

## LA PREMIÈRE DENTITION DANS LE RACHITISME, D'APRÈS LES AUTEURS.

Par le Dr Edmond CHAUMIER.

Avant de rapporter les observations que j'ai recueillies sur la première dentition des rachitiques, il ne sera pas sans utilité de voir ce que nous enseignent les auteurs à ce sujet.

Je prends d'abord le livre le plus récent publié en France, sur le rachitisme, le *traité du rachitisme* de M. Comby (1), paru depuis moins d'un an. J'y lis à la page 137 :

« Ce qui est commun, c'est le trouble apporté par le rachitisme à la première dentition : j'ai traité cette question dans un mémoire sur l'évolution et les maladies de la première dentition (2).

« Quand la dentition n'est pas commencée, le rachitisme retarde considérablement la sortie des premières dents ; un enfant sain fait ses premières dents (incisives médianes inférieures) à 6, 7 ou 8 mois ; s'il est rachitique, l'éruption peut être retardée jusqu'à 12, 15 mois et même plus. Si le rachitisme survient alors que la dentition est commencée, un retard analogue s'observe pour les dents qui ne sont pas encore sorties. L'enfant qui, sans rachitisme, aurait ses 20 dents temporaires à 2 ans ou 2 ans 1/2 au plus tard, pourra, par le fait du rachitisme, n'achever sa première dentition qu'à 3 ans ou même 3 ans et demi.

« Le rachitisme produit donc incontestablement un retard très notable dans la sortie des premières dents. De plus il produit quelquefois une altération dans la qualité des dents qui les rend plus fragiles et plus exposées à la carie précoce. On voit alors des enfants perdre toutes leurs dents temporaires, et cela dès leur apparition ; ces dents sont malades dans leur germe ; elles sortent noircies, fendillées, insuffisamment revêtues d'émail ; au lieu de se développer normalement, elles tombent en poussière, et les racines seules persistent au milieu des gencives tuméfiées, fongueuses et saignantes.

« Je dois dire cependant que ces altérations déplorables des premières dents ne sont pas la règle dans le rachitisme, et qu'au contraire la plupart de ces petits malades ont de très belles dents. Quant à l'érosion dentaire, dont Parrot faisait un signe de syphilis, elle est exceptionnelle chez les rachitiques, et d'ailleurs elle n'est pas pathognomonique.

« Comme exemple de trouble rare et profond de la première dentition déterminée par le rachitisme, je rapporterai le cas suivant :

(Obs. XVI). — Un garçon de 26 mois, observé le 24 juin 1887, nourri au sein, a reçu des aliments complémentaires de très bonne heure (avant 6 mois). Il en est résulté un degré accusé de rachitisme, un retard notable dans la marche (18 mois), et un retard énorme dans l'apparition des premières dents. La première dent ne s'est montrée qu'à 18 mois, et actuellement l'enfant n'a que deux dents, au lieu de 20 dents temporaires qu'il devrait avoir.

Ces deux dents, qui ont la forme conique et qui sont assez grosses,

occupent le maxillaire supérieur ; elles représentent les incisives médianes, quoiqu'elles aient l'apparence de canines. Elles sont séparées par un intervalle notable. La gencive du maxillaire inférieur est rudimentaire. L'enfant est très vorace et très buveur, son ventre est très gros. Il a une kéralite chronique. Les parents sont sains et leurs dents normales.

Dans sa thèse remarquable sur le Rachitisme (1), Louis Spillmann s'exprime ainsi :

« La dentition est notablement retardée chez presque tous les enfants rachitiques, la première dent n'apparaissant que vers 12 à 15 mois, au lieu d'apparaître entre 6 et 12 mois... Il faut cependant remarquer que même en l'absence du rachitisme, la dentition peut être retardée.

« Dans presque toutes nos observations de rachitisme nous avons noté ce retard de l'évolution dentaire : chez 4 enfants âgés d'un an, il n'y avait pas encore de dents ; parmi ceux dont l'éruption des dents était le plus troublée, nous avons observé un enfant de 2 ans qui n'avait que 3 dents, un autre de 2 ans qui n'en avait que 8 et un troisième, âgé de 4 ans, qui n'en avait que 10. Par contre, quarante enfants âgés de quelques semaines à 3 ans (40 pour 100) avaient une dentition normale.

« Nous n'avons pas observé d'altération de forme, ni de vice d'implantation des dents. Lorsque l'implantation vicieuse existe, elle tient le plus souvent à des lésions des os maxillaires. »

Voici maintenant ce que dit Unger (2) :

« La dentition n'est influencée d'une manière distincte que par un processus pathologique, notamment par le rachitisme. Cette maladie possède un effet ralentissant et ce ralentissement porte tout aussi bien sur l'ensemble du phénomène qui ne trouve sa terminaison qu'après quatre, cinq années de vie, que sur des groupes isolés et sur leur apparition systématique.

« Si le rachitisme commence tôt, du quatrième au sixième mois, l'apparition des premières dents est fortement reculée, par exemple jusqu'au commencement de la seconde année. Si la maladie ne se prononce qu'après le début de la dentition, celle-ci est interrompue ; il se produit un arrêt, qui dure aussi longtemps que le mal général n'a pas cédé devant un traitement rationnel et efficace.

« Une autre influence du rachitisme se caractérise par le fait que l'ordre et la succession de l'éruption dentaire se trouvent troublés et que même la succession des divers groupes se renverse totalement. Ainsi, après clôture de la pause, on voit percer non le groupe dentaire qui suivait dans la série normale, mais bien le suivant ou même un groupe à échéance plus tardive, tandis que les groupes à apparition précoce ne se montrent que dans les derniers temps de la dentition. C'est ainsi qu'on voit d'une part des groupes dentaires entiers faire défaut ;

(1) Louis Spillmann : Le Rachitisme, 1900.

(2) Louis Unger : Manuel de pédiatrie ; 2<sup>e</sup> édition : traduction française, Paris, 1896.

(1) J. Comby : *Traité du Rachitisme, etc.* 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1901.

(2) Comby : *Archives générales de médecine*, 1898.

d'autre part des incisives, canines et molaires, percer confusément l'une à côté de l'autre.

« De ce phénomène résulte cette manifestation caractéristique de la maladie générale, qui apparaît à la denture de l'enfant rachitique et qui consiste en ce que cette denture possède seulement en totalité le premier groupe dentaire, tandis que les autres groupes n'y figurent que pour fragments (Bohn). »

« Le rachitisme enfin produit des *déformations des mâchoires* elles-mêmes (Fleischmann)... Ces déformations provoquent une position fautive et anormale des dents, accompagnée d'une déformation durable de tout l'appareil. »

« Les mâchoires restent pendant longtemps dégarries de dents, parfois même jusqu'au 16<sup>e</sup> ou 18<sup>e</sup> mois. Lorsqu'enfin les dents percent, elles peuvent apparaître avec leurs caractères normaux. Toutefois, dans la majorité des cas, elles sont dépourvues d'émail, noircissent rapidement; parfois aussi elles tombent ou s'émiettent. »

Henoch (1) parle de la dentition de la manière suivante :

« Le développement dentaire est presque toujours retardé : ces enfants n'ont souvent leur première dent que dans la seconde année et chaque groupe fait éruption irrégulièrement et à des intervalles d'une longueur inusitée. Les dents chez beaucoup de ces enfants, par suite de l'insuffisance de leur revêtement d'émail, deviennent jaunes, striées, noirâtres et s'émiettent finalement jusqu'au bord alvéolaire; j'ai trouvé quelquefois les dents de la mâchoire supérieure seules, et même seulement celles qui venaient de sortir, altérées de la sorte, tandis que les inférieures restaient intactes; dans d'autres cas toutes les dents étaient également belles et de bonne conformation comme chez les enfants les mieux portants. Les altérations de forme des mâchoires, sur lesquelles Fleischmann a attiré l'attention dans un excellent travail (2), sont ici d'un grand intérêt... »

J'emprunte à Marfan (3) les lignes suivantes :

« Le rachitisme trouble profondément l'éruption dentaire. En premier lieu, il retarde la sortie des dents, au lieu de se montrer à six ou huit mois, les premières dents ne percent que vers 10 mois, un an, quinze mois et même au delà. En même temps qu'elle est tardive, l'éruption des dents est souvent irrégulière; et il peut arriver que les dents ne percent pas dans l'ordre habituel.

« En second lieu, les dents des rachitiques sont parfois très vulnérables et présentent parfois des érosions. Il faut, à cet égard, distinguer la dentition temporaire et la dentition permanente. Les dents de lait présentent rarement des érosions : mais l'émail en est insuffisant et de mauvaise qualité; elles sont jaunes et noirâtres, triables, se carient et tombent facilement. Pendant que le rachitisme évolue, les

germes des dents permanentes souffrent dans leurs alvéoles : le développement de la couche de dentine s'arrête à certains moments, et plus tard, quand les dents sortiront, elles présenteront des érosions, érosions cupuliformes et linéaires sur les incisives; atrophie du bord libre ou érosions cuspidiennes sur les molaires et les canines. Ces dents érodées sont, elles aussi, très vulnérables. Parrot regardait la syphilis héréditaire comme l'unique cause de ces érosions. Il est aujourd'hui démontré que toutes les maladies générales qui atteignent le fœtus et l'enfant du premier âge peuvent troubler la nutrition des germes dentaires enfouis dans leurs alvéoles et engendrer des érosions; on ne les observe pas seulement comme conséquence de la syphilis héréditaire, mais encore à la suite de la gastro-entérite chronique des nourrissons, du rachitisme, de la sclérose cérébrale, de l'éclampsie, etc., même l'échancrure semilunaire du bord libre des incisives supérieures (dents d'Hutchinson), considérée par beaucoup comme un stigmate de l'hérédosyphilis, n'appartient peut-être pas en propre à la vérole. »

Ne voulant pas étendre indéfiniment ces citations tirées des ouvrages de médecins d'enfants ou de médecins ayant fait une étude spéciale du rachitisme, je ne donnerai plus que quelques lignes du *Traité des maladies des enfants* de Baginsky (1), et je rapprocherai les opinions émises jusqu'ici de celles d'un médecin du XVIII<sup>e</sup> siècle, qui a fait un traité du rachitisme : Levacher de la Feutrie.

Voici d'abord ce que je trouve dans le traité de Baginsky :

« Les maxillaires sont dépourvus de dents ou bien n'en présentent qu'un nombre inférieur au chiffre normal. Les dents sont implantées irrégulièrement en dedans sur le maxillaire inférieur, en avant et en dehors sur le supérieur. Elles ne présentent pas non plus la dureté habituelle, leurs surfaces paraissent usées; elles se carient au niveau du collet, suivant une ligne circulaire, deviennent noires et finalement tombent. A un âge plus avancé on trouve fréquemment des chiquots à la place des incisives. »

Voilà ce que je trouve dans le Traité de Levacher de la Feutrie :

« Les dents ne sortent point ou sortent mal; à peine paraissent-elles au dehors qu'elles noircissent, se carient et s'en vont par petits éclats.

Il me sera permis maintenant de résumer l'opinion d'un dentiste, le Dr Julien Tellier, d'après un rapport présenté par lui au *Congrès national dentaire à Lyon* (2).

« Ce vice de nutrition retentit d'une façon certaine sur les tissus de la région gingivo-dentaire et y produit les lésions que nous allons résumer. Pour catégorique qu'elle soit, cette affirmation n'en a pas moins été combattue. Georges Carpenter et R. Denison-Pedley ont systématiquement examiné 500 enfants

(1) Ed. Henoch : Leçons cliniques sur les maladies des enfants. Trad. fr. Paris, 1885.

(2) Klinik der Pädiatrik, 11 Bd. Vienne, 1877, p. 168.

(3) Marfan : article rachitisme, du traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel, Gilbert, Girode. T. III. Paris, 1897.

(1) Trad. française. Paris, 1892.

(2) Julien Tellier : Des lésions des dents et de la muqueuse gingivale dans les diverses diathèses. Lyon, 1898.



rachitiques et sont arrivés aux conclusions suivantes :

« 1° Dans la grande majorité des cas, les dents sont d'une structure parfaite. Pas de défaut dans l'émail. Les dents ne deviennent pas chancelantes et ne tombent pas vite. Pas de disposition spéciale à la carie.

« 2° Dans les cas rares où les dents sont défectueuses on a obtenu des indications de syphilis héréditaire.

« 3° La dentition est retardée sans conteste.

« Il n'est pas prouvé que le rachitisme soit responsables de tous les accidents qu'on lui impute, la concomitance du rachitisme et de la carie des dents, en tant que cause et effet, n'est qu'une supposition et la carie des dents ne se produit pas chez les enfants rachitiques au degré que les livres mentionnent.

« Certes il y a là un argument de valeur, et il n'est pas possible de nier certains des faits signalés par Carpenter et Denison-Pedley ; en particulier il est très fréquent de voir de très belles dents chez les rachitiques, c'est indiscutable, mais d'autre part il n'est pas exact de dire que les rachitiques qui ont des dents défectueuses sont tous des hérédo-syphilitiques. Héraud et Edmond Blanc l'ont suffisamment prouvé par l'examen d'un nombre également considérable d'enfants, et j'ai pu le constater bien souvent depuis que mon attention avait été attirée sur ce point, à l'époque déjà lointaine où j'étais élève dans le service de M. Héraud à l'Antiquaille.

« La plupart des auteurs qui ont écrit sur le rachitisme admettent l'influence de cette maladie sur les tissus de la région gingivo-dentaire, en dehors de toute relation avec la syphilis héréditaire ; ces lésions peuvent porter sur le mode d'éruption, l'implantation, la coloration, la structure anatomique, les moyens de fixation des dents : la carie dentaire, la gingivite, la pyorrhée alvéolaire sont observées chez les rachitiques.

« Il est hors de doute que le rachitisme amène un retard plus ou moins considérable dans l'éruption des premières dents.

« Il serait intéressant d'étudier au microscope les lésions des germes dentaires sur les enfants qui meurent en pleine évolution du rachitisme ; je ne sache pas qu'on y ait encore songé.

« La présence des anomalies d'implantation est fréquemment notée.

« L'érosion, dit Comby, est exceptionnelle chez les rachitiques ; et venant d'un auteur si compétent sur le rachitisme, l'affirmation a bien sa valeur.

« D'autre part M. Maire, dans une thèse récente, dit que, de toutes les causes qui peuvent déterminer l'érosion dentaire, le rachitisme est à coup sûr la plus fréquente. Une fois de plus (et combien de fois l'avons-nous constaté dans cette étude sur la pathologie dentaire dans les diathèses) Hippocrate dit oui, Galien dit non.

« Nous croyons que les conclusions de M. Maire correspondent à la réalité.

« La pyorrhée alvéolaire a été notée dans le cours du rachitisme ; Miller (de Berlin) a examiné à ce point de vue plus de 100 enfants en traitement à l'asile de Middelkerke (Belgique) et a observé quelques cas typiques de pyorrhée parmi eux ; il cite en particulier le fait d'un enfant de neuf ans et demi et d'une petite fille de quatre ans. Il est vrai que, parmi ces enfants, se trouvaient des scrofuleux, mais nous avons déjà dit que Miller se reprochait d'avoir exagéré l'action prédisposante de la scrofule au point de vue de la périodontite expulsive. C'est donc au rachitisme qu'il en attribue surtout la cause dans les faits qu'il a observés, et il ajoute que c'est à tort que l'on considère la pyorrhée comme une affection caractéristique de l'âge avancé.

J'arrête ici mes citations ; elles sont, du reste, assez nombreuses pour montrer quelle indécision règne dans la science sur cette question de la première dentition chez les rachitiques. C'est une question à reprendre ; aussi dans un prochain numéro de ce journal, reviendrai je sur cette question que je tâcherai d'élucider avec des documents personnels.

## DE L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

REVUE GÉNÉRALE

Par le Dr ANDRÉ.

*Pathogénie.* — Nous avons vu quels aspects multiples pouvait prendre dans son évolution l'entéro-colite muco-membraneuse et nous en arrivons à rechercher quelles causes peuvent bien occasionner une semblable affection.

Guéneau de Mussy et Maurice Raynaud admettaient que la multiplication et la desquamation anormale des éléments épithéliaux de la muqueuse en étaient la cause.

Wanebroucq en faisait une affection essentielle interstitielle du gros intestin.

D'après certains autres auteurs, comme nous l'avons dit précédemment, les gastropathies, les ptoses, les affections utéro-ovariennes joueraient un rôle important dans la pathogénie de l'entéro-colite. Nous considérons que ces différentes affections n'ont que des rapports de contiguité ou de coïncidence avec l'entéro-colite. Celle-ci par sa marche chronique et les caractères particuliers de son évolution nous apparaît comme une maladie d'origine fonctionnelle et non point inflammatoire ni infectieuse, et parmi les théories qui ont été formulées pour en éclairer l'origine, il en est deux qui semblent seules avoir un rôle important que nous allons exposer.

Ce sont le neuro-arthritisme et la constipation.

De Langenhagen considère « l'entéro-colite comme un attribut très fréquent, un stigmate de la diathèse neuro-arthritique, à tel point que lorsqu'on aura à rechercher en clinique si un sujet est arthritique, on

devrait s'enquérir de cette manifestation intestinale tout aussi bien que de la goutte, de la gravelle ».

Mathieu partage cette opinion qui fait de l'entérocolite une affection diathésique et constitutionnelle sous la dépendance du neuro-arthritisme. De fait, dans un très grand nombre de cas les malades sont des nerveux ou des névropathes.

Pour les auteurs allemands, les troubles nerveux intestinaux seraient dus à une altération fonctionnelle de tout le système cérébro-spinal. Pour Lyon ce serait plus probablement un trouble nervo-moteur portant sur le système nerveux abdominal. Ceci expliquerait l'atonie intestinale, la ptose, les crises paroxystiques. L'altération fonctionnelle porte non seulement sur le système nerveux moteur mais encore sur les nerfs trophiques; nous pouvons, en effet, constater que toute crise continue ou intermittente se résume en une contracture du gros intestin avec hypersécrétion glandulaire. C'est la contracture qui donne à l'intestin cette dureté élastique comparable à celle d'un tuyau de caoutchouc; et cette contracture est douloureuse. L'existence de l'hypersécrétion glandulaire sous la dépendance des nerfs trophiques explique les débâcles diarrhéiques avec expulsion de grandes quantités de mucus mêlées à des matières ovillées.

Mais à notre avis, le neuro-arthritisme n'est qu'une cause prédisposante excessivement fréquente et prépondérante peut-être mais qui nécessite une cause occasionnelle: la constipation.

Le rôle de celle-ci ne peut être invoqué qu'en tant que affection continue, habituelle. La constipation momentanée, qui cède facilement d'ailleurs à un laxatif, ne peut déterminer de semblables troubles.

Fleiner, Mathieu, Soupault divisent la constipation en atonique et spasmodique. La constipation atonique c'est-à-dire due à une insuffisance de la contractilité des fibres musculaires intestinales est soit symptomatique, soit idiopathique; symptomatique, elle résulte d'un obstacle intérieur, extérieur ou siégeant dans les parois même de l'intestin: polypes, hémorroïdes, brides cicatricielles, compressions par tumeurs abdominales, rétrécissements cicatriciels, etc.

Idiopathique, elle résulte d'un défaut de contractilité. G. Sée, Potain, J. Simon, Malibran, de Langenhagen, Lyon la considèrent comme la cause occasionnelle la plus importante. Lyon en indique ainsi le processus: « Sous l'influence seule d'une prédisposition héréditaire (arthritisme) ou de causes acquises, mais l'hérédité jouant toujours un rôle, se produit l'atonie de l'intestin à laquelle se joint le plus souvent la ptose: l'atonie détermine la stase stercorale, le durcissement des matières d'où l'irritation constante de l'intestin, l'hypersécrétion muqueuse et la mise en jeu du sympathique abdominal, d'autant plus aisément que les plexus abdominaux sont directement sollicités à réagir par les tiraillements auxquels donne lieu l'intestin ptosé. D'où toute une série de réflexes agissant d'abord localement, produisant les spasmes, les douleurs, etc... puis retentissant à dis-

tance sur le système nerveux général, d'autant mieux que celui-ci était déjà troublé antérieurement. »

Pour Mathieu, Soupault, Froussard au contraire, ce serait la constipation spasmodique qui se rencontrerait le plus souvent dans l'entéro-colite muco-membraneuse.

La constipation spasmodique, due à un resserrement spasmodique du gros intestin, se rencontre plus spécialement chez les névropathes, hypocondriaques, neurasthéniques, les femmes atteintes d'affections utérines. Le même élément d'irritation névropathique expliquerait d'après ces auteurs la constipation, les douleurs et les flux diarrhéiques.

L'atonie ne serait que secondaire et due à l'épuisement temporaire des nerfs de l'intestin.

Dans la production des crises paroxystiques, il est un facteur important qu'il faut citer, c'est la congestion. Celle-ci est un phénomène fréquent chez les arthritiques: congestions cérébrales, pulmonaires, viscérales font partie de la diathèse. Si elle se produit sur l'intestin elle déterminera l'apparition d'une crise paroxystique et ceci nous explique la corrélation de l'entérite muco-membraneuse avec les crises utéro-annexielles chez les personnes atteintes d'affections de ces organes.

Pour expliquer l'existence de la fièvre dans ces poussées paroxystiques d'une maladie que nous considérons comme non inflammatoire ni infectieuse, il suffit de se rappeler combien il est facile que des complications infectieuses se produisent. Ces infections secondaires en effet se feront au niveau des érosions de la muqueuse intestinale occupant parfois toute son étendue; les microbes intestinaux qui sont nombreux trouveront là de larges portes d'entrée. Les produits de la fermentation intestinale, facilitée par le mauvais fonctionnement de l'intestin, seront résorbés en quantité considérable et détermineront ces phénomènes d'auto-intoxication dont nous avons parlé précédemment.

Rappelons en fin que Thiercelin a tout récemment isolé un microbe qui se rapproche du méningocoque et auquel il attribuerait un rôle principal dans la production de l'entéro-colite muco-membraneuse qui serait ainsi une affection d'origine infectieuse.

Au point de vue de l'*Anatomie Pathologique*, nous savons que les lésions siègent seulement sur le gros intestin et dans toute son étendue, qu'elles sont purement muqueuses et dans la plus grande partie des cas superficielles.

Wanebroucq, Lereboullet, Thiercelin ont signalé des cas où il y aurait eu, à la longue, des lésions interstitielles de la muqueuse.

Les fausses membranes d'après Remy sont constituées « par un réseau de filaments blanchâtres de différents calibres; molles, mais résistant à la traction, d'un blanc gris dans l'eau, elles deviennent plus blanches dans l'alcool. Les filaments présentent au microscope une substance fondamentale striée longitudinalement. L'addition d'acide acétique ne change pas cet état. Il s'agit donc de mucus, car la fibrine serait devenue homogène. Dans cette masse fonda-



mentale on voit des leucocytes, quelques globules sanguins des cellules cylindriques en petit nombre et déformées, quelques gouttelettes de graisse ».

Ces fausses membranes présentent de plus une richesse extraordinaire en microbes.

*Pronostic.* — Le pronostic de l'entéro-colite muco-membraneuse est des plus variables. Certes dans la plupart des cas il est bénin en ce qui concerne l'existence du malade, mais il n'en est pas de même au point de vue de son état général et de sa nutrition. Affection chronique avec exaspérations des plus pénibles pour le sujet ; celles-ci peuvent être assez fréquentes, assez intenses, pour déterminer une véritable hypochondrie dont le développement est facilité par le terrain sur lequel évolue l'affection.

La forme continue grave peut amener une véritable cachexie qui déterminera la mort par heciticité ou par des hémorrhagies plus ou moins abondantes et répétées.

Chez l'enfant, les poussées aiguës s'accompagnant facilement d'accidents infectieux graves, sont d'un pronostic grave. Les formes subaiguës d'autre part ont une influence fâcheuse sur le développement de l'enfant, entravant la nutrition et souvent se compliquant de rachitisme. Ces enfants sont souvent de taille et de poids inférieurs à celui de leur âge.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de l'entéro-colite muco-membraneuse est parfois très facile à faire, parfois au contraire, et cela fréquemment, très difficile, ce qui s'explique étant donné le polymorphisme de cette affection.

Le diagnostic doit être fait dans les formes ordinaires et dans les formes graves, de plus, soit pendant les crises, soit en dehors d'elles.

Dans l'intervalle des crises, le diagnostic positif de l'entéro-colite muco-membraneuse se fera par la constipation, la douleur, le rejet de mucosités et de membranes. Il faut se rappeler que parfois l'un des symptômes peut exister sans être accompagné des autres pendant un certain temps ou que ceux-ci peuvent passer inaperçus du malade, tels la constipation, le rejet des mucosités.

Le malade peut avoir de la constipation qualitative, qu'il ignore, et vous dire qu'il va régulièrement à la garde-robe.

Le rejet des mucosités peut manquer pendant quelque temps ou être confondu avec le rejet de tœnia ou de blanc d'œuf coagulé.

Les douleurs peuvent être localisées et rapportées par lui à son estomac qui, présentant parfois aussi des troubles digestifs, rendra l'erreur de diagnostic possible. C'est l'examen approfondi du malade, la localisation exacte de la douleur, la précision des troubles digestifs, qui permettra de faire la différence.

Dans l'hyperchlorhydrie, où il y a des troubles digestifs vagues après le repas, des douleurs vives survenant 3 à 4 heures après l'ingestion d'aliments, de la constipation, on n'aura pas de mucosités dans les selles et l'examen du suc gastrique montre la surabondance d'acide chlorhydrique.

L'ulcère rond de l'estomac a une douleur plus fixe que l'entéro-colite, le caractère de la douleur en broche, les hématomés.

La gastralgie simple a son siège à l'épigastre et l'absence des mucosités dans les selles.

Le diagnostic des affections stomacales avec l'entéro-colite est des plus importants, car nombre de malades se présentant comme dyspeptiques sont simplement atteints d'entéro-colite avec troubles de l'estomac consécutifs.

Au moment des crises le diagnostic positif doit être fait par les signes suivants :

Antécédents nets d'entéro-colite muco-membraneuse : période prémonitoire de constipation, douleurs aiguës siégeant sur le côlon, généralisées à une grande partie de son étendue, flux diarrhéique avec mucosités, ventre souple, sans hyperesthésie cutanée, sensation de l'intestin contracté (corde, tube de caoutchouc) absence habituelle de fièvre.

Le diagnostic différentiel sera fait avec l'entéralgie simple, la colique de plomb, la péritonite généralisée, la crise hémorrhoidaire.

Dans l'entéralgie simple, il y a absence des mucosités, selles normales entre les crises.

Dans la colique de plomb, les antécédents saturnins, la rétraction du ventre, la constipation tenace permettent la différenciation.

La péritonite généralisée s'accompagne d'hyperthermie ou d'hypothermie, faciès grippé, hoquet, vomissements porracés, constipation.

Dans les crises hémorrhoidaires, la poussée congestive du côté du rectum, l'émission de sang, sont les points distinctifs qui feront faire le diagnostic.

L'étranglement interne, l'obstruction intestinale se distingueront de la forme de pseudo-étranglement dans la crise d'entéralgie, par l'absence moins absolue, dans ce dernier cas, des gaz et des matières, la souplesse plus grande de l'abdomen et l'existence de la débacle diarrhéique.

Lorsqu'on a affaire à une crise d'entéralgie localisée, le diagnostic différentiel devra être fait avec 3 affections importantes : la colique hépatique, la colique néphrétique, l'appendicite.

Dans le cas de colique hépatique nette et complète, l'erreur n'est pas facile ; il n'en est pas de même dans les cas frustes. La douleur existe plus localisée au niveau de la vésicule biliaire (partie externe du muscle grand droit) s'irradiant dans le bras droit et l'épaule alors que celle de l'entéro-colite s'étend plus transversalement suivant le trajet du côlon ; enfin l'analyse des urines peut révéler la présence des sels biliaires et l'examen des selles l'absence du flux muqueux. La méprise sera d'autant plus aisée que des congestions du foie avec subictère peuvent survenir au cours de l'entéro-colite ou que les manifestations de la lithiase peuvent alterner avec les poussées d'entérite chez le même sujet.

Dans la colique néphrétique la douleur irradie le long du trajet de l'uretère, dans la région lombaire, du côté du cordon, s'accompagne de rétraction du

testicule ; de plus l'analyse des urines donne des renseignements importants.

Dans les crises douloureuses qui sont dues au rein mobile, la palpation permettra souvent de se rendre compte du déplacement de cet organe. De plus comme dans les affections précédentes, le siège de la douleur est plus fixe que dans l'entéro-colite où il peut varier dans une même crise ou dans des crises successives.

C'est la forme d'entéro-typhlo-colite qui simule le plus l'appendicite aiguë ou les crises appendiculaires. Dans ces dernières nous trouvons la douleur extrême localisée au point de Mac Burney, l'hyperesthésie cutanée, la contracture de défense des muscles abdominaux, de la submatité et parfois une tumeur perceptible dans la fosse iliaque droite. Dans l'appendicite, Poncet insiste sur ce fait que le toucher rectal combiné avec le palper abdominal peut dévoiler l'inflammation de l'appendice ou la présence d'une collection purulente de son voisinage. Au contraire dans la typhlo-colite, la douleur est plus diffuse, à maximum nettement situé au niveau du cœcum, irradiant le long du colon ascendant et transverse, il n'y a pas de défense de la paroi, ni d'hyperesthésie, le ventre reste souple et dépressible.

La dysenterie vraie, aiguë ou chronique, la dysenterie sporadique, la diarrhée de Cochinchine doivent être distinguées parfois des crises dysentériques de la colite dans lesquelles les évacuations alvines sont fréquentes, quelquefois mélangées de sang, s'accompagnent d'épreintes. Mais dans les affections que nous citons, les lambeaux membraneux trouvés dans les selles sont le plus souvent des débris de muqueuse dont l'examen histologique permet de reconnaître la nature.

L'entéro-colite muco-membraneuse survenant chez un malade saturnin peut être confondu avec la colique de plomb. C'est encore la débâcle diarrhéique finale qui permettra de trancher la difficulté.

Si l'on a affaire aux formes infectieuses de l'entéro-colite, on est amené à penser à un embarras gastrique, à une fièvre typhoïde, mais le début de l'entérite est plus brusque, la marche plus rapide, la douleur est plus diffuse, il y a absence des taches lenticulaires ; on pourra, dans certains cas, avoir recours au séro-diagnostic qui permettra de faire le diagnostic.

Dans les formes continues graves on pourra penser à un cancer viscéral ; il y a en effet amaigrissement, teinte terreuse des téguments, alternatives de diarrhée et de constipation, hémorragies intestinales ; par la palpation on pourra percevoir une masse de matières durcies agglomérées qui en imposera pour une tumeur néoplasique.

L'hésitation n'est point exceptionnelle alors, a dit le professeur Potain « mais un purgatif évacuateur déterminant l'expulsion de muco-membranes permet alors le plus souvent de tranquilliser la famille. La déchéance vitale est parfois si prononcée qu'on ne peut s'empêcher de penser à la tuberculose. »

Dans le cancer intestinal, la marche est en général plus rapide ; on devra rechercher les ganglions,

pratiquer le toucher rectal pour éclairer le diagnostic.

Dans l'entérite tuberculeuse, les matières sont toujours liquides sans scybales, l'inappétence rapide ; les manifestations sur les autres viscères devront être recherchées.

Le diagnostic de l'entéro-colite muco-membraneuse n'est donc pas aussi simple qu'on pourrait le penser tout d'abord. Si d'une part on est exposé à ne pas la reconnaître, d'autre part, par suite du peu d'intensité des symptômes on peut également ne pas en supposer l'existence et ce n'est que par un interrogatoire du malade habilement conduit que le diagnostic pourra être fait permettant d'instituer le traitement.

*Traitement.* — La thérapeutique de l'entéro-colite muco-membraneuse doit être rationnelle et variée suivant les cas qui, nous l'avons vu, sont nombreux.

Elle doit avoir pour but, d'une part, de modifier le terrain, d'autre part, de traiter la maladie.

Le traitement général a une importance capitale et c'est lui qui permet, a dit le Professeur Potain, d'obtenir une guérison définitive ; il comprend :

- 1° La lutte contre la diathèse ;
- 2° Le régime alimentaire.

Pour modifier la diathèse neuro-arthritique on s'adressera à différents moyens :

*L'hydrothérapie* sera prescrite dans l'intervalle des crises ; hydrothérapie froide dans les cas légers, douches chaudes lorsqu'il y a irritabilité nerveuse très marquée. Jamais elles ne seront données sur le ventre.

*Le massage* des masses musculaires, la gymnastique suédoise sont également utiles. On fera faire également du massage abdominal très doucement pour arriver à vaincre progressivement les spasmes intestinaux sans éveiller de crises douloureuses et pour ramener la contractilité normale de l'intestin et la régularité des selles.

S'il y a entéroptose, la ceinture de Glénard ou le port d'une ceinture de flanelle soutenant bien l'abdomen soulagera le malade.

*Le traitement hydro-minéral* est un auxiliaire puissant. Chatel-Guyon est indiqué dans les formes torpides, Plombières pour les cas à douleurs et éléments nerveux très accentués.

Pougues, Royat, Nérès, Vichy, conviennent à ceux qui ont des complications gastriques ou hépatiques.

*L'hygiène* devra être rigoureusement observée à tous les points de vue.

Les maladies devront garder le repos et la position étendue quelque temps après les repas, faire dans la journée un exercice modéré mais suffisant.

La bicyclette sera autorisée de façon modérée.

Le régime alimentaire sera instituée de façon à éviter dans la plus grande mesure possible l'irritation de l'intestin, les fermentations intestinales et les infections secondaires.

Les aliments permis sont : lait, laitages, potages au lait, bouillies, œufs sous toutes leurs formes, viandes grillées ou rôties, blanches ou rouges, cervelles, riz de



veau, poissons légers et à chair tendre, bouillis ou frits.

Les légumes même les légumes verts seront donnés en petite quantité et en purée très fine : les fruits ne seront permis que cuits.

Pas de café, de thé, de liqueurs. Le vin et les alcools seront proscrits. Ce qui convient le mieux comme boisson, c'est l'eau à peine rougie ou pure, la bière légère coupée d'eau.

Le lait ne sera donné d'une façon très exclusive qu'au moment des crises paroxystiques.

Le traitement de l'entérite elle-même comprend le traitement des différents symptômes que nous avons passé en revue et principalement de la constipation. Celle-ci étant soit atonique, soit spasmodique, les auteurs ont attribué tantôt à l'une, tantôt à l'autre, la primauté et ont préconisé l'emploi des laxatifs et des purgatifs pour amener l'évacuation intestinale.

Les purgatifs drastiques et salins sont mal supportés en général et doivent être rejetés. Les meilleurs sont : l'huile de ricin à petites doses répétées tous les 2 ou 3 jours, le podophyllin ou le cascara, parfois le soufre combiné au miel et à la magnésie, la poudre de réglisse composée, etc., etc.

A notre avis, les purgatifs chez les malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse ont le grand inconvénient d'amener une évacuation intestinale momentanée suivie presque invariablement d'une période de constipation plus accentuée de 2 ou 3 jours jusqu'à nouvelle prise du médicament. Or, son action déterminant toujours une certaine irritation et congestion intestinale, l'intestin arrive peu à peu à ne plus réagir et force est d'augmenter les doses ou de les rapprocher au grand détriment du malade. Nous attribuons donc une grande supériorité au mode de traitement suivant qui ne présente pas ces inconvénients, nous voulons parler de l'entéro-clyse, et des irrigations intestinales.

Celles-ci se font de la façon suivante : l'instrumentation comprend un bock-laveur et une canule à lavement ordinaire ou une sonde molle en caoutchouc rouge. Le bock rempli de 2 litres d'eau bouillie sera élevé de cinquante centimètres à un mètre au plus, au-dessus du plan du lit. La température sera de 40° environ, le malade placé dans le décubitus dorsal, sur un plan horizontal, le siège un peu surélevé. L'eau devra pénétrer avec une très grande lenteur surtout chez les malades impressionnables les spasmodiques, pour éviter le rejet de l'irrigation. Dans les premiers jours on n'arrivera souvent à faire pénétrer qu'un demi ou un quart de litre, mais les jours suivants l'accoutumance se fera et permettra l'introduction des deux litres. Le grand lavement ainsi pris sera gardé une dizaine de minutes puis le malade se relève et va à la garde-robe. Il est très utile de faire procéder à ces irrigations tous les jours à la même heure de façon à refaire une sorte d'entraînement à l'intestin.

On peut ajouter à l'eau bouillie simple quelques cuillerées d'huile d'olive, de glycérine, 2 à 4 grammes par litre de biborate de soude.

Fleiner a préconisé les grands lavements avec 4 à 500 grammes d'huile d'olive : mais outre la difficulté de faire accepter l'usage de ces lavements, il est indispensable d'avoir de l'huile très pure, sinon on peut voir survenir des malaises assez accentués dus à l'irritation par la mauvaise qualité de l'huile.

Dans les crises on pourra calmer la douleur par les applications sur le ventre de compresses humides chaudes recouvertes de taffetas imperméable. Il ne faudra avoir recours à l'opium et à ses dérivés qui aggravent la constipation, qu'au cas de crises trop violentes. La belladone, la jusquiame au contraire sont calmantes et légèrement laxatives.

Potain préconisait l'application de petits vésicatoires tout le long de la paroi abdominale, le long du trajet du colon ; de même les révulsifs cutanés (coton iodé, sinapismes) peuvent être employés.

Pour les complications gastriques (pyrosis, crampes, flatulence) le traitement habituel est indiqué : s'il survient des phénomènes d'auto-intoxication on aura recours aux antiseptiques intestinaux (benzo-naphtol, bétol, acide salicylique) administrés par la bouche et aux lavages de l'intestin ; aux douches ascendantes citées plus haut.

Enfin dans les formes chroniques graves on a employé les lavements iodés (Dujardin-Beaumetz), ou les lavements au nitrate d'argent à vingt centigrammes pour un litre (Charrin). Revilliod de Genève emploie les lavements avec la formule suivante :

Mucilage de pépins de coing	500 gr.
Sous-nitrate de bismuth....	} à 10 gr.
Salicylate de bismuth.....	

Ces lavements renouvelés plusieurs jours de suite.

En résumé le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse est surtout le traitement de la constipation ; or la plupart des malades se soumettent mal à l'obligation du traitement qu'on leur a dicté et qu'ils ont accepté avec empressement au moment d'une crise, de même qu'ils suivent très irrégulièrement le régime alimentaire et hygiénique ; aussi l'entéro-colite muco-membraneuse est bien une affection dans laquelle, ainsi que je le disais au début, le praticien doit employer toute son influence morale pour obtenir l'application d'un traitement continu et rationnel.

## LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1) EST UN DEVOIR SOCIAL

Par le D<sup>r</sup> M. LABBÉ

Chef de Clinique à la Faculté de Paris.

« Nous départant pour une fois de la règle imposée dans ce journal de ne pas faire d'emprunts aux journaux parisiens, nous tenons à publier en bonne place la vigoureuse argumentation que consacra dans la *Presse Médicale* à la prophylaxie de la tuberculose, un de nos jeunes confrères les plus distingués de la

(1) Extrait de la *Presse médicale* du 3 août 1901.

Faculté de Paris, qui est en même temps pour nous un excellent et sûr ami.

« Au milieu du déluge incohérent de propositions fallacieuses ou bonimentieuses, écloses comme des champignons, il est intéressant d'entendre un esprit informé et nourri de philosophie dire nettement ce qui est vain et ce qui par contre est nécessaire. Oui, notre ami a raison et les grandes lignes du programme qu'il trace répondent à la réalité. Nos lecteurs seront sûrement de son avis et du nôtre ».

On se préoccupe beaucoup en ce moment, et avec juste raison, de la tuberculose qui, d'après les statistiques officielles, fait chaque année dans notre pays 150.000 victimes.

A l'exemple de l'Allemagne, où l'organisation des *sanatoria ouvriers* paraît avoir donné d'excellents résultats sociaux et thérapeutiques, les philanthropes et les médecins français cherchent à l'envi les moyens d'améliorer la situation des tuberculeux pauvres et riches.

Si, dans les hôpitaux de Paris, à part quelques exceptions, on n'a pas pris jusqu'ici toutes les mesures qu'exige l'imminence du péril ; si, comme le professeur Debove le constatait récemment dans une clinique faite à l'hôpital Beaujon, l'encombrement, le désordre et le manque de propreté, causes de contagion, règnent encore dans les salles de malades et sont autant d'obstacles à la prophylaxie de la tuberculose, on manifeste du moins l'intention, soit d'approprier des locaux bien séparés, soit même de créer des hôpitaux spéciaux pour l'isolement et la cure des tuberculeux.

Le moment est donc bien choisi pour examiner ce qui doit être fait et aussi ce qui ne doit pas l'être, afin que les sacrifices pécuniaires consentis se proportionnent aussi exactement que possible au bénéfice social qu'on retirera de ces créations.

Le premier essai fait à Angicourt n'a-t-il pas coûté des sommes excessives, et cette erreur n'est-elle pas au moins regrettable en ce qu'elle diminue d'autant les ressources qui pourraient être employées au traitement et à la prophylaxie des autres maladies infectieuses ?

Avant de s'engager dans la voie de dépenses qui seront supportées par l'ensemble des contribuables, il est bon de prévoir comment, et sous quelles réserves, ces dépenses répondront vraiment à un intérêt général, afin de ne pas s'exposer par entraînement à détourner au profit de quelques-uns, fussent-ils les plus dignes de compassion, ce qui appartient à tous et doit servir au bien-être de la société tout entière. Cela revient, dans l'espèce, à se faire d'abord, en se déttant de toute considération sentimentale, une conception juste des nécessités et des devoirs de l'hygiène sociale à l'égard des tuberculeux et des sujets atteints de maladies contagieuses.

Toute création d'hôpital a un double but : l'un, purement médical, soigner et guérir des malades ;

l'autre, social, préserver de la maladie les sujets bien portants et, en sauvegardant la santé publique, préparer l'avenir de la race.

La poursuite de ces deux résultats est certainement connexe ; mais le premier nous préoccupe d'ordinaire plus que le second, qu'on oublie trop volontiers parce qu'il semble d'un intérêt plus lointain, moins urgent. C'est pourtant ce dernier qui importe surtout, et c'est à lui qu'il faut subordonner l'autre, comme, pour se rendre maître d'un incendie, on doit d'abord en limiter le foyer et ne pas laisser le feu prendre aux maisons voisines.

Les anciens, en matière d'hygiène sociale, pensaient et agissaient autrement que nous. En se gardant des excès dans lesquels ils versaient quelquefois, les thérapeutes et les hygiénistes modernes devraient, — lorsqu'il s'agit de maladies contagieuses intéressantes tout le monde, *hodie mihi, cras tibi*, — avoir toujours leur exemple sous les yeux, se tenir, comme eux, près de la nature et suivre les leçons qu'elle donne à tous les degrés de l'être. Celle-ci, en effet, poursuit avant tout la conservation de l'espèce, fût-ce au détriment de milliers d'individus. Elle agit comme un joueur hardi qui risque de fortes mises pour emporter le gain final. Un des plus illustres philosophes grecs avait sans doute l'intuition de ce jeu de « qui perd gagne » lorsqu'il écrivait : « Nous établirons, dans notre république, une médecine se bornant aux soins de ceux qui ont reçu de la nature un corps sain et une belle âme. Quant à ceux dont le corps est mal constitué, on les laissera mourir, et on punira de mort ceux dont l'âme est naturellement méchante et incorrigible. C'est ce qu'on peut faire de plus avantageux pour ces personnes et pour l'Etat ».

Et dans un autre passage :

« Comme les fils d'Esculape qui agissaient ainsi au siège de Troie, le médecin « ne prescrira de traitement que pour ceux qui, étant d'une bonne complexion et menant une vie frugale, sont surpris de quelque maladie passagère. A l'égard des corps radicalement malsains, il n'entreprendra pas de prolonger leur vie et leurs souffrances par un régime suivi, ni de les mettre dans le cas de donner à la République des sujets qui leur ressemblent ; enfin, il ne traitera pas ceux qui, par leur mauvaise constitution, ne peuvent atteindre au terme ordinaire de la vie marqué par la nature, parce que cela n'est avantageux, ni pour eux, ni pour l'Etat (1) ».

« Esculape, dit-on, ayant dérogé à cette règle de conduite, et s'étant laissé engager par argent à guérir un homme riche attaqué d'une maladie mortelle, fut, pour cette raison, frappé de la foudre, tout fils d'Apollon qu'il était. » Mais cette légende est calomnieuse, car, « si Esculape était fils d'un dieu, il n'était point avide d'un gain sordide, ou bien, s'il en était avide, c'est qu'il n'était pas fils d'un dieu. »

C'est Platon qui parle ainsi, et on répétera peut-être que Platon n'est qu'un utopiste, un idéologue ;

(1) PLATON. — *La République*, liv. III, trad. de Grou.



mais la sélection qu'il veut faire entre les malades qui méritent d'être soignés et ceux qui doivent être abandonnés à leur mauvaise constitution, était réellement pratiquée à Lacédémone, et cela d'une façon préventive, ainsi que le prouve la coutume suivante rapportée par Plutarque :

« Un père n'était pas maître d'élever l'enfant qui venait de lui naître : il devait le porter dans un lieu appelé Leschée, où s'assemblaient les plus anciens de chaque tribu. Ceux-ci visitaient l'enfant, et, s'il était bien constitué et de complexion robuste, ils ordonnaient qu'on le nourrit, et lui assignaient pour son apanage une des neuf mille parts de terre ; s'il était chétif ou contrefait, ils l'envoyaient jeter dans un gouffre voisin du mont Taygète, et qu'on appelait les Apothètes : ils ne voyaient aucun avantage, ni pour lui-même ni pour l'État, à le laisser vivre, destiné, comme il l'était dès sa naissance, à n'avoir jamais ni santé ni vigueur (1). »

Cette citation montre à quel point, dans la société antique, l'individu était subordonné à l'État, et n'avait pour ainsi dire d'existence que par lui et pour lui. Le faible était donc supprimé sans hésitation, comme préjudiciable aux intérêts de la cité, le fort seul devait survivre et être cultivé pour servir à sa défense et à sa prospérité. La loi civile était ainsi en conformité avec la loi de sélection constatée par les naturalistes modernes, et l'application de ce que Nietzsche a appelé, de nos jours, *la morale des Maîtres*, a contribué sans aucun doute à produire et à prolonger la grandeur et la puissance du monde grec.

Mais le Christianisme est venu, il y a dix-neuf cents ans déjà, apporter une loi nouvelle, et proclamer l'égalité morale de tous les hommes devant Dieu.

Dès lors, tous, forts et faibles, eurent, en tant que créatures divines, le même droit à la vie. Il arriva même, revanche des débiles contre les puissants, que l'infortune et la maladie furent honorées et considérées comme des mérites. Pascal, malade et appréhendant de guérir, n'a-t-il pas écrit : « La maladie est l'état naturel des chrétiens, parce qu'on est là comme on devrait toujours être, dans la souffrance des maux, dans la privation de tous les biens et de tous les plaisirs des sens..., sans ambition, sans avarice, dans l'attente continuelle de la mort ».

Avec une telle conception de la vie et de la mort, la médecine passe évidemment au second plan. La fonction qu'elle doit remplir devient moins un rôle de prévision scientifique et de protection sociale, qu'un rôle d'humanité, de charité. Si quelque différence doit être faite entre les malades, c'est aux plus souffrants, aux plus gravement atteints, c'est-à-dire aux élus de la divinité, que doit aller la meilleure part de l'immense pitié répandue dans le monde avec la diffusion de l'idée chrétienne ; aussi les refuges ouverts à la maladie et à la misère étaient-ils, au moyen âge, et sont-ils restés longtemps après, des institutions religieuses, des *maisons de charité*, des *Hôtels-Dieu*.

Après bien des révolutions de mœurs et d'idées, on est revenu à la conception naturelle, antique, mais adoucie, tempérée par des siècles de christianisme. Aujourd'hui l'hospitalisation des malades n'est plus une œuvre exclusivement aumônière, c'est une institution qui s'inspire non de la grâce et de la pitié, mais de la raison, du droit, de ce qu'un philosophe contemporain appelle si heureusement la *justice réparative*. Nos hôpitaux sont maintenant — les mots le disent avec une profonde clarté — des établissements *d'assistance publique*. Les malades n'y sont pas reçus et traités *par charité*, mais par une considération de solidarité sociale qui concilie admirablement ce que le sentiment mystique a de séduisant pour les âmes sensibles et pieuses, avec ce que la conception purement scientifique semble, au premier abord, avoir de dur et d'inhumain.

Par conséquent, lorsqu'il s'agit — comme dans la question urgente de la tuberculose, — de faire des améliorations, des aménagements ou des créations nouvelles pour lutter avec avantage contre le fléau, il ne suffit pas, il serait même peu sage de se donner tout entier, avec une passion plus aveugle que généreuse, à la cure peut-être impossible des sujets trop gravement atteints et qui, tout nombreux qu'ils semblent, sont encore la minorité ; il est meilleur, il est nécessaire et strictement juste de consacrer la plus grande partie de ses efforts et des ressources pécuniaires dont on dispose, à la préservation de la majorité jusqu'ici indemne ; car la société prise dans son ensemble a le besoin, le devoir et par suite le droit de se protéger contre le mal, et d'empêcher son extension, dùt-elle pour cela sacrifier, comme à la guerre, quelques-uns de ses membres. En présence de l'ennemi, le salut de l'armée prime même les soins à donner aux blessés, et durant certaines maladies contagieuses, la prophylaxie est plus urgente et plus utile que le remède.

Cela est d'autant plus vrai que, parmi les sujets tuberculeux, on peut distinguer plusieurs catégories ;

1<sup>o</sup> Ceux qui ne sont encore que des candidats à la maladie, ceux qui par leur hérédité, par les affections antérieures qui les ont débilités, offrent un terrain favorable au développement de la tuberculose ;

2<sup>o</sup> Ceux qui sont déjà touchés par le mal, mais à un faible degré, ceux qui, selon l'expression du professeur Landouzy, « font leur stage dans la bacillose », et sont déjà des bacillaires sans être encore des phthisiques ;

3<sup>o</sup> Ceux qui sont des tuberculeux avérés, parvenus à un degré plus ou moins avancé de phthisie.

Pour les premiers, il faut les empêcher de devenir tuberculeux, en les mettant de bonne heure dans les meilleures conditions hygiéniques, et en leur indiquant les moyens d'éviter la contagion.

Aux seconds, qui sont malades, mais curables, il faut des sanatoria offrant toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique modernes. Ces établissements auront le triple avantage de permettre le traitement et la guérison des tuberculoses initiales, dépistées aussi précocement que possible par un dia-

(1) *Vie des hommes illustres* de Plutarque, trad. Pierron, T. I, p. 110.

gnostic affiné, d'éviter par l'isolement que ces malades ne contagionnent les sujets sains, et d'enseigner aux individus la discipline hygiénique et diététique qu'ils devront continuer à observer lorsqu'ils seront rentrés après guérison dans la vie ordinaire.

Ainsi envisagés, les sanatoria sont des hôpitaux de cure, des maisons d'isolement et, comme le dit le Professeur Landouzy, des écoles de santé.

La construction et l'organisation de ces sanatoria populaires pouvant rendre de tels services à la grande majorité des malades s'imposent donc, comme un devoir de solidarité sociale, et nous revenons ainsi, avec plus d'humanité, à l'idée que les anciens se faisaient du rôle de la médecine, s'attachant avant tout à soigner les curables pour le plus grand bien de la cité.

Pour les phthisiques avérés, qu'il serait inhumain et dangereux d'abandonner ou de mêler aux autres malades comme cela se fait actuellement, il est nécessaire de créer des asiles, des hospices d'isolement et de soulagement, installés d'une façon confortable et saine, mais simple, sans luxe et sans étalage thérapeutique inutile, ce qui permettrait d'en avoir davantage et d'étendre leurs bienfaits à un plus grand nombre de malades.

Au point de vue social, le grand bénéfice de ces établissements sera de maintenir les malades loin des sujets sains, pour les empêcher de disséminer leur mal.

Il convient d'ailleurs de ne pas laisser ignorer à ceux qui sont atteints de tuberculose qu'ils sont un danger pour leurs semblables et que, s'ils ne se soumettent point aux règles d'hygiène capables d'empêcher la contagion, ils commettent un véritable délit que la loi écrite pourra prévenir et réprimer. Pourquoi, en effet, la société, qui se protège contre les empoisonneurs, les aliénés, etc., n'aurait-elle pas le droit de se garder des malades contagieux? Comme l'empoisonnement, la contagion propagée sciemment devient une faute dont la société peut demander compte à ceux qui s'en rendent coupables, si toutefois elle leur a préalablement fourni par l'enseignement hygiénique et par les hôpitaux d'isolement, les moyens de ne pas la commettre.

Voilà pourquoi, selon nous, il importe d'avoir des établissements distincts, où les phthisiques puissent trouver les soins et le repos nécessaires à l'amélioration de leur propre santé, mais où il soient mis surtout par l'isolement, l'asepsie, hors d'état de nuire à la santé publique,

Le remède spécifique de la tuberculose est encore à trouver. Ce fléau est comme l'hydre aux têtes renaissantes qui ne pouvait être vaincue que par celui qui abattrait toutes les têtes à la fois. En attendant le héros qui accomplira ce prodige, il faut enfermer le monstre chez lui et l'attaquer vigoureusement sur son terrain pour l'empêcher de se répandre au dehors.

## TROIS CAS D'ACCOUCHEMENT ACCÉLÉRÉ PAR LA DILATATION ARTIFICIELLE DU COL

Par M. LOP

Chargé du cours d'accouchements à l'École de médecine de Marseille.

### OBSERVATION I.

*Hémorrhagie grave par placenta prævia central.*

— Le 19 novembre dernier, à 4 h. 1/2 du soir, l'on vint me prier de passer chez une cliente du professeur Roux, momentanément absent de Marseille.

Retenu très tard dans la banlieue, je n'arrivai qu'à 9 h. 1/2 du soir chez moi où je trouvai deux personnes qui m'attendaient pour me conduire en hâte auprès d'une femme qui perdait du sang depuis trois heures du matin.

Je trouvai cette femme dans un état lamentable; il s'agissait d'une septipare presque à terme, âgée de 38 ans, très pâle, à peu près exsangue, sans pouls et les extrémités froides. Etendue, sans mouvements, sur un lit inondé de sang, d'énormes caillots noirâtres pendaient à la vulve et le long des cuisses.

Interrogé, l'entourage m'apprend que cette femme perd du sang depuis 20 jours et d'une façon continue, mais que depuis minuit l'hémorrhagie a pris de telles proportions qu'à 4 heures du soir, en l'absence de mon confrère, on s'est décidé à venir me chercher.

Avant toute intervention, je m'empresse de ranimer la malade en lui injectant 400 grammes de sérum caféiné à 1 0/0 que j'avais eu la précaution d'emporter; pendant cette injection j'envoie chercher de l'éther et des antiseptiques. Ranimée, la malade est mise en position de Trendelenburg, à l'aide de deux coussins de crin placés sous le siège; je débarrasse aussitôt la vulve et le vagin des caillots qui y sont contenus, et je pratique le toucher qui confirme le diagnostic, fait déjà par le récit de l'entourage. Il s'agit d'un *placenta prævia, variété centrale, reposant centre pour centre sur l'orifice utérin*.

Le col est dilaté comme une pièce de deux francs.

Le sommet engagé est très mobile. L'enfant est encore vivant, mais les bruits du cœur sont faibles et précipités.

Après les réserves d'usage faites à la famille en présence d'un pareil état, j'estime qu'il y a lieu de délivrer au plus tôt cette femme bien que me trouvant sans aides intelligents et éloigné de tout confrère.

Le tamponnement que j'aurais pu pratiquer me paraît ne devoir donner qu'une sécurité trompeuse en pareil cas; d'ailleurs je ne vois personne dans l'entourage à qui je puisse confier la surveillance de la malade.

L'insertion vicieuse étant centrale, je déchire avec l'index introduit par des mouvements de vrille, le placenta qui, ainsi perforé, laisse écouler le liquide amniotique; puis le col étant très dilatable je pratique en quelques minutes une dilatation digitale



suffisante (procédé de Bonnaire) pour laisser passer la main; l'orifice utérin ainsi dilaté, une partie du placenta passe dans le vagin.

Avec assez de facilité, je refoule la tête au D. S et, saisissant le pied antérieur, je pratique la version et j'ai la satisfaction d'amener au dehors un enfant vivant, très pâle. C'est un garçon, très chétif, paraissant à peine à terme et qui n'a vécu que 36 heures.

Après avoir confié l'enfant à l'entourage, je termine la délivrance en achevant de décoller le placenta encore adhérent sur le segment inférieur à gauche.

Injection intra-utérine très chaude de permanganate de potasse, et gaze iodoformée utéro-vaginale.

Cette intervention, qui a duré 20 minutes au plus, a été très vaillamment supportée par la patiente; néanmoins, le poulx demeurant toujours misérable, je fais une nouvelle injection de 400 grammes de sérum caféiné et de 10 grammes d'éther.

A minuit, je quitte la malade affaiblie, mais hors de danger. Le pansement utéro-vaginal a été enlevé 48 heures après.

Post-partum apyrétique; dix-sept jours après la malade reprenait, malgré notre défense, ses occupations de marchande de poissons.

Le placenta, ainsi anormalement inséré, était petit et ne pesait pas plus de 396 grammes. L'insertion du cordon était marginale. Les membranes mesuraient 29 centimètres à droite et 11 centimètres 1/2 à gauche.

Le fœtus, qui n'a survécu, je l'ai déjà dit, que 36 heures, pesait 2.105 grammes.

#### OBSERVATION II.

*Eclampsie.* — Au mois de décembre 1900, me rendant à une invitation à déjeuner à Saint Cyr (Var), je trouvai, à mon arrivée, la maîtresse de maison, M<sup>me</sup> X..., âgée de 29 ans, plongée dans le coma éclamptique depuis neuf heures du matin.

Je savais M<sup>me</sup> X... enceinte, mais n'étant pas son médecin, je ne possédais aucun détail sur sa grossesse. Le mari m'apprit que depuis quatre ou cinq jours sa femme avait de l'œdème de la face et des jambes et depuis une semaine elle se plaignait de troubles visuels bizarres.

La grossesse touchait à la fin du 7<sup>e</sup> mois. Dépourvu de tout secours pharmaceutique, je pus néanmoins secourir assez heureusement la malade, que je fis coucher en hâte; en présence de l'état comateux inquiétant, je pratiquai, à l'aide d'une plume à vaccin trouvée, par hasard, dans mon porte-monnaie, une copieuse saignée de 300 à 400 grammes, et peu après la malade reprit connaissance.

En pratiquant l'examen obstétrical, je trouvai l'enfant vivant se présentant par le sommet, encore mobile, au détroit supérieur; il existait un commencement de travail, l'orifice utérin était dilaté comme une pièce de cinq francs.

Pendant que j'attendais les médicaments nécessaires en pareil cas, la malade eut, dans l'espace de trois quarts d'heure, une dizaine de convulsions que je

pus atténuer tant soit peu par des inhalations d'éther; à la dixième crise, M<sup>me</sup> X... retomba dans le coma.

Je profitai de cet état pour précipiter l'accouchement: mettant la patiente en position obstétricale, après avoir soigneusement lavé le vagin et la vulve à l'eau chaude savonneuse et à l'eau de Cologne, j'achevai la dilatation par le procédé de Bonnaire et, grâce à cet artifice, je pénétrai dans l'utérus et, refoulant la tête encore mobile, je pratiquai en quelques minutes la version podalique qui me donna un enfant vivant, pesant 1k.800, vérification faite le lendemain. Dix minutes après, la délivrance se fit spontanément, et vingt minutes après l'évacuation de l'utérus, la malade sortait du coma dans lequel elle se trouvait depuis trente à quarante minutes; elle eut encore trois ou quatre convulsions, mais plus légères que les précédentes; ce furent les dernières.

Quand la personne envoyée à La Ciotat revint, munie des médicaments que j'avais prescrits, tout était terminé, l'enfant mis dans une couveuse improvisée et la mère replacée dans son lit, revenait peu à peu à la vie.

L'urine, obtenue par le cathétérisme, contenait de l'albumine en grande quantité.

Le puerperium a été des plus satisfaisants, et peu à peu, sous l'influence du régime lacté, l'œdème et l'albumine disparurent.

L'enfant, nourri par la mère, s'est très bien développé. Il pèse aujourd'hui 4 k. 280 (10 mars).

#### OBSERVATION III.

*Placenta prævia marginal.* — Le 6 de ce mois (mars), je suis appelé par une sage-femme auprès d'une de ses clientes chez laquelle elle craignait un décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Il s'agit d'une secondipare de 30 ans, très forte, bien portante qui, arrivée juste au terme de sa grossesse, avait été prise d'une hémorrhagie assez abondante dans la nuit du 5 au 6.

Fait intéressant à noter: malgré l'insertion presque centrale du placenta la grossesse avait évolué jusqu'à ce jour sans la moindre perte rouge.

*Examen obstétrical.* — Utérus à terme. — Au palper, assez difficile à pratiquer à cause de l'épaisseur considérable de la paroi abdominale, je trouve une présentation légèrement transversale — dos en avant et à droite. — Enfant vivant.

Au toucher, — 2 à 3 centimètres de dilatation: — j'arrive sans difficulté sur le placenta qui recouvre presque l'orifice utérin; il n'existe pas de travail proprement dit, mais on sent de temps à autre l'utérus se durcir.

*Conduite tenue.* — L'hémorrhagie de la nuit s'étant arrêtée sous l'influence du repos et des injections chaudes, je désinfecte soigneusement le vagin et j'applique un tamponnement serré à la gaze iodoformée et à l'ouate boriquée.

J'essaie ensuite de ramener la tête au D. S. par la version céphalique, mais sans succès.

## LETTRES SUR LA BOURBOULE

Août 1907.

MON CHER AMI,

Mon tamponnement appliqué à 4 heures 35 est retiré à 7 heures 1½. Le travail s'est déclaré à 5 heures 15; depuis, les douleurs sont très suivies et durent de une à trois minutes. Les tampons retirés sont absolument secs. Malgré l'intensité des douleurs et leur répétition, la dilatation est peu avancée, à peine de 4 1½ à 5 centimètres.

A 10 heures l'hémorrhagie reparait soudaine et considérable.

J'introduis aussitôt le plus grand des petits ballons de Champetier.

Sous cette influence, l'hémorrhagie s'arrête et les douleurs semblent redoubler de violence. A 10 h. 1½ je retire le ballon; presque aussitôt, nouvelle hémorrhagie. — Je romps alors la poche des eaux et j'introduis avec assez de peine le grand modèle des ballons de Champetier que je laisse en place jusqu'à l'arrivée du Dr Pujol que j'ai fait prier de venir m'assister.

A 11 heures 1¼ mon confrère arrive. Aussitôt la malade est mise en position obstétricale, le siège élevé, et après avoir reçu 250 grammes de sérum, elle est endormie avec prudence par les soins du Dr Pujol.

Je retire le ballon et procède à la dilatation artificielle du col par le procédé de Bonnaire; celle-ci rapidement achevée, j'introduis la main dans l'utérus et, refoulant la tête effleurant à peine le D. S., j'extrait par la version podalique, une belle fille (pesant 3kg,450).

Je pratique immédiatement la délivrance artificielle.

Le placenta, très gros, présentait dans l'épaisseur des membranes une infiltration de plaques blanchâtres dont je ferai connaître sous peu la constitution histologique et la nature.

Les membranes mesuraient 0,32 centimètres du côté droit et 0,12 1½ du côté gauche.

Injectons intra-utérines chaudes et une piqûre d'ergotine suivent cette intervention.

La malade est remise en place, le siège et les membres inférieurs toujours très élevés. — Nouvelle injection de 400 grammes de sérum caféiné à 1° 0/0.

La quantité de chloroforme administrée peut être évaluée à deux cuillerées à café.

Après la délivrance, malgré la surveillance attentive exercée sur l'utérus par nous, il se fait une hémorrhagie assez abondante, par inertie utérine, qui détermine une syncope inquiétante.

Pendant que je m'occupe de débarrasser l'utérus et de réveiller sa contractilité, le Dr Pujol injecte à nouveau du sérum caféiné (800 grammes) et 4 à 5 minutes après, la malade revenait à elle, (il est minuit 1½).

Cette chaude alerte est la dernière. A 4 heures du matin je me retire laissant la sage-femme, — et après avoir à nouveau injecté 300 à 400 grammes de sérum.

Les suites de couches jusqu'à ce jour ont été des plus satisfaisantes. L'enfant mise en nourrice se développe très bien.

Sachant que j'allais passer une partie de mes vacances à la Bourboule, vous m'aviez demandé un article sur cette station pour les lecteurs de la Gazette.

Je m'étais d'abord complètement récusé, me retenant derrière ma parfaite incompétence en matière d'eaux minérales et mon scepticisme thérapeutique s'alliant fort mal avec les vertus plus ou moins surnaturelles attribuées aux sources thermales.

Je suis, comme vous le savez, très terre à terre, la métaphysique médicale me laisse un peu froid et l'immatérialité médicamenteuse de l'homœopathie ou des eaux minérales n'a encore accaparé aucune case de mon cerveau.

Je ne crois pas à la *vie* de l'eau thermale; et mon intellect se refuse à comprendre ce que c'est qu'une eau *vivante* et une eau *morte*, et à trouver une énorme différence entre l'eau prise à la source et l'eau transportée.

Je vous avais exposé tout cela; je vous avais fourni beaucoup d'autres arguments encore, et je vous avais engagé à vous adresser à un médecin très au courant de toutes les pratiques, de tous les moyens employés là-bas pour soulager ou guérir l'humanité souffrante.

Mais vous avez su vaincre tous mes scrupules en retournant tous mes arguments contre moi, en me disant que ce n'était point l'opinion des médecins de la station que vous désiriez, opinion faite non pas seulement d'observations personnelles mais de l'opinion de leurs prédécesseurs, de l'opinion du public se soignant dès les temps les plus reculés, sans conseil médical, opinion faite de routine enfin.

Ce que vous vouliez, c'était mon opinion à moi, à moi armé du doute scientifique, qui saurais mieux démêler le vrai du faux. Vous saviez bien que je ne pourrais éclairer que faiblement vos lecteurs; mais vous préfériez un peu de vrai à beaucoup de faux.

Je me suis donc déclaré vaincu et vous ai fait de belles promesses.

Ces promesses, je voudrais tâcher de les tenir aujourd'hui; tout en vous rappelant que vous m'avez autorisé à laisser vagabonder ma plume de droite et de gauche, et qu'il pourrait bien se faire que dans quelques-unes de mes lettres, je vous parle de toute autre chose que des eaux minérales.

J'arrive donc de la Bourboule, et je suis à peine délassé des onze heures de chemin de fer que j'ai dû subir pour revenir ici. C'est que c'est loin la Bourboule; c'est loin de Paris; c'est loin de toutes les grandes villes et on ne rencontre pas sur son chemin de lieu attrayant où l'on puisse se reposer et rompre la monotonie du voyage.

C'est si amusant de s'arrêter en route, de rencontrer de l'imprévu, d'amasser tout le long du chemin



de bons souvenirs. Car nous ne sommes pas seulement médecins ; et les médecins pas plus que les autres hommes *ne vivent pas seulement de pain*. Et puis, au point de vue médical, il y a partout à glaner ; et en réunissant les glanes faites en voyage on a facilement des gerbés dont on peut faire profiter la science, si on ne garde pas, comme quelques égoïstes, le profit pour soi seul.

Donc, je n'ai pas eu beaucoup l'occasion de glaner pendant ce retour ; j'étais seul, isolé, j'avais le cœur gros d'avoir laissé là bas de bons amis, prolongeant leur saison de quelques jours. Ma pensée était pour les absents, et je m'apercevais à peine de la chaleur étouffante que me faisaient supporter mes compagnons de wagon qui, redoutant les courants d'air, fermaient tous les vasistas.

Quand donc enseignera-t-on l'hygiène au bon public ... et aux médecins ?

Je ne remarquais point la tête de mes voisins, bien que j'aie coudoyé nombre d'entre eux les jours précédents à l'Etablissement ou au Casino. Je ne remarquai qu'une dame portant sous le bras un affreux petit chien bourru, qu'elle faisait boire religieusement deux fois par jour dans son verre, à la buvette. Je ne me suis point enquis de quelle maladie souffrait la petite bête, ni de l'effet du traitement. Je ne vous dirai pas davantage — l'ignorant complètement — si le petit chien fréquentait les autres services de l'Etablissement ; s'il prenait des douches chaudes ou froides, des bains de pieds ; des douches locales ascendantes ou non ; s'il se pulvérisait la gorge au tamis ou à la palette ; s'il faisait du humage, de l'inhalation ou bien de l'irrigation nasale ; s'il prenait des bains en baignoire ou en piscine ; s'il se faisait masser sous l'eau. Car on fait tout cela à la Bourboule, et vous comprenez qu'avec des modes de traitement aussi variés, il faudrait qu'un chien fût bien malade pour ne pas sortir de là complètement régénéré.

Cette idée du petit chien me poursuivait longtemps ; c'était une vraie obsession. Il me semblait voir la dame drapée dans son peignoir, assise autour de la salle d'inhalation, respirant à pleins poumons les vapeurs chaudes, l'eau pulvérisée en suspension dans la salle, avec les pieds dans un baquet d'eau chaude et sortant de cette atmosphère asphyxiante, toute rouge, toute congestionnée, souffrant de la tête, ayant du vertige, et se faisant transporter dans une chaise à porteurs jusqu'à la douche chaude...

Et à côté d'elle son fidèle toutou, drapé également dans son peignoir, également asphyxiant, ayant également ses petites pattes dans l'eau chaude, puis enfin transporté lui aussi en chaise à porteurs jusqu'à la douche... et là, la dame, oubliant toute pudeur, exhibant ses charmes dans toute leur vérité belle ou laide, et offrant au jet d'eau son être tout entier et à côté d'elle la malheureuse petite bête, ne pouvant se dévêtir comme sa maîtresse, recevant l'eau brûlante sur sa fourrure mal peignée.

Et puis je voyais la fille de service avec une serviette chaude épongeant la dame jusque dans les recoins les plus secrets, épongeant le chien avec

d'autant plus de soin et de peine, que son système pileux était plus développé que celui de sa maîtresse....

Cet horrible cauchemar me poursuivait toujours et la nuit suivante je revis encore en rêve le maudit toutou, faisant le beau, au milieu de la salle d'inhalation, les pattes de derrière dans un baquet plein d'eau, drapé d'un blanc peignoir et, tout congestionné, tirant une langue démesurée.

Et à mon réveil je me mis à faire, sur la bêtise humaine, de nombreuses réflexions dont je vous ferai part dans ma prochaine lettre.

Dr A.

---

## Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

---

## CORRESPONDANCE

Tours, le 18 août 1901.

MONSIEUR ET HONORÉ CONFRÈRE,

Je viens de voir le beau monument élevé à la gloire de nos aînés et maîtres Bretonneau, Velpeau, Trouseau. J'ai été peiné qu'il ne soit pas plus protégé qu'il ne l'est contre les injures des gens et contre les meurtrissures que lui font subir les enfants qui courent autour sur les pierres du piédestal, qui s'accrochent aux sculptures et qui tout inconscients qu'ils sont, crayonnent, barbouillent de blanc les médaillons bas placés ; c'est attristant.

N'y aurait-il pas moyen d'isoler ce monument à l'aide d'une grille ? Mieux vaudrait maintenant que plus tard quand des dégradations difficilement réparables auront été faites.

Veuillez, Monsieur et honoré confrère, agréer mes salutations empressées.

Dr B., de passage.

---

## NOUVELLES

### Inauguration des bustes de Chassaignac et Maisonneuve.

L'Inauguration Solennelle des Bustes de Chassaignac et de Maisonneuve aura lieu le jeudi 26 septembre prochain, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. le Professeur Guyon, de l'Institut, dans les squares de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Nous serions heureux de vous voir honorer de votre présence cette solennité.

Le soir, un Banquet par souscription aura lieu dans les Salons Turcaud, 6, rue Voltaire.

Le Comité d'initiative des Monuments

CHASSAIGNAC et MAISONNEUVE

Dr ROUXEAU

Professeur à l'Ecole de Médecine  
Secrétaire

SARRADIN

Maire de Nantes  
Président

## BANQUET PAR SOUSCRIPTION

du jeudi 26 Septembre, 7 h. 1/2 du soir

Je soussigné,  
désirant prendre part au BANQUET en l'honneur de  
CHASSAIGNAC et MAISONNEUVE, adresse sous ce  
pli à M. le Trésorier du Comité d'Initiative et de  
Souscription un Bon de Poste ou Mandat-Poste de  
Vingt francs.

Les adhésions, avec le montant des cotisations, devront être  
adressées à M. le Dr BELLOUARD, Trésorier, 10, rue Boileau,  
à Nantes, AVANT LE 22 SEPTEMBRE, DERNIER DÉLAI.

## ANALYSES

Matière médicale zoologique, Histoire des drogues  
d'origine animale, par H. BEAUREGARD, professeur  
à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, ancien  
assistant de la Chaire d'Anatomie comparée au  
Muséum d'Histoire naturelle, Membre de la Société  
de Biologie; révisé par M. GOUTTIÈRE, professeur  
agrégué de l'Ecole supérieure de Pharmacie; avec  
préface de M. d'ARSONVAL, professeur au Collège  
de France, membre de l'Institut. — 1 volume in-8  
carré de 424 pages, avec 4 planches en couleurs  
hors texte et 144 figures en noir. Prix, broché:  
12 fr. — Ancienne librairie Carré et Naud, C. NAUD,  
éditeur, 3, rue Racine, Paris-VI<sup>e</sup>.

Le livre de Beauregard, que nous présentons  
aujourd'hui au public, est le plus complet que l'on  
ait écrit sur la matière médicale zoologique. Les  
recherches qui ont rempli la vie de Beauregard ont  
porté en grande partie sur ce sujet, elles ont con-  
tribué beaucoup à en éclaircir les points contestés,  
et l'on trouvera dans ce livre la substance de tout ce  
que ses principaux travaux renferment d'essentiel.  
Nous signalerons particulièrement les chapitres ayant  
trait aux glandes odorantes des Mammifères, aux  
Cétacés et aux substances qu'ils fournissent, aux  
insectes vésicants, auxquels il a été donné un déve-  
loppement que l'on ne trouvera nulle part ailleurs,  
comme partie zoologique, pharmacognosique et  
commerciale.

Les figures accompagnant le texte de ces chapitres  
sont de même entièrement originales, et pour la  
plupart inédites.

Ce livre trouvera certainement auprès des étudiants  
et des naturalistes l'accueil qu'il mérite, par sa par-  
faite documentation, la conscience et la clarté avec  
lesquelles il est écrit.

## TABLE DES MATIÈRES

MAMMIFÈRES. — Caractères anatomiques. — Généralités. —  
Squelette. Peau et ses annexes. Appareil digestif. Organothérapie;  
opothérapie. Appareil circulatoire. Sérums thérapeutiques. Appareil  
respiratoire. Système nerveux. Appareil génito-urinaire. — **Classifica-  
tion des Mammifères.** — Carnivores. Viverridés. Genre *Viverra*.  
Civettes d'Afrique. Zibeth. Zibeth du Bengale ou Tantalunga. Rasse.  
Genette commune. *Viverreum*. — **Rongeurs.** CASTORIDÉS. Castor. *Casto-  
reum*. Ondatra. **Taréopodes.** HYRACOÏDES. Daman. *Hyraceum*. —  
**Périsodactyles.** — **Artiodactyles Ruminants.** MOSCHIDÉS. Chevrotain-  
porte-musc. *Musc. Muscs artificiels.* CERVIDÉS. Elan. Cerf commun.  
Corne de cerf. Kératine. CAPRIDÉS. Bouquetin. Oéagre. Bézards. *Ega-  
grophiles*. Mouton domestique. Pepsine. Lanoline. BOVIDÉS. Bœuf domes-  
tique. Bile ou fiel de bœuf. Pancréas; pancréatine. Peptone médicamenteuse.  
Gélatine. — **Pachydermes.** SUIDÉS. Cochon domestique. Azonge  
**Eésacés.** MYSTICÈTES. Baléines. Balénoptères. Mégaptères. CÉTO-  
DONTES. Cachalot. Blanc de baleine ou *Spermaceti*. Ambre gris.  
SAUROPSIDES. — Généralités. — **Reptiles.** LACERTILIENS. *Scin-  
coïdes*. Scinque officinal. OPHIDIENS. *Solénoglyphes*. Vipère.  
ICHTHYOPSIDES. — **Poissons.** Caractères généraux. RAJIDES. Raie.  
Huile de foie de raie. SQUALIDES. GADIDES. Morue. Huile de foie de  
morue. GANOÏDES. Esturgeon. Vessie natatoire. Ichthyocolle.  
ARTHROPODES. — **Crustacés.** Caractères généraux. ISOPODES. Clo-  
porte. DÉCAPODES. Ecrevisses. *Gastrolithes*. Yeux d'écrevisse. — **Insectes.**  
Caractères généraux. COLÉOPTÈRES. *Cerculionides*. Larin, du tréhal.  
Vésicants. Classification des Vésicants. Moloe. Cantharide. Epicauta.  
Zonitis. Sitaris. Mylabres. Cerocome. Nemognathe. *Cantharidine*. Des  
espèces vésicantes. Leur richesse en principe actif. Espèces utilisées  
en médecine. — **HYMÉNOPTÈRES.** *Hyménoptères térébrants*. Gallicoles du  
cynipides. Galles. *Hyménoptères porte-aiguillon*. Apides. Abeille domes-  
tique. *Produits des abeilles*. HÉMIPTÈRES. *Coccides*. *Ericerus ceriferus*.  
Tachardia lacca. Gomme-laque. *Gascardia madagascariensis*. *Laque de  
Madagascar*. Kermès vermillon. *Gossyparia mannifera*. *Coccus cacti*  
(cochenille mexicaine). *Llaveia axinus* ou Axin. *Aphides*. Galles, coques  
ou fausses galles.  
VERS. — **Annélides.** HIRUDINÉS. Sangsue médicinale.  
SPONGIAIRES ou EPONGES. — Pêche des éponges. Formes com-  
merciales. Préparation des éponges.

Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmo-  
naire, par MM. les Drs JOURDIN et FISCHER, méde-  
cins aides-majors. — Maloine, éditeur.

La tuberculose est devenue « le delenda est Car-  
thago » de toute notre corporation médicale, et tous  
s'ingénient à en prévenir la propagation et les  
ravages.

Dans cette croisade nos confrères de l'armée ont  
fait beaucoup et font mieux tous les jours, et ils se  
sont attachés à dépister le tuberculeux dans la  
recrue qu'on leur amène. Ce petit livre s'attache à  
donner tous les moyens de contrôle et de recherche  
qui permettent un diagnostic pour ainsi dire avant  
la lettre. Il est à lire et à retenir.

Pneumonie et grossesse par M. le Dr LOP, Prof.  
chargé de cours d'accouchement à l'Ecole de Méde-  
cine de Marseille. — *Gazette des Hôpitaux*, 11 juin  
1901.

L'auteur publie 3 observations dans lesquelles la  
gravité extrême de l'infection pneumococcique n'a  
nullement influencé la grossesse.

Et pourtant, dit-il, une des principales causes qui,  
au dire des auteurs, peuvent déterminer l'avorté-  
ment ou l'accouchement prématuré, les troubles  
respiratoires et l'hyperthermie ont atteint leur maxi-  
mum. Deux des malades sont restées 3 et 4 jours  
suffocantes, assises dans un fauteuil; la température



est restée au dessus de 40°, de 7 à 15 jours dans les 3 observations.

### Etudes médicales sur les Eaux-Bonnes

L'hygiène; maladies des voies respiratoires, tuberculose, lymphatisme et adénoïdisme, par M. le Dr Léon LERICHE, médecin consultant aux Eaux-Bonnes; directeur du sanatorium de Meung-sur-Loire.

Nous citons la préface de l'auteur.

Encore un livre sur les Eaux-Bonnes! Le besoin s'en faisait-il vraiment sentir? Tout a été dit sur les Eaux-Bonnes. Après les Borden, Noël Gueneau de Mussy, Darralde, Pidoux, Cazenave de la Roche pour ne parler que des anciens et des morts, après tout ce qui a été dit par les médecins y exerçant encore actuellement: les Drs Cazaux, Devals, Leudet, Meunier, la littérature médicale des Eaux-Bonnes semble n'avoir plus rien laissé à glaner. C'est vrai. Aussi, ceci n'est pas un livre, c'est plutôt un recueil d'observations: observations personnelles de ce que mes devanciers m'ont appris, de ce que j'ai vu en m'inspirant de leurs conseils et de leur expérience.

En même temps, j'ai suivi attentivement le développement des moyens hygiéniques mis au point par l'administration, et les efforts incessants faits par tous pour mettre la station à la hauteur de la mission qui lui incombe; et je la montre telle qu'elle est en 1901 avec ses qualités et aussi ses défauts, ses points faibles.

Ce livre (est-ce bien un livre?) n'a pas été écrit d'un seul jet; c'est une succession de faits, d'idées, de remarques *ruminés* pendant plusieurs années et couchés sur le papier au fur et à mesure qu'ils m'obsédaient. Il est le résultat d'une conviction ardente que les Eaux-Bonnes sont un chapitre de thérapeutique mal connu, et que c'est un service à rendre aux médecins et à tous que de leur crier ce qu'on sait être la vérité. C'est une faute de lèse-humanité que de ne pas employer plus souvent un remède naturel aussi efficace, un procédé de guérison si puissant que les eaux de la Source Vieille.

A une époque où tout le monde déplore la dépopulation de notre pays, il est nécessaire d'employer tous les moyens possibles pour conserver des existences menacées et qui sont d'autant plus précieuses.

Aussi en réunissant en volume le résultat de mes observations et de mes expériences des Eaux-Bonnes, je n'ai aucune prétention à avoir découvert quelque chose de nouveau sous le soleil des Pyrénées, j'ai voulu simplement rappeler au corps médical et au public que les Eaux-Bonnes sont une arme puissante contre les maladies des voies respiratoires qui déciment une partie de la population, et qu'il ne faut pas laisser cette arme dans l'oubli.

Ces lignes sont écrites avec autant de sincérité que de simplicité, j'ai honni toutes les expressions trop techniques, pour être compris de tout le monde.

Enfin, comme tout ce que je dis est le fruit de mes observations personnelles, je suis très sobre de citations d'auteurs, bien que je le répète, c'est dans la littérature de mes devanciers que j'ai appris à comprendre les Eaux-Bonnes, à les aimer et à savoir m'en servir. Et je profite de l'occasion pour remercier tous mes confrères aînés dans la station de ce qu'ils m'ont enseigné, soit par leurs écrits, soit par leurs communications scientifiques, soit enfin dans le commerce de nos excellentes relations.

Trop heureux si je puis faire passer ma conviction dans l'esprit de quelques-uns de ceux qui ont besoin des Eaux-Bonnes et qui sont légion.

Sanatorium de Meung, le 15 mars 1901.

**Notes sur l'Asepsie opératoire dans la pratique de la chirurgie courante en dehors des hôpitaux et des maisons de santé et plus particulièrement à la campagne,** par Dr CHARIER (d'Angers). — Maloine, éditeur.

Le titre de cet excellent petit volume dit assez le but pratique qu'il se propose: Permettre aux praticiens d'assurer à la campagne l'asepsie à leurs blessés sans installation coûteuse en usant des ressources usuelles.

Certes le problème n'est pas facile: il exige volonté et ingéniosité; le Dr Charier s'efforce de résoudre au plus simple toutes les difficultés. C'est un grand service qu'il rend à ses confrères et à leurs clients.

**Voyages d'études médicales aux eaux minérales, stations climatiques et sanatoriums de France.** — Le VOYAGE D'ETUDES MEDICALES de 1901 aura lieu du 1<sup>er</sup> au 12 septembre inclus. Il comprendra les STATIONS DU DAUPHINÉ ET DE LA SAVOIE, visitées dans l'ordre suivant: *Uriage, La Motte, Allevard, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Challes, Aix, Le Revard, Martignaz, Hauteville (Sanatorium), Divonne, Saint-Gervais, Chamonix, Thonon, Evian.*

Le V. E. M. de 1901 — comme celui de 1899 aux Stations du Centre de l'Auvergne, et de celui de 1900 aux Stations du Sud Ouest — est placé sous la direction scientifique du Docteur Landouzy, Professeur de Thérapeutique à la faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des Conférences sur la Médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

*Réduction de moitié prix* sur tous les Chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, à la première station, **Uriage**.

*Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.*

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au départ de la dernière station, **Evian**, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

**D'URIAGE A ÉVIAN**, prix à forfait : 300 francs, pour tous les frais : chemins de fer, voiture, bateau, hôtel, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Docteur CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (VIII<sup>e</sup> arrondissement).

**Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris**, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

MM. Saulieu et Dubois, qui ont publié les *Conférences de l'Externat* continuent la série commencée, en publiant les *Conférences de l'Internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Ici, il est exigé de la part du candidat une méthode plus savante, une abondance plus grande de détails, une pénétration plus approfondie du sujet ; il faut classer les notions acquises et les adapter à un cadre déterminé.

Ces conférences sont des schémas de questions, des plans très développés, des questions quelquefois complètement traitées : les divisions ont été multipliées à dessein, pour permettre une récapitulation rapide et une facile vue d'ensemble.

Chaque conférence comporte quelques conseils destinés à mettre en valeur des points particulièrement importants.

Un index bibliographique indique les travaux auxquels l'étudiant devra se reporter s'il désire développer telle ou telle partie du sujet.

C'est à dessein que les auteurs ont renoncé à la pensée de séparer les questions d'Anatomie et de Pathologie ; ils ont cru préférable de réunir en un même fascicule tout ce qui concerne l'un ou l'autre point de vue.

Voici le sommaire des trente fascicules des *Conférences pour l'Internat* : I, Larynx et Trachée. — II, Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. — X, Moelle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voile du palais, Amygdales. — XIII, Œsophage et estomac. — XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII, Abdomen. — XIX et XX, Reins, Urétères, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII, XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

## 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.

## OFFRE DE CLIENTÈLE

A céder pour raison de santé dans chef-lieu de canton de l'Oues, 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).

**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, idoo-tannique 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 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.