

# TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ASCITE D'ORIGINE HÉPATIQUE PAR L'ÉTABLISSEMENT D'UNE CIRCULATION ANASTOMOTIQUE SUPPLÉMENTAIRE.

Par le D<sup>r</sup> BOUREAU

L'idée d'établir une communication entre le système cave inférieur et le système porte pour obvier à une gêne circulatoire de la veine porte et pallier à l'ascite qui en est la conséquence revient à Eck.

Ce mode de traitement de l'ascite a été appliqué pour la première fois en Angleterre par Morison. Ce chirurgien publia en 1896 l'observation d'une femme atteinte de cirrhose du foie, ponctionnée plusieurs fois et à laquelle on pratiqua de guerre lasse une laparatomie. On trouva le foie cirrhotique et on fixa l'épiploon à la paroi abdominale. L'opérée guérit parfaitement et se trouva très bien ensuite durant deux ans. A cette époque elle se fit opérer pour une hernie. La malade succomba le lendemain. A l'autopsie on constata que grâce aux adhérences pariéto-épiploïques une communication s'était établie entre le système porte et le système cave inférieur.

En 1898 Talma en Allemagne se basant sur cette considération que souvent la gêne de la circulation porte constitue pendant longtemps le seul symptôme important de la cirrhose fit pratiquer la même intervention sur un cirrhotique. L'opération réussit parfaitement et le résultat en fut excellent.

Depuis en 1899 (*The Lancet*, 27 mai, p. 1426) Rutherford Morison publie quatre laparatomies faites chez des cirrhotiques avec bons résultats.

En 1900 autre observation de Chervinsky (*Société de thérapeutique de Moscou et Klinitchski Journal*, 1900, p. 313). — Il s'agissait d'une femme de 38 ans, hérédéo-alcoolique, mais non alcoolique elle-même, atteinte d'ascite. A l'examen on trouvait les syndromes de la cirrhose atrophique du foie sans qu'on ait pu en trouver au juste la cause. La scrofule dans l'enfance, la mort d'un de ses enfants par méningite tuberculeuse; d'autre part deux avortements faisaient bien songer à la tuberculose et à la syphilis, mais il n'y avait pas de signes bien nets à ce point de vue. L'auteur suppose que la cirrhose était due au surmenage agissant sur un organe affaibli par l'hérédité alcoolique.

Quoi qu'il en fut, le traitement médical ayant échoué on décida d'intervenir chirurgicalement et d'établir une circulation collatérale. Dans ce but le professeur Bobrov pratiqua la laparatomie et fixa le grand épiploon dans la plaie abdominale.

Les suites opératoires immédiates furent bonnes, ensuite le ventre augmenta d'abord un peu de volume, puis commença à diminuer; trois mois et demi après l'opération, il n'y avait plus trace de liquide dans le ventre et l'état général était des plus satisfaisants; les fonctions digestives et le sommeil sont redevenus normaux: les forces se rétablissent.

En résumé on ne compte à ce jour qu'une dizaine de cas où cette opération fut pratiquée. J'ai pensé que

l'observation suivante pourrait apporter une contribution utile à une question encore à l'étude.

L'enfant R. A. nous est adressé dans le service de chirurgie avec le diagnostic: péritonite tuberculeuse à forme ascitique, par mon collègue de Clocheville le D<sup>r</sup> Bezard.

L'enfant a treize ans, il est d'aspect chétif, maigre, le ventre est énorme, la circulation des parois abdominales très développée, tout jusqu'à une respiration rude en arrière à droite confirme le diagnostic et met la tuberculose en cause.

La laparatomie est pratiquée le 7 novembre 1900. Je trouve le foie volumineux, la rate grosse, le péritoine ne présente dans la portion inspectée aucune trace de lésions tuberculeuses. — Je ne fais aucun lavage.

Dix jours après, sans qu'il y ait eu la moindre fièvre, après une cicatrisation parfaite de la plaie opératoire, le liquide ascitique est revenu tout aussi abondant.

La lecture de deux observations de Kocher qui signale deux succès après une seconde laparatomie me fait intervenir à nouveau.

Le trente novembre laparatomie avec incision dans la cicatrice de l'intervention précédente. — Je lave la péritoine avec de l'eau salée à 6 gr. pour 1000 et je le frictionne sur une grande étendue avec des compresses de gaze dans l'espoir d'obtenir des adhérences.

L'insuccès est tout aussi complet que précédemment. Au bout de huit jours le liquide est revenu tout aussi abondant et on est obligé de recourir à la ponction.

L'enfant ne peut rester plus de six jours sans que l'ascite soit évacuée; pendant le mois de janvier et en février on pratique treize ponctions donnant chacune d'elles environ huit litres de liquide.

L'état général se maintient assez bien, les fonctions digestives se font normalement, les selles sont colorées, urine normale, l'appétit assez conservé, mais l'amaigrissement s'accroît.

Le quatre février je me décide à essayer pour remédier à l'obstruction de la circulation porte de créer une anastomose de cette circulation avec la veine cave.

Je fais une laparatomie sus-ombilicale. Le grand épiploon est étalé dans le sens perpendiculaire et une ligne de suture le fixe sur le péritoine pariétal gauche. Une autre ligne de suture le fait adhérer aux muscles droits et au tissu cellulaire sous cutané. La peau est suturée par dessus.

Suites très bonnes. Mais 10 jours après le liquide reproduit nécessite une nouvelle ponction.

Néanmoins on constate que le liquide est un peu moins abondant. Le 20 février nouvelle ponction. La circulation est cependant moins gênée car les mains n'ont plus l'aspect bleuâtre, les veines du cou ne sont plus turgescents.

Le 26 février, ponction qui donne peu de liquide.

A partir de cette date le liquide ne se reproduit plus, la circulation anastomotique fonctionne.

Six semaines se passent sans que le liquide se soit reproduit.

Malheureusement l'état général s'altère, des râles apparaissent dans le côté droit.

Vers le 6 avril, la fièvre s'allume et l'enfant succombe à de la tuberculose pulmonaire le 14 avril.

A l'autopsie on constate de la broncho-pneumonie tuberculeuse, de la cirrhose tuberculeuse du foie. Les adhérences créées par l'intervention du 4 février sont très larges, solides, et contiennent de grosses veines anastomotiques.

*Réflexions.* — En résumé chez notre malade la suture du grand épiploon au péritoine pariétal a permis aux veines gastro-épiploïques de se vider dans les veines sous-péritonéales, dans les veines intercostales et lombaires, etc.... Un courant en sens inverse a permis à la veine porte de se vider et par là de ne plus reproduire l'ascite par exsudation.

Comme on le remarquera, il a fallu un certain temps pour que cette circulation anastomotique s'établisse et soit suffisante.

En tous cas cette observation vient confirmer cette opinion qu'en présence d'une ascite par obstruction de la circulation porte telle qu'une cirrhose hépatique, on ne peut plus se borner à ponctionner et reponctionner indéfiniment les malades, il y aura avantage à créer par une laparatomie des adhérences avec le grand épiploon. Et pour obtenir des résultats satisfaisants il importe de pratiquer cette opération le plus tôt possible, alors que les cellules hépatiques sont encore relativement suffisantes.

## REVUE GÉNÉRALE

De l'Entéro-colite muco-membraneuse.

Par le D<sup>r</sup> ANDRÉ

De toutes les affections chroniques de l'intestin, l'entérite muco-membraneuse est certainement l'une des plus intéressantes à étudier et à connaître aussi bien au point de vue de la symptomatologie, si variée que les formes cliniques de la maladie semblent presque totalement dissemblables, qu'au point de vue du diagnostic qui doit souvent être fait avec les maladies de l'estomac, les maladies générales, les infections ou même avec les maladies de l'utérus et des annexes.

L'Entéro-colite muco-membraneuse est une maladie chronique caractérisée par un ensemble de symptômes à marche continue ou intermittente qui sont : la constipation habituelle entrecoupée de diarrhée, des douleurs, le rejet de mucus sous forme de glaires ou de fausses membranes.

Connue depuis longtemps et cependant mal étudiée, non décrite pendant de longues années l'entéro-colite muco-membraneuse fut dénommée de façons très diverses et est aujourd'hui le sujet d'études nombreuses et intéressantes sans que toutefois on soit arrivé à en éclairer nettement l'étiologie et la pathogénie.

Elle a été successivement connue sous les noms suivant : Diarrhée glutineuse (Van Swieten), Entérite glaireuse (Nonat), Diarrhée tubulaire (Good), Affection muqueuse de l'intestin (Goss), Entérite interstitielle (Wanebroucq), Colite sèche, colite chronique (Potain), Colite mucino-membraneuse (G. Sée), elle est appelée aujourd'hui Entéro-colite muco-membraneuse.

Fernel en 1638, dans sa Pathologie, Morgagni dans sa 31<sup>e</sup> lettre sur les flux du ventre, Van Swieten furent les premiers à signaler des cas de cette affection. Sannert et Lancisi signalent la différence entre les matières tubulées et les ténias.

Maurice Hoffmann, Treyling, Burows montrent qu'elles contiennent du mucus et de l'albumine. Cependant la confusion continue à régner au point de vue clinique : Roche et Samson rapprochent cette affection de la diphtérie signalée par Bretonneau, Billard et Valleix puis Rilliet et Barthez la confondent avec le muguet.

En 1861, dans un travail intitulé « Recherches anatomiques et cliniques sur les affections pseudo-membraneuses » Laboulbène établit nettement l'origine muqueuse de ces produits. Puis de nombreux travaux se succèdent. De nos jours il faut citer en dernier lieu la thèse de Vouzelle, de Carret, celle de Froussard, le mémoire de Langenhagen et plusieurs articles de cet auteur, la monographie de Lyon et les discussions au congrès de médecine de 1900.

*Etiologie.* — L'Entéro-colite muco-membraneuse est une affection relativement rare dans les services hospitaliers où il est difficile de l'étudier, de la suivre dans son évolution, les malades qui en sont atteints

ne venant qu'à l'occasion d'une crise aiguë ou pour une autre affection indépendante de celle-ci. Cependant le professeur Potain en avait relevé 103 cas sur 200 malades. C'est surtout dans la clientèle en effet que le praticien se trouve aux prises avec cette affection, des plus difficiles à traiter, par ce fait que les différents traitements sont plus ou moins efficaces et qu'il lui est nécessaire de faire agir toute son influence morale pour obtenir que le traitement institué soit rigoureusement observé.

Les causes sont de deux ordres : prédisposantes et occasionnelles.

Dans le premier groupe nous voyons que l'âge adulte est le plus atteint, c'est entre 25 et 45 ans que l'entéro-colite s'observe surtout, mais l'enfance n'en est pas exempte. Les femmes sont atteintes dans la proportion de 80 0/0 environ (Litten). Les hommes le sont également plus qu'on ne le croirait, comme le fait remarquer de Langenhagen. Parmi les causes prédisposantes considérées à juste titre comme des plus importantes sont l'arthritisme et l'hérédité nerveuse qui peuvent exister isolées, ou associées, et constituant alors le neuro-arthritisme.

Les manifestations arthritiques (tendance aux congestions, coryzas, amygdalites, douleurs articulaires et musculaires vagues, névralgies, céphalées, goutte, diabète, lithiases) d'une part; les stigmates du nervosisme et même de névroses véritables d'autre part, se rencontrent soit chez les malades atteints d'entéro-colite eux-mêmes, soit chez leurs ascendants. La maladie pouvant exister également chez ces ascendants il en est résulté que l'entéro-colite muco-membraneuse a été considérée comme héréditaire.

Comme causes occasionnelles nous rencontrons les troubles du tube digestif dus à un défaut d'hygiène dont le rôle est important dans la production de la maladie. La nourriture trop abondante, le régime exclusivement carné ou végétarien, la vie sédentaire ont été incriminés, de même les affections de l'estomac et de l'intestin : l'hyperchlorhydrie, les hémorrhoides, les polypes intestinaux, les tumeurs abdominales, les lésions utéro-ovariennes, le rein mobile, l'entéroptose, l'appendicite même ont été accusés de déterminer l'entéro-colite muco-membraneuse. Les rapports de l'entéro-colite et des lésions utéro-annexielles signalés par Honet en 1874 ont attiré l'attention de nombreux auteurs dont quelques-uns vont jusqu'à attribuer à ces lésions le rôle prépondérant dans le développement de l'entéro-colite (Ozenne, Fournel, Le Gendre, Letcheff, Morau, et tout récemment Reynès (Presse médicale 1901). Nous sommes au contraire de l'avis de M. de Langenhagen qui considère à juste titre les inflammations annexielles ou utérines comme des causes adjuvantes, accessoires et non prépondérantes dans la production de l'entéro-colite. Ce qui permet de le prouver est l'existence fréquente de l'entéro-colite chez l'homme et l'enfant, l'existence de l'entéro-colite chez de nombreuses femmes n'ayant pas de lésions utérines ni annexielles; enfin les rapports anatomiques des organes génitaux et de l'intestin (lymphatiques ou autres) ne nous



expliquent pas pourquoi les lésions annexielles amèneraient plutôt le développement de l'entéro-colite que celui d'abcès ou de phlegmons de l'intestin.

L'entéro-colite est une affection par trouble fonctionnel de l'intestin, trouble dont l'origine peut certainement être dans le tempérament neuro-arthritique du malade dans un grand nombre de cas, mais le plus souvent est dû à une irritation de la muqueuse intestinale par une entérite antérieure ou par la constipation chronique. Celle-ci à notre avis est un des facteurs primordiaux dans le développement de l'entéro-colite, et il suffit au praticien pour s'en rendre compte de relever dans sa clientèle le nombre considérable de personnes (les femmes surtout) atteintes de ce trouble fonctionnel de l'intestin.

L'entérite muco-membraneuse présente un polymorphisme tellement marqué qu'il est nécessaire d'étudier tous les symptômes par ordre d'importance puis de montrer quelles formes cliniques l'affection peut prendre.

*Symptômes.* — Les symptômes principaux sont la constipation opiniâtre entrecoupée de débâcles diarrhéiques, les douleurs abdominales, le rejet de mucosités. La constipation est le symptôme le plus fréquent mais non constant et de plus il peut passer inaperçu du malade et du médecin.

Elle peut être totale c'est-à-dire comprendre toutes les modalités que nous allons énoncer, ou dissociée c'est-à-dire ne comprendre qu'une de ces modalités. Ce sont: la constipation horaire qui consiste dans le fait qu'un individu n'a pas régulièrement une selle au moins par jour, comme cela doit exister normalement.

La constipation quantitative qui consiste dans l'évacuation d'une quantité de matières insuffisante et non proportionnelle au genre d'aliment et à leur quantité.

La constipation qualitative qui porte sur le volume, la forme et la sécheresse des matières rendues: celles-ci prennent alors la forme de petites masses arrondies, fragmentées très dures (scybales, matières ovillées, etc.)

Flunert classait les constipés en atoniques et spasmodiques. Ces derniers présente surtout la constipation qualitative, les atomiques les autres variétés.

Ces divers modes s'observent depuis longtemps chez les malades alors qu'ils n'ont pas encore constaté les fausses membranes.

C'est à l'occasion d'une crise ou d'une débâcle diarrhéique qu'ils s'en aperçoivent.

La diarrhée revêt aussi deux formes:

La forme ordinaire constituée par des matières demi-molles, demi-liquides;

La forme du pluie intestinale ne comprenant qu'un liquide d'abondance variable, d'odeur infecte, ne contenant que peu de matières sous l'aspect des masses ovillées avec du mucus et des glaires en assez grande quantité, liquide irritant, cuisant, émis souvent en fusée.

Ces crises diarrhéiques s'accompagnent de douleurs.

Celles-ci sont constantes soit sous forme de malaise, d'angoisse abdominale ou encore de douleurs plus vives que les malades comparent à des tortillements, des déchirements, brûlures, sensation de plaie, etc.

Mais de plus, elles sont sujettes à des exacerbations qui prennent l'allure de véritables crises survenant trois ou quatre heures après le repas parfois plus tôt, parfois plus tard.

Dans quelques cas elles sont nocturnes. Calmées par la défécation, elles peuvent s'atténuer seules pour reparaitre ensuite. Le siège en est très variable et peut exister dans tout l'abdomen. Comme le plus fréquemment elle se localise sur le côlon et surtout le côlon transverse, beaucoup de malades prennent ces douleurs pour des douleurs d'estomac. Un seul caractère permettrait de reconnaître les douleurs, c'est la variabilité du siège, chez le même malade, pour des crises différentes.

L'expulsion des mucosités est le signe pathognomonique de l'affection. Elle se fait suivant différents types groupes en 3 par Germain Sée.

Le type amorphe dans lequel le mucus ressemble à du blanc d'œuf non cuit, glaires filantes qui prennent l'aspect de crachats intestinaux, parfois celui de mousse, d'écume, de gelée colloïde.

Ce type passe très facilement inaperçu.

Le type membraneux attire plus vite l'attention du malade par ce fait que les fausses membranes prenant l'aspect de ténias, de peaux, de lanières sont plus apparentes et inquiètent plus le malade. Ce type membraneux comprend la forme rubanée, la forme cylindrique, la forme filamenteuse. Sous quelques formes que ce soit ces mucosités sont expulsées tantôt avec les matières qu'elles recouvrent et enveloppent, tantôt, seules, déterminant de fausses défécations plus ou moins douloureuses.

Les symptômes secondaires de l'entéro-colite muco-membraneuse se présentent d'abord du côté de l'appareil digestif. Langue étalée, pâteuse, saburrale par moments, blanche ou jaunâtre; haleine fétide; mauvais goût dans la bouche, appétit capricieux, modifié encore par les craintes du malade.

L'estomac distendu facilement, siège de fermentations anormales, donne une sensation de pesanteur, de gonflement pénible, des éructations souvent à odeur infecte. De même les fermentations intestinales donnent lieu à des gaz émis par l'anus en abondance à l'évacuation des matières renfermant des aliments non digérés (lientérie).

Du côté du foie des modifications dans la sécrétion biliaire caractérisées par une décoloration intermittente des matières avec ou sans augmentation de volume du foie.

Du côté de la vessie, dysurie, ténésme, mictions douloureuses.

L'entéro-colite muco-membraneuse peut s'accompagner, comme la plupart des affections gastro-intestinales, de phénomènes cardio-pulmonaires signalés par Potain et Teissier: ce sont des palpitations, des phénomènes douloureux précordiaux analogues à

l'angine de poitrine, de la dyspnée; Teissier a observé une insuffisance tricuspidienne due à l'augmentation de la tension pulmonaire.

Les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse présentent des troubles du système nerveux très accentués et pouvant devenir par leur intensité un facteur d'aggravation du pronostic. — On a signalé le tremblement généralisé pendant les digestions, les douleurs vagues, l'affaissement général, le vertige. A cela s'ajoutent les céphalées, les migraines et parfois une sensation de défaillance analogue à celle que donne la syncope avec l'impression de la vie qui s'éteint. Une de nos malades éprouva deux crises très intenses du genre de celle-ci, crises qui furent suivies d'une période de mélancolie et d'abattement profond pendant laquelle elle refusa tout aliment prétendant qu'elle étoufferait si elle mangeait et qui se termina par la mort au bout d'une huitaine de jours.

Les crises de narcolepsie, de sommeil irrésistible ont été signalées; des troubles vaso-moteurs: ptialisme, moiteur des extrémités, etc.; des boudonnements et sifflements d'oreilles, des troubles de la vue (mouches volantes, amaurose) peuvent également survenir et compliquer le diagnostic.

L'examen objectif du malade ne donne que des renseignements tout à fait accessoires.

L'inspection nous montre, suivant les moments, l'abdomen soit aplati, soit ballonné. La palpation, pratiquée avec les deux mains à plat, le malade étant dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, nous donne des sensations diverses: tantôt l'intestin est flasque, mou, fuyant, c'est l'intestin chiffon de Langenhagen, tantôt il forme par endroits un boudin résistant, distendu par les gaz; une sorte de corde, tantôt on le sent rempli de matières stercorales accumulées en quantité plus ou moins considérable et soit en masse, soit sous forme de scybales.

L'examen objectif pourra nous révéler enfin la coexistence d'une dilatation de l'estomac, d'un rein flottant, d'une ptose viscérale quelconque, ptose à laquelle Glénard attache une grande importance dans la pathogénie de l'entéro-colite.

*Marche et Formes de l'entéro-colite.* — L'Entéro-colite muco-membraneuse, avons-nous dit, est une affection chronique avec troubles intermittents. En effet, le malade a des périodes de calme absolu qui coïncide comme l'a fait remarquer Malibran avec les périodes de constipation. Survienne une cause occasionnelle (froid, fatigue, changement de régime) une débâcle survient avec une crise tellement douloureuse que le malade hésite à réveiller son intestin et à combattre sa constipation par crainte de renouveler ses souffrances. Avec Froussard nous classerons les crises en 2 groupes.

1 <sup>re</sup> Crises d'entéralgie.	A. généralisée.	{	Simple à type d'obstruction intestinale dysentérioriforme.
			Type gastralgique.
2 <sup>de</sup> Crises à allures infectieuses: forme typhoïde.	B. localisée.	{	Type de sigmoïdite.
			Type de néphrétique.

La plupart des crises sont précédées de prodromes qui ne sont que les principaux symptômes de l'affection momentanément aggravée par la cause occasionnelle signalée plus haut (constipation, douleurs, troubles digestifs, phénomènes nerveux réflexes). Parfois si l'on arrive à combattre la constipation par les grands lavages intestinaux ou un purgatif léger, la décharge momentanée de l'intestin se produit, puis la constipation se rétablit et tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle crise.

Si l'on n'intervient pas ou si on administre un purgatif violent (salin ou drastique) la crise éclate aussitôt.

Dans la crise d'entéralgie généralisée à forme simple la douleur se généralise d'emblée ou en peu de temps après avoir été un instant localisée. Présentant les caractères de coliques violentes avec sensation de brûlure, de déchirements, etc., dont nous avons parlé, elle s'accompagne de phénomènes généraux assez inquiétants: pâleur, sueur froide, pouls petit, angoisse, face grippée, état syncopal. Elle est sujette à des paroxysmes plus ou moins rapprochés et la crise peut ainsi durer quelques minutes, quelques heures, quelques jours, une semaine. Pendant ce temps, le ventre est ballonné, douloureux à la pression. Une palpation faite avec douceur est encore supportée et permet de se rendre compte de l'état du côlon qui est contracturé donnant la sensation d'un tuyau de caoutchouc gonflé. Puis la crise diarrhéique se produit, l'expulsion de mucosités soulage le malade plus ou moins complètement et la constipation reparait, l'appétit revient avec l'état de santé ordinaire.

Parfois l'entéralgie revêt le type d'obstruction intestinale: l'émission des matières est rare ou nulle, celle des gaz également; les vomissements apparaissent alimentaires, verdâtres parfois fécaloïdes, la face grippée avec le pouls petit, rapide et dépressible. Une violente débâcle, terminant la crise, vient éclaircir le diagnostic après 2, 3 ou 5 jours suivant les cas.

Lasèque, sous le nom de dysenterie du côlon transverse, a signalé un type classique à manifestations surtout marquées du côté du rectum. La débâcle diarrhéique survient de bonne heure avec épreintes, tenesme anal, selles liquides infectes contenant du mucus, des glaires sanguinolentes des débris de fausses membranes semblables à de la lavure de chair. A cela s'ajoute parfois du sang pur provenant d'hémorrhoides, de déchirures de la muqueuse, de congestions des plexus veineux. Mathieu et Galliard ont observé également de la dysurie et du tenesme vésical.

Lorsque l'entéro-colite muco-membraneuse se présente sous forme de crises d'entéralgie localisée, le phénomène douleur peut se localiser nettement en un point pendant toute la durée de la crise et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Dans d'autres cas la généralisation se faisant ensuite vient donner l'explication des phénomènes.

Dans le type néphrétique la douleur localisée au niveau des angles du côlon, dans les hypochondres peut en imposer pour une colique néphrétique, une hydro-néphrose intermittente ou encore pour les accidents du rein mobile.



Dans le type hépatique la douleur est dans l'hypochondre droit : parfois accompagnée d'une poussée congestive du foie avec coloration ictérale des conjonctives et décoloration des fèces, elle peut en imposer pour une colique hépatique.

Dans le type de typhlité la douleur siège dans la fosse iliaque droite : plus intense au niveau du cœcum, elle diffuse sur le colon ascendant et parfois jusqu'au colon transverse. Dans ces cas la palpation permet de révéler l'absence d'empatement de la région cœcale et la présence d'un gros intestin distendu par des gaz ou par des matières.

Enfin les crises peuvent prendre l'allure de maladies infectieuses et constituer alors la forme typhoïde. Celle-ci est caractérisée par un début brusque avec peu de fièvre, de l'accélération du pouls, inappétence, courbature, rêvasseries, le peu d'intensité des douleurs abdominales qui peuvent faire défaut : le ventre n'est pas météorisé, la langue saburrale blanchirait sur la face dorsale. Dans quelques cas la présence de gargouillements dans la fosse iliaque droite justifie avec les symptômes ci-dessus énoncés le terme de forme typhoïde.

Le type gastralgique et de sigmoïdite n'ont de particulier que le siège de la douleur.

A côté des formes suivant la localisation de la douleur que nous venons de décrire, il en est d'autres dépendant de la marche de la maladie et qui sont d'après Froussard :

- 1° une forme latente ;
- 2° une forme commune comprenant :
 

A	{	a. Forme continue ;
	{	b. Forme rémittente ;
B	{	a. Forme gastrique ;
	{	b. Forme nerveuse ;
C	{	a. Forme spasmodique ;
	{	b. Forme atonique ;
- 3° une forme continue grave ;
- 4° la forme de l'enfance.

La forme latente caractérisée par l'absence de tout phénomène subjectif et l'existence de la constipation avec rejet de mucosités souvent en très grande abondance. Cette forme fréquente chez la femme est souvent révélée par l'apparition un jour d'une crise entéralgique violente ne se produisant parfois qu'au bout de quelques années.

La forme commune n'a pas un début brusque même lorsque le malade affirme que son affection n'a débuté qu'au moment d'une crise, un interrogatoire approfondi révèlera l'existence déjà lointaine d'une constipation opiniâtre ou de troubles intestinaux graves de l'enfant ayant préparé le développement de l'entéro-colite.

Celle-ci peut alors varier suivant sa marche.

Elle est continue c'est à dire que les différents symptômes persistent sans aggravation, mais sans interruption. Périodes de constipation, débâcles avec douleur reviennent d'une façon régulière sans inter-

ruption parfois chaque jour, parfois avec des phases plus longues. Cependant l'état général de ces malades est assez satisfaisant et leur nutrition ne paraît pas être altérée par ces troubles fonctionnels.

Dans la forme rémittente, l'entéro-colite, soit sous l'influence d'un traitement, soit d'elle-même s'amende pendant un laps de temps plus ou moins considérable, sauf la constipation qui persiste plus ou moins atténuée. Puis sous l'influence d'une imprudence une crise réapparaît.

L'entéro-colite peut varier par la *Prédominance d'un groupe de symptômes*.

Dans la forme gastrique, les fonctions stomacales s'effectuant normalement, on observe des troubles de l'appétit (diminué, irrégulier, ou augmenté), des douleurs au creux épigastrique attribués à l'estomac et due au colon transverse, des flatulences, éructations, tension, pyrosis, etc. La langue est aplatie, blanche et saburrale, l'haleine fétide.

Dans la forme nerveuse survenant chez des prédisposés, des névropathes, on voit se manifester le plus souvent les troubles de la neurasthénie. Les troubles cardio-pulmonaires d'origine réflexe, les cas d'amaurose transitoire que nous avons énumérés, appartiennent à cette forme ainsi que les vertiges, lypothimies, etc.

Enfin l'entéro-colite commune peut varier d'après la nature de la constipation.

D'après la nature de la constipation qui accompagne l'entérite muco-membraneuse on peut distinguer 2 formes :

Une forme spasmodique la plus fréquente caractérisée par la constipation surtout qualitative, les spasmes intestinaux fréquents et intenses, les débâcles diarrhéiques en général assez rapprochées, la sensation de tuyau de plomb de corde colique donnée par l'intestin.

La forme atonique plus rare, moins caractéristique, s'observe chez les vieillards, les personnes aux fibres musculaires relâchées, les malades ayant des compressions intestinales.

Elle s'accompagne de constipation totale ou seulement horaire ou quantitative ; les selles sont très pénibles, d'où coexistence d'hémorrhoides, de déchirures, d'excoriations anales. Le ventre est volumineux, distendu par des matières accumulées pouvant donner l'impression, par leur agglomération en un point, d'une tumeur abdominale, comme nous avons pu en observer un cas.

La forme continue grave a été bien décrite par le professeur Potain et présente les symptômes suivants : présence constante dans les selles de fausses membranes, exacerbations successives des différents symptômes avec rémissions de moins en moins complètes. Les douleurs prennent un caractère d'intensité extraordinaire, coliques violentes avec constriction lombaire.

L'état général du malade se ressent rapidement de ces exacerbations, l'amaigrissement se fait rapidement ; l'aspect cachectique et terreux du visage, les

hémorrhagies rectales ou stomacales, parfois composées de sang pur en grande abondance, sont des symptômes qu'on observe fréquemment dans cette forme continue grave.

Dans l'enfance, les affections décrites sous le nom d'entéro-colite muco-membraneuse diffèrent de celle de l'adulte et la plupart des médecins d'enfants les séparent nettement. Cependant on peut considérer cette affection chez l'enfant comme étant le point de départ des poussées chroniques qui se feront plus tard. Il suffit pour s'en assurer d'interroger le passé pathologique des adultes atteints d'entérite muco-membraneuse. Cette recherche est souvent difficile à réaliser ; pour notre part nous avons, dans de nombreux cas, relevé dans les antécédents de nos malades l'existence dans le bas âge de troubles intestinaux accentués de colites aiguës qui, nous en sommes convaincu, avaient préparé les troubles fonctionnels de l'intestin à l'âge adulte et déterminé ainsi le développement de l'entéro-colite chronique. Froussard fait de plus remarquer ainsi que M. Mathieu que les manifestations infectieuses que l'on observe dans une colite aiguë de l'enfance seraient facilitées par la susceptibilité particulière du jeune âge à cet égard.

L'entéro-colite dans la première enfance se présente sous la forme d'une crise aiguë qui peut être unique et se terminer par la mort ou bien s'améliorer et être suivie d'autres crises semblables à intervalles plus ou moins éloignés. La durée de ces crises est variable. Elles débutent brusquement par de la fièvre, des cris, de l'agitation, des convulsions ; elles sont caractérisées par de l'inappétence, de la sécheresse de la langue, de la diarrhée, souvent de selles vertes, putrides, avec mucus et fausses membranes. Les besoins peuvent être fréquents, douloureux, s'accompagner de tenesme, d'épreintes, de dysurie. Fait très important à notre avis, chez ces enfants entre les crises, si l'état de santé est en général bon, la constipation est la règle comme elle l'est chez les enfants dont l'alimentation dans l'enfance a été irrégulière et mal comprise.

Dans la seconde enfance, l'entéro-colite muco-membraneuse a une allure se rapprochant de celle de l'adulte mais avec les crises aiguës de l'enfance.

L'entéro-colite exerce une influence néfaste sur le développement de l'organisme et on peut la trouver associée au rachitisme. Ces deux maladies ne sont-elles pas la conséquence en effet de troubles digestifs et surtout intestinaux.

*Complications de l'entérite muco-membraneuse. Affections de l'estomac.* — M. Robin attribue la plupart des troubles digestifs que présentent souvent les malades atteints d'entéro-colite à l'hyperthermie gastrique avec hyperchlorhydrie antécédente.

M. Mathieu les considère comme faisant partie de la dyspepsie gastro-intestinale et s'observant dans des états de chimisme gastrique très différents, Germain Sée admet que l'affection intestinale serait le premier en date.

Lyon enfin admet 3 sortes de cas dans lesquels les

troubles gastriques seraient soit primitifs, soit secondaires, soit concomitants.

Nous ferons remarquer que les troubles intestinaux, de l'avis de tous, peuvent exister depuis longtemps sans que le malade les ait remarqués, alors que de très bonne heure ils s'inquiètent des troubles gastriques, lesquels sont toujours plus péniblement supportés et nous sommes d'avis que dans la plupart des cas c'est l'intestin qui a commencé.

Des affections hépatiques, les unes sont dues à des infections surajoutées, facilitées par l'entéro-colite ; les autres sont comme elle sous la dépendance de l'arthritisme, telle la lithiase biliaire.

Pour Glénard, au contraire, l'hépatisme tiendrait sous sa dépendance les différentes ptoses viscérales et consécutivement l'entéro-colite.

Pour les ptoses, outre l'opinion de Glénard, il en est une émise par M. Mathieu qui place au premier rang le relâchement de la paroi musculaire abdominale, d'où entéroptose par diminution de la tension intra-abdominale ; puis déséquilibre de la nervomotricité et entéro-colite consécutive. Le rein mobile entretient et prolonge celle-ci lorsqu'il coïncide avec elle.

La lithiase intestinale qui coexiste parfois avec l'entéro-colite a donné lieu à de nombreuses théories et semble être le plus souvent une affection surajoutée due à l'arthritisme.

L'appendicite présente-t-elle des connexions intimes avec l'entéro-colite muco-membraneuse.

Talamon attribue à celle-ci la formation des scyballes qui donneront lieu à l'appendicite.

Pour Dieulafoy l'appendicite n'est ni la conséquence ni l'aboutissant de l'entéro-colite. Celle-ci, nous l'avons vu, peut déterminer des crises d'entéralgie à forme de typhlite qui peuvent en imposer pour une appendicite.

Pour un grand nombre d'autres membres des Sociétés scientifiques au contraire, il faudrait voir réellement dans l'appendicite une complication de l'entéro-colite muco-membraneuse.

D'une part on aurait l'appendicite proprement dite, perforante ou non, aiguë ou suraiguë, maladie indépendante de l'entéro-colite mais pouvant se rencontrer avec elle. D'autre part, l'appendicite à allure chronique caractérisée par des accidents légers, presque nuls avec parfois des épisodes aigus, des crises graves quelquefois mortelles : celle-là serait due à l'entéro-colite, à la condition indispensable toutefois qu'une infection surajoutée, une exaltation de virulence microbienne se produise au niveau de l'appendice ainsi préparé par les troubles fonctionnels antérieurs du cœcum. Quant à considérer, comme certains auteurs le veulent, l'appendicite comme cause de l'entéro-colite, il semble que cette opinion ne soit pas facile à défendre.

Les hémorroïdes sont une complication fréquente de l'entéro-colite muco-membraneuse et expliquent souvent la présence du sang dans les selles. On a signalé l'existence possible de la péritonite chro-



nique, de troubles urinaires (cystite à colibacille décrite par Autinel), de troubles cardio-pulmonaires réflexes dont nous avons déjà parlé.

Un point plus intéressant et plus discuté aussi est celui des rapports des affections utéro-annexielles avec l'entéro-colite qu'on a voulu considérer comme déterminée par elles.

Or, la fréquence des 2 genres d'affections est si grande qu'il est facile de comprendre leur co-existence. De plus, les affections utéro-annexielles sont d'ordre très différent. Les unes peuvent agir, il est vrai, par compression, pour faciliter le développement de l'entéro-colite : tels les vices de position, les fibromes, kystes, etc. D'autre part, certaines se développent sur le même terrain que l'entéro-colite (ovaires-scléro-kystiques d'après Beusnier). Mais la théorie la plus défendue, celle de Letcheff, Monod, Ozenne, Pichenin, Reynès, attribue l'entéro-colite à une propagation inflammatoire des organes génitaux au côlon qui déterminerait le développement de l'entéro-colite. Cette théorie admet que la propagation se ferait par les lymphatiques ou les divesticules et ligaments péritonéaux et cite à l'appui l'origine utéro-annexielle de certaines appendicites ou collections purulentes pelviennes : mais il est facile de répondre que d'abord l'entéro-colite muco-membraneuse n'est pas une affection inflammatoire, ni infectieuse ; d'autre part que cette propagation ne saurait donner lieu qu'à une affection plus ou moins localisée et non étendue comme l'est l'entéro-colite à tout le gros intestin.

Ce qu'il faut admettre uniquement, c'est l'action nuisible réciproque de chacune de ces affections. Il est certain que les troubles utéro-ovariens déterminent une aggravation dans l'évolution de l'entéro-colite, que d'autre part les crises entéralgiques provoquent des congestions intenses de la cavité pelvienne plutôt nuisibles à l'évolution des affections utérines.

Les *accidents nerveux* qui accompagnent l'entéro-colite sont assez importants nous l'avons vu et s'expliquent par l'auto-intoxication due à la constipation et aux fermentations anormales de l'intestin. Ces troubles nerveux peuvent aboutir chez des prédisposés au développement de véritables psychoses dont la plus fréquente est la neurasthénie, mais qui peuvent être l'hystérie, l'épilepsie, la chorée.

Enfin, l'entéro-colite muco-membraneuse peut s'accompagner de *Dermatoses*, les unes aiguës comme les érythèmes polymorphes observés au cours de crises avec infection intestinale, les autres chroniques, telles que : urticaire, prurigo, prurit, eczéma, séborrhées, couperose pustuleuse miliaire de Brocq, etc.

Telles sont les nombreuses complications qui peuvent survenir au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse et qui en rendent plus difficile souvent le diagnostic.

(A suivre.)

## COMMENT LES DIFFÉRENTES NATIONS SE DÉFENDENT CONTRE LA TUBERCULOSE. — COMMENT ELLES DEVRAIENT SE DÉFENDRE. — ENTENTE INTERNATIONALE.

Par M. le Dr Samuel BERNHEIM, de Paris.

(Communication au Congrès de la Tuberculose de Londres).

« Mieux vaut prévenir que guérir », dit un proverbe français.

Mieux vaut assurément, quand on le peut, prévenir et guérir à la fois ; tel doit être le double rôle de l'hygiéniste et du médecin.

Prévenir concerne plutôt l'hygiéniste et le législateur. Mettre en œuvre les moyens propres à conjurer les maladies qu'on a reconnues « évitables », c'est encore faire œuvre médicale puisque la prophylaxie des maladies est l'un des plus importants problèmes de l'hygiène.

Guérir est l'œuvre du thérapeute et du praticien.

La prophylaxie a surtout pour objet de protéger les gens bien portants.

Or, si l'on s'est beaucoup occupé depuis 20 ans de la guérison de la phthisie, il est à côté de la thérapeutique tuberculeuse, une question qu'on a vraiment par trop négligée : c'est celle de la prophylaxie de la maladie.

Il semble qu'on devrait avant tout chercher à éviter ce qui est évitable, et surtout ce qu'on ne peut guérir à coup sûr. Il est des cas où une bonne prophylaxie, bien comprise et rigoureusement appliquée, équivaut à la meilleure des thérapeutiques.

Certes on ne guérit pas à coup sûr la peste, le choléra, la dysenterie, etc... Et pourtant ces maladies semblent avoir retreci devant les progrès de la civilisation. La thérapeutique, cependant, était à peu près désarmée contre elles. Survienne une épidémie de choléra, et il nous faut bien avouer que nous ne serons guère mieux armés pour la cure de la maladie qu'il y a 25 ans, alors qu'on ne connaissait pas encore l'agent causal de l'infection, qu'il y a même un ou plusieurs siècles. Ce n'est donc pas à la thérapeutique proprement dite qu'il faut rapporter le mérite de la disparition ou du moins de l'extrême rareté du choléra, en tant que maladie épidémique.

Mais les découvertes modernes, les conceptions nouvelles inspirées par la connaissance exacte des maladies épidémiques, de leur transmission, de leur propagation, etc... ont fait faire un pas immense à l'hygiène sociale et internationale.

Des précautions ont été prises contre ce qu'on savait désormais évitable. On n'a plus opposé, à la peste et à ses épidémies dévastatrices, la résignation fataliste qui faisait dire au fabuliste « Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés ».

On s'est ligé contre le mal. L'hygiène n'est pas devenue seulement une préoccupation des individus. Il y a eu une hygiène collective, une hygiène des groupes entre eux, une hygiène des familles, et mieux encore une hygiène des nations, une hygiène internationale.

Des mesures de prophylaxie communes à une même

maladie ont été édictées, qui, après entente entre les pouvoirs publics des diverses nations, ont force de lois internationales.

Il y a une police sanitaire internationale, et ainsi la prophylaxie a fait ce que la thérapeutique n'avait pu réaliser. Nous avons donc raison de dire qu'il est des cas où une prophylaxie rigoureuse équivaut à la plus efficace des thérapeutiques.

Une chose, toutefois, est pour nous surprendre : c'est que la prophylaxie de la tuberculose eût été aussi négligée.

*La prophylaxie de la Tuberculose est d'ordre international.*

Passé encore lorsqu'on ignorait comment la maladie prenait naissance, évoluait, se propageait, lorsqu'on en ignorait la cause et la nature ; mais du jour où la Tuberculose a été classée parmi les maladies infectieuses, microbiennes et, de ce fait seul, évitable, n'aurait-on pas dû d'abord mettre en œuvre tous les moyens d'éviter le mal, de l'enrayer, de le tuer dans l'œuf, quitte ensuite, si la chose était insuffisante, à chercher à le guérir.

Or c'est une preuve affligeante de l'indifférence des peuples vis-à-vis des maux qui les déciment et aussi de l'ignorance de leur gouvernement et de leur législateur, vis-à-vis des plus simples notions d'hygiène que de constater où en est même actuellement, même alors qu'un mouvement d'indignation et de révolte semble avoir secoué le vieux monde de sa torpeur, la question de la prophylaxie anti-tuberculeuse.

Certes les avertissements n'ont pas manqué. Dans tous les pays, les savants, alors, ont élevé la voix pour clamer le danger et pour dire les moyens de l'éviter... Chaque peuple peut faire sa confession. Il ne s'est pas laissé devancer dans cette urgente question de vie et de mort par aucun autre. Tous ont opposé la force de l'inertie et de la routine aux progrès envahisseurs du mal. Nous allons avoir, dans un instant, à en faire hélas ! l'amère et générale constatation.

S'il est une question, cependant, qui était d'essence universelle et internationale, c'est bien celle-là ! s'il est une maladie qui appelait une réglementation sanitaire au même titre que la peste ou le choléra, c'est bien celle qu'on a appelée « La peste des temps modernes ». Et s'il est une époque où une entente, une coalition générale s'imposait, c'est bien la nôtre.

Il est malheureusement incontestable qu'aujourd'hui plus que jamais, si l'hygiène de certaines maladies évitables n'avait pas été mieux comprise et mieux appliquée qu'autrefois, nous assisterions à des épidémies, à des calamités publiques, à des hécatombes universelles comme le Moyen-Âge n'en vit jamais ; et la raison se comprend très simplement.

Autrefois, une épidémie arrivait à mourir d'elle-même, à s'éteindre sur le lieu même où elle avait pris naissance parce que le foyer en restait circonscrit et n'avait que peu de tendance à s'étendre. La peste dévastait un pays, une province, une ville : le combat cessait faute de combattants, c'est-à-dire que le fléau, après avoir abattu tous ceux qui étaient destinés à

être ses faciles victimes, était étouffé sur place. C'était un mal local.

Il n'en serait plus de même aujourd'hui, qu'on ne s'y trompe pas.

Actuellement, les relations entre provinces voisines, entre nations proches et éloignées sont devenues si actives, les trafics si nombreux, les contacts si permanents qu'on frémit en pensant ce que serait devenu le monde si toutes les branches de l'industrie, du commerce, faisant les progrès qu'elles ont faits, la science de l'hygiène était restée stationnaire ; si avec la vie actuelle et l'intensité de ses transactions, la multiplicité de ses contacts, on avait encore sur l'hygiène les notions rudimentaires qu'avaient les contemporains des invasions des barbares ou des Croisades. C'est-à-dire que l'Europe tout entière eût vite été transformée en un foyer d'infections variées, toutes plus meurtrières les unes que les autres.

Grâce aux progrès de l'hygiène, grâce à ces mesures sanitaires acceptées et appliquées en commun par les diverses nations, on est parvenu à endiguer d'aussi épouvantables fléaux.

Tous les jours, on a la preuve manifeste de l'efficacité de ces mesures et de ces lois.

Et l'on n'a pas encore songé, ou du moins l'on n'a rien fait de pareil en faveur de la prophylaxie de la tuberculose !

Mais ne parlons pas encore de prophylaxie internationale. A vrai dire, il n'en est pas question, à tort, selon nous et nous espérons le montrer.

Mais du moins chez elle, chacune de ces nations qui entre elles se défendent si mal, a-t-elle fait quelque chose sur son territoire pour éviter ce que ses savants lui ont déclaré « évitable ».

Puisqu'elles n'ont jamais songé à se défendre entre elles, ce qui serait surtout de première urgence, du moins comment se défendent-elles individuellement ?

Ce n'est pas le procès d'aucun pays, ni d'aucun gouvernement que nous voulons faire ici, en particulier. A peu de choses près, tous nous semblent également coupables, et également désarmés contre le mal qui les décime. Désarmés, cela va sans dire, parce qu'ils le veulent bien ou parce qu'ils ne veulent pas s'armer.

*La défense pratique contre la tuberculose dans les divers pays.*

Au surplus, c'est ce qui résultera du rapide examen fait, pour les principales nations, sur la façon dont elles se défendent contre la tuberculose.

*En France.* — Pour ce qui est de la France, la question, on peut le dire, est encore à l'étude, on affiche bien dans les écoles, sur les murs publics, dans les gares, etc... des avis, décisions ou arrêtés pris par le Préfet de police, ou le Ministère de l'Intérieur, aux termes desquels il est rappelé qu'il est dangereux de cracher par terre ; mais on avouera que ces conseils qui s'adressent surtout à la simple propreté du public et qui attendent d'elle seule leur exécution sont lettre morte au point de vue d'une prophylaxie efficace de la tuberculose.



Parlerons-nous des quelques sanatoria, édifiés à grands frais dans ces dernières années, et dont les dépenses d'édification furent telles, celles d'entretien si grandes qu'ils réclament aux malades qu'ils hébergent une rançon accessible seulement aux riches? Il ne fait pas bon en France d'être tuberculeux quand on est pauvre!

Il y a, dira-t-on, l'Assistance publique, ses hôpitaux, et son sanatorium (car elle en a un maintenant, aux portes de Paris à Angicourt, et l'on sait ce qu'il lui a coûté!)

Mais l'Assistance publique ne peut donner asile à tous les tuberculeux de France et de Paris. A Paris, seulement ses ressources sont notoirement insuffisantes et les moyens d'actions tout à fait défectueux.

La vie du tuberculeux à l'hôpital parisien est vraiment navrante.

Il y entre à peine atteint, souvent curable très probablement, s'il en sort, c'est aggravé; et s'il y rentre une seconde fois, c'est pour n'en plus sortir vivant. Car ici tout concourt à propager la tuberculose. C'est pour elle et non contre elle que l'hôpital fonctionne. Absence de précautions entre les malades, promiscuités des tuberculeux avec les non tuberculeux, service ridicule des crachoirs, encombrement et insuffisance d'air, alimentation insuffisante, etc...

Tels sont les moindres inconvénients sur lesquels nous avons récemment assez appelé l'attention publique (S. BERNHEIM). La défense pratique contre la tuberculose pour qu'il nous soit permis de ne pas insister; tout concourt à l'hôpital à propager le fléau, à hâter la fin des tuberculeux, et à contaminer les autres. « Tout plutôt que ce qui est » dit le Dr Huchard, en parlant de nos hôpitaux parisiens.

Et cependant en France si l'on a peu agi, on a beaucoup parlé et beaucoup écrit.

Des deux grandes commissions extra-parlementaires de la tuberculose, nommées l'une par le Conseil municipal de Paris, l'autre par le Ministère de l'Intérieur, cette dernière a récemment publié le résumé de ses travaux. Dire qu'il s'y trouve des rapports remarquables et de judicieux conseils nous paraît superflu.

On ne pouvait que les attendre des hommes éminents qui composent cette commission.

Dans un excellent rapport qui est comme la conclusion des travaux particuliers et des rapports spéciaux des diverses sections de la commission, le Professeur Brouardel précise nettement la question et indique quelques-unes des réformes les plus urgentes.

Il est souhaitable que l'on passe enfin de la théorie à la pratique!

Parmi les propositions émises au sein de la "Commission de la Tuberculose" l'une des mieux venues et des plus brillamment soutenues est celle de M. Calmette qu'il défend en un excellent rapport, concernant la création de dispensaires pour tuberculeux. Le docteur Brouardel lui consacre une place importante dans son rapport général.

« Tous les médecins, dit-il, qui ont cherché à orga-

niser la lutte contre la tuberculose, se sont heurtés aux difficultés suivantes:

« 1. La tuberculose est curable surtout dans ses premières périodes.

« 2. Le nombre des tuberculeux est tel, en France (4 ou 500.000) que quelque immense que soit l'effort, il sera toujours partiel et au-dessous des nécessités.

« Malgré ses 43 sanatoria populaires, l'Allemagne se trouve en face des mêmes difficultés, et actuellement, parallèlement avec la création de nouveaux sanatoriums, elle organise dans les villes des polycliniques pour tuberculeux.

« Un personnel médical, muni de l'outillage nécessaire, donne ses soins aux tuberculeux qui viennent le consulter pendant tout le temps de la maladie ou pendant la période qui précède le moment où le malade veut entrer dans un sanatorium et où celui-ci peut lui ouvrir ses portes.

« Un Comité de patronage, composé de personnes bienfaisantes, parmi lesquelles les dames sont en grand nombre, suit le malade à domicile, donne des conseils à la femme, veille à la propreté du logis, indique les mesures prophylactiques nécessaires. Elle écarte dans la mesure du possible la misère inséparable du chômage, en puisant dans une caisse de secours de famille, alimentée comme celle des sanatoriums. »

M. Calmette a été frappé par les mêmes considérations, mais, et c'est ce qui fait l'originalité de sa proposition, il demande qu'au lieu d'attendre que l'ouvrier vienne demander l'avis des médecins, on aille au devant de lui, on l'invite à venir à un dispensaire, analogue aux polycliniques allemandes... ?

M. Calmette expose, en effet, que l'œuvre des dispensaires anti-tuberculeux peut seule compléter efficacement le rôle nécessairement si restreint des sanatoriums.

Une expérience de quelques mois, dont nous avons relaté ailleurs les résultats, nous autorise à penser que les dispensaires anti-tuberculeux, mis à la portée de tous les malades, et permettant à ceux-ci de se soigner au début même de leur affection, sans entrer au dangereux hôpital, constituent la partie la plus importante de la défense pratique contre la tuberculose.

L'œuvre des dispensaires, fondée par l'initiative privée et soutenue du concours de généreux donateurs, attirera bientôt l'attention de l'Etat, qui verra en eux ses meilleurs collaborateurs dans la lutte contre la tuberculose.

La défense se dessine donc en France. Mais elle n'est qu'ébauchée.

Il est juste de dire qu'à part une ou deux exceptions, les nations voisines ne se sont jusqu'ici pas mieux défendues.

Nous avons consulté à ce sujet un grand nombre de nos confrères étrangers, Russes, Danois, Roumains, Italiens, Allemands, Anglais, etc. Ils ont bien voulu, pour la plupart, nous dire quelle était l'organisation, chez eux, de la défense contre la tuberculose.

Nous résumerons ici quelques-unes de leurs com-

munications. La source où nous avons puisé est donc aussi exacte que possible.

*La défense pratique contre la tuberculose au Danemarck.* — Voici par exemple les renseignements que nous trouvons dans la réponse qu'a bien voulu nous faire notre confrère, le Dr Saugman, directeur du sanatorium de Lejleffjord, touchant les mesures prises au Danemarck contre la tuberculose :

1. Contre la tuberculose du bétail.

L'Etat donne tous les ans 100.000 couronnes, soit 138.000 fr. pour l'examen du jeune bétail par la tuberculine. La lutte est organisée avec beaucoup de zèle par le professeur Beng, de Copenhague.

2. Contre la tuberculose humaine.

Désinfections gratuites après le décès des tuberculeux.

Depuis 1875, fonctionne l'hôpital marin de Rosøes pour des enfants tuberculeux. Cet hôpital contient 130 lits.

On construit actuellement le sanatorium marin de Juetsuicuide pour 70 enfants tuberculeux.

Le Danemarck compte plusieurs sanatoria pour phthisiques.

Le sanatorium de Vejleffjord, que dirige avec science, le Dr Saugman. Ce sanatorium a été établi avec une subvention de l'Etat, de 133.000 fr. Il compte 93 lits.

Le sanatorium populaire de la ville de Copenhague à Boseruji pour 120 lits sera ouvert le 1<sup>er</sup> novembre prochain.

En outre, une ligue contre la tuberculose est formée depuis janvier dernier ; elle a déjà 8.000 adhérents, sous la présidence du Dr R. Deuburg, de Copenhague. On espère pouvoir, dans quelques années, bâtir des sanatoria populaires dans diverses provinces.

Ce sont là assurément de très louables efforts. Ils semblent avoir déjà porté leurs fruits. La lutte est organisée avec raison non seulement contre la tuberculose humaine, la campagne est menée en faveur du tuberculeux. Mais la prophylaxie reçoit un appui efficace de la lutte que les pouvoirs publics danois entreprennent contre la tuberculose des bovidés.

Nous avons dit qu'au Danemarck, le professeur Bang a le premier vulgarisé l'emploi de la tuberculine ; or, au mois de mai 1897 avaient été soumises à l'épreuve de la tuberculose, 5.783 étables avec 158.999 bêtes. Il en résulte que 22 0/0 seulement étaient exemptes de tuberculose. Ont réagi 49.000 bêtes, c'est-à-dire 31 0/0 des animaux soumis à l'épreuve. D'après les dernières communications de Bang le nombre des animaux qui ne réagissent pas à l'inoculation a instablement augmenté depuis lors. Un exemple très instructif est celui de Bang, qui a opéré lui-même à Thurbø, dans le Danemarck ; au commencement de l'emploi de la tuberculine, 9 0/0 9, 7 0/0 de bêtes réagissaient ; dans les dernières années, la proportion est descendue entre 0,8, et 4, 7 0/0. Ce qui est un progrès très grand.

*Suède.* — Sur ce qui s'est fait en Suède, notre confrère le Dr Cail Janson veut bien nous renseigner en ces termes :

« Je regrette, nous écrit-il à la date du 4 juin dernier, d'avoir à vous dire qu'il n'a été encore fait que peu de chose pour combattre la tuberculose dans notre pays. Ce qui a été fait est de date récente.

« En 1897, à l'occasion du 23<sup>e</sup> anniversaire de son règne, notre roi décida qu'une somme de 22.000.000 couronnes qui avaient été réunie par souscription, serait affectée à la construction de sanatoria pour poitrinaires.

« Deux de ces établissements, Halahuit, dans le Centre et Osteros dans le Nord, ont déjà été construits. Ils reçoivent chacun 100 malades qui sont censés y faire un séjour moyen de trois mois chacun au prix de 50 aro, 1 cour. 25, 2 cour. 50 et 3 cour. 50 par jour, selon les ressources pécuniaires et les prétentions du patient.

« Un autre sanatorium de la même grandeur que le précédent pour lequel le "Ricksdag" a déjà voté les fonds nécessaires, et qui sera destiné à la Suède méridionale, est en construction dans la province de Sutaland.

« La ville de Stockholm a fait construire à l'hôpital de saint Corau un pavillon spécial pouvant recevoir cent malades tuberculeux.

« Je crois qu'en ajoutant que la Société anonyme "Separator" de Stockholm a fait construire un sanatorium (recevant environ 30 patients) pour ceux de ses ouvriers qui sont atteints de tuberculose, j'aurai dit tout ce qui a été fait dans le pays en ce qui concerne les sanatoria et autres établissements pour tuberculeux.

« En ce qui concerne la médecine vétérinaire, l'Etat fournit gratuitement la tuberculine aux vétérinaires, ce dont les agriculteurs profitent dans une large mesure.

« Le public est à l'heure actuelle pénétré au plus haut degré de cette opinion que la tuberculose est contagieuse. Aussi, met-on avec empressement à profit l'offre faite par le Comité du service sanitaire de la ville de Stockholm de faire désinfecter à ses frais les locaux où sont morts des tuberculeux.

« Un avis affiché dans les corridors des hôpitaux, dans les voitures publiques, les tramways et dans plusieurs monuments publics invite à ne pas cracher sur le plancher, mais seulement dans les crachoirs.

« En 1899, les décès par tuberculose ont fourni à Stockholm 13,10 0/0 de la totalité des décès et 2.63 pour 1.000 vivants. »

Cette lutte contre la tuberculose n'est, on le voit, guère plus avancée en Suède qu'en France. En additionnant le nombre de lits, mis à la disposition des tuberculeux tant dans les sanatoria que dans les hôpitaux, on touche du doigt, ainsi que la comparaison en a été faite pour la France, tout ce qu'a d'insuffisant la combinaison qui met tout son espoir dans l'édification de sanatoria.

3<sup>e</sup> Roumanie. — Si nous passons à une nation plus petite, la Roumanie, où cependant l'enseignement médical est très élevé (témoin, l'Institut de Bucarest), écoutons ce que nous dit sur elle notre confrère le Dr Stéfanescu, de Bucarest, directeur général du service sanitaire au ministère de l'Intérieur.



« ..... J'ai l'honneur, nous écrit-il, de vous faire savoir que malheureusement, en Roumanie, nous n'avons pas encore de mesures de prophylaxie prises et appliquées en réalité contre la tuberculose.

« Il est vrai pourtant que depuis quelque temps, la question de la tuberculose a été beaucoup agitée chez nous, et plusieurs mesures de prophylaxie, comme l'emploi de la tuberculine, l'isolement des tuberculeux dans les hopitaux, la défense de cracher sur le parquet dans les lieux publics, la publication des instructions populaires pour la préservation de la tuberculose, la désinfection des maisons à louer, etc., sont entrées dans la pratique courante, mais non assez généralisés. Quant aux résultats obtenus c'est une question d'avenir.

« J'ajouterai encore que le mois dernier, un Congrès médical s'est réuni à Bucarest, où l'on a décidé la formation d'une ligue contre la tuberculose. »

Ce ne sont que des projets; cela rappelle ce qui s'est fait en France, pendant longtemps. Il serait urgent de passer aux actes.

Nous pourrions poursuivre cette enquête pour les diverses contrées de l'Europe. Nous jugeons inutile de rapporter toutes les réponses de nos distingués confrères. C'est ainsi que le Dr Ritzo de Constantinople, d'autres confrères, italiens, espagnols, grecs, autrichiens, russes, portugais, serbes, bulgares, déplorent le laisser aller, la négligence, des pouvoirs publics et constatent avec amertume le développement graduel, le progrès de la tuberculose dans leur pays.

Outre que dans beaucoup d'entre elles, cette enquête ne nous apprendrait rien de nouveau, ou de pratique, les chiffres gagnent souvent à être prorogés, de leur rapprochement peuvent surgir des constatations intéressantes.

*Statistique de la léthalité tuberculeuse en Europe.* — Pour nous éclairer sur l'état actuel de la question de défense pratique contre la tuberculose, sur la façon dont elle est appliquée, et surtout sur les résultats que ces moyens de défense donnent, dans les divers pays d'Europe, consultons de récentes statistiques.

Au congrès de Berlin de 1899, l'office de santé a fait distribuer une statistique intéressante; elle ne tient compte que de la phtisie pulmonaire; en laissant de côté toutes les autres manifestations tuberculeuses, et des décès causés par la phtisie.

Voici cette statistique basée sur un million d'habitants.

Russie	plus de 4.000 morts.
Autriche	— — 3.000 —
Hongrie	— — 3.000 —
France	— — 3.000 —
Suède	— — 2.000 —
Allemagne	— — 2.000 —
Suisse	— — 2.000 —
Irlande	— — 2.000 —
Pays-Bas	— — 1.000 —
Italie	— — 1.000 —
Belgique	— — 1.000 —
Norvège	— — 1.000 —
Ecosse	— — 1.000 —
Angleterre	— — 1.000 —

Ce qui a de quoi surprendre, dans ce tableau, mais

ce dont il importe de pénétrer les raisons, c'est la faible mortalité relative de la tuberculose en Angleterre.

*Comment l'Angleterre a pu enrayer les progrès de la tuberculose.* — L'Angleterre est, en effet, le pays le plus industriel de l'Europe. La misère y est grande, le climat est pluvieux et humide... Il semblerait donc qu'il doive être le pays le plus atteint par la tuberculose.

Mais si l'Angleterre présente une si basse mortalité, cela tient, dit Brouardel, à ce que, depuis 1851, les prescriptions d'hygiène qui sont encore discutées et à peine appliquées sur le continent, ont reçu une application méthodique.

L'Angleterre en 50 ans a fait baisser son chiffre de mortalité tuberculeuse de 14 pour 10.000 habitants et dans les 20 dernières années de 4,4.

Par quel moyen ?

Dans une lettre que M. Thurne-Thorne adressait au professeur Brouardel, il donne les raisons qui à son avis expliquent cette décroissance de la léthalité tuberculeuse en Grande-Bretagne.

1° Disparition des maisons insalubres entraînant avec elles la disparition de l'encombrement des cours, ruelles, et culs-de-sac.

Conditions imposées aux nouvelles bâtisses d'être faites entre cour et jardin, de manière à donner aux chambres de l'air et de la lumière et une aération permanente aux maisons.

2° Démolition d'habitations humides et drainage du sous-sol.

Modification des nouvelles maisons et cottages pour que le sol et les murs soient absolument à l'abri de l'humidité.

3° Progrès analogues réalisés dans les casernes, écoles, grands établissements assurant à tous ces édifices de la lumière et une aération permanente de jour et de nuit.

4° Amélioration des usines pour protéger les intéressés contre l'inhalation des poussières noires, aération des manufactures.

5° Le développement des Sociétés coopératives, ayant augmenté le bien-être des classes laborieuses, qui ont actuellement des logements confortables, une nourriture meilleure et dont les enfants sont soumis à certaines conditions protectrices.

Il semble donc que ces mesures si bien comprises aient été pour beaucoup dans la diminution de la mortalité anglaise. L'Angleterre a compris en partie la solution de la question.

En relevant le bien-être des classes pauvres et laborieuses, en améliorant les conditions du travail, de l'alimentation et de l'habitation, on a pu diminuer la tuberculose de plus de la moitié.

Il existe aussi en Angleterre toute une série de Sociétés et d'associations qui ont chacune une mission d'assurer la réalisation d'une mesure ou d'un groupe de mesures prophylactiques. Brouardel les énumère :

Les Building societies, sont des caisses d'épargne qui procurent des maisons à leurs membres, et actuelle-

ment elles comptent plus d'un million d'adhérents dans le Royaume-Unis.

Les Labouring Classes lodging houses Acts (1851-1866-1867) forment ensemble des lois puis stimulent les paroisses et les municipalités des villes de plus de 10.000 habitants à construire des maisons salubres.

Les Acts for the Removal of Hus sanys (1855 1866-1874) accordent aux autorités locales le droit d'inspection des maisons ouvrières et fixent les amendes pour contraventions aux lois et règlements.

Les Artisans divelling Acts (1868-1883) appelés également Tarreuts Acts, ont pour but primordial la réparation et la démolition des maisons insalubres; ils permettent aussi de supprimer les bâtiments obstrueteurs, c'est-à-dire, ceux qui enlèvent l'air et le jour à d'autres maisons et empêchent la ventilation.

Les Artisan's and Labourers divellings improvements Acts (1875-1882) obligent les municipalités à démolir les logements insalubres et à fournir un logement aux personnes qui, par suite de cette mesure, se trouveraient sans abri.

*La défense contre la tuberculose en Allemagne.* — La mortalité tuberculeuse a encore très sensiblement diminué en Allemagne. On sait d'ailleurs avec quel zèle aujourd'hui récompensé, l'Allemagne a déclaré la guerre à la tuberculose.

Le professeur Kruse, dans une intéressante étude sur la diminution de la mortalité en Prusse, constate « que la mortalité qui était en 1875 de 31,9 pour 10.000 habitants est tombée en 1894 à 23,9 d'où une diminution de 1/3.

Si la mortalité par la tuberculose d'après le Dr Aron a diminué dans les dernières années en Allemagne, nous ne devons pas attribuer ces résultats encourageants seulement à l'influence des crachoirs et des mouchoirs et autres prescriptions hygiéniques. Il y a d'autres considérations de majeure importance. La législation a amélioré l'état économique de la classe ouvrière en Allemagne. L'organisation des caisses d'assurances contre la maladie, si merveilleusement comprise, permet à l'ouvrier de se soigner en temps utile, c'est-à-dire au début même de son mal.

Est-ce à dire que toutes ces mesures soient applicables dans tous les pays et que la défense pratique contre la tuberculose doive s'inspirer d'un modèle unique ?

Assurément non !

*Sanatorium, dispensaires, surveillance sanitaire.* — Toutefois les mesures qui, à l'heure actuelle, retiennent l'attention des hygiénistes, des philanthropes et des gouvernements, parce que ce sont celles qui, de beaucoup, ont donné le plus rapidement les meilleurs résultats, relèvent de deux vues différentes.

D'une part, la création des sanatoriums, établissements que des combinaisons financières arriveront peut-être un jour à rendre de création et d'entretien moins dispendieux, mais qui pour l'instant ne recueillent qu'un nombre restreint des malades, eu égard à leur totalité et ne fonctionnent pas gratuitement. Les

moins chers coûtent trop pour la bourse des pauvres, et sont très onéreux pour les caisses d'Etat. Les autres sont réservés aux riches.

D'autre part, les dispensaires anti-tuberculeux et la surveillance sanitaire qui s'inspirent d'une pensée vraiment démocratique, qui répondent aux désirs de la plupart des malades : pouvoir se soigner sans renoncer complètement à leur travail ; recevoir des soins chez eux et continuer de vivre au milieu de leur famille, sans être un danger pour elle, grâce aux précautions qu'on leur indique et à l'éducation qu'on leur inculque.

*La prophylaxie anti-tuberculeuse doit être internationale.* — Il y a des essais nés d'hier qui ont donné déjà mieux que des espérances, qui gagneraient à être étudiés, comparés, améliorés, au cours d'une conférence internationale.

Nous estimons, en effet, que la prophylaxie anti-tuberculeuse doit être internationale. L'hygiène internationale a eu surtout pour objet, jusqu'à ce jour, de préserver les nations européennes de maladies de formes épidémiques, toutes spéciales et qui sont jusqu'ici en réalité au nombre de trois : le choléra, la peste et la fièvre jaune. On objecte que la tuberculose ne ressemble en rien à ces maladies épidémiques, qu'elle revêt plutôt un caractère endémique. Cela est inexact au vrai sens du mot. On sait en effet que certaines tribus sauvages sont restées longtemps indemnes du bacille de Koch, dont elles sont devenues tributaires le jour où les races civilisées sont venues apporter la néfaste contagion. La tuberculose, qui est une maladie purement contagieuse et épidémique, a une allure différente des épidémies ci-dessus citées.

Malis comme elles, la bacillose est épidémique et évitable. C'est même d'après nous la plus épouvantable des épidémies, car son bacille pathogène est si vivace qu'il dépasse en virulence et en persistance la plupart des autres microbes pathogènes. Tout comme nous-mêmes le bacille de Koch peut faire de longs voyages sans mourir ; il peut traverser, franchir des frontières, et il les passe hélas ! trop souvent pour aller d'un pays à un autre avec les échanges commerciaux de toutes sortes, par les wagons de chemins de fer, par les navires. C'est pourquoi nous déclarons qu'aucun effort isolé d'une nation ne sera sanctionné d'un résultat certain, définitif. La prophylaxie la plus logique, la mieux réglementée, appliquée dans un pays unique, n'atteindra jamais le but espéré, si les pays limitrophes et même éloignés ne prennent des mesures prophylactiques à peu près semblables. Dès lors nous sommes en droit de nous demander pourquoi la prophylaxie ne ferait-elle pas l'objet d'une législation sanitaire internationale ?

Pourquoi ne serait-elle pas débattue au sein d'une conférence comme celles qui, à Rome en 1865, à Venise en 1892, à Dresde en 1893, à Paris en 1894, à Venise en 1897, fixèrent les moyens communs de défense contre le choléra, la peste, la fièvre jaune ?

Une commission composée de représentants autorisés pour les diverses nations recevrait la mission



de comparer entre elles les mesures qui dans leurs pays respectifs seraient appliquées et donneraient les meilleurs résultats.

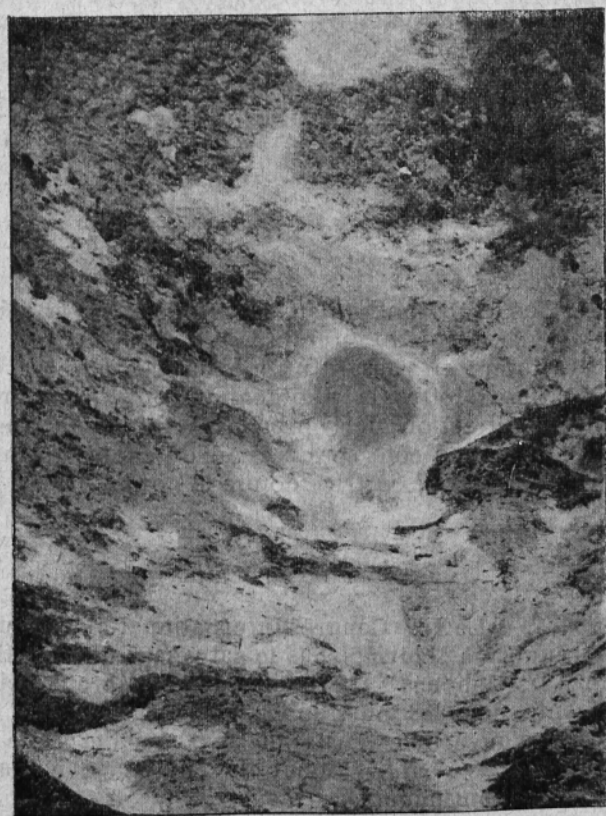
Cette commission, cet Office Central, avec une organisation bien établie, aurait pour mandat de rédiger une sorte de code prophylactique international contre la tuberculose, code qui une fois adopté aurait force de loi dans tous les pays.

S'il est une question qui soit d'essence universelle, c'est bien celle de la tuberculose. Elle ne peut recevoir de solution efficace que de l'union de toutes les intelligences et de toutes les bonnes volontés.

## SIGNALEMENT DE DEUX AUTRES NOUVEAUX POLISSOIRS

Par le D<sup>r</sup> François Houssay.

Partant de ce principe que dans tout terrain à poudingues, on est susceptible de rencontrer un atelier de polissage, il y avait des chances qu'il s'en trouvât sur le penchant d'une petite vallée profonde, dite « de la Fontaine aux Meilleures » où sur un espace de moins d'un kilomètre carré, on peut



compter plus d'une centaine de blocs dont le volume apparent peut varier de 1 à 50 mètres cubes. Les plus voisins du cours d'eau ont déjà disparu par le fait du passage d'une route et de son exploitation; parmi ceux-ci il s'en trouvait peut-être présentant

un grand nombre de rainures, et, du reste, il peut même y en avoir d'autres ailleurs, car la plupart situés au milieu d'un bois de sapins sont recouverts d'humus sur lequel poussent des mousses, des sedum et des lichens, qui empêchent *à priori* d'affirmer qu'ils aient ou non servi.

Je n'ai examiné qu'un nombre restreint de ces poudingues et n'en ai remarqué que deux.

Ces deux polissoirs, situés à 3 m. de distance l'un de l'autre, sont à proximité du chemin.



L'un présente la forme d'une large table légèrement concave ayant 2 m. 50 en tous sens et dont les parties sud et est se confondent avec la pente du coteau; les bords nord et ouest se relèvent à pic de 0.20 c. à 0.80 c. au-dessus de terre.

C'est près de l'angle nord que se trouvent les deux seules traces d'industrie que j'ai pu y trouver. Elles consistent en deux cuvettes très distinctes ayant respectivement comme dimensions, l'une 0.25 c. de long sur 0.10 c. de large et 0.05 c. de profondeur; l'autre (dont l'axe est presque perpendiculaire à celui de la précédente) a 0.30 c. de long sur 0.15 c. de large et 0.06 c. de profondeur. Pas de rainures ni de surface polie.

Le second polissoir est une roche pyramidale triangulaire à base allongée dont le grand axe a 2 m. de long sur 1 m. 10 de large et dont l'angle supérieur est élevé de 1 m. 25 c. au-dessus du sol.

Les cuvettes sont sur la face sud-ouest, près d'une des crêtes et toutes trois sur une place qui fait avec l'horizontale un angle de 25° à 30°.

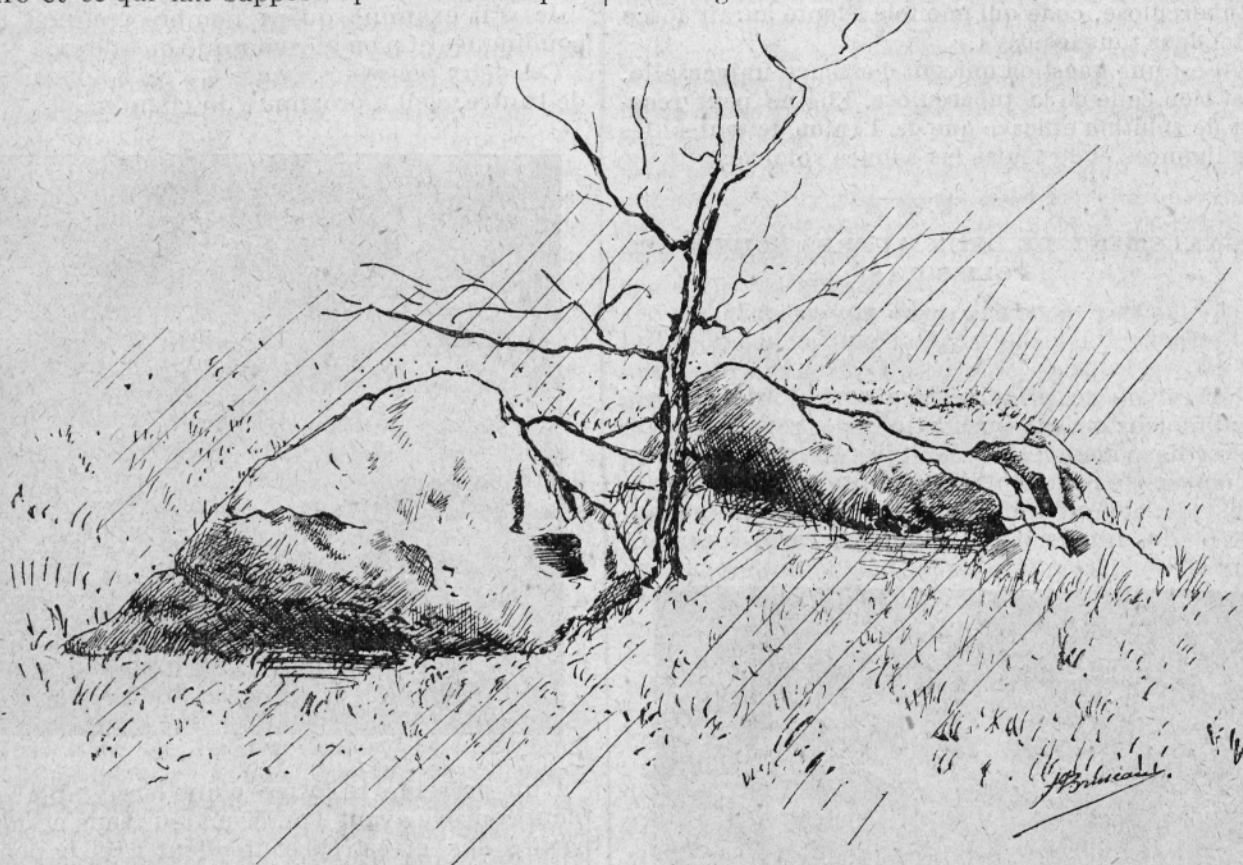
Cette face présente une section presque verticale à cet endroit, ce qui a probablement motivé ce point d'élection.

Ses cuvettes, à peu près de mêmes dimensions (0.25 c. de long sur 0.15 c. de large et 0.05 de profondeur) sont situées parallèlement près de ce bord; auprès d'elles une petite surface polie.

Près de la base nord et se perdant sous terre, on remarque une large surface plane de 0.50 c. sur 0.60 c., légèrement inclinée, extrêmement lisse et même qui paraît avoir eu également son utilisation. De ce que sur le précédent, je n'ai observé aucune rainure et ce qui fait supposer qu'il devait ou qu'il

thou-sur-Cher en passant par le moulin de la Crémaillère, à 1 kilom. de Monthou; traverser le cours d'eau, suivre un chemin à gauche pendant 30 mètres, et on trouve les polissoirs à droite à quelques mètres du chemin.

2<sup>e</sup> Ligne de Tours à Vierzon, station de Thésée.



peut encore exister des polissoirs plus complets, c'est qu'on a trouvé non loin de là quelques spécimens de haches polies que j'ai pu me procurer.

#### Indications :

1<sup>o</sup> Tramway de Blois à Montrichard, station de Pont-Levoy. Route de Pont-Levoy à Thenay et Mon-

thou-sur-Cher; prendre la route de Thenay jusqu'au moulin de la Crémaillère.

Indiquons en passant un moyen très simple d'orientation. Mettre la petite aiguille de sa montre dans la direction de l'ombre. Délimiter un angle dont le second côté sera la ligne du centre au midi du cadran. La bissectrice donne le nord.

### Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

#### XIV<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Les travaux préparatoires du XIV<sup>e</sup> Congrès internationale de Médecine ont commencé. Le comité exécutif a été constitué ainsi qu'il suit : *Président* : professeur Julian Calleja y Sanchez, *Secrétaire général* : Dr Angel Fernandez-Caro y Nouvilas, *Trésorier* : Dr José Gomez y Ocana, *Membres* : Les Présidents et Secrétaires des sections.

#### EXTRAIT DU RÈGLEMENT

Art. 1. — Le XIV<sup>e</sup> Congrès International de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de LL. MM. le roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, dans les jours du 23 au 30 avril 1903. — La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril. — Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

Art. — 3. Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas. — Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès au secrétariat général (Faculté de Médecine, Madrid), lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective, cette carte servira de document



pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. 9. — Le Congrès sera divisé dans les sections suivantes :

I. Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).

II. Physiologie, Physique et Chimie biologiques.

III. Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie.

IV. Thérapeutique, Pharmacologie et Matière médicale.

V. Pathologie interne.

VI. Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.

VII. Pédiatrie.

VIII. Dermatologie et Syphiligraphie.

IX. Chirurgie et Opérations chirurgiques.

X. Ophtalmologie.

XI. Otologie, Rhinologie et Laryngologie.

XII. Odontologie.

XIII. Obstétrique et Gynécologie.

XIV. Médecine et Hygiène militaire et navale.

XV. Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique.

XVI. Médecine légale.

*Art. complémentaire.* Les dames appartenant aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des membres du Congrès. — Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le paiement de 12 pesetas par personne.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Texte des amendements à la proposition de loi de M. ASTIER et plusieurs de ses Collègues

SUR

### L'EXERCICE de la PHARMACIE

Présenté entre la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> délibération, par MM. DUBUISSON, Eugène DUFOUR (Isère), LACHAUD, CLEDOU, COSMAO-DUMENEZ, ISAMBARD et MERLOU, députés.

Texte du projet Astier

ART. 5.

Toutes les substances médicamenteuses visées dans les deux paragraphes précédents et délivrées sous cachet aux pharmaciens, préparées et divisées, pour la vente au détail, porteront le nom, le domicile et la signature du fabricant, ainsi que le nom et la dose de la ou des substances qui entrent dans leur composition.

ART. 9.

Toutefois, le Médecin établi dans une commune où il n'y a pas de Pharmacien peut fournir des médicaments aux malades près desquels il est appelé et qui résident dans des communes distantes de six kilo-

mètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer des médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que s'il réside lui-même dans une commune éloignée de six kilomètres au moins d'une pharmacie.

ART. 10.

Les Pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnance du médecin, d'une sage-femme, d'un chirurgien-dentiste ou vétérinaire diplômé, aucun médicament simple ou composé, à l'exception de ceux dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique.

ART. 11.

Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre du pharmacien et de la date de la délivrance de ou des médicaments.

Cette ordonnance ne pourra être renouvelée que s'il en est expressément fait mention.

*(Ce dernier paragraphe a été adopté par le Conseil d'Administration de l'Union des Syndicats Médicaux de France, après le dépôt de l'amendement du Dr DUBUISSON.)*

### Modifications proposées

ART. 5

Les granules, médicaments, granulés, pastilles, médicaments comprimés, sérums et extraits organiques, délivrés sous cachet aux pharmaciens, préparés et divisés pour la vente au détail, porteront le nom le domicile et la signature du fabricant, ainsi que le nom et la dose de la ou des substances qui entrent dans leur composition ; ils devront de plus être revêtus du cachet du pharmacien détaillant.

Toutes autres préparations ne pourront être délivrées que sous le cachet du pharmacien.

ART. 9

Toutefois, le Médecin établi dans une commune où il n'y a pas de Pharmacien peut fournir des médicaments aux malades auprès desquels il est appelé et dont le domicile est distant de quatre kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer des médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que s'il réside lui-même dans une commune éloignée de quatre kilomètres au moins d'une pharmacie.

Pour satisfaire aux cas d'urgence, les Médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la commune qu'ils habitent, sont autorisés à administrer à titre gracieux, soit chez eux, soit chez leurs malades, certains remèdes dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique.

ART. 10

Les Pharmaciens ne peuvent délivrer sans l'ordonnance d'un médecin, d'une sage-femme, chirurgien-dentiste ou vétérinaire diplômé : 1<sup>o</sup> les substances toxiques ; 2<sup>o</sup> les médicaments composés, doués de propriétés vénéneuses, qui sont nominalelement désignés dans le décret du 8 juillet 1850, ou qui le seront dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 25 de la présente loi ou dans les décrets ulté-

rieurs ; 3° les médicaments simples et composés dont une liste spéciale sera dressée par la Commission du Codex.

Toutefois les Pharmaciens peuvent, sans déroger à l'exercice de la médecine, librement délivrer, sur la demande de l'acheteur, les autres substances constituant des médicaments simples et composés.

#### ART. 11

Toute ordonnance médicale exécutée dans une pharmacie ne sera rendue qu'après l'apposition du timbre au nom du pharmacien.

### ANALYSES

**Pathologie générale et expérimentale.** — Les Processus généraux par MM. CHANTEMESSE, Professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris. W. PADWYSSOTSKI, doyen de la Faculté Impériale de médecine d'Odessa, Professeur de pathologie générale à la même Faculté. — Tome I. Carré et Naud, éditeurs.

M. le Professeur Podwyssotski avait publié avec un grand retentissement un traité de pathologie générale conçu dans un esprit différent des traités antérieurs ou contemporains. M. le Professeur Chantemesse associant ses efforts et sa haute culture intellectuelle au Professeur de la Faculté d'Odessa, nous donne aujourd'hui un ouvrage français qui est véritablement un ouvrage nouveau.

Le texte a presque doublé d'étendue, les figures sont devenues deux fois plus nombreuses, d'importantes modifications ont remanié les parties conservées du 1<sup>er</sup> volume.

C'est donc là un grand ouvrage dans toute l'acceptation du terme que nous donnent les auteurs : le développement très grand donné à chaque question, l'importance des problèmes soulevés lui méritent deux fois ce titre.

De plus les auteurs ont eu pour principe de faire un livre qui ne soit pas le porte-parole d'une Ecole ; en l'écrivant ils n'ont eu qu'un souci : la recherche de la vérité scientifique sans passion et sans parti pris.

Le 1<sup>er</sup> volume est consacré tout entier aux questions suivantes :

Histoire naturelle de la maladie : Hérité ; Atrophie ; Dégénérescence ; Concrétions ; Gangrènes.

Le 2<sup>e</sup> volume traitera des Hypertrophies ; Tumeurs ; Régénérations ; Pathologie de la circulation du sang, de la lymphe ; Inflammation ; Fièvre.

C'est dire que ce traité doit constituer le résumé actuel de nos théories médicales, marquer le terme de nos connaissances présentes en ouvrant peut-être de nouveaux horizons à la science de demain.

Tout médecin curieux de science aura besoin de ce traité.

**Cure pratique de la tuberculose** par le docteur PUJADE, docteur à Amélie-les-Bains, avec préface du docteur BOIRAC, docteur es-lettres, recteur de l'Académie de Grenoble.

1 volume in-8° couronne de 369 pages.

Prix..... 3 fr. 50

(Georges CARRÉ et C. NAUD, éditeurs, 3, rue Racine, PARIS.)

### OFFRE DE CLIENTÈLE

A céder pour raison de santé dans chef-lieu de canton de l'Ouest à 6 kilomètres d'une grande ville, poste médical, résidence très agréable, excellente clientèle, 8 à 10.000 francs, 1.500 francs de fixe : 1 cheval et 1 bicyclette suffisent. — Conditions à débattre.

Pour tous renseignements :

S'adresser au Dr CANONNE

13, Rue d'Anjou, 13

ANGERS (Maine-et-Loire).

### VARIA

Notre confrère le 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, Roche-corbon, 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 *antneurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

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