

PREMIER TOURS

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Dans sa dernière séance, la Société Médicale d'Indre-et-Loire a décidé de provoquer la formation d'un Comité de défense contre la tuberculose qui chercherait à réaliser à Tours, dans la mesure du possible, la défense de la classe ouvrière contre le terrible fléau.

Dans toutes les villes de France successivement l'œuvre de défense s'organise et jamais tâche ne fut plus utile que celle-là, si l'on se rappelle seulement le chiffre effroyable de victimes fait chaque année en France par la tuberculose : 150.000 environ.

Comme trop souvent, hélas ! la France s'est ici laissée devancer par des nations voisines à initiative plus hardie. Alors que le chiffre de la mortalité par tuberculose allait chez nous toujours en augmentant, l'Allemagne, l'Angleterre surtout voyaient décroître dans des proportions considérables (45 0/0 pour cette dernière), le chiffre de leur létalité.

La tuberculose ne fait que 60.000 victimes en Angleterre, 90.000 en Allemagne contre 150.000 en France, voilà un fait brutal et profondément attristant, qui n'est pas pour nous consoler de la diminution constante de notre natalité.

Or cette décroissance dans les pays voisins tient à un ensemble de mesures (Lois sanitaires, développement de Sociétés coopératives augmentant le bien-être des classes ouvrières) que nous pouvons au moins imiter puisque nous n'avons pas su en prendre l'initiative.

Disons-le tout de suite, la faute n'en est pas au corps médical français qui a depuis si longtemps mais aussi si vainement réclamé des mesures pré-servatrices.

Rappelons-nous que c'est un Français, Villemin, qui a établi la contagiosité de la tuberculose, que l'Académie de Médecine à plusieurs reprises et en particulier par la voix autorisée de M. le prof. Grancher, a signalé aux pouvoirs publics les mesures réclamées par l'hygiène moderne, que c'est au prof. Brouardel enfin qu'est dû le mouvement d'opinion actuel.

M. Brouardel a su montrer à tous dans un tableau saisissant les résultats obtenus par la nation anglaise en indiquant nettement en regard les causes qui avaient amené ces résultats.

Le corps médical partout se groupe autour de lui pour combattre le bon combat il fait donc son devoir, tout son devoir avec l'espoir peut-être un peu chimérique d'être entendu.

C'est que l'œuvre de défense nécessite des mesures complexes se heurtant, hélas ! à des difficultés de tout ordre, matérielles et morales.

Pour commencer tout d'abord, il faudrait ranger la Tuberculose au nombre des maladies contagieuses à déclaration obligatoire, il faudrait prendre corps à corps cet autre fléau, l'alcoolisme « tueur de pauvres

gens » bien mieux encore que l'hiver et grand pourvoyeur du bacille de Koch.

Le pouvoir du législateur peut, de ces deux façons, exercer une action d'une efficacité puissante sur la prophylaxie de la tuberculose ; les préjugés populaires, les susceptibilités des familles seront bien forcés de s'incliner devant la loi.

Mais ce n'est là que le côté du problème le plus facile à résoudre, il reste à protéger la famille, les camarades d'atelier du tuberculeux contre la contagion, et le vrai remède, le seul efficace, serait l'isolement du tuberculeux à la phase où il devient contagieux.

Il reste enfin à la Société une obligation à remplir, celle de soigner le tuberculeux, de le mettre à même de guérir si l'affection est encore curable, de secourir en outre, s'il est chef de famille, ceux dont il devient incapable d'assurer l'existence.

Ainsi la prophylaxie de la tuberculose n'exige pas seulement des lois sanitaires, elle n'est pas d'essence seulement médicale, elle relève encore, et là, est le nœud du problème, de l'assistance sociale.

Renvoyer l'ouvrier de l'atelier où il travaille, l'enlever à la famille qu'il contamine en la faisant vivre, le médecin peut et doit l'exiger, mais à une condition, c'est que cet homme soit recueilli et soigné, c'est que sa famille soit secourue.

Et pour cela, il faut de l'argent et beaucoup, plus qu'on ne pourra jamais en donner, même en frappant à toutes les caisses, celles de l'Etat, des départements, des municipalités, des grandes Sociétés industrielles, des grands patrons et enfin de tous les gens charitables, nombreux heureusement dans notre beau pays.

Il devient urgent d'engager la lutte, s'en désintéresser « serait plus qu'un crime » pour rappeler un mot célèbre. Mais pour Dieu, pas de demi-mesures, pas de faux semblants.

Des actes et non pas des mots cachant un piteux avortement.

Mille fois mieux ne rien faire, car la lutte peut continuer, que de leurrer l'opinion publique par l'étalage de quelques illusoires précautions.

VOIE VAGINALE — SA SÉCURITÉ QUAND SON EMPLOI EST LIMITÉ A SES VRAIES INDICATIONS.

D'après une statistique des 3 dernières années

Par le D^r L. LAPEYRE

Sur trente et quelques cœliotomies vaginales que j'ai eu l'occasion de pratiquer tant en clientèle qu'à l'Hôpital dans ces trois dernières années, je n'ai eu à explorer aucune mort opératoire, ce dont je rapporte tout le mérite à l'excellence de l'opération vaginale pratiquée selon la technique de Doyen et aussi à la précaution que j'ai toujours prise de ne demander à

la voie vaginale qui ce qui est légitimement de son ressort.

Le temps n'est plus en effet où, suivant leur éducation chirurgicale, les gynécologistes se divisaient en les deux camps ennemis de laparotomistes et hystérectomistes; il n'est personne qui ne pratique tour à tour et selon les indications fournies par l'examen la cœliotomie abdominale ou vaginale.

Un profond changement s'est accompli en quelques années (les chirurgiens se sont toujours fait un point d'honneur d'aller vite) si bien même qu'on peut distinguer nettement trois périodes dans le conflit des voies abdominale et vaginale.

Dans une première époque l'hystérectomie vaginale, triomphante dans la thérapeutique des tumeurs utérines, est vigoureusement combattue dans les lésions annexielles et ne trouve guère que Péan et Segond, ses parrains, pour la défendre.

Puis dans une deuxième période, les perfectionnements de technique apportés par Doyen, Quénu, etc. amènent le triomphe de la voie vaginale. Les indications de la laparotomie vont se restreignant à tel point qu'il est des chirurgiens qui l'abandonnent pour ainsi dire complètement. C'est du moins le moment où les plus gros fibromes sont abordés par le vagin au prix des morcellements les plus audacieux et les plus pénibles, où toute lésion annexielle suppurée, ou non, pourvu qu'elle soit bilatérale ou semble telle, est déclarée justiciable de l'hystérectomie vaginale.

Quelques laparotomistes de la 1^{re} heure cependant, tels MM. Terrier, Pozzi continuent à défendre la voie haute et perfectionnant sans cesse leur technique, tendent de plus en plus à combler l'écart de mortalité qui sépare les deux modes d'intervention. Et nous voyons par une réaction naturelle la laparotomie reconquérir dans ces toutes dernières années une grande partie du terrain qu'elle avait perdu.

Disons-le de suite, dans cette réaction il existe une part légitime mais aussi une part d'exagération et le moment semble cependant venu d'établir sans parti pris les attributions vraiment légitimes de chacune des deux méthodes.

Les préférences individuelles aux deux premières époques classaient le chirurgien; il doit désormais n'en être plus ainsi, le souvenir des luttes premières s'étant effacé et les indications et les techniques s'étant précisées jusqu'à offrir un caractère pour ainsi dire définitif.

J'ai dit que d'une façon très légitime la la cœliotomie abdominale avait regagné dans ces dernières années une part du terrain jadis perdu.

C'est qu'en effet la technique et par suite les résultats se sont prodigieusement améliorés dans les ablations totales de l'utérus par l'abdomen; le procédé de Doyen, le procédé dit américain et vulgarisé par Segond d'hystérectomie abdominale totale ont abaissé la mortalité à un chiffre voisin de celui des ablations vaginales. Aussi d'une façon absolue les gros fibromes sont-ils devenus uniquement justiciables de l'hystérectomie abdominale, et la question s'est-elle posée de substituer, au moins dans une certaine mesure,

l'ablation par le ventre à l'ablation par le vagin dans le cancer utérin.

De même dans les lésions annexielles, la castration abdominale totale est devenue assez favorable dans ses résultats pour être mise en parallèle avec la castration vaginale.

Aussi est-il facile de comprendre qu'un certain nombre de chirurgiens qui n'avaient accepté la voie vaginale que sous la contrainte de la statistique disant très haut sa grande innocuité relative, sont revenus avec enthousiasme à la voie abdominale et se sont évertués à reprendre à la voie vaginale tout ou presque tout du terrain conquis légitimement.

Un autre progrès favorisait encore cette « reprise » de la laparotomie.

En même temps que les perfectionnements de technique apparaissait le souci de faire dans les lésions des annexes, de la chirurgie conservatrice.

M. Pozzi, s'engageant dans cette voie et poussant son élève Jayle à étudier les inconvénients de la castration ovarienne, montrait que dans certains cas il fallait se contenter de résections partielles ou d'opérations plus conservatrices encore.

C'était là encore une sérieuse raison de revenir au moins pour un groupe de cas bien déterminés à la cœliotomie abdominale.

Il n'en reste pas moins vrai que, prises en bloc, les opérations par la voie vaginale présentent une sécurité très grande, plus grande en dépit de tous les perfectionnements que par l'abdomen.

Je suis convaincu pour ma part et la petite statistique suivante tend à le démontrer que les opérations par la voie vaginale sont d'une innocuité à peu près absolue, lorsque l'on ne demande à cette voie d'accès que ce qu'elle peut légitimement donner.

Un accident est certainement possible, mais les conditions mêmes de l'opération le rendent improbable.

Que se passe-t-il en effet dans l'hystérectomie vaginale.

L'opération à vrai dire ne devient intra-péritonéale qu'au moment de sa terminaison, au moment de la bascule utérine; de plus les instruments seuls entrent en contact avec la séreuse, les mains n'interviennent pour ainsi dire pas. Enfin deux conditions sont encore réalisées toutes deux garantissant le succès de l'opération:

1^o Un large drainage en position déclive est établi par le vagin et les collections suppurées si elles sont ouvertes s'ouvrent directement dans le vagin, c'est-à-dire en dehors du ventre.

2^o La région du péritoine intéressé est uniquement celle du pelvis dans laquelle la séreuse offre des caractères de résistance à l'inflammation et à l'infection tout différents de la séreuse abdominale.

Les opérations abdominales présentent au contraire des aléas plus complexes aussi à indications égales, je n'hésite pas à donner la préférence à la voie vaginale.

Par contre, si la lésion est difficilement abordable

par le vagin ou s'il est une indication thérapeutique qui rende préférable l'ouverture de l'abdomen, j'abandonne sans hésiter l'hystérectomie vaginale pour la laparotomie.

En effet, les conditions de sécurité peuvent très bien se trouver renversées du fait d'une difficulté trop grande d'accès par le vagin et en tous cas la laparotomie donne à l'heure actuelle des résultats assez beaux pour que le chirurgien ne puisse plus se soustraire à l'impérieux devoir, d'obéir d'abord et avant tout à l'indication tirée des caractères et de la nature de l'affection. C'est en me guidant sur ces principes que je fais choix du mode d'intervention.

Je vais d'abord donner en bloc par ordre chronologique les observations très résumées de mes opérées puis j'examinerai successivement les résultats formés par la colpotoomie et l'hystérectomie.

Enfin dans ce dernier groupe séparant les interventions pour cancers, pour fibromes ou pour lésions an-

xielles et m'appuyant sur les résultats éloignés obtenus je dirai nettement quelle est à mon sens la part respective que doit prendre chacune des deux voies dans la thérapeutique de chacune de ces affections.

D'un mot j'indique la technique opératoire que j'ai adoptée une fois pour toutes :

Instrumentation et mise en pratique du procédé de l'hémisection antérieure de Doyen. Hémostase par 2 pinces dont une de renfort placées de haut en bas sur chaque ligament large à la fin de l'opération après la bascule de l'utérus ;

Enlèvement des pinces au bout de 48 heures, des mèches le quatrième ou le cinquième jour ;

Injections à partir du 10^e jour. La malade se lève au quinzième jour environ.

J'ai eu une fois une hémorragie après l'ablation des pinces ; la pince ne serrait plus et je m'en étais douté en la serrant. L'hémorragie a été arrêtée facilement par le spéculum à demeure bourré de gaze.

Statistique des Cœliotomies Vaginales pratiquées en 1898-1899-1900

DATES	SYMPTOMES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
7 mars 98.	1 BERTHE D. 35 ans, souffre du ventre depuis plusieurs années. Un enfant, il y a 10 ans. Bien-norrhagie probable. Crise douloureuse brusque et atteinte de pelvipéritonite, il y a six semaines. A l'examen : Uterus immobilisé enserré par une collection en croissant remplissant le cul-de-sac post. et les deux culs-de-sac latéraux. Etat général mauvais ; fièvre et vomissements ; il y a eu à plusieurs reprises du pus dans les selles.	Colpotoomie postérieure. L'incision du cul-de-sac ouvre une collection purulente horriblement fétide qui est lavée et drainée pendant longtemps ; on craint que des matières ne sortent par là, tant l'odeur est fécaloïde. L'amélioration est lente, le cul-de-sac se rouvre à plusieurs reprises pour donner passage à du pus.	La malade est revue en 1898 et 1899 pour des accès douloureux avec ballonnement du ventre. L'utérus est retroversé et immobilisé dans une gangue dure. Depuis la malade va bien et ne se plaint plus de rien. Revue en octobre 1900.
9 mai 98.	2 ALPHONSINE B., 28 ans, vierge, habitant St-Branches, se plaint d'hémorragies abondantes. Examen : fibrome assez volumineux.	Hystérectomie vaginale rendue un peu pénible par l'étroitesse vulvaire ; hémisection antérieure et V à la Doyen. Poids : 810 gr. ; suites parfaites.	Résultats éloignés excellents ; un peu d'obésité et bouffées de chaleur.
18 octobre 98	3 Femme M., 45 ans ; hémorragies et accidents de phlébite dans la jambe gauche. Examen : Etat général très mauvais ; facies hémorragique ; fibrome avec un peu d'infection de la cavité utérine.	Hystérectomie vaginale procédé Doyen. Le fibrome très enclavé pèse 1210 gr. ; opération assez longue ; suites simples. Elév. temp. à 38,2, 38,4.	Suites excellentes au bout de six mois.
20 novembre 98	4 MARIE A., 25 ans, passe dans le service de gynécologie de la Maison-Neuve ; atteinte de périmétri-salpingite suppurée très grave. Etat presque désespéré.	Opération très difficile ; l'utérus ne s'abaissant pas ; les poches suppurées se vident mal ; une fistule stercorale s'établit par le vagin.	La malade ne se remet qu'incomplètement et reste dans le service. Au bout de quelques mois l'état s'aggrave de nouveau, la malade succombe 10 mois après l'opération, à des accidents de péritonite suppurée.
7 juin 1899	5 Femme PAULINE Q., 50 ans, présentant une inversion utérine presque totale à la suite d'un fibrome de la grosseur d'une noix ; hémorragies.	Hystérectomie très facile. Suites normales.	Pas revue.
24 janvier 99	6 FEMME X. 28 ans, mariée sans enfants ; début il y a 3 ans. Depuis 8 mois, hémorragies continues ; anémie très accusée. Fibrome utérin remplissant le petit bassin et s'élevant un peu dans l'abdomen.	L'Hystérectomie nécessite l'emploi du tire-bouchon, le tissu fibromateux étant très friable, 2 pinces accessoires sont nécessaires pour l'hémostase du ligament large. Suites normales.	Guérison parfaite, revue pendant six mois.
30 janvier 99	7 FEMME 46 ans ; début, il y a quelques mois par pertes sanieuses et ménorragies ; épithélioma intracervical n'envahissant pas le corps.	Hystérectomie facile ; après l'enlèvement des pinces, hémorragie notable due à ce qu'une pince ne serre plus. Guérison sans autre incident.	Guérison complète, persiste en janvier 1901.

DATES	SYMPTOMES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
18 février	8 Mme R., de St-Antoine-du-Rocher, 56 ans; les hémorragies ont apparu depuis huit mois, 4 ans après la cessation des règles. Ulcération cancéreuse du col sur la lèvre postérieure à droite; Epithélioma intracervical et du corps.	Hystérectomie; utérus difficilement abaissable. La muqueuse utérine est seule atteinte.	Reste totalement guérie en décembre 1900.
11 avril	9 Mme V., 45 ans; début six mois; pertes abondantes; épithélioma du col gagnant un peu le cul-de-sac droit.	Hystérectomie facile. Guérison opératoire sans incident.	Début de la récurrence 6 mois après. La malade vivait encore au milieu de 1899.
14 avril	10 MARIE G., 38 ans; très amaigrie, fébrile, souffrant du ventre depuis 6 ans; 5 enfants; a eu des poussées de péritonite. Diagn.: perimétrisalpingite suppurée.	Hystérectomie facile; annexes suppurées difficilement énucléables. Cystite purulente retarde la guérison jusqu'au 12 juin.	La malade partie en bon état n'a pas été revue.
12 juillet	11 FEMME, 41 ans; 2 grossesses il y a 15 et 20 ans; hémorragie depuis 6 ans; dysurie; constipation. Fibrome enclavé dans le petit bassin et comprimant tous les organes.	Hystérectomie; morcellement pénible. Suites normales.	Pendant plusieurs mois, coelocidie. Actuellement guérison complète.
13 juillet	12 Mme L., 22 ans; ni grossesse, ni fausse couche; infection gonococcique. Pelvipéritonite et périmérite suppurée très graves; temp. 39,4.	Colpotomie post.; Evacuation d'une poche purulente puis de sérosité louche. La temp. tombe.	Malade quitte l'hôpital au bout de quelques semaines. Mais les douleurs persistent et de temps à autres poussées fébriles.
14 août	13 Mme X., 44 ans, souffre depuis 4 ans dans le ventre de douleurs vagues: pas de pertes de sang; hydorrhée. La tumeur volumineuse est prise pour un fibrome.	Hystérectomie difficile; utérus très friable et ne s'abaissant pas. Il s'agit en réalité d'un sarcome utérin.	Morte 3 mois après avec récurrence dans le ventre.
18 août	14 Mme R., 34 ans; atteinte de pelvipéritonite depuis 2 mois. Blennorrhagie avouée. Facies cachectique; temp. 39,8 le soir et 39 le matin; collection retro-utérine remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous ombilic.	Colpotomie postérieure; issue environ 1 litre liquide louche; les annexes ne peuvent être enlevées. Drain en croix pendant 15 jours. Temp. tombe à 36,2, mais le ventre reste dur et douloureux.	La malade refuse une hystérectomie secondaire. Revue 4 mois après, elle n'est pas guérie mais seulement améliorée.
16 octobre	15 Mme LOUISE R., couturière, 34 ans; 2 enfants, 1 fausse couche; lésion remontant à 4 ans; traitement médical continué 2 mois échoue. Diagn.: métrite et ovarosalpingite doubles.	Hystérectomie vaginale très simple. Guérison Sans incidents.	Guérison parfaite; revue à plusieurs reprises. Pas de troubles douloureux.
17 octobre	16 Mme L. (observ. 12, colpotomie post.); accidents de nouveau graves; fièvre continue; plastron étendu à toute la partie inf. abdomen; anorexie et amaigrissement.	Hystérectomie très difficile; le pus suinte de toutes parts; au bout de 5 jours fistule rectale donnant issue aux gaz et à quelques matières.	Etat général reste très mauvais et on ne peut penser à oblitérer la fistule. La malade a été revue pendant quelques mois toujours dans un état grave puis plus de nouvelles.
4 novembre	17 Mme X. (Bourguet), 50 ans, atteinte fibrome dépassant pubis de 2 travers de doigt comprimant le plexus sacré; douleurs sciatiques atroces.	Hystérectomie; par hémisection, antérieure, masse fibromateuse volumineuse au niveau du fond. Bascule facile.	Guérison parfaite.
10 novembre	18 Mme X., d'Orange; Inversion utérine totale à la suite d'accouchement; hémorragie abondante arrêtée par tamponnement; serum pendant 15 jours contre hémorragie et infection puerpérale.	Hystérectomie, le 28 ^e jour, sans section médiane après plusieurs essais inutiles de réduction sous le chloroforme.	Guérison complète.
7 décembre	19 Mlle X., 50 ans, atteinte de fibrome utérin, est prise d'accidents de cystite horriblement douloureuse; néphrite et albuminurie. Accidents d'oppression brightique.	L'hystérectomie pénible donne guérison parfaite malgré l'état alarmant de la malade.	La cystite est très améliorée; pendant plusieurs mois accidents brightiques. Puis très grande amélioration.
22 décembre	20 Mme ALINE F., 38 ans, est atteinte de périmérite ancienne avec accidents de suppuration.	Hystérectomie ouvre des poches purulentes; annexes difficilement énucléables.	Guérison complète. Etat excellent, aucun trouble.
18 janvier 1900	21 Mme X., 35 ans, 2 enfants, entre avec phén. pelvipéritonite. Une collection pointée dans le cul-de-sac post. droit.	Colpotomie post. Drainage à la gaze.	La malade sort au bout de 3 semaines. Elle n'a pas été revue.

DATES	SYMPTOMES	OPÉRATIONS	RÉSULTATS
21 mars	22 FEMME, Château-la-Vallière, 50 ans; fibrome assez vol.; phlébite il y a 4 mois; guérie depuis un mois.	Hystérectomie; le fibrome est en réalité petit, mais à droite kyste ovarien assez volumineux qui est incisé et accouché par le vagin.	Guérison parfaite.
28 avril	23 Mme G., 30 ans; opérée Schroder, il y a 2 mois; revient avec un épithélioma évident méconnu la première fois.	L'hystérectomie montre que déjà le ligament large est envahi et que la récurrence est fatale.	Récurrence 2 mois après. Mort rapide.
2 mai	24 Mme X., 28 ans, souffre du ventre depuis 2 ans 1/2. Diagnostic: métrite et ovarosalphingite doubles.	Hystérectomie sans incidents.	Revue, la guérison est complète. Pas de troubles d'aucune sorte.
8 mai	25 Mme R. (Chantenne), 48 ans, est atteinte d'épithélioma utérin depuis six mois environ.	Hystérectomie très simple; les lésions paraissent limitées à la muqueuse intracervicale.	Pas de récurrence au mois de novembre.
25 mai	26 Mme D. (St-Pierre-des-Corps), 34 ans, est atteinte de périmérite suppurée avec ouverture à plusieurs reprises dans le rectum. A subi une colpotomie sans résultat dans une maison de santé.	Hystérectomie. Suites normales.	Résultat très bon, cependant de temps en temps du pus s'écoule par le vagin et quelques gaz passent par cette poche qui communique avec le rectum.
1er juin	27 Mlle X., domestique, présente des accidents de périmérite qui ont fait croire à une appendicite. Tuméfaction du cul-de-sac postérieur.	La colpotomie postérieure donne issue à une certaine quantité de sérosité citrine.	Guérison.
10 juin	28 Mme F., grosse de 3 mois, est atteinte de kyste ovaire proéminent dans le cul-de-sac. Elle souffre de vomissements incoercibles; son état est très grave.	Ablation du kyste par la colpotomie postérieure très facile. Les vomissements persistent, ne cèdent qu'à l'avortement provoqué.	Guérison parfaite.
19 juillet	29 Mme F., 28 ans, a failli être hystérectomisée il y a 18 mois à Cochin; rechute récente; ovarite double suppurée.	Hystérectomie; déchirure légère de la vessie par la valve antérieure. Oblitération totale de la fistule six semaines après en une seule tentative.	Guérison complète, état excellent. Pas de troubles douloureux.
23 octobre	30 Mme L., 28 ans, laparotomisée il y a deux ans. Utérus douloureux; accidents nerveux; entécolite grave; adhérences S iliaque à la vessie et à l'utérus.	Hystérectomie sans incidents.	Suites trop récentes pour être étudiées
2 novembre	31 Mlle X., 28 ans; Blennorrhagie ancienne. Métrosalphingite aiguë avec poussées de pelvipéritonite.	Hystérectomie sans incidents.	Idem.
9 novembre	32 Mme A., 31 ans; 3 enfants, 1 fausse couche; colpotomisée il y a dix mois; souffre encore plus qu'auparavant. Lésions chroniques utérus et annexes.	Hystérectomie. Utérus gros, sclérosé; très malade.	Idem.

Au total 32 opérations, 6 colpotomies et 26 hystérectomies n'ayant donné aucun décès opératoire.

Colpotomies postérieures

L'incision simple du cul-de-sac postérieur a été pratiquée deux fois pour pelvipéritonite, trois fois pour lésions suppurées des annexes, une fois pour pratiquer l'ablation d'un kyste de l'ovaire coïncidant avec une grossesse.

Dans les 2 cas de pelvipéritonite le résultat a été très satisfaisant et les malades sont parties guéries du moins en apparence.

Je dois ajouter que je ne les ai pas revues, ce qui n'est qu'une présomption en faveur de la persistance de la guérison.

Dans les trois cas d'annexites suppurées le résultat a été favorable dans deux cas.

Je dis seulement favorable car les accidents doulou-

reux ont persisté à la suite de l'intervention et il n'y a eu pas guérison totale mettant la malade à l'abri de rechutes.

Dans le troisième cas, j'ai dû quelques mois après pratiquer l'hystérectomie et l'état n'avait pas été sensiblement amélioré.

J'ai de plus hystérectomisé deux malades qui avaient été colpotomisées par d'autres chirurgiens sans résultat curatif. Je suis donc disposé à n'accorder qu'une valeur médiocre à la colpotomie postérieure dans le traitement des annexites suppurées.

L'impossibilité de maintenir un drainage suffisant ne permet pas de mettre l'intervention en parallèle avec l'hystérectomie « qui fait sauter la bonde. »

L'incision postérieure a ceci d'utile cependant qu'elle pare aux accidents pressés et rend l'ablation utérine singulièrement plus facile par une opération secondaire.

Doyen a bien montré les avantages de la colpotomie à ce point de vue et il peut être prudent dans les cas difficiles de procéder ainsi en deux temps.

Je me suis servi une fois de l'incision du cul-de-sac postérieur pour enlever un kyste de l'ovaire. L'opération a été d'une simplicité et d'une bénignité merveilleuse, et il reste vrai que certains kystes peuvent être abordés par la voie vaginale avec avantage.

Je me contente de signaler ici le fait, l'observation qui est intéressante à d'autres points de vue devant être publiée ailleurs.

HYSTÉRECTOMIES

Les 26 hystérectomies vaginales pratiquées se décomposent ainsi :

Cancer	6	(Une fois
Fibrome	8	il y avait existence
Inversion	2	d'un kyste ovarique.)
Salpingites	10	dont 4 suppurées et 3
		après des colpotomies.

Je note de suite à part les 2 hystérectomies pour inversion utérine, l'une de nature puerpérale, l'autre consécutive à un petit fibrome.

L'inversion utérine puerpérale est particulièrement rare 1 sur 190.000 accouchements, plus rarement encore, elle reste irréductible et nécessite une opération. Aussi n'y a-t-il que quelques hystérectomies publiées pour inversion puerpérale; en France je ne connais que les cas de Duret et de Legueu. Encore les hystérectomies pratiquées par ces auteurs l'ont-elles été pour des inversions anciennes devenues chroniques, tandis que dans mon cas l'opération a été pratiquée quelques semaines après l'accouchement dans une inversion aiguë pour parer aux accidents d'hémorragie grave, qui menaçaient d'emporter la malade.

L'opération est du reste très simple, elle n'a qu'un défaut celui de supprimer les organes de la génération et d'être inférieure en cela à l'opération conservatrice de Küstner.

Dans les cas aigus, je crois que presque toujours l'opération de Küstner est impraticable ou dangereuse et que l'hystérectomie reste la seule méthode à employer car bien entendu elle doit remplacer absolument les anciens procédés peu sûrs de ligature élastique.

Epithélioma. — J'ai hystérectomisé six femmes pour cancer utérin et n'ai eu recours qu'une fois dans le même laps de temps à la voie abdominale. Les résultats ici sont intéressants à enregistrer, car nombre de chirurgiens professent à l'heure actuelle que le cancer doit toujours être abordé par l'abdomen, l'opération devant être complétée par la dissection du paramétrum et la poursuite des ganglions cancéreux.

J'avoue qu'avec Bouilly, Richelot et autres encore, je crois peu à la guérison chirurgicale du cancer ayant franchi les limites de l'organe. Le succès ne me paraît possible qu'avec des lésions au début limitées à la muqueuse et dès lors l'ablation vaginale doit offrir

les mêmes chances de survie ou de guérison avec un risque opératoire moindre. Mes six observations ne sont du reste pas trop défavorables par les résultats obtenus.

Une fois la récurrence est survenue au bout de 2 mois chez une femme de 30 ans qui avait un épithélioma envahissant le ligament large gauche.

Une autre fois la récurrence est survenue au bout de 4 mois, une fois six ou sept mois après.

Mais enfin chez deux femmes atteintes toutes deux d'épithélioma intra-cervical malgré des lésions déjà très accusées, la guérison s'est maintenue depuis 2 ans (30 janvier et 18 février 1899).

La récurrence surviendra-t-elle, probablement oui, hélas ! mais le bénéfice de l'intervention n'en aura pas moins été considérable. Je note de suite que ces deux succès répondent à la forme intracervicale du cancer que tous les auteurs considèrent comme la plus favorable à l'intervention.

En somme, je persiste à trouver l'hystérectomie vaginale indiquée dans les formes de début et surtout les formes intracervicales et me demande si dans les cas plus avancés où l'ablation vaginale a fait faillite, l'ablation abdominale ne comportera pas les mêmes mécomptes.

Fibromes. — 8 hystérectomies pour fibromes ont donné 8 succès complets et durables. Là il n'est pas douteux que tout fibrome facilement enlevable par la voie vaginale en est justiciable; les dangers de l'opération sont à peu près nuls, et aucune raison valable ne peut donner le pas à l'ablation abdominale dans de telles conditions. Par contre il serait absurde de vouloir faire passer par le vagin un gros fibrome, l'ablation abdominale est ici nécessaire et ses résultats peuvent presque aller de pair avec les résultats de l'hystérectomie vaginale dans les cas précédents.

Le difficile évidemment est d'opter dans les cas limités, le doute profitera à la voie abdominale.

Salpingites. — Ici sur 6 opérations pour suppuration des annexes 2 fois la guérison n'a pas été obtenue et une fois la mort est survenue, malgré tout.

J'ai eu à enregistrer aussi dans un de ces deux cas une fistule rectale, qui n'était peut-être pas opératoire et chez une autre malade une blessure vésicale.

La fistule vésicale a été oblitérée quelques semaines après en une seule opération par le procédé de Ricard et la malade n'en a ressenti nul inconvénient.

L'accident s'était produit sous la pression de la valve antérieure poussée un peu trop violemment par l'aide qui la tenait au moment des tractions sur l'utérus.

La technique suivie, celle de Doyen, ne permet guère du reste de blessure de la vessie par l'instrument tranchant ou les incises à traction.

Les résultats définitifs dans tous les autres cas pour salpingite suppurée ou non ont été très beaux.

Il est à noter que l'hystérectomie ne laisse pas après elle ces douleurs et ces troubles psychiques et nerveux si accentués que laisse la seule castration ovarienne. Après l'ablation totale, on note bien des bouf-

fées de chaleur et quelques malaises mais la santé est florissante, les douleurs sont nulles.

Une de mes malades laparotomisées par moi il y a 2 ans, a dû être hystérectomisée; des adhérences très douloureuses s'étaient faites ou plutôt reformées entre l'S iliaque et l'utérus. La vie était intolérable.

Il n'est point de doute que toutes les fois que la gravité des lésions exige la castration ovarienne double, l'enlèvement de l'utérus est préférable.

Il est possible de choisir, il est vrai, entre l'hystérectomie vaginale ou abdominale totale, mais la première est malgré tout plus sûre surtout au cas de suppuration et dès lors je la crois habituellement indiquée.

La laparotomie sera réservée aux cas rares dans lesquels les lésions ne paraissent pas abordables par le vagin à ceux dans lesquels on conserve des doutes sur la gravité ou la bilatéralité des lésions. Elle est obligatoire toutes les fois qu'une intervention conservatrice paraît indiquée quoique encore la colpotomie puisse dans certains cas donner des renseignements aussi exacts et permettre par exemple l'ablation unilatérale d'un ovaire malade prolapsé dans le cul de sac de Darglas.

LA VARIOLE A TOURS

par le D^r J. ANDRÉ

Notes sur l'épidémie actuelle (1901)

Depuis quelques mois les journaux médicaux avaient signalé l'existence à Paris d'une épidémie de variole assez intense à en juger par les relevés de la statistique municipale.

Cette maladie infectieuse qui y existe à l'état endémique subit une de ces recrudescences de virulence dont elle est coutumière dans les grands centres et l'épidémie s'était déclarée. Il était à craindre qu'elle ne gagnât d'autres villes! Le fait s'est réalisé pour Tours où la variole a fait son apparition dans les derniers jours de novembre, y prenant un caractère épidémique très net, bien que les proportions de cette contagion soient encore heureusement peu considérables.

Des recherches que nous avons faites à ce sujet il résulte que le premier cas fut celui d'une femme qui au retour d'un voyage à Paris fut prise de variole (fin novembre). Un employé de la ville occupé à la désinfection des locaux fut envoyé chez cette malade pour remplir ses fonctions et dans les premiers jours de décembre il présentait à son tour les symptômes de l'affection. Ces deux premiers malades habitent le quartier Sud Ouest de la ville. Le dernier transmit la variole à deux de ses collègues que, malgré les recommandations qui lui avaient été faites, il reçut chez lui alors qu'il était en pleine desquamation.

Ces deux nouveaux cas survinrent dans le courant du mois de décembre dans les quartiers Nord-Ouest et Sud-Est de la ville et devinrent le centre de nouvelles contaminations. Le varioleux du quartier Sud-Est (La

Fuye) infecta sa femme et sa belle-sœur qui le soignaient et qui n'avaient pas voulu se faire revacciner malgré le conseil qui leur en fut donné: la seconde de ces nouvelles victimes succombait le 15 janvier à l'affection ainsi contractée. Le varioleux du quartier Nord-Ouest (Saint-Saturnin) y détermina un troisième foyer: un homme puis une femme pris de variole furent transportés à l'hôpital d'isolement du Petit Beaumont où ils succombèrent les 12 et 19 janvier avec des accidents hémorragiques.

De plus auprès du foyer primitif un autre décès survenait par variole hémorragique et deux nouveaux malades étaient envoyés à Beaumont. Actuellement il y a eu en somme une vingtaine de cas de variole cliniquement diagnostiqués dont 5 se sont terminés par la mort.

Il y a donc là épidémie au sens propre du mot, la variole n'étant pas à Tours à l'état endémique comme cela s'observe à Paris, à Vienne, à Berlin, enfin dans tous les grands centres.

Tous ces cas ont dérivé d'un premier dû à la contagion et se sont faits par contagion directe ou indirecte (poignée de main, pansements, linges, etc.) qu'il est facile de retrouver par l'interrogatoire des malades.

Le nombre de ceux-ci a été fortement grossi par l'imagination populaire et cela s'explique par le fait de la coïncidence de nombreux cas de varicelle. Le diagnostic de la variole peut dans ce cas être fort délicat parfois, surtout si on a affaire à une variole discrète. Cependant l'examen attentif des caractères de la vésicule varicelleuse (translucide, très superficielle, oblongue ou arrondie, de durée éphémère, et se produisant par poussées successives) permettra de la distinguer de la vésico-pustule de la variole, (trouble, à contenu purulent, s'ombiliquant nettement et formant après suintement une croûte large dont la chute laisse souvent voir une cicatrice indélébile). Une des malades dont nous avons parlé plus haut et qui a succombé à une variole hémorragique a présenté dès ce début de l'affection un rash scarlatiniforme qui fit porter le diagnostic de scarlatine par le confrère appelé à l'examiner. Cette erreur de diagnostic, qui fut corrigée aussitôt qu'apparurent les premières vésicules, est presque inévitable tant l'aspect du rash produit l'illusion et est rendue plus facile encore par le fait de l'ignorance de l'épidémie. Cependant dans des cas semblables, il est quelques caractères spéciaux à chacune de ces affections qui nous paraissent devoir être rappelés et qui permettent de faire le diagnostic précoce: le rash scarlatiniforme de la variole est plus spécialement localisé à l'hypogastre, aux aînes, à la région axillaire, il n'atteint presque jamais la face et apparaît moins rapidement que l'éruption scarlatineuse. Dans celle-ci au contraire on observe l'angine du début, l'élévation brusque de la température et on ne rencontre pas la rachialgie intense de la variole. Ce diagnostic est en tous cas très délicat et d'autant plus utile à faire que le symptôme indique qu'on est en présence d'une forme grave de la variole, la forme hémorragique primitive ou d'emblée. Celle-ci a une intensité telle qu'on

l'a vu parfois atteindre des individus peu de mois après une vaccination positive et que son pronostic est habituellement fatal.

L'incubation de la variole hémorragique d'emblée est un peu plus courte que celle de la variole ordinaire et cette allure rapide se retrouve dans l'évolution de la maladie. Elle revêt parfois la forme foudroyante dans laquelle, après une courte période d'invasion avec frissons, fièvre intense, céphalalgie, rachialgie, anxiété respiratoire, le délire survient rapidement puis le collapsus et la mort en 24 à 36 heures, sans qu'aucune éruption soit venue affirmer le diagnostic. Parfois les symptômes initiaux précédents sont un peu moins violents, un peu plus traînants et au 3^e jour ou au 4^e apparaît le rash soit scarlatiniforme, soit morbiliforme : dans ce cas la mort survient peu de temps après l'apparition du rash. Parfois enfin l'éruption variolique apparaît un peu avant que la mort survienne, éruption difficile même à déceler au milieu de la teinte livide ou violacée de la peau.

La forme hémorragique secondaire quoique moins terrible n'en est pas moins l'indice d'une infection intense ou d'un état général déjà mauvais et le pronostic en est aussi très grave. Dans l'épidémie actuelle plusieurs cas de variole hémorragique se sont déjà produits, tous avec terminaison fatale. Nous avons eu d'autre part l'occasion d'observer une série de faits qui nous ont paru intéressants à signaler tant au point de vue clinique qu'au point de vue étiologique ou prophylactique.

Tout d'abord un des groupes de malades (celui du quartier de la Fuye) nous a permis de constater un véritable phénomène d'exaltation de virulence de l'infection par transmission d'individu à individu dans le même milieu.

Le premier malade (le mari) présente une variole discrète avec peu de phénomènes généraux, la convalescence fut rapide : lui-même avait été infecté par un autre varioleux ayant une éruption discrète. Sa femme qui l'avait soigné fut prise à son tour et eut une variole très confluyente avec phénomènes généraux assez graves, enfin la belle sœur prise en dernier lieu, après être restée auprès d'eux, présenta une éruption confluyente mais avec phénomènes adynamiques graves qui furent suivis de mort. Ces trois malades étaient antérieurement de bonne santé et de constitution assez robuste ; tous les trois ayant été vaccinés dans l'enfance mais non revaccinés. Le pouvoir pathogène du microbe de la variole a donc subi une réelle exaltation par la transmission de l'un à l'autre malade et le séjour prolongé de cette dernière au foyer de la contagion. C'est un fait actuellement démontré expérimentalement et aussi cliniquement que la transmission d'un animal à un autre animal de même espèce rend presque toujours les bactéries plus aptes à triompher de l'immunité naturelle ou acquise de ces animaux, par suite d'une sorte d'adaptation au milieu.

Quelques autres faits que nous allons citer présentent également un grand intérêt au point de vue de

cette question de l'immunité acquise par la vaccination.

Nous avons été appelé auprès d'un employé de chemin de fer qui, étant allé voir la précédente malade la veille de sa mort, fut pris de peur et se fit vacciner le 14 janvier. Son vaccin évolua normalement et sans phénomènes généraux marqués, actuellement (28 janvier) la pustule vaccinale est en voie de dessiccation. Mais depuis quatre jours, cet homme a été pris de malaise, céphalalgie, vomissements, rachialgie et une éruption est apparue, très légère, de varioloïde. Les deux affections, variole et vaccine ont donc incubé ensemble ; la vaccine a évolué normalement, quant à la variole, elle semble devoir être légère quoique le malade soit plutôt peu résistant.

Ce fait présente un intérêt tout d'abord au point de vue de la question toujours discutée par quelques auteurs de l'unité ou de la dualité de la vaccine et de la variole. Il est certain que ce malade a été pris successivement et d'une façon cliniquement très nette de deux affections très différentes ayant évolué chacune avec ses caractères bien spéciaux. Pour chacune l'époque de l'infection est connue, la durée de l'incubation a été classique et l'évolution a été normale.

Mais d'autre part, on est amené à se demander si la vaccine a pu chez ce malade avoir une influence sur la variole. Théoriquement, cela est possible et même cela a été cliniquement démontré : l'immunité que confère la vaccine n'est acquise que vers le 10^e ou le 11^e jour qui suit l'inoculation. Ce délai qui s'écoule entre l'inoculation et la réalisation de l'état réfractaire varie avec le procédé d'immunisation employé ou avec la maladie immunisante. C'est ainsi que le sérum préventif (contre le tétanos, la diphtérie, etc.), extrait d'un animal immun, confère une immunité presque immédiate. Au contraire, l'immunité due à une maladie ne s'acquiert qu'après un temps plus ou moins long, nécessaire au travail organique qui doit aboutir à l'état réfractaire.

Le malade dont nous parlons a donc été vacciné un peu trop tard pour que la variole ait pu être empêchée : les premiers symptômes d'invasion s'étant manifestés le 24 ou 25 janvier, c'est-à-dire au 10^e jour après l'inoculation de la vaccine. Cependant nous croyons pouvoir attribuer à l'action de celle-ci le peu d'intensité de l'éruption qui était peu considérable ; action facilitée par ce fait que cet homme avait déjà été vacciné autrefois. Au contraire, quatre enfants du quartier St-Symphorien qui avaient été vaccinés pour la première fois le 14 janvier ont été pris de la variole successivement à partir du 20 janvier et ont présenté des éruptions confluentes très intenses auxquelles l'un d'eux au moins a succombé. La vaccine chez eux n'avait donc pu encore déterminer l'état réfractaire. Or, si dans un bon nombre de cas, la vaccine inoculée pendant l'incubation de la variole peut la rendre plus bénigne, il est prouvé que si le sujet était antérieurement malade ou faible, la vaccine peut agir comme une troisième affection ajoutée aux deux autres et n'être plus qu'une complication.

Presque toutes les personnes atteintes dans l'épidé-

mie actuelle ont été des personnes qui avaient été vaccinées dans l'enfance mais non revaccinées. Or, l'immunité acquise par la vaccination ayant une durée moyenne de 10 ans, parfois moindre, souvent plus longue, il est certain que la revaccination obligatoire nous eût préservé de l'invasion de la variole. A notre avis, quelques-uns de ces malades ont été néanmoins heureusement influencés par leur vaccination ancienne et n'ont dû qu'à cela la bénignité de leur éruption, bien que les conditions dans lesquelles ils se trouvaient fussent des plus mauvaises.

Nous devons maintenant signaler en passant un fait curieux d'immunité héréditaire que nous avons noté parmi les personnes que nous avons vaccinées récemment. Cette forme d'immunité est celle qui est transmise au fœtus par la mère. Si celle-ci présente une maladie infectieuse pendant sa grossesse, elle peut infecter son enfant in utero. Que la maladie survienne au moment de l'accouchement à terme ou qu'elle détermine l'avortement l'enfant peut paraître avec les traces évidentes de l'affection qui lui a été transmise. Mais si la mère est atteinte au cours de la grossesse et que celle-ci évolue normalement, l'enfant peut acquérir une immunité spéciale à l'égard de l'affection présentée par sa mère, immunité dite héréditaire et dont la durée est assez variable. C'est un cas de ce genre que nous relatons ici et qui concerne une jeune femme de 30 ans. Sa mère, enceinte d'elle de cinq mois environ, en l'année 1870, fut prise de variole au moment de l'épidémie qui sévit cette année-là et eut une forme hémorragique assez grave.

La grossesse évolua cependant normalement et aboutit à terme. L'enfant, venue au monde sans vestiges de cette affection, fut mise au sein d'une nourrice qui, 3 mois après, fut prise de variole. L'enfant continua à prendre le sein et cependant ne fut pas infectée; de plus, vaccinée par le médecin du pays aussitôt la maladie de la nourrice constatée elle fut réfractaire au vaccin comme elle le fut à la variole. Dix ans après, elle fut vaccinée à nouveau sans résultat et nous n'avons pu en effet trouver trace de vaccination. Vaccinée cette année, elle nous a donné un résultat absolument positif. Cette personne a donc présenté une immunité héréditaire d'une dizaine d'années au minimum, due à l'action de la maladie contractée par la mère.

Les faits de ce genre présentent une importance certaine au point de vue de la durée de l'immunité, de la rapidité de l'immunisation. Ce sont ces facteurs qui seront de la plus grande utilité dans l'emploi des différentes sérothérapies, des différents procédés de vaccination.

L'épidémie de variole actuellement en développement sera, nous l'espérons, peu importante grâce aux nombreuses revaccinations qui ont été effectuées, dès l'apparition des premiers cas, dans les différentes usines, administrations, écoles privées ou publiques de la ville. — Cependant d'après les renseignements que nous avons recueillis et constatés, de nouveaux cas apparaissent qui peuvent la prolonger

et en faciliter la transmission aux autres localités de la Touraine. Tous ces cas sont dûs au mauvais vouloir à l'égard de l'inertie tout au moins des gens auxquels nous nous efforçons tous d'inculquer quelques notions d'hygiène ou de prophylaxie sans pouvoir y parvenir — et nous pouvons affirmer que l'épidémie actuelle ne se serait pas développée si ces conseils avaient été suivis.

ETUDE SUR LA FIÈVRE APHTEUSE

Par le Dr HOUSSAY (de Pontlevoy)

De nouveaux cas d'angine aphteuse ont suivi celui que j'indiquais le 15 novembre et m'ont amené, par l'opportunité du fait, à reprendre cette question.

Quant aux épizooties aphteuses, il est non seulement nécessaire de les considérer au point de vue économique, mais au point de vue nosologique général, et il y a de réels avantages à retirer de leur étude. Car si elles intéressent l'économiste qui voit en elles un dommage matériel pour la propriété; comme maladie transmissible à l'espèce humaine, elles deviennent pour le médecin un sujet d'études et une occasion de recherches prophylactiques.

Bien connue déjà et suffisamment décrite par des auteurs anglais et allemands, au milieu du XVIII^e siècle la fièvre aphteuse sévit dans la région des Alpes Centrales. Reparue en Angleterre, vers 1839, elle se répandit en Europe, de 1840 à 1860, avec une vitesse d'autant plus considérable que rien ne s'opposait à son extension.

Le graphique suivant indique le nombre d'animaux atteints, dans les pays d'Europe les plus frappés de 1871 à 1887, et dispense de tout commentaire graphique.

Il est difficile de conclure à des lois générales, mais la seule considération que nous puissions en tirer, c'est que ce sont la France et l'Angleterre qui ont subi le plus de ravages.

La cause en est-elle dans la fréquence des relations commerciales ou dans les similitudes de conditions climatiques, tout au moins pour les bords de la Manche; ou serait-ce la conséquence des croisements plus fréquents qui peuvent altérer la résistance primitive des races indigènes par l'introduction d'éléments exotiques plus difficiles à acclimater, nous n'en savons rien, mais toujours est-il que c'est aux pays dont la morbidité est la plus considérable de prendre l'initiative de la prophylaxie.

Grâce à deux facteurs puissants, la contamination d'une espèce à une autre ce qui prouve l'unicisme du germe pathogène, et la persistance contagieuse des animaux guéris, ces épizooties se diffusent rapidement, car aux espèces indiquées par les statistiques, il faut ajouter le cheval, le chien, le chat et les gallinacés, tous animaux susceptibles d'augmenter encore les chances d'infection.

La seconde raison n'a pas moins de valeur, car si les animaux, même guéris, restent longtemps une cause d'infection, c'est que le contagium résiste aux

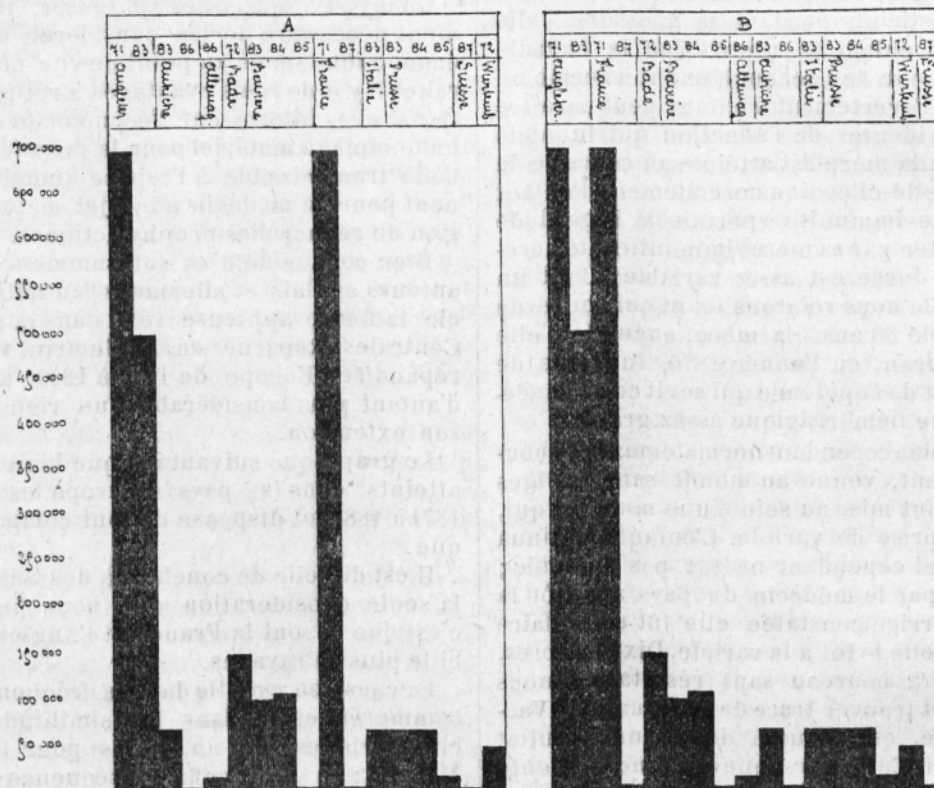
agents de destruction, n'attendant que des conditions propices et un milieu bien préparé pour se développer. Devant cette diffusion du principe pathogène, les épizoties deviennent enzoïques; du reste l'expérience a confirmé une loi acquise, c'est que leur augmentation facilite logiquement les risques de contagion humaine.

Un fait qui prouve que cette étude est loin d'être négligeable est le suivant très explicable. Bouley s'est demandé si les affections graves de la peau qui ont suivi les vaccinations de 1883-84 n'étaient pas dues à ce qu'on avait pris l'éruption mammaire d'une vache aptéuse pour du cow-pox. L'hésitation, en admettant qu'il y en ait eu, basée sur des lésions macroscopiques, n'aurait pu être levée que par l'étude diffé-

Il y avait eu déjà un précédent.

En 1862 les Annales de Médecine Vétérinaire de Belgique avaient publié une série de cas heureux obtenus par des inoculations, et au lieu de la bactérie normale, qui accompagne les vésicules interdigitales, on n'avait constaté qu'un simple état fébrile, avec un peu de raideur.

Un vétérinaire de Fribourg, Strebel, se basant sur le même principe, refit l'expérience sur 20 génisses et quelques chèvres; mais n'ayant obtenu que des résultats peu satisfaisants, il renonça à cette étude, déclarant qu'il préférerait à ces inoculations illusoires les garanties de la police sanitaire. Il reconnut cependant que si l'inoculation n'empêchait pas les lésions buccales et digitées, elle avait au moins l'avantage



Graphique indiquant : A, par ordre alphabétique ; B, par ordre décroissant, les pays d'Europe qui ont eu le plus d'animaux atteints de la fièvre aphteuse de 1871 à 1887.

rentielle du bacille qui n'est pas encore découvert.

De tout ceci, il résulte qu'il serait avantageux de prévenir l'infection aphteuse par des inoculations préventives et que le desideratum serait d'obtenir chez l'homme ou chez l'animal, qui sont biologiquement identiques, ce qui se fait pour la variole, soit la concentration d'un virus quelconque au point de piqure pour prévenir la généralisation de l'éruption ou pour en modérer l'intensité ou la durée.

Rien ne s'oppose à ce que dans le cas présent, on use du même mode opératoire.

Bouley pensant que les inoculations sous-cutanées étaient plus susceptibles de succès, prit l'initiative de réunir les éléments de cette importante question en faisant appel à tous ses confrères.

d'atténuer l'intensité et la généralisation de ces lésions, ce qui autorise Bouley à ne pas partager son opinion et à déclarer qu'il ne fallait pas abandonner l'inoculation comme moyen prophylactique.

Il reste donc à faire de nouvelles expériences, qui soient plus concluantes et qui aient pour but de réduire l'intensité et la durée, les seuls points sur lesquels on ait déjà quelques données.

Savoir, si en renforçant l'immunité par des inoculations successives, on n'arriverait pas à la rendre telle chez l'animal qu'il pourrait, sinon devenir réfractaire, au moins traverser une épizootie dans les conditions les plus avantageuses : telle est la forme précise sous laquelle se pose la question ?

La réponse viendra avec le temps, car il est bien

crovable que momentanément abandonnée, cette étude sera reprise.

Si par analogie, nous transportons le champ des expériences, au point de vue de la médecine humaine, la question devient celle-ci.

Il faudrait arriver de la même manière à immuniser suffisamment l'enfant pour lui permettre de traverser indemne une épidémie de fièvre aphteuse qui, si rare qu'elle puisse être, peut devenir endémique en raison de la persistance vitale de son germe, et reste sur un point donné un danger relatif, mais permanent.

Quels sont maintenant les moyens à employer? Devra-t-on faire des inoculations successives en prenant sur un bovidé le pus aphteux qu'on atténuera sur une série d'adultes (hommes) d'âge décroissant, avant de le transmettre à l'enfant, — ou prendra-t-on, au contraire, une série de bovidés dont le premier terme sera inoculé sur un type fortement aphteux et dont le dernier, un veau, fournira la pulpe immunitrice destinée à l'enfant. On sait qu'expérimentalement l'inoculation de l'aphte animal à l'homme donne un retentissement sérieux, mais l'expérience seule encore peut montrer quelle serait la quantité de termes intercalaires qu'il faudrait pour amoindrir la virulence morbide et obtenir justement ce qu'on fait pour la variole, une concentration atténuée mais suffisante, au point de piqure, pour prévenir l'éruption généralisée ou la modérer.

Dans cet ordre d'idées, par leur difficulté d'exécution et surtout par l'absence d'isolement absolu et de surveillance intelligente des sujets à l'étude, ces expériences deviennent difficilement exécutables pour l'initiative privée. Elles appartiennent aux centres d'études, qui seuls peuvent les entreprendre et les conduire d'une façon rigoureusement scientifique, unique condition dans laquelle il faille se mettre, pour en tirer des déductions pratiques et élever le résultat obtenu à la hauteur d'une méthode.

On arriverait alors au fait suivant: Etant donné un bovidé aphteux d'âge moyen, il s'agirait de prélever sur lui du pus et d'inoculer 1, 2, 3... veaux; ces veaux qui semblent plus indiqués pour l'expérience que les moutons dont la résistance est plus considérable seront ou non atteints de fièvre aphteuse.

Nous nous trouvons ici en présence du cas de ce chien inoculé de la rage qui guérit, et qu'on enferme avec un autre, en incubation de rage. Arrivé au paroxysme de sa maladie, ce chien mord son compagnon.

Le premier deviendra-t-il ou non enragé? S'il l'est, c'est que l'inoculation ne lui aura pas conféré l'immunité; s'il ne l'est pas, il y a une présomption d'immunité.

Mêmes conditions pour ces veaux dont l'inoculation doit fatalement provoquer une fièvre aphteuse artificielle, ou non.

Ils resteront isolés le temps nécessaire à leur guérison; puis, ce terme passé, seront mis dans des étables infectées. S'ils gagnent la maladie, c'est que leur immunité est nulle; si, au contraire, plusieurs types

isolés, répartis dans plusieurs étables infectées, y passent un certain séjour total ment indemnes et réfractaires, c'est qu'il y aura quelques chances pour que la méthode soit bonne et qu'on ait le droit de la généraliser.

Avant d'arriver aux essais de vaccination de bovidé à enfant, ce sera déjà beaucoup d'avoir diminué les risques de maladie de l'animal aphtifère.

La vaccination d'animal à enfant présente des conditions d'expérience plus difficiles: d'abord par manque de sujets de bonne volonté, puis par difficulté du choix de ces sujets dont on ignore le passé pathologique.

Elle rendrait cependant de grands services, car vulgarisée, elle serait acceptée de la même façon que la vaccine et conférerait aux enfants, non seulement l'immunité contre la fièvre aphteuse, mais contre les aphtes ordinaires, la stomatite aphteuse, variété banale peu grave, mais bien plus fréquente et qui n'en est pas moins une forme atténuée de la fièvre aphteuse générale et devient chez l'enfant une cause de gêne, de douleur et un obstacle temporaire à la nutrition.

Si logiquement on arrive à assimiler ces deux méthodes, la conclusion s'impose dans toute sa simplicité: il ne reste plus qu'à reprendre la série d'expériences déjà commencées. En admettant même que ces recherches aient un moindre intérêt car la fièvre aphteuse est rarement mortelle chez l'enfant, on aura toujours obtenu un double résultat scientifique: avoir prouvé une fois de plus l'étroite connexion morbide qui existe entre l'animal et l'homme et avoir amélioré le sort de l'enfant en lui conférant l'immunité contre une maladie préjudiciable à sa nutrition.

RADIOGRAPHIE ET FRACTURES

Par le Dr L. LAPEYRE.

Après avoir, dès le début, montré son incontestable valeur dans la recherche des corps étrangers, à tel point que la doctrine devenue classique de l'abstention s'est vue remplacée par la doctrine de l'intervention, la Radiographie n'a pas tardé à affirmer son importance dans le diagnostic des fractures.

Non seulement elle corrobore les résultats fournis par l'examen clinique et permet d'affirmer la fracture dans les cas douteux, mais de plus elle en précise le siège, elle en détaille les modalités. La position réelle des fragments, leur déviation latérale ou axiale est fidèlement donnée par la radiographie, si toutefois l'on prend les précautions qu'a si bien indiquées M. Tuffier de photographier le membre fixé dans un appareil et de déterminer rigoureusement la position de la source lumineuse par rapport à la fracture.

La radiographie vient donc nous donner des renseignements précieux que la clinique seule était impuissante à fournir et elle complète nos connaissances en nous permettant aussi d'apprécier ce que sont les réductions, les coaptations et enfin les cals que nous obtenons.

Des discussions de la Société de Chirurgie et des observations de MM. Championnière, Tuffier, Maunoury, etc., il est très nettement ressorti que la palpation laissait aux chirurgiens de singulières illusions en les faisant déclarer comme parfaite ou satisfaisante la réduction de fractures... restées irréductibles.

Et ces constatations un peu inattendues ont rappelé l'attention des chirurgiens sur la thérapeutique un peu négligée par ce temps d'opérations à outrance des fractures.

Deux opinions très différentes ont été soutenues à ce point de vue.

M. Tuffier, tout en reconnaissant qu'une coaptation parfaite n'est pas nécessaire pour le retour intégral de la fonction, considère cette coaptation comme nécessaire dans les fractures intra-articulaires, et convaincu de l'inutilité des réductions même sous le chloroforme par traction sur les parties molles il préconise la réduction à ciel ouvert par traction directe sur les parties osseuses et la complète par la suture.

Le Dr Championnière, lui, voit dans ces résultats imparfaits ou nuls des appareils de contention, la démonstration même de l'inutilité de l'immobilisation.

La vraie thérapeutique des fractures est dans le massage et la mobilisation; la restitution de la forme est accessoire, la restitution de la fonction est tout.

Il suffit d'éviter les déviations axiales au membre inférieur, et les chevauchements dus au traumatisme initial ou à l'action des muscles. Sous ces réserves qui obligent à l'emploi de l'appareil contentif dans quelques fractures, le traitement par l'immobilisation a vécu.

Il n'est pas douteux que la radiographie confirme dans une large mesure les données de l'enseignement de notre excellent maître et que le traitement par le massage et la mobilisation s'est imposé dans une large mesure aux plus réfractaires. Etant moi-même un convaincu d'avance, je me suis intéressé à ces résultats de la radiographie plus convainquants que je n'ai osé le penser et j'ai pu recueillir quelques radiographies intéressantes. Certaines ont déjà été publiées.

Je donne aujourd'hui une photographie qui me paraît très intéressante par la figure très nette qu'elle donne d'une fracture très oblique de l'extrémité inférieure du fémur dont l'examen clinique donnait une tout autre idée.



Observation. — Alfred X. charretier, tombe sous un tombereau chargé de sable qui passe sur sa cuisse.

L'examen donne les résultats suivants :

Gonflement énorme du genou et de la cuisse.

Sensation très nette au niveau de la région interne du genou d'une extrémité osseuse non arrondie faisant saillie sous la peau. Ce fragment osseux appartient au fémur et les mouvements imprimés à la jambe ne s'y transmettent pas.

À la région externe de la cuisse à 10 cm. au-dessus environ on sent une déformation ; la cuisse soulevée à deux mains paraît présenter en ce point une mobilité anormale très nette.

Au niveau du genou des mouvements de latéralité très étendus sont obtenus, l'articulation est disloquée, un épanchement abondant distinct la squarrie.

Assez embarrassé pour localiser exactement la fracture, j'ai fait examiner le malade à deux confrères qui montrent la même incertitude.

Mon opinion est la suivante :

Le condyle interne est brisé et séparé du fémur par un trait de fracture pénétrant l'articulation.

Les ligaments latéraux sont rompus.

Une fracture transversale existe à 10 cm. au-dessus de l'articulation, peut-être un trait en Y isole-t-il le condyle.

Je chloroforme mon malade et essaie de réduire ; je crois obtenir un certain degré de réduction et mets la jambe dans un plâtre.

Mais en réexaminant à diverses reprises le membre, je le retrouve tel que je l'avais vu tout d'abord avec une déformation identique qui se précise en même temps que le gonflement des parties molles disparaît. Je pense à une intervention sanglante avec suture du fragment plus exactement et ne la remets qu'en raison de l'épanchement énorme de sang dans le membre.

Au bout de 40 jours ma cuisse est consolidée, le genou reste lâche, la déformation n'a pas varié, elle s'est accentuée à la partie externe de la cuisse au niveau de la fracture supérieure.

J'y vois une confirmation de mon diagnostic, car c'est là évidemment le cal qui s'est formé.

Le malade est alors radiographié au Laboratoire de St-Gatien par le Dr Chaumier, et le résultat, je l'avoue, m'étonne fort.

La photographie prouve, en effet, très nettement que mon malade a été atteint d'un trait unique de fracture, trait très oblique partant du bord externe du fémur pour descendre au bord interne.

Mais il y a eu pénétration intime des fragments, le fragment inférieur s'est enfoncé dans le supérieur, le faisant éclater de sorte qu'une fissure longitudinale court sur son bord externe.

La partie interne du fragment supérieur atteint en bas le niveau inférieur du condyle interne de sorte que la saillie osseuse sentie par la palpation est non pas le condyle refait en dehors mais la pointe interne du fragment supérieur.

Jamais la clinique ne l'eût fait supposer et l'explication de l'irréductibilité de la fracture est du même coup donnée par la radiographie. Si la radiographie eût été faite avant — ce qui n'est malheureusement que difficilement réalisable — j'aurais pu me dispenser d'efforts de réduction inutiles et de la mise d'un appareil plâtré, et j'aurais pratiqué la réduction sanglante et la suture osseuse.

Le résultat fonctionnel n'a, il est vrai, pas été trop mauvais et le malade n'est pas infirme (un appareil corrige la mobilité du genou) mais nul doute que l'intervention guidée et légitimée par la radiographie eût donné un membre bien meilleur et plus utile.

J'ai fait des tractions énergiques sous le chloroforme j'ai fait ensuite de l'extension continue et pourtant mes deux fragments sont restés en position immuable.

Heureusement encore, il y avait pénétration et contact intime des fragments et la consolidation s'est faite.

Qu'au lieu de cela un mouvement de bascule des fragments ait eu lieu, leurs extrémités n'étaient plus en contact, mes efforts de réduction n'étaient pas plus heureux et j'avais un cal vicieux avec impossibilité de la marche ou même pas de cal du tout.

Le mérite de telles constatations est de nous faire sentir l'impuissance des moyens ordinaires que nous employons dans le traitement de certaines fractures.

Nous nous faisons plus modestes et sommes moins prêts à la critique devant un mauvais résultat survenu entre les mains d'un confrère.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

BLENNORRAGIE AVEC CYSTITES DU COL CHEZ UN GARÇON DE CINQ ANS

Par le Dr Faucompré

Le 7 octobre au soir, je fus appelé près du jeune Ferdinand L..., âgé de cinq ans.

Cet enfant, par crainte de la douleur ou empêchement véritable, ne pouvait parvenir à uriner. Les premières gouttes d'urine ne furent émises qu'au milieu de contorsions et de trépignements. La verge était dans un état d'éréthisme très accentué et le prépuce présentait de l'œdème.

La mère me dit que son fils, depuis quelques jours, faisait quelques grimaces lorsqu'il urinait.

Le 8 et le 9 octobre. — Dysurie moins prononcée ; écoulement d'un pus vert ; œdème considérable du prépuce et de la verge.

Le 13 octobre. — Emission de quelques gouttes de sang. Toutefois, la dysurie diminue sensiblement.

Malgré ma recommandation on laissa l'enfant se rendre

à l'école. Dès ce jour il se forma dans l'urine un léger dépôt opalescent.

25 octobre. — Le régime lacté avait été conseillé dès le début, mais, par suite des sorties de l'enfant, n'avait point été suivi aussi strictement que je l'avais ordonné. Je recommande et j'exige l'alitement. L'enfant a plus de difficultés pour uriner; les mictions se répètent toutes les heures. Les urines mises dans un verre donnent une coloration opalescente jaune verdâtre. J'ordonne :

3 grammes de bicarbonate de soude par 24 heures.

Régime lacté exclusif.

Décoction de stigmates de maïs.

L'état général a été jusqu'à ce jour satisfaisant, bien que l'enfant ait le faciès légèrement altéré et un manque d'appétit assez prononcé.

Du 25 octobre au milieu de novembre l'état général redevient presque normal, toutefois les mictions sont encore fréquentes. Le méat laisse sourdre à la pression une goutte de pus crémeux. Le linge est toujours empesté d'un pus jaune verdâtre.

Le 7 décembre je recueille sur un tampon d'ouate hydrophile aseptique une goutte de pus.

Ce pus a été examiné par le Dr Boureau, qui m'a communiqué la note suivante :

« On constate des gonocoques, les uns inclus dans les leucocytes, les autres dans des cellules épithéliales de la couche superficielle et profonde.

Le pus est en outre chargé de bactéries les plus diverses. »

L'urine est claire, ambrée; elle laisse encore déposer une couche de mucus. Filtrée et traitée par l'acide nitrique et la liqueur de Tanret, elle accuse encore une gère opalescence, que j'attribue à la mucine.

L'état général de l'enfant est satisfaisant.

Le 12 décembre, sur le conseil du Dr E. Chaumier, on commence le traitement par le créosotal. On donne une cuillerée à café par jour en deux fois.

Les urines deviennent noires, par suite de l'élimination de la créosote.

Le 15 décembre, deux heures après la dernière miction on fait encore sourdre une goutte de pus, mais le linge est beaucoup moins souillé et ne présente plus que des taches d'un jaune pâle.

L'enfant prit environ 60 gr. de créosotal, puis le pharmacien manquant de ce médicament, je prescrivis le salol.

Je vis l'enfant pour la dernière fois dans les premiers jours de janvier. Il était en bonne voie; toutefois, il n'était pas complètement guéri.

Après des interrogatoires multiples, l'enfant a avoué à son père avoir subi d'un enfant de 9 ans la succion de la verge.

Je n'ai rien pu obtenir de plus. Est-ce par l'intermédiaire de cette bouche que la blennorrhagie s'est propagée.

D'autre part, la maison, où l'enfant a subi ces attouchements, est habitée par une jeune fille à moralité douteuse.

LE TOAST DU Dr ALBERT ROBIN AU BANQUET DU PROFESSEUR RENAUT

Nous sommes heureux de pouvoir reproduire ici le toast prononcé par notre ami le Dr Albert Robin au banquet offert par le professeur Renaut, de Lyon, pour fêter sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

« Quand j'ai reçu l'invitation que m'ont envoyée MM. Mollard et Regaud, ces élèves d'une école où l'on ne forme que des maîtres, je n'ai pas hésité un seul instant à venir, pour t'apporter le souvenir ému des amis que tu as laissés là bas.

Tu sais bien aussi que c'était pour moi une joie personnelle que d'assister à l'ovation qui t'est faite et de te témoigner publiquement, avec ma vieille affection, toute mon admiration pour ton œuvre scientifique qui honore non seulement la Faculté de Médecine de Lyon, mais la France entière, qui brille à l'étranger d'une vive lumière, et qui, même dans notre pays, n'a pas trouvé de détracteurs.

C'est de cette œuvre que je voulais parler, parce que nous, les amis, nous sommes fiers de toi comme si quelque chose rejaillissait sur nous de l'honneur de ton nom. Je voulais dire entre autres choses comment en partant de l'anatomie générale, tu as eu de merveilleuses envolées du côté de la clinique et de la thérapeutique, et comment, de ces études d'apparences abstraites et exclusivement scientifiques, tu as su tirer des applications pratiques qui sont définitives comme tout ce qui est bâti avec des faits.

Mais, tout à l'heure, pendant ce magnifique banquet, en entendant ces toasts, en voyant autour de toi ces hommes éminents, ces savants qui te font fête et qui ont exprimé aussi bien et mieux peut-être que je ne saurais le faire moi-même la haute et brillante part que tu as dans l'évolution de la médecine contemporaine, dans l'éclat de ce véritable triomphe, j'ai senti un souvenir qui montait à ma pensée, et ce souvenir, c'est celui de notre jeunesse, de nos luttes et de nos espérances.

Vingt-huit ans ! — Presque la moyenne d'une vie humaine.

Il me semble que je revois notre salle de garde de la Charité comme si nous en étions sortis hier, notre première rencontre le 17 janvier 1873, et le profond mépris que tu affectas aussitôt pour moi — parce que je ne savais pas le diamètre exact des globules rouges du sang.

Mais bientôt ce mépris s'atténua.

C'était à un dîner chez Henry Bouley où nous collâmes de concert un vieux général sur la bataille d'Austerlitz et sur les boutons des uniformes des grenadiers de la vieille garde. Pour me récompenser de l'aide que je t'avais apportée, tu me pris comme élève et tu m'enseignas l'histologie au Laboratoire du Collège de France où tu étais le premier consul du triumvirat Renaut-Debove-Malassez.

T'en souviens-tu, colonel, comme nous t'appelions alors ?

Notre amitié date de là.

De ma part, elle commença par l'admiration pour l'encyclopédiste que tu es — savant, poète, artiste, érudit, comme un Pic de la Mirandole revivissent au vingtième siècle, et autrement créateur que lui !

Erudit même en blason, s'il te souvient de ce marquis qui te crut quelque sorcier quand tu lui expliquas ses armoiries qu'il ne comprenait pas.

Et puis cette amitié s'est fortifiée par des échanges d'idées et d'aspirations communes dans les longues causeries de la salle de garde. Dans nos travaux, dans les projets d'avenir, les injustices subies, nous nous appuyions l'un sur l'autre et nous nous sentions plus forts.

Les années coulèrent. La table de Gubler nous réunissait tous les vendredis avec Henri Bouley, Pidoux, Simon Duplay, le baron Larrey et celui qui devait être un jour le président Carnot.

Tu étais l'enfant terrible de ce grave milieu, mais on te permettait tout, même les plus étranges paradoxes, tant tu apportais dans la maison de vie et d'originalité.

Je crois même que tu parvins à déridier Carnot lui-même, et certain soir où tu nous avais tenus sous ton charme, j'entendis qu'il disait à Pidoux : « Je ne puis pas concevoir comment on peut être un grand savant et avoir en même temps tant d'esprit » ! Plus tard la lutte commença.

Je ne te rappellerai pas le merveilleux concours d'agrégation que tu fis en 1875. Tes épreuves excitèrent l'admiration même des juges qui ne te nommèrent pas pour trois raisons : parce qu'ils te trouvaient trop jeune ; parce que ta conception du système lymphatique heurtait les idées régulières ; parce que tu avais traité la question de l'insomnie d'une façon trop littéraire.

L'année suivante, nous nous retrouvions à la Charité, chez Hardy, toi comme chef de clinique, moi comme chef de laboratoire.

Tu commenças par troubler Hardy, mais il comprit bientôt tout le parti qu'il pouvait tirer des connaissances que tu lui apportais et il n'hésita pas à rajeunir sa clinique à l'éblouissement de tes idées générales.

Quand tu vins à Lyon, nous continuâmes à être en intime communauté intellectuelle et je n'oublierai jamais le concours dévoué que tu me prêtas à maintes reprises, au concours d'agrégation par exemple, où tu rédigeas pour ma thèse un chapitre qui eut son heure de célébrité et qui affirma une fois de plus ta maîtrise en anatomie générale.

Ces années passées, ces années de constante amitié qu'aucun nuage ne troubla jamais, je les revois ici et je les revis en un instant ! Dans la vie souvent dure que nous avons menée, leur souvenir m'a été un puissant réconfort.

Tu as été et tu seras toujours le cœur robuste, sur lequel on peut s'appuyer sans qu'il fléchisse jamais une fois qu'il s'est donné. Tous ceux qui ont vécu près de toi le connaissent, ce cœur inépuisable ; tous ils en ont éprouvé la sûreté et la délicate tendresse. Tu

t'es donné sans compter, sans souci de toi ni de ta peine, à tous tes élèves, à tous tes amis. Partout où il a fallu du travail, de l'énergie, du dévouement, du patriotisme, tu as payé.

Ta haute et lumineuse intelligence, aux multiples fenêtres ouvertes sur le monde, a été vraiment créatrice, et dans ton sang chaud de fier Tourangeau que tu es, circule encore quelque atavisme de tes grands compatriotes, Rabelais et Descartes.

Il n'est pas de distinction officielle qui puisse prétendre sanctionner tout cela, mais il était bon pour l'honneur de la science française qu'un bout de ruban rouge fût à ta boutonnière en attendant quelque plus haute étoile qui ne saurait tarder.

Mon cher Joseph, en buvant à ta nomination de chevalier de la Légion d'honneur, à la justice tardive, mais à la justice qui t'est faite, je porte un toast au compagnon de ma jeunesse, à l'ami fidèle et sûr de toute ma vie ! — Mon vieil ami, laisse-moi t'embrasser ! »

ANALYSES

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1901, par

H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1^{re} classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr HUCHARD, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné. (Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris), 3 fr.

L'année 1900 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux ; le *Formulaire* de BOCQUILLON-LIMOUSIN est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1901 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons en particulier : *Acétopyrine*, *Aniodol*, *Basine*, *Berberine*, *Cacodylate de gaïacol*, *Cassaripe*, *Chlorétone*, *Elosine*, *Epicarine*, *Eumenol*, *Fluoriforme*, *Gaïakinol*, *Gibone*, *Guaïamar*, *Gujasanol*, *Gynocardique (Acide)*, *Gyrgol*, *Hédonal*, *Honthin*, *Ibit*, *Igazol*, *Liantral*, *Mentho-phénol*, *Mercuriol*, *Persodine*, *Pétrolan*, *Pétrosulfol*, *Résaldol*, *Saccharate de soude*, *Saponal*, *Silbérrol*, *Spléniferrine*, *Traumatol*, et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques récemment introduites en thérapeutique.

Outre ces nouveautés, on y trouvera des articles sur tous les médicaments importants de ces dernières années, tels que : *Aïrol*, *Benzacéline*, *Cacodylate de soude*, *Caféine*, *Chloralose*, *Cocaïne*, *Eucaine*, *Ferri-ryrine*, *Formol*, *Glycérophosphate*, *Ichtyol*, *Iodol*, *Kola*, *Levure de bière*, *Menthol*, *Pipérazine*, *Résorcine*, *Salypirine*, *Salophène*, *Somatoxé*, *Strophantus*, *Trional*, *Urotropine*, *Vanadate de soude*, *Xéroforme*, etc., etc.

Le *Formulaire* de BOCQUILLON-LIMOUSIN est ordonné avec une méthode rigoureuse. Chaque article

est divisé en alinéas distincts intitulés : synonymie, description, composition, propriétés thérapeutiques, mode d'emploi et doses. Le praticien est ainsi assuré de trouver rapidement le renseignement dont il a besoin.

Nouveau formulaire des spécialités pharmaceutiques, composition, indications thérapeutiques, mode d'emploi et dosage, à l'usage de médecins, par le Dr M. GAUTHIER, ancien interne des hôpitaux, et F. RENAULT, pharmacien de 1^{re} classe. 1 volume in-8 de 372 pages, cartonné. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue de Hautefeuille, à Paris. 3 fr.

Les spécialités pharmaceutiques sont de plus en plus ordonnées par les médecins; le praticien y trouve un médicament facile à prescrire sans formule compliquée, sûr, toujours semblable à lui-même, et qui n'est pas exposé aux difficultés et aux erreurs de la préparation officinale.

Si le nombre des médicaments nouveaux augmente sans cesse, celui des spécialités croît dans une proportion bien plus grande encore, puisque, pour un médicament nouveau, il y a de suite plusieurs spécialités nouvelles.

Il devient très difficile au praticien de se reconnaître.

Il était donc utile de réunir, sous une forme scientifique et pratique, les données dont le médecin a besoin pour se guider dans son choix, et pour prescrire en parfaite connaissance de cause, selon les cas, un vin, un élixir, un sirop, des cachets, des pilules, etc.

Ce Formulaire comprend trois parties.

Dans la première partie, sont étudiées sous le nom des médicaments usuels, les spécialités répondant à la médication que le médecin a en vue; les auteurs donnent la composition, les indications thérapeutiques, le mode d'emploi et les doses.

Dans la deuxième partie, *Mémorial thérapeutique*, ils énumèrent les différentes spécialités qui répondent à chaque maladie.

Dans la troisième partie, *Mémorial thérapeutique*, se trouve la nomenclature des spécialités et de leurs fabricants.

Ce Formulaire est précédé du commentaire que M. le professeur Cornil, rapporteur de la loi sur l'exercice de la pharmacie, a fait de l'article relatif aux spécialités pharmaceutiques. Ce commentaire met en lumière les difficultés inhérentes à cette question si complexe qui touche à la fois aux droits du fabricant et du détaillant, et surtout à la sauvegarde de la santé publique qui doit être particulièrement chère au médecin.

NOUVELLES

M. le Dr Legludic, directeur de l'École de Médecine d'Angers, vient d'être nommé Chevalier de la Légion d'honneur.

Nous applaudissons de tout cœur à une distinction si méritée.

Le mois de janvier 1901 a vu naître à Tours un nouveau journal médical fondé sous le titre de la Touraine Médicale.

Nous souhaitons plein succès à la jeune Rédaction dont le programme est du reste essentiellement différent de celui de la Gazette Médicale du Centre.

Ainsi que l'indique son titre, la Touraine Médicale cherche à être un journal purement local, empruntant des collaborateurs et des cliniques aux diverses Facultés de France, Bordeaux, Lille, etc. et à quelques-unes des Ecoles de Médecine de la région.

Nul doute que nos confrères ne suivent avec intérêt la publication de la Touraine Médicale.

Nous mêmes ne pouvons qu'être fiers de voir se fonder un journal médical dont la réussite affirmera la vitalité et l'utilité de nos journaux de province.

ASSOCIATION DE MÉDECINE D'INDRE-ET-LOIRE

Le 9 février l'Association des médecins d'Indre-et-Loire qui lasse de l'inaction de l'Association générale des Médecins de France, s'est séparée l'an dernier pour recouvrer sa liberté, s'est réunie pour discuter le rapport de sa Commission sur l'organisation d'une Caisse d'Indemnités maladies.

La Caisse fonctionnera prochainement.

Nous aurons l'occasion d'en reparler à nos lecteurs.

VARIA

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

POUR LA CURE D'AIR : à louer, aux Patys, Rochecorbon, en Touraine, meublé ou non, un appartement situé en plein midi; jouissance d'un grand jardin (ombrages), et d'une terrasse à 30 mètres au-dessus de la Loire : à l'abri des vents du nord, de l'ouest et de l'est; à deux cents mètres de la station des tramways.

On prendrait des Pensionnaires.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, idoine, tanique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

BIOPHORINE Kola Glycérophosphatée granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidéperditeurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

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