

ASILE GATIEN DE CLOCHEVILLE

STATISTIQUES MÉDICALE ET CHIRURGICALE

Par M. le D^r BEZARD et M. le D^r BOUREAU

Les fondations hospitalières, assez fréquentes à Paris, ne sont pas encore nombreuses en province, et c'est faire œuvre utile que de montrer aux fortunés quels services peuvent rendre des richesses sagement employées au soulagement de ceux qui à l'autre extrémité de l'échelle sociale n'ont à leur disposition, quand la maladie les étreint, ni ressources, ni feu, ni lieu.

C'est, en outre, acquitter envers les cœurs généreux qui ont eu d'aussi nobles desirs une dette de reconnaissance à laquelle sont tenus par les liens communs de l'humanité, et ceux qui sont secourus, et ceux qui ont été appelés à la mise en œuvre d'un devoir social si largement compris.

C'est remplir ce double but que de tracer un tableau rapide de l'installation hospitalière dont a doté la ville de Tours la générosité de Mme de Clocheville et de sa famille et de faire toucher du doigt les fruits que porte ce don qu'inspira l'amour des enfants deshérités.

L'Asile de Clocheville, qui n'a pas reçu le nom d'hôpital dans le but d'éloigner de l'esprit des familles les sombres préjugés qu'elles attachent à cette étiquette, est installé dans l'ancien hôtel de Mme de Clocheville. Le jardin donne sur un des quartiers de Tours les plus richement habités. Cette situation, comme l'a fait remarquer M. Heinrich, doyen de la Faculté de Lyon, est « comme l'emblème de cette fondation intelligente qui doit rapprocher ceux qui souffrent de ceux qui font le bien. »

Rien ne rappelle moins, avec ses constructions du XVIII^e siècle, ses corridors garnis de la longue suite des portraits de la famille de Clocheville, son parc aux grilles somptueuses, aux larges pelouses, aux ombrages touffus, les installations hospitalières habituelles.

L'ensemble éveille le souvenir de ces hôpitaux d'enfants que j'ai visités à Londres et desquels on a systématiquement évité ce qui peut éveiller l'idée d'une prison; qu'on entoure de fleurs, de jardins, à qui on a donné l'aspect frais, coquet, d'une habitation bourgeoise confortable.

Je passe sous silence les services accessoires, tels que la buanderie, les séchoirs, les cuisines, l'hydrothérapie dont la plus grande partie installée par la fondatrice réalise d'une façon luxueuse ce que peut réclamer l'hygiéniste le plus intransigeant.

Les salles de malades divisées par pièces de 4, 6, ou 10 lits sont reliées entre elles par deux corridors.

Au rez-de-chaussée le service de médecine; au premier étage le service de chirurgie.

Dans un autre bâtiment sont installés le service de scarlatine, le service de rougeole et enfin plus isolé le service de diphtérie. A part ce dernier qui demande à être complété, les pièces, à surfaces peintes, sont bien aérées, claires, d'un aspect gai. Le mobilier très

simple, facile à désinfecter, comprend des lits à sommiers ouverts démontables, des tables de nuit à tablettes et à portes de verre permettant la surveillance du contenu.

L'ensemble donne un chiffre de 150 lits, y compris l'augmentation de 10 nouveaux lits attribués depuis le 1^{er} janvier au service de chirurgie.

Lits réellement occupés pour les services courants puisque la population flotte toujours entre 100 à 115 malades.

Le Comité d'administration en présence du nombre croissant d'hospitalisés et afin de leur donner un cube d'air plus considérable, a récemment décidé la construction d'une aile au nord du parc. Exposés au midi, ces nouveaux bâtiments pourvus d'une veranda permettront de faire bénéficier nos tuberculeux d'une cure d'air presque continuelle et d'atteindre pour les autres lits le chiffre de 30 m. c. qu'on doit réclamer pour un lit d'enfant.

On ne peut que rendre hommage à l'intelligence et au soin avec lequel le Comité d'administration et en particulier son président, M. Faucheux, ont adapté, sans lui enlever son cachet, aux exigences de ses nouveaux habitants cet hôtel pour lequel ses architectes n'avaient pas prévu une pareille destination.

Les enfants sont habillés complètement par l'Asile, ils ont à leur disposition les préaux en temps de pluie, le parc et les ombrages pendant leur convalescence. Une alimentation variée, très soignée, des jouets, tout concourt à leur rendre le séjour agréable.

Je ne sais où j'ai entendu reprocher à Clocheville cette recherche du confortable, de la nourriture et des installations. On prétendait que pour des enfants de classe pauvre il était illogique de les placer au milieu d'un luxe relatif alors qu'au retour dans la famille ils seraient de nouveau réduits à leur taudis et à la table paternelle souvent insuffisante.

Je m'explique mal ces critiques. Ces quelques jours passés dans l'abondance sont d'autant mieux goûtés par ces pauvres enfants qu'ils sont habitués à la misère, et il suffit de voir ces visages souffreteux et tristes sortir roses et gais pour apprécier à sa juste valeur l'idée généreuse qui a cherché à répandre sur ces vies noires un rayon de soleil.

Il est juste, du reste, de constater que cet ensemble, grâce à une sage et économe administration, est obtenu avec le minimum de frais possibles.

La journée de malade y compris toutes les dépenses de l'hôpital est revenue en 1898 à 1 fr. 34 et en 1899 à 1 fr. 27.

En regard du résultat obtenu ces chiffres peu élevés sont suffisamment éloquentes.

STATISTIQUE DU SERVICE DE MÉDECINE DE L'ASILE GATIEN DE CLOCHEVILLE POUR L'ANNÉE 1899

Par le D^r BEZARD, médecin en chef

Le relevé des malades entrés à l'asile pendant l'année 1899 nous permet de constater qu'il y a eu une

diminution assez notable et au point de vue des journées (21758 au lieu de 24972) et au point de vue des entrées (388 au lieu de 489.)

Le nombre des garçons a été de 149 et celui des filles de 239.

Nous n'avons eu à signaler que 12 coqueluches, 3rougeoles et 8 scarlatines. Ce qui explique la quantité moins grande des enfants traités.

Par contre, nous avons constaté une augmentation sensible des embarras gastriques et des fièvres typhoïdes surtout pendant les mois d'août et de septembre.

RÉSULTATS OBTENUS

Guérisons.	341
Améliorations	36
États stationnaires	5
Morts	6

Dans le total des améliorations sont compris 29 cas de tuberculose.

États stationnaires. — Un épileptique est sorti dans la même situation qu'à son entrée. Deux enfants ont été repris par les parents au bout de quelques jours; deux malades atteints de bronchite bacillaire ont quitté l'asile sans changement appréciable.

Causes des décès.

Tuberculose pulmonaire chronique, 3.

Méningite tuberculeuse, 3.

Sur 388 malades nous avons donc eu six décès, ce qui donne une moyenne de 1, 80 0/0.

Si nous faisons deux catégories nous obtenons les chiffres suivants :

Tuberculose. — 37 cas, 6 décès, moyenne, 16, 21 0/0.

Maladies aiguës. — 351 cas; pas de décès.

CLASSIFICATION

I. Maladies générales

1^o Maladies dont l'origine microbienne est démontrée actuellement.

A. Grippe. — 6 cas, 6 guérisons.

B. Dothiéntérie. — 35 cas, 35 guérisons, trois enfants ont eu de graves complications du côté des poumons.

C. Coqueluche. — 12 cas, 12 guérisons, quatre malades ont eu la broncho-pneumonie et un une double bronchite.

D. Rougeole. — 3 cas, 3 guérisons.

E. Scarlatine. — 8 cas, 7 guérisons. La 8^e enfant a été reprise par les parents au bout de trois jours.

G. Diphtérie. — 1 cas, 1 guérison.

H. Erysipèle. — 1 cas, 1 guérison.

2^o Maladies dont l'origine microbienne n'est pas nettement démontrée actuellement.

A. Rhumatisme articulaire aigu. — 9 cas, 8 guérisons et une amélioration.

B. Erythème noueux. — 3 cas, 3 guérisons.

C. Anémie. — 22 cas, 20 guérisons, 1 amélioration,

1 état stationnaire, sortie trop tôt sur la demande des parents.

3^o Maladies cutanées :

A. Impétigo.

a. Impétigo parasitaire. — 12 cas, 12 guérisons.

b. Impétigo non parasitaire. — 28 cas, 28 guérisons.

23 du cuir chevelu ;

3 de la face ;

3 généralisé.

B. Eczéma. — 5 cas, 5 guérisons; moyenne du traitement, 40 jours.

C. Teigne tondante. — 6 cas, 6 guérisons; durée du séjour, 90 jours.

D. Pelade. — 2 cas, 1 guérison, une amélioration; moyenne du traitement, 86 jours.

E. Purpura. — 1 cas, 1 guérison.

II. Maladies locales

1^o Maladies de l'appareil digestif :

A. Aphtes. — 3 cas, 3 guérisons.

B. Angine.

a. Amygdalite. — 10 cas, 10 guérisons.

C. Embarras gastrique. — 52 cas, 52 guérisons.

D. Dyspepsie nervo-motrice. — 13 cas, 13 guérisons.

E. Hyperchlorhydrie. — 2 cas, 2 guérisons.

F. Dilatation de l'estomac. — 1 cas, 1 guérison.

G. Diarrhée par vice d'alimentation. — 4 cas, 4 guérisons.

H. Entérite.

a. Aiguë. — 1 cas, 1 guérison.

b. Chronique. — 8 cas, 8 guérisons.

I. Ictère catarrhal. — 3 cas, 3 guérisons.

J. Cirrhose hypertrophique du foie. — 1 cas, 1 guérison.

K. Dysenterie. — 1 cas, 1 guérison.

2^o Maladies de l'appareil respiratoire :

A. Bronchite aiguë. — 39 cas, 39 guérisons.

B. Broncho-Pneumonie. — 11 cas, 11 guérisons; un enfant était atteint en même temps de néphrite chronique.

C. Pneumonie. — 8 cas, 8 guérisons, quatre à droite; deux à gauche; deux doubles.

D. Pleurésie. — 1 cas, une guérison.

E. Tuberculose pulmonaire. — 25 cas, 20 améliorations, 2 états stationnaires, 3 décès.

F. Emphysème pulmonaire. — 1 cas, une amélioration.

3^o Maladies de l'appareil circulatoire :

Endocardite chronique. — 1 cas, 1 amélioration.

4^o Maladies de l'appareil génito-urinaire :

A. Vulvo-vaginite :

a. Avec gonocoques. — 13 cas, 13 guérisons.

b. Sans gonocoques. — 1 cas, 1 guérison.

B. Néphrite chronique. — 4 cas, 3 guérisons, 1 amélioration.

5^o Maladies du système nerveux :

A. Chorée. — 10 cas, 10 guérisons.

- B. *Épilepsie*. — 1 cas, pas d'amélioration.
 C. *Paralysie infantile*. — 2 cas, 2 guérisons.
 D. *Méningite tuberculeuse*. — 4 cas, 3 décès, 1 amélioration.
 E. *Zona*. — 3 cas, 3 guérisons.

6° *Maladies de l'appareil auditif* :

H. *Otite moyenne*. — 1 cas, 1 guérison.

Un garçon a été conduit à l'asile Gatien de Clocheville, présentant des phénomènes d'empoisonnement, dont la cause a été mal déterminée, il est sorti guéri après quelques jours seulement de traitement.

STATISTIQUE DU SERVICE DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1899

Par le D^r BOUREAU, chirurgien en chef

Le service de chirurgie est à Clocheville de date plus récente que le service médical.

Depuis son installation (juillet 1894), il fut dirigé par notre regretté confrère le D^r Hippolyte Thomas jusqu'au 1^{er} janvier 1899. La statistique actuelle comprend la période écoulée entre le 20 décembre 1898, date à laquelle la maladie obligea le chef de service à cesser ses soins jusqu'au 20 décembre 1899.

L'ensemble des salles contenait 40 lits, ce nombre depuis le 1^{er} janvier 1900, en raison du nombre croissant des malades, a été porté à 50.

Ces lits sont répartis en 8 salles séparées : 4 affectées aux filles, 4 aux garçons.

2 de ces salles sont réservées aux opérés.

Du côté des garçons une salle est affectée exclusivement aux tuberculeux, c'est là le début d'une amélioration que compléteront les futures constructions. Nous avons demandé que chaque section du service comprenne une salle d'opérés, une salle de tuberculeux, un réfectoire, et des salles communes.

La salle d'opération est vaste, suffisamment éclairée. Elle contient des appareils de stérilisation : étuve, autoclave, marmites, bouilloires.

L'instrumentation a été complétée et nous devons constater que l'administration a été très large dans l'achat de l'outillage. Nous possédons un galvanocautère bien installé, une batterie de piles à courants continus, les instruments nécessaires pour l'intubation, les opérations osseuses, etc...

Un cabinet de photographie avec son appareil est annexé au service et nous permet de conserver le souvenir des interventions intéressantes.

Le service est assuré pour les soins médicaux par deux sœurs dont l'une fait fonctions d'interne. Elles pratiquent la stérilisation des pansements et des instruments, assistent aux opérations, prennent les températures, les poids, exécutent les prescriptions d'électrothérapie, d'orthopédie.

Afin d'éviter les pertes de temps, chaque jour de la semaine en dehors de la visite a sa tâche particulière.

Le lundi et le jeudi sont plus spécialement réservés

aux opérations importantes; le mardi et le vendredi sont consacrés à l'examen des maladies d'yeux, d'oreilles et du nez; le mercredi et le vendredi sont réservés aux pansements.

A moins de circonstances exceptionnelles, aucun pansement n'est pratiqué dans les salles, les enfants sont placés sur un lit roulant, amenés successivement à la salle d'opération et pansés soit par le chef de service, soit sous ses yeux.

Il y a là une lacune à combler; une salle spéciale aux pansements serait nécessaire; nous espérons que les futures installations nous la donneront. Pour le moment grâce à une propreté minutieuse, à des désinfections fréquentes au formaldéhyde, nous obtenons néanmoins une salle aseptique où il nous est permis de faire des cures radicales de hernies, des ostéotomies, etc... sans accidents.

Le service ne comporte pas que les soins donnés aux enfants hospitalisés; un service externe nous a permis d'élargir l'action utile de l'Asile au delà de ce que comporte notre chiffre de lits. Lorsque l'enfant a chance d'être bien soigné dans sa famille, nous l'opérons à l'Asile, et nous le rendons avec un pansement le lendemain ou le jour même à ses parents qui le rapportent le mercredi et le samedi jours de pansement.

Certains soins orthopédiques, les massages, les électrisations sont également faits à jour fixe pour des enfants amenés du dehors.

Ces indications données sur le fonctionnement et l'installation du service, voici la statistique de l'année 1899.

Statistique

419 enfants ont été soignés pendant le cours de l'année. — Ils ont présenté 515 affections.

Leur traitement a donné lieu à 304 admissions et à 589 consultations.

Les journées de séjour se montent à 12,681, en augmentation notable sur l'année 1898 qui avait donné 10 749 journées.

Les résultats du traitement ont donné :

1°	Malades en traitement le 20 décembre 1898	— 48
2°	— guéris	— 366
3°	— améliorés	— 59
4°	— à l'état stationnaire	— 39
5°	— Morts	— 3

Ce nombre de décès comprend : une enfant atteinte de brûlures très étendues qui a succombé 12 heures après son entrée; un enfant atteint de tumeur blanche du genou qui succomba à une entérite tuberculeuse chronique; un enfant atteint de coxalgie suppurée dans un état déplorable. La resection de la hanche avait amélioré sa situation lorsqu'il fut enlevé 4 mois après par une tuberculose généralisée.

Ces malades se décomposent ainsi :

Tuberculoses

Ostéites	4
Mal de Pott	10

Otites	7
Coxalgies	11
Gommes	7
Adénites suppurées ou non	25
Arthrites	9
Lupus	2

Affections osseuses non tuberculeuses

Ostéites épiphysaires	9
Mastoidite	1
Ostéite syphilitique	1
Ostéomyélites aiguës ou prolongées	12
Fractures	11
Déformations osseuses des membres	13

Traumatismes

Plaies simples	33
Contusions	4
Plaies articulaires	2

Abcès, phlegmons, adénites

Cas constatés	30
-------------------------	----

Maladies des yeux

Conjonctivites	34
Blépharites	14
Kératites	46
Iritis	1
Maladies de la réfraction	10
— des voies lacrymales	1

Maladies de la gorge, du nez et des oreilles

Otites simples aiguës et chroniques	26
Rhinites	17
Végétations adénoïdes	55
Hypertrophie des amygdales	15

Néoplasmes

Tumeurs érectiles	6
Kéloïdes, cicatrices vicieuses	4
Condylomes	4
Kystes sébacés	3

Affections articulaires, tendineuses

Arthrites	2
Hydrarthroses	4
Arthropathies hystériques	2
Difformités articulaires	4
Pieds bots	8
Luxations congénitales	3
Déviation de la colonne vertébrale	7
Torticolis articulaire	1
Synovites	3

Affections abdominales

Appendicites	2
Hernies	6
Phlegmons iliaques	2
Prolapsus du rectum	2

Affections diverses

Septicémies	1
Corps étrangers	3
Brûlures	4
Ongles incarnés	5
Gommes syphilitiques	4
Phimosis	6
Hydrocèle	1
Anomalies du testicule	6
Paralysies infantiles	6
Rétrécissement de l'œsophage	1
Kystes hydatiques	1
Grenouillettes	3

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Le traitement de ces affections a nécessité, en n'y comprenant que les opérations sanglantes et d'une certaine importance, un chiffre d'interventions chirurgicales de 259

se décomposant en :

opérations avec ou sans anesthésie locale	154
» sous chloroforme	105
— Ouvertures d'abcès, phlegmons, adeno-phlegmons	40
— Sutures de plaies, autoplasties	6
— Curettage de plaies infectées, lupus, etc.	10
— Extraction de corps étrangers	3
— Ablation de tumeurs érectiles, keloïdes, condylomes, kystes sébacés, etc.	11
— Opération d'ongles incarnés	4
— Ablation de ganglions tuberculeux, gommes tuberculeuses, etc.	30
— Evidement d'ostéites, curettage d'arthrites tuberculeuses	16
— Trépanations d'ostéomyélites, séquestrotomies	12
— Arthrotomies	1
— Amputations	1
— Redressement de difformités articulaires	1
— Résections articulaires	2
— Redressement de gibbosités pottiques	2
— Ouvertures, curages d'abcès par congestion	3
— Trépanation mastoïdienne	1
— Curettage de végétations adénoïdes	53
— Résections de cornets, incisions du sac lacrymal, ablation d'amygdales, canthoplasties, péritomies	42
— Laparotomies, appendicites	2
— Résection de la hanche	1
— Ouverture de phlegmons iliaques	2
— Ostéotomies	9
— Ablation de kystes hydatiques	1
— Circoncision	6

Comme on doit s'y attendre dans un service d'enfants la chirurgie osseuse entre pour une large part dans les interventions. Nous la pratiquons aussi économiquement que possible, nous n'avons du reste pour l'année qu'une seule amputation à notre actif.

Dans une étude sur le traitement des difformités osseuses nous avons déjà montré avec photographies à l'appui (1) la supériorité de l'ostéotomie sur l'ostéoclasie et les beaux résultats qu'elle nous avait donnés en 1898 alors que le Dr H. Thomas occupait encore le service. Les résultats de 1899 ne font que confirmer notre opinion.

Les tuberculoses les plus variées constituent comme toujours un des principaux éléments de cette statistique.

Dans tous les cas accessibles, nous sommes partisan de la thérapeutique la plus radicale, traitant le tubercule comme une tumeur maligne quand il est encore à l'état solide, curettant, étalant, mettant au grand jour les lésions ramollies.

Une seule exception à cette règle doit être admise pour les cas où le foyer initial comme dans les coxalgies, le mal de Pott, est inaccessible. Il faut éviter dans ces cas où la cure ne peut être radicale d'ouvrir une porte aux infections secondaires. La tuberculose pure d'une coxalgie peut guérir, si elle est associée à des bactéries accessoires elle devient beaucoup plus grave. L'asepsie doit être d'autant plus rigoureuse, l'antisepsie d'autant plus énergique qu'elle s'adresse à de la tuberculose.

Un agent nous a paru posséder à ce dernier point de vue une supériorité réelle sur les autres antiseptiques. Le naphthol camphré comme pansement des tuberculoses ouvertes nous a semblé protéger ces lésions avec plus d'efficacité que les autres produits. Si parfois, même bien préparé, il est irritant, on peut l'abandonner temporairement ou ne l'employer que pour un pansement sur deux.

Nous soignons aussi scrupuleusement que possible l'hygiène de nos tuberculeux. Le beau parc de Clocheville nous permet de les aérer, de mettre en plein air nos coxalgiques et nos maux de Pott. Il serait à désirer, pour la commodité du service à ce point de vue, que les salles de chirurgie soient installées au rez-de-chaussée afin de pouvoir, suivant le temps, sortir et rentrer rapidement ces petits malades, et les faire bénéficier du moindre rayon de soleil.

L'alimentation qui leur est spécialement attribuée tend à réaliser l'hyperacidité organique qui nous a paru (2) la première étape du tuberculeux vers la guérison, et la première ligne de défense de tout organisme contre la tuberculose.

Nous donnons ci-joint le régime alimentaire qui leur est appliqué et qui semble le plus efficace à

réaliser cette hyperacidité par le réveil de l'appétit, la suralimentation et le choix des aliments.

— Alimentation où domine :

1° *Les graisses*. — Viandes grasses, porc froid, lard, jambon, rillettes, beurre, crème, sardines à l'huile, harengs, œufs, jaunes d'œufs, viandes froides avec sauces épicées et vinaigrées.

3° *Les féculents*. — Haricots, lentilles, farine d'avoine.

3° *Les sucres*. — Pâtes sucrées, plats sucrés, chocolat, confitures.

Après le déjeuner de 11 heures, une à deux cuillères à café de rhum dédoublé d'autant d'eau très sucrée.

En terminant, je désire confirmer les beaux résultats que donne le curettage des *végétations adénoïdes*; on peut sans crainte affirmer que cette intervention est une des belles conquêtes de la chirurgie moderne. Des enfants maingres, mal développés, continuellement souffrants de bronchites à répétition, de kératites, de rhinites, présentant une demi-surdité avec ou sans otorrhée sont méconnaissables un mois ou deux après l'ablation d'adénoïdes cause de tout le mal.

Parfois ce sont des atrepsiques qui ne peuvent téter et qui du jour au lendemain prennent le sein avec avidité, chez qui la diarrhée d'inanition disparaît et qui reprennent l'allure d'enfants bien portants. Nous avons eu deux cas de ce genre où le curettage du cavum a produit un effet merveilleux.

La statue élevée à Copenhague à W. Meyer qui, en 1868, créa cette synthèse pathologique et son traitement, n'est que le juste paiement d'une dette de reconnaissance.

L'AVENIR DE L'ENFANT

PORTEUR DE VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

Par le Dr Paul ARCHAMBAULT

Tous les adénoïdiens sont des retardés : ils sont retardés dans leur développement intellectuel, ils sont retardés surtout dans leur développement physique.

L'anneau de Waldeyer se dresse comme une barrière qui arrête tous les efforts, qui empêche tous les progrès en avant : il se présente là un obstacle qu'il faut franchir. Cet obstacle est des plus difficiles, tous les sujets n'ont pas la force de le passer : il est téméraire de multiplier les essais et sans fausse honte, sans vouloir faire de bravade, il faut, puisque nous en connaissons le moyen, détruire cette barrière, supprimer cet obstacle si préjudiciable à la santé de l'enfant, il faut enlever les végétations adénoïdes par une opération.

En 1868, le jour où le Dr Hans Wilhelm Meyer, de

(1) Gazette Médicale du Centre, mai 1899.

(2) Terrain tuberculeux. — Terrain arthritique. Gazette Médicale du Centre, novembre 98, Dr Boureau.

Copenhague, consulté par une jeune fille de 20 ans qui se plaignait de surdité, qui avait une voix à peine compréhensible et qui semblait presque idiote, eut l'heureuse idée, en recherchant les causes de ces différents symptômes, d'introduire son doigt dans la cavité naso-pharyngienne. Ce jour-là, Meyer rendit à l'humanité un signalé service que d'ailleurs ses compatriotes et ses admirateurs ont reconnu justement en élevant par souscriptions en 1898 un monument à ce bienfaiteur de tant de miséreux.

Dans son exploration chez cette jeune fille, Meyer avait rencontré avec son doigt une masse volumineuse, de consistance assez molle et de nature inconnue jusqu'à ce jour. Par une opération il enleva cette masse et fut fort heureusement surpris de voir comme résultat assez rapide la guérison de la surdité, l'amélioration dans la voix et la disparition de l'expression d'idiotie de la face. Mis à l'éveil par ce fait remarquable, il fit des recherches facilement fructueuses, examina les tumeurs enlevées et leur donna le nom de *végétations adénoïdes*. Cette découverte devait avoir une importance considérable pour la médecine, car les adénoïdiens sont légion ; partout ils courent les rues : ils sont les clients fréquents du médecin.

Malheureusement le corps médical tout entier n'est pas encore convaincu des méfaits de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. — Quelques médecins ignorent son existence et ses dangers : ceux-là sont excusables, on ne le leur a jamais appris. — D'autres ont bien entendu dire qu'il existait des végétations adénoïdes, que ces végétations pouvaient disparaître grâce à une intervention, mais pourquoi cette opération ? « Opération essentiellement de luxe, disent-ils, inventée par les spécialistes qui cherchent à se faire valoir ; autrefois on ne parlait pas d'opération et les enfants ne se portaient pas plus mal. » Erreur funeste et raisonnements dangereux qui entretiennent les parents dans une sécurité trompeuse pendant que les accidents se répètent et que le développement intellectuel et physique de l'enfant se trouve compromis. — Les incrédules et ceux auxquels on n'a pas enseigné les conséquences résultant de l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka, sont de moins en moins nombreux ; la plupart des médecins ont actuellement, grâce aux nombreuses publications, appris quels dommages pouvaient résulter pour un enfant de la persistance des végétations adénoïdes, de même qu'ils savent bien aussi les avantages considérables que l'on retire de l'opération. — Trente et quelques années à peine nous séparent de cette admirable découverte : la science progresse parfois à pas bien lents, mais dans le cas présent les pas sont si fermement assurés que les plus réfractaires seront obligés de se rendre à l'évidence, accablés qu'ils seront par des preuves de jour en jour plus convaincantes.

Les porteurs de végétations adénoïdes présentent un ensemble de symptômes visibles qui permettent déjà, sans examen local, de présager le diagnostic. Toutefois, comme l'a dit avec beaucoup de justesse

M. Castex : *On peut paraître adénoïdien sans l'être, comme on peut l'être sans le paraître.* — Il ne faut donc pas s'en tenir à un examen superficiel, mais s'assurer, par la rhinoscopie postérieure et par le toucher rétro-nasal, de l'existence d'une masse capable de déterminer les accidents que les parents signalent chez leur enfant. Certains malades présentent ce que M. Lermoyez a appelé un *pseudo-syndrôme adénoïdien*, il y a de faux adénoïdiens ; des enfants peuvent en effet se montrer avec des déformations absolument semblables à celles produites par l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, bien que ces sujets soient complètement indemnes de cette affection. Toute entrave de durée continue à la respiration nasale, l'étroitesse congénitale ou acquise des fosses nasales et du naso-pharynx, les déviations de la cloison, l'hypertrophie des cornets, la présence de polypes déterminent le syndrome adénoïdien.

Au premier aspect l'adénoïdien se laisse deviner, il a une façon d'être toute particulière, un faciès tout à fait caractéristique qui a d'ailleurs été désigné sous le nom de *faciès adénoïdien*. Sa physionomie a une expression de stupeur et d'hébétéude qui résulte de sa mauvaise façon de respirer. — Le passage de l'air dans les arrière-fosses nasales se trouvant obstrué par la masse des végétations, l'enfant est obligé de respirer par la bouche et se tient continuellement la bouche demi-ouverte, il se tient « bouche-bée » : la persistance de cette respiration buccale lui imprime un masque niais bien spécial, et cependant ses yeux ont « un regard vif qui fait contraste avec l'air hébété du bas du visage. » (M. Lermoyez.) Tous les individus qui se présentent avec cet aspect si désavantageux ont ou « une atrophie des cavités aériennes supérieures (Escat) ou des végétations adénoïdes. »

L'adénoïdien relève sa lèvre supérieure qui forme une arcade à concavité inférieure sous-tendue par la lèvre inférieure, il laisse voir ses dents supérieures et ses gencives facilement irritables.

Chez le tout jeune enfant, les végétations adénoïdes présentent un cortège de symptômes bien spéciaux qui leur a fait donner par M. Cuvellier le nom de « *forme des nourrissons* ». Dans les premiers mois de la naissance, la mère s'aperçoit que son enfant tête mal, il prend deux ou trois gorgées qu'il aspire bruyamment, puis il lâche le sein, il suffoque, les ailes du nez sont dilatées et battent, il respire avidement et fait une nouvelle provision d'air avant de continuer son repas. — Il est pris fréquemment de quintes de toux qui lui font rejeter le lait qu'il a pris. — Ces troubles persistants de la respiration et de l'alimentation fatiguent énormément l'enfant qui dépérit de jour en jour et présente un état cachectique spécial : la cachexie adénoïdienne.

En examinant avec attention les adénoïdiens on constate des déformations multiples du côté de la face, les maxillaires supérieurs sont diminués dans leur diamètre transversal, ils sont aplatis, et cet aplatissement détermine une ovalité très prononcée

de la voûte palatine : du côté des dents on trouve fréquemment une implantation vicieuse.

Les dentistes ont inventé un certain nombre d'appareils destinés au redressement de ces dents. « Il serait, dit M. Bartoli, utile de leur apprendre qu'avant la pose de tout appareil il est nécessaire de vider le pharynx nasal des tumeurs qu'il contient, tumeurs qui sont la cause du mal. »

Ziem et Delavau, en pratiquant l'occlusion artificielle des voies aériennes supérieures chez les animaux, ont obtenu des arrêts de développement et des malformations de la face et du thorax. Ainsi chez l'enfant porteur de végétations adénoïdes, sous l'effort inspiratoire continu, le thorax vient à se déformer, il est étroit, aplati sur les côtés, le sternum forme une voussure en avant, parfois il prend la forme d'un sablier. — La colonne vertébrale se déforme et M. Redard a décrit des cas de cyphose et de scoliose dus à la gêne respiratoire venant des tumeurs du naso-pharynx. — Dans cette poitrine l'oxygénation se fait mal, l'enfant tousse facilement, il est sujet à des accès d'oppression, il s'essouffle plus qu'un autre : l'auscultation et l'examen ne laissent percevoir aucun symptôme pulmonaire. Dans une statistique basée sur 700 enfants touseurs, Parkinson a noté que dans 31 % des cas, la toux était due à des maladies des voies respiratoires et dans 40 % à des maladies de la gorge. L'air, pénétrant dans la poitrine sans passer par le filtre nasal, n'est pas suffisamment réchauffé, et entraîne des poussières et des micro-organismes qui provoquent des complications : l'adénoïdien est sujet à de fréquentes poussées inflammatoires du côté du larynx, de la trachée et des bronches : on constate souvent de la laryngite, de la laryngo-trachéite des accès de laryngite striduleuse, de la bronchite et même de la pneumonie.

La nuit, l'enfant porteur de végétations adénoïdes a du cornage, il ronfle bruyamment; il y a un défaut d'hématose, le sang se débarrasse mal de son acide carbonique, le bulbe se trouve intoxiqué, il y a un commencement d'asphyxie qui se traduit par des terreurs nocturnes, des accès d'oppression, des cauchemars, de l'agitation, l'enfant se réveille en sursaut en poussant un cri et parfois en se dressant sur son lit.

Au détail déjà long de tous ces méfaits nombreux imputables aux tumeurs adénoïdes viennent encore s'ajouter les complications les plus graves et non les moins fréquentes. Ce sont les accidents qui se produisent du côté des oreilles. En raison précisément de leur situation, au niveau de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, les végétations adénoïdes sont un danger perpétuel pour les oreilles. La fréquence et la gravité des complications auriculaires ne sont nullement en rapport avec le volume de la tumeur pharyngienne. Que les végétations adénoïdes se présentent sous la forme circonscrite ou sous la forme diffuse, qu'elles atteignent la grosseur d'une amande ou qu'elles se présentent sous la forme de granulations disséminées, de par leur situation elles

arrivent à gêner la ventilation tubo-tympanique et déterminent des troubles du côté de l'audition. L'enfant se plaint périodiquement de violentes douleurs d'oreilles, parfois il accuse des bourdonnements; son acuité auditive est très sensiblement diminuée. Ces troubles de l'audition ne sont pas constants; au début l'enfant ne les éprouve que périodiquement, aussi les parents voyant leur enfant parfois répondre de suite à leur question et d'autres fois faisant répéter, mettent sur le compte de l'inattention un état de choses qui doit être soigné et dont il ne faut pas lui faire reproche.

Le plus souvent, si l'enfant ne répond pas de suite, c'est qu'il n'a pas entendu ou qu'il a mal entendu, et ce commencement de surdité doit préoccuper les parents. — Les éducateurs de l'enfance qui ont de fréquentes occasions d'observer chez l'enfant ce qu'ils appellent de la paresse auditive devraient rendre aux parents l'immense service de toujours leur signaler cet état particulier, et le devoir de la famille est de rechercher la cause de ces troubles de l'audition. — La surprise des parents est grande lorsqu'ayant amené leur enfant chez le médecin pour une affection de l'oreille, le médecin leur dit que l'enfant n'a rien à l'oreille, que la cause du mal est dans la gorge; aussi beaucoup quittent le cabinet de consultation peu convaincus de ce qui leur a été dit et éprouvent le besoin d'aller chercher confirmation d'un pareil conseil. Alors suivant ce qu'aura été l'avis d'un nouveau praticien, l'enfant sera débarrassé de cette gêne auditive ou au contraire menacé de devenir sourd dans un temps plus ou moins long ou d'avoir chroniquement des poussées d'otite. « Le plus grand nombre des otites aiguës, comme d'ailleurs des otites chroniques, dit Malherbe, reconnaissent pour cause les poussées inflammatoires répétées du tissu lymphoïde, parfois très abondant, qui occupe le naso-pharynx. » — Les petits adénoïdiens ont de fréquentes suppurations des oreilles : toute cause d'infection locale, les rhinites, les pharyngites déterminent chez eux des poussées d'adénoïdite qui se compliquent d'accidents auriculaires : de même les maladies infectieuses générales si fréquentes chez les enfants, telles que la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la diphtérie peuvent provoquer les lésions les plus graves du côté de la caisse et du tympan quand elles ne se compliquent pas d'accidents encore plus redoutables du côté du cerveau.

Chez un enfant qui se plaint de l'oreille, soit douleurs, soit simplement trouble léger de l'audition, le devoir du médecin est de procéder à un examen minutieux du naso-pharynx : il faudrait surveiller davantage le cavum des jeunes enfants et cette surveillance préviendrait un grand nombre de maladies telles que, par exemple, une des plus désolantes, la surditité. — Parmi les sourds-muets, quelques-uns sont sourds-muets de naissance, mais le plus grand nombre ne sont atteints de cette infirmité que faute de soins dès l'âge où ils auraient pu apprendre à parler. Frankerberger a examiné à l'Institut des sourds muets de

Prague 158 pensionnaires âgés de 6 ans 1/2 à 16 ans ; chez 94 d'entre eux (56 garçons et 38 filles) il a constaté l'existence de végétations adénoïdes, cause certaine de leur surdi-mutité.

Presque tous les adénoïdiens sont des enfants apathiques : ils sont incapables de tout travail sérieux et prolongé : en classe ils sont indolents, sont sujets à de fréquents maux de tête qui apparaissent dès que l'enfant veut apprendre une leçon. Ce n'est point la paresse qui les rend ainsi, ils sont aussi peu pressés pour les jeux que pour les études. Ces enfants sont en général malingres et chétifs, ils n'ont pas d'appétit, ils ne se développent pas, ils ne grandissent pas ; leur teint est terreux et jaunâtre, quand on les examine, on leur trouve autour du cou un chapelet de ganglions ; ils n'ont pas la jolie coloration rosée des joues qu'ont d'autres enfants de leur âge : on constate chez eux des troubles graves de la nutrition générale, ce sont de petits cachectiques.

En raison de cette vitalité retardée, MM. Lichtwitz et Sabrazes (de Bordeaux) « se sont demandé si cette sorte de bradytrophie n'était pas en rapport avec des modifications profondes dans la composition du sang » et ont publié à ce sujet dans les archives internationales de Laryngologie (décembre 1899) un travail très intéressant et dont ils nous permettront certainement, en raison de nos bonnes liaisons d'amitié, de reproduire quelques extraits. Ils ont examiné le sang d'enfants normaux de 4 à 15 ans et le sang des adénoïdiens du même âge : les moyennes suivantes établissent d'une façon saisissante la différence.

Etat du sang des enfants

	NORMAUX	ADÉNOÏDIENS
Globules rouges.....	5.033.820	3.929.505
Globules blancs.....	8.490	9.487
Hémoglobine.....	82 %	74 %
Polynuclées neutrophiles.....	73 %	56,96 %
Grandes mononuclées.....	2,4 %	3,33 %
Lymphocytes.....	20,12 %	29,11 %
Eosinophiles.....	3,41 %	9,99 %

Chez les enfants normaux, ils ont trouvé d'après leurs numérations, que le nombre du globules rouges du sang normal est compris entre 4.544.300 et 5.588.600 par millimètre cube (moyenne 5.073.880), celui des globules blancs entre 6,200 et 10.540 (moyenne 8.490), le taux de l'hémoglobine entre 74 et 98 0/0 (moyenne 82.)

Chez les sujets du même âge porteurs de végétations adénoïdes le nombre des globules rouges varie de 3.726.200 à 4 300.000 par millimètre cube (moyenne 3.929.505), celui des globules blancs de 4.960 à 14.531 (moyenne 9.487), l'hémoglobine de 69 à 88 % (moyenne 74).

D'après ces données on constate que dans le sang des adénoïdiens, il y a diminution considérable des globules rouges (1.144.375 en moins par millimètre cube, comparé au sang d'enfants normaux), augmentation du nombre des globules blancs (997 en plus) di-

minution de l'hémoglobine 74 0/0 au lieu de 82 0/0.— La formule hématologique des adénoïdiens est donc la suivante :

Léger degré d'anémie et de leucocytose, augmentation du nombre des leucocytes portant sur les grandes mononuclées, sur les lymphocytes (lymphocytose) et à un plus haut point sur les éosinophiles (éosinophilie) : diminution correspondante du nombre des polynuclées neutrophiles (Lichtwitz et Sabrazes).

Cet état anémique particulier explique l'état apathique de tous ces enfants, leur manque de force et de résistance à tout travail un peu prolongé. Cette cachexie spéciale est le résultat de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée qui par son volume entrave la pénétration de l'oxygène de l'air qui est un des facteurs les plus importants de la croissance. Parrot et A. Robin ont démontré que l'enfant absorbait une quantité beaucoup plus considérable d'oxygène que l'adulte, par conséquent toute cause de diminution dans cet apport gêne son développement normal.

Les végétations adénoïdes sont congénitales ou héréditaires : l'enfant en venant au monde peut apporter avec lui des végétations adénoïdes dont il a à souffrir dès les premiers jours, ou parfois n'apporter que de la prédisposition à l'évolution de cette affection ; c'est un terrain bien préparé, favorable à la croissance des végétations sous l'influence d'inflammations locales répétées. Les végétations adénoïdes peuvent exister sans hérédité manifeste, mais dans un grand nombre de cas, quand on examine un adénoïdien, en interrogeant les parents, on arrive d'après leurs réponses à pouvoir porter un diagnostic rétrospectif et à reconnaître, qu'à un moment donné, le père ou la mère ont présenté des symptômes évidents de l'existence de semblables végétations. Mais alors diront-ils pourquoi intervenir pour une affection qui d'elle-même vient à disparaître.

Certainement vers l'âge de 18 à 20 ans les végétations adénoïdes comme tout le tissu lymphoïde de l'organisme peuvent tendre à s'atrophier, mais cette atrophie n'est pas toujours certaine, ainsi que l'ont prouvé les travaux de Roulin, les recherches de Luc et Dubief sur les tumeurs adénoïdes aux différents âges : de plus un grand nombre d'auteurs ont publié des observations d'affections consécutives à la présence de végétations chez des adultes ; le Dr Ephraïm de Breslau a opéré une femme de 67 ans chez laquelle l'examen microscopique fit reconnaître tous les caractères de l'hypertrophie papillaire de l'amygdale pharyngée. Compter sur cette disparition avec l'âge, c'est donc parfois se leurrer d'un espoir bien incertain, c'est en tout cas exposer l'enfant à une existence malade. Si les parents ont été assez favorisés pour n'avoir pas autrement été incommodés par leurs végétations et, ils peuvent bien avoir oublié nombre de misères de leur enfance, il ne leur est pas permis, aujourd'hui qu'on connaît la gravité des accidents, de laisser persister de si redoutables éventualités, alors qu'une opération généralement simple et sans danger peut les débarrasser à jamais

de toutes ces craintes et leur donner la satisfaction la plus complète... Quelle récompense aussi pour le médecin de voir plus tard arriver dans son cabinet l'opéré complètement transformé et les parents, avec la joie peinte sur la figure, lui dire : « Eh bien, docteur, vous ne reconnaissez plus votre petit malade » et de fait l'hésitation est pardonnable, au lieu de l'enfant chétif et malingreux que l'on se rappelait avoir vu, on a sous les yeux un enfant dont l'apparence extérieure est pleine de santé, il a les joues roses, la poitrine bien développée, il a grandi d'une façon étonnante et cette croissance si rapide n'a nui en rien à son état général.

L'intervention chirurgicale seule a favorisé cette croissance : MM. Castex et Malherbe ont fait, chez une série d'adénoïdiens opérés, des pesées et mensurations répétées et ont trouvé que pendant les quelques mois qui suivent l'opération le mouvement de croissance était quatre fois plus rapide qu'il ne l'est généralement dans le même temps chez les enfants du même âge ; ils sont arrivés à ces conclusions certaines en comparant ces résultats aux tableaux de croissance normale dressés par Quetelet et Pagliani. Aussi dans une communication faite à l'Académie de Médecine au mois de janvier dernier, M. Springer indiquait parmi les moyens qui peuvent favoriser la croissance l'ablation des végétations adénoïdes.

Peu de jours après l'opération, parfois même dès le premier jour les parents constatent des modifications dans l'état de leur enfant : son sommeil agité a fait place à un sommeil absolument calme, à tel point qu'une jeune mère m'a raconté que la première nuit elle s'était levée pleine d'inquiétude n'entendant plus respirer son enfant qui avait habituellement une respiration si bruyante.

Le facies se modifie aussi rapidement ; peu à peu l'enfant ferme plus facilement sa bouche, il s'habitue à respirer par le nez, sa figure se transforme, ses traits s'éclairent, il perd son ancien masque d'hébété et sa voix devient plus nette. Ses joues s'arrondissent, ses malformations dentaires tendent à se corriger, sa poitrine se développe d'une manière très manifeste, les voussures qui avaient tendance à s'exagérer s'atténuent au contraire de jour en jour. Le corps se redresse et même l'engourdissement cérébral disparaît peu à peu, le cerveau se réveille ; l'intelligence devient plus vive, le travail est plus facile et plus plaisant. Cet enfant qui était incapable de toute assiduité, qui ne pouvait apprendre une leçon sans se ressentir de maux de tête, une fois débarrassé de sa gêne respiratoire, se met à l'étude avec plaisir, il ne se plaint plus de malaise, son caractère se modifie ; autrefois maussade et irritable, il devient gai et expansif, il joue avec plaisir avec tous ses petits amis. Auparavant il avait à tout instant des angines ou des bronchites à répétition, maintenant il peut impunément sortir par tous les temps et dans toutes les saisons, il n'est plus susceptible et la tranquillité revient chez les parents qui voient de jour en jour les forces et l'intelligence se développer.

Le bénéfice à retirer de l'opération des végétations

est considérable surtout chez les enfants sujets aux complications du côté des oreilles. — Des statistiques nombreuses et basées sur un grand nombre de sujets prouvent combien fréquentes sont les lésions de l'oreille consécutives à une inflammation du nasopharynx : aussi la présence de végétations adénoïdes est un danger permanent : l'inflammation se propage par la trompe d'Eustache et il se fait des poussées d'otites catarrhales et suppurées. Dans ces cas d'écoulements purulent ou séreux, il ne suffit pas de faire un traitement local, il faut rechercher la cause, et si par bonheur pour le malade l'examen démontre la présence de végétations, le fait seul de l'intervention suffit pour tarir très rapidement tout écoulement, faire disparaître tous les autres symptômes et permet de voir l'oreille peu à peu revenir à son état normal. Dans les cas où malgré l'opération et les soins consécutifs la suppuration persiste, il est permis d'affirmer que la lésion est profonde et alors une intervention plus grave devient nécessaire.

Chez d'autres adénoïdiens l'otite ne prend pas la forme exsudative ; elle se présente sous la forme d'otite chronique sèche et avec des alternatives d'audition normale et des périodes fréquentes de diminution de l'acuité auditive, pour se terminer, si l'intervention n'est pas faite, par un état constant de troubles auditifs.

Dans tous les cas les végétations adénoïdes sont une menace perpétuelle pour les oreilles et les malades ne peuvent que bénéficier de l'intervention.

On rencontre fréquemment chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes une hypertrophie parfois considérable des amygdales palatines ; certains laryngologistes opèrent alors à la fois l'amygdalectomie et les amygdales palatines. A part certains cas tout à fait spéciaux, j'estime qu'il est préférable de ne pas toucher aux amygdales palatines qui peuvent, dit M. Brindel, « disparaître sans traitement aucun, du seul fait de l'ablation des végétations adénoïdes, et cela dans les mois qui suivent l'adénotomie. »

En résumé, des raisons multiples et d'ordre majeur imposent la nécessité d'enlever chez tous les enfants qui en sont atteints, les végétations adénoïdes. Chez le nourrisson l'opération est urgente ; si elle n'est pas faite, l'enfant ne peut se nourrir, il s'affaiblit rapidement et s'avance vers une mort rapide.

Chez les enfants plus âgés, l'intervention ne présente pas ce même degré d'urgence, mais cependant elle doit être le moins possible différée pour mettre l'enfant à l'abri des complications pouvant avoir parfois des suites graves et irréparables.

Enfin, une dernière raison vient plaider en faveur de l'ablation des végétations adénoïdes et cela quel que soit leur volume, elle résulte de l'état d'anémie et de cachexie spécial aux adénoïdiens. MM. Lichtwitz et Sabrazes (1) ont démontré « qu'après l'opération le sang des adénoïdiens se modifie dans le sens de la formule normale. »

(1) Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie (janvier, février 1900). Mémoire présenté à la Société de laryngologie.

Les résultats de leurs savantes recherches présentés dans un tableau comparatif prouvent d'une façon saisissante l'utilité incontestable de l'intervention :

Adénoïdiens avant l'opérat.	Adénoïdiens après l'opérat.	Sujets normaux
Glob. r. 3.929,505 p. m. m. c.	Glob. r. 4.469,314 p. m. m. c.	Glob. r. 5.033,820 p. m. m. c.
Glob. b. 9,487 —	Glob. b. 8,208 —	Glob. b. 8,490 —
Hémogl. 74 %	Hémogl. 79,50 %	Hémogl. 82 %
Polyn. 56,96 %	Polyn. 65,76 %	Polyn. 73 %
Monon. 3,33 »	Monon. 3,19 »	Monon. 2,4 %
Lympho. 29,11 »	Lympho. 24,66 »	Lympho. 20,42 »
Eosino. 9,99 »	Eosino. 6,23 »	Eosino. 3,44 »

Le nombre des globules rouges s'accroît sensiblement, le nombre des globules blancs au contraire diminue, la richesse en hémoglobine est notablement augmentée : les moyennes d'examen du sang trouvées après les opérations se rapprochent des moyennes d'examen du sang de sujets normaux, et « parallèlement l'état général s'améliore et le poids du corps augmente, » la lymphocytose tend à disparaître.

En résumé, les enfants porteurs de végétations adénoïdes sont menacés d'accidents continuels : c'est du devoir du médecin de les faire connaître aux parents, aussi je prétends que l'avenir de ces enfants est entre les mains de leur médecin.

Ouvrez donc la porte au jeune adénoïdien, c'est-à-dire enlevez-lui ses végétations et vous le verrez bientôt prendre son essor et rattraper le temps perdu : si l'attente n'a pas été trop prolongée, il regagnera rapidement le retard qu'il a subi, tant au point de vue du développement de ses forces physiques, qu'au point de vue du développement de son intelligence.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ASSOCIATION GÉNÉRALE ET SOCIÉTÉS LOCALES

Les divergences de vues entre les Sociétés locales et l'Association générale ne font que s'accroître.

Parmi les Sociétés locales, les unes demandent la mutualité, les autres la repoussent ; d'autres protestent contre les statuts qui leur sont adressés, veulent s'en tenir au *statu quo*...

Puisque nos intérêts diffèrent suivant les latitudes, que les conditions d'existence du médecin ne sont pas les mêmes dans toute la France, qu'en conséquence ses aspirations, ses desirs, les idées qu'il se fait de la solidarité médicale et de la meilleure façon de la rendre fructueuse varient suivant son terrain d'implantation, pourquoi vouloir sous les mêmes statuts, avec les mêmes règlements fusionner étroitement dans une fédération générale des gens qui ne peuvent s'entendre.

Rendre leur autonomie complète aux Sociétés locales, les laisser gérer à leur guise leurs intérêts financiers, faire cesser une centralisation excessive, ne

plus relier les médecins entre eux que par les liens moraux, reporter aux associations pauvres les legs qui lui sont attribués serait peut-être pour l'Association générale la meilleure façon de comprendre son rôle.

En attendant une solution libérale les fissures continuent à se produire dans le bloc.

SOCIÉTÉ LOCALE D'ALGER

Séance du 31 mars 1900.

La Société d'Alger maintenant son opinion sur la possibilité qu'il y aurait eu de transformer l'Association en une Société indépendante, sans qu'elle perdît aucun de ses avantages financiers ou autres, — étant donnés les procédés mis en usage par le conseil général pour obtenir la transformation de l'Association en une société de secours mutuels, procédés qui sont la conséquence d'une situation à laquelle il n'est plus possible de remédier.

Sur la proposition qui lui est faite de prendre connaissance des statuts modèles envoyés par le conseil général de Paris et de les discuter, déclare en refuser la lecture ; décide qu'elle se sépare de l'Association générale en faisant toutes réserves légales au sujet de la liquidation et maintient son bureau, auquel elle confie le soin de rechercher les bases d'une reconstitution en Société amicale.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE-INFÉRIEURE.

M. Cerné, professeur de clinique chirurgicale à Rouen, qui, depuis longtemps et en particulier à la séance des délégués le 7 janvier, a protesté contre les solutions proposées par le conseil général de l'Association, publie la lettre suivante dans la *Normandie Médicale* du 15 mai 1900.

« En réponse à une lettre à nous bienveillamment demandée par M. le Préfet de la Seine-Inférieure, et par lui transmise au Ministère de l'Intérieur, nous avons reçu la confirmation officielle de l'intention du Ministère d'approuver nos anciens statuts, sans modifications.

« Il est bien probable dès lors que l'Association reviendra sur son vote du 15 mars et restera exactement ce qu'elle était avant la nouvelle loi.

« Le Bureau de l'Association générale aura tout bouleversé, compromis l'avenir financier de la plupart des Sociétés locales — sans raison. Nous lui demandons, dans la dernière Assemblée générale, de s'assurer avant tout si le Ministère refuserait une nouvelle approbation à nos anciens statuts. On sait ce que me répondit M. Lannelongue. « Était-ce bien la peine d'offrir son tablier ?

« Le commentaire de la loi de 1898, publié croyons-nous, par M. Barberet, dont on nous a tant parlé,

« déclare que la loi ne saurait avoir d'effet rétroactif pour les Sociétés précédemment approuvées. Ce commentaire devait être connu du Bureau de l'Association, ou tout au moins de ses Conseils judiciaires. Pourquoi n'en a-t-on tenu aucun compte ?

« Le dernier numéro du *Concours médical* nous apprend que, comme la Seine-Inférieure comme le Haut-Rhin, la Société locale d'Alger refusant d'entendre la lecture du nouveau projet de statuts, a décidé de se séparer de l'Association générale et de rechercher les bases de sa reconstitution en Société amicale.

« L'Association de la Gironde a voté les nouveaux statuts, en exprimant tous ses regrets de la solution adoptée et en faisant des réserves pour l'avenir.

« Il est assez vraisemblable que la solution qu'on nous offre paraîtra convenable à nos confrères. Et dans ce cas nous pourrions tous, je crois réclamer notre maintien dans l'Association générale, où nous aurons encore un rôle utile à remplir.

D^r CERNÉ.

SOCIÉTÉ DE L'OISE

M. A. Cézilly fait suivre la lettre précédente des réflexions suivantes :

Nous faisons observer combien est inconcevable la hâte de l'Association générale et la confusion des renseignements fournis aux Sociétés locales.

La Société de l'Oise avait décidé, contrainte et forcée, d'adopter les nouveaux statuts proposés.

Mais, comme ces statuts ne sont pas encore acceptés par la Préfecture, nous nous abstenons d'aller plus loin, dans l'espoir, nous aussi, de rester ce que nous étions.

A. CÉZILLY.

SYNDICAT PROFESSIONNEL DES MÉDECINS BORDELAIS

Le Bureau du Syndicat professionnel des médecins bordelais adresse à M. le Ministre de l'intérieur la protestation suivante :

MONSIEUR LE MINISTRE,

Les soussignés Docteurs en médecine, membres du Bureau du Syndicat professionnel des médecins bordelais ont l'honneur d'appeler votre haute et bienveillante sollicitude sur le cas suivant :

L'Association des médecins de la Gironde a voté à une faible majorité, dans une séance tenue le 25 mars dernier, des statuts nouveaux qui nous paraissent en désaccord avec l'esprit des institutions de prévoyance :

En effet, les statuts n'établissent pas quelle est l'indemnité fixe que les sociétaires doivent recevoir en cas de maladie en échange d'une somme fixe — de douze francs — qu'ils versent tous les ans :

Ceci laisse les associés à la discrétion des membres de leur conseil d'administration :

La fixité de notre versement entraîne un droit précis à la fixité de notre indemnité.

Il n'est pas une société d'ouvriers où les choses se passent autrement. La loi du 1^{er} avril 1898 est une loi libérale et nous croyons, M. le Ministre, qu'il est contraire à son esprit, que les

Statuts de notre Association des médecins de la Gironde arrivent en fin de compte à subordonner des hommes les uns aux autres, en mettant les malheureux à la merci des sentiments particuliers des heureux de leur profession.

C'est pour ces considérations, Monsieur le Ministre, que nous faisons appel à votre bienveillance et à votre justice.

Nous avons l'honneur d'être, Monsieur le Ministre, vos très respectueux serviteurs.

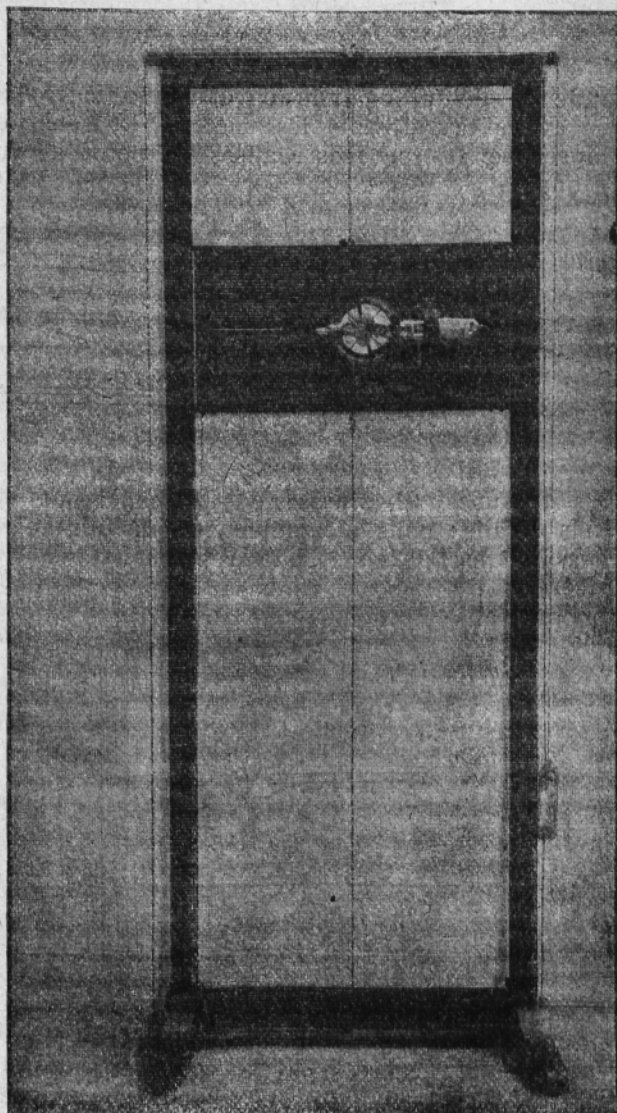
Dr B.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

RADIOSCOPIE ET RADIOGRAPHIE CLINIQUES DE PRÉCISION

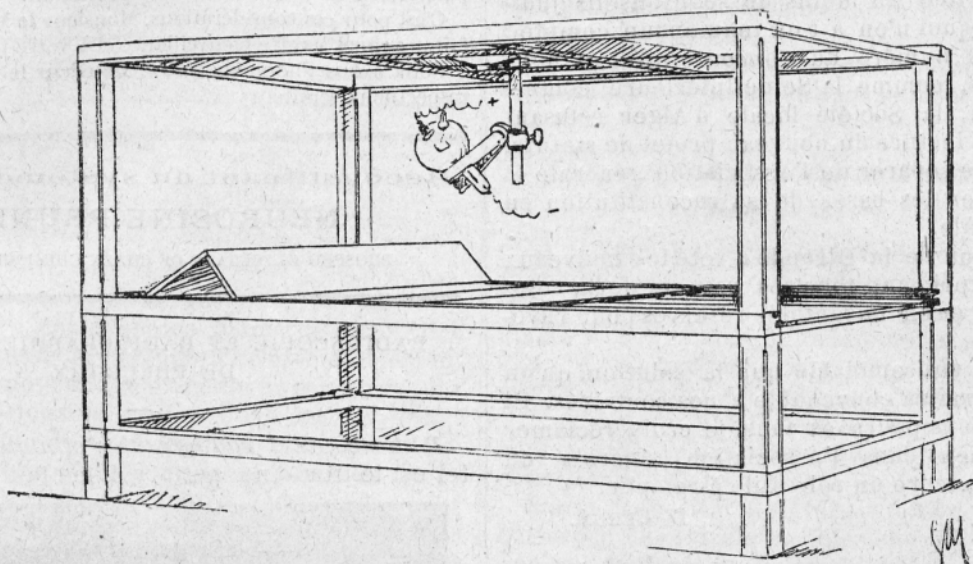
Radioscopie et radiographie cliniques de précision,
tel est le titre d'un petit volume fait au laboratoire



de M. le professeur Bouchard, par le Dr Guilleminot.

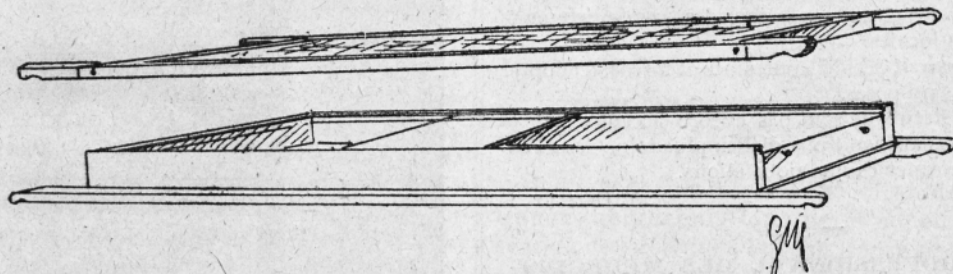
Tous ceux qui s'occupent de radiographie liront avec intérêt ce travail.
Ayant pris l'habitude de tenir nos lecteurs au cou-

l'inspection du cadre, comment on peut aisément, sans déplacer le malade, varier la position de l'ampoule.



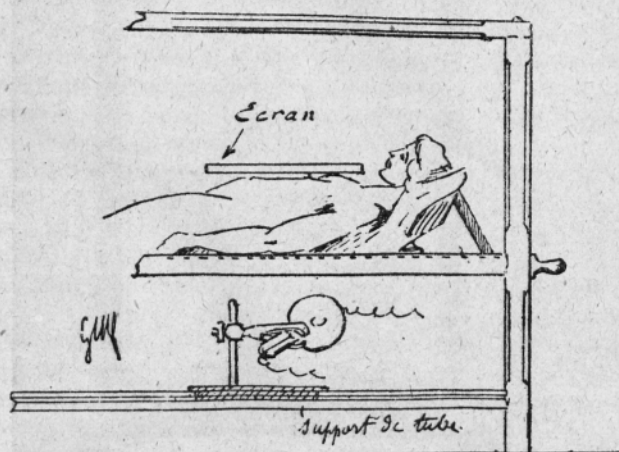
rant de tout ce qui se fait de nouveau en radiographie, nous avons cru devoir les mettre à même de comprendre les progrès réalisés au point de vue clinique.

La figure 2 représente un lit d'examen radiologique. Dans la figure 3 on voit un châssis canné faisant partie du lit et sur lequel le malade est couché; le cannage est chose négligeable sur les épreuves ou

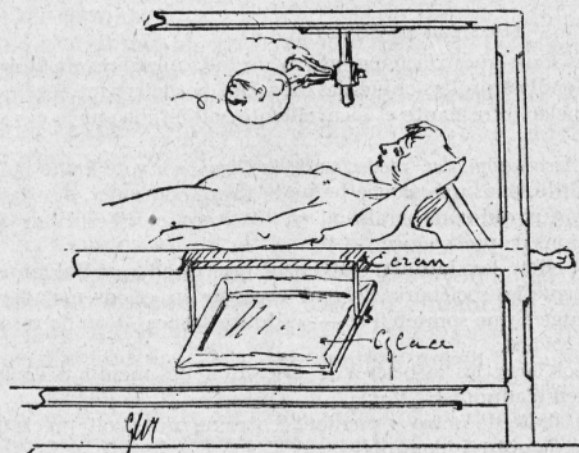


Les gravures ci-jointes nous dispenseront de grands détails; nous compléterons dans un autre numéro l'exposé de la méthode préconisée par notre confrère.

sur l'écran et ne gêne en rien l'examen. Au-dessous du châssis canné, se voit un châssis destiné à supporter la plaque photographique ou l'écran; il se place au-dessous de l'écran canné.



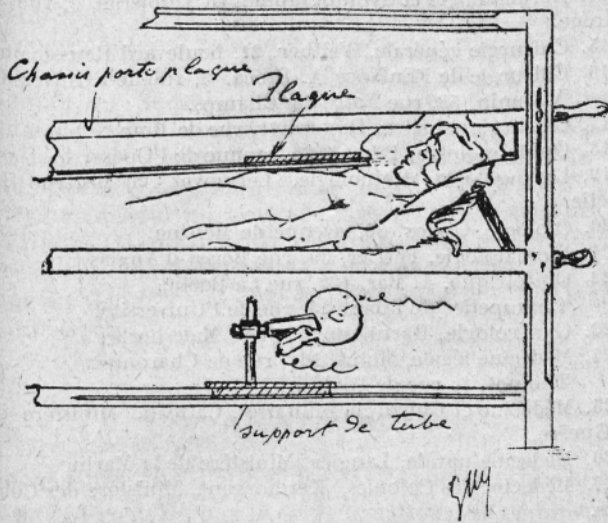
La figure 1 représente un cadre porte-tube vertical avec ampoule mobile en tout sens pour examen du malade debout. On comprend facilement, rien qu'à



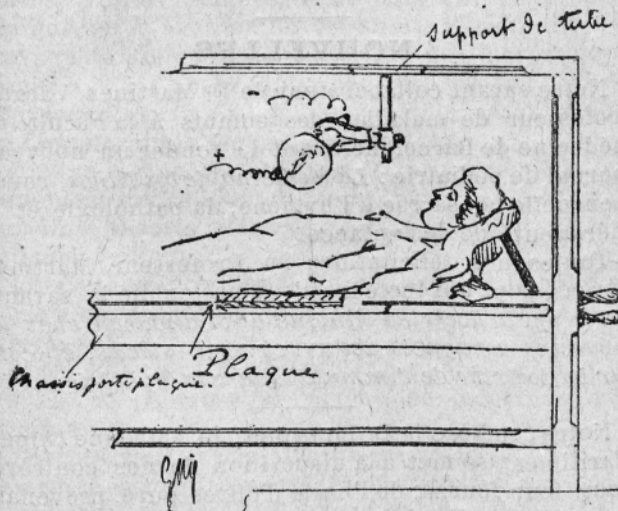
Dans la figure 4 le malade a l'ampoule placée en dessous; cette ampoule est mobile dans tous les sens comme lorsqu'elle est fixée à l'écran porte-tube,

décrit ci-dessus. L'écran se place au-dessus du malade.

La figure 5 est le contraire de la précédente ; l'am-



poule est en dessus ; l'écran en dessous ; de plus, au dessous de l'écran se place un miroir incliné destiné à faciliter l'examen. On lit sur le miroir au lieu de lire sur l'écran.



Dans la figure 6 c'est la plaque qui est en dessus ; tandis qu'elle est en dessous dans la figure 7.

Nous nous abstenons aujourd'hui de tous commentaires, préférant revenir sur ce sujet.

XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris, 2-9 Août 1900

LOGEMENTS

L'organisation matérielle du Congrès se poursuit activement. Des arrangements ont été pris avec les

principales Agences de voyage de Paris pour pouvoir loger nos confrères de la province et de l'étranger dans de bonnes conditions d'économie et de confort. Pour obtenir sur ces différents points tous les détails nécessaires, il n'y a qu'à s'adresser à nos bureaux, 21, rue de l'École-de Médecine.

FÊTES

Tout récemment grâce au concours très généreux de tous les Comités de Sections, nous nous sommes trouvés assurés de pouvoir offrir aux membres du Congrès une fête amicale digne d'eux et digne de nous. Aucune souscription publique ne sera ouverte pour cette fête, dont tout l'honneur reviendra à ceux qui en auront assumé la charge, c'est-à-dire aux membres des Bureaux et Comités de Sections.

Nous avons également la promesse que plusieurs fêtes officielles seront offertes aux Membres du Congrès ; mais nous ne sommes pas autorisés, pour le moment, à donner de plus amples indications à cet égard.

INVITATIONS

Plus de 7.000 lettres d'invitations personnelles ont été expédiées dans le monde entier, et, en ce moment, nous invitons de même officiellement toutes les Sociétés médicales et scientifiques des divers pays.

Chaque nationalité sera du reste représentée à notre Congrès par des délégués gouvernementaux dont la plupart nous ont été déjà désignés.

Voilà où nous en sommes, et tous ces résultats qui paraissent très simples n'ont cependant été obtenus, nous avons le droit de le dire, qu'au prix de beaucoup de travail et de peine. Il nous reste maintenant à faire l'effort décisif, celui qui consiste à payer chacun de notre personne en faisant autour de nous une active propagande pour recueillir des adhésions, pour susciter des participations scientifiques aux travaux du Congrès. Il faut que, nous médecins, nous fassions, sur le terrain qui est le nôtre, le même grand effort que la France artistique, industrielle et commerciale a fait pour la réussite de l'Exposition universelle. Il faut que notre Congrès ait un plein succès et qu'il montre à nos confrères étrangers que la Médecine française est plus que jamais digne de son haut renom.

ENTRÉE GRATUITE A L'EXPOSITION

Pendant la durée du Congrès international de Médecine (du 2 au 9 août), les membres du Congrès auront droit à l'entrée gratuite à l'Exposition.

Une carte spéciale leur sera délivrée à cet effet dans les Bureaux du Congrès au moment de l'ouverture de la session.

RÉDUCTIONS FAITES AUX MEMBRES DU CONGRÈS

PAR LES COMPAGNIES DE CHEMINS DE FER

1^o Toutes les Compagnies de Chemins de fer français (Est, Etat, Midi, Nord, Paris-Lyon-Méditerranée).

Orléans, Ouest) accordent à nos adhérents une réduction de 50 0/0.

Chaque Congressiste recevra *par nos soins en temps voulu* une feuille qu'il devra faire timbrer à la gare frontière par laquelle il entrera en France. Le billet de venue à Paris sera payé place entière, sans réduction. A Paris, chaque Congressiste fera viser dans nos Bureaux la feuille de chemin de fer ci-dessus, et cette feuille lui servira de billet de retour sans qu'il ait rien à payer de nouveau. Le premier trajet étant payé place entière et le second étant gratuit, c'est donc bien une réduction de 50 0/0 dont aura bénéficié le Congressiste. Il va sans dire que le retour devra se faire par la même ligne que l'arrivée. Le billet sera valable un mois, du 20 juillet au 20 août.

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU CONGRÈS

Seront membres du Congrès :

1. Les docteurs en médecine qui en feront la demande ;

2. Les savants qui seront présentés par le Comité exécutif français.

Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 25 francs au Trésorier Général du Congrès (Dr Duflocq, 64, rue Miromesnil). Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront écrire lisiblement leurs nom, qualités et adresse, et joindre leur carte de visite, et indiquer dans laquelle des 27 sections et sous-sections ils veulent se faire inscrire.

CONDITIONS D'INSCRIPTION POUR COMMUNICATIONS DANS LES SECTIONS

Tout membre du Congrès qui désire faire une communication dans sa Section devra faire parvenir au Secrétaire de cette Section, avant le 1^{er} juin 1900, le titre et le résumé de sa communication.

Pour faciliter cette formalité, le Comité Exécutif rappelle les noms et adresses des Secrétaires des Sections :

1. Anatomie comparée, Auguste Petit, 60, rue Saint-André-des-Arts.

2. Anatomie descriptive, Rieffel, 7, rue de l'Ecole-de-Médecine.

3. Histologie et Embryologie, Retterer et Loisel, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

4. Physiologie, Physique et Chimie biologiques, Dastre, à la Sorbonne.

Gley, 14, rue Monsieur-le-Prince.

Weiss, 20, avenue Jules-Janin.

5. Pathologie générale et Pathologie expérimentale, Charrin, 11, avenue de l'Opéra.

Roger, 4, rue Perrault.

6. Anatomie pathologique, Letulle, 7, rue de Magdebourg.

7. Pathologie interne, Rendu, 20 rue l'Université ;

F. Vidal, 153, boulevard Haussmann.

8. Médecine de l'Enfance, Marfan, 30, rue de La Boétie.

9. Thérapeutique, Gilbert, 27, rue de Rome.

10. Pharmacologie, Chassevant, 70, rue de Rennes.

11. Matière Médicale, Chassevant, 70, rue de Rennes.

12. Neurologie, P. Marie, 3, rue Cambacères.

13. Psychiatrie, Ant. Ritti, Asile de Charenton, Seine.

14. Dermatologie et Syphiligraphie, G. Thibierge, 7, rue de Surène.

15. Chirurgie générale, Walther, 21, boulevard Haussmann.

16. Chirurgie de l'Enfance, A. Broca, 5, rue de l'Université. Villemin, 58, rue Notre-des-Champs.

17. Chirurgie urinaire, Desnos, 31, rue de Rome.

18. Ophthalmologie, Parent, 26, avenue de l'Opéra.

19. Laryngologie, Rhinologie, Lermoyez, 20 bis, rue La Boétie.

20. Otologie, Castex, 30, avenue de Messine.

21. Stomatologie, Ferrier, 39, rue Boissy-d'Anglas.

22. Obstétrique, A. Bar, 122, rue La Boétie.

Champetier de Ribes, 28, rue de l'Université.

23. Gynécologie, Hartmann, 4, place Malesherbes.

24. Médecine légale, Motet, 161, rue de Charonne.

Thoinot, 8, rue de l'Odéon.

25. Médecine et Chirurgie militaires, Catteau, Ministère de la Guerre.

26. Médecine navale, Laugier, Ministère de la Marine.

27. Médecine des Colonies, Kermorgant, Ministère des Colonies.

PROGRAMME

Il n'y aura pas de Journal officiel du Congrès ; il sera publié un programme journalier détaillé.

NOUVELLES

Notre savant collaborateur le Dr Martinez Vargas, professeur de maladies des enfants à la Faculté de médecine de Barcelone, vient de fonder un nouveau journal de pédiatrie : *La Medicina de los Niños*, revue mensuelle consacrée à l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique de l'enfance.

Toutes nos félicitations au Professeur Martinez Vargas, dont nos lecteurs n'ont pas oublié la savante étude sur *la doctrine clinique de la diphtérie chez les médecins espagnols des XVI^e et XVII^e siècles, et celle sur la doctrine de l'immunité dans la diphtérie*.

Notre confrère le Dr Bousquet, de Valbonne (Alpes-Maritimes), se met à la disposition de nos confrères pour leur fournir de l'huile d'olives pure, provenant de sa récolte. Il fait les envois par colis postaux ; avis.

1^{er} Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale

Le Comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, qui se tiendra à Paris, du 23 au 28 juillet, a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical ce qui suit :

Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français et de 30 p. 100 sur la Compagnie Transatlantique sera accordée à tous les adhérents au Congrès, qui auront versé leur cotisation *avant le 20 juin 1900*.

Les pièces nécessaires pour obtenir cette réduction seront adressées en même temps que la carte de Membre du Congrès, etc., etc.

La durée de validité du billet de chemin de fer sera de 1 mois, du 20 JUILLET AU 20 AOUT.

En ce qui concerne les logements à Paris, le Comité s'est préoccupé d'obtenir de différentes agences, des conditions spéciales. Des circulaires très explicites et documentées, relatives aux propositions de ces agences, sont actuellement entre les mains des Présidents et Secrétaires des Comités de Patronage français et des Comités nationaux étrangers auxquels les congressistes désireux d'avoir à ce sujet des détails peuvent dès maintenant s'adresser.

Pour adhérer au Congrès, envoyer la cotisation de 15 francs (Membres titulaires) ou de 10 francs (Membres participants) (1) et sa carte de visite au trésorier du Congrès: M. Pierre Masson, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

ANALYSES

Recherches sur l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la Prostatale, par le D^r J. RELIQUET (d'Amboise)

Thèse de Paris 1900

L'auteur, neveu du célèbre praticien des voies urinaires, Emile Reliquet, était plus que tout autre désigné pour aborder un tel sujet. S'inspirant des travaux de Reliquet poursuivis par ses élèves parmi lesquels le D^r Guepin, notre confrère n'a pas hésité à aborder la grave et difficile question de l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la Prostate.

C'est à la théorie exposée pour la première fois nettement par Reliquet dans son livre: *Les glandes de l'urèthre*, théorie glandulaire ou épithéliale que se rattache l'auteur.

La stagnation et l'hypersecrétion sont le point de départ du processus glandulaire aboutissant à la sclérose.

L'artério-sclérose n'intervient qu'en facilitant le travail de sclérose au niveau de la glande déjà atteinte.

Le rôle tout secondaire de l'artério-sclérose est démontré par cette double proposition:

1^{re} Beaucoup de prostatiques ne sont pas artério-scléreux.

2^e Un très grand nombre d'artério-scléreux ne sont jamais prostatiques.

Thèse intéressante au résumé et qui pose tout au moins nettement les éléments du problème pathogénique.

Annuaire des Eaux Minérales. Stations climatiques et sanatoria de la France et de l'Étranger, suivi d'une

(1) Les Membres participants (étudiants en médecine, femmes des congressistes) peuvent bénéficier de la réduction sur les chemins de fer. Ces membres participants n'auront pas droit aux publications du Congrès.

nomenclature des principaux Établissements hydrothérapiques et bains de mer. (Édition 1900, corrigée et augmentée.) Publiée sous la Direction du D^r G. MORICE, Rédacteur en chef de la « Gazette des Eaux »

Ce volume (42^e année) comprend: Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratifs des Eaux minérales au Ministère de l'Intérieur à Paris; — La liste du personnel chargé de ce service; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène de la Commission des Eaux minérales à l'Académie de médecine, etc; — La liste des stations thermales françaises avec le nom de leurs médecins; — La liste des médecins des stations thermales par ordre alphabétique; — La liste des médecins des stations sanitaires et climatiques de la France; — La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris, et du Syndicat général des médecins des stations-balnéaires et sanitaires de la France; — La nomenclature générale des Eaux minérales françaises, avec leur classement, leurs indications sommaires et les moyens de locomotion pour s'y rendre; — Le memento de leurs principales indications thérapeutiques; — La nomenclature des principales stations et eaux minérales étrangères, (la Russie et la Roumanie ont eu leur liste d'eaux minérales complétée); — Le classement des sources minérales selon leur nature et leurs caractères chimiques; — La nomenclature des principales stations d'hiver et d'été (sanatoria et autres stations d'altitude, de plaine ou stations maritimes); — Une note des principaux hôpitaux ou instituts marins (fondation de l'Œuvre des hôpitaux marins, ou fondations particulières); — La liste des sanatoria français ou établissements pour les tuberculeux; — La liste des principaux établissements d'hydrothérapie médicale en France; — La nomenclature des plages et bains de mer de la France; — Enfin, des notices descriptives et détaillées sur quelques stations, eaux minérales, sanatoria, établissements climatiques et installations d'hydrothérapie médicale.

Cure radicale opératoire de la Hernie inguinale, avec un nouveau procédé, PAR LE D^r CH. FOURNEL (de Paris). — Maloine, éditeur, Paris.

Le médecin qui ne peut lire les volumineux mémoires écrits sur la cure radicale trouvera, dans ce petit livre, le résumé des principaux procédés contemporains et la critique de chacun de leurs temps.

L'auteur se refuse à admettre la résection épiploïque quand même. Cette manœuvre ne doit pas être faite sans indications spéciales parce qu'elle supprime un organe utile à la mobilité physiologique des circonvolutions de l'intestin grêle. En outre, elle peut être suivie d'étranglement interne par adhérences, par brides, ou par coudure du colon transverse.

Ne s'attardant pas à inspirer, à propos de la dissection du sac, la *terreur d'un infundibulum péritonéal*, extrêmement facile à éviter, M. Fournel préfère enseigner aux élèves que toute la solidité de la cure réside dans le temps de réparation fibro-musculaire.

Passant ensuite à l'opération de Bassini, à laquelle il se rallie, l'auteur donne la description d'un *procédé personnel*, présenté comme une variante à cette opération.

La lecture est facilitée par la présence dans le texte de vingt-deux dessins d'après nature et inédits ; grâce à eux, un coup d'œil suffit pour comprendre la technique. Tous les praticiens voudront avoir cet ouvrage dans leur bibliothèque.

L'ANTISEPSIE STOMACALE CHEZ LES TUBERCULEUX

Il existe, dès la première période de l'infection bacillaire, des troubles gastriques sur lesquels le Pr Grancher a insisté avec une rare clairvoyance, et qu'il a dénommés *dyspepsie pré-tuberculeuse*. Cette dyspepsie reconnaît pour cause un trouble dans la composition du chimisme stomacal. Le suc gastrique n'a plus la teneur des éléments actifs indispensables à son action : l'analyse prouve que l'acide chlorhydrique a diminué, que l'organisme est en état d'*hypochlorhydrie*. Tout récemment encore, M. le Dr Boureau (de Tours), dans une étude comparative du terrain arthritique et du terrain tuberculeux, concluait que l'état bacillaire constituait du terrain hypoacide. Par suite de cette alteration chimique, il se produit *in situ* des fermentations microbiennes, un état septique de la muqueuse stomacale.

Pour remédier à cette insuffisance d'acidité, on a employé différents moyens : tantôt les alcalins, afin d'exciter les glandes stomacales et provoquer l'hyper-sécrétion, tantôt des médicaments de suppléance, comme l'acide chlorhydrique et l'acide lactique. L'acide chlorhydrique pur, très étendu d'eau, a donné, à la dose de quelques gouttes, de bons résultats. Mais on s'est toujours mieux trouvé de l'employer, chez les tuberculeux, à l'état de combinaison avec le phosphate de chaux, le chlorhydro-phosphate de chaux remplissant ici un double but. En effet, à côté de l'hypoacidité de l'estomac, il survient, dès la première heure de l'infection bacillaire, d'autres phénomènes morbides non moins importants. On sait aujourd'hui que toutes les cachexies, et plus que toute autre, la cachexie tuberculeuse, s'accompagnent d'une déminéralisation des tissus et des humeurs qui explique la diminution de leur résistance à l'infection bacillaire. Les beaux travaux de MM. Bouchard et Charrin ont mis en évidence cette importante vérité. Dans la phtisie, la déminéralisation se manifeste fréquemment par de la phosphaturie. En administrant au phtisique du chlorhydro-phosphate de chaux, on rend au terrain organique ses éléments de résistance et en même temps on restitue au milieu stomacal l'élément acide qu'il a perdu. Par l'absorption lente, mais continue, du chlorhydro-phosphate de chaux, le suc gastrique récupère son acidité normale et l'organisme est mis en *état d'hyperacidité*.

Il faut, du reste, entrer plus tard en lutte directe avec le bacille de Koch. Dès la deuxième période de la tuberculose pulmonaire, lors de la fonte granu-

leuse, ces malades ont ce qu'on appelle la *phtisie ouverte*, c'est-à-dire que leurs tubercules ramollis sont rejetés au dehors de l'organisme. Or, beaucoup de phtisiques et notamment les enfants, au lieu d'expectorer, avalent leurs crachats et infectent ainsi leur muqueuse gastrique. Il se produit alors une sorte d'auto-infection et des exulcérations bacillaires de la paroi stomacale. Il s'agit donc d'aseptiser l'estomac. A cette époque d'infections secondaires, tous les phtisiologues préconisent la créosote pure de hêtre comme antiseptique de choix. M. Burlureau a démontré que la créosote possède une propriété dynamogène, qu'elle agit comme un antitoxique. D'autre part, M. Arloing (de Lyon), a démontré que la créosote exerçait une action antiseptique remarquable sur le sang des animaux infectés. Sur le terrain clinique, MM. Bouchard, Gimbert et d'autres praticiens ont employé la créosote avec succès. Mais tous les cliniciens ont insisté avec raison sur le grave inconvénient qu'à la créosote d'irriter la muqueuse des voies digestives, lorsqu'elle est administrée à l'état de division mécanique ou de solution concentrée. M. le Dr Simon, dans sa thèse inaugurale, a démontré le danger de doses massives de créosote administrée par les voies stomacale et hypodermique. Ces doses massives, non seulement sont inutiles, parce qu'elles ne sont pas absorbées, mais elles provoquent rapidement de l'intolérance. Au contraire, le médicament, administré à l'état de solution étendue, par petites doses répétées, est fort bien toléré et crée, pour ainsi dire, un état antiseptique des voies digestives et de l'organisme. Il est donc indispensable d'employer la créosote à un degré de solution tel qu'elle n'ait plus aucune action irritante sur la muqueuse stomacale. C'est ce que réalise la Solution Pautauberge composée de chlorhydro-phosphate de chaux et de créosote : elle peut et doit être administrée à toutes les périodes de la phtisie. Elle répond, en effet, aux diverses indications que nous venons de signaler :

1° Elle combat, à la période initiale de la tuberculose, l'hypoacidité et rétablit l'état chimique normal et aseptique de l'estomac ;

2° Par l'assimilation d'une grande quantité de phosphate de chaux, elle compense la déminéralisation de l'organisme ;

3° Par la créosote, elle exerce une action antiseptique directe sur les bacilles de Koch qui pullulent dans l'estomac de la plupart des phtisiques.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, idoine, technique phosphatée.

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.