

LA GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE

SOMMAIRE :

	Pages.		Pages.		
Du Traitement des péritonites aiguës.....	L. LAPEYRE.....	97	De la Spécificité (<i>Suite</i>).....	BRETONNEAU.....	105
A propos d'un cas de rétrécissement congénital du gros intestin.....	M. KLIPPEL et A. FEIL.....	100	Revue des Revues.....	BOSC.....	110
Traitement externe de Œdèmes du tissu cellulaire par les solutions chlorurées hypertoniques.....	PATHAULT.....	101	Société Médicale d'Indre-et-Loire.....		115
Notes d'orthopédie : La Scoliose congénitale due à la présence d'hémi-vertèbres.....	L. DUBREUIL-CHAMBARDEL.....	102	Statistique démographique de la Ville de Tours pour 1912.....	L. DUBREUIL-CHAMBARDEL.....	116
Croquis Tourangeaux : Aspect : la Cloche ; les Aulnes de Sennevières.....	M. A.....	104	Un Disciple de Descartes : Bossuet anatomiste et physiologiste.....	Prof. LE DOUBLE.....	117
			Intérêts Professionnels.....	MEMIER.....	117
			Bibliographie.....		119
			Nouvelles.....		120

DU TRAITEMENT DES PÉRITONITES AIGUËS

Par M. Louis LAPEYRE,
Professeur à l'École de médecine de Tours,
Chirurgien en chef de l'Hospice général

(Communication faite à la 24^e session du Congrès français de chirurgie)

Si je me suis fait inscrire pour prendre la parole dans cette discussion, c'est avant tout pour faire connaître les résultats favorables que j'ai obtenus et que l'on doit, à mon avis, logiquement attendre de l'appendicostomie dans le traitement des péritonites aiguës.

Un de nos éminents rapporteurs, le docteur Témoin, a consacré une place relativement importante à cette question de l'appendicostomie et nous dit avoir, pour sa part, obtenu des succès remarquables par l'irrigation faite au moyen de l'appendicostomie, selon le procédé de Bellington. J'ai moi-même déjà publié des cas d'appendicostomie pour péritonite aiguë en regard des opérations pratiquées pour occlusion telles que les préconisait M. le professeur Segond.

J'ai déjà dit ici même, et je le répète aujourd'hui avec plus de conviction encore : les plus éclatants succès de l'appendicostomie sont certainement ceux obtenus dans la péritonite, du moins dans certaines formes où domine la distinction paralytique de l'intestin : Formes pseudo-occlusives.

Dans ces deux dernières années, j'ai traité en effet avec le secours de l'appendicostomie un certain nombre de péritonites diffuses graves et n'ai eu qu'à me louer de l'action favorable de la nouvelle méthode.

Nos rapporteurs sont d'accord avec l'opinion unanime du monde chirurgical, pour affirmer les progrès obtenus en ces dernières années, dans le traitement des péritonites aiguës, l'étonnante amélioration des statistiques.

Mais à quoi ce changement doit-il être attribué ?

A la précocité beaucoup plus grande de l'intervention, répondent-ils avec Körte, au précepte désormais appliqué généralement même en matière d'appendicite d'aller toujours droit à la cause et de la supprimer.

Il y a beaucoup moins de péritonites mortelles aujourd'hui, parce qu'une chirurgie précoce arrête la péritonite aux premières phases de son développement, prévient la diffusion des lésions. Mais contre la péritonite diffuse

généralisée, existante, avons-nous tant que cela transformé nos résultats ?

La mort n'est-elle pas encore la terminaison habituelle de ces grandes péritonites que nous connaissons tous malheureusement ?

Eh bien si. Les procédés nouveaux améliorent sans doute la statistique de quelques unités ; la position de Fowler, la proctoclyse de Murphy par exemple ont une réelle valeur. Mais leur puissance est bien limitée et l'accord n'est même pas fait entre les chirurgiens sur la valeur respective du nettoyage à sec ou du lavage, des incisions uniques ou multiples, du drainage ou de la suture, etc.

Il n'y a pas de méthode victorieuse de la péritonite diffuse généralisée ; à ce titre toute méthode nouvelle mérite notre attention. Or le drainage de l'intestin a toujours été usité dans les cas désespérés en raison même de sa valeur reconnue, l'entérostomie sur le grêle a précédé l'appendicostomie et est encore usitée surtout à l'étranger. Nous voyons à la Société de Chirurgie de Berlin, dans la discussion de 1909, Körte et Berchardt recommander l'entérostomie tandis que Rehn lui substitue de fines et multiples ponctions. Plus récemment, Gerster, de New-York, Volterrani, de Pise, se louent encore des résultats obtenus par l'entérostomie, tout à l'heure le Dr Savariaud vient d'en conter un remarquable succès.

En France, l'entérostomie a été moins recommandée, c'est qu'en effet ses avantages sont balancés par de graves inconvénients.

Comme l'a dit Körte lui-même : « J'en ai obtenu, en cas de paralysie intestinale, des succès éclatants, dans d'autres cas son efficacité a été nulle, quelquefois même l'entérostomie a été nuisible par l'affaiblissement produit par la fistule du grêle. »

La seule objection à la pratique plus courante de l'entérostomie réside donc non dans son inefficacité, mais dans ses dangers immédiats aggravés des inconvénients

secondaires, la persistance d'un anus toujours difficile et parfois dangereux à occlure au cours d'une opération complémentaire nécessaire.

La cœcostomie — qui présente des inconvénients immédiats moindres — a été pratiquée particulièrement en France de préférence à l'entérostomie sur le grêle.

Elle a obtenu, semble-t-il, les mêmes succès.

Mais, ainsi que je crois l'avoir déjà démontré, le seul procédé rationnel de faire la cœcostomie est de rechercher d'abord l'appendice et de l'utiliser comme le drain naturel de l'intestin.

La cœcostomie pure ne vit que des impossibilités de l'appendicostomie, impossibilités d'ailleurs rares, car si altéré, si peu perméable que soit l'appendice, il sera presque toujours loisible d'utiliser l'insertion même de l'appendice, ses deux premiers centimètres pour pousser à travers ce rudiment de canal une sonde dans l'intestin.

L'appendicostomie — faite à l'origine même du gros intestin — draine, évacue tout aussi bien les gaz de l'intestin que l'entérostomie (si on le jugeait utile, il est d'ailleurs facile avec la sonde de forcer la valvule de Bauhim et drainer directement l'iléon) ; et l'opération d'une facilité opératoire reconnue par tous prolonge à peine l'intervention du moment qu'on pratique systématiquement l'incision iliaque droite.

Il n'y a à craindre ni fistule stercorale immédiate gênante, ni fistule persistante.

L'oblitération est obtenue d'elle-même au bout de quelques jours en cas d'appendicostomie simple, au bout de deux ou trois mois au cas d'appendicostomie.

Mais l'appendicostomie n'a pas seulement tous les avantages de l'entérostomie sans aucun de ses inconvénients : elle permet de joindre aux avantages du drainage intestinal ceux du lavage de haut en bas de tout le gros intestin.

Nous sommes tous d'accord pour attribuer une réelle valeur à la proctolyse de Murphy : le lavage du haut en bas n'est-il pas logiquement susceptible de mieux débarrasser l'intestin de son contenu septique ?

En matière de péritonite appendiculaire, cette détersion directe, immédiate du foyer infectieux même, ne doit-elle pas être considérée comme de première importance, incomparablement supérieure à la proctolyse ?

Ces avantages théoriques de l'appendicostomie sont-ils appuyés par des résultats pratiques tangibles ?

D'après mon expérience personnelle je n'hésite pas à répondre affirmativement.

J'ai systématisé ma pratique de l'appendicostomie, je l'ai étendue aux péritonites diffuses appendiculaires, j'ai ajouté le lavage au drainage pur et simple, et j'ai obtenu quelques succès « éclatants », selon l'expression de Körte, dans lesquels ladite pratique m'a paru jouer le rôle capital.

Toute péritonite diffuse grave — quelle qu'en soit d'ailleurs la cause — perforation stomacale, intestinale, appendiculaire, infection puerpérale me paraît justiciable en sus de tous les moyens habituels de l'établissement systématique de cette « soupape d'échappement ».

Le lavage « typhlocluse » y sera joint très habituellement.

DIVERSES FORMES DE PÉRITONITES

Sous ce terme très général, péritonite aiguë, bien des formes aussi différentes par leur cause que par leur gra-

vité sont englobées ; l'appendicostomie n'aura pas même valeur dans toutes. Les formes vraiment généralisées, « péritonites à bouillon sale », sont à peu près infailliblement fatales, leur évolution est trop rapide pour qu'elles soient vraiment influencées par l'opération.

Je considère au contraire comme très favorables à l'établissement de la bouche appendico-cœcale les formes suivantes :

Péritonites à forme occlusive. — En première ligne : les péritonites à forme occlusive, l'iléus paralytique quelle qu'en soit la cause : péritonites dites *a frigore*, appendicite, ulcère de l'estomac, infection puerpérale.

L'iléus paralytique proprement dit, étudié par Lejars, Volterrani, offre le syndrome complet de l'occlusion, mais à l'ouverture du ventre on ne trouve que des lésions de péritonite, aucun obstacle mécanique.

À l'entérostomie vantée par les auteurs précédents, combien n'est pas supérieure, par l'absence de dangers et d'ennuis ultérieurs, la bouche appendiculaire !

Il est bon cependant en pareil cas d'être averti que l'intestin paralysé met quelque temps à se vider, à revenir sur lui-même.

Au moment même de l'opération, il y a évacuation de gaz et de matières, puis un arrêt se produit et la bouche ne fonctionne normalement qu'au bout de vingt-quatre heures, en même temps que le cours des matières se rétablit par l'anse. Il importe d'être patient et de ne pas trop hâtivement transformer l'appendicostomie en une appendico-cœcostomie. Inutile aussi je crois dans ces cas d'instituer le lavage, le drainage suffit à combattre la paralysie de l'intestin.

À côté de ces iléus paralytiques dans lesquels il n'existe ni épanchement intra-péritonéal ni plaques fibrino-purulent, il est des péritonites septiques, de ce dernier type, à foyers multiples, dans lesquelles les phénomènes de paralysie intestinale dominant, particulièrement après l'appendicite et dans les formes puerpérales. A la discussion de la Société de Chirurgie de Berlin, ces formes ont été considérées comme très graves, c'est chez elles à mon avis que l'appendicostomie donnera ses succès les plus inattendus.

J'en possède quelques observations que je crois vraiment significatives et qui sont annexées à ce travail.

Le lavage de haut en bas rend ici de signalés services, il doit remplacer la proctolyse.

En outre de ces formes paralytiques, bénéficient largement de l'appendicostomie toutes les péritonites diffuses graves d'origine appendiculaire, c'est-à-dire le plus grand nombre.

Péritonites diffuses appendiculaires. — Nombre de ces péritonites doivent être aujourd'hui arrêtées et guéries par une opération hâtive, enlevant l'appendice foyer initial de l'infection.

Je suis absolument d'accord avec nos rapporteurs, pour condamner en pareil cas la pratique, encore trop suivie en France, de l'incision et du drainage simple ou multiple sans recherche du vermis.

Mais parfois malgré tout l'opération arrivera trop tard : la péritonite aura déjà diffusé, le résultat est aléatoire.

Que faut-il faire de l'appendice dans ces cas fréquents où on le trouvera décapité, déversant des produits septiques dans le ventre par son moignon cœcal ?

Nos rapporteurs, d'accord avec la pratique habituelle, conseillent, en pareil cas, l'extirpation de l'appendice tout entier, la fermeture du cœcum.

Depuis deux ans, j'opère en pareil cas comme le fait, paraît-il, Billington ; j'utilise le moignon cœcal en pous-

sant à travers son orifice une sonde dans le cæcum et fixant la bouche à la paroi. Au cas d'appendice non perforé, je le résèque *près de sa base*, et opère de même en fixant à la paroi le moignon ouvert ainsi créé. Il n'y a pas à craindre que ce moignon resté malade ne soit dangereux : d'abord il est extrapéritonéalisé par suture du cæcum au péritoine pariétal, ensuite il se gangrène du fait de sa fixation et des lésions du méso-appendice.

De même que dans le procédé classique, l'appendice est donc supprimé, mais « avant sa mort », si je puis dire, il aura rendu un dernier ou premier service en permettant l'évacuation de l'anse spécialement malade, et son lavage direct.

S'il est un cas où la « typhloclyse » doit donner des succès c'est bien celui-là : le liquide de lavage entraînant immédiatement le contenu septique du cæcum.

Deux observations, de forme très grave chez l'enfant avec guérison, me paraissent nettement souligner la valeur de la méthode.

CONCLUSIONS.

Je conclus donc :

1° L'appendicostomie permet de réaliser du même coup :

A. Le drainage de l'intestin météorisé ;

B. Le lavage de haut en bas « typhloclyse » très supérieur à la typhloclyse de Murphy.

2° Son emploi peut être étendu à toutes les formes de péritonite aiguë.

3° Les deux principales indications sont :

A. Les formes occlusives de la péritonite. Le lavage ne sera pas toujours nécessaire en l'absence de septicité grande.

B. Les péritonites diffuses d'origine appendiculaire. Le drainage du moignon appendiculaire et la « typhloclyse » seront dans ce cas préférés à la résection pure et simple de l'organe.

I. — PÉRITONITES APPENDICULAIRES

Observation I. — *Péritonite appendiculaire. Appendicostomie. Guérison.*

Mlle B. B..., treize ans, contracte la rougeole en mai 1910.

Dès le début, phénomènes du côté du bas-ventre. Au moment de la baisse de la température, élévation brusque, phénomènes péritonéaux graves, maximum, douleurs à droite. Je suis appelé le 3 juin, au troisième jour, par les Drs Maurel et Hermery.

Opération immédiate. Incision d'une collection de pus mal lié, d'odeur gangréneuse. L'état est très grave, en présence de la localisation très nette des accidents; l'appendice, qui n'est pas trouvé, n'est pas recherché. Drainage.

Injections, électroargol, sérum, etc. Au quatrième jour, alors que l'état est presque désespéré, amélioration brusque.

Au bout de quatre semaines la petite malade quitte la maison de santé en excellent état. Les drains ont été supprimés. La plaie est totalement guérie.

Le 13 juillet au soir, après un repas un peu abondant, crise péritonéale brusque. Douleurs. Vomissements. Arrêt des gaz. Facies péritonéal. Le 14 pas d'amélioration. Je crois, le 14 au soir, à une occlusion par bride appendiculaire. Opération le 15 au matin.

Cæcum et anses grêles [météorisées. Plaques fibrino-purulent. Un peu de liquide louche. Pas d'adhérences, pas d'obstacle mécanique.

L'appendice est amputé, réduit à un moignon de 1 à 3 centimètres, ouvert dans le ventre.

L'idée me vient d'utiliser le moignon ainsi créé, au lieu de le lier.

Une sonde n° 18 est poussée à travers lui dans le cæcum : le moignon lui-même est extra-péritonéalisé fixé à la peau.

Quelques gaz, un peu de matières s'échappent. Puis arrêt de la fonction évacuatrice. Lavages à plusieurs reprises de l'intestin.

Quelques gaz seulement sont obtenus pendant trente heures, tant l'intestin est paralysé. L'état est très grave.

Puis à la suite de nouveaux lavages, injections, électroargol, sérum, etc., amélioration.

La bouche fonctionne abondamment; les gaz reparaissent par l'anus.

Selle au quatrième jour. Suppression de la sonde.

Depuis guérison rapide.

L'appendice se sphacèle jusqu'au cæcum, d'où fistule, puis fistulette oblitérée seulement au bout de cinq mois.

Mon impression très nette, celle de mes deux confrères, est d'attribuer la guérison à l'appendicostomie.

Obs. II. — *Péritonite diffuse appendiculaire. Appendicostomie. Guérison.*

Geneviève B..., de St-Cyr, m'est amenée à St-Gatien par le Dr Grodvolle en juillet 1910. Il s'agit d'une enfant de quatorze ans, au troisième jour d'une péritonite diffuse appendiculaire. Aucun signe de localisation, ventre ballonné sans défense. Température 39°.5. Vomissements, psoriasis. Facies excavé. Pouls 130 à 140.

Incision iliaque droite. Appendice décapité baignant dans du liquide louche. Anses météorisées.

Appendicostomie comme dans le cas précédent. Drainage iliaque. Drainage dans le douglas à travers une incision médiane.

Lavages méthodiques au sérum par la bouche appendiculaire. Enfant assise. Électroargol. Huile camphrée. État très grave quarante-huit heures : mais l'intestin se vide bien par la soupape créée. Retour des gaz par l'anus au bout de quarante-huit heures. Suppression de la sonde. Guérison rapide.

Suppression des drains au cinquième jour. Trois semaines après les plaies sont cicatrisées, il ne sort rien par la fistule appendiculaire.

Une petite réouverture un mois après, puis guérison complète.

Obs. III. — *Péritonite diffuse post-appendiculaire. Appendicostomie. Guérison.*

Mme X..., vingt-cinq ans, Tours. Soignée en mars 1911, pour crise appendicite type moyenne gravité par le Dr Servan. Refroidissement. Trois semaines après crise brusque occlusive. Douleurs, maxima à droite. Ballonnement rapide. Pas ou peu de vomissements. Température 38°.

Y a-t-il occlusion ou péritonite ?

Opération immédiate à St-Gatien avec le Dr Servan, le 4 avril.

Incision iliaque droite. Liquide peu abondant. Quelques adhérences épiploïques. Epiploon altéré. Anses rouges météorisées, pas de plaques fibrino-purulentes.

Appendice long, enflammé, enroulé, sommet adhérent à une anse grêle, ulcère. Aucune bride.

Résection appendice près de la base, extériorisation du moignon. Sonde n° 18. Drain à la partie inférieure de l'incision. Lavages le premier jour. Evacuation gaz, quelques matières. Suppression de la sonde au bout de 3 jours. (Le retour des matières s'est fait au bout de quarante-huit heures.)

Guérison facile. La forme était favorable, l'état général devient rapidement bon.

L'appendice s'est sphacélé, d'où fistulette se fermant, se rouvrant jusqu'en juillet sans inconvénient.

II. — PÉRITONITES A TYPE OCCLUSIF.

Obs. IV. — *Iléus paralytique. Appendicostomie. Guérison.*

Veillard soixante-dix ans. Salle 10. Hôpital général. Endormi en état d'ivresse dans un champ en novembre 1910.

Accidents péritonitiques : élévation légère température. Vomissements véritables. Arrêt complet de gaz. Météorisme énorme.

Entre au bout de quarante-huit heures.

Opération. Incision Jalaguier. Anses distendues, rouges, dépolies. Exsudat fibrineux. Peu de liquide louche. Aucun obstacle mécanique.

Nettoyage à sec. Appendicostomie. Drainage péritonéal. Sérum. Pas de lavages appendiculaires.

La fistule appendiculaire fonctionne de suite, puis au bout de vingt-quatre heures. Suppression de la sonde le quatrième jour.

Le malade quitte l'hôpital au bout de cinq semaines avec une fistulette insignifiante.

Obs. V. — *Péritonite diffuse post-puerpérale. Appendicostomie. Mort.*

Mme X..., trente-cinq ans, accouchée il y a dix jours, m'est adressée de Port-Boulet, par le D^r Vétreau, pour des accidents péritonéaux post-puerpéraux. Facies mauvais. Ballonnement énorme. Suppression progressive des gaz.

Vomissements rares. Marche subaiguë avec peu de réaction fébrile. Pouls irrégulier et rapide.

Incision médiane le 15 mai 1911. Sérosité louche. Péritonite fibrineuse en voie de se généraliser. Nettoyage à sec. Drain dans le douglas. Suture. Pour remédier à la paralysie de l'intestin, incision iliaque droite. Appendicostomie. Drain iliaque.

Lavages par l'appendice. Collargol, sérum, etc.

La bouche appendiculaire fonctionne; gaz par l'anus le 2^e jour.

La guérison paraît devoir être obtenue. Mort le quatrième jour, par généralisation au péritoine supérieur, malgré la position de Fowler.

Les auteurs signalent la gravité des formes post-puerpérales: de plus l'opération a été ici très tardive, d'où l'insuccès.

III. — PÉRITONITES GÉNÉRALISÉES A GRAND ÉPANCHEMENT.

Deux cas traités par l'appendicostomie ont donné 2 morts.

Dans un cas il s'agissait d'une perforation probable d'un ulcère du duodénum chez un jeune homme de vingt et un ans opéré seulement au bout de quarante-huit heures.

Dans l'autre d'une péritonite post-puerpérale d'allure foudroyante.

La présence de « bouillon louche » dans le ventre, la dissémination des lésions ne laissent pas d'espoir.

Dans les deux cas, la mort est survenue moins de vingt-quatre heures après l'opération.

Dans les perforations traumatiques de l'intestin, je me suis toujours borné à la suture de la perforation, au nettoyage à sec et au drainage; il ne m'a jamais semblé que l'appendicostomie fût indiquée, d'emblée tout au moins.

A PROPOS D'UN CAS

DE

RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL DU GROS INTESTIN

(Microcolon)

Par

M. KLIPPEL

et

André FEIL

Médecin des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de Paris

Le rétrécissement congénital du gros intestin est une malformation absolument exceptionnelle, qu'on ne rencontre guère que chez le nouveau-né et elle s'accompagne le plus souvent d'autres anomalies non compatibles avec la vie. Ces cas rentrent dans le domaine de la tératologie, ils n'ont donc pas d'intérêt clinique.

Mais à côté de ces rétrécissements serrés, qui ne sont, en somme, que des monstruosité, il existe une classe de rétrécissements compatibles avec la vie, et même avec une assez longue survie. On en a observé quelques cas :

Okinczye en rapporte un exemple qu'il a constaté chez une femme adulte.

Baudouin et Guillaume (de Tours) ont trouvé chez une femme de 27 ans morte à la suite d'une plaie pénétrante par coup de couteau, un rétrécissement analogue qui s'étendait sur le colon transverse, le colon descendant, le colon pelvien.

Malheureusement ces deux cas ont été des découvertes d'autopsie, et les renseignements cliniques que l'on possède à leur sujet sont insignifiants.

Tout dernièrement, nous en avons observé un bel exemple que nous avons rapporté à la Société d'anatomie pathologique.

Bien que non diagnostiqué pendant la vie du malade, nous possédons des renseignements précis à son sujet et qui nous permettront peut-être d'éclairer d'un jour assez nouveau l'histoire clinique de cette anomalie.

Il s'agissait d'un homme de 53 ans qui était venu mourir d'une pneumonie dans notre service de l'hôpital Tenon.

Voici, d'ailleurs, la note que nous avons apportée à la Société anatomique :

L'aspect du colon est normal, peut-être même légèrement dilaté jusqu'à l'angle splénique; mais à partir de ce point, il se rétrécit brusquement jusqu'à l'anus.

Ce rétrécissement comprend donc tout le colon descendant, l'anse sigmoïde et le rectum; sa longueur atteint 50 centimètres; son diamètre est très étroit, la circonférence égale 3 centimètres 5. Cette diminution de calibre est régulière, il n'existe pas de portion alternativement effilée et dilatée comme on le voit presque toujours dans les rétrécissements cadavériques et agoniques.

La séreuse péritonéale qui entoure le microcolon est lisse et non plissée.

L'intestin rétréci a une paroi un peu plus résistante, et semble plus épaissi qu'un colon sain.

Enfin, sur le cadavre, nous avons essayé de le distendre avec les doigts sans pouvoir y parvenir, tandis que cela est facile, comme nous avons pu le constater, lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement manifestement cadavérique.

Nous avons incisé le colon au point où commence le rétrécissement, nous avons trouvé une muqueuse normale, très légèrement plissée, mais certainement beau-



coup moins que l'on devait s'y attendre — pas trace de lésion cicatricielle.

Aucun obstacle ne siégeait d'ailleurs au niveau de l'angle splénique, ni compression par une tumeur, ni bride cicatricielle.

Examen histologique.

Nous avons fait des coupes histologiques de la portion rétrécie du colon, comparativement avec la partie saine. Nous n'avons point noté de différences notables, sauf une petite hypertrophie de la musculature et quelques plis de la muqueuse ; mais il est des points de la préparation, ainsi que nous l'a fait remarquer M. Letulle, où la muqueuse a son aspect normal sans trace de plis. Cette différence d'aspect n'explique nullement l'extrême rétrécissement du microcolon.

Les résultats histologiques sont donc défavorables à l'hypothèse d'un spasme cadavérique, ils plaident au contraire en faveur du rétrécissement congénital.

Plusieurs particularités nous semblent intéressantes dans ce cas :

D'abord la grande longueur du rétrécissement qui atteint au moins 50 centimètres et occupe entièrement le colon descendant l'S iliaque et le rectum, puis l'âge du malade, il meurt accidentellement à 53 ans. Enfin les troubles digestifs, sur lesquels nous voulons particulièrement attirer l'attention.

Jamais notre malade n'a été constipé ; nous tenons à insister sur l'absence de ce signe, que l'on peut s'étonner de ne pas voir figurer au premier plan.

Il semblerait en effet normal qu'un intestin si étroit amène un arrêt plus ou moins marqué des matières, et une tendance progressive à l'obstruction.

Notre malade, au contraire, était obligé d'aller très fréquemment à la selle : 2 ou 3 fois dans la journée, et souvent aussi la nuit — ses selles étaient très peu abondantes et toujours liquides.

Ce signe un peu paradoxal ne l'est peut-être qu'en apparence ; car, s'il est vrai que la fonction créel'organe, il n'est pas impossible que l'organe puisse modifier la fonction.

Cette fréquence des selles liquides était la seule façon dont pouvait se vider cet intestin rétréci, et ceci nous explique que le malade ait pu vivre si longtemps sans autres troubles que cette diarrhée perpétuelle.

Ces troubles digestifs n'étaient certainement pas dus à une colite, dont aucune trace ne peut être décelée sur les coupes.

Peut-être, sommes-nous en présence d'un fait rare, exceptionnel, unique même. Mais il est aussi vraisemblable d'admettre qu'il en puisse être ainsi dans certains cas de rétrécissement congénital du colon.

Et l'on pourrait distinguer plusieurs formes cliniques de microcolon : les unes, chroniques avec diarrhée, selles nombreuses et liquides, compatibles avec une longue survie ; les autres avec constipation, évolution plus rapide et dangers toujours possibles d'occlusion.

Traitement externe des Œdèmes du tissu cellulaire par les solutions chlorurées hypertoniques

Par le Dr PATHAULT, d'Amboise.

Chacun sait par expérience combien il est quelquefois long de réduire les gros œdèmes des membres inférieurs par le traitement interne, régime déchloruré et diurétique. Le traitement externe sudorifique est quelquefois dangereux, les mouchetures sont exposées à l'infection et sont d'ailleurs souvent refusées par le client.

Nous avons cherché un traitement externe d'action rapide.

Le procédé que nous avons employé est basé, croyons-nous, sur le phénomène physique de l'osmose, et nous avons réussi à attirer à l'extérieur l'eau retenue dans les tissus par le moyen ci-dessous décrit.

On formule une solution chlorurée très hypertonique, contenant une grande quantité de chlorure de sodium — de 25 à 50 grammes par litre — la dose optimale peut être variable avec la structure de la peau et avec chaque malade.

On imbibe légèrement des compresses avec cette solution et l'on enveloppe le membre œdématié. On recouvre d'ouate hydrophile en couche épaisse que l'on maintient avec une bande. On laisse ce pansement toute une nuit. Le lendemain matin, on est étonné de la quantité de liquide qui a filtré dans l'ouate. Les draps et matelas de certains malades sont traversés. Et le patient peut se lever le matin.

Les résultats ont été constants et extraordinairement rapides. En quelques jours, de volumineux œdèmes ont disparu. Je n'ai pas eu d'insuccès.

Bien entendu, le traitement interne rationnel doit être institué quand même, car l'œdème ainsi réduit se reproduit si la cause persiste, mais le traitement externe, en désencombrant les tissus, facilite grandement son action et soulage de la façon la plus efficace le travail du cœur.

Je laisse à des physiciens plus expérimentés le soin d'expliquer d'une façon complète les phénomènes que je crois devoir attribuer à l'osmose, et dont je crois avoir eu la première idée.

Je puis affirmer, au point de vue pratique, un succès constant ; j'ai soigné ainsi des cardiaques, des brighitiques, des scléreux, des phlébitiques en voie de guérison, toujours avec les mêmes résultats.

Les eaux mères chlorurées salines, naturelles ou artificielles, telle la formule de mon maître Barbier appliquée au traitement des adénites tuberculeuses, les solutions employées par le professeur Robin dans le traitement des phlébites en voie de résolution agissent peut-être par un mécanisme analogue.

En raisonnant par analogie, elles m'ont inspiré l'idée première de ce traitement.

NOTES D'ORTHOPÉDIE

LA

SCOLIOSE CONGÉNITALE DUE A LA PRÉSENCE D'HÉMI-VERTÈBRES

Par le D^r Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours).

La scoliose congénitale est rare ; elle a même été niée pendant longtemps par les auteurs, et naguère encore M. Redard (1) pouvait dire : « Dans nos nombreux examens de rachis de nouveau-nés, nous n'avons jamais observé de scoliose véritablement congénitale. »

Cependant les observations récentes et une étude plus méthodique des faits tendent à prouver tout l'intérêt de ce genre de déviations rachidiennes en même temps que la complexité de leur pathogénie.

Il y a lieu, à mon avis, de distinguer deux grandes classes de scolioses congénitales :

I^{re} Les scolioses d'ordre pathologique.

II^{re} Les scolioses causées par des variations anatomiques du squelette thoraco-rachidien (sans origine pathologique).

Les premières sont les plus fréquentes et peuvent venir de plusieurs facteurs différents et être le fait soit de la mère, soit de l'enfant lui-même. Sans indiquer ici toutes les causes pathologiques de scolioses congénitales, et sans entrer non plus à ce sujet dans des discussions qui demanderaient de longs développements, nous signalerons simplement : 1^o) l'oligo-amnios amenant par compression intra-utérine des malformations thoraco-rachidiennes avec scoliose, que nous avons étudiées ailleurs ; 2^o) l'hérédosyphilis ou l'hérédotuberculose ; 3^o) les troubles du système nerveux central provoquant des malformations graves et associées le plus souvent avec la scoliose ; 4^o) le rachitisme fœtal ; 5^o) les monstruosité pathologiques.

Les scolioses causées par des variations anatomiques non pathologiques du squelette thoraco-rachidien peuvent être la conséquence :

1^o) D'une augmentation ou d'une diminution du nombre des segments vertébraux ;

2^o) De côtes surnuméraires unilatérales et principalement de côtes cervicales ;

3^o) D'anomalies sternales et principalement du sternum infundibuliforme ;

4^o) D'anomalies du sacrum ;

5^o) De soudures occipito-atloïdiennes ;

6^o) De la présence entre des vertèbres normales d'une ou de plusieurs *hémi-vertèbres*.

Nous n'étudierons ici que ce dernier groupe de scolioses sur lequel nous possédons dès maintenant des documents assez nombreux.

DESCRIPTION ANATOMIQUE

Le professeur Le Double (2), dans son tout récent *Traité des variations du Rachis* a donné des *hémi-vertèbres* une description anatomique à laquelle nous empruntons les détails qui suivent :

« On nomme *hémi-vertèbre* une formation osseuse en

forme de coin, représentant soit une vertèbre régulière dont une portion seule s'est développée, soit au contraire une vertèbre surnuméraire incomplète enclavée entre deux vertèbres normales (figure I).

« La demi-vertèbre anormale peut être plus ou moins réduite de volume et déformée. Quelquefois même, elle peut être représentée seulement par l'une ou l'autre de ses parties constituantes ayant ou non sa configuration et ses dimensions habituelles. Quand la semi-vertèbre n'adhère à aucun des éléments osseux voisins, son corps est logé dans un dédoublement du ménisque fibro-cartilagineux qui sépare l'un de l'autre les corps des deux vertèbres entre lesquels il est interposé. Quand elle est soudée, en partie ou en totalité, avec l'une ou l'autre ou chacune des deux vertèbres entre lesquelles elle est intercalée, les trous de conjugaison résultant de ses connexions avec ces vertèbres demeurent toujours largement ouverts. »

On ne rencontre d'ordinaire qu'une *hémi-vertèbre* supplémentaire sur le même sujet ; cependant Varaglia (1) Rokitansky (2), et quelques autres en ont vu deux ou davantage.

C'est dans les régions thoracique et lombaire qu'on les rencontre le plus souvent. Il paraîtrait même que c'est entre la 1^{re} et la 2^e vertèbres lombaires que serait le siège le plus habituel de cette variation.

Les *hémi-vertèbres* thoraciques sont assez généralement pourvues d'une côte.

La hauteur de ces formations osseuses et leur volume sont essentiellement variables. Parfois elles ont presque la hauteur d'un os normal, d'autres fois elles ne sont constituées que par un simple module osseux. Le professeur Le Double a pu voir en 1901 (figure III), sur une enfant morte phthisique à l'Hôpital de Tours, trois os de la grosseur d'une noisette chacun, rencontrés à droite du plan sagittal médian, plus ou moins près des facettes articulaires costales, l'une dans le ménisque interposé entre la 2^e et la 3^e vertèbres thoraciques, l'autre dans celui séparant la 4^e de la 5^e ; le dernier dans celui isolant la 6^e de la 7^e.

L'anatomie comparée nous apprend que cette variation n'est pas spéciale à l'homme et peut se rencontrer dans les différents groupes zoologiques. De fait, les observateurs l'ont signalée chez les ophidiens, les sauriens, les gallinacés, les équidés, les rongeurs, etc. Le professeur Le Double en a observé un cas très typique chez un jeune poulain (figure II).

« En somme, conclut l'éminent anatomiste tourangeau, il n'est pas un animal appartenant à l'ordre des mammifères qui ne puisse avoir comme l'homme, les oiseaux et les reptiles, une *hémi-vertèbre*, une côte et un nerf spinal de plus d'un côté que de l'autre. »

Albrecht explique fort justement la formation de cette

(1) REDARD, *Traité des déviations de la colonne vertébrale*, p. 116.

(2) LE DOUBLE, *Traité des variations de la colonne vertébrale de l'homme*. Paris, 1912, pp. 218 à 225.

(1) VARAGLIA, cité par LE DOUBLE.

(2) ROKYTANSKY. *Medic. Jahrbuch*, 1839, Bd. XXVIII, p. 47.

variation par le fait qu'une proto-vertèbre et un myo- comme ont subi une segmentation d'un côté, tandis que

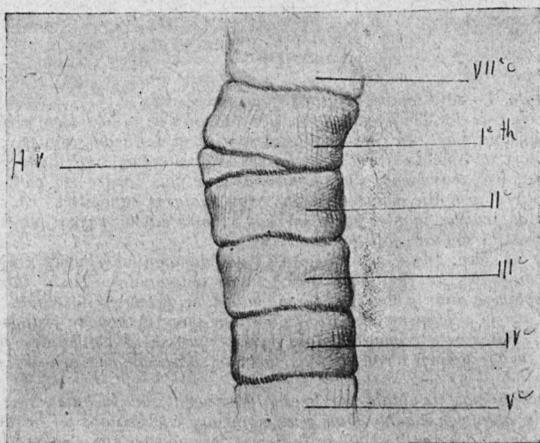


FIG. I

Hémi-vertèbre entre les 1^{re} et 2^{es} vertèbres thoraciques chez un fœtus humain à terme (LE DOUBLE).

les parties correspondantes du côté opposé sont restées indivises.

DESCRIPTION CLINIQUE

La présence d'une *hémi-vertèbre* dans les sections thoracique et lombaire du rachis, détermine le plus ordinaire-

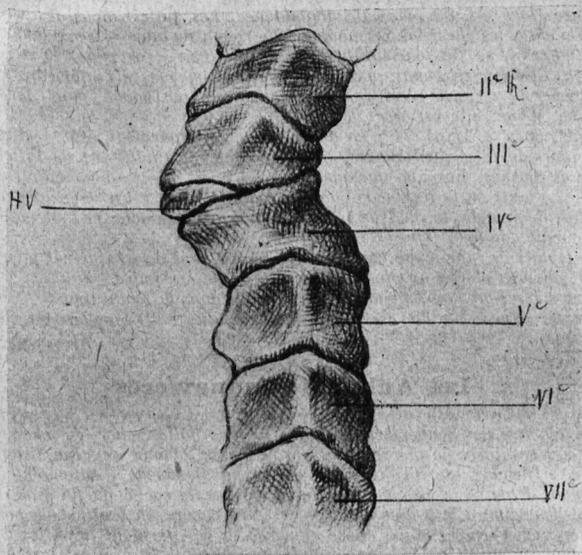


FIG. II

Hémi-vertèbre entre les 3^e et 4^e vertèbres thoraciques chez un jeune poulain (LE DOUBLE).

ment une scoliose, dont la convexité est tournée généralement du côté de l'*hémi-vertèbre*.

Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de cette variété de scoliose congénitale.

I^{er} Chez un garçon de 3 ans ;

II^e Chez un garçon de 2 ans ;

III^e Chez une fillette de 4 ans.

C'est d'après ces observations personnelles, contrôlées par un examen radioscopique et d'après les quelques rares cas publiés dans les revues médicales, que nous allons donner de cette déviation une description clinique.

1^o *Date d'apparition de la scoliose.* — Les parents s'aperçoivent de bonne heure que la colonne vertébrale de l'enfant présente une courbure latérale. La scoliose est manifeste en effet dès les premiers mois qui suivent la naissance ; elle devient plus évidente encore dès que l'enfant se tient debout et commence à marcher.

2^o *Siège.* — Le siège de la courbure scoliotique varie nécessairement suivant le niveau où se trouve l'*hémi-vertèbre*. Le siège le plus fréquent paraît être au niveau

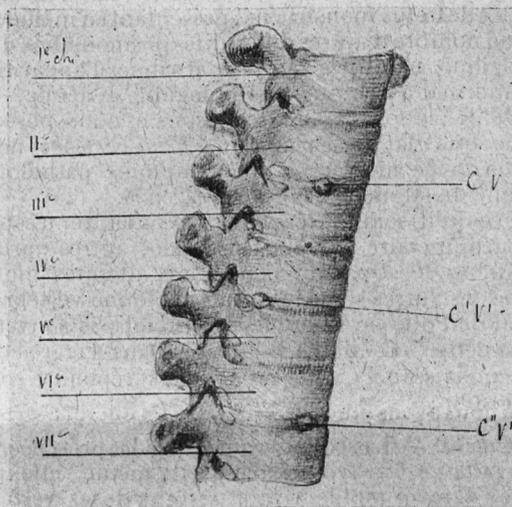


FIG. III

Corps vertébraux surnuméraires rudimentaires (LE DOUBLE).

des deux dernières vertèbres thoraciques et des deux premières vertèbres lombaires.

3^o *Description.* — Les *hémi-vertèbres* thoraciques sont munies parfois d'une côte plus ou moins développée. C'est cette côte qui, rendant asymétrique la cage thoracique, donne à cette scoliose son caractère propre.

Les *hémi-vertèbres* lombaires, au contraire, non munies de côte, sont ordinairement plus volumineuses que les *hémi-vertèbres* thoraciques. La scoliose sera donc plus accentuée, mais il n'y aura pas de dyssymétrie costale.

La courbe scoliotique dans l'un et l'autre cas sera de *très faible rayon*. Par suite, la colonne fait un angle très saillant au niveau de l'*hémi-vertèbre* et la déformation ainsi produite peut être considérable.

Il s'établit assez rapidement des courbures de compensation.

Les mouvements articulaires des vertèbres sont conservés pendant longtemps. Il se produit cependant à la longue une ankylose au niveau de l'*hémi-vertèbre*, entre l'os surnuméraire et les vertèbres voisins.

4^o *Etat général.* — Dans les trois cas que nous avons observés, les enfants étaient d'une très bonne santé générale, bien musclés, présentant un système osseux épais et des appareils cardiaque et pulmonaire en parfait état. C'étaient

de beaux enfants, certainement au-dessus de la moyenne des enfants de leur âge, pour le poids, la taille et la force physique.

Chez eux, nous n'avons constaté aucune autre malformation concomitante appréciable à un examen sur le vivant.

Il n'y avait également chez eux aucun stigmate d'hérédité pathologique imputable à la syphilis, à la tuberculose, à l'arthritisme, etc.

Nous n'avons noté de même aucun trouble dû au rachitisme dans le reste de l'appareil osseux.

Ces enfants avaient tous les trois marché de bonne heure et leur dentition normale était apparue en temps normal.

Ils n'avaient donc aucun passé pathologique héréditaire ou acquis.

Ces constatations sont en opposition avec celles de certains auteurs, comme Ajutolo (1), Calori (2), Goodhart (3), etc., qui ayant vu des *hémi-vertèbres* sur des squelettes de fœtus monstrueux, présentant en même temps un grand nombre d'autres difformités ou anomalies d'ordre pathologique, n'ont pas hésité à attribuer l'apparition de cet os anormal à une cause pathologique générale.

En réalité, ce sont là des exceptions et nous posons en principe que la présence d'une *hémi-vertèbre* ne peut être interprétée ni comme un symptôme pathologique, ni comme un stigmate de dégénérescence.

Mais ce qu'il serait intéressant de connaître, c'est si un tel os surnuméraire, comme toutes les autres variations anatomiques, n'est pas prédisposé aux atteintes morbides plus que les autres segments de la colonne vertébrale, et si le mal de Pott, par exemple, n'y prend pas souvent son point de départ (Loi de Le Double) ? Dans l'état actuel de nos connaissances nous ne pouvons répondre encore à cette question.

Traitement. — La scoliose causée par la présence d'une *hémi-vertèbre* est grave. Livrée à elle-même, elle a tendance à s'aggraver rapidement et les ankyloses vertébrales que nous avons signalées plus haut, et qui se produisent d'assez bonne heure, rendent le pronostic assez sérieux.

D'autre part, la courte dimension du rayon de courbure de la déviation rend la scoliose très évidente. C'est donc là une difformité qu'il faut chercher à masquer le plus possible.

Les règles du traitement de cette variété de scoliose seront donc les suivantes :

I. — Commencer de bonne heure des mouvements de mobilisation de la colonne vertébrale, pour éviter les ankyloses possibles et maintenir aux articulations toute la souplesse désirable.

II. — Après cette période de mobilisation et lorsque l'enfant aura atteint 3 ans environ, appliquer un grand corset (plâtré ou autre) modelant tout le tronc.

III. — Le corset plâtré devra être porté pendant dix-huit mois environ. Il y aura lieu, une fois le corset enlevé, d'instituer un traitement de gymnastique orthopédique.

(1) AJUTOLO, cité par LE DOUBLE, p. 221.

(2) CALORI. *Mém. d. Reale Accademia d. sc. d. Instituto di Bologna*, 1882.

(3) GOODHART. *Journal of anatomy and physiology*, 1874, p. 12.

CROQUIS TOURANGEAUX

Aspect

*La pluie. Le soir tombe, goutte à goutte avec elle...
O ce charme des demi-teintes, ici, par ces soirs de pluie ! Henry Bataille
L'a dit quelque part, en vers dolents et subtils, et de façon exquise...*

A l'horizon que la forêt dentèle, les arbres même sont d'une couleur bleue qui, délicieusement, s'harmonise avec le gris cendré du ciel. Déjà, les peupliers à moitié dénudés étirent leurs maigres squelettes. Et malgré les vols de feuilles jaunies et de corbeaux noirs qui le rayent parfois, le paysage est, à souhait, joli.

Décor de rêve. Des tours ébréchées, des campaniles élançés émergent, comme mi-voilés, de feuillages aux teintes automnales. Toute chose, au loin, s'estompe dans le bleu ; et, de charmant, cela devient féérique.

Dire que le citadin ne connaît la pluie que pour l'entendre frapper à sa fenêtre, et dire qu'il n'imagine alors que gens pressés et maussades, pateaugeant dans les flaques d'eau et dans la boue, dans une rue étroite, sous le ciel noir !

Auprès de moi, la pluie fine bruine doucement sur la haie ; une perle reste à la pointe de chaque épine. Des moineaux cachés dans les branchages s'effarouchent des feuilles qui se froissent, des gouttes qui s'éparpillent, et s'envolent plus loin, par bons, avec de petits cris d'effroi.

Là-bas, une carriole bâchée cahote sur la route et se hâte vers le village. Les maisons grises ont l'air de se blottir contre le clocher ; une lueur timide s'allume au loin... Et la nuit tombe, goutte à goutte, avec la pluie...

La Cloche

Sur le sol du Bridoré, autour du vieux donjon démantelé, germèrent tant de légendes, tant de légendes gracieuses et mélancoliques, que j'ai voulu voir l'église. On en parle tant, ici ! « Le Bridoré ? Ah oui ! il n'y a pas de clocher ; la cloche est pendue dans un marronnier tous ras l'église ! »

Comme cette église était jadis la chapelle du vieux château, et comme aussi je venais de relire les « Trois Messes basses », le conte délicieux de Daudet, j'espérais trouver la cathédrale en miniature, aux boiseries de chêne, avec d'éclatantes enluminures sur les vitraux entre les arceaux signolés...

A défaut, pour que le décor s'harmonisât avec les contes du terroir, j'eusse aimé contempler quelque soir — telle une évocation lugubre de Gustave Doré — une chapelle abandonnée. Les tuiles moussues eussent dévallé entre les chevrons vermoulus ; un rayon de lune — seule lampe du sanctuaire — se fût joué sur une statue effritée...

Non. L'édifice est banal, avec des peintures criardes à l'intérieur. Point de clocher. La cloche n'est pas dans le marronnier voisin, mais dans une fenêtre. Même, elle est assez jeune.

Mais, dans le temps, il y en avait une autre, paraît-il. Ah ! celle-là ! aux jours de fêtes carillonnées, on l'entendait de Châtillon, de Villeloin, voire de Loches. Et puis, quelque saint lui avait légué un pouvoir surnaturel. La peste ou la famine ravageaient-elles le pays ? Un seigneur enne mi montait-il assiéger le château ? Vite, on sonnait la cloche et tout malheur se trouvait conjuré.

Mais un jour, une jeune Dame du Bridoré — nul ne se souvient pourquoi — fit jeter la cloche au plus profond de la rivière Indre...

Aux soirs sans lune, quand le vent souffle dans la haute tour — certain Garrigue attardé me l'a assuré — montent du fond des eaux des gémissements.

Les Aulnes de Sennevières

Le clocher de Sennevières est bien le plus joli clocher de chez nous, avec ses arcatures de pierres signolées et grises. Quand s'égrène l'angelus, aucun sifflement de locomotive, aucun mugissement d'automobile n'en vient détruire le charme, car le village reste caché au fin fond de la Basse-Touraine. C'est dire qu'on y respire encore un tantinet le parfum du bon vieux temps. Mais, chose curieuse en ce charmant pays, les aulnes n'y poussent point, oh ! mais point du tout. Et s'il est vrai que ces arbres bordent en grand nombre les cours d'eau des environs, je vous défie bien d'en trouver un seul sur la paroisse de Sennevières... Il n'en fut pas tous jours ainsi, et voilà comment cela advint :

Les fées, personnes très puissantes, construisaient en même temps le clocher de Beaulieu et un autre. — on a oublié lequel, — de telle façon pourtant que Sennevières se trouvait au milieu. Et les fées, d'un clocher à l'autre, se jetaient les pierres et les outils : vous pensez si les marteaux et les truelles décrivirent de gigantesques courbes dans les airs ! Mais le malheur, qui se mêle de tout, voulut qu'un outil ainsi jeté s'accrochât dans les branches d'un aulne et restât en chemin — à Sennevières justement... Fureur des fées qui décidèrent qu'aucun aulne ne pousserait désormais sur la paroisse !

Peut-être, après tout, ces méchantes dames se seraient-elles calmées, mais il arriva bien autre chose. Et voici ce que je me suis laissé conter...

Saint Libèce se promenait un jour à Sennevières — dont il est resté le patron. Or, l'homme du Bon Dieu dut traverser le ruisseau qui prend sa source au milieu du village. Et, ne trouvant ni pont ni gué, il jeta, d'une rive à l'autre, une planche d'aulne qu'il avait dénichée on ne sait où. Il est probable que notre saint s'occupait fort de son oraison, car il ne constata pas que la planche était mince et son ventre énorme... A peine avait-il fait trois pas que crac ! blouf ! la planche cassa et le pauvre homme qui n'avait point, comme Pierre, le privilège de marcher sur les eaux, s'enfonça et faillit se noyer... Vous vous figurez sans doute que Libèce, en bon saint qu'il était, leva les yeux aux ciel en murmurant :

« Que votre volonté soit faite ! » Erreur. Voilà mon saint qui devient

rouge, et bleu, et blanc, et qui dit : « Jamais, au grand jamais, il ne repoussera d'aulne sur cette paroisse ! »

Et voilà, telle quelle, la légende des Aulnes de Sennevières, qu'on raconte encore aux veillées de Basse-Touraine.

Or, l'autre matin, on est venu m'annoncer qu'un bourgeois incrédule avait planté trois aulnes avec succès le long d'un ravin, et l'on a ajouté :

— Vous voyez bien qu'elle est absurde, leur légende !

Et cela m'a fait de la peine... Et j'ai dit :

— Non, non, elle est très vraie. Et si, maintenant, les aulnes croissent à Sennevières comme ailleurs, c'est que la colère de saint Libèce est apaisée !...

M. A.

DE LA SPÉCIFICITÉ ⁽¹⁾

PAR BRETONNEAU

(Suite)

Spécificité de l'inflammation dothientérique

INFLAMMATIONS ET MALADIES SPÉCIFIQUES

On ne peut suivre avec quelque attention le développement d'un phlegmon sans acquérir la conviction que l'inflammation ne consiste ni dans une simple turgescence vasculaire, ni dans le surcroît d'action des tissus organiques phlogosés.

L'injection capillaire est bien une des conditions du phénomène morbide, mais elle ne le constitue pas essentiellement. La texture organique se compose-t-elle donc uniquement d'un lassis de vaisseaux, n'admet-elle pas encore un réseau nerveux, une trame fibreuse, une éponge cellulaire ? Non, la circulation capillaire n'est pas uniquement modifiée dans un organe enflammé, les rapports de l'exhalation et de l'absorption y sont changés. Des combinaisons plus rapides, nouvelles, y développent un degré de chaleur insolite, la sensibilité y est plus que modifiée, elle y est pervertie, la nutrition n'y est plus la même, il s'y forme des produits étrangers à l'état normal, souvent délétères. Comment ? Nous l'ignorons. Mais on ne peut pas, ni on ne doit l'ignorer, il y a plus dans l'inflammation que de la rougeur, qu'une altération de teinte, qu'une turgescence vasculaire. Chaque élément organique est modifié et l'inflammation est une véritable altération de toute la substance enflammée. L'injection vasculaire est la plus apparente, mais peut-être n'est-elle pas la plus importante des particularités que je viens d'énumérer.

Il faut en convenir, après bien des recherches sur l'inflammation, la nature intime de ce phénomène organique nous reste inconnue et nous ne découvrons plus rien de positif au delà des effets par lesquels il se manifeste. Au moins ici cessent les vaines spéculations, il n'est plus question que de suivre les changements qui surviennent dans la teinte, le relief, la consistance, la température, la sensibilité et le mode de sécrétion de l'organe affecté. Il suffit de noter dans les recherches nécropsiques les altérations de texture, de couleur, de densité, de cohésion ; et si toujours renfermés dans

les limites de l'observation nous joignons à ces premières notions, celles qui se rattachent à la durée de l'altération morbide, à son étendue en surface et en profondeur, à sa circonscription vague ou déterminée, nous ne pouvons méconnaître que les conditions appréciables de l'inflammation ne soient très sujettes à varier.

Cette diversité est trop frappante dans les inflammations de la peau pour n'avoir pas de tout temps attiré l'attention, aussi les phlegmasies cutanées ont-elles, dans tous les temps, été soigneusement distinguées.

La plupart ont reçu des noms populaires et tous les praticiens s'accordent à les désigner sous les dénominations de teigne, de dartre, de pustule maligne, de variole, varicelle, vaccine, rougeole scarlatine, d'érysipèle, de zona, etc., etc., ou sous quelque autre dénomination équivalente. Je ne m'écarterai pas de mon sujet en faisant ressortir les caractères différentiels des phlegmasies cutanées, leur énorme dissemblance est si frappante qu'il suffit de l'avoir indiquée. La Rougeole et la Variole sont et seront toujours des maladies distinctes ; en vain s'efforceraient-on de les rapprocher et de combler l'intervalle qui les sépare ; la médication réputée la plus stimulante ne convertira point l'éruption morbilleuse en pustules varioliques. De même celles-ci ne pourront être réduites à de simples taches exanthématiques par le traitement antiphlogistique (1).

C'est surtout, disons-le, la cause de l'inflammation qui contribue à la modifier. c'est cette cause qui bien souvent lui imprime un caractère particulier durable et qui se conserve encore longtemps après que son action a cessé, ou plutôt par une sorte de combinaison organique l'action de quelques agents phlogistiques semble se continuer et se prolonger.

Aucune des substances vésicantes qui agissent sur l'organe cutané n'y développe précisément le

(1) Si dans le degré le plus intense de la scarlatine, les taches exanthématiques sont susceptibles de s'effacer, jamais dans ce cas les petites phlyctènes plus ou moins élevées que forme l'épiderme soulevé par le pus ne ressemblent à des pustules varioliques, et cette modification des taches scarlatineuses qui, pour le dire en passant, achève de compléter la différence qui existe entre elle et les taches morbilleuses.

même mode inflammatoire, et il existe des différences notables entre l'érythème et la vésication que produit la cantharidine et les effets analogues obtenus au moyen d'une irritation mécanique, de l'application du calorique, de l'ammoniac, de la moutarde, de l'ail, de la plupart des Renonculacées et des Daphnées, dans tous ces cas la différence d'énergie de la cause ne suffit pas pour rendre raison de cette différence des effets :

Que deux escarres cutanées également profondes soient produites, l'une par l'application de l'acide nitrique, l'autre par celle de l'acide sulfurique, vous verrez, si vous suivez les conséquences ultérieures des deux cautérisations, qu'une ligne inflammatoire très étroite circonscrit à peine et tardivement la première de ces escarres, tandis que la seconde sera bientôt entourée d'une tuméfaction érysipélateuse fort étendue. Il suffit qu'une gouttelette d'acide hydro-chlorique soit déposée sur la peau pour y déterminer instantanément une ulcération profonde, étendue, douloureuse et qui, pendant plusieurs jours, continue toujours à s'accroître. On observe les mêmes différences entre les phénomènes inflammatoires développés sous l'application de l'émétique, du nitrate d'argent, de mercure ; des deutoxydes de potassium, d'arsenic ; des deutochlorures d'antimoine, de mercure. Quelle ressemblance existe-t-il entre une inflammation causée par une vive insolation et celle qui est le résultat de l'action du froid (1) ? L'observation démontre donc qu'il existe entre chaque mode inflammatoire des différences indépendantes du degré d'irritation, puisque chaque espèce d'inflammation peut varier et varie beaucoup dans son intensité en conservant les caractères qui lui sont propres : Chaque stimulus modifie plus puissamment que la texture organique les résultats de la stimulation. L'inflammation variolique est encore pustuleuse lorsqu'elle s'étend à l'intérieur de la bouche, au voile du palais, à l'intérieur de la trachée ; l'érythème papuleux forme sur la conjonctive comme sur la peau des taches élevées et circonscrites et la vaccine de même que la pustule maligne en passant d'un animal ruminant à l'homme gardent tous leurs caractères distinctifs.

Je l'ai déjà dit, ce sont les mêmes propriétés, les mêmes fonctions vitales qui sont mises en jeu par l'action de chaque substance irritante, mais je ne puis assez le répéter, ce n'est ni dans le même temps, ni dans le même nombre, ni dans la même proportion, et il résulte de cette diversité d'action les différences les plus frappantes entre chaque mode inflammatoire. Cette faculté de modifier les propriétés organiques, cette puissance des fonctions vitales, inhérente à la stimulation, à l'action exercée par divers agents n'est pas bornée aux animaux des classes supérieures elle s'étend à tous les êtres organisés ; les végétaux eux-mêmes sont passibles d'une multitude d'altérations morbides qui ne sont pas moins distinctes entre elles, moins remarquables par les modifications de la forme et de la texture organique primitive que ne le sont les pustules de la galle, les rayons de la teigne, les tubérosités de

(1) La lumière, qui colore si fortement la peau, a sans doute une grande part aux effets de coups de soleil, car à une élévation de température égale le calorique rayonnant qui s'échappe d'un foyer ne produit pas la même inflammation.

la lèpre et les excroissances du frambœsia ; vingt sortes d'exhubérances dont la consistance et la forme sont extrêmement variées et dont le développement a été déterminé par la piqûre de vingt espèces d'insectes naissent sur une seule et même espèce de chêne. On trouve sur la même tige d'églantier (*Rosa Canina* Lin.) ces grosses tubérosités, mousseuses et lisses, connues sous le nom de bédégards ; des insectes d'espèces différentes, en déposant dans la jeune tige un liquide et leurs œufs, y ont modifié la nutrition, la vie et donné naissance à ces étranges productions. Sous l'influence d'un stimulus de même sorte, des excroissances identiques se développent sur les péricarpes, les pédoncules et les tiges quelle que soit la différence de leur structure anatomique, et telle est l'influence d'un stimulus de même sorte qu'on voit la piqûre du même insecte donner naissance à des excroissances identiques sur les péricarpes, les pédoncules et les tiges malgré la différence de leur structure anatomique. Cependant d'autres espèces d'insectes pénètrent dans l'intérieur de ces mêmes plantes, y habitent, rongent leur tissu, se nourrissent de leur suc sans qu'il en résulte aucun autre effet apparent qu'une perte de substance. Quelques autres altérations morbides des végétaux sont dus au développement de plantes microscopiques qui appartiennent à la famille des Algues et à celle des Champignons. Dans ce dernier cas on voit encore la lésion organique recevoir son caractère distinctif et spécifique de l'irritamentum propre à chacun de ces êtres parasites.

En admettant que ces altérations de texture ne puissent être entièrement assimilées aux lésions phlegmasiques qu'on observe chez les animaux, il resterait constant qu'une multitude d'agents extrinsèques ont la puissance de modifier les phénomènes de la vie d'une manière spéciale, que cette puissance modificatrice s'étend à l'ensemble des êtres organisés et que l'influence qu'elle exerce dépend plus du mode et de la propriété de l'action que de son degré apparent d'énergie.

C'est parmi les productions des corps vivants, c'est parmi les produits de leur décomposition que se trouvent les agents modificateurs doués d'une puissance plus remarquable et plus incompréhensible (1). Leur activité qui, le plus souvent, se dérobe à nos sens et qui s'adresse à peine aux propriétés chimiques ou physiques de l'être animé, s'exerce tout entière sur ses propriétés vitales, c'est sur la vie même que s'étend leur mystérieuse influence. Souvent, il est vrai, l'inflammation est le dernier temps de leur action, mais si dans toute irritation inflammatoire les mêmes propriétés vitales sont mises en jeu, ce n'est ni dans la même proportion ni pour le même temps, ni dans le même ordre successif.

Tandis qu'une vive rougeur érysipélateuse accompagnée de chaleur et de douleur marque le début de l'éléphantiasis des Arabes, la décoloration de la peau, sa stupeur et son insensibilité signalent le premier degré de la lèpre blanche (*Leucer Barros*

(1). Les alcalis organiques, l'huile volatile de laurier-cerise, une multitude de poisons, de venins et de virus sont fabriqués par l'action, soit normale soit anormale, d'une puissance vitale ; dans la première série viennent se ranger l'acide hydro-cyanique, les effluves des marais et sans doute un grand nombre d'autres miasmes délétères qui s'exhalent des débris des corps organisés.

des Arabes qui paraît être une variété de l'Eléphantiasis des Grecs.)

La plupart des huiles volatiles excitent à l'orifice des membranes muqueuses une impression douloureuse de chaleur qui n'est accompagnée ni de turgescence vasculaire ni d'aucun autre symptôme de l'inflammation (1).

Au contraire, l'application d'une solution huileuse de cantharides qui ne cause d'abord qu'un léger engourdissement est bientôt suivie de vésication. Dans le premier cas, quelque temps que subsistent la chaleur et la douleur, la rougeur et la tuméfaction ne viennent point s'y joindre; dans l'autre, au contraire, le tissu cellulaire sous-muqueux se tuméfie et l'épithélium qui le recouvre se soulève et se détache bien avant qu'aucun sentiment de douleur et de chaleur commence à se laisser apercevoir.

La tumeur qui accompagne les taches varioliques naissantes, et qui continue à s'accroître de plus en plus, est nulle dans la scarlatine et rend à peine sensible au toucher les taches de l'exanthème morbilleux.

Tandis que les limites de l'inflammation variolique sont exactement circonscrites, celles de l'inflammation érysipélateuse restent vagues et indéterminées.

Les phénomènes morbides suscités par l'action que le venin de la vipère exerce sur le sang semblent sans doute se rapprocher de ceux qui caractérisent l'inflammation.

L'intumescence des tissus pénétrés par le venin, la douleur qui accompagne ou plutôt qui suit cette intumescence dans toutes les régions qu'elle commence à envahir lui donnent même, j'en conviens, une sorte de ressemblance avec l'érysipèle phlegmoneux; mais la nature phlegmasique de cette tuméfaction deviendra beaucoup plus équivoque pour quiconque aura suivi les progrès des altérations morbides (2). La coloration livide et marbrée de la peau, la teinte qui lui succède et que l'on voit graduellement passer au vert, au jaune verdâtre, enfin au jaune pur, l'infiltration séreuse ensanglantée qui abreuve le tissu cellulaire et qui distend jusqu'aux interstices des fibres musculaires, l'exsudation de même nature qui dans les cas où le venin a été porté directement dans les troncs veineux s'opère

(1) J'ai découvert à la superficie des cloisons séminifères du péricarpe du *Capsicum annuum*, des vésicules jaunâtres remplies d'une huile volatile dont la saveur est si caustique qu'elle laisse longtemps sur les lèvres et sur la langue l'impression d'une vive brûlure. Les fruits de cette plante doivent uniquement la rapidité qui les fait rechercher comme assaisonnement à la présence de cette huile volatile. La sensation de brûlure qu'elle excite à l'extrémité des doigts lorsqu'elle y est appliquée tarde davantage à se développer, elle persiste pendant des jours entiers et elle est fort exaspérée chaque fois que l'épiderme est humecté; mais quelque vive que soit cette sensation elle n'est suivie ni de gonflement ni de rougeur.

(2) L'hésitation augmente si l'on considère que la singulière substance qui produit de si redoutables effets peut rester longtemps appliquée à la surface d'un muscle, d'un nerf, d'un tendon, de la bouche, des narines, de la conjonctive sans causer la plus légère phlogose. Fontana a multiplié ces sortes d'expériences et ce n'est que sur un pigeon, en forçant la dose du venin et en l'appliquant plusieurs fois de suite qu'il a obtenu un gonflement des paupières sans que le globe de l'œil parût enflammé; il a souvent goûté lui-même le venin de la vipère, « plus de 100 fois, dit-il, j'ai répété les mêmes épreuves et je n'ai jamais eu la langue enflée, ni enflammée, ni douloureuse, un sentiment de torpeur et d'astriection étaient la seule impression que produisit le venin longtemps conservé sur la langue. L'écueil ordinaire des hommes, écueil que les philosophes les plus circonspects n'ont pas toujours su éviter, c'est qu'il suffit qu'on trouve une circonstance qui accompagne le phénomène pour qu'on croie trop facilement qu'il en est la cause. » (Fontana, t. 2, p. 201).

si rapidement et si abondamment dans toutes les cavités splanchniques, ont-ils donc autant de rapport qu'on eût été tenté de le croire à la première inspection, avec les phénomènes qui caractérisent l'inflammation; et si une rougeur qui est plutôt due à une extravasation du sang qu'à une injection vasculaire, si une infiltration seroso-sanguine qui ressemble si peu à l'épanchement fibrineux qui s'opère dans le tissu aréolaire d'un membre affecté d'érysipèle phlegmoneux ne séparent pas les lésions produites par le venin de la vipère des lésions inflammatoires, il reste du moins clairement prouvé que cette inflammation constitue un état phlegmagique très particulier.

Si les phénomènes de la vie pouvaient être assimilés à des phénomènes plus simples, j'emprunterais une comparaison à la chimie, et, de même, dirais-je que la théorie du phlogistique n'a longtemps fourni aux chimistes que des explications hypothétiques, de même celle de la phlogose, telle qu'elle est adoptée par l'école physiologique, n'offre qu'une solution illusoire et précieuse des plus importantes difficultés de la pathologie.

L'observation démontre il est vrai que la combustion se réduit le plus généralement à une combinaison d'oxygène, mais combien la nature des corps simples ou composés qui entrent dans cette combinaison, combien les circonstances dans lesquelles elles s'opèrent ne font-elles pas varier les conditions du phénomène; l'interposition de l'eau qui empêche la combustion du phosphore serait-elle un bon moyen de s'opposer à celle du potassium? Cependant, l'inflammation, phénomène vital bien plus compliqué que celui de la combustion, se présente sous des aspects encore plus diversifiés. Aussi le praticien, s'il est attentif à noter les phases de chaque espèce de phlegmasie, est-il forcé de reconnaître que la phlogose n'est pas le caractère principal de ces affections et qu'elle n'établit que des rapports peu importants entre des états morbides qui exigent souvent des médications différentes et même opposées.

Les maladies ne sont pas des êtres, chaque jour on le répète et jamais que je sache le contraire n'a été formellement affirmé. Mais beaucoup de désordres qui ne proviennent pas de l'altération spontanée des organes et notamment une multitude d'inflammations sont déterminées par des causes matérielles extrinsèques, par de véritables êtres venus du dehors ou du moins étrangers à l'état normal de la structure organique. Les entozoaires qui deviennent assez fréquemment des hôtes incommodes et nuisibles sont des êtres, et des êtres vivants.

Les tissus hétérologues, quelle que soit leur origine, une fois développés, sont des êtres, et l'existence de ces productions parasites douées d'un mode spécial de vitalité, de la faculté de se propager et de pulluler ne peut être dédaignée toutes les fois que leur présence complique une lésion phlegmasique. Le pus est la cause matérielle d'un grand nombre d'irritations phlegmasiques et la résorption de ce fluide accidentel hétérologue (I. V.). Répétition?

La variole reconnaît pour principe reproducteur un être miasmatique coercible ou qui du moins s'unit et adhère à la sécrétion morbide des pustules avec laquelle il peut être recueilli et conservé. La maladie variolique ne se réduit pas à une irritation

inflammatoire qui serait la simple conséquence de l'action passée de cet agent, elle est entretenue, spécialisée par son développement, par son expansion dans les sécrétions des boutons, par sa présence actuelle dans toute l'économie. L'éruption pustuleuse qui est un de ses effets apparents a son degré de gravité, son danger, mais ce n'est pas le seul qui soit à redouter; peu importe que le médecin parvienne à modérer la rougeur et l'intumescence du derme; peu importe que prévenu de l'opinion d'une prétendue irritation gastrique il obtienne à force d'émissions sanguines que la langue pâlisce, si pendant ce temps le malade succombe aux atteintes cachées du poison de l'être variolique. Il meurt, dit-on, de la variole; cette expression a sur toute autre le mérite de comprendre à la fois les résultats palpables et les conditions inaperçues du phénomène morbide.

Les lésions phlegmasiques du derme sont si peu importantes dans la scarlatine que l'action délétère de son miasme reproducteur est encore plus incontestable. Quelquefois cette maladie devient mortelle dix-huit heures après la manifestation de ses premiers symptômes, plus souvent du 3^e au 5^e jour, et à chacune de ces époques l'absence de toute lésion viscérale appréciable prouve que le malade succombe aux effets d'un poison qui, une fois introduit dans l'économie, a la singulière propriété de s'y accroître, de devenir un nouveau foyer d'infection et de causer la mort sans laisser d'autre trace de son action qu'une phlogose superficielle du pharynx et de la peau.

Mais la différence dans le nombre et la proportion des conditions communes de l'inflammation est loin de fournir le seul caractère distinctif des diverses phlegmasies qui peuvent affecter un même tissu organique. Le plus souvent chacune d'elles parcourt ses diverses périodes dans un temps déterminé et suit un ordre constant et régulier dans le développement de ses phases successives, enfin il est un dernier caractère différentiel qui mérite particulièrement de fixer l'attention du praticien. La plupart des phlegmasies de l'organe tégumentaire, soit interne soit externe, s'accompagnent de symptômes particuliers et qui le plus souvent ne conservent aucune proportion avec l'étendue et l'intensité de la lésion phlegmasique.

Toute inflammation qui pendant son cours peut être distinguée, malgré les vicissitudes dont elle est susceptible, les divers aspects qu'elle peut revêtir, d'une autre inflammation qui affecte le même tissu organique, est une inflammation particulière, une inflammation *spéciale*.

Mais à plus juste titre encore doit-on regarder comme spécial, comme spécifique tout mode inflammatoire qui joint à des caractères constants et déterminés la propriété de se transmettre d'un individu à un autre. Les phlegmasies exanthématiques, à l'aide de cette faculté reproductrice, se propagent dans diverses contrées sans qu'elles y soient modifiées, au point de perdre leurs principaux caractères, par le climat, la température, l'âge, le sexe, l'idiosyncrasie, souvent, sans que la durée et les progrès du mode inflammatoire qui est propre à chacune d'elles puissent être intervertis par tout autre moyen curatif que la substitution d'une autre inflammation.

La distinction des phlegmasies spécifiques de la peau est fondée sur des différences si évidentes, et qui subsistent si constamment pendant les diverses époques de leur durée, qu'aucune affection morbide ne s'est prêtée aussi facilement aux classifications des nosologistes. En effet, des maladies qui se disséminent et se perpétuent par une sorte de génération successive ont pu, sans que la comparaison se trouvât forcée, être assimilées aux objets classés par le naturaliste.

Il n'est peut-être aucun appareil organique, aucun tissu primitif, qui ne soit susceptible que d'un seul mode inflammatoire.

La tuméfaction phlegmoneuse des glandes salivaires désignée sous la dénomination de parotides est certainement très différente de l'affection épidémique et contagieuse qui affecte ces mêmes glandes et qui est connue sous le nom d'ours et d'oreillons.

Il existe des différences notables entre la phlegmasie des surfaces séreuses synoviales qui provient d'un refroidissement subit et les inflammations du même tissu qui sont la conséquence d'une lésion externe et d'un dépôt métastatique du pus, et ces phlegmasies articulaires diffèrent elles-mêmes de l'inflammation goutteuse qui sans rester bornée aux surfaces articulaires s'étend en même temps au derme, aux ligaments et au tissu cellulaire sous-cutané.

Mais il faut en convenir, la peau et celles des membranes muqueuses qui se trouvent en rapport avec un plus grand nombre d'agents extérieurs sont plus particulièrement le siège d'inflammations spéciales extrêmement diversifiées. La blépharo-blennorrhée, l'ophtalmie-blennorrhagique, l'ophtalmie contagieuse d'Égypte, la cocotte ou ophtalmie épidémique, l'ophtalmie pustuleuse angulaire, l'ophtalmie scrofuleuse, l'inflammation variolique et morbilleuse de la conjonctive, l'inflammation partielle de cette membrane qui accompagne l'érythème papuleux, celle qui est symptomatique des ulcérations de la cornée transparente et de l'inflammation de l'iris, sont autant de modes inflammatoires qui se distinguent par leur aspect, leur durée et surtout par la manière dont ils cèdent ou résistent aux divers moyens thérapeutiques.

Le catarrhe bronchique occasionné par le refroidissement, le catarrhe contagieux épidémique, la coqueluche, l'angine trachéale-diphthérique, l'angine striduleuse, la trachéite se distinguent par des symptômes et des lésions trop disparates pour que ces diverses affections des canaux aérifères puissent jamais être confondues, par les praticiens attentifs.

J'épargnerai au lecteur la longue énumération des phlegmasies cutanées, ce sont celles dont il est le plus facile de suivre les diverses modifications et dont la diversité est le moins contestée.

Si on considère que quelques-unes de ces affections, quoique bien distinctes, ne sont séparées que par des nuances peu tranchées, la scarlatine et la rougeole par exemple, on reconnaîtra qu'aucune d'elles ne réunit à un plus haut degré que la dothi-
nenterie les caractères positifs et négatifs d'une phlegmasie spécifique.

Caractères Positifs

Parmi ceux-ci on doit surtout noter la circons-

cription exanthématique de l'inflammation, la lèneteur progressive et régulière de son développement, son siège invariable dans l'appareil folliculaire auquel elle donne une exubérance pustuleuse, une saillie si remarquable, son extension progressive de la fin de l'iléon où est son centre de développement vers les deux extrémités opposées du canal digestif, sa transmissibilité ou du moins son aptitude à se propager épidémiquement.

Caractères Négatifs

Les caractères négatifs ne sont pas moins propres à la faire distinguer. Ils résultent des différences frappantes et palpables qui existent entre l'inflammation dothinentérique et l'inflammation aphteuse catarrhale, couenneuse, dyssentérique, entre cette même affection exanthématique et les lésions tuberculeuses des intestins sans parler des ecchymoses observées à la suite du Typhus icterade et de l'érythème oedémateux et chronique occasionné par la plupart des résorptions purulentes qui n'ont avec elle aucune sorte de ressemblance.

Enfin un dernier caractère que je dois mentionner et qui pour être accessoire n'est pas moins important, c'est que la disposition à contracter la dothinenterie est remarquablement diminuée chez ceux qui en ont déjà été atteints, et cette particularité est d'autant plus remarquable que beaucoup d'autres inflammations laissent dans les tissus qu'elles ont affecté une prédisposition à éprouver de nouveau le même mode inflammatoire.

En désirant vivement éclaircir cette question qui devient d'un si grand intérêt dans la pratique, je ne me suis pas dissimulé la difficulté d'y parvenir; la trompeuse similitude que l'ataxie et l'adynamie apportent entre les désordres morbides auxquelles elles viennent s'adjoindre répand une grande obscurité sur les renseignements commémoratifs que peuvent fournir les malades.

Ce que je puis affirmer, c'est que dans le cours d'une pratique de vingt années, il ne m'est pas arrivé de donner des soins au même individu atteint pour la seconde fois de la dothinenterie. L'opinion émise par quelques auteurs qu'on devient exempt de la fièvre putride après lui avoir payé un premier tribut se fortifie de l'assentiment de la plupart des personnes qui fréquentent les hôpitaux. Les infirmiers, les sœurs hospitalières et les médecins attachés au service de ces établissements partagent généralement cette croyance. Les cicatrices dothinentériques ne pouvant être vues comme celles de la variole qui souvent laissent elles-mêmes des doutes sur leur origine, ce n'est qu'à l'aide de données approximatives que ce point important de l'histoire de la dothinenterie peut être éclairci.

Tous les médecins livrés à la pratique sentiront combien il serait utile de savoir à quel point un individu déjà affecté de cette maladie est à l'abri de ses atteintes. Puissent-ils réunir leurs efforts pour arriver à cet égard à des notions plus positives et plus certaines.

Quant à ces prétendues récidives qui, dit-on, surviennent dans le cours de la convalescence, il est facile de se convaincre qu'elles ne peuvent être une recrudescence de la même maladie. Mais que la fièvre est alors occasionnée et entretenue ou par les

ulcérations intestinales qui s'accroissent et s'étendent au lieu de se cicatrifier, ou par quelques-uns de ces nouveaux désordres qui sont la conséquence trop ordinaire de la dothinenterie, et il est indubitable qu'à cette époque on ne voit pas plus se reproduire les symptômes du premier septenaire que l'éruption exanthématique dont ils ont accompagné le développement. La variole nous offre dans ce cas un terme exact de comparaison. Dans aucun cas le retour de l'éruption pustulaire n'a été noté au nombre de ses suites les plus fâcheuses.

Ces faits sont si positifs, si exacts, ils sont si faciles à constater, que je ne puis douter que tout praticien de bonne foi qui voudra prendre la peine de vérifier les caractères anatomiques de l'exanthème intestinal ne reconnaisse combien cette affection est distincte de toute autre lésion phlegmasique du canal digestif et que, dès lors, il ne trouve dans sa spécificité l'éclaircissement d'un plus grand nombre de difficultés qui restent toutes insolubles tant qu'on s'obstine à ne voir dans la dothinenterie qu'une inflammation gastro-intestinale, plus ou moins intense, développée par diverses causes, ou suscitée, ou entretenue par une irritation quelconque.

La spécificité de cette affection explique seule sa marche si lente, les progrès gradués du développement de ses symptômes, le manque de succès et même le danger de beaucoup de médications vantées, quittées et reprises tour à tour. A l'aide de cette notion on conçoit encore comment ces divers traitements modifient si peu la durée d'une affection qui parcourt invariablement ses périodes sous leurs diverses influences.

On découvre en outre la source de tant de jugements contradictoires sur la nature d'une maladie généralement confondue avec d'autres pyrexies très distinctes.

Comment, en effet, les discussions relatives à la fièvre putride ou gastro-entérite intense, n'auraient-elles pas donné lieu à une extrême confusion, lorsque sous d'aussi vagues dénominations on trouve souvent réunies à une phlegmasie idiopathique des méninges une pleurésie et une péripneumonie adynamiques, tantôt la fièvre bilieuse, tantôt une fièvre périodique subintrante, c'est-à-dire lorsque des phlegmasies qui n'ont pas plus de rapport par leur siège que par leur nature, se trouvent ainsi bizarrement accolées à des affections qui ne s'accompagnent d'aucune lésion inflammatoire primitive. Comment, dès lors, les assertions les plus opposées ne doivent-elles pas être envisagées à la fois comme fausses et vraies quand elles ont pour objet des maladies si disparates.

En reconnaissant la spécificité de l'inflammation dothinentérique, nous ne découvrons pas mieux il est vrai comment une lésion qui en apparence n'a rien de grave, comment une simple éruption pustulaire qui se développe dans une médiocre étendue du canal digestif devient si souvent mortelle. Mais au moins ce fait se trouve rapproché de faits semblables que nous ne parvenons pas davantage à expliquer. Ainsi la mort est causée par la rougeole, la variole, la scarlatine dès le début de l'éruption, par la rage, par le tétanos traumatique et surtout par celui qui est la conséquence d'une blessure envenimée avec la strychnine, sans qu'après l'extinction de la vie il soit possible de découvrir aucune

lésion phlegmasique grave ou même appréciable. Or, ces faits, l'ensemble de ceux qui viennent s'y réunir, par cela même que nous ne pouvons les expliquer, ne nous forcent-ils pas à conclure que la qualité essentielle et spéciale de l'inflammation est d'une tout autre importance que son intensité. Ne prouvent-ils pas que la spécificité de plusieurs affections morbides est le plus important de leurs caractères, celui qui dans sa pratique est le plus utile à constater, le plus important à distinguer, le danger, l'inocuité ou le succès de la médication dépendant de cette distinction quelquefois minutieuse, difficile et qui trop souvent a été négligée, puisque ces faits sont si nombreux qu'ils ne peuvent être contestés.

Une juste impartialité ne nous oblige-t-elle pas à reconnaître que les partisans des fièvres essentielles sont moins éloignés de la vérité qu'on ne l'a cru dans ces derniers temps, lorsqu'ils affirment qu'un état fébrile peut subsister longtemps sans qu'on trouve dans les lésions observées après la mort une raison suffisante du trouble qu'ont éprouvé les principales fonctions de l'économie.

Le Traité de la *Spécificité* devait comprendre deux autres chapitres qui n'ont pas été rédigés et dont les titres seuls sont connus :

Spécificité de l'inflammation dysentérique;
Spécificité de la fièvre paludéenne.

Fin de la *Spécificité*.

(A suivre.)

REVUE DES REVUES

Par le Dr BOSC

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

1) RÉGIME VÉGÉTARIEN DANS LA TUBERCULOSE

Rien n'était plus fréquent, il y a une dizaine d'années, que de rencontrer des tuberculeux fiers d'avaler, sur ordonnance médicale, un kilogramme de viande crue, et de gober quinze œufs par jour, mais qui, au bout de quelque temps, ne pouvaient plus rien gober du tout. La mode thérapeutique évoluant toujours un peu brusquement, on ne se contente plus de prescrire une ration alimentaire normale, et de ménager l'estomac des bacillaires aussi bien avec les médicaments qu'avec les aliments; sous prétexte que le régime carné est un grand facteur de déminéralisation, et d'usure précoce pour le foie et l'estomac, on a substitué à son dogme celui du régime végétarien : la viande ne doit plus paraître sur la table du tuberculeux. Et même, dans les cas fréquents, où un arthritisme intense finit un jour par se compliquer de tuberculose grave, ce qui donnerait thérapeutiquement les résultats les plus remarquables, les reviviscences les plus rapides et les plus inattendues, ce n'est même pas le régime végétarien ordinaire, mais le végétarien strict, c'est-à-dire l'alimentation à base exclusive de légumes, céréales et fruits, sans œufs, sans lait, sans fromage ni beurre.

L'homme devant être considéré primitivement et naturellement comme un frugivore de par ses dents, son esto-

mac et son intestin, la nouvelle devise des tuberculeux ne doit plus être : suralimentation, dans la crainte que celle-ci ne soit le plus souvent qu'une surintoxication, mais haine à l'alcool et mépris de la viande. Leur idéal n'est peut-être pas encore de maigrir : il n'est sûrement plus d'engraisser.

2) BOUILLIES MALTÉES.

Le maltosage des bouillies rend d'inappréciables services chez les nourrissons, qui ont une intolérance relative ou absolue à l'égard du lait de vache, parfois même du lait de femme; c'est une bouillie ordinaire, rendue liquide et semi-digérée par addition de malt, diastase extraite de l'orge germée; celle-ci détermine la digestion artificielle de l'amidon qu'elle rend directement assimilable, suppléant ainsi au rôle naturel des diastases salivaire et pancréatique. Son seul inconvénient était jusqu'à présent de nécessiter des soins de préparation longs et minutieux : il fallait, sous le contrôle du thermomètre, près d'une heure et demie pour l'opération totale (1). Voici une technique simplifiée, qui met désormais la bouillie maltée à la portée de tous les nourrissons dyspeptiques. On prépare une bouillie, avec, par exemple :

Eau....	100 grammes
Lait....	50 grammes
Farine....	une cuiller à dessert
Sel....	une pincée

Ces proportions varient naturellement avec l'âge de l'enfant et suivant les circonstances, mais il importe en tout cas que le lait soit donné à faible dose et en quantité moindre que l'eau : comme farines, on donnera la préférence à la crème de riz ou à l'arrow-root, et, pour varier le goût, on peut y associer un peu de chocolat râpé. On fait cuire pendant vingt minutes pour obtenir une bouillie épaisse, la cuisson prolongée étant indispensable : elle commence la digestion de la bouillie en faisant éclater les enveloppes des cellules d'amidon, qui seront ensuite dissoutes par la diastase. Pour malter, on ajoute, trois minutes après l'avoir retirée du feu, alors qu'elle atteint approximativement la température optima de 80 degrés, une cuiller à café d'extrait de malt (2) soit sous forme sirupeuse, soit de préférence sous forme cristalloïde, et on mélange soigneusement.

La liquéfaction est réalisée très vite, il ne reste plus qu'à sucrer avec une cuiller à café bien pleine de sucre en poudre, ou un morceau et demi de sucre ordinaire. Cette bouillie sera donnée toutes les trois heures aux mêmes doses que le lait : elle peut être prise dès l'âge de 3 à 4 mois, elle rendra service dans tous les cas d'intolérance pour le lait, en particulier quand après la diète des entérites aiguës, il faut reprendre l'alimentation, et dans les dyspepsies du sevrage.

3) POINT DE MAC BURNEY.

La phrase romantique sur la douleur en coup de pistolet au point de Mac Burney fit la rapide fortune de ce nom, et l'index du médecin apprit à le localiser à un millimètre près, sur le tiers externe d'une ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Il ne tarda pas cependant à être concurrencé par de nombreux points ana-

(1) On pouvait il est vrai recourir à des bouillies maltées, préparées industriellement, et conservées par pasteurisation (Bouillie Fanfan-Société « le Lait », 7 place Lévis, Bouillie maltée Carrion, 54, faubourg Saint-Honoré), mais ce genre d'alimentation était très coûteux.

(2) Il existe de très bonnes marques d'extrait de malt : Amylo-dias-tase Thépenier, 2, boulevard des Filles-du-Calvaire. Extrait de malt Dejardin, 109, boulevard Haussmann, Maltase Fanta, 6 rue Guyot, etc.

LES ÉNERGÈTES VÉGÉTAUX
SUCS PURS de PLANTES FRAICHES Chimiq' & Physiologiqem' titrés

VALÉRIANE BYLA

Suc de Valériane

SUCS de SAUGE · DIGITALE · GENET · MUGUET · GOLCHIQUE

Chaque flacon 3.50. LES ÉTABLISSEMENTS BYLA JEUNE A GENTILLY (Seine)

TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ÉTATS CONSOMPTIFS

**SUC PUR INALTÉRABLE
DE VIANDE DE BŒUF CRUE**

ASSOCIÉ À LA CATALASE & AUX OXYDASES OXYHÉMOGLOBINIQUES



**MUSCULOSINE
BYLA**

LE FLACON ENTIER 8 FRANCS

LE DEMI FLACON 4^{fr} 50

DOSE MOYENNE
4 CUILLERÉES À BOUCHE
PAR JOUR POUR LES ADULTES
4 CUILLERÉES À DESSERT
POUR LES ENFANTS

LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES

PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE À FROID

ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (Seine)

CACODYLATE DE SOUDE CLIN

(Arsenic à l'état organique)

Gouttes Clin : 1 cgr. de Cacodylate de Soude pur par 5 gouttes.

Globules Clin : 1 cgr. de Cacodylate de Soude pur par globule.

Tubes stérilisés Clin : pour Injections hypodermiques.
5 ou 10 centigr. de Cacodylate de Soude pur par tube.

679

LABORATOIRES CLIN. — COMAR & C^{ie}. 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS.

VIN NOURRY IODOTANÉ

Exempt de tout iodure alcalin, sans goût désagréable, d'une assimilation parfaite. Succédané de l'Huile de Foie de Morue.

Cinq cgr. d'Iode combinés à dix cgr. de Tanin par cuillerée à soupe.

INDICATIONS : Lymphatisme, Anémie, Menstruation difficile, Affections pulmonaires torpides, Convalescence des Maladies infectieuses.

DOSES : Adultes, une cuillerée à soupe avant ou pendant chaque repas.

OBÉSITÉ, MYXŒDÈME, HÉRPÉTISME, GOÏTRE, etc.

Tablettes DE Catillon
à 0^{gr}.25 de corps

THYROÏDE

Titre, Stérilisé, bien toléré, Efficacité certaine.

iodo-THYROÏDINE

Principe iodé, mêmes usages.

FL. 3 fr. — PARIS, 3, Boul' St-Martin.

Adopté dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine.

POUDRE DE PEPTONE CATILLON

Produit supérieur, pur, agréable au goût, on ne peut plus nutritif, 10 fois son poids de viande assimilable.

Aliment des malades qui ne peuvent digérer.

VIN DE PEPTONE CATILLON

Viande assimilable et Glycérophosphates.

Rétablit les Forces, l'Appétit, les Digestions.

3, Boul' St-Martin, PARIS 1900 MÉDAILLE D'OR

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une diurèse rapide relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

Exiger la Signature CATILLON, Prix de l'Académie.

MÉDAILLE D'OR, 1900, Paris, 3, Boul' St-Martin.

ANTHYLÈNE

Antiseptique général

(Aldehyde formique et essences)

SANS CUIVRE — SANS HG — ODEUR AGRÉABLE

Chirurgie — Obstétrique — Gynécologie — Désinfection

Pharmacie Brunot, Saint-Médard-en-Jalles (Gironde)

et toutes pharmacies

Echantillons gratuits sur demande à MM. les Docteurs.

VIN DE LAVOIX (Beef-Lavoix)

à base de

Viande, Quinquina, Phosphate de Chaux

Contre : Anémie, Chlorose, Rachitisme, Dyspepsie, Gastralgie, Maladies des Os, l'épuisement, et dans toutes les Convalescences; régénère le sang, procure appétit, force et santé.

Dépôt Général : 5, AVENUE VICTORIA, PARIS

Dépôt dans toutes les Pharmacies.

ÉTABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

Société Anonyme, Capital : 2.112.500 fr.

EAUX MINÉRALES NATURELLES

SOURCES BADOIT

Déclarée d'utilité publique

EAU DE TABLE SANS RIVALE

SOURCE ROMAINE

EXTRA GAZEUSE

Sources Rémy, Noël

et les Centrales

logues, la région sous-ombilicale inférieure paraissant être une zone de prédilection pour les douleurs diffuses et aussi pour les points douloureux explorés par les médecins. Lanz découvrit un point plus appendiculaire encore à l'union du tiers moyen avec le tiers droit de la ligne biliaire. D'autres suivirent : point de Morris sur la ligne spino-ombilicale, à 4 centimètres de l'ombilic, points de Munro, de Clado, de Lentzmann, etc... quand Lœper et Esmonet en signalèrent de nouveaux, correspondant aux confluent vasculo-nerveux de la masse intestinale : point mésentérique supérieur, à droite de l'ombilic, mésentérique inférieur à gauche et un peu plus bas, points iliaques droit et gauche, symétriques et obtenus par pression profonde. Le droit peut être confondu avec l'appendiculaire, on le trouve avec une localisation constante remarquable chez les entéritiques et tous les nerveux. un peu plus haut que le Lanz, un peu plus bas que le Mac Burney, sur la bissectrice de ces deux lignes. A cette riche nomenclature, il faut ajouter les points douloureux de l'uretère, de l'ovaire, voire même du pylore ; les examens radioscopiques ont montré que chez beaucoup de sujets normaux ou peu malades, le pylore se trouve au point de Mac Burney, nombre d'opérés pour appendicite chronique ne seraient que de vulgaires dyspeptiques présentant des symptômes pyloriques. Mais en admettant même que ces points aient la précision topographique et l'importance diagnostique qu'on leur attribue, il y aurait encore dans leur interprétation une cause d'erreur : c'est la facilité avec laquelle on provoque chez tous les sujets impressionnables des zones ou des points douloureux, rien qu'en les cherchant. Un grand nombre de douleurs classiques, le point xiphoïdien et rachidien de l'ulcère rond, la sensibilité de la fosse iliaque droite chez les typhiques, l'ovaralgie, les points de la pleurésie diaphragmatique, etc. n'existent point avec la précision que leur attribuent les auteurs, et sont souvent un produit d'exploration médicale : ils peuvent être créés *ad libitum* sur n'importe quelle région de l'abdomen. Sur une zone atteinte de sensibilité diffuse, en choisissant un point, en pressant sur ce point et en insistant, on greffe une exagération suggestive de la douleur : on retrouvera ensuite constamment ce point douloureux, créé par suggestion sans s'en douter. Aussi quelque précis et localisé que soit un point douloureux iliaque, il ne saurait à lui seul constituer une indication suffisante d'intervention chirurgicale.

4) HORMONAL.

Il y a déjà quelque temps qu'Enriquez et Hallion préparèrent un extrait de la muqueuse gastro-intestinale, qui, injecté sous la peau, provoquait le péristaltisme de l'intestin. La découverte nous revient aujourd'hui d'Allemagne, avec le prestige de la théorie des hormones, c'est-à-dire de ces substances secrétées par les organes, et qui ont la singulière propriété de déclencher, d'augmenter ou d'empêcher telle ou telle fonction d'autres organes : ce sont des stimulants directs, des excitants chimiques, dont les plus connus sont actuellement l'adrénaline et l'iodothyridine. Quoi qu'il en soit, l'hormone en question se forme pendant la digestion dans la muqueuse de l'estomac, et s'emmagasine dans la rate d'où on l'extrait (1) : injectée à un animal, elle produit un péristaltisme dirigé du pylore vers le rectum, par contractions toujours douces et régu-

(1) Elle est fabriquée industriellement et livrée en ampoules de 20 centimètres cubes, les unes pour l'injection intra-veineuse, les autres pour l'injection intra-musculaire — On les trouve à la Société du « Perhydrol buccal » 3, rue Palermo, Nice.

lières, sans tétanisation. Aussi l'hormonal a-t-il trouvé aussitôt une application très heureuse dans le traitement de ce vaste groupe d'occlusions intestinales qu'on range sous le titre d'ileus paralytique. Toutes les paralysies aiguës de l'intestin, qui surviennent soit spontanément comme il est fréquent chez le vieillard, soit après les graves contusions, du thorax et du rachis, soit encore après les opérations abdominales longues et pénibles (certains chirurgiens l'emploient même aujourd'hui préventivement avant ces grandes opérations). Injecté au premier symptôme d'occlusion, il a déjà pu éviter bien des laparotomies, et l'horreur de l'anus artificiel, outre qu'il sert à préciser le diagnostic. S'agit-il d'un obstacle réel, l'hormonal demeure sans effet : a-t-on affaire à une occlusion due à la simple paresse de l'intestin, il en triomphe rapidement et aisément.

Il n'est pas jusqu'aux paresies habituelles de l'intestin se traduisant par une constipation chronique opiniâtre, qui n'aient à bénéficier de son emploi : après une seule injection d'hormonal, des patients qui n'allaient pas spontanément à la garde-robe depuis des années et qui avaient épuisé toute la gamme des ferments, des laxatifs et des réducteurs ! ont vu tout à coup leurs selles se régulariser et conserver tous leurs caractères normaux depuis lors. Sans doute son action est moins sûre et moins constante que dans la paralysie aiguë, l'hormonal prêterait plus volontiers assistance au chirurgien qu'au médecin ; mais lorsqu'il agit, c'est avec un prestige refusé à toutes les autres médications laxatives : son action bienfaisante une fois produite se prolongerait pendant des semaines et des mois. La reconnaissance des constipés a inventé une heureuse comparaison : l'intestin recommencerait à fonctionner à la façon d'une pendule immobilisée depuis longtemps et qui reprendrait son mouvement à la suite d'une seule secousse.

5) SPHYGMOMANOMÈTRES.

Toute notre génération médicale a connu le sphygmomanomètre de Potain : un œil sur le cadran indicateur, l'autre sur le chef de service, on comprimait mollement l'artère radiale, en la crainte que l'aiguille n'accusât des chiffres dérisoires ou exagérés. Depuis lors d'innombrables appareils ont vu le jour, depuis les anciens qui cherchaient à déterminer la pression nécessaire pour oblitérer une artère (méthode Basch-Potain et Riva-Rocci) jusqu'à ceux qui sont basés sur la méthode oscillatoire de Marey ; la vogue est en ce moment à ceux-ci, et le dernier cri de la sphygmomanométrie est l'oscillomètre de Pachon ; il est massif et bien nickelé, et il donne au bureau médical une apparence de rigueur scientifique d'un fort bel effet.

Sa technique est relativement simple : à l'aide d'une manchette pneumatique, on comprime l'avant-bras de 0 à 20 centimètres de mercure, puis on décomprime progressivement : les pulsations artérielles se traduisent par de simples fibrillations sans différenciation appréciable entre elles, puis une série d'oscillations graduellement croissantes et décroissantes : la première des grandes oscillations correspondrait à la pression maxima, la première des petites à la pression minima. Sur la notice jointe à l'appareil, le diagramme est très net, on distingue aisément les premières oscillations croissantes. En pratique, il n'en est plus ainsi : la lecture de la première oscillation croissante est très difficile dans un grand nombre de cas, impossible même parfois : très souvent les oscillations augmentent ou diminuent d'une façon insensible, sans transition nettement appréciable, ce qui rend difficile ou même impos-

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

A. DE MONTCOURT

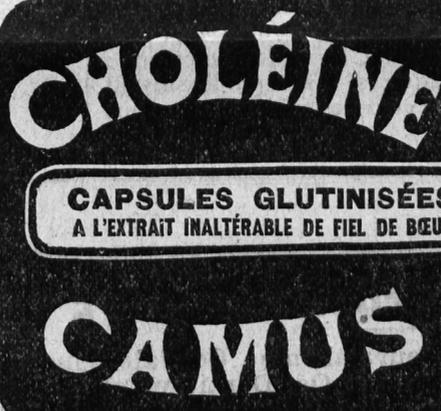
49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

<p>EXTRAIT Gastrique MONCOUR</p> <p>Hypopésie</p> <p>En sphérulines dosées à 0 gr. 125</p> <p>De 4 à 16 sphérulines par jour.</p>	<p>EXTRAIT Hépatique MONCOUR</p> <p>Maladies du Foie Diabète par anœpathie</p> <p>En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr. En suppositoires dosées à 3 gr.</p> <p>De 4 à 16 sphérulines p. jour De 1 à 4 suppositoires —</p>	<p>EXTRAIT Pancréatique MONCOUR</p> <p>Diabète par hyperhépatie</p> <p>En sphérulines dosées à 20 c/gr. En suppositoires dosées à 1 gr.</p> <p>De 2 à 10 sphérulines p. jour De 1 à 2 suppositoires —</p>	<p>EXTRAIT ENTÉRO-PANCRÉATIQUE MONCOUR</p> <p>Affections intestinales Troubles dyspeptiques</p> <p>En sphérulines dosées à 25 c/gr.</p> <p>De 1 à 4 sphérulines par jour.</p>	<p>EXTRAIT Intestinal MONCOUR</p> <p>Constipation Entérite mucéo-membraneuse</p> <p>En sphérulines dosées à 30 c/gr.</p> <p>De 2 à 6 sphérulines par jour.</p>
<p>EXTRAIT de Bile MONCOUR</p> <p>Coliques hépatiques Lithiase Diarrhée par rétention</p> <p>En sphérulines dosées à 10 c/gr.</p> <p>De 2 à 6 sphérulines par jour</p>	<p>EXTRAIT Rénal MONCOUR</p> <p>Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie</p> <p>En sphérulines dosées à 15 c/gr.</p> <p>De 4 à 16 sphérulines par jour</p>	<p>CORPS Thyroïde MONCOUR</p> <p>Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes</p> <p>En bonbons dosés à 5 c/gr. En sphérulines dosées à 35 c/gr.</p> <p>De 1 à 4 bonbons par jour De 1 à 6 sphérulines —</p>	<p>POUDRE Ovariennne MONCOUR</p> <p>Amenorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine</p> <p>En sphérulines dosées à 20 c/gr.</p> <p>De 1 à 3 sphérulines par jour</p>	<p>AUTRES Préparations MONCOUR</p> <p>Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Myocardine Poudre surrénale Thymus, etc., etc.</p>

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

*Traitement de la Syphilis par les
injections mercurielles intra-mus-
culaires VIGIER.*

Huile grise stérilisée indolore VIGIER à 40 %
Seringue spéciale du D^r Barthélemy et VIGIER
pour injections d'huile grise
Huile au calomel indolore VIGIER
à 0 gr. 05 par c. m. c.
Huile au bi-odure de mercure indolore VIGIER
à 0 gr. 01 par c. m. c.
Huile au Sublimé VIGIER à 0 gr. 01 par c. m. c.
12, Bd Bonne-Nouvelle, Paris



CAPSULES GLUTINISÉES
A L'EXTRAIT INALTÉRABLE DE FIEL DE BŒUF

**MALADIES
DU FOIE
ENTÉRO-COLITE
CONSTIPATION**

De 6 à 10
Pharmacie CAMUS
MOULINS (Allier).
Echantillon et Littérature
sur demande à MM. les Docteurs

10, FUMONCE, 78, FAUBOURG ST-DENIS, PARIS

TOPIQUES CHAUMEL

DÉTAIL: CHAUMEL, 87, RUE LAFAYETTE, PARIS

CHANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
MALADIES DES FEMMES OVULES CHAUMEL
à la GLYCÉRINE SOLIDIFIÉE

BOUCIES CHAUMEL (URETHRALES)
DIMENSIONS RÉDUITES DE MOITIÉ

à la glycérine solidifiée

sible la détermination du seuil des grandes oscillations.

En outre, il faut savoir que les chiffres du Pachon sont toujours supérieurs, et parfois de 4 à 5 unités, à ceux des autres appareils : on obtient souvent les chiffres 25 à 35, au lieu des 18 à 25 habituels. On a proposé pour remédier à ces inconvénients d'appliquer une seconde manchette pneumatique, qui permettrait de faire une première correction, mais ce ne serait guère qu'une nouvelle complication. La question des sphygmomanomètres cliniques reste encore très complexe (la seule façon de mesurer exactement la pression artérielle étant d'introduire une canule directement dans la lumière d'une artère ainsi qu'on l'a fait expérimentalement à l'occasion d'amputations sur le membre supérieur) et leur relativité se prête mal aux formules mathématiques par lesquelles on a tenté d'évaluer le travail du cœur.

On ne doit pas oublier, quels que soient les progrès réalisés dans l'instrumentation, que les chiffres obtenus ne sont qu'approximatifs, dépendant non seulement de la tension sanguine, mais encore et surtout de la technique employée qui laisse trop souvent intervenir le coefficient d'appréciation personnelle de l'observateur.

6). DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LES RAYONS X.

Nombre de malades ont pris l'habitude de demander à l'examen radiologique l'explication de tous leurs maux, et de contrôler sur l'écran les affirmations de leur médecin. En matière de tuberculose pulmonaire, en particulier, la mode actuelle est de « se faire passer aux rayons X ». Les premières recherches des radiologues avaient permis d'espérer que ce mode d'exploration permettrait de déceler la tuberculose dès le début, bien avant les premiers symptômes cliniques. Pour certains, le cœur serait plus petit chez les tuberculeux que chez les non tuberculeux : en réalité la silhouette cardiaque est très variable suivant les individus : on peut trouver chez des sujets sains même

vigoureux, un cœur plus petit, à taille égale que celui de tuberculeux avérés. D'autres ont cherché à délimiter les mouvements du diaphragme, qui seraient diminués du côté atteint : mais des sujets normaux et bien portants peuvent présenter des mouvements diaphragmatiques très limités, sans qu'aucune cause pathologique appréciable intervienne dans le phénomène.

L'adénopathie trachéo-bronchique se révèle d'une façon plus précise à l'écran, et on le retrouve en effet chez un grand nombre de tuberculeux, mais elle manque chez beaucoup d'autres, et de toute façon sa présence n'est pas forcément synonyme de lésion pulmonaire. Quant au symptôme sur lequel on s'appuie le plus souvent pour soupçonner une tuberculose commençante, c'est-à-dire la non-transparence des sommets aux Rayons X, il faut savoir que cette transparence est en grande partie fonction de l'épaisseur du thorax, laquelle varie naturellement d'un sujet à l'autre : des infiltrations bacillaires avancées peuvent d'ailleurs ne troubler en rien la transparence normale des poumons. Cette revue sommaire des prétendus signes radiologiques de la tuberculose pulmonaire permet tout au moins de conclure qu'aucun d'eux, surtout quand il existe seul, n'a de valeur réelle pour son diagnostic précoce : Aux radiographes d'être prudents dans leur affirmations : aux malades de demander encore ce diagnostic à la clinique aidée des méthodes de laboratoire.

D'après les Docteurs Carton, Schreiber, Bernheim, Berdal, Enriquez, Collot et Ménard.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

MÉDICATION RECONSTITUANTE

Tuberculose Anémie, Neurasthénie, Convalescence, Rachitisme, Formation des Os, Dentition, etc.

HYPOPHOSPHITES du D^R CHURCHILL

Agents les plus actifs pour combattre la déminéralisation, accroître la richesse du terrain et activer les échanges phosphorés. Supérieurs à l'acide phosphorique, glycérophosphates, lécithine, nucléates, etc., parce que non oxydés.

SIROPS D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX SOUDE, FER COMPOSÉ, etc.

De 1 à 2 cuillerées à soupe deux fois par jour aux repas, dans un peu d'eau. — PRIX : 4 fr.

Exiger le Flacon carré, la Signature du D^R CHURCHILL et la Marque de Fabrique de la Pharmacie SWANN, 12 Rue de Castiglione, Paris.

P. FERRANDOUX

Fabricant d'Instruments de Chirurgie

BREVETÉ S. G. D. G.

ORTHOPÉDIE GÉNÉRALE

Mobilier Opérateur
STÉRILISATION — ÉLECTRICITÉ

19, Rue de la Scellerie, 19

(Téléphone 0.28) TOURS (Téléphone 0.28)

Pour agrandissements : Les Magasins et Ateliers
seront transférés, en Juin 1912

20, Place du Palais, et 2, Avenue de Grammont

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIRE

Séance du 4 Mars 1912

PRÉSIDENCE DE M. STECEWITZ

Présents : MM. SABATHÉ, GUÉRARD, BOUREAU, MARNAY, DREUX, GUILLAUME, FAULON, MIGNON, MENUET ARCHAMBAULT, PETIT.

Excusés : MM. ECOT ET SAUVAGE.

Névrite Périphérique

MM. Archambault et Sauvage présentent quelques observations sur un cas de névrite périphérique d'origine alcoolique (sera publié).

Fièvre Typhoïde

M. Marnay, au sujet de l'étiologie alimentaire de la fièvre typhoïde, insiste sur le danger que présente l'usage de certains cidres, en Bretagne surtout. Ces cidres sont souvent préparés sans aucune garantie de propreté et on les fait fermenter parfois dans du fumier.

M. Boureau fait remarquer qu'un des meilleurs moyens d'aseptiser une eau suspecte au point de vue du bacille d'Eberth est de l'additionner de vin blanc ou rouge, mais qu'il faut savoir que l'action nocive du vin pour le typhique est en rapport avec l'acidité et non avec le degré d'alcool, qu'en outre un certain laps de temps est nécessaire pour que le vin annule le bacille.

On a pu constater que 20 à 25 minutes étaient un minimum nécessaire.

Il y aurait donc utilité à opérer le mélange du vin et d'eau avant le repas.

Il est curieux de constater que nos aïeux mettaient empiriquement le conseil en pratique.

Témoin ce passage de Montaigne (*Les Essais*, Livre VI, Chapitre XIII, de l'expérience).

« Je trempe mon vin plus souvent à moitié, par fois au tiers d'eau : et quand je suis en ma maison, d'un ancien usage que son médecin ordonnait à mon père et à soy, on mesle celui qu'il me fault, dez la sommellerie, deux ou trois

« heures avant qu'on me serve. Ses dirent que Cranaüs, roy des Atheniens, feut inventeur de cet usage, de tremper le vin d'eau : utilement ou non, j'en ay veu débattre. »

Le péril alcoolique

M. Marnay fait voter le vœu suivant protestant contre le vote émis par la Chambre des Députés au sujet de la limitation du nombre des débits de boissons :

La Société Médicale d'Indre-et-Loire exprime le regret que la Chambre des Députés et en particulier les Députés médecins, semblant se désintéresser du péril alcoolique, de plus en plus menaçant, aient prononcé le renvoi à la Commission des propositions de loi relatives à la limitation des débits de boissons.

Mortalité infantile

M. Dubreuil-Chambardel fait quelques remarques au sujet de la statistique sanitaire de la ville de Tours pendant le mois de février.

La mortalité totale a été de 137 individus, soit exactement le chiffre moyen de la dernière période décennale. Or le chiffre des enfants morts au-dessous de un an a été de 23 alors que la moyenne décennale n'est guère supérieure à 10.

Cette augmentation du nombre des décès d'enfants est tout à fait anormale alors surtout que la situation climatérique a été très bonne en février. Il ne semble pas non plus qu'il y ait eu d'épidémie pouvant expliquer cette mortalité exceptionnelle.

Coudure iléale et péricolite membraneuse.

M. Guillaume présente l'observation d'une malade ayant eu une coudure iléale et une péricolite membraneuse. Il insiste à ce propos sur le diagnostic différentiel qu'il convient de faire entre cette affection aujourd'hui bien déterminée et les diverses formes d'appendicites aiguës ou chroniques.

Une jeune femme de 32 ans vient nous trouver en octobre dernier. Il y a un an elle a été opérée à Paris par un chirurgien distingué qui lui a enlevé l'appendice. A cette époque,

Adopté par l'Assistance Publique

BIO LACTYL

Ferment lactique Fournier

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES

LABOR. FOURNIER, FRÈRES, 27, Bd de l'Hôpital, Paris.

ENTÉRITES glaireuses, calculeuses, muco-membraneuses
DIARRHÉES INFECTIEUSES, APPENDICITES, DERMATOSES

STATISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE DE LA VILLE DE TOURS POUR 1912

Par le Dr Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL

1912	RÉPARTITION DES DÉCÈS (mort-nés non comptés) PAR ÂGE ET PAR SEXE									RÉPARTITION DES NAISSANCES PAR SEXE						
	MOIS	moins de 1 an	de 1 an à 19 ans	de 20 à 39 ans	de 40 à 59 ans	de 60 à 79 ans	de 80 ans et au-dessus	TOTAUX	Masculin	Féminin	MORT-NÉS	Masculin	Féminin	TOTAUX	Illégitimes	MARIAGES
JANVIER.....	14	10	16	34	37	13	124	64	60	13	66	56	122	21	47	2
FEVRIER.....	23	4	23	24	49	14	137	73	64	5	63	52	115	25	60	6
MARS.....	10	13	18	23	35	21	120	54	66	11	46	71	117	30	35	3
AVRIL.....	8	3	17	23	39	9	99	58	41	12	50	56	106	20	79	4
MAI.....																
JUIN.....																
JUILLET.....																
AOUT.....																
SEPTEMBRE.....																
OCTOBRE.....																
NOVEMBRE.....																
DECEMBRE.....																
TOTAUX.....	55	30	74	94	160	57	480	249	231	41	225	235	460	96	221	12
1911	59	47	92	108	221	75	602	289	313	33	177	211	388	90	200	7

ANTISEPTIQUE URINAIRE PAR EXCELLENCE

Dissout et chasse l'acide urique

ARTHRITISME

DIATHÈSE URIQUE

GRANULÉ
SOLUBLE

PRIX
au Public : 5 fr.

URASEPTINE

Acide urique

Urotropine
Helmitol
Pipérazine

ROGIER

Benzoate
de lithine
etc.

Stimulant de l'activité hépatique et de l'activité rénale
0,60 de principe actif par cuill. à café. — 2 à 6 cuill. à café par jour.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : **Henry ROGIER**, Pharmacien. Ancien Interne des hôpitaux de Paris
3 et 5, Boulevard de Courcelles — PARIS — Téléphone 533-85 — Dépositaires à Tours : Pharmacies GUIBERT, PAULIN et GIRAUD

elle présentait toute la série des troubles digestifs que nous connaissons, et pour lesquels elle avait éprouvé tous les régimes et tous les traitements médicaux.

Comme les douleurs restaient toujours localisées à droite, on avait fini par accuser l'appendice, et la jeune femme avait accepté l'intervention. Celle-ci s'était passée le plus simplement du monde : les suites furent très normales, et au 15^e jour la malade guérie quittait la maison de santé. Elle paraissait très améliorée et elle était si heureuse qu'elle voulut reprendre très rapidement une vie active qu'elle avait été désolée de ne pouvoir mener depuis longtemps. Mais bientôt, les troubles digestifs et les douleurs reparaissaient. Ils s'accroissaient de plus en plus, et après avoir attendu deux mois, la malade vient nous consulter.

Elle nous paraît très épuisée et dans un grand état de dépression nerveuse. La cicatrice opératoire est parfaite et des plus solides. Mais dès qu'on veut palper la fosse iliaque, on réveille des souffrances qui semblent assez vives. Au toucher, on sent dans le Douglas des annexes droites augmentées de volume, sans qu'il y ait cependant rien d'exagéré. Elles sont mobiles, mais douloureuses. Peut-être y a-t-il là la solution du problème ?

En tous cas, impressionné par l'ensemble des troubles digestifs, nous conseillons d'abord le traitement médical et le régime ordinaire de l'entérocolite.

A vrai dire, la pauvre femme éprouvait de cette thérapeutique quelque répugnance, car, suivant sa propre expression, elle en avait assez « des drogues et des privations de régime ».

Aussi, quinze jours après, elle revenait nous trouver, nous affirmant qu'elle ne s'améliorerait jamais ainsi et qu'il était urgent de trouver autre chose. Nous pratiquons à nouveau un examen assez détaillé et nous nous rendons compte que le côlon ascendant est douloureux sur tout son trajet. De même au toucher, on sent encore les annexes droites prolabées dans le Douglas et légèrement augmentées de volume. Lorsqu'on les mobilise, on réveille des souffrances qui se propagent dans la fosse iliaque et le flanc droits.

Nous pensons donc qu'il peut exister là des adhérences, cause de tout le mal, et nous proposons à la malade une nouvelle intervention.

Elle accepte et quatre jours après nous pratiquons la laparotomie médiane. Un large écarteur posé nous montre toute la cavité pelvienne et la fosse iliaque droite ; et c'est là que les quelques surprises devaient nous être réservées. En effet, le cœcum est libre, mais très nettement à sa surface nous voyons comme un voile fibreux qui en bas descend vers le petit bassin et qui en haut remonte le long du côlon. Notre aide écarte le cœcum et nous voyons se tendre la lamelle qui va se perdre d'une part sur les annexes droites, d'autre part sur le segment iléal adjacent au cœcum. Celui-ci est abaissé dans la cavité pelvienne ; dans ce prolapsus il a entraîné le segment terminal de l'iléon, qui, n'ayant pu suivre, s'est coudé en V, à angle ouvert en bas.

Le V iléal est tendu par la lamelle de nouvelle formation. Peu à peu et lentement nous sectionnons aux ciseaux ce voile lamelleux sur tout son parcours ; nous dégageons ainsi le côlon, l'iléon et les annexes droites.

L'ovaire de ce côté, scléro-hystique, est enlevé. Tous les troubles digestifs, toutes les douleurs accusées par la malade étaient certainement dus à ces adhérences que nous venons de détruire. Nous refermons alors l'abdomen, sans drainage.

Les suites opératoires furent des plus simples et la malade quittait la maison de santé 18 jours après l'intervention, soit le 22 novembre. Nous l'avons revue récemment (2 mars) : elle avait engraisé de 3 kilogr., ne souffrait plus du tout, ne présentait aucune gêne digestive, avait un appétit excellent. Elle me déclarait elle-même qu'elle « était littéralement transformée ».

Sans doute, le recul n'est pas encore assez grand pour qu'on puisse juger ; mais j'ai tout lieu d'espérer une guérison complète. Les lésions trouvées suffisent à expliquer les troubles fonctionnels de la malade. Les adhérences et la coudure iléale étaient certainement la cause de tous les désordres observés, et après l'intervention on doit escompter un parfait rétablissement.

D'ailleurs, pour être peu connues, ces altérations pathologiques n'en sont pas neuves. Depuis longtemps Arbuthnot Lane a signalé ces coudures iléales, et la péricolite membraneuse a été décrite par M. Jackson depuis 1909. Récemment, dans la *Semaine médicale* (6 décembre 1911), M. Lejars leur consacrait un travail intéressant et fort documenté. Nous voudrions, à propos de notre cas, présenter ici la question : aussi bien, s'agit-il essentiellement de faits pratiques, puisque les connaître c'est pouvoir rendre bien des services à ceux que Dieulafoy avait dénommés les « balafrés de Chatel-Guyon ».

M. Boureau fait remarquer les différences qu'il convient de faire entre les adhérences coliques d'ordre pathologiques telles celles de l'appendicite chronique d'emblée avec poussées aiguës, et les adhérences d'ordre chirurgical survenant à la suite d'opérations.

Election

M. Bondouy, médecin à Luynes, professeur à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, est élu membre de la Société.

Un Disciple de Descartes

Bossuet anatomiste et physiologiste

Par le Professeur LE DOUBLE
de l'Académie de Médecine

M. le professeur Le Double, notre éminent collaborateur, vient de faire paraître les deux importants Traités des *Variations du Rachis* et des *Variations du système pileux* (ce dernier en collaboration avec le Dr Houssay). Nous avons ici même donné de larges extraits de ces ouvrages. Nous comptons, dans notre prochain numéro, en dégager les idées générales et montrer en même temps la portée pratique de l'étude de ces variations anatomiques. Ce sont là des livres de doctrine qui fixent quantité de questions controversées en morphologie humaine et comparée, et qui s'ajoutent à l'œuvre que le savant anatomiste tourangeau a patiemment poursuivie depuis trente ans.

La *Gazette Médicale du Centre* commencera dans le numéro de juin la publication d'un nouvel ouvrage du professeur Le Double consacré à *Bossuet anatomiste et physiologiste*. C'est sous cet aspect très particulier que M. Le Double étudie le grand orateur du siècle de Louis XIV, qui fut un des disciples les plus fervents de Descartes et un propagateur zélé de ses doctrines.

Ce livre sera le pendant du *Rabelais anatomiste et physiologiste* qui a eu, il a dix ans, un succès si vif et sera accueilli, nous n'en doutons pas, avec une curiosité aussi grande.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Deuxième Lettre ouverte

à M. le Président du Syndicat des Médecins
d'Indre-et-Loire.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Il y a un an environ, je vous ai adressé ma démission de membre du Syndicat des Médecins d'Indre-et-Loire,

pour les raisons qui vont suivre ; je vous expose à nouveau aujourd'hui, avec certaines précisions que j'avais négligées, une des causes de cette démission.

La Société philanthropique des Voyageurs et Représentants d'Indre-et-Loire, vous disais-je, exige que ses membres n'aient recours qu'aux médecins correspondants de la Société (art. 50 des statuts : Dans les localités où la Société possède des médecins correspondants, les feuilles médicales devront être visées et les soins donnés par eux).

Or, pour être médecin correspondant, il faut être membre honoraire, c'est-à-dire verser tous les ans une cotisation de 20 francs.

Les médecins correspondants de Tours et des environs étant au nombre de 18 (docteurs : Guertin (non syndiqué), Schoofs, Grasset, Servant, Mercier (non syndiqué), Joly, Pigeon, Lieffring, Roux, Ysambert, Vialle, Dubreuil (de La Riche-Extra (non syndiqué), Jouhanneau, Foucher, Gibotteau, Cornet, Stecewitz), c'est donc une somme de 360 francs qu'une partie du Corps médical verse annuellement à une Société riche (186.364 francs réalisés en 20 ans) ; j'ajoute, en passant, que le Corps pharmaceutique, soumis aux mêmes exigences, verse de son côté 440 francs, soit, au total, 800 francs qui rentrent tous les ans dans la caisse de cette Société philanthropique..... et pratique.

Ceci exposé, j'ajoutais, Monsieur le Président, que cette cotisation de membre honoraire n'était, d'une part, qu'une remise déguisée (le sou pour franc, quoi !) sur le taux des honoraires fixé par le Syndicat ; que, de l'autre, elle était contraire à la dignité professionnelle qui n'admet pas que le médecin paye le *pas de porte*, qu'elle était, enfin, d'un effet déplorable sur la mentalité des jeunes confrères auxquels on a vanté partout la susceptibilité chatouilleuse des médecins à l'égard de cette dignité professionnelle et qui se voient forcés d'en faire litière dès leurs débuts.

Tel est le motif principal de démission que je vous exposais, Monsieur le Président, et j'avoue que je m'attendais à recevoir une réponse justifiant la manière d'agir des confrères incriminés, ou approuvant ma protestation et m'assurant de tout votre concours pour faire cesser ce que j'appelle un scandale.

Je n'ai même pas reçu avis d'acceptation de ma démission.

Vous avez cru sans doute avoir accompli tout votre devoir en faisant enregistrer ma lettre. Vous devez cependant avoir une opinion ?

Est-ce que, par hasard, convaincu que nos confrères ont agi ainsi qu'ils l'ont fait par pure philanthropie, vous les approuveriez ?

Dans ce cas, vous auriez dû les suivre dans cette voie et verser votre obole, car *présidence oblige* ; et en supposant que votre générosité ne soit pas à la hauteur de la leur, vous auriez pu tout au moins leur donner le conseil de varier l'objet de leur largesse et de faire profiter de leur philanthropie d'autres Sociétés moins riches, ne serait-ce

que la nôtre, qui a mis un siècle à économiser la moitié de la somme que ceux-là ont réalisée en moins de 20 ans.

Puisque vous ne vous êtes pas cru obligé de me donner votre avis sur la question, j'ai dû m'enquérir de ce qui s'était passé à la réunion du Cercle de Tours, au cours de laquelle vous avez donné lecture de ma première lettre. J'avais espéré que celle-ci aurait provoqué un débat sérieux, suivi du vote de la proposition suivante : « Tout membre du Syndicat s'interdit d'être membre honoraire payant d'une Société de secours mutuels. »

Je m'étais, hélas, trompé lourdement : la réunion du Cercle de Tours, composée sans doute, ce jour-là, en majeure partie des intéressés, décida de maintenir le *statu quo*, parce que deux des confrères, membres correspondants de la Société, n'étant pas syndiqués, pouvaient ne pas donner leur démission ce qui aurait laissé les autres en état d'infériorité.

Et vous n'avez pas bondi d'indignation en entendant invoquer une raison aussi misérable ? L'esprit de sacrifice sans lequel la solidarité est un vain mot est donc à ce point lettre morte dans votre Syndicat ?

C'est pour cela qu'il est frappé d'impuissance, et le cas qui nous occupe en est une preuve nouvelle à l'appui de beaucoup d'autres que je vous rappellerai un jour ou l'autre.

Mais vous pourriez croire, Monsieur le Président, que cette lettre s'adresse à vous en particulier. Non, elle vise aussi bien vos prédécesseurs, dont vous ne faites que continuer les errements dus à un vice d'organisation.

Il y a longtemps qu'un de nos confrères a dit devant moi : « Le président du Syndicat ne devrait pas être pris parmi les médecins qui exercent au chef-lieu du département, parce qu'il ne peut être absolument indépendant, obligé qu'il est, dans les discussions et les conflits, de ménager.... ses clients. »

Cette observation est vraie dans beaucoup de cas. Le Président devrait donc être choisi parmi les médecins exerçant à la campagne, à moins qu'il ne se trouve dans le chef-lieu un médecin jeune encore, énergique, n'exerçant pas, ce qui est rare.

Si, en effet, le Président ne dirige pas les discussions avec énergie, ne prend pas la *défense* de celui du côté duquel *est la vérité et le droit*, ne veille pas à l'*observation des règlements*, il ne peut rien sortir de fécond ni de décisif d'une assemblée flottante, parce que rarement au courant de la question, et indisciplinée.

A ce propos, je me rappelle un mot de l'avocat-conseil du Syndicat, alors qu'il venait d'assister par hasard à une fin de séance précédant le banquet annuel : « Mais, me dit-il, cette assemblée est une foire, c'est inimaginable, tout le monde discute et parle à la fois ; je n'avais encore jamais vu cela. »

Aussi qu'est-il résulté de cet état de choses ? C'est que les membres finissent par avoir conscience que le Syndicat n'est plus qu'une façade, qu'au fond chacun tire de

DIGITALINE CRISTALLISÉE

NATIVELLE

GRANULES - SOLUTION - AMPOULES

49, Boulevard de Port-Royal, Pa

son côté, que l'esprit de Corps, la solidarité ont disparu; témoin le fiasco lamentable du dernier banquet, alors qu'il y a une dizaine d'années tous, ou presque tous, tenaient à y assister pour se sentir les coudes, comme nous disions.

Les jeunes doivent voir aussi que le Syndicat ne sert qu'à entraver leur essor et à protéger et consolider la situation de leurs aînés.

Mais, Monsieur le Président, cette lettre est bien longue, écrite seulement pour vous demander votre opinion sur le cas de vos collègues membres honoraires de la Société philanthropique des Voyageurs et Représentants d'Indre-et-Loire.

Mais, bast, je ne l'écoute pas; la question n'en est que mieux posée.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

D^r MENIER.

Laboratoire de Bactériologie de l'Institut Vaccinal de Tours

Examens bactériologiques : crachats, pus, fausses-membranes, exsudats, urines, fèces, etc...

“ Séro-diagnostics ” : Fièvre typhoïde, mycoses, kystes-hydatiques, lèpres, syphilis (Wassermann).
 Cyto et zymo-diagnostics ;
 Vaccines de Wright (furonculose, acné, etc...)
 Analyse bactériologique des eaux.
Des pipettes stériles sont à la disposition des médecins pour les prélèvements aseptiques.
 Adresser les produits à examiner à M. BELIN, chef du laboratoire de bactériologie de l'Institut Vaccinal, 19, rue Léon-Boyer, Tours. (Tél. 5-72.)

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique usuelle du praticien, traitement de la tuberculose. par Albert ROBIN, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. 3^e série. 1 vol. in-8^o de 650 pages. — Paris, Vigor Frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix 8 francs.

Hydrologie élémentaire à l'usage des praticiens, par Allyre CHASSEVANT, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. — Vigor Frères, Éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-16 cartonné avec 24 figures. 4 fr.

Les Bains carbo-gazeux dans la pratique journalière (Indications, technique, résultats) (Consulta-

HISTOGENOL

EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX de PARIS Sanatoria
 Dispensaires antituberculeux.
 COMMUNICATIONS à l'Académie des Sciences, à la Société de Biologie et de Thérapeutique.
 THÈSE sur l'HISTOGENOL présentée aux Facultés de Médecine de Paris et de Montpellier.

NALINE à base de Nuclarrhine
 Médication Arsénio-phosphorée organique
 L'HISTOGENOL NALINE est indiqué dans tous les cas où l'organisme, débilité par une cause quelconque, a besoin d'une **médication réparatrice puissante**; dans tous les cas où il faut relever l'état général par l'amélioration de la composition du sang, la reminéralisation des tissus et le retour à la normale des réactions intraorganiques.
TUBERCULOSE, BRONCHITES, LYMPHATISME, SCROFULE, ANÉMIE, ASTHME, NEURASTHÉNIE, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES, FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, ETC.
 Echantillons: Laboratoires A. NALINE, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine)

FORMES et DOSES :
ÉLIXIR, ÉMULSION GRANULE
 2 cuillerées à soupe par jour.
COMPRIMÉS
 4 à 6 comprimés par jour.
AMPOULE
 1 ampoule par jour.

Nouveau Traitement de la SYPHILIS

HECTINE

HECTARGYRE

(Benzosulfone-paraaminophénylarsinate de soude).
PILULES (0,10 d'Hectine par pilule).
Une à deux pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gouttes équivalent à 0,05 d'Hectine).
20 à 100 gouttes par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule).
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule).
Injecter une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours.
INJECTIONS INDOLORES

(Combinaison d'Hectine et de Mercure).
PILULES (Par pilule: Hectine 0,10; Protoiodure Hg. 0,05; Ext. Op. 0,01). } Durée du traitement 10 à 15 jours.
Une à 2 pilules par jour
GOUTTES (Par 20 gouttes: Hectine 0,05; Hg 0,01). - 20 à 100 gouttes par jour. }
AMPOULES A (Par ampoule: Hectine 0,10; Hg 0,005). } Une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES B (Par ampoule: Hectine 0,20; Hg 0,01). } **INJECTIONS INDOLORES**

ECHANTILLONS et LITTÉRATURE d'Hectine et d'Hectargyre. **LABORATOIRE** de l'HECTINE, 12, R. du Chemin-Vert, VILLENEUVE-LA-GARENNE (Seine).

tions médicales françaises, fascicule 39), par le Dr A. MOURGEON (de Royat-les-Bains), ancien interne des hôpitaux de Paris. In-16 de 24 pages. (A. Poinat, éditeur, 121, boulevard Saint-Michel, Paris.) Prix : 0 fr. 50, franco, abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs.

NOUVELLES

Æsculape, grande revue mensuelle illustrée, latéro-médicale.
A. ROUZAUD, EDITEUR, 41, Rue des Ecoles, Paris.

SOMMAIRE DU N° D'AVRIL 1912

Paysages et Cités d'Orient. — *Cimetières turcs*, par le Dr LIBERT (7 illustr.).

Les Dessins mystiques de M^{me} Marie Egoroff (2 illustr.).

Présentation de deux staluettes grecques et d'une gravure ancienne, par le Dr BRUNON, Directeur de l'École de Médecine de Rouen (3 illustr.).

Les Criminels peints par eux-mêmes, par le Dr Henry BOUQUET (5 illustr.).

Asklépios, son caractère et ses cures d'après les récentes découvertes, par le Dr Félix REGNAULT.

Les Vertus médicinales des Gemmes, par le Dr Georges VI-TOUX (2 illustr.).

Restif de la Bretonne félicite, par le Dr AVALON (6 illustr.).

Le Troisième Salon des Médecins, par le Dr Alph. LEPAITRE (12 illustr.).

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

Modification au service Paris-Madrid-Algésiras dit « Maroc-Express »

A partir du 1^{er} Mai et jusqu'en Octobre prochain, le « Maroc-Express » n'aura plus lieu qu'une fois par semaine.

Son horaire est fixé ainsi qu'il suit :

A l'aller : départ de Paris-Quai d'Orsay le lundi à midi 16, arrivée à Madrid-Nord le mardi à 2 heures 12 soir ; départ de Madrid-Atocha le mardi à 8 heures 20 soir ; arrivée à Algésiras le mercredi à 2 heures soir.

Au retour : départ d'Algésiras le jeudi à 3 heures 5 soir, arrivée à Madrid-Nord le vendredi à 9 heures 5 matin ; départ de Madrid-Nord le vendredi à 8 heures soir ; arrivée à Paris-Quai d'Orsay le samedi à 9 heures 33 soir.

Entre Algésiras et Tanger traversée en 2 heures 1/2 environ. Correspondance directe avec les trains.

En raison des modifications pouvant survenir dans les horaires, consulter les documents officiels des Compagnies intéressées.

La Traversée la plus courte de France en Algérie par Port-Vendres

Le trajet le plus rapide de Paris à Port-Vendres par Limoges, Toulouse, Narbonne ou par Bordeaux, Toulouse, Narbonne

De Port-Vendres à Alger en 22 heures par paquebot rapide « La Marsa » muni de la télégraphie sans fil.

Aller : Départ de Port-Vendres le dimanche à 1 h. 30 soir. — Arrivée à Alger le lundi à 11 heures matin.

Retour : Départ d'Alger, le mercredi à midi. — Arrivée à Port-Vendres le jeudi à 10 heures matin.

De Port-Vendres à Oran en 30 heures par paquebot rapide « Medjerda » muni de la télégraphie sans fil.

Aller : Départ de Port-Vendres, le vendredi à 1 h. 30 soir. — Arrivée à Oran, le samedi à 7 heures soir.

Retour : Départ d'Oran, le lundi à midi. — Arrivée à Port-Vendres, le mardi à 6 heures soir.

Billets directs simples valables 15 jours et billets d'aller et retour valables 90 jours en 1^{re}, 2^e et 3^e classes de Paris-Quai d'Orsay à Alger ou Oran, via Limoges, Montauban, Narbonne ou via Tours, Bordeaux, Narbonne.

Enregistrement direct des bagages.
Voitures directes, wagons-lits.

LOTION DEQUÉANT, contre le *Sebumbacille*, *calvitie*, *pelade*, *teigne*, *trichophytie*, *seborrhée*, *acné*, etc.

L. DEQUÉANT, pharmacien, 38, r. Clignancourt, Paris.

GÉRÉBRINE, médicament spécifique de la *migraine* sous toutes ses formes et des *réglés douloureuses*. Agit spécialement contre les *névralgies faciales*, *intercostales*, *rhumatismales*, *sciaticques*, le *vertige stomacal*, et contre les *névralgies rebelles*. Une à deux cuillerées à soupe à tout moment d'un accès suffisent.

Eug. FOURNIER et C^o, 147, Boul. du Montparnasse, Paris (6^e)

MÉDICATION PHOSPHO-CRÉOSOTÉE dans les Tuberculoses. — La tuberculose est guérissable par une cure hygiénique aidée par une thérapeutique adjuvante à base d'éléments phosphatés. Le terrain morbide doit être reminéralisé, recalcié et enrichi de phosphate. D'un autre côté, il faut lutter contre le bacille par la créosote, en somme il faut instituer la médication phospho-créosotée la plus active et la plus énergique, réalisant le mieux cette thérapeutique pathogénique.

Et si nous conseillons l'Émulsion Marchais, au Glysér phosphate de chaux, Baume de Tolu et Créosote de Hêtre, nous aurons tous les éléments d'une médication rationnelle, qui a l'avantage de calmer la toux, tarir l'expectoration, couper la fièvre et activer la digestion. On peut l'administrer à la dose de 3 à 6 cuillerées à café dans le lait, bouillon, tiéd-s et sucrés.

LABORATOIRE E. MICHELON

Docteur en Pharmacie

CHIMISTE-EXPERT PRÈS LES TRIBUNAUX

20, Boulevard Heurteloup, 20

TOURS — TÉLÉPH. 3.08 — TOURS

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.

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

Biophorine Kola Glycéro-phosphatée granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et *antidépériteurs*, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

Vin Girard de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté Succédané de l'huile de foie de morue Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

Le Gérant, H. AUBUGEAULT.

Tours, imp. Tourangelle, 20-22, rue de la Préfecture.

IODO-JUGLANS

(Extrait de Noyer iodé)

La plus saine et la plus énergique des préparations iodotanniques. 20 gouttes contiennent 1 centig. iode chimiquement pur et assimilable.

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).