

**SOUSCRIPTION DES MÉDECINS D'INDRE-ET-LOIRE
ET DE LA RÉGION
en faveur du Dr LAPORTE**

Cette première liste comprend les sommes votées par l'Association et le Syndicat d'Indre-et-Loire et par les membres des deux Sociétés présents à la réunion plénière.

La souscription reste ouverte pour nos lecteurs pendant tout le mois dans la *Gazette Médicale du Centre* qui s'inscrit elle-même pour 50 francs et publiera, le mois prochain, les noms des médecins désireux d'affirmer leur sympathie pour leur malheureux confrère.

Le montant de chaque souscription ne peut dépasser 5 francs; les listes et les sommes reçues sont transmises à la *Presse Médicale* à qui revient l'initiative de cette manifestation confraternelle.

PREMIÈRE LISTE

| | | | |
|---|---------|---------------------------|-------|
| Association Médicale d'Indre-et-Loire | 100 fr. | Dr Archambault (Paul)... | 5 fr. |
| Syndicat Médical d'Indre-et-Loire | 100 | Dr Fourchault | 2 |
| <i>Gazette Médicale du Centre</i> | 50 | Dr Guérin | 5 |
| Dr Bézard | 5 | Dr Petit | 1 |
| Dr Chaumier | 5 | Dr Moissonnier | 5 |
| Dr Boureau | 5 | Dr Tulasne (Cinq-Mars) .. | 5 |
| Dr Grasset | 5 | Dr Pousset | 5 |
| Dr Yvon | 5 | Dr Degail | 5 |
| Dr Parisot | 5 | Dr Decourt | 5 |
| Dr Delagenière | 5 | Dr Pitot | 5 |
| Dr Godeau | 5 | Dr Guérard | 5 |
| Dr Fischer | 5 | Dr Delaunay | 5 |
| Dr Royer-Collard | 5 | Dr Magnan | 5 |
| Dr Boucher | 5 | Dr Gibotteau | 5 |
| Dr Robert | 5 | Dr Raguin | 5 |
| Dr Tulasne (Montlouis) .. | 5 | Dr Hertzemberg | 3 |
| Dr Bailliot | 5 | Dr Schoofs | 5 |
| Dr Michon | 5 | Dr Bachelot | 5 |
| Dr Lapeyre | 5 | Dr Lieffring | 5 |
| Dr L. Thomas | 5 | Dr Sajous | 5 |
| Dr Meunier | 5 | Dr Gilles | 3 |
| Dr Archambault (Victor) .. | 5 | Dr Maguin | 5 |
| Dr H. Thomas | 5 | Dr Lemoine | 5 |
| Dr Besnard | 1 | Dr Lécureuil | 5 |
| | | Dr Triaire | 5 |
| | | Dr Ménier | 5 |
| | | Dr Thierry | 5 |

Total de la première liste **482 francs.**

BULLETIN

LA CONDAMNATION DU Dr LAPORTE

Après les faits révélés par les débats et établissant tous que la conduite du Dr Laporte avait été parfaitement — correcte ou pour mieux dire courageuse — après cet écroulement de l'accusation qui n'arrivait à montrer en notre confrère qu'un praticien dévoué, soucieux de faire son devoir, tout son devoir, l'acquittement s'imposait comme une réparation hélas ! insuffisante de la *faute lourde* commise... par le juge d'instruction.

Il n'en a pas été ainsi et ces messieurs de la Justice, si prompts à guetter parmi nous les défail-

lances, n'ont pu se résigner à reconnaître l'erreur (1) d'un des leurs et ont préféré la consacrer par la condamnation de cet innocent qui s'avisait de donner tort au parquet.

La loi Bérenger est ici venue à leur aide et leur a permis de sauver l'honneur du corps sans user de la prison; M. Bérenger ne songeait certes pas à celle-là et dans sa pensée les bénéfices de la loi ne s'appliquaient guère aux magistrats; mais l'ingéniosité de ceux-ci a vite trouvé cette commode façon de donner toujours raison à l'accusation. Le juge d'instruction lui-même n'y perd rien et peut s'estimer satisfait, le pauvre Dr Laporte *par la clémence des juges* ne fera passa prison, c'est vrai, mais il en a tâté par provision.

Médecins, considérez-vous comme dûment avertis, la justice se complait à vous tenir entre ses griffes ! Elle vous a soigneusement prévenus au cours de ce procès qu'elle avait l'œil sur vous et qu'elle était prête à sévir toutes les fois que vous n'observeriez pas rigoureusement *les règlements* !

Vos erreurs professionnelles ne lui paraissent pas plus difficiles à qualifier et condamner que les maladroitures d'un cocher de fiacre, et les motifs de condamnation sont aussi facilement relevés. N'y a-t-il pas toujours des témoins ?

Deux voisines accusent le Dr Laporte qui les a mises dehors; elles ont vu par l'entrebaillement de temps à autre. Sa façon de procéder ne les a pas satisfaites; après trois applications de forceps inutiles, il a prononcé cette phrase *combien terrible* : « Je suis au bout de mon rouleau » et a paru fort inquiet. Voilà qui est capital et dit tout pour Messieurs les juges.

En conséquence admirant la science de ces comères et leurs raisonnements qu'il fait siens, le Tribunal intercale tout au long leurs dépositions dans les « attendu de la condamnation. »

Vainement dans ce procès du Dr Laporte, la sage-femme fait une déposition favorable; vainement les experts tombent d'accord avec le Dr Pinard sur la question (2) jugée capitale par l'accusation, et reconnaissent : Que les instruments ont dû être nécessairement guidés pour être introduits ainsi qu'ils l'ont été.

Vainement enfin, le professeur Pinard, dans sa merveilleuse défense du confrère accusé, prouve aux experts que leur autopsie est incomplète, qu'ils ont conclu légèrement (l'un M. le Dr Maygrier sans avoir vu) au traumatisme opératoire, et que rien dans leurs rapports n'établit que la perforation n'a pas été spontanée ou produite par une aiguille du bassin.

Messieurs les juges comprennent mieux les comères qui parlent une langue pour eux plus intelligible, — du reste elles accusent — et les racontars

(1) Messieurs les juges peuvent invoquer une excuse : la fréquence très grande de pareilles erreurs depuis quelque temps, ce qui peut bien paraître ennuyeux. — Affaire Cauvin — Affaire Delmas — Affaire Vacher : (6 ou 8 arrestations arbitraires, etc.) — Affaire Laroche, etc.

(2) Il s'agit de l'utilisation de la main gauche.

théoriques de M. le professeur Pinard, qui n'était pas derrière la porte, les intéressent peu.

Ajoutez que M. le Dr Laporte en était à sa première embryotomie, et cela suffoque le tribunal qui ne peut croire qu'on se risque à embryotomiser dans cette invraisemblable condition !

Une satisfaction doit pourtant pour nous médecins se dégager de ce procès *qui sera révisé* ; son invraisemblance même nous permet d'espérer que le retour d'une pareille poursuite est impossible. Il n'y a ici de condamnés que ceux-là qui ont poursuivi et jugé ; le corps médical sort intact de cette affaire.

La solidarité affirmée par tous les médecins en cette occasion est d'un bel exemple ; toutes les associations médicales ont fait et continuent à faire tout leur devoir, les médecins du Parlement le feront aussi, nous n'en doutons pas, et sauront dans une entente unanime protester contre les tendances actuelles de la magistrature et fixer une borne à ses excès de zèle si faciles en raison même de leur impunité.

Mais il est un d'entre nous, un de nos maîtres les plus respectés qui, lui, a fait plus que son devoir et pour un confrère inconnu s'est présenté spontanément à la barre de la défense mû par la généreuse indignation de son honnêteté révoltée.

Par cette noble intervention le professeur Pinard a bien mérité de tous ses confrères qui lui en sauront éternellement gré.

Que M. le professeur Pinard n'eut pas eu, en effet, cette courageuse initiative et pour le public inconscient, la poursuite restait légitime, la condamnation naturelle ; c'est donc à lui seul que nous devons cette unanime réprobation de l'opinion sur laquelle nous osions à peine compter. Et toutes les adresses de félicitations que nous pourrions envoyer à notre éminent confrère ne sont qu'un faible témoignage des sentiments de notre gratitude.

A la juste fierté éprouvée par tout le corps médical en se voyant si éloquemment représenté près du confrère accusé par le professeur Pinard, pourquoi faut-il donc qu'il se mêle la tristesse d'avoir entendu les experts se faire les auxiliaires de l'accusation ?

Est-il donc inévitable qu'au seul contact du juge d'instruction, l'expert tourne à coup sûr à l'accusateur ?

Et si ceci est excusable encore chez le légiste de profession, comment l'excuser chez un praticien éminent appelé pour une fois à prêter son concours.

Pour le puéril amour-propre d'affirmer l'indiscutabilité d'un rapport (1), voici qu'un peu de dépit transforme en accusateur l'expert qui tout à l'heure écartait pour son confrère le grief de maladresse.

(1) Rapport bien peu scientifiquement établi cependant, ainsi que cela ressort si lumineusement de son exposé et de sa discussion par le Dr Varnier dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* et dans la *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*. Pour un professionnel d'autopsie, M. Socquet s'y montre singulièrement incompétent.

Messieurs les experts, le Corps médical apprécie sévèrement votre conduite ; vous avez rendu possible la condamnation.

Vous n'avez qu'une excuse : les vices d'un système d'instruction qui seul peut-être est cause que vous avez perdu, dans son engrenage, la notion de ce qui était votre devoir.

Le *Journal d'Indre-et-Loire* avait, sous la signature d'un ex-magistrat, publié un article aussi violent qu'injuste contre le corps médical.

Une bien jolie réponse « d'un vieux malade » remet, dans ce journal, les choses au point et laisse le dernier mot et le bon, à la Médecine contre la Magistrature.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES VARIATIONS DU SYSTÈME MUSCULAIRE DE L'HOMME.

Extrait du *Traité des Variations du système musculaire de l'homme* de M. le Dr LE DOUBLE (inédit).

(Suite)

Pour expliquer ces dernières malformations on invoque généralement cette force occulte, encore inconnue, qu'on nomme l'atavisme. On a donné de nombreuses définitions de l'atavisme. Je me bornerai à citer les principales :

« L'atavisme en physiologie est la ressemblance avec les aïeux (Littre) ;

« L'atavisme est une hérédité de retour ou de réversion (Darwin) ;

« L'atavisme est une attraction vers le type de l'espèce (Vilmorin) ;

« L'atavisme, c'est la réapparition dans un individu de caractères positifs ou négatifs que ses parents n'avaient pas, mais que possédait un de ses ancêtres plus ou moins éloigné ; c'est une force qui, à la manière d'un Sénat conservateur, s'oppose au progrès, demande l'inamovibilité, le respect de la tradition, qui s'épouvante du nouveau et s'accroche au passé (Bordier, *Géographie médicale*) ;

« L'atavisme, c'est la reproduction dans un individu ou dans un groupe d'individus de caractères anatomo-physiologiques, positifs ou négatifs, que n'offraient point leurs parents immédiats, mais qu'avaient offerts leurs ancêtres directs ou collatéraux (Dally, art. *Atavisme* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*) ;

« L'atavisme n'est autre chose que la suite de l'hérédité envisagée dans la race. Il se manifeste surtout lorsqu'il s'est produit un trouble dans la succession naturelle des générations (Baudement, *Encyclopédie pratique de l'agriculteur*). »

On a désigné sous le nom d'atavisme, dit M. Delage (1), trois choses fort différentes :

(1) Delage, La structure du protoplasma et les théories sur l'hérédité et les grands problèmes de la biographie générale. Paris, 1895, p. 242.

« 1^o La transmission dans une famille de caractères individuels qui, après avoir fait défaut pendant quelques générations, réapparaissent subitement ;

« 2^o La réapparition plus ou moins régulière, dans une race, de caractères qui appartiennent normalement à une race voisine dont la première provient par des croisements pertinemment constatés ;

« 3^o L'apparition de caractères tératologiques pour la race où ils se montrent, mais qui sont normaux dans les races qu'on suppose êtres les ancêtres de celle-ci.

« Nous les distinguerons sous les noms d'atavisme de famille, atavisme de race et atavisme tératologique. »

En somme, l'atavisme n'est qu'une modalité de l'hérédité, le contraire de l'innéité. C'est, après une longue interruption, l'apparition chez un individu de caractères ayant appartenu à ses aïeux ou à des individus de sa race ou des races dont procède la sienne. Dans tout individu ou dans toutes générations d'individus il y a, en effet, deux tendances contraires, l'une de perpétuation des caractères (hérédité), l'autre de divergence ou de variabilité de ces caractères (innéité).

Les caractères transmis par l'atavisme sont de tous les ordres : normaux, pathologiques, tératologiques, intellectuels et moraux. Ils s'observent dans les deux règnes.

D'après les observations les plus dignes de foi, notamment celles de Naudin, le retour aux caractères présentés par la souche familiale est l'état normal pour toute plante qui s'est écartée à quelque titre que ce soit de la pureté du type spécifique primitif ; et c'est là un des plus forts arguments invoqués par les partisans de la perpétuité de l'espèce végétale. On connaît le *pélorisme* des *scrofulariées* qui fournissent parmi les fleurs irrégulières quelques fleurs régulières à cinq pétales semblables à ce qu'étaient certainement les ancêtres moins différenciés dont elles sont descendues. « Darwin a montré, observe à ce propos M. Delage, que les fleurs terminales de l'inflorescence ont beaucoup plus de tendance que les autres à montrer cette particularité. Ce fait n'est pas facile à interpréter, mais il plaide en faveur de la réversion ; toujours dans les épis ou sur les gousses ce sont les grains terminaux qui manifestent la plus forte tendance à la réversion. D'autre part, on ne voit jamais l'inverse du *pélorisme*, c'est-à-dire une plante à fleurs régulières porter par hasard quelques fleurs irrégulières, ce qui devrait arriver si au lieu de réversion, il n'y avait là qu'un fait de variation accidentelle. (1).

Les *Pucerons* donnent, entre deux états bisexués, jusqu'à quinze générations de femelles non ailées qui se reproduisent par bourgeons. Les *Trématodes*, *monostomes* et *distomes* se transforment en *Cercaires* qui subissent des métamorphoses dont le terme est le retour à l'état sexué. Il ne s'agit point ici de métamorphoses analogues à celles des *Batra-*

ciens ni des *Insectes*, les *Cercaires*, de même que les *Pucerons neutres*, sont des individus dont le développement est totalement réalisé.

Chez les *Animaux domestiques* l'atavisme joue un rôle considérable dans toutes races qui ont été formées par les éleveurs. C'est le plus fréquemment sur la robe que s'exerce l'hérédité ancestrale. Selon de Quatrefages, c'est en vain qu'on tue chaque année, dans les troupeaux à laine noire de l'Andalousie, tout agneau qui porte la moindre trace de laine blanche ; chaque année il naît encore quelques individus qui ont la teinte proscrite. Les *Vers à soie* de race blanche produisent un certain nombre de cocons jaunes, bien qu'on épure ceux-là avec soin depuis un siècle. D'après Darwin, toutes les races du *pigeon* proviennent du *biset* (*Colombia livia*) qui est bleu ardoisé avec le croupion d'un blanc pur. Eh bien ! dans les croisements successifs, les caractères du *biset*, la coloration bleu ardoisé du corps et la coloration blanche du croupion reparaissent dans les races que l'on croyait définitivement fixées. Des observations du même ordre faites sur différentes espèces du genre *cheval* ont conduit l'illustre naturaliste à rattacher à un animal rayé comme un *zèbre*, le parent commun du *zèbre* ou *couagga*, de l'*âne*, de l'*hémione* et de nos diverses races de *Chevaux domestiques* ; c'est par là qu'il explique l'apparition accidentelle de raies sur les jambes de l'*âne*, du *cheval* et de l'*hémione*, sur le dos des *Chevaux* et sur les épaules de l'*hémione* (1).

Dans le genre humain on est souvent surpris de l'inégalité de ressemblance des enfants aux parents immédiats, et il arrive dans les familles qui possèdent des portraits généalogiques, toute ressemblance ayant cessé depuis plusieurs générations, que l'on retrouve tout d'un coup la reproduction exacte des traits de l'un des ancêtres. De Quatrefages a connu un arrière-petit-fils du bailli de Suffren qui était le portrait frappant du célèbre marin. Le duc de Nemours ressemblait étonnamment à Henri IV. On voit quelquefois apparaître des cheveux blonds dans les familles à cheveux noirs, où l'on a conservé le souvenir d'un croisement avec une race blonde (Broca). Azara dit que quand on voit peu de barbe chez les Abipones les plus purs, on peut être certain qu'il y a eu un croisement européen à une époque reculée.

De Quatrefages, dont je viens d'invoquer le nom, a rapporté le cas officiellement constaté d'un métis issu d'un blanc et d'une négresse, et qui, étant entièrement noir, eut d'une négresse une fille entièrement blanche comme son père. Viray avance, d'autre part, « que la plupart des monstruosité ne sont que des *infra-formations*, des formes arrêtées en chemin, qui n'ont pu atteindre l'état normal de

(1) R. de Semallé a vu le plumage noir d'une de leur aïeule, de la variété dite du *Malabar*, reparaitre après 24 générations chez des poules Bentham blanches. Vingt-quatre générations humaines représentent à peu près 744 ans. C'est donc comme si un homme de 1897 reproduisait trait pour trait un de ses ancêtres vivant en l'an 1154 (R. de Semallé, *Bulletin de la Soc. d'anthropol. de Paris*, t. III, p. 618, 1880).

(1) Delage, *loc. cit.*, p. 247.

la classe à laquelle appartient l'animal, soit que cette imperfection ait lieu en totalité, soit pour quelques appareils d'organes. En sorte que, d'après la notion du développement embryogénique, on peut considérer les anomalies de l'organisation comme des traces d'une organisation atavique ». M. Gaudry voit ainsi les enchaînements du règne animal dans les os du carpe permanent de l'*hipparion*, cheval tridactyle de l'époque miocène et rattaché par les *Equidés* — espèce isolée dans la nature et pour laquelle on avait créé l'ordre des *Solipèdes* — à l'ordre des *Pachydermes*. Les dents incisives observées quelquefois à la mâchoire supérieure des jeunes *Ruminants* seraient également des faits d'atavisme, puisque les premiers *Ruminants* connus de l'époque géologique moderne ont des incisives aux deux maxillaires.

C'est de la sorte que Darwin (1) en est arrivé à formuler que l'homme descend d'une forme moins parfaitement organisée que lui : « Les bases sur lesquelles repose cette conclusion sont inébranlables, juge-t-il, car la similitude étroite qui existe entre l'homme et les animaux inférieurs pendant le développement embryonnaire, ainsi que, dans d'innombrables points de structure et de constitution, points tantôt importants, tantôt insignifiants, — les rudiments que l'homme conserve et les réversions anormales auxquelles il s'est accidentellement sujet, — sont des faits qu'on ne peut plus contester. Ces faits, bien que connus depuis longtemps, ne nous enseignaient rien, jusqu'à une époque toute récente, relativement à l'origine de l'homme. Aujourd'hui, éclairés que nous sommes par nos connaissances sur l'ensemble du monde organique, on ne peut plus se méprendre sur leur signification. Le grand principe de l'évolution ressort clairement de la comparaison de ces groupes avec d'autres, tels que les affinités naturelles des membres d'un même groupe, leur distribution géographique dans les temps passés et présents et leur succession géologique. Il est incroyable que de tous ces faits réunis sortit un enseignement faux. Le sauvage croit que les phénomènes de la nature n'ont aucun rapport les uns avec les autres : mais celui qui ne se contente pas de cette explication ne peut croire plus longtemps que l'homme soit le produit d'un acte séparé de la création. Il est forcé d'admettre que l'étroite ressemblance qui existe entre l'embryon humain et celui d'un *chien* par exemple, — que la conformation de son crâne, de ses membres et de toute sa charpente, sur le même plan que celle des autres *Mammifères*, quels que puissent être les usages de ces différentes parties, — que la réapparition accidentelle de diverses structures, comme celles de plusieurs muscles distincts que l'homme ne possède pas normalement, mais qui sont communs à tous les *Quadrumanes*, — qu'une foule de faits analogues, — que tout enfin mène de la manière la plus claire

à la conclusion que l'homme descend, ainsi que d'autres *Mammifères*, d'un ancêtre commun. »

« L'homme, dit encore Darwin, est bien excusable d'éprouver quelque fierté de ce qu'il s'est élevé, quoique ce ne soit pas par ses propres efforts, au sommet de l'échelle organique ; et le fait qu'il s'y est élevé, au lieu d'y avoir été placé primitivement, peut lui faire espérer une destinée plus haute dans un avenir éloigné. Mais nous n'avons pas à nous occuper ici ni d'espérances ni de craintes, mais seulement de la vérité dans les limites où notre raison permet de la découvrir. J'ai accumulé les preuves aussi bien que j'ai pu. Or, il me semble que nous devons reconnaître que l'homme, malgré toutes ses nobles qualités, les sympathies qu'il éprouve pour les plus grossiers de ses semblables, la bienveillance qu'il étend non seulement à ses semblables mais encore aux êtres vivants les plus humbles, malgré l'intelligence divine qui lui a permis de pénétrer les mouvements et la constitution du système solaire — malgré toutes ces facultés d'un ordre si éminent, — nous devons reconnaître, dis-je, que l'homme conserve encore, dans son organisation corporelle, le cachet indélébile de son origine inférieure (1). »

C'est également ce qu'a affirmé, dans un langage non moins éloquent, mon regretté maître, le professeur Broca (2) : « L'orgueil, qui est un des traits les plus caractéristiques de notre nature, a prévalu dans beaucoup d'esprits sur le témoignage tranquille de la raison. Comme ces empereurs romains qui, enivrés de leur toute-puissance, finissaient par renier leur qualité d'homme et par se croire des demi-dieux, le roi de notre planète se plaît à imaginer que le vil animal, soumis à ses caprices, ne saurait avoir rien de commun avec sa propre nature. Le voisinage du *singe* l'incommode ; il ne lui suffit plus d'être le roi des animaux ; il veut qu'un abîme immense, insondable, le sépare de ses sujets ; et parfois, tournant le dos à la terre, il va réfugier sa majesté menacée dans la sphère nébuleuse du règne humain. Mais l'anatomie semblable à cet esclave qui suivait le char du triomphateur en répétant : « *Memento te hominem* », l'anatomie vient le troubler dans cette naïve admiration de soi-même et lui rappelle que la réalité visible et tangible le rattache à l'animalité. »

On a invoqué, pour combattre l'atavisme qui sous-entend une idée de parenté entre l'homme et les animaux, la théorie de l'unité de plan. Mais la théorie de l'unité de plan d'Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, si belle et si féconde qu'elle soit, n'explique rien, n'apporte qu'une solution négative à notre esprit toujours avide de connaître le comment et le pourquoi des choses. Qu'on en juge :

« Admettez pour chaque être, a écrit l'illustre naturaliste, l'existence d'un plan propre et distinct, et vous réduisez la science à la stérile observation

(1) Darwin. *La Descendance de l'homme*, II, 449.

(1) Darwin. *Loc. cit. supra*, p. 440.

(2) Broca. *Art. Anthropologie du Dict. encyclopédique des Sc. médic.*

des faits, sans lien réciproque, sans analogies rationnelles, sans conséquences possibles. Admettez l'unité de plan pour toutes les espèces d'un même genre, d'une même classe, d'un même embranchement; ramenez le nombre immense des variétés du règne animal à mille, à cent, à dix types; embrassez ainsi un horizon moins étroit : vous pouvez saisir des rapports, déduire des conséquences, fonder des théories, mais seulement des théories, des conséquences, des rapports partiels; car vous n'avez encore que les fragments épars d'une science et non la science elle-même. Elevez-vous, au contraire, à l'idée de l'unité de plan; ne voyez dans la multitude des êtres de la série animale que les innombrables parties d'un immense tout, que les manifestations diversifiées à l'infini d'un seul et même type; concevez l'unité de l'effet visible comme de la cause suprême et inconnue; puis, en marchant à la recherche de cette grande vérité, appliquez la solution des difficultés qui se présenteront à chaque pas, la théorie des inégalités de formation et de développement, facile et admirable clef de la zoologie comme de la tératologie, dès lors l'horizon s'étend immense devant vous, les obstacles tombent. Ces rapports se manifestent comme d'eux-mêmes, et bientôt apparaît cette vérité vraiment fondamentale, qu'une ou plusieurs métamorphoses en plus ou en moins, quelquefois un simple changement dans le mode d'évolution d'un organe, expliquent toutes ces variations, qui, au premier aspect, semblaient accuser d'innombrables différences de nature et d'essence. »

Incapable d'expliquer les théromorphies, la théorie de l'unité de plan est encore plus incapable d'expliquer les anomalies progressives dont il va être question dans un instant.

Après cette digression, aussi longue que nécessaire, j'arrive aux diverses classifications des variations du système musculaire de l'homme qui ont été proposées.

MM. Beaunis et Bouchard admettent des *anomalies par excès* et des *anomalies par défaut*. Cette classification ne signifie rien au point de vue de l'anthropo-zoologie et est très incomplète et confuse au point de vue même de l'anatomie pure. Elle ne tient aucun compte des variations d'insertion, de trajet, etc., des muscles normaux; elle fait rentrer dans les *anomalies par excès* à la fois les muscles supplémentaires et les faisceaux surajoutés aux muscles normaux et dans les *anomalies par défaut* à la fois l'absence d'un ou de plusieurs muscles normaux et celle d'un ou de plusieurs faisceaux des muscles normaux.

M. Chudzinski distingue la *variation*, écart de la forme normale, par exemple, le biceps brachial à trois chefs, de l'*anomalie* qui consiste dans l'apparition ou la réapparition d'un muscle nouveau qui n'existe pas dans la majorité des cas, dans la région (par exemple l'omo-trachélien) ou encore, dans l'absence d'un muscle normal.

Il n'y a pas lieu, à mon avis, d'établir une pareille

distinction. On ne devrait même jamais se servir, en zoologie, du mot anomalie, qui implique l'idée de la connaissance de toutes les lois et de la fixité de l'espèce, — ce qui est beaucoup. Il vaut mieux dire « variété » « variation ». C'est ce dernier terme que j'ai eu soin d'inscrire en tête de cet ouvrage, et si je me suis servi et me servirai parfois encore de celui d'anomalie, c'est pour éviter une répétition fastidieuse et parce que, pour moi, « anomalie » et « variation » sont deux termes synonymes.

Dans ses *Some morphological lessons taught by human variations* (1) M. le professeur Macalister signale, avec des exemples, à l'appui des anomalies musculaires :

- | | |
|--|--------------------------|
| I. Hétéromères ou anomalies de quantité. | |
| II. Métaplastiques | — de substance. |
| III. Hémiotiques | — de séries. |
| IV. Ataviques | — d'héritage. |
| V. Néoplastiques | — de nouvelle formation. |

Les anomalies hétéromères sont la conséquence d'un excès ou d'un défaut de nutrition pendant la vie intra-utérine, des éléments contractiles du muscle, de son tendon et du tissu conjonctif peritendineux. De là deux espèces d'anomalies hétéromères : (a) les anomalies hétéromères hyperplastiques (b) les anomalies hétéromères hypoplastiques. — Dans les anomalies hétéromères hyperplastiques rentraient les augmentations de volume, les insertions plus étendues, les dédoublements, les faisceaux surnuméraires, les connexions plus intimes, etc., etc. (2) « Chaque muscle, dit M. Macalister, a acquis quelque chose de son individualité avant la chondrification des os du squelette et les insertions des fibres ont lieu d'abord sur des os chondrifiés de sorte que si le développement du muscle et celui des os avec lesquels il est en contact et sur lesquels il se fixe ne se fait pas parallèlement, si la nutrition du muscle est seule activée ou ralentie, il en résultera que l'étendue des insertions fibrillaires augmentera et diminuera en même temps que les os verront leurs contours et leurs apophyses changer. Toutes les variations de péroné sont dus au développement hétéromère hyperplastique des muscles auxquels il fournit des attaches. D'autre part la différence qui existe entre le tissu conjonctif embryonnaire entrant dans la constitution d'un tendon et le tissu conjonctif aréolaire environnant n'a rien d'essentiel, et selon que les extrémités d'un muscle sont plus ou moins prononcées, le tissu conjonctif qui se convertit en tendon varie proportionnellement. » — Dans les anomalies hétéromères hypoplastiques figureraient les diminutions de volume, d'étendue des insertions, les variations de texture et les absences par réduction, etc. (Absence du long palmaire, du

(1) Oxford, 1894.

(2) J'ai dit (voy. M. sous-scapulaire) que M. Macalister a pu s'assurer sur un fœtus de sept mois que le sous-scapulaire accessoire n'était qu'un faisceau dissocié du sous-scapulaire plus prononcé.

pyramidal de l'abdomen, du plantaire grêle, par exemple).

Les *anomalies métaplastiques ou de substance* résultent de la transformation du tissu musculaire en tissu fibreux et réciproquement. Parmi elles il faudrait citer le muscle anormal d'Albinus, le ptérygo-épineux, le ptérygoïdien propre, le ligament latéral externe du genou, qui n'est rien autre chose que la tête fémorale du long péronier latéral, le grand ligament sacro-sciatique qui est principalement un reliquat de la tête caudale du biceps crural, le ligament rond très développé et en partie musculaire chez un grand nombre de *Mammifères* et d'*Oiseaux* et qui, comme le tendon de la longue portion du biceps brachial, est extra-capsulaire d'abord, proémine ensuite sur la face interne de la capsule et reste un certain temps sessile avant de s'isoler (1), la transformation, enfin, en tissu contractile du ligament stylo-hyoidien, etc.

Les *variations homoiotiques ou de séries* sont celles qui reproduisent dans les membres thoraciques une disposition normale dans les membres pelviens et *vice versa*. Tels seraient le manieus et l'insertion du deuxième interosseux dorsal au côté cubital de l'index et de l'interosseux palmaire au côté radial du médus qui sont à la main des modes de conformations habituelles au pied.

Les *variations ataviques ou d'héritage*. « Elles sont caractérisées, dit M. Macalister, par la présence dans le corps de l'homme de muscles anormaux qui ne se trouvent régulièrement que dans des organismes moins élevés. On peut les appeler un *souvenir histogénétique d'états, qui ne sont plus*, tandis que les autres sont dues à l'action des milieux sur l'embryon en voie de développement ». Comme type de ces anomalies le savant professeur de l'Université de Cambridge indique le muscle dorso-épitrochléen.

Les *anomalies néoplastiques ou de nouvelle formation* tiennent le milieu entre les anomalies physiologiques et les anomalies pathologiques telles, par exemple, que ces masses étranges de tissu musculaire strié auxquelles Zenker a donné le nom de *Rhabdomyomata*, qu'on peut rencontrer dans le rein ou les autres glandes de l'organisme et qui ont été spécialement étudiées par Huber et Bostrom. La moins douteuse de ces anomalies serait le présternal qui manque chez les animaux, « bien qu'il y ait cependant peut-être lieu de croire, ajoute M. Macalister, que ce n'est qu'un faisceau différencié et déplacé de la grande couche musculaire préthoracique.

On peut adresser à cette classification, très bonne peut-être pour un anatomiste pur, deux reproches :

(1) Chez l'homme adulte même on retrouve des traces de l'extériorité antérieure du ligament rond. Dans un travail récent M. Amantini (*Di una men nota ripiegatura sinoviale dell' articolazione dell' anca*; Istituto anat. dell' Univ. di Perugia) rattache au ligament rond le repli constant qui soulève la synoviale sur le bord inférieur du col; il considère ce repli qu'il nomme repli *pectino-fœéal* comme un vestige d'un muscle *pubo-fœoral* que l'on retrouve chez divers animaux et dont le ligament rond représente le tendon.

1^o Elle n'a aucune portée philosophique ;

2^o Elle repose entièrement sur l'influence qu'exercent les milieux sur l'ovule humain en cours de développement. Or ce que nous savons aujourd'hui de l'évolution ontogénique du système musculaire de l'homme se résume à très peu de choses. Et M. Macalister en convient lui-même plus explicitement que moi lorsqu'il dit : « Quand on sait que l'être humain, cet être si complexe, sort d'un œuf unicellulaire, on s' imagine aisément quelles conséquences sérieuses peut avoir pour le produit de la conception le moindre changement apporté dans la constitution moléculaire de l'œuf. Les expériences faites en tératogénie témoignent que le processus embryonnaire est influencé par le milieu, mais ces expériences sont encore trop grossières par rapport à la matière sur laquelle nous opérons; c'est comme si nous voulions fendre des cheveux avec un soc de charrue (1). »

Pour M. Testut la question est très simple : « Toutes les anomalies musculaires de l'homme, qu'elles soient constituées par des formations nouvelles ou par des muscles nouvellement configurés, deviennent ainsi de vraies dispositions ancestrales disparues depuis une longue série de siècles et reproduites accidentellement chez le sujet qui en est porteur, par ce *quid ignotum* qu'on est convenu d'appeler l'atavisme (2) ». — *Toutes les anomalies musculaires sont ataviques.*

Pour justifier son dire, M. Testut est allé chercher souvent jusqu'au bas de l'échelle des *Vertébrés* les équivalents de beaucoup de vices de développement du système musculaire de l'homme comme si l'homologie de ces équivalents était absolument certaine, irrécusable. C'est ainsi que pour expliquer les faisceaux de renforcement des jumeaux il est descendu jusqu'aux *Oiseaux* et pour expliquer le présternal jusqu'aux *Ophidiens*.

Cette manière de voir a été jugée en ces termes par MM. Chudzinski, Macalister et Poirier :

« Tous ces faisceaux de renforcement des jumeaux sont très intéressants à connaître, dit M. Chudzinski (3), mais nous doutons fort qu'ils puissent s'accommoder avec une certaine théorie qui veut voir dans cette réunion accidentelle des faisceaux charnus, une tendance à la fusion complète des deux chefs d'origine des jumeaux en une seule masse musculaire. D'abord une pareille fusion est rendue absolument impossible par suite de la conformation des muscles et des os du jarret, non seulement dans l'espèce humaine mais aussi chez les *Primates*. Même chez ces derniers (à notre connaissance au moins) on n'a pas constaté l'existence ni du troisième chef, ni des faisceaux de renforcement. Alors probablement c'est par plaisanterie qu'on est allé chercher la fusion des chefs des jumeaux tant désirée — chez les *Oiseaux*. »

« Avancer que toutes les anomalies musculaires sont ataviques, me paraît une assertion purement

(1) Macalister. *Loc. cit. supra*, p. 24.

(2) Testut. *Trait. des anom. musc.*, cit., p. 827.

(3) Chudzinski. *Bullet. de la Soc. d'Anthropol. de Paris*, p. 488, 1894.

gratuite, » a déclaré, en 1894, à Londres, M. Macalister, au Congrès des sciences anthropologiques dont il était le président.

« Macalister, Le Double, Chudzinski, a écrit M. Poirier (1), s'accordent à reconnaître que si quelques variations peuvent être rattachées à des types homologues dans la série animale, il faut se garder d'exagérer cette tendance ; à force de vouloir tout expliquer on n'explique rien. Lorsqu'un auteur, pour expliquer le muscle présternal de l'homme, remonte ou descend jusqu'au *serpent*, il court grand risque de n'être pas suivi. »

Je rends justice à M. Testut qui, plusieurs années après moi, s'est adonné, en France, à l'étude des anomalies musculaires humaines et en a publié un traité qui, pour être très incomplet, n'en a pas moins attiré l'attention de tous les anatomistes sur son auteur. Je dis « un traité très incomplet ». Dans ce traité, paru en 1883, et à propos duquel j'ai eu soin de rappeler dans une note, lue à la Société d'Anthropologie de Paris par M. le professeur Duval (1), mes travaux bien antérieurs sur la même question (mes communications à la Société d'Anthropologie, 1879, à la Société anatomique, 1880, à l'Association française pour l'avancement des sciences, en 1880, mes nombreux articles de myologie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre et Le Reboullet, 1881-1882-1883, etc.) dans ce traité, dis-je, ne figurent pas, en effet, les variations des muscles de la face, de la mastication, des yeux, des oreilles, de la langue, du voile du palais, du pharynx, du larynx, des gouttières vertébrales, du diaphragme, du périnée, de la main et du pied décrites et interprétées ici.

Amicus Plato sed magis amica veritas. Je rends, je me plais à le répéter, justice à M. Testut, mais je conviens aussi qu'affirmer que toutes les anomalies musculaires sont la reproduction d'une disposition animale, c'est trop s'avancer. Je reconnais qu'assurer que tel muscle des *Vertébrés inférieurs* répond toujours positivement à tel muscle de l'homme, c'est trop de hardiesse. Mais, observera-t-on, vous avez vous-même, dans plusieurs pages de cet ouvrage, rapproché certaines dispositions anormales du système musculaire d'animaux très inférieurs. Oui, mais à titre de simple hypothèse, sans prétendre le moins du monde — tout en réservant les droits de l'avenir — établir absolument une homologie que l'insuffisance actuelle de nos connaissances en anatomie comparée rend souvent problématique.

J'en fournis la preuve. « L'anatomie comparée des muscles constitue un champ presque inexploré », dit le professeur Gegenbaur.

« Les dissemblances entre les muscles homologues chez deux *Mammifères* d'un ordre éloigné sont parfois si prononcées que les anatomistes les ont décrits sous des noms différents » observe également M. Marey.

M. Lesbre, rapporteur de la Commission, chargé par le Congrès vétérinaire qui a tenu, l'année dernière, ses assises à Berne, d'élaborer un projet de nomenclature anatomique imitée des *Nomina anatomica*, M. Lesbre, dis-je, s'exprime en termes non moins catégoriques (1) :

Voilà, n'est-il pas vrai, déjà bien des raisons qui doivent faire hésiter, à moins de recherches personnelles, avant de déclarer que tel muscle de l'homme correspond à tel muscle des *Carnassiers*, des *Ruminants*, des *Rongeurs*, etc. Il en est encore d'autres. Les muscles des animaux dont la description a été copiée sur celle des muscles de l'homme qui varient, varient comme ces derniers.

J'ai noté les différences de conformation qu'ont présentées à Gratiolet, Alix, Macalister, Broca, Humphry, Bischoff, Champneys, Duvernoy, Hepburn, Hartmann, Chudzinski, Deniker, etc., etc., les mêmes muscles des *Anthropoïdes*. Murie et Mivart signalent des variations individuelles dans la myologie des *Lémuriens*. Le système musculaire des *Chauves-souris* n'est pas décrit d'une façon identique par Cuvier, Macalister, Maisonneuve et Blanchard. On ne trouve pas davantage un accord parfait entre Bourgelat, Rigot, Girard, Strauss-Durckheim, Gurlt, Leyh, Frank, Martin, Lavocat, Arloing et Chauveau, Lesbre, W. Ellenberger et H. Baum, etc., en ce qui concerne la texture des agents actifs du mouvement chez les *Animaux domestiques* (*cheval, bœuf, mouton, porc, chèvre, chien, chat*, etc.). Qu'on jette un coup d'œil sur la monographie de la *civette* qu'a publiée Yung et sur celle qu'a publiée Devis, sur la monographie du *phoque* qu'a publiée Duvernoy et sur celle qu'a publiée le professeur Humphry, sur la monographie de l'*ours*, qu'a publiée Meckel et sur celles qu'ont publiées les professeurs Shepherd et Testut, et on sera frappé des contradictions qu'on y trouvera. M. Chudzinski avance même et — et mes observations et celles de M. Keith sont loin de venir à l'encontre de cette assertion — « que les anomalies musculaires sont d'autant plus nombreuses qu'on s'élève dans l'échelle animale, qu'elles acquièrent leur maximum de fréquence chez les *Anthropoïdes* ». Chez 15 *gibbons*, M. Keith a noté deux fois l'insertion du droit antérieur de l'abdomen à la 3^e côte, six fois à la 4^e et sept fois à la 5^e.

Mais je reviens aux classifications des anomalies musculaires qui ont été proposées. J'ai indiqué les classifications de MM. Beaunis et Bouchard, Chudzinski, Macalister et Testut. Il ne me reste plus qu'à parler de celle de M. Duval. Le professeur Duval distingue deux ordres de variations musculaires (2) : les unes qui sont une sorte de pas vers des transformations futures ; les autres qui sont un retour vers le passé, c'est-à-dire vers les transformations subies : les premières sont les *anomalies progressives*, les secondes les *anomalies régressives*.

(1) Poirier. *Trait. d'anat. hum.*, t. II, 1^{er} fasc., p. 74, 1896.

(2) Le Double. Sur la question des anomalies musculaires chez l'homme. *Bullet. de la Soc. d'Anthropol. de Paris*, p. 791 et suiv., 1883.

(1) Gegenbaur. *Loc. cit.*, *Myologie*; Marey. *La machine animale*, p. 77; Lesbre, *Loc. cit.* p. 7.

(2) M. Duval In Testut, *Traité des anom. musc.*, préface.

M. Debierre s'est fait, en 1896, à la Sorbonne, au Congrès des Sociétés savantes, le défenseur éloquent de cette manière de voir. Sans doute la classification de MM. Duval et Debierre est excellente et sera vraisemblablement celle de l'avenir, mais, en l'état actuel de nos connaissances, elle ne saurait s'appliquer à tous les cas.

Sous ces réserves je classe les variations ou anomalies des muscles de l'homme en :

I. *Anomalies régressives, réversives, ataviques ou théromorphiques* ;

II. *Anomalies progressives, évolutives ou de perfectionnement* ;

III. *Anomalies-monstruosités*.

M. le professeur Macalister m'a donc prêté des opinions qui ne sont pas les miennes lorsqu'il a déclaré, le 8 mai 1894, au Congrès des Sciences anthropologiques de Londres, qu'il présidait : « Je ne saurais me ranger à la manière de voir de mes éminents amis, le professeur Testut et le Dr Le Double, qui regardent toutes les anomalies musculaires comme ataviques. (1).

SPASME DE LA GLOTTE ET MORT SUBITE PENDANT LA COQUELUCHE. — TRAITEMENT PAR LES TRACTIONNEMENTS DE LA LANGUE.

par le Dr Edmond CHAUMIER

Le samedi 25 août 1894, pendant l'examen d'un enfant, à mon dispensaire, on m'apporta, de la salle d'attente, un bébé complètement inanimé. C'était un coquelucheux qui, en tétant, avait été pris de suffocation.

Il s'agissait d'une petite fille de 27 jours, élevée au sein. Elle toussait depuis quinze jours. L'oppression était forte à chaque quinte. L'avant-dernière nuit, pour la première fois, elle avait rendu des glaires dans une quinte.

Cette enfant avait donc été prise de spasme de la glotte. Aussitôt elle devint bleuâtre, violette et parut morte. Les personnes qui attendaient avec la mère, l'engagèrent à m'apporter de suite son enfant, avant la fin de la consultation en cours ; mais la mère avait perdu la tête et ce n'est qu'après quelques minutes qu'elle se décida.

L'enfant semblait absolument morte ; elle était en résolution complète ; la peau violacée, les lèvres pâles et un peu teintées de violet.

Je saisis immédiatement la langue avec une pince à forcipressure et j'exerçai des tractions régulières. La langue complètement flasque sortait démesurément de la bouche à chaque traction.

Au bout de quelques minutes il survint une sorte de hoquet, puis un second ; puis je sentis une contraction de la langue qui résista à la traction.

Le teint redevint rose peu à peu, la respiration se rétablit, les yeux s'entr'ouvrirent et l'enfant cria.

(1) Macalister. *Loc. cit. supra*, p. 25.

Il s'était passé certainement une dizaine de minutes entre l'accident et le rappel complet à la vie.

J'ordonnai cinq gouttes de bromoforme et vingt-cinq centigrammes d'antipyrine, à faire prendre en 7 ou 8 fois dans les vingt-quatre heures.

La semaine suivante j'appris que l'enfant était morte.

Voici ce qui s'était passé :

Les accès spasmodiques s'étaient montrés deux ou trois fois par jour jusqu'au moment de la mort, survenue six jours plus tard, dans la nuit du jeudi au vendredi, vers trois heures du matin.

Les accès survenaient surtout dans l'après-midi, et jamais la nuit, sauf celui qui a déterminé la mort.

L'enfant commençait à tousser faiblement ; et le spasme se produisait. Lors des quintes les plus violentes il ne se produisait rien d'anormal.

Une fois, l'enfant fut prise en tétant, comme au dispensaire. Quelquefois l'accès la prenait pendant le sommeil ; elle était alors réveillée par une petite toux et le spasme apparaissait.

La nuit de sa mort l'accès n'a pas débuté par de la toux ; les parents ont entendu un faible cri et l'accès était réalisé.

A chaque accès les parents ont usé, comme je l'avais recommandé, des tractions de la langue pour rappeler l'enfant à la vie. La durée des tractions a été plus ou moins longue. Une fois il a fallu les continuer pendant plus de cinq minutes pour obtenir un résultat. Chaque fois l'enfant était flasque comme je l'avais vue.

La nuit de sa mort on a continué les tractions pendant environ dix minutes. Peut-être aurait-on eu encore un succès si elles avaient été continuées un temps suffisant.

Cette observation m'a paru intéressante et à son propos j'ai fait quelques recherches tant dans mes notes personnelles que dans les auteurs. Ce sont les réflexions qui m'ont été suggérées par mes propres observations et par celles que j'ai recueillies de divers côtés qui font le sujet de ce travail.

Les cas de mort subite dans la coqueluche sont excessivement rares. Il n'existe certainement pas vingt observations qui aient été publiées ou simplement mentionnées.

Je vais noter ici celles que j'ai rencontrées :

C'est d'abord une observation de Williams Hughes (1), citée par plusieurs auteurs mais contestée par Roger, parce qu'à l'autopsie on trouva une hypertrophie considérable du thymus.

Trousseau (2), en 1843, dans une lettre à Breton-

(1) Williams Hughes : *The Continental and British medical Review* et *Journal des Connaissances méd.* Cité par Rilliet et Barthès : T. II p. 626, 2^e édit.

(2) Trousseau : Lettre de Trousseau à Bretonneau ; *Journal de médecine* ; janvier 1843.

neau, s'exprime ainsi : « Je ne sais trop s'il existe des faits bien authentiques de mort pendant la période convulsive de la coqueluche, lorsque, d'ailleurs, l'enfant n'était pas affaibli par une maladie intercurrente. Une fois seulement nous avons vu mourir, dans une quinte, un petit enfant atteint de coqueluche ; mais la maladie avait amené une pneumonie tuberculeuse. »

En 1845, Barrier (1) publie, dans son traité des maladies de l'enfance, une observation assez longue relative à une mort subite survenue quelque temps après une quinte intense. « La fille de salle ne s'aperçut point de l'agonie, ni d'aucun symptôme extraordinaire, et fut étonnée de trouver le malade mort lorsqu'elle s'approcha de son lit. »

Du Castel (2) dans sa thèse, en 1873, cite sept nouvelles observations, mais il n'y en a guère que trois dans lesquelles il y ait eu mort *subite* dans un accès de spasme laryngé.

Cadet de Gassicourt (3) a été témoin d'une mort dans un accès de coqueluche : « Au milieu de la quinte la respiration reste suspendue, et la mort arrive par asphyxie. »

Cazin (4) rapporte un cas de mort subite due à la production d'une hémorragie entre le crâne et la dure-mère.

Roger (5), qui a fait le mémoire le plus complet qui existe en France sur la coqueluche et qui a pratiqué si longtemps les maladies de l'enfance, tant en ville qu'à l'hôpital, n'a vu mourir qu'un seul enfant dans une quinte de coqueluche. « L'enfant, dit-il, est prise soudainement d'une quinte très violente, avec accès d'étouffement au milieu duquel elle succombe. »

En 1889, Rondot (6) a publié une observation pleine d'intérêt à cause des conditions dans lesquelles la coqueluche s'est développée. Il s'agissait d'un coquelucheux qui avait été autrefois opéré du croup et portait encore sa canule en raison d'une sténose laryngée. La respiration se faisait uniquement mais largement par l'ouverture trachéale. Au moment de la mort qui fut soudaine et eut lieu au début d'une quinte rien n'empêchait le libre passage de l'air dans la canule.

D'Espine et Picot (7) enfin s'expriment ainsi dans leur *Manuel des maladies de l'enfance* : « Dans un cas que l'un de nous a eu l'occasion d'observer, ces attaques d'asphyxie se répétèrent un grand nombre de fois dans la journée et finirent par amener la mort de l'enfant. »

On cite encore un cas de West (1) et un de Rosen de Rosenstein (2).

Si la mort subite est excessivement rare dans la coqueluche, on observe bien plus souvent la mort rapide dans ou à la suite de convulsions ; le spasme de la glotte existe souvent au milieu des crises convulsives ; mais le petit malade succombe le plus souvent dans le coma ou bien dans l'asphyxie résultant de lésions pulmonaires concomitantes.

J'ai cru devoir mentionner ces genres de mort, afin de les séparer de ceux dont je m'occupe ici.

..

Dans plusieurs observations on trouve noté l'âge des enfants. Le malade de Williams Hugues avait huit ou neuf mois ; le plus âgé de Du Castel avait 4 ans ; celui de Roger avait 5 ans 1/2 ; l'enfant de Barrier avait 7 ans ; celui que j'ai observé avait trente-trois jours.

D'après Bouniol (3) le spasme de la glotte dans la coqueluche ne s'observerait que chez les tout petits enfants, et l'âge de *quatre ans* mentionné par Du Castel serait l'âge le plus élevé. D'après le relevé ci-dessus on voit la mort subite se produire encore à 7 ans ; il ne faut donc pas être trop exclusif.

Quoi qu'il en soit, comme en dehors de la coqueluche le spasme de la glotte se produit surtout dans le très jeune âge, il y a des raisons de penser qu'il en est de même dans la coqueluche.

..

Dans quelques-unes des observations rapportées par les auteurs, l'autopsie est relatée :

Dans le cas de Hugues, on trouva une hypertrophie du thymus. Cet organe remplissait tout le médiastin antérieur et comprimait les tuyaux bronchiques ; sa partie inférieure couvrait la base du cœur et adhérait fortement au péricarde.

Chez le malade de Cadet de Gassicourt, on ne trouve à l'autopsie que des lésions banales, incapables d'expliquer la mort.

A l'autopsie du malade de Cazin, comme je l'ai déjà dit, on trouva une hémorragie entre les os du crâne et la dure-mère.

Chez le malade de Trousseau, il y avait « une pneumonie tuberculeuse ; la fonte des tubercules était déjà très avancée. »

Barrier a trouvé un épanchement sanguin dans le côté droit de la cavité arachnoïdienne.

Dans un cas de Du Castel on trouve une infiltration séro-sanguinolente de la pie-mère ; dans un autre, dans lequel les accès de suffocation alternaient avec du coma, on trouve « un léger œdème de la pie-mère. Au niveau de la ligne médiane du lobe antérieur droit s'est faite une hémorragie ; un caillot du diamètre d'une pièce de cinq francs et de

(1) Barrier : *Traité pratique des maladies de l'enfance*. T. I. p. 142 ; Paris, 1845.

(2) Du Castel : *De la mort par accès de suffocation dans la coqueluche*. Thèse, Paris, 1873.

(3) Cadet de Gassicourt : *Traité clinique des maladies de l'enfance* ; T. II. Paris, 1882.

(4) Cazin : *Gazette des hôpitaux*, 1882.

(5) Roger : *Recherches cliniques sur les maladies des enfants*, T. II. 1883.

(6) Rondot : *La coqueluche et ses formes classiques* ; Bordeaux, 1889.

(7) D'Espine et Picot : *Manuel pratique des maladies de l'enfance* 2^e édition. Paris, 1889.

(1) Cité par Bouniol : Thèse, Paris, 1894.

(2) Cité par Ozanam : *Maladies épidémiques* ; Lyon, 1835.

(3) Bouniol : loc. cit.

l'épaisseur d'un centimètre et demi se voit en ce point; la substance cérébrale est à ce niveau le siège d'un pointillé sanguin très marqué, le reste du tissu du cerveau est très congestionné. Peu de liquide dans les ventricules. »

Laissant de côté le cas de Hugues, au sujet duquel on peut se demander avec Roger s'il s'agissait bien réellement de coqueluche, ou s'il n'y avait pas là plutôt ce qu'on a appelé *asthme thymique*: nous pouvons diviser en deux séries le petit nombre d'autopsies dont nous possédons la relation: celles dans lesquelles (Cadet de Gassicourt) on n'a trouvé que des lésions banales incapables d'expliquer la mort. Dans les cas de ce genre l'enfant a dû mourir de spasme de la glotte pur; mais en est-il de même dans l'autre série; dans les cas où l'on a trouvé des lésions hémorragiques intracrâniennes.

Que les coquelucheux ayant en même temps que le spasme laryngé des convulsions et du coma et mourant dans le coma ou dans une convulsion ultime, aient des lésions méningées ou cérébrales, cela se comprend, et ces lésions expliquent même les symptômes.

Mais quelle est la signification de l'hémorragie dans la mort absolument subite.

L'hémorragie peut s'être produite au moment de la quinte comme se produisent les hémorragies nasales, oculaires, etc.; elle peut être alors contemporaine du spasme glottique, — lorsque ce spasme survient au milieu d'une forte quinte —; mais ne peut-elle pas également être due à l'asphyxie du spasme lui-même. Est-ce que dans les infanticides par strangulation on ne trouve pas les mêmes lésions.

D'un autre côté on ne peut pas dire que le spasme glottique soit causé par l'hémorragie, car s'il y a des cas dans lesquels l'enfant meurt dans un accès unique, il y a d'autres cas, comme le mien, où les accès sont multiples, et où en dehors des accès rien ne vient dénoter l'existence d'une lésion grave de l'encéphale.

Mais est-ce bien au spasme de la glotte qu'il faut attribuer la mort subite dans la coqueluche.

Lancisi (1) et Hugues incriminent l'accumulation de mucosités dans la trachée et le larynx.

Cette théorie ne saurait être admise, car dans les accès non suivis de mort on n'a pas noté, lorsque l'enfant a été rappelé à la vie, une gêne respiratoire ne cessant qu'après l'expulsion de mucosités; le début brusque de l'asphyxie plaide dans le même sens.

Lancisi admettait aussi la contraction des muscles respirateurs. Il pourrait en être quelquefois ainsi, et chez le coquelucheux de Rondot qui portait une canule trachéale, il ne saurait être question de spasme de la glotte.

Mais dans la majorité des cas le spasme glottique existe bien; il y a là simplement l'exagération du spasme naturel de la coqueluche, spasme qui est démontré par les reprises sifflantes de la quinte, et par la reprise qui termine souvent le spasme dans le cas où l'enfant n'a pas succombé immédiatement.

Je crois cependant qu'à côté du spasme et peut-être lui succédant, il y a des phénomènes d'inhibition des muscles inspirateurs; car toutes les crises ne se terminent pas par une reprise sifflante. Dans le cas que j'ai vu, par exemple, la respiration s'est rétablie fort doucement.

Dans plusieurs cas la quinte de coqueluche interrompue par la suspension respiratoire a continué lors de la cessation de cette suspension.

En somme, je crois que le phénomène que l'on appelle ici spasme de la glotte est complexe. Il peut ne pas y avoir de spasme glottique, où s'il existe (cas de Rondot), il ne joue pas le principal rôle. Souvent il y a spasme de la glotte, surtout au début de l'accès. La contracture ou l'inhibition des muscles respirateurs doivent jouer un rôle dans beaucoup de cas.

La contracture ne saurait être rejetée, car dans certains cas on a noté de la contracture généralisée, un véritable état tétanique au moins pendant quelques instants.

J'ai dit plus haut que j'avais compulsé mes observations personnelles; je n'y cherchais pas des cas de mort subite pendant la coqueluche, mais je savais devoir y trouver des cas de spasme de la glotte dans la coqueluche, spasme s'étant terminés par la guérison.

J'ai trouvé trois observations:

La première a trait à un enfant d'un mois qui eut un accès unique de spasme au milieu d'une quinte de coqueluche. La respiration s'arrêta complètement, la bouche restant ouverte, puis au bout d'un moment la quinte continua. Cet enfant guérit de sa coqueluche.

La seconde observation se rapporte à une fille de quatre ans et demi; dans certaines quintes elle devenait noire, les yeux se convulsaient, et elle perdait complètement connaissance par défaut de respiration.

J'observe actuellement le troisième cas; il s'agit d'un tout jeune enfant qui a des spasmes plusieurs fois par jour. Ces spasmes durent parfois plusieurs minutes; l'enfant est sans connaissance, mou, comme mort. Ils se produisent généralement au commencement d'une quinte. Je n'ai pas été témoin des accès. Plusieurs fois je suis arrivé à provoquer des quintes chez cet enfant, mais il ne s'est pas produit de spasme.

J'ai vu plusieurs fois de semblables spasmes dans la bronchite simple ou dans la rougeole; enfin, je rappellerai que dans les derniers numéros de ce

(1) Cité par Bouniol.

journal on pourra trouver de nombreuses observations de spasme glottique en tout semblable à celui dont il est question ici, chez des enfants hystériques, spasme survenant au sujet d'une contrariété ou sans cause connue.

Et à propos de ces derniers cas, je me permettrai de dire que selon moi le spasme de la glotte dans la coqueluche doit se montrer surtout chez les enfants nerveux.

A quel moment se produisent les accidents de suffocation ? Voilà encore une question intéressante. Chez la petite fille dont j'ai rapporté longuement l'observation, au commencement de ce travail, les accidents se sont produits deux fois en tétant et les autres fois dans une quinte, au début de la quinte après une toux très faible. Dans ce cas, on peut se demander si ce n'est pas l'existence préalable du spasme qui empêchait la toux d'être forte.

Lors de la mort de cette enfant l'accès s'est également montré en dehors d'une quinte.

Chez les trois autres enfants que j'ai vus, les accès se produisaient dans la quinte ; au moment de son acmé chez les deux premiers ; à son début chez le troisième.

J'ai vu des enfants nerveux avoir du spasme pendant la tétée ; probablement qu'un peu de lait était allé irriter le larynx.

Les auteurs ont noté comme moi des accès au début de la quinte, au milieu de la quinte et en dehors de la quinte.

Dans une observation de Blache (1), dont je n'ai pas parlé parce que l'enfant ne paraît pas être mort de ses spasmes, les accidents étaient déterminés par le moindre cri, ou même le moindre mouvement.

..

J'en arrive au traitement. Du Castel recommande les frictions excitantes, la respiration artificielle, la flagellation, le marteau de Mayor. Un de ses malades du coma entre les crises, sortait de ce coma lorsqu'on appliquait le marteau, il finit par mourir.

Il est deux observations dont je n'ai pas parlé plus haut, parce qu'elles ont trait à des enfants qui survécurent ; l'une est de Baumel (2), de Montpellier et se rapporte à sa propre fille ; l'autre est de Bouniol (3).

Je transcris ici une partie de l'observation de Baumel qui est des plus intéressante.

La petite fille âgée d'un an avait déjà eu de légers spasmes au milieu des quintes.

« Tout à coup la respiration s'arrêtait, et après un moment d'anxiété, sans cri, sans plaintes d'aucune sorte, la quinte s'effectuait.

« Dans la nuit du 26 au 27 février, vers 2 heures du matin, la malade venait de prendre de la main de sa mère douze petites cuillerées de lait, lorsqu'elle fut aperçue par elle agonisant dans son lit.

Fort heureusement j'étais couché dans une chambre contiguë à celle de la malade. On m'appella aux cris de : venez vite, Madeleine se meurt, Madeleine est morte.

« J'arrive aussitôt et l'on me passe un cadavre. Les téguments étaient décolorés, la peau presque froide, la tête et les membres ballants ; la malade, inerte et en *résolution* complète, était *sans respiration* et *sans pouls*.

« L'auscultation ne permet point de percevoir le moindre bruit pulmonaire ou cardiaque.

« Persuadé que je me trouvais en présence d'un corps inanimé, étant donné le désespoir indescriptible de la mère, sans trop me déconcerter — et comme s'il ne se fût point agi de mon enfant, — je me mets immédiatement à l'œuvre. Je pratique la *respiration artificielle*, portant alternativement et avec force les bras de l'enfant d'abord sur la tête, puis sur l'abdomen.

« Voyant l'inertie continuer j'ai recours à l'insufflation de bouché à bouche, à la suspension par les pieds, à l'aspersion d'eau froide sur la face, à la flagellation forte sur les cuisses et les fesses, à quelques pincées violentes sur la peau de l'abdomen et des membres, pendant que les personnes qui m'entouraient pratiquaient des frictions sèches sur toute la surface du corps et appliquaient des linges chauds principalement sur le tronc et les membres inférieurs.

« Après une demi-heure ou même 3/4 d'heure de ce travail pénible et angoissant, pendant lequel la mère désolée demandait à tout instant si son enfant reviendrait à la vie, ce à quoi je répondais par un *je l'espère* partant du bout des lèvres bien plus que du fond de ma pensée, et au moment où, à la mort de l'enfant s'ajoutait, pour la mère, le regret de lui avoir donné à boire toute seule sans secours et sans aide, et par suite d'avoir provoqué peut-être de cette façon le dénouement fatal ; après 1/2 heure ou 3/4 d'heure, dis-je, de respiration artificielle, j'entendis se produire un faible bruit trachéal que j'attribuai simplement à la collision de l'air insufflé par ma bouche et des mucosités contenues dans la trachée ou les bronches de l'enfant.

« Ce bruit que je crus tout d'abord absolument mécanique et passif se reproduisit, même sans nouvelle insufflation, mais en continuant toujours la respiration artificielle ; et peu à peu la respiration véritablement active et automatique s'établit, légère et superficielle d'abord, plus ample et plus profonde ensuite.

« Enfin une toux faible au début et de plus en plus forte, se produisit. La quinte s'effectua mais en plusieurs fois et d'une manière progressivement croissante. »

Quelques jours plus tard la petite fille eut un accès semblable qui dura 1/4 d'heure et céda également

(1) Blache. *Archives de médecine*, 1868.

(2) Baumel. Coqueluche grave observée chez un enfant d'un an ; convulsions, syncopes, guérison. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1890, page 529 ; et 1891, page 7.

(3) Bouniol. *Le spasme de la glotte dans la coqueluche* ; thèse, Paris, 1894.

aux soins empressés de son père. A la suite de cette crise elle eut des contractures généralisées.

L'enfant dont Bouniol rapporte l'histoire était âgée de 2 ans 1/2. Elle eut plusieurs attaques de spasme de la glotte dans des quintes. Pendant l'une de ces attaques le médecin étant présent pratiqua simultanément « la respiration artificielle et les tractions rythmiques de la langue; mais c'est pendant un temps de repos des opérations que le premier mouvement inspiratoire est survenu. La durée totale de l'arrêt des mouvements respiratoires a été d'une minute et quelques secondes. »

L'observation de Baumel, celle de Bouniol et la mienne prouvent que lorsque le spasme de la glotte revêt un caractère assez grave pour produire la mort subite, il y a quelque chose à faire et qu'on peut espérer un résultat.

Lorsque dans les quintes de coqueluche il se produit des spasmes légers pouvant faire redouter des accidents plus graves, le médecin doit instruire les parents sur la conduite à suivre.

Je ne suis point partisan du marteau de Mayor et crois parfaitement inutile de martyriser un enfant; mais la flagellation, les frictions, la respiration artificielle, et surtout les tractions de la langue doivent être essayées. Il faut se rappeler que la mort n'est pas réalisée au bout d'une ou deux minutes comme le croyait Trousseau; que dans mon cas l'enfant n'a été rappelé à la vie qu'au bout de dix minutes et dans le cas de Baumel au bout d'une demi-heure ou trois quarts d'heure, une fois; au bout d'un quart d'heure une autre fois. Je suis persuadé que dans le cas que j'ai rapporté l'enfant aurait pu guérir si la mère avait persisté plus longtemps à faire la traction de la langue.

SUR LE TANNIGÈNE

Par le Dr L. POUSSIÉ, d'Onzain (Loir-et-Cher)

Dans son numéro du 28 juillet 1897, la *Médecine Moderne* publiait un article du Dr J. Comby, médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades, sur l'emploi du tannigène dans le traitement des diarrhées du premier âge. Cette communication a paru pendant que je poursuivais, depuis près de six semaines, une expérimentation systématique de ce médicament. Aux constatations favorables du maître, je suis heureux d'ajouter mon témoignage.

Mes observations portent sur 42 cas, tant dans ma circonscription d'inspection des enfants du premier âge que dans ma clientèle. Elles sont relatives à des enfants de 6 semaines à 18 mois et élevés au biberon. En outre, j'ai administré le tannigène à deux tuberculeux parvenus à la période ultime de la cachexie et là encore j'ai pu constater un résultat favorable, mais passager, étant donné l'état général des malades.

Le tannigène que j'ai employé a été gracieusement mis à ma disposition par M. F. Bayer; c'est une

poudre fine, d'un blanc grisâtre, à odeur faiblement acétique, presque sans goût. Le tannigène, tannin diacétylé, est insoluble dans l'eau, et se dissout dans un milieu alcalin. Les enfants le prennent très facilement soit en suspension dans l'eau, soit mélangé aux aliments. Un seul a refusé de le prendre dans de l'eau et l'a très bien accepté incorporé dans du miel.

Dans tous les cas où j'ai administré le tannigène, il s'agissait de diarrhée abondante, à odeur aigre et fétide, et verdissant à l'air; j'ai souvent recherché la réaction biliaire par l'acide azotique. Dans ces cas de diarrhée par polycholie, de beaucoup les plus fréquents dans les premiers mois de la vie, par suite d'une alimentation mal réglée, le tannigène a donné rapidement d'excellents résultats. Je citerai notamment une fillette de 6 semaines, élevée au biberon et qui, après une série de plus de 20 selles liquides, porracées, avec vomissements, a eu, au bout de 24 heures de diète hydrique et d'administration de 15 centigr. de tannigène de 4 en 4 heures, des selles moulées normales. Chez tous les autres enfants atteints soit de diarrhée estivale, soit de diarrhée par polycholie, j'ai pu constater une très rapide amélioration. Chez tous j'ai systématiquement prescrit la diète hydrique (eau bouillie froide à volonté), à l'exclusion de tout autre aliment ou boisson. Et je n'ai eu à enregistrer qu'excellents résultats.

J'ai employé des doses variant, suivant l'âge, de 15 à 30 centigrammes administrés de 3 en 3 heures ou de 4 en 4 heures. De plus, j'ai fait continuer le médicament pendant un jour ou deux après guérison. Les rechutes ont été traitées de la même manière et avec le même succès.

L'athrepsie, la diarrhée infectieuse (choléra infantile) ne sont point améliorées par le tannigène. Celui-ci s'adresse donc, mais avec une efficacité assurée, aux diarrhées ordinaires, si fréquentes pendant l'été chez les enfants élevés au biberon, et dont l'alimentation est ou trop abondante, ou mal dispensée, chez ceux aussi dont le foie fonctionne mal (polycholie).

Le tannigène n'occupe pas encore dans la thérapeutique la place qu'il mérite. Mentionné avec éloges dans le traité de clinique thérapeutique de G. Lyon, dans le formulaire de Bocquillon-Limousin, etc., etc., le tannigène a été l'objet de communications intéressantes. Le Dr Moncorvo (communication à l'Académie de Médecine de Paris, 1896), l'appelle un astringent idéal dans les diarrhées infantiles. La presse médicale étrangère a publié un grand nombre d'attestations favorables.

Pour ma part, je proclame les bons effets de ce médicament que j'emploierai avec la certitude à peu près constante du succès dans les diarrhées infantiles aiguës ou chroniques. M'appuyant sur 42 observations concluantes, je résume ainsi mon opinion sur le tannigène.

1. Le tannigène est bien accepté par les enfants. Il ne provoque aucun trouble gastro-intestinal.

2. A la condition d'être aidé par un régime diététique sévère, pour éviter toute fermentation intestinale ou gastrique, le tannigène agit très rapidement dans les diarrhées infantiles.

3. On doit en continuer l'emploi après guérison.

4. Les doses varient de 10 à 30 centigr. suivant l'âge et doivent être répétées de 6 à 8 fois par jour.

BIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU GONOCOQUE

par le D^r BOUREAU

Que le praticien ignore la technique des cultures et la dissociation des parasites contre lesquels il a à défendre ses malades, qu'il ne connaisse ni leurs réactions expérimentales sur les animaux, ni leurs réactions biologiques dans les différents milieux, il n'y a là rien que de naturel. L'horizon scientifique est tellement élargi qu'il est impossible à tout médecin d'embrasser la totalité des sciences médicales ; il doit circonscrire ses évolutions scientifiques.

Mais depuis que la bactériologie a déplacé l'étiologie classique, il est un ordre de connaissances qu'il ne peut ignorer lorsqu'il assiste à l'évolution d'une maladie infectieuse.

Il doit connaître le mécanisme de cette infection, il doit savoir quelle est la vie pathologique de la bactérie en cause, quelles sont ses réactions sur le terrain humain, comment elle y naît, comment elle y pullule, comment elle y meurt et quelles réactions curatives lui oppose l'organisme atteint.

Il doit savoir en un mot la biologie pathologique du microbe en cause, sous peine d'assister en spectateur ignorant au drame qui se déroule chez son malade.

Toutes les études de laboratoire, cultures, inoculations, etc... n'ont qu'un but final, connaître les lois de la vie des bactéries dans notre organisme.

Ces connaissances ont donc pour le praticien une portée essentiellement pratique puisqu'elles éclairent d'une clarté féconde et le pronostic et la thérapeutique.

On peut essayer d'appliquer au gonocoque cette façon de comprendre les résultats acquis de la bactériologie.

On est ici en présence d'une bactérie qui jusqu'ici ne semble que végéter ou mourir en dehors de l'organisme humain. Sa culture sur les différents milieux a été longtemps difficile et il a fallu pour réussir employer soit du sérum humain, soit enduire de sang les surfaces des milieux.

Le gonocoque ne vit que difficilement ou peu longtemps en dehors de ce terrain.

Au delà de 48 heures, du pus blennorrhagique déposé sur une lamelle de verre ne contient plus de gonocoques vivants.

Il semble donc bien que le mode de contagion doit se faire d'organisme à organisme.

Mais alors cette contagion devient facile lorsque la bactérie trouve un terrain vierge que des atteintes antérieures n'ont pas plus ou moins immunisé.

La température optima de culture est 37°. Neisser a démontré que le gonocoque perd sa virulence et la faculté de se reproduire à une température de 45°. Callori, de son côté, a constaté que l'urèthre masculin supporte aisément cette température et que l'urèthre de la femme peut encore supporter deux degrés de plus.

Faits à retenir qui peuvent être utilisés pour la thérapeutique.

Le gonocoque agit surtout par l'intermédiaire d'une toxine qu'il secrète.

Virus très virulent et qui possède un pouvoir pyogène très intense.

L'injection de quelques gouttes de cette toxine dans l'urèthre d'un homme indemne d'infection blennorrhagique antérieure (1) est suivie très rapidement d'une sensation de picotements et de cuisson.

Deux à trois heures après l'injection, on peut déjà exprimer une goutte de pus uréthral. La durée de l'écoulement dépend de la quantité de toxine injectée. Elle dure de 24 à 48 heures pour quelques gouttes. Les sensations douloureuses sont identiques à celle de la véritable blennorrhagie. L'examen microscopique montre que la toxine commence par attaquer l'épithélium cylindrique et la muqueuse, et que cette destruction est suivie de l'extravasation de globules blancs formant la sécrétion purulente. La régénération de l'épithélium se fait rapidement.

..

L'infection par le gonocoque se divise au point de vue de l'évolution en trois stades très nets.

Pendant la *première période*, phase d'incubation, il reste silencieux, se cantonne non à la superficie des muqueuses mais s'infiltré dans les premières couches des cellules épithéliales, les envahit, se loge dans les conduits et les culs de sacs glandulaires et commence sa prolifération.

Les milieux acides sont loin de lui déplaire, il n'y a donc rien d'étonnant qu'il végète dans une muqueuse continuellement irriguée par l'urine acide.

Il semble au contraire que les milieux alcalins lui soient nuisibles, c'est probablement une raison du succès relatif du bi-carbonate de soude dans la blennorrhagie. Il a pour effet, à doses importantes, d'alcaliniser l'urine.

C'est encore pour cette raison, comme nous le verrons plus loin, qu'on le décèle difficilement chez la femme dans le vagin dont la réaction est alcaline alors qu'il prolifère dans l'urèthre à réaction acide.

Dans cette première période la culture trop jeune n'a pas encore élaboré de toxines nécessaires pour donner la purulence.

La *seconde période* débute par la nécrose des cellules épithéliales. Attaquées par la toxine, elles se déta-

(1) — J. de Christmas. — Congrès de Moscou, 1897.

chent, laissent la surface à nu et donnent passage aux premiers leucocytes. C'est le début de la purulence, début qui se fait d'emblée sans ce prétendu écoulement muqueux qu'on a si longtemps décrit. Observez les malades avec soin et dans une blennorrhagie vraie vous ne le constaterez jamais.

La blennorrhagie débute toujours par la goutte purulente, c'est un fait; et si l'on assiste à une période d'écoulement muqueux notable, il y a lieu de douter de l'origine gonococcique.

On voit déjà quelles illusions se faisaient nos aïeux quand ils cherchaient à instituer un traitement abortif.

Il est probable qu'ils n'obtenaient de succès que lorsque l'écoulement était dû à une infection vulgaire.

Diday, un de ses promoteurs, avoue qu'il ne réussissait qu'avec des écoulements séreux ou muqueux « si l'écoulement est déjà purulent il est trop tard pour agir. »

Les vraies blennorrhagies ne peuvent être guéries même à leur début par un traitement unique et rapide. Pendant la période d'incubation le gonocoque a déjà eu le temps de pénétrer en profondeur, il est illusoire de chercher à l'atteindre en surface.

Il n'y a qu'un seul traitement qui mériterait le nom d'abortif, ce serait un lavage antiseptique immédiatement après le coït suspect.

Dès le début de cette période de purulence, si on examine au microscope les premières sécrétions, on trouve le parasite logé dans les cellules épithéliales, tout au plus dans l'intérieur de quelques leucocytes isolés.

Mais dès la fin du second jour, il pullule dans les globules blancs; un seul peut en contenir jusqu'à 80 ou 100, habituellement on en compte de 10 à 40. Peu à peu la période aiguë s'accroît, la muqueuse est desquamée, on ne trouve plus de cellules épithéliales, le nombre des globules blancs envahis augmentent. Le parasite prospère dans l'épaisseur de la muqueuse. Le pus est vert ou rouillé suivant la proportion de globules rouges.

Au bout d'un certain temps plus ou moins long, suivant le terrain, le parasite après avoir envahi plus ou moins finit par infecter le milieu où il vit, il ne pousse plus, le terrain est devenu réfractaire.

On peut prendre pour comparaison ce qui se passe dans les cultures de deux bactéries le typhique et quelques staphylocoques. Lorsque vous nettoyez aussi complètement que possible la surface d'un tube de gelose, si vous la réensemencez de nouveau, la culture ne se fait plus, le terrain est infertile.

A cette époque qui marque le début de la *troisième période*, les leucocytes deviennent rares, la surface épithéliale a tendance à se reconstituer, on ne trouve plus au microscope que des cellules épithéliales surchargées de gonocoques et des globules blancs.

Ces différences ont une telle netteté qu'il est possible de caractériser ces périodes par le seul examen du microscope.

Arrivée à ce moment, l'infection si elle n'a pas trouvé un terrain favorable, si elle n'a pas subi l'influence de causes provocatrices, disparaît peu à peu, la muqueuse se repose et ne secrète comme dernier vestige de ses lésions qu'un peu de mucus contenant de rares cellules.

Il est loin d'en être toujours ainsi et, la plupart du temps, il se passe un phénomène fréquent dans les maladies infectieuses. Il surgit une *infection secondaire*.

Le terrain bien qu'impropre à la floraison du gonocoque a perdu sa résistance naturelle à l'envahissement par d'autres bactéries.

Le gonocoque en pleine vigueur était exclusif, il exerçait une influence annihilante sur les autres bactéries, affaibli, il ne défend plus sa conquête et à côté de lui viennent s'installer une foule de parasites.

En dehors des pyogènes ordinaires, un de ces compagnons les plus fréquents est le *bactérium coli*.

Le rôle de ces bactéries a été du reste très nettement indiqué. Ce sont elles qui sont la cause des complications secondaires, engorgements ganglionnaires, cystites, néphrites ascendantes, etc.

..

Il ne faut pas croire que le gonocoque ait disparu parce qu'il ne donne plus de phénomènes purulents ou que ces phénomènes ne consistent plus qu'en la goutte du matin. Il vit encore à l'état *latent*. Cantonné dans les glandes périurétrales il sommeille, inactif mais mêlé à toutes les sécrétions, il est prêt à contaminer le premier terrain vierge qu'il rencontrera.

Pour n'en donner qu'une seule preuve, il est fréquent de le constater encore dans de nombreux cas d'urétrite chronique, 6 mois, un an, 2 ans après la blennorrhagie.

Sur 34 cas de formes chroniques très anciennes Henry Hermann (1) la trouve 9 fois soit 20, 55 0/0.

Chez la femme il se localise à cette période torpide surtout dans le col de l'utérus, dans l'urèthre, la couche superficielle des petites lèvres et les glandes de Bartholin. Il n'aime pas le vagin, dont les sécrétions sans être pour lui bactéricides ne lui sont pas favorables.

On le constate dans les cellules épithéliales desquamées plutôt que dans les sécrétions. Si on veut l'obtenir il ne faut pas s'adresser à ces mucosités, il faut râcler la muqueuse du col ou la muqueuse uréthrale et le chercher dans les éléments épithéliaux.

On voit combien est illusoire l'examen purement clinique des prostituées. La disparition ou l'absence des signes cliniques d'une gonorrhée n'implique nullement la disparition du gonocoque et l'absence de danger d'infection (2).

(1) Henry Hermann. — *Medical record*, 19 novembre 97.

(2) E. Tinger. *Wien. Klen. Wochenschr.* 97, 21 janvier.

C'est là l'origine de ces blennorrhagies contractées avec des femmes dont l'examen le plus minutieux n'a rien révélé.

Si encore chez la femme le gonocoque se bornait soit pendant cette période latente, soit pendant les phases d'un envahissement aigu à ne contaminer que ces vestibules des organes utérins, le mal serait peu grave, mais depuis quelques années on a démontré qu'il envahit beaucoup plus profondément et qu'il est alors la cause jusqu'alors ignorée de lésions graves.

L'histoire est toujours la même, elle se répète avec une désespérante fréquence. — Un malade guéri incomplètement d'une uréthrite chronique, dans les sécrétions de laquelle se trouve côte à côte le gonocoque et les bactéries d'infection secondaire, se marie. — La jeune femme contaminée ne réagit contre le parasite que d'une façon insignifiante.

A la suite d'une période de léger écoulement qui passe inaperçu, ou est mis sur le compte d'une leucorrhée banale, le gonocoque s'installe dans le col, remonte dans l'utérus, pénètre dans les trompes en suivant leur lumière (1); il aborde l'ovaire, ne pénètre pas dans son épaisseur, n'entre en contact qu'avec sa surface qui s'enveloppe alors d'une coque scléreuse (2). — Il se produit parfois d'emblée une stérilité définitive.

Si son action pyogénique a été plus intense, on a assisté à ces ovarites, à ces salpingites des premières années du mariage, mais en fait, le résultat est le même.

Le gonocoque est un agent puissant de stérilité, on ne saurait trop le dire.

Chez l'homme, il donnera les orchites doubles, les ferculites qui sans être tout aussi apparentes n'en sont pas moins une cause de stérilité.

Chez la femme, il provoquera les endométrites, les salpingites, les ovarites à lésions scléreuses aboutissant à la même conséquence.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Séance plénière de l'Association et du Syndicat Médical d'Indre-et-Loire

Les deux Sociétés professionnelles se réunirent à Tours, le samedi 30 octobre, 35, rue de la Scellerie, pour s'occuper du procès du Dr Laporte en assemblée plénière.

Étaient présents plus de 40 médecins du département dont les noms sont publiés dans la souscription en faveur du Dr Laporte.

S'étaient excusés MM. Salutrinsky, Foy.

Le président de l'Association prend la parole pour exprimer l'émotion ressentie par tout le corps médical à la lecture des débats de l'affaire Laporte.

L'assemblée, pense-t-il, a un double devoir à remplir :

Envoyer au Dr Laporte l'expression de ses sentiments d'estime ;

Exprimer au Dr Pinard la reconnaissance du corps médical pour sa courageuse initiative.

Après un court échange d'observations sur la rédaction à adopter, l'assemblée vote à l'unanimité les deux adresses suivantes, qui seront transmises aux docteurs Laporte et Pinard :

1^o L'Association Médicale et le Syndicat des médecins d'Indre-et-Loire, réunis en assemblée générale adressent à leur honorable confrère le Dr Laporte l'expression de leur estime et de leur profonde sympathie ;

2^o L'Association Médicale et le Syndicat des médecins d'Indre-et-Loire, réunis en assemblée plénière, envoient à M. le professeur Pinard le témoignage de leur reconnaissance et leurs sincères remerciements, pour l'initiative généreuse qu'il a prise dans la défense du Dr Laporte.

Plusieurs membres proposent de voter une certaine somme pour le Dr Laporte en témoignage d'aide et de sympathie. A l'unanimité une somme de cent francs est votée au nom de l'Association et une de cent francs au nom du Syndicat.

Le bureau des deux Sociétés propose ensuite aux membres présents de souscrire personnellement une somme dont le maximum, suivant la proposition de la *Presse Médicale*, ne devra pas dépasser 5 francs.

La souscription restera ouverte pendant un mois dans la *Gazette Médicale du Centre* où les listes seront publiées. Les listes et l'argent seront envoyés à la *Presse Médicale*.

L'Association vote ensuite l'admission à l'unanimité des docteurs : Magnan (de Tours), Joulia (de Tours), Pitot (de Reugny).

Séance du Syndicat

M. le Dr H. Thomas donne la parole au secrétaire général qui lit le compte rendu de la dernière séance qui est adoptée.

MM. les Drs Joulia et Magnan (de Tours), Pitot (de Reugny) sont admis à l'unanimité.

M. le Dr Fourchault (Châtillon-sur-Indre) soumet au Syndicat le cas suivant : « Un monsieur ayant maisons de ville et de campagne m'a fait appeler près de lui à 23 kil. de ma demeure alors qu'il habitait à 3 kil. de Loches. J'ai fait sept visites et ai dû de plus lui enlever avec les doigts des matières fécales. J'ai réclamé pour cela 350 fr. Les héritiers refusent de payer. Je ne demande que 1 franc par kilomètre aller et retour soit 46 fr. par visite, le reste pour l'opération désignée. Veuillez me dire ce qu'en pensent mes confrères du syndicat. »

Le syndicat estime que le prix de l'opération est plutôt modéré, que celui de la visite est au-dessous du prix adopté pour les visites à grande distance qui est de 10 francs par lieue et qu'en conséquence les honoraires réclamés par le Dr Fourchault ne devraient pas être discutés.

(1) Contribution à l'étude de la bactériologie des salpingo-ovarites.
95. — Reymond.

(2) Reymond. — *Loc. cit.*

M. le président a reçu du docteur Foy (de Tours) une lettre dont il donne lecture.

« Rappelant un vote émis par le Conseil des professeurs à l'instigation du Directeur de l'Ecole en faveur de la prorogation dans ses fonctions de suppléant de M. Augis », [M. le Dr Foy demande que le Syndicat vote un ordre du jour de blâme à propos de cette mesure qui lui paraît difficile à justifier.

M. le président déclare que la demande du Dr Foy ne peut être admise sans restrictions, le Syndicat ne peut prendre le droit d'infliger un blâme aux professeurs de l'Ecole de Médecine.

M. le Dr Louis Thomas intervient pour demander que le Syndicat refuse de s'occuper de cette question. Le Syndicat n'a pas à connaître ce qui se passe au Conseil des professeurs ; l'Ecole est seule juge de ses intérêts et suffit à sauvegarder sa dignité.

Du reste quoi que fasse le Syndicat, M. Augis est nommé pour trois ans et restera dans ses fonctions.

Un certain nombre de membres du Syndicat déclarent alors que s'ils s'associent aux restrictions du président, ils ne peuvent admettre les affirmations du Dr L. Thomas. Le Syndicat doit s'occuper des intérêts professionnels, et a déjà eu l'occasion de déclarer que la présence à l'Ecole de Médecine du Dr Augis, qui ne pratique pas la médecine comme la pratiquent les membres du Syndicat, blesse dans leurs sentiments de délicatesse professionnelle, tous les médecins du département. MM. Delagenière et Lapeyre insistent sur la faveur exceptionnelle accordée à M. Augis. La prorogation a pour résultat d'annuler le concours et de barrer la route à un confrère muni du diplôme de licencié ès-sciences et tout prêt à concourir.

M. le Dr Boureau propose alors au Syndicat de voter un vœu conçu en ces termes : « Le Syndicat médical d'Indre-et-Loire exprime le regret que M. Augis, pharmacien et docteur en médecine, exerçant simultanément les deux professions — cumul que la loi tend à supprimer comme contraire à l'honorabilité des deux professions — ait été prorogé par la suppression d'un concours dans ses fonctions à l'Ecole de médecine alors que des candidats se présentaient. »

M. le président relit cet ordre du jour et demande le vote qui est prononcé à la presque unanimité des suffrages.

M. le Dr Meunier explique que s'il n'a pas voté cet ordre du jour, c'est qu'il le considère comme un blâme indirect pour le conseil des professeurs.

M. Delagenière, répond que c'est en raison de la signification même de blâme qu'il lui considère qu'il a voté l'ordre du jour.

M. le Dr Herzemberg demande qu'à l'exemple d'un grand nombre de Syndicats, on vote une somme de 50 francs pour la caisse de Défense professionnelle créée par l'Union des Syndicats.

M. le président demande que la question soit préalablement étudiée par le bureau qui présentera un rapport à la prochaine séance.

M. le Dr Lemoine (de Vouvray) a à se plaindre des

agissements d'un confrère voisin. Il devra adresser sa plainte au bureau qui, après avoir entendu le confrère incriminé, portera la chose, s'il y a lieu, devant le Syndicat.

Le Dr Tulasne (de Montlouis) se plaint que deux confrères ne faisant pas partie du Syndicat, MM. Mercier et Dupuy, lui font une concurrence déloyale en proposant à la Société de secours mutuels de St-Martin-le-Beau un tarif dérisoire, et faisant chaque jour des incursions dans sa clientèle, sous prétexte de visites aux membres de cette Société.

Le Syndicat décide que les confrères en question seront appelés devant le bureau qui fera un rapport au Syndicat. Les mesures les plus rigoureuses seront prises, s'il le faut.

M. Lemoine, en son nom et en celui de M. de Grailly, demande que le Syndicat écrive à la Société de Rochecorbon que les médecins, n'ayant pas le droit de fournir des médicaments, ne fourniront plus de médicaments les sociétaires.

Le Syndicat décide que les médecins de Vouvray doivent d'abord aviser la Société, sauf au Syndicat à leur fournir son appui.

M. Herzemberg (de l'Isle-Bouchard), dépose des documents relatifs au rebouteur de Chinon dont il a été question dans la dernière séance.

Il faut que les médecins de Chinon fournissent d'autres pièces à conviction.

Le Syndicat procède alors au renouvellement de son bureau.

M. H. Thomas est nommé président.

MM. Bézard et Durand, vice-présidents.

M. Chaumier ne voulant pas être renommé secrétaire-général, M. Lapeyre est chargé de ces fonctions.

M. Thierry est nommé secrétaire-adjoint, M. Paul Archambault, trésorier, et MM. Roux, Fischer et Stecevicz, membres de la commission administrative.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

BIOPHORINE — Saccharolé à base de kola, glycérophosphate de chaux, coca, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

FLOREINE — Crème de beauté hygiénique ne contenant aucune substance grasse ou nuisible.

A. GIRARD, 22, rue de Condé, Paris.

Echantillons offerts aux membres du Corps médical.