Bauderon, fait remarquer que, sans vouloir causer de tort à l'auteur ni à Vigo, leurs *modus faciendi* ne doivent pas être suivis ; il conseille le suivant :

Faire cuire les grenouilles, les vers de terre, les herbes et les fleurs, chacun en son rang, sans y oublier la camomille, puisqu'elle est demandée en l'édition de 1531 et qu'elle y convient beaucoup ; le tout dans un pot couvert, avec du bon vin, jusqu'à la consommation d'un tiers et dans la colature, le marc bien exprimé : de rechef dans le même pot seront cuites les graisses de porc, de veau, séparées de leurs membranes, hachées menu et celle de vipère ; les huiles de camomille, aneth, safran, de lys et de laurin avec la décoction, jusques à l'entière consommation d'icelle ; après les avoir coulés et exactement séparés l'humidité s'il en reste, les mettez dans une grande bassine avec la litharge subtilement cicotrinée et non lavée et sur un petit feu les cuirez en remuant tousiours avec une spatule, estant en forme de liniment commencerez d'y adiouter petit à petit vossucs ou si mieux ayez, une décoction de camomille, qu'en ce cas la retrancherez de la première décoction et sur la fin y adiousterez les sucs l'emplâtre entièrement cuit, et y ferez fondre la cire blanche l'ayant tirée du feu, l'emplâtre a demy froid, y meslerez les poudres d'encens et d'euphorbe, finalement les huiles d'aspic et le styrax liquide.

L'argent vif sera estéint dans un mortier avec la térébenthine jusques à ne paraître du tout point et meslé non pas comme le dit Bauderon, sur le marbre, mais dans une bassine, l'emplâtre estant encore chaud, pour le pouvoir mieux incorporer.

Plus tard, Charas, dans sa *Pharmacopée Royale*, dit, à propos de cet emplâtre, dont il donne également la formule, que les sentiments des auteurs sont très différents en ce qui concerne les doses des médicaments qui le composent, et sur sa préparation. Il croit devoir donner un mode de préparation meilleur que ceux publiés jusqu'alors, et fait remarquer que quelques modernes veulent qu'on dissolve le mercure dans l'eau-forte, puis qu'on en fasse évaporer l'humidité parmi l'axonge de vipère et l'huile de lis ; il croit ce procédé mauvais parce que le mercure retient les parties acres et corrosives de l'eau-forte qui se trouvent dès lors mêlées à l'emplâtre. Aussi est-il persuadé que tout apothicaire raisonnable suivra son procédé, c'est-à-dire d'éteindre le mercure dans la térébenthine et le storax liquide, avant de le mélanger aux autres choses de l'emplâtre.

Il ajoute qu'on peut préparer un emplâtre de *Ranis* sans mercure, qui est du reste fort estimé pour apaiser toute sorte de douleurs froides ; le premier étant principalement

(1) François SYLVIVS, *Francisci Sylvi (de le Boë) opera medica*, vol. in-4, 1679 (loc. cit.).

(2) François VERNY, *Pharmacopée de Bauderon*, revue par F. Verny, 1673, B. Rivière, Lyon, liv. II, sect. III.

(1) *Œuvres Pharmaceutiques* de Jean de RENOU, traduction de Serres ; Lyon, 1637, p. 754.

destiné à calmer les douleurs des épaules, des bras, des cuisses des jambes et de toutes les parties solides lorsqu'elles viennent de quelque mal vénérien. En fortifiant les parties, il attire le venin en dehors, le convertissant en une espèce de moiteur (1).

Lemery, dans sa *Pharmacopée*, puis de Meuve, dans son *Dictionnaire pharmaceutique*, signalent également l'emplâtre de *Ranis* ou de *Vigo cum et sine mercurio*.

De Meuve se contente de transcrire la formule et le *modus faciendi* de Bauderon avec les modifications apportées par Verny, mais sans aucune observation (2).

Lemery, au contraire, après avoir décrit la formule, fait remarquer qu'il entre environ 1 once et demie de mercure sur chaque livre de cet emplâtre, ce qui fait 1 dragme sur sur chaque once, et qu'on peut doubler ou tripler la quantité de mercure suivant le besoin, mais que la quantité indiquée doit cependant suffire.

Il déclare que toutes les descriptions inscrites dans les *Pharmacopées* ne conviennent pas, quant à la proportion de litharge qui doit entrer dans sa composition. La plupart en indiquent trop peu, ce qui fait qu'en les suivant on ne peut donner une consistance assez solide à l'emplâtre (3).

De tous les pharmacologistes, celui qui incontestablement étudia le plus cet emplâtre est Baumé. Ce dernier, en effet, cherche à expliquer les différentes réactions qui s'opéraient dans les mélanges plus ou moins complexes que renfermait la *Pharmacopée*, et sut ainsi faire entrer la pharmacologie dans une voie réellement scientifique.

En effet, dans son *Traité de pharmacie*, après avoir décrit le mode opératoire employé jusqu'alors pour la préparation de cet emplâtre, Baumé croit devoir exposer les réformes dont semble être susceptible cette préparation, afin de la rendre plus simple, plus efficace et plus facile à préparer.

Pour lui, la décoction que l'on fait pour l'emplâtre est inutile.

Les grenouilles qui donnent le nom à ce médicament, et les vers de terre, fournissent peu de principes dans l'eau, et en supposant même qu'ils soient efficaces, ils sont tellement affaiblis par le grand nombre des autres substances qu'on peut considérer ces matières comme nulles. Ces mêmes substances et les lis ne fournissent également rien dans l'huile, de sorte que ces huiles n'ont pas plus de vertus que l'huile d'olives pure.

Les substances odorantes des fleurs perdent tout leur arôme pendant la décoction, les huiles d'aneth, de camomille, de lavande, d'enula, préparées par infusion, contiennent les matières résineuses et odorantes de ces substances; mais pendant la cuisson de l'emplâtre, elles perdent toute leur odeur, et la matière résineuse se décompose par la chaleur qu'elles éprouvent. Aussi croit-il plus simple de remplacer les premières par des poudres qu'on ferait entrer dans l'emplâtre, et toutes les huiles par de l'huile d'olive pure, en ajoutant sur la fin de la cuite un peu d'huiles essentielles.

Baumé rappelle qu'il a déjà fait observer, au sujet de la pommade mercurielle, que les matières végétales balsamiques telles que le styrax, la térébenthine, n'étaient ni propres à éteindre le mercure, ni en état de se combiner avec lui comme on désire qu'il le soit dans cet emplâtre.

Le plus simple moyen d'incorporer le mercure dans la masse est de l'éteindre dans une quantité connue d'onguent mercuriel, fait à parties égales. Quand ce dernier est bien éteint, on fait liquéfier l'emplâtre de Vigo simple, on le

mêle au mercure éteint et on ajoute, sur la fin, les huiles essentielles.

A l'appui de ces remarques, Baumé propose une nouvelle formule de l'emplâtre de Vigo qu'il désigne dans son *Traité de Pharmacie, emplâtre de Vigo réformé*; mais il n'ose pas cependant en supprimer les grenouilles, parce que l'emplâtre lui doit son nom. La formule en était la suivante:

Grenouilles.....	n° 6
Racines d'ieble.....	1 livre
Vin blanc et vinaigre....	āā 2 livres

On fait de tout une décoction et on la dépure; on prend alors

Litharge préparée.....	4 livres
Huiles d'olives.....	3 —
Graisse de porc et de veau, de chaque.....	15 onces

On fait cuire toutes ces matières en consistance d'emplâtre, alors on ajoute et on fait liquéfier les matières:

Huile de laurier.....	4 onces
Cire jaune.....	2 livres
Térébenthine....	2 onces

Lorsque ces matières sont liquéfiées et mêlées, on ajoute:

Styra liquide.....	4 onces
--------------------	---------

Puis quand l'emplâtre est à demi refroidi, on y incorpore les poudres suivantes:

Oliban, euphorbe, myrrhe, safran.....	āā 1 once
Racine d'année.....	2 onces
Fleurs de camomille, lavande, matricaire, mélilot.....	āā 6 drachmes

Lorsque ces poudres sont mêlées exactement et que l'emplâtre est suffisamment refroidi, on en sépare 6 livres 4 onces qu'on met à part et dans la masse restante dans la bassine on ajoute:

Huile essentielle de lavande. . .	2 scrupules
Huile essentielle d'aneth et camomille.....	1 —

On mêle le tout exactement et l'on forme un emplâtre qu'on réduit en magdaléons parce qu'on l'emploie assez souvent sans mercure. Avec la portion mise à part, on fait l'emplâtre de Vigo avec le mercure comme suit:

Onguent mercuriel fait à parties égales.....	8 onces
Mercuré crud.....	12 —
Emplâtre de Vigo, ci-dessus....	6 livres 4 onces
Huile essentielle de lavande....	2 scrupules
Huile essentiellement d'aneth et camomille.....	1 —

On met dans une terrine vernissée bien unie l'onguent de mercure avec le mercure crud, on triture ce mélange avec un pilon de bois pendant dix à douze heures. Alors on fait liquéfier dans une bassine l'emplâtre de Vigo simple et on le met dans la terrine avec le mercure. On pose la terrine sur un peu de cendres chaudes pour que l'emplâtre ne se fige pas trop vite; on agite le mélange avec un pilon jusqu'à ce que le mercure soit bien mêlé, et, quand l'emplâtre est suffisamment refroidie, on y mêle les huiles essentielles et on forme des magdaléons (1).

Baumé signale enfin que cet emplâtre présente une couleur variant du gris mercuriel au pourpre, ces différences

(1) CHARAS. *Pharmacopée royale galénique et chimique*. Paris, 1676; *Pharmacopée galénique*. chap. VI: Des emplâtres, p. 561.

(2) DE MEUVE. *Dictionnaire pharmaceutique*. 1679, Lyon, chez Almaury.

(3) LEMERY. *Pharmacopée universelle*, 1697, p. 1176.

(1) BAUMÉ. *Eléments de Pharmacie*, Samson à Paris, 8^e éd., 1762-1797.

provenant du degré de chaleur de l'emplâtre lorsqu'on le mêle au mercure. Lorsque l'emplâtre est chauffé modérément, la couleur grise du mercure divisé ne change pas ; si, au contraire, il est très chaud, le mercure prend aussitôt une couleur violette tirant sur le pourpre, et, en même temps, il se rassemble au fond de la terrine sous forme d'un précipité très divisé ne laissant percevoir aucun globule de mercure. Quant à la cause, elle lui semble difficile à expliquer ; mais il croit qu'elle provient d'une combinaison plus ou moins intime du mercure avec toute les substances de l'emplâtre et avec le sel métallique, provenant de l'union de la litharge avec l'acide de l'huile pendant la cuisson de l'emplâtre.

Virey, s'appuyant sur les observations fort justes formulées par Baumé, supprima définitivement les grenouilles dans la formule qu'il publia en 1811 (1).

Cette nouvelle formule fut dès lors adoptée à la Pharmacie centrale des Hôpitaux civils de Paris, et elle figura pour la première fois au Codex de 1818. Elle était ainsi conçue :

<i>Emplastrum simplicis</i>	1,250
<i>Ceræ flavæ</i>	64
<i>Resinæ pini</i>	64

Quibus liquatis plene solutis et semi frigidis, nondum vero concretis addantur pulveres :

<i>Gummi resinarum ammoniaci et Bdelli</i>	aa 20
<i>Olibani</i>	20
<i>Myrrhæ</i>	20
<i>Crocet</i>	12

Misce accurate. Interea.

<i>Hydrargyri</i>	380
<i>Terebenthinæ puræ</i>	64
<i>Styracis liquidæ et puræ</i>	192

Teratur diu in mortario ferro donec mercurius fiat inconspicuus. Quo facto adde emplastrum supra paratum liquefactum modice calens et misce intime, ac demum antequam concreseat, adde :

<i>Olei lavandulæ volatilis</i>	8
---------------------------------------	---

Misce ut fiat emplastrum, in quo hydrargyri ratio ad massam erit circiter ut 1 à 8 (2).

Henry et Guibourt, en indiquant la formule du nouveau Codex, déclarent qu'elle est beaucoup mieux conçue et plus efficace que l'ancienne formule. L'emplâtre, disent-ils, lorsqu'il vient d'être fait, possède une teinte jaunâtre due à la matière colorante du safran, mais cette teinte disparaît au bout de quelque temps et il ne conserve que la couleur ardoisée du mercure métallique divisé. Ils le désignent sous le nom de *stéaraté de mercure* (3).

Comme on peut s'en rendre compte, le Codex, ainsi qu'Henry et Guibourt, tout en adoptant les modifications des formules proposées par Baumé et Virey, continue à faire éteindre le mercure dans le mélange de styrax (térébenthine et huile volatile), et introduisant ce mélange par petites portions dans le reste de l'emplâtre.

Soubeiran, dans son *Traité de Pharmacie*, adopte la méthode indiquée par ces auteurs, parce que, dit-il :

Elle permet d'économiser singulièrement sur le temps qu'il

fallait pour exécuter cette préparation quand on éteignait le mercure dans le styrax et la térébenthine (1).

Quelques années plus tard, Mouchon, pharmacien à Lyon, insiste encore sur la façon d'éteindre le mercure, et, pour lui, le seul procédé pratique et rapide est celui conseillé par Baumé.

Les éditions successives de la *Pharmacopée française* qui parurent depuis 1818, y compris la dernière, celle de 1884, conservèrent à cet emplâtre sa même composition comme ingrédients ; quelques modifications furent seulement apportées dans les quantités. Quant au procédé d'extinction du mercure, malgré les observations de Baumé, de Virey, de Soubeiran, de Mouchon, il est resté tel qu'il était indiqué au Codex de 1818.

Comme on peut le remarquer par ce qui précède, la dose de mercure que renfermait cet emplâtre était fort variable.

Ce ne fut qu'en 1818 que la Commission du Codex en fixa la dose à 1/8 de la masse, et elle fut définitivement fixée à 18 0/0 en 1884.

L'Os Acromial

Par le Dr MAX BERNARDEAU.

(Suite et fin)

III

Théories sur l'os acromial

Nous ne rappellerons ici que pour mémoire la conception des anciens anatomistes sur ces faits anormaux. Il n'y avait là pour eux que quelque chose de monstrueux produit par un caprice de la nature, et ils les appelaient « lusi naturæ ».

Beaucoup d'auteurs anglais, en particulier, Arbuthnot, Lane et Struthers n'ont pas voulu voir dans cet osselet une anomalie et ont classé les cas qu'ils ont trouvés comme des fractures non consolidées de l'apophyse acromiale.

Le rapport avec l'arthrite de l'épaule ne nous paraît pas plus certain, puisque contre un cas d'arthrite après luxation et deux cas sans autres lésions, nous trouvons seize cas absolument sains. L'union intime entre l'arthrite et le traumatisme est un fait certain ; mais, ne pourrait-on pas, en rejetant toute idée de fracture de l'acromion, s'expliquer le fait de l'arthrite d'une autre façon dans les 2 cas où elle existe sous une autre lésion de l'épaule et où il s'agit de la bourse sous-acromiale ? Un mouvement anormal de l'extrémité apophysaire, ne pourrait-il pas causer cette inflammation ? Nous savons, en effet, que tout organe en situation anormale est prédisposé à se voir frapper de maladie et ainsi l'arthrite ne serait plus la cause, mais la conséquence de l'existence de l'os acromial.

Nous trouverions vérifiée, une fois de plus, cette loi aujourd'hui admise par tous et connue sous le nom de « loi de Ledouble » qui dit que : « Nos organes opposent d'autant plus de résistance aux maladies qu'ils sont plus sains et mieux conformés..... et que l'anomalie des viscéres, comme cause prédisposante de leur dégénérescence et de leur inflammation, et même de maladies pour les parties voisines, est en pathologie générale le corollaire de la grande loi biologique proclamée par le naturaliste Darwin : la lutte pour l'existence. »

A côté de cette théorie de la fracture traumatique de l'acromion avec non-consolidation, il en est une autre, attribuant l'origine de l'osselet à une fracture par arthrite

(1) Virey, pharmacien militaire, né à Hortes près de Langres en 1775, mort à Paris en 1846 (*Traité de Pharmacie*, 2 vol. 1811)

(2) *Pharmacopée française* publiée par la Faculté de Médecine de Paris, 1818.

(3) HENRY et GUIBOUT. *Pharmacopée*, 2 vol., 1818, t. II, p. 164.

(1) SOUBEIRAN, *Traité de Pharmacie*, 2 vol. 1836, t. II, p. 525.

rhumatoïde avancée de l'épaule. Adam et Smith (R. W.), ayant observé des cas de la séparation de l'acromion en deux fragments coïncidant avec une arthrite ayant profondément modifié le squelette de l'épaule, furent portés à attribuer la même cause à toutes les divisions de l'acromion.

Nous voyons donc que nos observations, bien que relevées sur des sujets la plupart très âgés, ne peuvent s'expliquer ni par l'hypothèse d'une fracture traumatique non consolidée, ni par celle d'une désintégration au point faible de l'acromion due à une arthrite à un stade très avancé. Bien que la division de l'acromion ait été nettement observée pour l'une et l'autre cause, il faut reconnaître qu'il existe un type spécial à forme bien définie qui ne s'explique par aucune raison pathologique.

Ne sommes-nous pas, plutôt là, en présence d'une anomalie dont nous pourrions trouver l'explication par un trouble dans le développement de l'acromion. Nous avons vu que l'acromion se formait par quatre points principaux : les deux internes se réunissant d'abord, les deux externes ensuite, avec enfin fusion des deux segments. Nous devons nous rappeler aussi que le segment moyen du mésacromion est sujet à quelques variations dans son développement.

Si l'ossification de l'acromion s'arrête au dernier stade de son évolution, on trouve reproduit l'os acromial et l'on comprend maintenant comment l'articulation intra-acromiale correspond toujours avec cette ligne qui partage normalement en deux les faces de l'acromion et qui représente le point d'union épiphysaire. On voit aussi comment il se fait que cet interligne soit sujet à de légères variations, puisque le mésacromion l'est dans son développement. De plus, la situation constante de la facette claviculaire sur l'ossetlet s'explique, puisqu'elle est toujours formée au dépens du même noyau ossifiant le mésacromion.

Nous comprendrions également sans peine le deuxième type, nous avons vu en effet qu'il existe un point spécial pour l'extrémité antérieure de l'acromion. Ce second type n'est donc que le préacromion qui ne s'est pas soudé avec le reste de l'apophyse. Si l'on se rappelle aussi que l'union entre le préacromion et le mésacromion est antérieure à la consolidation de ce dernier noyau avec le basi-acromion, on trouvera là la cause de la rareté plus grande de cette seconde anomalie.

Enfin l'observation XVI (Struthers) n'est que la réunion sur le même sujet de ces deux types.

L'étude du développement de l'acromion nous explique aussi en partie pourquoi le métacromion ne s'isole pas : c'est qu'il se consolide de bonne heure avec le basi-acromion et lorsqu'il y a division, c'est entre lui et le métacromion.

Nous avons signalé que dans plusieurs des observations l'auteur faisait remarquer que l'omoplate était plus mince que de coutume, même en tenant compte de son développement général. N'y a-t-il pas là une preuve d'une ossification moindre dans cette pièce de squelette.

Nous trouvons, dans ce cas, vérifiée la proposition de Meckel sur les anomalies : « Il y a dans les anomalies d'un organe, transition graduelle de l'une à l'autre ». L'articulation intra-acromiale n'en est-elle pas un exemple frappant ? Elle s'offre à nous sous plusieurs types : l'arthrodie, l'amphiarthrose avec fibro-cartilage, enfin la soudure osseuse presque achevée. C'est précisément à cause de cette loi émise et vérifiée par Meckel sur d'autres sujets que nous n'hésitons pas à ranger ce cas de l'observation X dans les os acromiaux bilatéraux, et qu'il nous paraît être un des plus intéressants.

Non seulement le développement de l'acromion nous

permet de faire de l'os acromial un ossetlet, anormal, il est vrai, et à physionomie nette, mais aussi les données de l'anatomie comparée nous conduisent vers le même but.

Il y a longtemps que Meckel parlait de « l'analogie de la » plupart de ces vices de conformation avec ce que l'on « observe chez les animaux ».

Si nous recherchons dans la série des Mammifères (les seuls Vertébrés qui possèdent un acromion) une conformation analogue à celle qui nous occupe, nous la trouvons chez l'Aï et plusieurs Insectivores. Rappelons aussi que l'Aï et la plupart des Insectivores sont les animaux qui, après les Primates, ont l'omoplate la plus grande et la mieux développée.

Voici la description que donne Meckel de l'épaule de l'Aï : « J'ai trouvé chez des Aïs très jeunes une clavicule courte et grêle, renflée à ses deux extrémités, qui était fixée sur le point de jonction de l'apophyse coracoïde encore cartilagineuse avec une apophyse également de cartilage et partant de l'épine, l'extrémité antérieure de cette clavicule ne se terminant pas loin du sternum. Chez les individus plus âgés, cet os s'étend de l'apophyse coracoïde jusqu'au sternum, mais il ne lui est pas unie, pas plus qu'à son congénère du côté opposé. A la place de la lame cartilagineuse qui se détache de l'épine, il existe un os propre, mince, qui en avant touche à l'apophyse coracoïde mais non à la clavicule. L'os antérieur est-il, dans ce cas, la clavicule coracoïdienne et le postérieur, la clavicule acromiale, ou bien ce dernier n'est-il que l'acromion à l'état de séparation et le premier une clavicule qui ne s'étend pas jusqu'à l'acromion, ou enfin les deux os appartiennent-ils à la clavicule acromiale ? La seconde présomption me paraît la plus vraisemblable. »

Ainsi Meckel admet donc un os acromial chez l'Aï, mais cet ossetlet ne se trouve pas en rapport avec la clavicule.

Chez les Insectivores, nous remarquons un type se rapprochant plus de ce que nous observons chez l'homme.

D'après Flower, « chez la taupe dorée du Cap, ou *Chrysochloris*, l'omoplate est longue et étroite mais aplatie ; l'épine envoie une apophyse plate en arrière, près de son milieu et de son extrémité une longue apophyse mince métacromiale. La clavicule est mince et recourbée. Le segment méso-scapulaire forme un os distinct quoique minime, entre la clavicule et l'omoplate. Chez le *Sorex*, l'omoplate est aussi longue et étroite et l'acromion mince se termine en deux longues apophyses divergentes dont l'antérieure supporte la clavicule et la postérieure est appelée métacromion. Le segment méso-scapulaire est un os distinct. »

Parker donne du *Chrysochloris* une description analogue : « Le segment méso-scapulaire est un os petit, mais très distinct, très indépendant de la clavicule ; la même disposition se trouve aussi chez le *Crocodyrus*, où il est très distinct et de la clavicule et de l'acromion. »

Nous voyons que d'après Meckel il existe chez l'Aï un ossetlet en tout point analogue à l'os acromial, sauf qu'il ne s'articule pas avec la clavicule, que différents Insectivores présentent un type qui se rapproche encore plus de l'ossetlet qui nous occupe.

On peut être amené à considérer l'extrémité de l'acromion qui a son ossification spéciale, sa constitution différente du fragment interne, comme le représentant chez l'homme du segment méso-scapulaire des Insectivores, avec cette distinction qu'il a fait corps avec le reste de l'omoplate. Les cas où existe l'os acromial ne seraient donc que le rappel de cette disposition et représenteraient le segment méso-scapulaire. Si par la pensée on s'imaginerait l'apophyse privée de sa moitié externe, telle qu'elle existe dans le cas d'anomalie, ne rappelle-t-elle pas l'acromion des Insectivores, et

l'angle postérieur (métacromion des animaux) peu apparent, par suite de la continuité du tissu osseux, ne devient-il pas, tout de suite, beaucoup plus saillant en dehors, rappelant ce qui est décrit par Flower sous le nom d'apophyse métacromiale ?

Ainsi, il nous semble que les Insectivores plus que l'Al soient le type auquel il faille comparer l'os acromial à cause du fait de l'articulation avec la clavicule.

Ces constatations, jointes au rapport qui existe entre l'os acromial et le développement de l'acromion, nous fournissent, il me semble, une explication beaucoup plus rationnelle et moins sujette à la critique que les deux théories précédentes.

Nous sommes donc en présence d'une variation, la seule d'ailleurs qui ait été signalée pour l'acromion. Étant donné les faits d'anatomie comparée que nous venons d'exposer, nous la rangerons dans la grande catégorie des variations ataviques, d'héritage, théromorphiques ou réversives du Professeur Ledouble. Elle reproduit bien en effet chez l'homme adulte une disposition, normale dans une espèce animale, en même temps qu'elle constitue une disposition normale pendant sa vie fœtale.

Produits de croisements

entre Pavo et Gallus.

Nous extrayons, d'une chronique scientifique du *Journal des Débats*, le passage suivant qui relate les curieuses recherches de Zoologie de notre éminent compatriote, M. Pays-Mellier, qui étudie, comme on le sait, dans son beau domaine de la Pacaudière, les mœurs des animaux exotiques.

M. Edmond Perrier avait placé, l'autre jour, sous les yeux de l'Académie des Sciences, deux grands oiseaux qui auraient pu mettre en défaut la sagacité des ornithologistes. Ils s'agit en effet de deux hybrides. Le père est un paon et la mère une poule cochinchinoise. *Pavo* et *Gallus*. C'est la première fois, selon MM. Pays-Mellier et Trouessart, que le croisement a été signalé à l'attention des naturalistes.

Un éleveur de Loches (Indre-et-Loire) avait réuni par hasard dans une petite volière un paon nigripenne et une jeune et très grosse poule cochinchinoise. Celle-ci pondit deux œufs d'où sortirent des poussins très différents de leur mère. M. Pays-Mellier fit l'acquisition de ces poussins, alors âgés de 4 mois. Mais l'un d'eux étant mort, le survivant fut envoyé à la ménagerie du Muséum de Paris où il a figuré quelque temps dans les parquets de la Faisanderie.

On sait depuis longtemps que les hybrides sont assez faciles à obtenir dans la famille des *Phasianida*. Le genre *Phasianus* se croise avec les genres *Chrysolopus*, *Gennæus* et aussi avec les genres *Gallus*, *Acomus*. Le coq se croise avec la pintade, etc. Les deux hybrides de MM. Trouessart et Pays-Mellier offrent des caractères qui ne permettent pas de mettre en doute leur origine. Bien que pondus et couvés par une poule à forme lourde et ramassée, leurs proportions beaucoup plus élégantes sont celles du paon. Comme celui-ci, ils sont pourvus d'ailes allongées qui leur permettent de voler. Tous deux sont des mâles à ergots très développés; cependant, ils n'ont point fait entendre le cri perçant du paon. Le sommet de la tête porte une courte huppe de trois à quatre plumes n'ayant pas plus de 15 millimètres de long; le cou est grêle. Les ailes sont grandes et allongées. Les plumes caudales sont au nombre de 14 comme chez la poule et non de 18 comme chez le paon. En somme, malgré cette différence, l'influence du père semble prépondérante sur celle de la mère.

Ces deux hybrides ne diffèrent que par la taille et les couleurs. Le plus grand mesure 98 centimètres de la pointe du bec à l'extrémité de la queue; il représente le type blond ou roux et tient, sous ce rapport, de la mère. L'ensemble du plumage est très agréable à l'œil. Le second hybride représente le type brun et par suite se rapproche davantage du père; il n'a que 91 centimètres de longueur totale. Ici le roux est remplacé par un brun châtain finement strié de noir avec quelques rares taches blanches sur la tête, les ailes et le ventre.

Ces deux oiseaux sont curieux et l'on peut dire qu'on pourra s'en procurer d'autres facilement dans les volières et les parcs d'élevage. Il suffit évidemment d'enfermer ensemble un paon et une poule. Toutefois, et si intéressants que soient ces croisements, surtout entre deux genres aussi différents que *Pavo* et *Gallus*, les éleveurs devront se rappeler que toute tentative pour créer par ce moyen des formes intermédiaires semble illusoire. L'expérience démontre que les hybrides ainsi obtenus sont presque toujours stériles; et dans les cas assez rares où l'on a réussi à les faire se reproduire entre eux, on a pu constater que leur fécondité s'éteignait dès la deuxième ou troisième génération.

Avis aux amateurs.

Régénération des deux tiers inférieurs du tibia après nécrose par ostéomyélite

Par M. le Dr LAPEYRE (de Tours).

Rapport par M. A. Broca.

Société de chirurgie (séance du 4 décembre)

M. Lapeyre nous a envoyé, avec le séquestre correspondant à l'appui, l'histoire d'un enfant qui, à cinq ans et demi, le 19 novembre 1906, fut admis à l'hôpital pour ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieure du tibia, sans arthrite du cou-de-pied, avec fièvre violente et gros abcès. La maladie avait commencé une quinzaine de jours auparavant et n'avait pas été traitée. Le malade ayant été examiné le 20 novembre, à la visite du matin, ne fut opéré que le 22; c'est là un point sur lequel je me permettrai une petite critique, quoique l'observation nous soit soumise pour tout autre chose. Je pense, en effet, que l'opération, pour ostéomyélite aiguë suppurée, est une intervention d'urgence; sans doute, dans le cas actuel, les accidents étaient déjà assez anciens, il n'y avait pas d'autre foyer, l'infection générale ne paraissait pas très grave; il n'en reste pas moins que la prudence ordonnait une opération immédiate. Sur ce point, tous les chirurgiens d'enfants sont d'accord, s'ils diffèrent — et encore pas beaucoup, comme l'a fait voir notre toute récente discussion — sur quelques détails de technique.

Donc, le 22 novembre, M. Lapeyre, par une longue incision occupant la moitié inférieure de la jambe, ouvrit un gros abcès dans lequel baignait le tibia dénudé sur toute la longueur correspondante. Le cartilage conjugal étant détruit, l'épiphyse fut évidée à la curette, sans que toutefois on pénétrât dans l'articulation, et le tiers inférieur environ de la diaphyse, comme nous le voyons sur la pièce, fut ouvert en gouttière.

A la suite de cette opération la fièvre tomba; mais la suppuration locale persista, le tibia dénudé se nécrosa jusque sous la tubérosité antérieure, et, le 15 janvier, M. Lapeyre enleva un séquestre long de 13 centimètres; il termina par un évidement à la curette de l'épiphyse inférieure. Comme la gaine périostique était encore fort molle, le membre fut immobilisé dans un appareil plâtré. Il fallut encore, le 15 mars 1907, évider l'épiphyse inférieure

et drainer l'articulation tibio-tarsienne, enfin envahie. Le 13 juin, il ne persistait plus qu'une petite fistule en bas, et la jambe présentait assez de rigidité pour qu'en la protégeant dans un appareil silicaté M. Lapeyre ait fait lever sur béquilles son petit malade, qui, dit-il, s'étolait au lit. Le 15 septembre, l'enfant quittait l'hôpital, marchant sans canne, avec un appareil lacé, amovo-inamovible. Il y a ankylose tibio-tarsienne; le tibia régénéré est solide, mais avec, à sa jonction avec l'os ancien, sous la tubérosité antérieure, une incurvation assez notable à concavité externe. Le raccourcissement n'est que de 25 millimètres, l'enfant, revu le 25 octobre, ayant beaucoup grandi depuis un an.

Que deviendra ce raccourcissement? D'après tout ce que nous savons sur la valeur physiologique de l'extrémité inférieure du tibia, il est probable qu'il ne subira pas une augmentation relative, par arrêt d'allongement, suffisante pour gêner notablement la marche. Au moins n'ai-je jamais rien vu de semblable chez la cinquantaine de malades dont je viens de faire publier l'histoire par mon élève Tostivint, dans sa thèse, et qui documente un article récent inséré par moi dans le *Bulletin médical*. Mais, de la destruction, qui paraît complète, de ce cartilage inférieur, je me crois autorisé à conclure qu'avant de déclarer le résultat définitivement bon, il convient d'attendre un peu: car le cartilage similaire du péroné est intact et il faut craindre qu'en continuant à faire allonger l'os correspondant, il ne repousse le pied en dedans, ainsi que plusieurs exemples en sont connus. De la description de M. Lapeyre, il résulte que la conservation du cartilage tibial et de l'épiphyse était impossible; mais on ne peut oublier que, malgré la fertilité médiocre de l'organe, sa suppression ne va toujours pas sans inconvénients ostéogéniques tardifs.

Cette réserve faite pour l'avenir, — et en ajoutant que de petites poussées inflammatoires plus ou moins éloignées ne sont pas rares en semblable occurrence, — il reste un beau résultat de régénération de la diaphyse tibiale après ablation d'un fort grand séquestre, et ces faits sont toujours intéressants à enregistrer, quoique tous nous en ayons d'assez nombreux dans notre pratique. Cette observation, ainsi que beaucoup d'autres, nous prouve combien est grande la tendance à la réparation de ces lésions chez l'enfant, combien on peut compter sur la régénération osseuse dans des cavités d'ostéomyélite même très considérable, et dans des cas où l'on n'a pas eu besoin de recourir à des procédés spéciaux d'ostéoplastie ou d'obturation. Je ne veux nullement jeter le discrédit sur ces méthodes qui ont leurs indications et qui peuvent nous rendre de réels services, mais qu'on a quelquefois le tort de systématiser, alors que chez la plupart des malades la guérison se produit fort bien sans elles; comme étendue de séquestre de la partie inférieure du tibia, abstraction faite des ostéomyélites bipolaires, le cas de M. Lapeyre représente à peu près le maximum du genre, et la radiographie nous prouve combien la reproduction est parfaite.

Si j'insiste un peu sur cette observation au lieu de vous la rapporter, comme elle nous a été communiquée, à titre de simple fait documentaire, c'est qu'elle me paraît faire bien suite à notre discussion à peine close sur le traitement de l'ostéomyélite aiguë. Elle est d'abord un exemple à l'appui de notre assertion que si la trépanation — ou plutôt l'ouverture large, en gouttière, de la diaphyse infectée — nous paraît utile pour faire cesser les accidents infectieux aigus, on aurait tort de croire qu'elle met à l'abri des lésions de l'ostéomyélite prolongée. Avec cette réserve, toutefois, que le retard de plus de quinze jours a ôté à l'opération une bonne part de son efficacité. Peut-être de là provient que la nécrose diaphysaire fut ici cir-

conférentiellement totale et très étendue en hauteur. Car, dans les cas bien opérés, souvent le séquestre n'intéressera une partie de la circonférence de l'os; souvent aussi qu'une partie de ce qui aura été dénudé par l'abcès sous-périoste pourra se recouvrir et reprendre vie. Mais la règle est que, d'une manière ou d'une autre, il se forme un séquestre plus ou moins étendu, nécessitant une ou plusieurs opérations secondaires, d'efficacité fort variable selon l'os considéré. L'extrémité inférieure du tibia, même quand presque toute la diaphyse se mortifie, est un des sièges les plus favorables à une guérison rapide et complète, sans fistule.

Mais à quel moment entreprendre ces opérations secondaires pour ablation des séquestres? Il est difficile de juger à distance cette opportunité pour un malade qu'on n'a pas vu. Quelquefois, en effet, certains accidents locaux, certains troubles généraux par suppuration intense peuvent nous forcer la main, nous inciter à intervenir de bonne heure. D'une manière générale, pourtant, je crois mauvais de se hâter, d'enlever l'os mort avant un délai de trois à quatre mois: d'abord, parce que bien souvent, la séquestration totale ne sera achevée qu'à ce moment et qu'elle est indispensable pour que nous ayons quelque chance de réussir par une seule opération; ensuite, et surtout, parce que le tuteur formé par la diaphyse ancienne est fort utile pour maintenir à la gaine périostique, où se fait l'ossification nouvelle, une forme et une longueur convenables. Si cela n'a pas grand intérêt quand une partie de la circonférence de l'os ancien continue à vivre, on comprend qu'il en soit autrement quand il y a destruction complète du levier osseux sur une longueur variable. Il faut que la suppuration profuse du début se soit calmée pour que la couche ostéogène du périoste décollé se mette au travail; et pendant les premiers temps il s'accumule des matériaux mous, peu à peu durcis par une ossification assez lente à devenir complète. C'est pour cela que, presque toujours, la résection immédiate est, pour la régénération osseuse, une pratique détestable; c'est pour cela que les séquestrotomies hâtives ne sont pas toujours les meilleures. Elles ne font guère gagner de temps — si même elles en font gagner — et elles exposent à des résultats orthopédiques moins bons. Que nous dit M. Lapeyre dans son observation? Qu'au bout de deux mois, quand il enleva l'os mort, il trouva une gaine osseuse molle, si bien que, s'il n'avait pas eu foi dans ce qu'enseignent les classiques, il eût songé à amputer un membre dont l'avenir lui paraissait fort problématique; et tous les spécialistes en chirurgie infantile l'encourageront dans cette tendance conservatrice. Mais tous aussi — ou j'en serais surpris — m'accorderont qu'au bout de trois à quatre mois l'os nouveau eût été bien épais, bien plus solide; qu'il eût été suffisant, à cette date, pour qu'un appareil plâtré eût été inutile; que cet appareil plâtré — auquel je ne me souviens d'avoir eu recours que pour quelques cas *exceptionnels* où l'os nouveau s'est fracturé au cours de l'opération — eût été sans doute médiocrement efficace pour l'humérus ou le fémur, privés qu'ils sont d'un péroné ou d'un radius formant attelle. Je m'abstiens de juger le cas particulier, je le répète, parce qu'il peut y avoir à une conduite spéciale des indications spéciales, mais je ne veux pas laisser croire que l'observation ici résumée corresponde au type dont nous devons vulgariser la connaissance en pratique courante. Ce type, c'est la séquestrotomie tardive, au moment où l'os nouveau sous-périoste est bien constitué, en moyenne au bout de trois à quatre mois.

Mais de ce que cet os est suffisant pour ne pas se défor-

mers s'il ne subit à peu près aucune charge selon son axe longitudinal, on ne saurait conclure qu'il va vite être en état de porter le poids du corps. Craignant une débilitation — dont les chirurgiens d'enfants en général n'ont pas très peur — par séjour prolongé au lit, M. Lapeyre a fait lever son malade d'assez bonne heure, le 15 juin, trois mois après la dernière retouche opératoire, qui datait du 15 mars. Et il en est résulté, malgré le silicate et les béquilles, une incurvation qui au bout d'un mois environ ne progressait plus et qui sans doute ne se fût pas produite si l'enfant se fût levé un ou deux mois plus tard.

Les chirurgiens non spécialisés ne se méfient pas toujours assez de cette mollesse, longtemps persistante, de l'os nouveau sous-périosté, mollesse qui me paraît en rapport avec l'évolution normale de l'os, sans qu'il soit besoin de faire intervenir « un rachitisme inflammatoire » dont on parle quelquefois, à Lyon surtout. De là, des incurvations diaphysaires, quelquefois très accentuées, qu'on observe presque exclusivement au membre inférieur, et qu'on eût évitées si l'on eût fait lever le malade un peu plus tard.

Tout en répétant, pour terminer, que je me garderai bien de porter un jugement formel à propos d'un malade que je n'ai pas vu, tout en reconnaissant que, dans quelques cas exceptionnels, séquestrotomie hâtive et marche précoce peuvent avoir leur raison d'être, je ne saurais dissimuler à M. Lapeyre que très probablement j'aurais appliqué à son malade les quelques préceptes généraux énoncés au cours de ce rapport. Sur ce fait particulier, il aurait sans doute beau jeu à me répondre que, mise à part une légère courbure sans grande importance, il a obtenu, sur un malade fort mal en point à de l'origine, un fort beau résultat dont je suis le premier à le féliciter. Mais en tout état de cause il me pardonnera, j'espère, d'avoir saisi cette occasion pour exposer les conclusions pratiques auxquelles je suis arrivé pour mon propre compte, après avoir soigné plusieurs centaines d'enfants atteints d'ostéomyélite, dont cinquante-deux à l'extrémité inférieure de la jambe, d'après les relevés faits par Tostivint dans mes observations.

Je vous propose d'adresser nos remerciements à M. Lapeyre et de déposer son travail dans nos archives.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Ayant pris la parole dans la discussion à laquelle M. Broca vient de faire allusion pour préconiser l'intervention la plus rapide et la plus complète possible dans l'ostéomyélite, je tiens à préciser le sens de cette proposition.

La discussion portait alors sur l'ostéomyélite aiguë, sur la première période, et j'affirmai alors que cette intervention hâtive et large, allant jusqu'aux limites du mal, est de nature à prévenir une partie des accidents postérieurs à l'ostéomyélite. En cela j'étais en contradiction avec la plupart des chirurgiens qui ont pris la parole et qui ont estimé que cette intervention précoce ne met pas à l'abri des accidents secondaires.

Mais, dans le cas auquel M. Broca fait allusion, il s'agit d'une période tardive. Le séquestre a été produit. Il s'agit de savoir à quel moment on interviendra.

Or, là, je ne pense plus que l'intervention hâtive soit toujours favorable. Je pense qu'il faut laisser s'achever la séquestration de l'os et laisser aussi se constituer la défense par l'os nouveau. Il faut prendre des précautions pour ne pas infecter cet os nouveau au point de séparation. Il y a donc là à tenir une conduite un peu différente de celle que j'ai préconisée dans le premier cas.

Je n'émet aucune critique contre la pratique suivie par M. Lapeyre, qui a eu un très bon résultat pour des raisons particulières. Je me place seulement au point de vue très

général de l'intervention pour ablation des séquestres secondaires.

J'ai donné ici *in extenso* et le rapport de M. A. Broca et les réflexions de mon vénéré maître le Dr Championnière.

Le Dr Broca m'a quelque peu reproché :

- 1° D'avoir enlevé trop tôt le séquestre diaphysaire;
- 2° D'avoir laissé trop vite lever mon petit malade, d'où, pense-t-il, l'inflexion du tibia à la jonction de l'os ancien et de l'os nouveau.

Sur le premier point je répondrai que je suis convaincu, comme M. Broca, de l'intérêt qu'il y a à attendre le plus tard possible avant d'enlever le séquestre.

Mais ici j'ai eu la main forcée et par l'abondance de la suppuration et par l'envahissement de l'articulation tibio-tarsienne. Je n'ai été amené à enlever l'énorme partie séquestrée qu'au cours même de l'opération.

Sur le deuxième point, je pourrai me défendre en m'abritant derrière l'opinion des membres de la Société médicale d'Indre et Loire, tels MM. Boureau et Ecot qui s'appuyant sur l'opinion d'Ollier, attribuent au péroné resté en place la sécrétion du tibia.

Quoiqu'il en soit, le résultat final est très satisfaisant et si je n'ai pu montrer à la Société médicale de Tours, ni le séquestre, ni les radiographies, j'ai du moins présenté un petit malade marchant fort bien et vraiment assez curieux.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Technique histologique et cytologique,

par le Dr G. RUBENTHALER. Préface de M. A. PRENANT, professeur d'histologie à la Faculté de Paris. In-18 de 395 pages, avec 48 figures et 12 microphotographies hors texte : 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 49, rue Hautefeuille, à Paris).

L'auteur s'adresse à tous ceux qui débutent dans la technique histologique, et tout particulièrement aux isolés, qu'ils se destinent à la médecine, à la pharmacie, ou aux sciences naturelles, qu'ils soient attirés vers le microscope par nécessité professionnelle ou par goût. Il se propose de leur épargner les difficultés auxquelles, réduit à ses propres ressources, il s'est lui-même trop longtemps heurté, difficultés qui l'ont amené à faire un choix de procédés abordables avec des moyens limités.

Ces procédés, il les décrit, à dessin, en petit nombre, pour éviter la pluralité des voies où s'égarèrent les apprentis. Par contre, chaque procédé est développé avec tous les détails voulus pour conduire, dès le premier essai, à des résultats qui puissent inspirer confiance et encourager à mieux faire.

Pour donner à cet ouvrage une adaptation aussi générale que possible non moins que pour éveiller l'intérêt par les applications pratiques, le programme suivant a été adopté.

Dans la PREMIÈRE PARTIE, il est traité tout d'abord de l'*Outillage mécanique de laboratoire* comme moyen de suppléer à des ressources limitées en matériel. Vient ensuite l'étude de l'*outillage optique*, puis celle des *conditions techniques d'une bonne observation microscopique*. La documentation par le dessin et la photographie est assez explicite pour la mise en train immédiate de chacun, et cela au prix de frais bien minimes.

La DEUXIÈME PARTIE comporte l'exposé des *méthodes les plus générales de la technique histologique*, méthodes également ap-

plicables aux tissus animaux et végétaux, normaux et pathologiques.

La TROISIÈME PARTIE expose :

1° La technique appliquée aux végétaux et en particulier aux champignons, qui offrent de si nombreuses espèces parasites de l'homme.

2° La technique appliquée aux tissus et organes animaux.

3° La technique cytologique ou technique spécialement adaptée à l'étude de la cellule animale ou végétale. Cette partie du livre réserve une large place à l'examen du sang.

Thérapeutique des maladies de la peau, par P. G. Unna, traduit de l'allemand avec un appendice sur la radiographie dans les maladies de la peau par les Docteurs A. DOYON et P. SPILLMANN, 1 vol. gr. in-8, 8 fr. (Félix Alcan, éditeur).

MM. Doyon et Spillmann ont rendu un réel service aux dermatologistes français en donnant cette traduction dans laquelle sont exposés les principes généraux du traitement des maladies cutanées.

Après quelques aperçus physiologiques, Unna passe successivement en revue les principales méthodes de traitement et la technique de leurs applications. Il décrit les moyens de protection de la peau contre le froid, l'air, la chaleur, les produits chimiques, les germes morbides organisés, etc., les procédés de compression, de réfrigération, de calorification. Il étudie ensuite les anesthésiques, les antiprurigineux, les caustiques, les oxydants, les médicaments qui agissent sur les principes albuminoïdes de la peau, ensuite les spécifiques tels que le mercure, l'iode, l'arsenic, enfin les moyens prophylactiques.

Après quelques lignes consacrées au régime diététique auquel, soit dit en passant, l'auteur n'attache qu'une importance médiocre, il traite dans quelques pages de l'action de la climatothérapie.

Vient ensuite l'étude des corps gras sur la peau, des moyens de faire macérer et ramollir l'épiderme, le décaper, le détruire. Unna s'occupe de la destruction du pigment, des kératoplastiques comprenant les phénols, les hydrocarbures, les huiles, les baumes résineux, le soufre, etc.

Il arrive enfin aux médications destinées à atteindre les divers éléments du derme; cette partie de l'ouvrage offre un réel intérêt.

Un chapitre est consacré à l'étude des parasites cutanés. Dans un dernier chapitre, il est question de l'action que nous pouvons avoir sur le tissu adipeux sous-cutané.

De la conduite à tenir en présence d'un nouveau-né en état de mort apparente. (« Progrès Médical » 30 novembre 1907. Dr Jeannin, professeur agrégé).

Tout d'abord, l'auteur classe à part les cas très bénins où l'enfant est en état « d'apnée physiologique ».

A la suite d'un accouchement rapide, ou même d'une extraction par forceps ou par version, l'enfant vient parfois au monde comme sidéré; il ne respire pas, il ne s'agit pas; mais les battements du cœur sont normaux; et il suffit la plupart du temps de désobstruer l'isthme du gosier avec le doigt et de bouchonner avec la main la surface du thorax pour voir la respiration s'établir.

Donc, rien de plus facile que de transformer « l'apnée physiologique en respiration normale.

Il n'en est pas de même quand l'enfant est en état d'asphyxie (Forme bleue de la mort apparente).

C'est la forme que le praticien a le plus souvent à combattre : elle est d'ailleurs, en général, d'un pronostic peu sévère.

Voici quels sont les moyens pratiques préconisés par le Dr Jeannin :

1) Tout d'abord ne pas se presser de lier le cordon. Savoir attendre s'il persiste des battements dans la tige funiculaire.

Pendant l'attente, faire la toilette des yeux, désobstruer avec le doigt l'isthme du gosier, au besoin faire couler sur le thorax un mince filet d'eau ou d'alcool, et si l'on n'a pas de résultat, faire de légères frictions au niveau du thorax.

2) Les frictions du thorax seront très légères. Inutiles les flagellations de la région lombaire et du siège, et en plus dangereuses, quand elles sont violentes, par le traumatisme qu'elles font subir à l'enfant.

3) Les frictions sont-elles inefficaces? Ne pas s'attarder, et donner de suite un bain chaud légèrement sinapisé de 20 à 30 secondes, suivi aussitôt d'un bain froid. L'immersion dans l'eau froide amène souvent une inspiration.

Ces immersions alternatives, en tous cas, seront faites très rapidement pour éviter le refroidissement.

4) Les frictions et les bains alternatifs ne donnent pas de résultat.

Il faut recourir aussitôt à l'insufflation, non pas de bouche à bouche, mais avec un tube à insufflation.

Ne pas oublier qu'il faut avant tout « aspirer les mucosités » qui encombrant les premières voies respiratoires.

Ensuite, on pratique l'insufflation proprement dite, d'après les règles classiques.

Lorsque l'enfant est en état de syncope (Forme blanche de la mort apparente), sectionner le cordon, essayer le bain chaud et recourir en cas d'insuccès à l'insufflation.

Mais cette forme synopale comporte toujours un pronostic plus sérieux que la forme asphyxique.

NOUVELLES

Hommage au professeur Ledouble

Le 6 janvier, les étudiants de l'Ecole de médecine de Tours, tenant à féliciter de son élection comme membre associé national de l'Académie de Médecine le professeur Ledouble, avaient organisé une manifestation toute sympathique à laquelle ils avaient convié les médecins de la ville et les professeurs de l'Ecole. Cette réception, au cours de laquelle furent prononcés divers discours par MM. Wolf, directeur de l'Ecole; Baudouin, professeur adjoint; Lapeyre, président de la Société médicale; Héron, etc., fut un hommage public rendu à l'œuvre scientifique, si importante, de l'éminent professeur.

Au nom des étudiants, M. Marius Corbiveau, prosecteur d'anatomie, prononça le discours suivant :

MAÎTRE,

Nous avons été très heureux, il y a quelques jours, en apprenant que vous veniez d'être nommé membre associé de l'Académie de Médecine, et nous avons tenu, nous vos élèves, à être les premiers à vous porter nos sincères félicitations.

Mais cette nomination, qui est le résultat de votre grand labeur et de vos nombreux travaux, ne nous a nullement surpris; depuis longtemps nous attendions avec impatience et nous escomptions cette nouvelle.

Par votre seul mérite et par vos seules ressources, vous êtes arrivé à acquérir ce titre dont l'honneur rejaillit sur toute l'Ecole. Nous sommes fiers d'avoir un maître tel que vous.

L'Anatomie est une science aride pour les débutants, et

BULGARINE

Culture pure en milieu végétal de ferments lactiques bulgares

Traitement des maladies intestinales, de l'auto-intoxication et de leurs complications

Bien formuler : 1° Comprimés de Bulgarine : 4 à 8 comp^s par jour (la b^{te} de 40 comp^s : 3 fr. 50); 2° une des 2 formes : 2 Bouillons de Bulgarine : 4 verres à mader par jour (le flac. : 3 fr. 50).

Laboratoire des ferments : A. THÉPÉNIER, 2, boulevard des Filles-du-Calvaire, PARIS. — Littérature et échantillons sur demande. — Téléphone : 932-19.

AMYLODIASTASE

Sirup contenant les diastases naturelles vivantes de l'orge germée et leurs phosphates assimilables

Traitement des maladies stomacales et digestion des féculents, Neurasthénie

Rachitisme, Alimentation des nourrissons, etc.

Afin de ne pas détruire les ferments vivants ne pas introduire l'AMYLODIASTASE dans un milieu dépassant 60° centigr. — DOSE : 4 à 5 cuillerées à café par jour (le flac. : 4 fr. 50).

beaucoup d'entre eux voient avec terreur les nombreuses pages qu'ils auront à apprendre et dont ils retiendront si peu de chose. Mais vous savez si bien rendre cette étude aimable et attrayante, vous savez si bien l'expliquer d'une manière simple et précise en même temps, que nous sommes pour ainsi dire forcés non seulement de la comprendre mais aussi de l'aimer.

D'ailleurs cette Ecole, qui fut appelée autrefois l'« Ecole de la Clinique » peut s'appeler aujourd'hui et s'appelle avec juste raison l'« Ecole des Variations ». Et cette dénomination est votre œuvre, Maître, vous qui depuis trente ans la professez ici, qui depuis trente ans avez entrepris vos persévérantes recherches et avez commencé votre enseignement si fécond sur les dispositions anormales des organes, dont les conclusions sont maintenant acceptées dans la généralité des milieux scientifiques.

Mais, vous-même, n'avez-vous pas eu, pour vous enseigner cette science, des professeurs tels que Saturnin Thomas et Giraudet qui vous ont précédé dans cette chaire d'anatomie.

Le premier ne vous révéla-t-il pas le sens de l'anatomie comparée et de la morphologie générale, tel que vous l'avez jusqu'à présent conservé, et, d'ailleurs, n'avez-vous pas à nous parler des recherches de ce professeur sur le développement de la chaîne hyoïdienne dans la série des vertébrés.

Le second, qui forçait ses élèves à disséquer à outrance et qui, pour leur faciliter les recherches à l'amphithéâtre, composa un memento d'anatomie, vous a montré qu'il se reposait des labeurs de son enseignement en écrivant de doctes ouvrages sur l'origine de la ville de Tours et les artistes de sa petite patrie.

Vous tenez de l'un et de l'autre.

N'est-ce pas l'influence de Thomas qui vous a inspiré l'étude des variations anatomiques, cette étude qui a fait naître de si nombreux et si beaux ouvrages? Il nous serait impossible de les citer tous; qui ne connaît cependant votre *Traité des variations du système musculaire de l'homme* et ceux des *Variations des os du crâne et de la face*.

Peut-être aussi est-ce Giraudet qui a été l'inspirateur de ces deux ouvrages qui révèlent en vous, à côté de l'anatomiste, l'écrivain érudit; je peux parler du Descartes anatomiste et physiologiste, et du Rabelais anatomiste, ce dernier livre couronné par la Ville de Tours et la Faculté de médecine de Paris. Il appartenait à un savant tourangeau de bien faire connaître cette illustre figure de Rabelais et d'expliquer certains passages dont le sens avait échappé jusqu'alors à ses nombreux admirateurs.

Vos travaux sont consultés aussi bien dans toutes les Facultés de France que dans les Facultés étrangères. Le renom de vos ouvrages, Maître, est devenu universel, si bien que l'Académie vous a ouvert ses portes en 1898 comme membre correspondant.

D'autres professeurs, depuis la fondation de cette Ecole, vous y avaient précédé: Haime, professeur de pathologie interne; Charcellay qui faisait des étudiants de bons ouvriers de leur métier; Tonnellé, ce philanthrope désintéressé qui a fondé tant de bonnes œuvres; Duclos, ce clinicien émérite, dont le professeur Mercier faisait l'éloge il y a quelques jours.

Mais l'Académie voulait faire plus pour vous; non contente de vous avoir nommé membre correspondant, elle a voulu mettre celui qui a renoué l'Ecole de médecine de Tours parmi ses membres associés nationaux, faveur rare qui honore autant celui qui l'a obtenue que celle qui l'a décernée, d'autant plus rare qu'elle vous a reçu au premier tour de scrutin, alors que vous aviez comme concurrents des savants tels que Tessier, Cazeneuve, Lacassagne de Lyon et Queirel de Marseille.

L'Académie de Médecine a voulu reconnaître de cette manière votre labeur immense et la haute portée philosophique de votre œuvre scientifique qui, lorsqu'elle sera terminée, constituera dans le domaine anatomique un des monuments les mieux achevés de la science contemporaine.

Cette marque d'honneur, un seul médecin de Tours l'a partagée avec vous: Bretonneau.

En 1827, l'Académie a élevé au titre de membre associé celui qui avait su, dans les salles de notre hospice général, créer avec son génie et ses seules ressources personnelles, ces

doctrines fécondes de la spécificité des maladies infectieuses et qui était le chef de cette école clinique dont à Paris la pléiade des Trousseau, des Baillarger, des Velpeau, des Moreau de Tours, défendait avec âpreté les principes qui sont aujourd'hui devenus classiques.

Au siècle suivant, elle vous a associé au même honneur.

Autrefois, l'on considérait l'anatomie comme une science inféconde et sans caractère vraiment scientifique; aujourd'hui grâce à cette Ecole, c'est-à-dire grâce à vous, l'anatomie n'est plus une science improductive; vous nous avez appris à étudier le système humain, non seulement tel qu'il doit être, mais tel qu'il peut être. A l'étude des formes normales, vous avez ajouté celle des différentes modifications des organes. C'est à vous que revient, le premier, le mérite d'avoir démontré que ces types aberrants, considérés d'abord comme des *lusi naturæ*, ne sont pas véritablement des anomalies, mais de simples déviations du type que l'on rencontre le plus fréquemment, des *variations*.

Vos recherches ont contribué à ruiner définitivement les bases sur lesquelles s'appuyait l'Ecole d'anthropologie criminelle de Turin. Qui de nous ne se rappelle cette polémique qui a passionné toute la presse et dans laquelle vous avez réfuté victorieusement chacun des arguments du professeur Lombroso. Aux théories du professeur italien qui admettait l'existence d'un criminel-né, reconnaissable à certains stigmates physiques, vous avez opposé votre théorie qui démontre péremptoirement qu'il n'existe pas de stigmates physiques propres, qu'on ne naît pas criminel mais qu'on le devient, et, ainsi que vous le disiez dans votre cours inaugural de l'année dernière, « le criminel est un microbe qui, pour pulluler et devenir purulent, a besoin d'un bouillon de culture approprié. »

Les idées italiennes ont fait leur temps, les idées de l'Ecole de Tours leur survivront.

Vos élèves sont maintenant nombreux qui, sous votre impulsion énergique, cherchent à élargir le sillon que vous avez tracé. Ils tiendront à honneur de se montrer dignes de celui qui leur a infusé de sa science anatomique; et déjà les nombreux succès qu'ils ont récoltés dans les diverses Facultés montrent qu'ils ont su bien profiter de la valeur de l'enseignement du Maître.

CÉRÉBRINE, médicament spécifique de la **migraïne** sous toutes ses formes et des **névralgies rebelles**. Agit spécialement contre les névralgies faciales, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par dessus tout contre les **coliques périodiques**. Une à deux cuillerées à soupe à tout moment d'un accès suffisent.

Eug. FOURNIER et C^{ie}, 21, rue de St-Petersbourg, Paris (8^e).

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS

Le Dr Louis Dubreuil-Chambardel a commencé, le mercredi 5 février, la série de ses conférences sur l'*Hérédité des variations anatomiques*.

Dans ces conférences qui ont lieu tous les mercredis à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole, le Dr Dubreuil-Chambardel étudiera successivement :

- 1^o L'hérédité des variations des os de la colonne vertébrale et du thorax;
- 2^o L'hérédité des variations des os de la main et du pied;
- 3^o L'hérédité des variations du crâne et de la face;
- 4^o L'hérédité des variations du système uro-génital chez l'homme et chez la femme, et des variations de la peau;
- 5^o L'hérédité des variations vasculaires, musculaires, nerveuses et des organes splanchniques.

Nous donnerons dans la *Gazette médicale du Centre* le résumé de ces conférences.

NUCLEO FER GIRARD, le plus assimilable des ferrugineux, chaque pilule contient 0,10 de NUCLEINATE de fer pur. Dose, 4 à 6 par jour, au début des repas.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodo-tannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

Nouvelles études critiques sur le traitement de la Tuberculose

La prophylaxie de la Tuberculose, son traitement, sa curabilité passionnent toujours à juste titre le monde médical. Parmi les travaux récents traitant ces importantes questions, nous devons citer ceux du Dr Kuss, médecin en chef du Sanatorium municipal de la ville de Paris à Angicourt, ceux du Dr Arthaud parus dans le *Progrès Médical* du 24 août 1907, et ceux du Dr Vincent publiés dans la *Clinique*.

Une question des plus intéressantes qui aient été étudiées à la Société d'études scientifiques de la Tuberculose dont font partie les principaux médecins des hôpitaux, est celle de l'origine de la tuberculose. Jadis la voie pulmonaire était considérée comme porte d'entrée normale de l'agent infectieux ; mais dans ces dernières années, beaucoup de pathologistes ont soutenu que la voie intestinale doit être considérée comme l'entrée principale du bacille de Koch.

Le Dr Kuss, dans un rapport très documenté, a discuté ces deux théories. De ses conclusions, il résulte que, si la voie intestinale joue un rôle très important dans l'infection tuberculeuse, il n'en est pas moins vrai que le bacille peut également pénétrer par les organes respiratoires.

Ces notions ont une réelle importance au point de vue prophylactique ; elles nous montrent que la voie intestinale doit être suspectée chez les sujets qui se rangent dans la classe des pré-tuberculeux, et que la voie pulmonaire doit être étroitement surveillée chez les malades à bronchite chronique, qui toussent continuellement et dont l'épithélium bronchique est toujours en mauvais état. Ces bronches malades représentent en effet une voie toujours ouverte à l'infection qui peut se produire par les poussières.

Le Dr Arthaud, dans une étude très complète intitulée : « Quelques critiques sur les idées modernes en matière de tuberculose », après avoir montré l'inutilité et l'échec de la Sérothérapie tuberculeuse, démontre que la seule médication vraiment utile est encore la médication créosotée. « Malgré les virulentes apostrophes de quelques-uns, dit le Dr Arthaud, la vieille créosote de Bouchard et Gimbert a encore droit de cité. »

L'auteur proteste également contre l'abus de la médication hypodermique et de l'administration par la voie rectale. Il démontre que les médicaments, en général, et la créosote en particulier, peuvent être utilisés impunément par la voie gastrique quand on sait les formuler convenablement.

Parmi les articles de Thérapeutique et de Pathologie générale, nous signalerons enfin l'article très court, mais très topique du Dr Léon Vincent, de Lyon, sur la curabilité de la tuberculose. L'auteur démontre la grande importance de l'étude de l'évolution nutritive des sujets. La tuberculose n'apparaît que chez les individus en voie de déchéance. Tel malade peut demeurer toute sa vie un simple bronchitique, si sa nutrition est surveillée ; mais que celle-ci vienne à être troublée, que la résistance du sujet vienne à fléchir, et le germe tuberculeux trouvera un terrain tout préparé et commencera son évolution. C'est donc l'état nutritif qu'il s'agit de relever, en même temps que l'on établira une médication préventive contre l'invasion de la tuberculose.

De ces rapides analyses qui représentent l'ensemble des recherches entreprises pour l'étude de la tuberculose et de sa thérapeutique, nous pouvons tirer les indications suivantes :

1° Surveiller les sujets en voie de dénutrition et les tonifier ;

2° Diriger la Thérapeutique contre l'infection possible par la voie intestinale ou par la voie pulmonaire ;

3° Chez le tuberculeux confirmé, utiliser la méthode antiseptique et le traitement reconstituant.

Le Sanatorium, la suralimentation, méthodes encore tout récemment vantées, ne peuvent plus être considérées comme des procédés de traitement suffisants ou même efficaces. La suralimentation est abandonnée par la plupart des spécialistes, car elle ruine l'estomac à un moment où la fonction digestive est le plus utile. Le Sanatorium est un bon moyen de discipline hygiénique ; mais il n'exclue pas l'emploi du traitement médicamenteux.

Comme le dit le Dr Arthaud, la créosote reste encore le meilleur moyen thérapeutique pour agir contre l'élément microbien. Au point de vue de la reconstitution du malade, le phosphate de chaux est le médicament de choix. C'est lui qui fournit les matériaux de réédification cellulaire, c'est lui qui peut reconstituer véritablement le terrain.

La Solution Pautauberge, combinant sous une forme très étudiée la créosote et le chlorhydro-phosphate de chaux, remplit toutes les indications de prophylaxie et de traitement de la tuberculose énoncées plus haut. Très bien tolérée, même par les estomacs les plus délicats, elle assure l'antisepsie intestinale et, indirectement, par élimination, bronchique, elle exerce son action antiseptique sur le poumon. D'autre part, elle excite l'appétit et constitue pour l'organisme un élément réparateur de premier ordre.

Administrée à des bronchitiques, à des débilités, à des sujets atteints de lymphatisme, la Solution Pautauberge les met à l'abri de l'invasion bacillaire. Donnée à de véritables tuberculeux, elle représente l'un des moyens les plus puissants pour lutter contre l'infection.

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.

ŒUVRE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE

Le voyage d'études médicales « E. M. I. 1908 » visitera, du 12 au 28 avril prochain, les institutions médico-sanitaires de l'Italie : Turin, Milan, Padoue, Venise, Bologne, Florence, Rome, Naples, Pise, Gênes, San-Romo. Nous ne dirons rien de l'organisation confiée au professeur Pini, correspondant officiel de l'œuvre en Italie, si ce n'est qu'il s'est assuré la collaboration des plus éminentes sommités médicales de son pays : Baccelli, Bossi, Bozzolo, Cozzoline, de Giovanni, Mangiagalli, Marlimuni, Mya, Pinzani, Vitali, Zeri, etc.

Le programme complet du voyage d'études paraît dans le numéro de janvier du journal : « L'E. M. I. Bulletin de l'œuvre d'Enseignement médical complémentaire », que l'on pourra se procurer ainsi que tous renseignements désirables au siège de l'Association dont les bureaux sont ouverts les lundis, mardis, jeudis, vendredis, de 10 heures à midi, et les mercredis et samedis de 2 à 5 heures. S'y adresser ou écrire avec timbre pour réponse à l'Administration de l'Œuvre : 8, rue François-Millet, Paris (16^e).

Le Gérant, H. AUBUGEAULT.

Tours, imp. Tourangelle.