

LE CONGRÈS DE ROME

IV^{me} Congrès International de Gynécologie
et d'Obstétrique

Par le Dr L. LAPEYRE

Je me suis rendu à ce Congrès qui se tenait à Rome du 21 au 27 septembre et présentait pour moi en raison même de son étroite limitation à la gynécologie un intérêt tout spécial, et je suis heureux de pouvoir dire aux lecteurs de ce journal ce que j'y ai vu, l'impression que j'ai rapportée de cette rencontre internationale.

Tout d'abord, il faut le dire bien haut, le répéter avec la Presse Médicale, ce Congrès a été un succès pour la représentation française.

Pour la première fois, nous disait le professeur Pinard, l'un des deux délégués officiels du gouvernement, les Français sont venus en nombre, se sont groupés, ont su prendre la place qui leur revenait. Et c'est là peut-être un résultat heureux de ce Congrès de Moscou où par contre l'élément français s'était laissé si entièrement noyer au milieu des « hordes » allemandes.

Trente et quelques Français renforcés de l'appui de six gynécologues canadiens formèrent au Congrès de Rome la représentation nationale la plus nombreuse et peut-être la plus écoutée.

C'est peu, penserez-vous encore, et il est regrettable que sur les 80 ou 100 chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de Paris, 5 ou 6 seulement aient pu se rendre à cette réunion internationale.

Mais du moins ceux qui sont venus se sont dévoués de toutes leurs forces à dignement représenter notre pays.

Les professeurs Pozzi, Pinard, délégués du gouvernement français, les docteurs Faure, Doleris, Jayle, Pichevin, etc., se sont multipliés dans les discussions pour y faire entendre l'autorité de leurs paroles doublée du charme d'une véritable éloquence.

Enfin, MM. Pozzi et Pinard profondément convaincus de l'importance qu'il y avait à grouper l'élément français y ont réussi et ont très gracieusement invité à un banquet, à l'hôtel du Quirinal, tous les Français et Françaises présents à Rome et avec eux et parmi eux pourrai-je dire nos compatriotes du Canada.

Il est juste de rappeler, dans le toast du professeur Pozzi, l'hommage par lui rendu au Dr Jayle, secrétaire de la Presse Médicale, secrétaire du Congrès pour la France.

Le Dr Jayle avait eu l'heureuse idée de provoquer à l'occasion de ce Congrès un voyage aux Universités italiennes, organisé par la Presse Médicale et certes c'est grâce à son initiative que le groupe français a pu se trouver aussi nombreux.

Le groupe du voyage aux Universités formait un solide noyau de congressistes et grossi des professeurs parisiens et de quelques isolés comme le professeur Boursier de Bordeaux, le Dr Paul Delbet ou moi, il a pu faire fort bonne figure à Rome.

Honneur donc au Dr Jayle et à la Presse Médicale ! Les confrères qui s'étaient joints à ce voyage n'ont

du reste pas eu à le regretter et l'amabilité des professeurs italiens aussi bien à Turin qu'à Gênes, Florence et Rome, leur laissera, me disaient-ils, les meilleurs souvenirs.

Malgré les vacances plus complètes en Italie, semble-t-il, que chez nous, car les malades eux-mêmes paraissent y participer, les professeurs Bossi (de Gênes), Pestalozza (de Florence) et d'autres encore ont tenu à leur montrer leurs services en activité et à opérer devant eux.

Au Congrès de Rome, du reste, les médecins italiens n'ont cessé de faire le plus chaleureux accueil à leurs confrères français.

Je me rappellerai toujours, non sans émotion, l'excursion du Congrès à Tivoli et l'entrée dans le célèbre Tibur des anciens, de notre break bondé d'Italiens et de Français, chantant à tue-tête la Marseillaise, puis au retour, un professeur de Gênes nous contant qu'il avait conduit ses enfants sur les champs de bataille de San Martino et de Solférino pour leur faire lire les noms des généraux et soldats français tués pour la délivrance de l'Italie.

L'anniversaire du 20 septembre (date de l'entrée à Rome de l'armée italienne) devait du reste fournir au Professeur Pozzi, l'occasion d'affirmer aux Italiens les sincères souhaits de nous tous Français pour la grandeur et le relèvement de l'Italie.

Au moment où commençait la fête patriotique, le Professeur Pozzi qui présidait la séance se levait un moment pour en interrompre le cours et dans une chaude allocution *« envoyait à l'Italie libre, à Rome intangible, le salut du Congrès tout entier. »*

C'est certainement aussi pour la plus grande partie à ces sentiments francophiles si nettement exprimés par les Italiens, partagés par les représentants des nations telles que la Hollande, la Hongrie, la Pologne, la Russie que l'influence française a pu paraître prépondérante dans ce Congrès et reléguer au 2^e plan la puissance allemande.

La langue française a été la langue du Congrès parce qu'elle n'a pas été seulement la langue des médecins de langue française, mais aussi celle des Hollandais, Russes, Hongrois, Polonais, Espagnols et à l'occasion même des Italiens.

Certes, elle a été plus souvent encore parlée par des étrangers que par nos nationaux et c'est là pour un Français une belle satisfaction, satisfaction qui devient un vrai sentiment de triomphe quand il lui est donné d'entendre un professeur allemand renonçant au cours de la discussion à sa langue maternelle pour employer le français parce que, dit-il, c'est la langue comprise par l'immense majorité des Congressistes. Un seul regret nous reste, c'est qu'ayant su si bien imposer notre langue, nous soyons en général si incapables de parler, ne fut-ce que par coquetterie, une quelconque des langues étrangères usuelles. Mais il est habituel de répéter que nous avons peu de disposition pour les langues. Nous serions donc les seuls, puisque nos frères latins, espagnols et italiens ne paraissent pas le moins du monde parta-

ger notre infirmité. Disons plutôt que l'enseignement nous est mal donné, et que nos habitudes casanières nous empêchent de penser à combler cette grosse lacune, par des Voyages d'instruction.

Parlons un peu maintenant du Congrès lui-même et des fêtes organisées en son honneur.

Le gouvernement s'est peu dérangé, le roi est resté chez lui et n'a pas daigné envoyer la moindre invitation au Congrès de venir le saluer au Quirinal.

L'antique s'y mêlait au moderne, le nu au décolleté et la perfection de la forme des déesses mythologiques faisait parfois ressortir plus qu'il n'était nécessaire la plastique défectueuse de quelques « dames allemandes » épouses de professeurs certainement très savants puisque constellés de décorations.

Si nous aimons le panache, ils aiment fort la brochette nos bons voisins.



Le Congrès à la Villa d'ADRIEN (TIVOLI)



Aux Cascades de Tivoli, Professeur BOSSI (GÈNES)

Le ministre de l'Instruction publique se promenait, à l'instar d'un ministre français, il déambulait de ville en ville, de banquet en banquet, assurant les populations du vif intérêt qu'il leur portait, distribuant des médailles aux pompiers et aux sociétés de gymnastique.

Les fêtes n'en ont pas été moins réussies pour cela.

Le premier jour le Syndic (maire) de Rome prince Colonna recevait dans le Musée du Capitole les Congressistes.

L'idée était heureuse et cette promenade au milieu des statues antiques allant du Gladiateur mourant à la Vénus du Capitole, de rouge éclairée, avait un charme tout particulier.

Le lendemain, c'était l'Association de la Presse Italienne, qui recevait en son palais de la place Colonna les congressistes et du haut du balcon le spectacle était vraiment curieux de cette foule amassée autour d'une musique militaire brillante et applaudie.

Puis se succédaient la fête nocturne au Pincio, l'excursion à Tivoli et à ses eaux sulfureuses avec visite de la villa d'Adrien, l'illumination du Colisée et du Palatin, la visite au Forum.

Bref, le temps était bien employé et il fallait se hâter pour visiter dans les intervalles du temps resté libre, la Ville éternelle, ses Musées et ses Eglises, ses thermes antiques et ses Catacombes. Bien peu ont eu le temps et la chance d'être reçus au Vatican en la présence du souverain pontife. A l'issue du Congrès,

enfin une excursion était organisée à Naples qui réunissait une quarantaine d'adhérents.

Mais ceci nous entraîne loin du Congrès proprement dit et de ses travaux très intéressants.

Quatre questions avaient été mises à l'ordre du jour pour être discutées pendant les séances :

1^{re} Question. Les indications médicales à l'interruption de la grossesse.

Rapporteurs : Barton Cook Herst (Philadelphie), Hofmeier (Wurtsbourg), Pinard (Paris), Reins (Saint-Petersbourg), Schauta (Vienne), Simpson (Edimbourg).

J'ai peu suivi cette discussion à laquelle j'étais peu préparé, je me contente d'en enregistrer la conclusion générale acceptée par tous « de restreindre autant que possible les indications de cette interruption. »

la seule cavité utérine; M. Tuffier est disposé à en étendre les indications, M. Treub s'y montre réfractaire.

Il dit formellement « parce que très chirurgien conservateur, tout gynécologiste qui pratique souvent l'hystérectomie en pareil cas, en pratique trop. »

Les moyens habituels suffisent là où l'hystérectomie peut réussir; l'hystérectomie échoue là où ces moyens deviennent impuissants.

MM. Pinard, Doleris, Pichevin appuient plutôt ces conclusions pessimistes.

Tous les orateurs n'envisagent que l'intervention abdominale, seul le Dr J. L. Faure se prononce formellement pour la voie vaginale.

Il assure que l'opération devient très facile, si l'on remplace les pinces à traction qui déchirent le tissu utérin, par des pinces à kystes; son conseil mérite



Professeur MORISANI (NAPLES)

C'est en somme la cause depuis longtemps défendue en France par le Dr Pinard qui triomphe, l'enfant a droit à la vie, et d'unanimes applaudissements ont salué son discours quand il s'est élevé avec la plus grande énergie contre toute immixtion de la loi civile ou religieuse dans un débat qui doit se passer tout entier dans la conscience de l'accoucheur.

Le Professeur Morisani (de Naples), l'accoucheur de la Reine, le petit père Morisani comme disent nos confrères italiens faisant allusion à sa taille exiguë, terminait le débat par une allocution très applaudie et remplie du sens clinique le plus élevé.

2^e Question. L'Hystérectomie dans la cure de l'Infection puerpérale.

Rapporteurs : Fehling (Strasbourg), Léopold (Dresde), Treub (Amsterdam), Tuffier (Paris).

Ici aussi l'accord est bien près de se faire au moins sur ce point, que l'hystérectomie ne doit être que la ressource ultime, et n'améliorera vraisemblablement que peu les statistiques de mortalité.

Parmi les rapporteurs, MM. Léopold et Fehling acceptent l'hystérectomie en la limitant aux cas où l'infection paraît avoir véritablement sa source dans

d'être entendu, car il est bien certain que puisque l'hystérectomie ne sera guère pratiquée que sur des malades presque mourantes, l'hystérectomie vaginale est seule susceptible d'être facilement supportée par les malades.

D'elle seule on peut dire que si elle ne sauve pas la malade, du moins elle ne précipitera pas sa fin.

3^e Question. La tuberculose génitale.

Rapporteurs : Martin (Greisswald), Amann (Monaco), Viet (Leyden), Faure (Paris).

Martin, Viet, Amann ont surtout traité la pathogénie et l'anatomie pathologique. Faure s'est surtout attaché à la cure chirurgicale de l'affection.

Tous sont d'accord pour déclarer la tuberculose génitale plus fréquente qu'on ne le croit généralement, le plus souvent c'est la trompe qui est atteinte, plus rarement l'utérus, exceptionnellement le col utérin.

La tuberculose par contagion génitale est à tout le moins extrêmement rare, l'infection se fait par la voie sanguine ou intestinale.

Nombre de péritonites tuberculeuses ont pour point de départ les organes génitaux.

La forme la plus fréquente, la salpingite tuberculeuse est de diagnostic très difficile, le plus souvent le diagnostic n'est fait qu'au cours de l'intervention. La voie abdominale est exclusivement proposée par le Professeur Pozzi, car il semble surtout important de faire l'éradication complète du foyer.

Le Dr Faure emploie dans les cas difficiles son procédé d'hémisection utérine qui permet d'aborder les annexes de bas en haut et non pas de haut en bas d'où une facilité beaucoup plus grande.

Quelques-uns rejettent complètement cette hémisection comme susceptible de provoquer de nouvelles inoculations. Le professeur Kronig, de Leipzig, s'en déclare enthousiasmé, il faut avouer qu'il avait cru l'inventer.

En somme, les formes cliniques de la tuberculose génitale sont encore mal connues, il n'est pas de signes cliniques permettant le diagnostic habituel de la nature des lésions, le traitement chirurgical est celui des salpingites suppurées, avec ou sans hystérectomie complémentaire.

4^e Question. La cure chirurgicale du cancer de l'utérus.

Rapporteurs : Cullin (Baltimore), Freund (Berlin), Jonnesco (Bucharest), Pozzi (Paris), Wertheim (Vienne).

Cette question est peut-être la plus intéressante de celles qui étaient soumises aux délibérations du Congrès, car elle agite le problème si souvent résolu en sens contraire de la possibilité ou non de la cure radicale du cancer.

Le Professeur Wertheim croit à la possibilité de cette cure radicale pour le cancer de l'utérus et il la cherche dans l'hystérectomie abdominale combinée à un évidement méthodique du pelvis, ablation du paramétrium et des ganglions pelviens malades ou non. L'opération doit être pratiquée toujours de la même façon dès le début même de la lésion.

Une 1^{re} série de cas donnait une mortalité immédiate de 26 0/0 à l'opération.

Dans une 2^e série la mortalité s'abaisse à 13 0/0, grâce aux perfectionnements de la technique, à la réduction du temps nécessité par l'opération qui passe d'une durée de 3 heures à celle de 1 heure 1/2 environ.

Le Professeur Wertheim a du reste opéré par son procédé une malade devant le Congrès. Par une modification heureuse, l'utérus est enlevé avec la partie supérieure du vagin d'un bloc, le col n'entrant ainsi à aucun moment en contact avec l'abdomen.

Les résultats éloignés paraissent devoir être satisfaisants, mais il est encore un peu tôt pour les juger.

Cullen opère comme Wertheim, comme lui condamne à jamais l'hystérectomie vaginale, incapable de réaliser l'évidement du bassin.

Jonnesco propose une opération plus rationnelle, plus complète que celle de Wertheim. Il se base sur l'anatomie des ganglions lymphatiques de l'utérus telle qu'elle a été décrite par Marcille, pour enlever par une dissection continue toute la chaîne lymphatique sacrée et lombaire.

Dans un 1^{er} temps le ganglion obturateur, le plus constamment pris a été déjà enlevé.

Le reste de l'opération se rapproche du procédé de Wertheim, Jonnesco lie cependant en plus les deux iliaques internes, ce qui facilite l'opération. Sa mortalité est à peu près celle de Wertheim, jusqu'ici il n'aurait pas de récurrence.

Cette communication très détaillée, accompagnée de toute une série de planches explicatives, réalise évidemment l'opération la plus radicale qui soit, mais aussi la plus grave.

De telles ablations sont-elles vraiment nécessaires, sont-elles même utiles? voici ce que l'avenir prouvera... peut-être.

Le Prof. Pozzi se montre très réservé, il croit à la possibilité de la cure radicale, mais dans les cas favorables. Il sait que nombre de tumeurs n'ayant pas récidivé n'étaient pas du cancer. L'hystérectomie vaginale donne des guérisons durables et complètes, les nouvelles opérations proposées donneront-elles plus? Peut-être, mais aussi au prix d'une mortalité immédiate certaine et relativement considérable.

En tous cas, il faut poser le problème en faisant un troisième groupe des opérations de Wertheim et Jonnesco et compter ainsi : 3 modes d'interventions possibles. 1^o l'hystérectomie vaginale; 2^o l'hystérectomie abdominale; 3^o l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien, cette dernière tendant aujourd'hui à effacer la précédente comme son corollaire naturel.

M. Pozzi ne croit pas pouvoir conclure encore à l'abandon de l'hystérectomie vaginale. Il hésite à s'engager dans la voie de ces grands évidements pelviens; en effet, il pense que la réaction ganglionnaire tue rarement et qu'au surplus ici comme ailleurs, c'est la récurrence dans la cicatrice qui est la règle.

Pour une fois, il se déclarera conservateur et attendra.

La discussion qui suit reflète toujours les mêmes courants d'idées.

Morisani, Spinelli croient à la supériorité de l'hystérectomie abdominale avec ablations très larges. Jacobs se montre très optimiste. Pinard, Pichevin restent sur la réserve.

Treub déclare carrément qu'il ne se laisse pas séduire par des opérations plus théoriques que pratiques et continuera à faire des hystérectomies vaginales.

En somme le débat reste ouvert, pourtant quelques points paraissent à peu près fixés :

1^o L'opération radicale n'a de raison d'être tentée qu'autant que les lésions sont limitées à l'utérus même;

2^o L'avenir réside dans l'éducation médicale de la femme venant consulter dès le début de l'affection.

3^o L'opération doit être très large enlever tout le paramétrium sans rien laisser, si limitée que soit la lésion.

La voie abdominale devient la voie de choix.

4^o La recherche et l'ablation de toutes les chaînes ganglionnaires sont un complément discutable de l'opération.

Le dernier jour était consacré aux communications individuelles. Très galamment nos confrères italiens cédèrent leur tour à nous autres étrangers et le Congrès put être clos le samedi, du moins au point de vue international.

Le lendemain en effet, une séance tout entière était consacrée aux travaux italiens, que le manque de temps avait empêchés d'être communiqués la veille. Ces dernières séances ne furent pas moins suivies que les précédentes et elles étaient, en effet, fort intéressantes.

Le groupe français n'y fut pas mal représenté et deux doctresses de la Faculté de Paris y obtinrent un succès mérité.

La communication que j'y fis moi-même sera prochainement publiée dans ce journal.

J'ai tenu à donner ici un aperçu rapide de ce que fut ce Congrès, en raison de l'importance même qu'y prit l'élément français.

Cette importance pourrait être bien plus considérable encore si tous nous reculions moins devant un voyage à l'étranger.

Et pourquoi cette absence? Notre langue reste la langue des congrès, nos maîtres sont sympathiquement accueillis, nous-mêmes trouvons vite de faciles et agréables relations.

Faut-il croire que le seul souci de la clientèle nous arrête? Ce serait en tous cas bien mal comprendre notre plaisir et notre propre intérêt, car il y a toujours à apprendre dans ces intéressantes réunions d'hommes voués au même labeur, aux prises avec les mêmes problèmes.

CONGRÈS D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE GRENOBLE

Des causes de l'appendicite et de son traitement à Châtel-Guyon

Par le Dr Lucien BARTOLI
de Châtel-Guyon

De toutes les affections intestinales, celle qui a fait le plus parler d'elle dans ces dernières années est certainement l'appendicite.

Il n'y a pas bien longtemps encore, on n'avait pas donné aux lésions de cette affection, appelée alors typhlite, un siège bien limité; aussi le traitement était-il purement médical; le chirurgien n'allait ouvrir le cœcum que lorsqu'un abcès s'était formé sous la paroi abdominale, mais le plus souvent il était trop tard.

Puis, il y a environ une dizaine d'années, on découvrit le siège exact de l'affection, on vit qu'il était dans l'appendice ileo-cœcal, et qu'en agissant de bonne heure, avant la perforation; en supprimant cet appendice, on arrivait à arrêter l'extension des lésions et l'ouverture de l'abcès dans l'abdomen. Ce fut alors un véritable engouement. On décréta que toute appendicite devait être opérée quand même et dès qu'elle serait diagnostiquée. Et il fut décidé qu'aucun traite-

ment médical ne pouvait réussir, que la cause était due presque toujours à des corps étrangers, ou à une stase des matières durcies dans l'appendice, réceptacle de ces matières; du reste il fut aussi décidé que cet organe était un luxe inutile, et que l'on devait en débarrasser tous ceux qui en souffriraient quelque peu. On opéra donc toujours et quand même.

Puis cette belle ardeur se refroidit car on vit d'abord que l'appendice ne renfermait pas toujours des corps étrangers ou des matières durcies, que quelquefois il n'y avait rien, que souvent cet appendice était simplement congestionné et ne contenait qu'un peu de mucus.

D'autre part, certains médecins, qui avaient vu autrefois des appendicites (alors appelées typhlites) guérir, avaient émis quelques doutes sur la nécessité toujours absolue d'opérer; on apporta des observations et on s'aperçut que les appendicites ne nécessitaient pas toutes un traitement chirurgical; bien plus qu'un grand nombre pouvaient être guéries par un traitement médical. Il se fit alors un revirement complet; on décida de nouveau que l'appendicite ne devait être opérée qu'à froid (sauf les cas où la perforation de l'appendice étant évidente, une intervention immédiate s'imposait), car les résultats de l'opération, souvent désastreux, avaient un peu refroidi un bon nombre et rendu plus circonspect. Puis on s'enhardit, on revint un peu à ce traitement médical délaissé pendant quelques années, et l'on s'aperçut qu'il donnait de bons résultats; car enfin, il est rare que l'appendicite surprenne un individu en parfait état de santé. Le plus souvent, le malade était sujet depuis longtemps à de la constipation, ou bien il avait des alternatives de diarrhée et de constipation, il avait de l'entérococolite muco-membraneuse. C'était chez les anémiques, les aoniques et les arthritiques que s'observaient surtout ces cas. Le malade s'en trouvait peu gêné d'abord et négligeait de se traiter jusqu'au moment où des accidents plus graves le déterminaient à appeler le médecin.

Que trouvait-on souvent? un appendice douloureux avec un peu d'empâtement dans la région; c'était alors qu'on décidait d'opérer. On comprend combien la perspective d'une laparotomie, faite même avec toutes les précautions possibles, pouvait refroidir le zèle du médecin et être désagréable au patient. Combien de morts, en effet, sont survenues dans ces cas, morts qui auraient pu être évitées si on s'était moins pressé et si le malade, plus soucieux de sa santé, était allé trouver son médecin plus tôt.

L'appendicite est-elle donc une maladie essentiellement chirurgicale? Si l'on en croyait les chirurgiens, nous serions complètement désarmés au point de vue médical. Certes nous n'avons pas la prétention de dire que l'appendicite arrivée à la période de suppuration peut guérir par des moyens médicaux, le chirurgien garde dans ces cas là tous ses droits; mais nous prétendons que l'appendicite peut, dans la grande majorité des cas, ne pas aboutir à cette période ultime de la maladie, et que, par un traitement médical approprié, on peut arrêter la marche de l'affection.

Nous ne parlerons donc pas ici de l'appendicite arrivée à la période où le péritoine est enflammé et moins encore à la période où un abcès s'est formé, mais de l'appendicite ou de la typhlite localisée à la paroi de l'appendice et du cœcum. C'est cette période de la maladie que l'on peut traiter par des moyens médicaux et dont on peut enrayer la marche. Il vaut mieux en effet prévenir des accidents qui peuvent être très graves que de les guérir. Or la plupart des médecins, il faut l'avouer, sont enclins à traiter trop à la légère les quelques malades qui viennent les consulter au moment des troubles intestinaux ; ils n'examinent pas toujours avec beaucoup d'attention l'état du cœcum, donnent quelques indications générales, et ce n'est qu'en présence d'accidents ou de troubles plus grands qu'ils examinent plus à fond leurs malades. Aussi le début de l'affection passe-t-il le plus souvent inaperçu, particulièrement chez les enfants où le début de l'appendicite est comparable aux entérites du reste du gros intestin. Tout se borne d'abord à des coliques et à de la diarrhée, les phénomènes restent localisés dans la paroi de l'appendice, surtout dans la muqueuse et dans ses organes annexes, les follicules. Cette phase dont les parents ne s'inquiètent pas assez peut durer plus ou moins longtemps avec des alternatives de mieux et de mal, des intermittences à longues distances, et des guérisons provisoires.

Les troubles gastriques et les coliques sont plus ou moins marqués avec quelquefois un peu de fièvre ; la région appendiculaire est un peu sensible. Cette phase de l'affection, qui n'a rien de bien spécial, est prise souvent pour une indigestion, pour un embarras gastrique ; dans bien des cas, elle guérit sans traitement. Et ces guérisons et cet état latent de l'affection sont plus fréquents qu'on ne le croit. Chez les adultes on a trouvé souvent, au cours d'opérations pour une autre affection, des appendices malades qui n'avaient donné aucun symptôme, et il n'est pas téméraire d'avancer qu'il existe nombre d'altérations morbides de l'appendice que rien ne révèle tant qu'il n'y a pas d'appendicite au sens actuel du mot : c'est-à-dire inflammation de l'organe avec réaction péritonéale, et que l'appendice est très fréquemment enflammé chroniquement. *L'appendicite aiguë ne se produira donc que dans des appendices dont la muqueuse est modifiée depuis longtemps et par extension de l'inflammation aux lymphatiques qui se trouvent sous la séreuse péritonéale.*

Ceci nous permet de prétendre que la plupart, pour ne pas dire presque toutes les appendicites opérées à froid, auraient pu guérir, puisque bien des appendicites passent inaperçues, et il n'est pas exact d'affirmer que toutes les appendicites se terminent par la mort si elles ne sont pas opérées ; un petit nombre seulement réclament un traitement chirurgical, ce sont celles où l'on observera des phénomènes de suppuration ou d'infection généralisée.

Pour le Dr Bourget, de Lausanne, si l'appendicite relativement peu fréquente précédemment s'est multipliée si rapidement, la faute en est à la nouvelle méthode de traitement. Pour lui, et ce sont ses

propres termes : « L'aggravation et la multiplication de la pérityphlite sont dues à la méthode de traitement préconisée par les chirurgiens et principalement à l'application de la glace et à l'opium. On ne pouvait instituer, dit-il, une plus mauvaise thérapeutique, mais c'est aussi celle qui servait le mieux la cause du chirurgien en rendant nécessaire, et presque inévitable à bref délai, une intervention armée. Si la plupart des pérityphlites sont provoquées ou préparées par la stase stercorale dans le cœcum, on voit combien il est illogique d'augmenter encore la constipation par l'opium dans la trompeuse espérance de favoriser des adhérences avec les séreuses voisines, adhérences qu'il n'est du reste pas dans notre pouvoir de favoriser ou d'empêcher ; d'un autre côté nous savons par ce qui se passe dans la plèvre combien les adhérences se forment facilement malgré les mouvements rythmiques de la respiration ; il est donc douteux que l'opium ait quelque action sur la formation des adhérences ou leur solidité ; par contre il voile le mal en procurant au malade un bien-être trompeur ; mais ce qui est plus grave, c'est qu'il augmente la coprostase et favorise la décomposition dans le gros intestin et principalement dans le cœcum. »

Sans être aussi sévère envers les chirurgiens, on peut affirmer que la méthode actuellement employée a été la cause d'opérations devenues nécessaires que l'on aurait pu éviter en employant dès le début un traitement médical, car l'appendicite ou la pérityphlite ne débute pas brusquement dans la grande majorité des cas ; elle n'est en effet, comme nous l'avons déjà dit, que la suite d'un état chronique. Mettant de côté l'appendicite infectieuse dans la grippe, dans la fièvre typhoïde, l'appendicite accompagnant les lésions des annexes de l'utérus où celle provoquée par un corps étranger, cette affection est toujours précédée par des troubles gastro-intestinaux. Ce sont d'abord des troubles gastriques, la plupart du temps de l'hyperchlorhydrie, puis après des troubles intestinaux pouvant durer des mois et même des années ; et il suffit d'un simple incident comme une digestion laborieuse, un exercice plus violent après le repas pour déterminer l'apparition de troubles graves.

Pour le Professeur Albert Robin, cette dyspepsie intestinale se rencontre dans la majorité des cas au début des troubles du cœcum, et voici, d'après lui, les signes de cette dyspepsie :

- 1° Désaccord entre l'aspect du malade et la conservation et l'exagération de son appétit ;
- 2° Crises gastriques d'intensité variable ;
- 3° Distension de l'estomac par spasme du pylore ;
- 4° Augmentation du volume du foie qui est sensible à la pression ;
- 5° Constipation et coprostase facilement perceptible à la palpation du cœcum, de l'S iliaque et quelquefois du colon transverse et ascendant ;
- 6° Augmentation de l'acidité du contenu de l'estomac, acide chlorhydrique libre, acides de fermentation, digestion imparfaite des albumines.

Sous l'influence de ces fermentations, les parois de l'intestin s'irriteraient, la tunique muqueuse s'en-

flammerait et si cette inflammation se propageait à l'appendice, une appendicite en résulterait, affection d'autant plus facile à se produire que l'appendice peut être considéré comme une glande ayant plus ou moins de peine à réagir. *Il est donc indispensable que la muqueuse ait subi des modifications, car une appendicite ne peut pas survenir subitement sans un terrain préparé, la fermentation des matières n'étant pas suffisante pour être l'occasion de cette affection.* Cette manière de voir a été confirmée par l'expérience faite sur le singe, où, après la ligature de l'appendice, on n'a observé aucun phénomène d'appendicite. Ces faits prouvent bien que cette affection n'est pas provoquée uniquement par l'obturation de l'appendice et les phénomènes de fermentations putrides consécutifs, mais qu'il faut un autre élément, cet élément indispensable est la modification de la muqueuse et les troubles de la digestibilité intestinale.

L'appendice a une surface absorbante relativement large, ce qui contribue à la formation de concrétions pouvant ensuite produire l'inflammation, l'ulcération, la gangrène et la perforation. On peut concevoir la présence de matières fécales ou d'un corps étranger ayant produit l'inflammation catarrhale et même une perforation, et étant repassé dans le cœcum par péristaltisme et dans les cas où l'on a trouvé un appendice macroscopiquement sain, la lésion était plus haut dans le cœcum.

L'appendicite ne débute donc jamais dans un cœcum fonctionnant normalement, or, il ne fonctionne pas normalement chez les constipés. On n'admet la causalité de la constipation que quand un individu va rarement à la selle et en rendant des matières dures; ceci est inexact, car beaucoup de gens qui vont à la selle tous les jours sont des constipés. La vraie constipation est celle qui est due à l'atonie du cœcum résultant de l'évacuation incomplète de cet organe aussi bien des matières que des liquides qui peuvent en fermentant devenir la cause de phénomènes inflammatoires chez les dyspeptiques intestinaux; et c'est à cette fermentation des liquides en particulier qu'est due l'apparition de ces appendicites à marche foudroyante, où la mort survient, non pas par perforation, mais par infection généralisée, par toxicémie.

On a le grand tort de ne voir dans la constipation que des matières dures et rares, ce phénomène n'est qu'un symptôme, le phénomène principal est l'atonie du cœcum qui est à l'intestin ce que la distension est à l'estomac. Ce sont les fermentations qui sont la cause des produits toxiques diminuant la résistance de la muqueuse, et si les matières fécales viennent à jouer un rôle de contact c'est que la muqueuse a perdu de sa vitalité et qu'elle se laisse plus facilement attaquer.

Il en résulte donc que les causes principales de l'appendicite sont un mauvais état de la digestibilité intestinale et une évacuation insuffisante des matières dures ou liquides par l'atonie du cœcum. Il faut donc transformer cette digestion intestinale, rendre aux muscles de l'intestin leur tonicité et à la muqueuse,

enflammée et devenue moins résistante par le contact chimique des liquides en putréfaction, et le contact mécanique des matières dures, la vitalité qu'elle a perdue. C'est pourquoi dans l'appendicite chronique et à répétition, l'atonie étant plus grande qu'avant et les selles plus irrégulières, il reste, soit dans le cœcum, soit dans l'appendice dont les parois sont épaissies, des germes septiques qui n'attendent que le moment où l'organisme moins résistant succombera.

Si nous passons en revue l'opinion des médecins sur les causes de l'appendicite, nous voyons qu'ils ont divisé ces causes en deux sortes: une cause mécanique, c'est-à-dire la production de corps irritant l'intestin par leur contact et une cause bactériologique déterminant une intoxication générale de l'organisme.

L'opinion de la plupart des médecins anglais est que l'inflammation de l'appendice est toujours due à une matière irritant la muqueuse et à un élément septique qui serait le coli-bacille et le staphylocoque; mais il s'y adjoindra toujours une cause prédisposante, la diminution de la vitalité de l'épithélium par un procédé quelconque, que ce procédé soit mécanique ou chimique, mais le plus souvent c'est la décomposition chimique des matières fécales. En d'autres termes sans une muqueuse altérée, les bactéries seraient impuissantes à déterminer l'infection.

Les corps étrangers peuvent être de deux sortes: des corps étrangers proprement dits, c'est le cas le plus rare; et des masses fécales durcies, c'est le cas le plus fréquent. Ces masses fécales souvent infiltrées de sels de chaux donnent lieu à une appendicite catarrhale. Le mucus sécrété, riche en carbonate et en phosphate de chaux produit des dépôts en forme de croûtes sur les matières fécales. Un tel calcul ou concrétion, augmenté de volume par ces dépôts, peut finalement produire par sa présence sur les parois de l'appendice de la nécrose ou de la gangrène; telle est l'opinion des docteurs Fergusson, Fitz et Krafft. Mais à ces causes doit se joindre une cause anatomique, la position de l'appendice qui peut être contusionné par le psoas en contraction, la constitution de cet organe qui est formé de nombreux follicules clos (d'où le nom d'amygdales intestinales) faciles à être envahis par les bactéries, et de tissus en voie de regression pendant la plus grande partie de la vie de l'individu et faciles à s'enflammer. Il en résulte que la muqueuse et la sous-muqueuse de l'appendice se gonflent en même temps que celle du cœcum lorsqu'il y a inflammation de n'importe quelle nature, d'où la desquamation et les érosions qui seront la porte d'entrée des bactéries.

D'après le Professeur Dieulafoy, en matière d'appendicite, il n'y a pas seulement des lésions d'infection, il y a aussi des lésions d'intoxication, et beaucoup de malades meurent non pas infectés, mais intoxiqués.

D'après le Professeur Chantemesse, ce qui tue dans l'appendicite ce sont les germes. Tantôt il s'agit de germes vis-à-vis desquels l'organisme se défend, il y a infection locale de la paroi appendiculaire mais

pas infection générale de l'organisme, tantôt il s'agit de germes envahissant et nécrosant la paroi qui ne résiste pas, et pénétrant dans tout l'organisme, c'est une maladie toxi-infectieuse grave à point de départ appendiculaire mais où les lésions de l'appendice ne jouent qu'un rôle secondaire.

A côté de ces causes principales, il existe des causes qui tiennent à l'âge, au sexe et à une mauvaise hygiène. Il est incontestable que l'appendicite est plus fréquente chez les jeunes garçons; que chez la femme elle coïncide souvent avec les règles; qu'elle est plus fréquente dans les pays chauds à cause des infections plus nombreuses; qu'elle est plus rare chez les vieillards dont la muqueuse fortement modifiée par le séjour prolongé des matières est devenue par la suite plus résistante, alors que chez les enfants et chez les jeunes gens la muqueuse et l'organisme plus sensibles se laissent plus facilement attaquer. Enfin l'apparition de l'appendicite se rencontre plus fréquemment chez les individus ayant une mauvaise mastication, après un travail fatigant suivant un repas copieux, après une indigestion, après un exercice violent; mais rarement par suite d'une simple constipation passagère.

En résumé, la pénétration, dans la paroi de l'appendice, des bactéries par effraction de cette paroi est la condition habituelle du développement de l'appendicite. Toute irritation du gros intestin communiquée à l'appendice peut produire une effraction réelle, quelque minime qu'elle soit, modifier ses sécrétions, accroître la virulence des bactéries, permettre enfin aux toxines de s'introduire et d'infecter l'appendice. Cette irritation de l'intestin se rencontrera d'autant plus facilement que le cœcum sera plus distendu, se videra plus difficilement, comme on l'observe chez les dyspeptiques intestinaux. Aussi le traitement de l'appendicite qui n'est pas arrivée à la période de suppuration, d'infection et d'intoxication générales consistera à combattre cet empoisonnement permanent par les matières stagnantes dans le cœcum, principalement par les liquides en putréfaction; il consistera à favoriser les évacuations intestinales et à augmenter la sécrétion urinaire.

C'est dans l'emploi des eaux de Châtel-Guyon que l'on trouve le médicament permettant d'obtenir ce résultat.

Si nous passons en revue les différents modes de traitement de l'appendicite en voie de création ou arrivée à la période de péritonite localisée à l'appendice, nous voyons que la méthode de traitement diffère suivant les opinions.

L'opinion des Américains est radicale; presque tous sont partisans absolus du traitement chirurgical.

En Angleterre les opinions sont séparées; certains comme le Dr Maynard sont partisans au début de purgatifs salins, puis de grands lavements d'eau de savon chaude, et en cas d'insuccès de l'emploi du sulfate de magnésie. Le Dr Fitz recommande les lavements mais avec beaucoup de prudence. Le Dr d'Arcy Porter

emploie les purgatifs, les lavements de savon avec une demi-once de térébenthine et une demi-once d'huile de ricin; pour lui les insuccès sont très rares, et même dans le cas d'insuccès, ce traitement est inoffensif; il emploie également le calomel. D'autres comme le Dr Trèves sont partisans d'attendre et de n'opérer que dans les cas où il y a des rechutes nombreuses ou bien dans les cas dont la gravité des attaques a été croissante, surtout si la dernière attaque a été d'une gravité plus marquée, et enfin dans les cas où l'appendice reste douloureux et gonflé. Pour d'autres chirurgiens, tels que le Dr Walsham, l'opération est toujours nécessaire, elle se fait à froid dans les cas qu'il considère comme favorables, tels que les cas où après la première explosion des symptômes on observe, 24 ou 36 heures après, une chute graduelle de la température, une diminution de la douleur et sa localisation dans la fosse iliaque droite; mais dans les cas de gangrène ou d'abcès l'opération s'impose de suite.

En Espagne, le Dr Martinès Vargas a recours aux laxatifs.

En Allemagne, pour le Dr Bider, l'appendice est souvent le siège d'affections ne relevant pas de la chirurgie. Ressemblant par sa constitution aux amygdales et formé comme elles de tissus adénoïdes, il est par conséquent sujet à des inflammations dues à l'influenza, aux rhumatismes, etc. Le cœcum qui est voisin peut être plein de bacilles purulents et de produits de décomposition pouvant altérer l'intégrité de l'organe. Il conseille de traiter l'inflammation de cette région par des purgatifs et l'opium. Il commence par donner de l'huile de ricin ou un grand lavement; puis après la première évacuation il revient à l'opium tout en débarrassant de temps en temps l'intestin par des lavements et en faisant des applications locales de glace; dans les cas où les symptômes s'aggravent, il conseille seulement l'opération.

Si en Allemagne, un grand nombre de médecins sont partisans de l'opération immédiate, un certain nombre aussi considèrent que l'appendicite peut être traitée à l'aide des eaux minérales de Carlsbad, Baden Baden, Gastein, Wilbad et autres.

Pour le Dr Bourget, de Lausanne, il faut, lorsqu'on se trouve en présence d'une appendicite, évacuer l'intestin par un laxatif pris le matin à jeun; et dans ce cas il conseille le sel de Carlsbad ou 30 grammes d'huile de ricin, et par un lavage du gros intestin avec un litre d'eau à 37 degrés. Pour lui ce lavage n'empêche pas la formation des adhérences, il ne facilite pas la perforation imminente de l'intestin, car dans ce cas la nécrose existait déjà; il déblaie l'intestin des matières, décongestionne la muqueuse et même diminue l'intoxication, il agit comme le lavage du sang agit dans l'urémie. Aussi après un premier lavage on voit les coliques diminuer ainsi que les douleurs à la pression mieux qu'avec l'opium. A ces moyens il ajoute le lavage de l'estomac à l'eau bicarbonatée à 1 pour 100.

En France, les avis sont partagés. Si un grand

nombre de médecins sont partisans de l'intervention immédiate, certains considèrent que l'on peut traiter l'appendicite par des moyens médicaux. Le Professeur Albert Robin a eu recours à ces moyens médicaux et n'a eu qu'à s'en louer. Pour le Professeur Lannelongue, quand l'appendicite reste cantonnée à cet organe et n'a pas entraîné de réaction péritonéale, tant que le péritoine n'est pas atteint, en un mot, on peut recourir à un purgatif très doux.

Mais bien peu de médecins ont pensé au traitement de l'appendicite par les eaux minérales. Cependant le Dr Jules Simon, dans une clinique faite à l'hôpital des Enfants-Malades en 1891, parlait du traitement de l'appendicite à Châtel-Guyon en ces termes : « Châtel-Guyon situé en Auvergne, dans un climat sec et sain, s'adresse d'une façon toute particulière aux états intestinaux si fréquents chez les enfants et leur convient en tous points. Grâce à ces eaux on peut obtenir des améliorations durables et des guérisons définitives. »

L'origine première de l'affection est donc un trouble de la digestion intestinale et le début de l'appendicite ou de la typhlite est ou bien un catarrhe de l'appendice qui limite ou annule les mouvements normaux de cet organe dont la muqueuse sécrétant d'une façon anormale donne lieu, en présence des matières fécales, à des éléments anormaux, à des concrétions ; ou bien à une simple irritation du cœcum par des matières fécales qui stagnent dans cet organe.

Le traitement consistera donc à prévenir l'appendicite en tant qu'affection arrivée à la période purulente ou d'intoxication générale ; ce traitement sera celui de la coprostase. Il consistera à rendre aux muscles du cœcum leur tonicité, et à la muqueuse sa vitalité. L'atonie des muscles de l'intestin, diminuant l'activité de la circulation, amoindrit la résistance à l'absorption des toxines qui sont accumulées dans cet organe, et c'est plutôt à cette augmentation des toxines qu'il faut attribuer la fréquence de l'appendicite, qu'à la présence de corps étrangers qui n'agissent que quand la muqueuse est déjà malade. Ce traitement se fera non pas par les purgatifs qui irritent la muqueuse, mais plutôt par les laxatifs ; il se fera aussi par les lavages de l'intestin. Les purgatifs, en particulier les purgatifs salins, tels que le sulfate de soude, amènent une transsudation de la muqueuse intestinale, en augmentent la congestion, d'où il résulte une sécheresse de cette muqueuse et une constipation plus opiniâtre dans la suite. Les laxatifs, au contraire, n'agissent pas aussi brutalement sur l'intestin ; ils favorisent les évacuations sans l'irriter.

Nous trouvons tous ces desiderata dans l'emploi de l'eau de Châtel-Guyon dont l'action élective sur les fonctions digestives, bien que n'étant pas limitée à l'intestin, atteint sur cet organe son maximum d'intensité ; elle provoque, en effet, grâce aux sels qu'elle contient, principalement au chlorure de magnésium, comme l'ont démontré les recherches de Laborde, et aussi grâce à l'acide carbonique, l'excitation des muscles lisses de l'intestin et des glandes, l'excita-

tion de la sécrétion biliaire. Par cela même, elle favorise l'évacuation, entraîne les alcaloïdes toxiques et diminue les fermentations. Par l'absorption par la bouche et par les lavages intestinaux, il se produit un véritable lavage du sang qui expulse par l'intestin et par le rein les poisons emmagasinés dans l'organisme, et c'est grâce aux propriétés vivifiantes du chlorure de magnésium constituant le principe actif des eaux de Châtel-Guyon, que les cellules de l'organisme deviennent plus résistantes et que la vitalité des globules blancs du sang ainsi lavé de ses produits toxiques vient à augmenter.

L'eau de Châtel-Guyon agit d'une façon beaucoup plus nette que ces médicaments désinfectants, antiseptiques intestinaux tels que le naphthol et ses composés, dont l'action purement illusoire, quand ils sont donnés à petite dose, ne deviennent antiseptiques qu'à forte dose, c'est-à-dire en devenant toxiques. Donnés séparément en dissolution dans l'eau ordinaire, les sels qui composent l'eau de Châtel-Guyon ne désinfectent pas l'intestin, alors que sous forme d'eau donnée à la source on obtient une action désinfectante très nette. Il y a là un phénomène que l'on retrouve dans presque toutes les eaux minérales et qui échappe à toute investigation.

Le véritable traitement de l'appendicite et de la typhlite est donc un lavage du tube intestinal, qu'il se fasse par l'absorption de l'eau dans l'estomac ou qu'il se fasse par l'intestin. Et qu'on n'aille pas dire qu'on risque par ce lavage intestinal de produire des phénomènes de péritonite, car si ces phénomènes n'ont pas apparu encore, s'il n'y a pas de pus, s'il y a simplement de l'engorgement de l'appendice, de l'inflammation du cœcum (cas le plus fréquent) ou si ces phénomènes qui se sont produits auparavant ont disparu, l'eau de Châtel-Guyon amène une résolution très rapide et le rétablissement des contractions d'un intestin parésié.

Les rétrécissements de l'intestin de forme inflammatoire avec ou sans épaississement des parois après la typhlite sont certainement guéris après deux saisons à Châtel-Guyon ; en assurant des selles régulières l'eau supprime les causes d'irritation locale par arrêt des matières et fait bientôt disparaître les dernières traces d'inflammation.

De plus les eaux de Châtel-Guyon ne débilitent pas comme certaines eaux contenant beaucoup de sulfate de soude, telles que les eaux de Carlsbad et de Kissingen ; elles stimulent et remontent l'organisme ; elles contiennent, du reste, une notable proportion de fer ; et c'est parce qu'elles ne débilitent pas qu'on peut les employer sans aucune crainte chez les enfants où les troubles de l'intestin sont si fréquents.

Le mode d'administration des eaux se fait par l'absorption dans l'estomac à la dose de 50 à 150 grammes par prise ; l'action, à cette dose, est aussi nette qu'à une dose supérieure et n'a pas l'inconvénient de provoquer souvent une indigestion. Il se fait aussi sous forme de lavage prolongé de l'intestin par le rectum à l'aide d'un système consistant à

introduire le liquide (un litre et demi à deux litres) au moyen d'un tube terminé par une longue sonde molle en caoutchouc pénétrant jusqu'au sphincter du rectum et amenant l'eau d'un vase servant de récipient placé à un mètre au-dessus de l'extrémité de la sonde. La durée du lavage doit être de 15 à 20 minutes au minimum, la pression aussi basse que possible et la température de l'eau à 37 degrés ; une température supérieure diminuant l'évacuation des matières.

On adjoint à ce lavage l'emploi des bains d'eau minérale courante à 32 degrés d'une durée de 10 à 20 minutes au maximum suivant la résistance de l'individu, amenant une décongestion très nette et un soulagement dont les malades se rendent rapidement compte.

Mais on évitera l'emploi de la douche abdominale sous l'eau qui peut réveiller des phénomènes inflammatoires ; il en est de même du massage qu'on doit absolument proscrire. Enfin l'on conseillera l'application, deux fois par jour, de compresses de flanelle, trempées dans l'eau chaude, sur l'abdomen et recouvertes d'une toile de taffetas gommé.

Le traitement avec l'eau de Châtel-Guyon transportée diffère quelque peu du traitement fait à la source, il est moins actif et demande à être répété. Chez l'adulte, on ordonnera pendant une semaine, à jeun, un verre (200 grammes) d'eau de la source Gubler que l'on a fait tiédir ; pendant la semaine suivante, 2 verres à 20 minutes d'intervalle ; pendant la troisième semaine, 3 verres à la même distance les uns des autres. Puis on conseillera un repos de trois semaines avant de recommencer. Chez l'enfant, on donnera tous les matins, à jeun, pendant trois semaines, trois quarts de verre d'eau de Gubler.

En résumé, le traitement de l'appendicite n'est pas toujours un traitement chirurgical ; il ne l'est que lorsqu'on a laissé se produire les phénomènes d'infection ; il doit être préventif. Il doit consister dans le traitement des troubles de l'estomac et de l'intestin qui en marquent le début, dans la modification de la muqueuse cœcale chroniquement enflammée. Aussi tout malade atteint de menaces d'appendicite ou d'appendicite chronique ne doit être opéré qu'après avoir tenté une cure à Châtel-Guyon. Aucun accident n'est à craindre avec un traitement institué prudemment et la majorité des appendicites guérira sans intervention chirurgicale.

APPLICATION

DE CORSET PLÂTRÉ CHEZ LES POTTIQUES A L'AIDE DU HAMAC

Par le Dr BOUREAU

Chirurgien en chef de l'Hôpital de Clocheville

Dans le cours d'une visite dans le service de chirurgie de Clocheville, un confrère chef de service dans un hôpital d'enfants à Dublin me décrit à l'aide d'une mimique expressive à défaut d'interprète un mode original d'application de corsets plâtrés.

Au lieu de placer suivant la méthode de Sayre le

malade en extension cervicale et d'appliquer ensuite le corset, il corsetait en position horizontale sur une bande d'étoffe.

L'idée me parut présenter certains avantages et supprimer quelques inconvénients du Sayre, voici comment nous l'avons réalisée.

L'appareil se compose d'une barre de trapèze accrochée à l'aide de deux cordes à un piton scellé dans le mur ; sur cette barre est cousue solidement l'extrémité d'une bande de tissu éponge en coton semblable aux serviettes-éponge, assez large pour envelopper complètement le malade et dépassant de beaucoup sa taille ; l'autre extrémité est liée sur le crochet d'un moufle fixé sur un second piton scellé dans le mur en face du premier.

L'ensemble forme absolument un *Hamac* que le moufle rend rigide et absolument horizontal.

On peut partout réaliser cette installation très facilement.

L'appareil bien tendu, l'enfant est couché sur le ventre dans le hamac. Ses bras sont relevés au dessus de la tête en extension complète, les mains viennent s'accrocher à la barre de bois de la tête de l'appareil, un aide exerce une vigoureuse traction sur les pieds.

Le poids de l'enfant suffit déjà à placer la colonne vertébrale en arc de cercle à concavité postérieure.

L'étoffe est roulée latéralement autour du malade ; les coussinets de ouate ou de feutre sont placés au pourtour des saillies à protéger (gibbosité, épines iliaques) et par dessus le tout, viennent s'enrouler les bandes plâtrées depuis le creux de l'aisselle jusqu'au bassin.

Nous employons le plâtre d'albâtre beaucoup plus résistant, plus fin et d'une dessiccation plus rapide que le plâtre à mouler. Une bande de zinc placée sous l'appareil, du menton au pubis, est prise dans les circulaires, elle permettra de fendre verticalement le corset.

On commence par faire la taille, on descend sur les épines iliaques qu'on dépasse légèrement ; là on a soin de comprimer le corset, de le *hancher* aux flancs, de l'ajuster sur le rebord iliaque ; détail important, il décide de l'efficacité de l'appui pelvien. En 10 minutes l'appareil est sec.

Tout en soutenant l'enfant on coupe circulairement le hamac à 8 ou 10 centimètres du plâtre, cet excédent rabattu protège contre les arêtes vives des bords du corset ; un coup de ciseaux donne du jeu aux aisselles.

L'enfant est retourné sur une table. Avec un rasoir vous fendez verticalement l'appareil sur la bande de zinc.

Vous devez en outre, après avoir fendu le corset, obtenir un écartement de 2 à 3 centimètres entre les deux lèvres de l'incision. Pour cela serrez assez fortement les bandes pendant l'application.

Cet écart donne du jeu au thorax si l'enfant doit rester couché ; s'il peut se lever, trois galons à boucle serrent le corset et rétablissent en totalité ou en partie la pression primitive.

L'appareil est correctement fait si la main peut

passer sous la concavité lombaire entre le plâtre et la table.

Remarquez que le tissu éponge qui n'a pas été coupé par le rasoir protège la peau du malade et empêche les débris de plâtre de s'insinuer dans le corset.

L'application en courbure postérieure donne naturellement du jeu à la région gastrique. Inutile donc d'employer le « tampon à manger » le *dinner pad* de l'appareil de Sayre.

On a déjà proposé pour obvier à la fatigue, aux dangers de la suspension cervicale, pour les maux de Pott douloureux, l'application de corsets plâtrés en position horizontale.

Longtemps j'ai employé le lit plâtré de Lorenz.

Nous avons à notre disposition un pelvi-support que nous avons fait construire, dont la partie supérieure en coulisse soutient les épaules du malade et le met en partie à faux. Il est possible avec cet appareil de placer un corset en extension horizontale.

Walker et Furneaux-Jordan (1) font un corset à bandelettes séparées, un sculet plâtré, le malade soulevé par des serviettes.

Petersen (2) a proposé un corset appliqué en position horizontale sur deux tables placées à une telle distance que le malade étendu horizontalement repose sur l'une d'elles par ses membres inférieurs tandis que sa tête porte sur l'autre.

Rauchfuss, chirurgien de l'hôpital de Moscou, dont nous avons eula visite à Clocheville il y a quelques années, a proposé un appareil à extension continue dont Reyher fait l'éloge. (3)

Le malade couché est soulevé par une ceinture à oreilles. Les poids du corps et de la tête sont les forces de traction et de contre-extension.

Je reproche à cet appareil sa trop grande mobilité, bien qu'il ait pour avantage d'accentuer comme dans le corset au hamac la courbure lombaire.

En résumé aucun de ces procédés ne vaut à mon avis le corset décrit plus haut.

Ce que l'on doit surtout rechercher dans la plupart des maux de Pott, c'est l'annulation de la contraction musculaire. Les causes mécaniques ont la plus fâcheuse influence sur la lésion ulcéreuse des vertèbres : le poids de la tête, celui des viscères thoraciques et des membres supérieurs tendent à infléchir le rachis en avant. Les masses musculaires spinales se contractent « par appréhension, » « par instinct de vigilance. » Elles immobilisent le tronçon rachidien malade et le gardent contre tout douloureux déplacement.

(1) Furneaux-Jordan, On the use of pulley — extension in the application of Jacket — the Lancet 1880. — I. p. 905.

(2) Petersen. Archiv. für Klin. Chirurg. t. XXXII, p. 182.

(3) Reyher, Die Behandlung der spondylitis dorsalis und lombalis mit dem zug- und Gezundung (arch. jur. Kin. chir. t. XIX, p. 341).

Sur le point miné par l'ostéite cette incessante contraction presse, tasse et effondre le segment tuberculeux.

Que ce soit en décubitus horizontal, si cette indication existe, que ce soit pour permettre la marche, le corset placé appliqué sur le hamac mettra par sa concavité postérieure accentuée les muscles en immobilisation relâchée.

Suivant la situation de la gibbosité, sa courbure, sa plasticité, qu'elle soit lombaire ou dorsale, il est possible de la faire coïncider avec le sommet de la concavité. On peut donc obtenir le maximum de la réduction possible.

Je crois que seuls les maux de Pott jeunes sont susceptibles d'être redressés.

Le redressement de Calot ne doit être tenté que si la gibbosité date au plus de 8 ou 10 mois.

Jusqu'à cette date sans grands efforts la plupart des courbures se déroulent.

Au-delà, la résistance à vaincre est trop considérable, il est presque impossible souvent et toujours imprudent de tenter la réduction.

Si vous avez affaire à un mal de Pott jeune vous pourrez, sous chloroforme ou sans anesthésie, dans le hamac, par pressions directes et flexion appuyée obtenir une diminution de la courbure pottique.

Si vous avez sous la main une gibbosité âgée, vous chercherez à obtenir une courbure de compensation.

Une légère ensellure lombaire compensera, par exemple, une courbure pottique dorsale.

Pour le mal de Pott des dernières cervicales ou des dorsales supérieures, vous pourrez noyer dans le plâtre en accentuant l'extension du cou le *Jurymast apparatus* (mat de fortune) de Sayre.

Je n'ai pas consciemment établi de comparaison du corset au Hamac avec les armatures d'acier garnies d'appuis axillaires qui font la joie des bandagistes. Ce sont des tuteurs que le malade soutient mais qui ne l'ont jamais soutenu. Sayre en a déjà depuis longtemps fait justice.

CONGESTION OCULAIRE D'ORIGINE ARTHRITIQUE

Par le D^r MOISSONNIER de Tours
Oculiste de l'Hôpital

(Communication faite au Congrès d'ophtalmologie de Paris 1902)

Dans l'arthritisme, l'hyperémie est un accident fréquent, dépendant d'un trouble de l'innervation vasomotrice, tantôt lié à une névralgie comme la congestion des paupières dans la névralgie faciale ; tantôt indépendant de toute espèce de douleur, mais intermittent ou périodique.

La fluxion hémorrhédaire est commune chez les arthritiques. Les accès d'éternuement et les accès d'asthme chez les arthritiques sont dus à des congestions passagères des fosses nasales ou du larynx.

L'œil lui-même n'échappe pas à ces troubles vasomoteurs.

Dans la forme que je veux décrire, il s'agit d'une hyperémie active, *diffuse et généralisée* du globe oculaire, qui prend une teinte rouge foncé. Toute la conjonctive et en particulier la conjonctive bulbaire est hyperémiée, mais les vaisseaux de la sclérotique sont surtout gonflés et gorgés de sang.

La cornée et l'iris ont leur éclat habituel; la pupille est mobile et le vitré transparent, tandis que la tension oculaire reste normale.

Tout réside donc *exclusivement* dans la congestion sclérale et le reste de l'œil est indemne.

Le malade a une sensation de cuisson et de gravier en même temps qu'un abondant larmoiement. La photophobie est marquée et l'oblige à tenir ses yeux à moitié fermés. Le malade souffre peu; il y a plutôt une gêne qu'une véritable douleur.

Cette affection est loin d'être rare et se rencontre dans les deux sexes, chez les sujets ayant atteint la quarantaine.

En général, un seul œil est touché, bien que les deux puissent l'être en même temps. Cette affection est passagère et guérit complètement, laissant la vision intacte, après avoir duré une dizaine de jours environ.

J'ai vu dans un cas récent, chez un homme de 55 ans, survenir à quelques jours du début deux ou trois vésicules très fines sur le limbe scléro-cornéen, qui ne tardèrent pas à éclater et à laisser une petite perte de substance analogue aux ulcères marginaux en coup d'ongle.

Peut-être même, ces ulcères marginaux résultent-ils toujours de fines vésicules ayant évolué insidieusement.

Cette affection survient presque toujours sans cause appréciable, bien entendu sur un terrain arthritique.

Le froid, un léger traumatisme, pourraient être incriminés.

Je l'ai observée chez plusieurs opérés de cataracte et c'est certainement au traumatisme opératoire qu'il faut l'attribuer.

Je puis citer entre autres cas une femme de 60 ans très arthritique, obèse, atteinte d'eczéma et d'hémorrhoïdes que j'ai opérée de cataracte à l'œil droit il y a 18 mois. L'opération se fait simplement et normalement. Les jours suivants la malade ne souffre aucunement et se plaint seulement de picotements dans l'œil. Mais au quatrième jour, en enlevant le bandeau, je suis désagréablement surpris de constater une vive congestion du globe, sans aucune trace d'iritis. La pupille est d'ailleurs noire, sans aucuns débris cristalliniens, et sans exsudats. La vision est bonne.

Je donne un gramme de sulfate de quinine dans la journée. Le lendemain l'œil est déjà mieux et je continue la quinine. Peu à peu l'œil blanchit et on pouvait le considérer comme guéri vers le quinzième jour.

Cette même malade revient en avril dernier pour son second œil, que j'opère de la même façon et aussi

simplement. Mais me rappelant qu'il s'agit d'une arthritique, dès le jour de l'opération et préventivement je prescris la quinine.

Cette fois l'œil se congestionne encore, mais beaucoup moins, et, c'est à peine s'il restait un peu rouge vers le douzième jour.

On pourrait objecter que peut-être il s'agit d'infection légère, mais je ne me suis pas arrêté à cette opinion puisqu'il n'y avait aucune trace d'iritis et que la cornée avait toute sa transparence.

D'ailleurs la quinine seule suffit-elle à enrayer les infections opératoires?

Il y a bien plutôt lieu de voir une relation de cause à effet et de penser que c'est le traumatisme opératoire qui a provoqué la congestion sur un terrain arthritique, prédisposé aux troubles vaso-moteurs. On sait que chez les arthritiques une contusion légère produit parfois une vive réaction. C'est ainsi que souvent une contusion du genou ou de l'épaule, qui, chez des sujets non diathésiques, n'entraîne aucune impotence du membre, provoque chez les arthritiques une poussée d'arthrite.

On ne saurait confondre cette affection avec la conjonctivite catarrhale, puisqu'il n'y a pas de sécrétion, symptôme principal dans la conjonctivite, ni avec l'iritis, bien qu'elle rappelle l'injection sclérale vive de l'iritis aiguë parce que les douleurs ciliaires violentes, la décoloration de l'iris, les exsudats pupillaires et les troubles visuels font complètement défaut.

Le diagnostic différentiel avec la sclérite et l'épisclérite mérite plus d'attention.

Dans la sclérite superficielle, il y a une inflammation en foyer bien localisé avec production d'un bouton épiscléral très sensible au toucher, parsemé de vaisseaux et de teinte violette, tandis que le reste de la sclérotique garde sa teinte normale.

Dans la sclérite profonde la marche est lente et chronique. L'inflammation s'étend souvent aux autres parties de l'œil. La cornée s'infiltré sur les bords — il y a des poussées d'iritis exsudative. La sclérotique peut présenter des bosselures qui se résorbent en laissant des cicatrices sombres qui s'amincissent avec le temps et prennent la teinte violet pâle translucide de la porcelaine et finissent par s'extasier.

Rien de pareil dans l'affection qui nous occupe. La marche est rapide et c'est en *totalité* que la sclérotique est congestionnée. Il n'y a pas de douleur. Il ne s'agit pas d'inflammation, mais d'un simple afflux de sang momentanément de la sclérotique, qui se reproduit toujours dans les mêmes conditions et forme bien une entité morbide que j'appellerai *hyperémie sclérale d'origine arthritique* de préférence au terme vague de congestion oculaire d'origine arthritique que j'avais choisi pour titre.

C'est la quinine qui est l'agent spécifique des désordres vaso-moteurs de l'arthritisme.

Il y avait donc lieu de l'essayer dans cette affection oculaire. Elle donne ici vraiment d'excellents résultats. Mais d'après les préceptes de Lanceraux, il faut

l'employer à doses suffisantes jusqu'à produire même un commencement d'intoxication caractérisée par des bruissements d'oreilles et des vertiges.

Dans certains cas on peut lui associer un traitement local : applications de compres-es humides, chaudes, des sangsues à la tempe.

Mais la quinine suffit généralement.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

ANALYSES

Pathologie comparée du pharynx ; par le Dr C. CHAUVÉAU, avec une préface de M. le professeur CADIOT (d'Alfort) ; avec 27 figures dans le texte. Paris, Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Haute-feuille, 1902.

Voici la table des matières de cet ouvrage très intéressant, non seulement pour les spécialistes, mais pour tous les médecins :

Notions préliminaires d'anatomie comparée.

Pharynx du cheval ; morphologie, rapports ; structure ; cavités nasales.

Pharynx du bœuf, du mouton ; du porc ; du chien ; du chat ; du lapin ; du canard.

Pathologie proprement dite.

Phlegmasies :

Comment le pharynx se défend ; protection contre les germes atmosphériques ; contre le bol alimentaire.

Comment le pharynx succombe : angines primitives ; terrain.

Causes générales de dépression : jeune âge ; faiblesse congénitale ; influence de l'espèce ; surmenage, nourriture mauvaise ; manque d'air et de lumière.

Causes locales de dépression : hérédité vicieuse du pharynx ; inflammations antérieures ; rôle de la solution de continuité dans l'infection gutturale.

Influence du froid : action du froid sur le revêtement cutané, accoutumance ; âge ; résistance individuelle ; état de santé ; races. Action du froid sur les infections. Action directe du froid sur le pharynx.

Microbes : leur arrivée dans le pharynx. Le pharynx porte d'entrée des infections.

Angines secondaires : infection par les cavités voisines ; infection par la voie sanguine.

Comment le pharynx réagit. Généralités ; absence apparente de lésion ; cantonnement ; diffusion du mal sur la muqueuse.

Anatomie pathologique : pharyngite catarrhale ; lésions épithéliales, glandulaires, interstitielles. Pharyngite phlegmoneuse. Pharyngites pseudo-membraneuses.

Symptomatologie. Généralités. Pharyngites catarrhale, phlegmoneuse, pseudo-membraneuses. Angines pseudo-membraneuses, banales, spécifiques. Diphthérie aviaire, du porc, des veaux.

Complications respiratoires, circulatoires, digestives, hépatiques, rénales, articulaires. Abscesses rétro-pharyngien.

Pronostic.

Diagnostic.

Déterminations pharyngées secondaires.

Pharyngites chroniques.

Gangrène du pharynx.

Tumeurs du pharynx.

Parasites du pharynx.

Index bibliographique.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Le Dr AUGUY serait reconnaissant à ses confrères de vouloir bien essayer les **comprimés de ferments d'huile de foie de morue** qu'il a retirés de cette huile en collaboration de M. Vergelot. D'après ses propres expériences ces ferments guérissent à la dose de 6 comprimés de 5 centigrammes par jour, la diarrhée des tuberculeux et diminue la fréquence des hémoptysies.

Le Dr AUGUY ne voulant pas s'en rapporter à sa seule expérience serait heureux de fournir gracieusement à ses confrères les quantités de comprimés nécessaires pour leurs expériences. Ecrire à M. Vergelot, 163, rue de Flandre, Paris.

Le Sang, par le Dr MARCEL LABBÉ, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. in-18 de 96 pages, cart. (*Actualités Médicales*). 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hauteville, Paris.

Dans cette nouvelle *Actualité Médicale*, M. Labbé expose avec précision et clarté l'orientation nouvelle donnée aux recherches et aux études qui ont été faites, avec tant de fruit, sur le sang, au cours de ces dernières années ; les principes de la technique qui a présidé à ces recherches ; enfin, et surtout, les résultats généraux obtenus, ce qu'on peut considérer comme les faits acquis, par l'emploi rigoureux des méthodes combinées de l'observation clinique et de l'expérimentation scientifique.

C'est une excellente introduction à l'étude du sang, où l'auteur met en relief tout l'intérêt que présente cette étude, tant au point de vue spéculatif de la Médecine générale, qu'au point de vue pratique du diagnostic et du pronostic des maladies.

Voici les trois grandes divisions du livre :

1^o Importance du rôle que joue dans l'organisme le sang, considéré comme intermédiaire des échanges vitaux et comme vecteur des éléments nutritifs.

2^o Composition chimique et histologique du sang. Remarquable équilibre physiologique de cette com-

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, 19, Rue de Bourgogne, PARIS.

position. Modifications apportées à cet équilibre par les états pathologiques.

3° Processus qui président à la naissance et à la mort du sang ; activité considérable de ces processus.

Mérite et fausses Mérites par J.-A. Doléris. Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut, ancien Président de la Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Le livre du Dr DOLÉRIS sur les Mérites et les fausses Mérites renferme les principes élémentaires de la Gynécologie courante, celle que tout médecin est appelé à observer journellement et qu'il doit nécessairement connaître. C'est l'A, B, C, de la pratique Gynécologique.

L'auteur ne s'est pas borné à des notions cliniques distribuées suivant un plan doctrinal et didactique. Son ouvrage est composé d'une suite de Mémoires dans lesquels la recherche scientifique, la discussion, la controverse même aiment singulièrement l'exposé et en rendent la lecture attrayante. Un certain nombre de ces Mémoires sériés sont bien connus et la réimpression en a été réclamée. D'autres sont récents et complètent utilement les premiers ; ce sont notamment la conséquence des traitements Gynécologiques sur la grossesse et l'accouchement, les recherches sur les Scléroses utérines.

La note dominante du livre c'est la démarcation nette entre la Métrite, maladie à substratum infectieux et les troubles divers qui ne sont pas la Métrite, mais qu'on confond souvent avec elle, tels que la congestion, la subinvolution, les hyperplasies de la ménopause, l'endométrite exfoliatrice, etc. Cela est le point de doctrine nouveau et autour duquel le groupement nosologique s'établit naturellement.

Chaque affection est étudiée dans ses moindres détails, de sorte que le livre renferme et résume les plus importants chapitres de la pathologie utérine.

Le traitement, avec les procédés les mieux appropriés à chaque espèce est conçu et exposé au point de vue médical aussi bien qu'au point de vue chirurgical.

La thérapeutique des affections utérines se trouve ramenée à des méthodes simples, sûres, sérieuses et logiquement déduites des considérations scientifiques rigoureuses discutées dans l'ouvrage.

Education, traitement et assistance des Enfants anormaux, par le Dr A. COURJON, Directeur Fondateur de l'Etablissement de Meyzieux (Isère).

Nous ne croyons mieux faire que de donner la préface de l'auteur, et les têtes de chapitre de cette brochure :

PRÉFACE : Aux Hommes de Bien, nous dédions ces pages.

En faveur des malheureux qui ne peuvent plaider pour eux-mêmes, nous sollicitons l'appui désintéressé de tous ceux à qui leur talent ou leur situation sociale permet d'élever la voix et d'exercer une influence sur leurs concitoyens.

La récompense de ces hommes, comme la nôtre, sera la haute et pure satisfaction que procure le sentiment d'avoir rempli un devoir d'Humanité, d'avoir contribué à instaurer un peu plus de Justice dans notre société en évolution vers le mieux ; d'avoir pu

épargner à des êtres humains des souffrances imméritées.

Sans distinction d'école philosophique, de confession religieuse, de parti politique, nous comptons sur le concours de tous les gens de cœur et de bonne foi.

Dr COURJON.

I. — Les anormaux. L'idiotie. Définitions. Causes.

II. — Curabilité de l'idiotie. Historique. Education psycho-physiologique.

III. — Situation des anormaux en France.

IV. — Assistance des anormaux.

PHTISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — L'Emulsion Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue la toux, la fièvre et l'expectoration. *De 3 à 6 cuillerées à café par jour dans lait, bouillon ou tisane.*

Dr FERRAND. — *Trait. de méd.*

Traité Clinique et Thérapeutique de la Tuberculose Pulmonaire, par le Dr S. BERNHEIM : 1 vol in-8 de 696 pages, 2^e Edition, revue et considérablement augmentée, broché 8 fr. Société d'éditions scientifiques et littéraires, F. R. de RUDEVAL et C^{ie}, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Cet ouvrage très documenté expose sous une forme précise et claire l'état actuel de nos connaissances sur la question si intéressante de la phtisie pulmonaire. S'inspirant de toutes les recherches poursuivies dans les différents pays et de ses observations personnelles, le Dr Bernheim est arrivé à faire un ouvrage complet et instructif pour le praticien.

Ce livre est divisé en neuf grands chapitres. L'historique, relativement court, cite les 4 grandes époques de la phtisie et l'auteur rend hommage à nos savants français, particulièrement à Laennec et à Villemin, qui ont si vivement contribué au progrès, à l'élucidation et à la mise au point de la question. Dans l'étiologie sont étudiées les différentes causes déterminantes, plus sociales que médicales. Dans un chapitre fort curieux sur la pathogénie, M. Bernheim conteste la valeur de l'hérédité tuberculeuse, qu'il traite de chimérique ; il rappelle des observations et des expériences remontant à plus de douze années et démontrant qu'un enfant issu de parents phtisiques ne vient pas au monde tuberculeux, mais que son organisme, conçu dans de mauvaises conditions, est un terrain prédisposé à cause de ses faibles moyens de résistance. Par contre l'âge, le sexe, le climat, le milieu ambiant, le genre de vie, la profession, les conditions physiologiques les maladies antérieures, exercent une influence considérable sur l'éclosion de la tuberculose.

La partie clinique de l'ouvrage a été l'objet de soins particuliers de l'auteur, qui n'a pas adopté les divisions et subdivisions du professeur Bard, préférant s'en tenir à l'ancienne classification moins schématisée. Il passe en revue les multiples symptômes si variés qu'on rencontre dans les différentes phases de la maladie, et il insiste particulièrement sur les signes pré-tuberculeux qui permettent de faire un diagnostic précoce et d'établir un pronostic et un traitement.

Après avoir exposé la valeur sémiologique des différents signes, le Dr Bernheim décrit les différentes formes de la tuberculose pulmonaire. Cette description n'est pas didactique, mais elle est prise sur le vif, telle que nous la rencontrons chaque jour.

Mais ce qui fera le principal attrait du praticien, ce sera la partie thérapeutique de cet ouvrage, où l'auteur fait bonne justice de toutes les drogues employées autrefois sans raison et sans succès, souvent même au préjudice du malade. Il passe en revue toute la pharmacopée antituberculeuse ancienne et moderne et il soutient que les agent médicamenteux doivent viser moins le bacille de Kock que le terrain du malade. A l'heure actuelle, il nous est impossible de détruire l'agent causal de la maladie, mais nous pouvons l'atteindre indirectement en préparant un terrain résistant, en améliorant l'état général du tuberculeux. Les agents naturels (aération continue, suralimentation et cure de repos), employés dans les sanatoria, n'agissent du reste, pas autrement. C'est par une étude très complète de la cure hygiéno-diététique, par une description des sanatoria et des dispensaires que l'auteur termine cet intéressant ouvrage.

NOUVELLES

Premier Congrès égyptien de Médecine (sous le haut patronage de S. A. le Khédive). *Le Caire, 19-23 décembre 1902* — FACILITES OBTENUES POUR LES CONGRESSISTES ET LEURS DAMES MUNIES DE CARTES SPECIALES. — *Chemins de fer français et italiens* : 50 0/0 de réduction. — *A. Compagnies de navigation et chemins de fer égyptiens* : Compagnie russe de navigation à vapeur et de commerce, Odessa, Constantinople, Smyrne, le Pirée, Alexandrie : 50 0/0; Khédivial Mail Line : 1^{re} Constantinople Mételin, Smyrne, le Pirée, Alexandrie, 50 0/0; pour les familles des Congressistes, 30 0/0. 2^e Ligne de Syrie, 40 0/0; pour les familles des Congressistes, 30 0/0 (Déduction faite de la nourriture calculée à 33 1/2 du prix du billet.) — La Compagnie du Lloyd autrichien avait accordé 25 0/0 sur les prix des billets simples et 35 0/0 sur les billets aller et retour, cette décision a été rapportée; des démarches sont faites actuellement auprès de cette Compagnie pour obtenir les avantages primitivement accordés. *Navigazione generale italiana*, pour 40 personnes voyageant ensemble, 30 0/0. — *Chemins de fer égyptiens* 50 0/0 (1^{re} classe, Alexandrie-Caire, 11 fr. 50; 1^{re} classe, Ismaïlia-Caire, 9 fr. 10; 1^{re} classe, Port-Saïd-Caire, 15 fr. 10), prix nets après réduction.

B. Voyages dans la Haute-Egypte : Voyage rapide en Haute-Egypte par chemin de fer (Prix établi avec la réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer égyptiens). Itinéraire : Départ du Caire, le soir, à 6 h. 30, arrivée à Luxor le lendemain matin, à 8 h. 30. Premier jour, excursion à Thèbes, Tombeaux des rois, Deir el-Bahari, Ramsès, les Colosses, Medinet Abou, Tombeau de la Reine Hatsou; Deuxième jour, Temples de Karnak et de Luxor; à 11 h. 20 matin, départ pour Assouan, arrivée à 6 h. 30 soir; Troisième et quatrième jours, Excursion à Philæ, le Barrage et la Première Cataracte; Visite à l'âne au Sanatorium; Promenade en barque à l'île d'Elephantine. Séjour dans les hôtels de Karnak (Luxor), Cataracte et Grand-Hôtel (Assouan) : Prix y compris tous les frais, voyage

en 1^{re} classe, 126 fr. 75; 2^e classe, 92 fr. 50. Voyages dans la Haute-Egypte par le Nil : Compagnie Thos. Cook et Son (Réduction de 50 0/0); Voyage de trois semaines (bateaux touristes, départ le 30 décembre, 25 Lst. (Prix net après réduction); Voyage de 19 jours (bateaux express), départ les 27 et 30 décembre, et 3 janvier, 10 Lst. 10 sh. (Prix net après réduction). Renseignements complémentaires aux Agences de la Compagnie Cook. — Anglo-American Nile Steamer et Hotel Company : Voyage de 20 jours (bateaux touristes 1^{re} classe). Prix net uniforme 25 Lst. (au lieu de 35 à 60 Lst. prix habituels). Les renseignements et l'itinéraire seront adressés aux Congressistes désireux de faire ce voyage et qui en feront la demande au Secrétariat du Congrès.

C. Excursions au Caire et dans les environs : Premier jour, matin : Matarieh, l'Arbre de la Vierge, Héliopolis, l'Obélisque, le Parc aux Autruches. Après-midi : La Citadelle, le Puits de Joseph, Panorama du Caire, Mosquées de Hassan et de Mohamed Aly. — Deuxième jour, matin : Pyramides de Ghizeh, Sphinx, Tombeaux, Musée égyptien de Ksar el Nil. Après-midi : Le Vieux-Caire, l'Eglise Copte, le Nilomètre, l'île de Rhodah. — Troisième jour, matin : Tombeaux des Khalifes, des Mameluks, Vice-Rois, retour par le Mousky. Après-midi : Promenade de Ghézireh, Grotte et Parc du Ghézireh Palace. 15 francs par personne, pour l'excursion d'une journée aux pyramides de Sakkarah; 45 francs par personne pour les 3 jours.

D. Hôtels du Caire : Prix réduits obtenus pour les Congressistes : Hôtel Bristol (par jour et par personne), 10 fr.; Hôtel du Nil, 10 fr.; Eden Palace Hôtel, 10 fr. Hôtel d'Angleterre, 13 fr. 15; Continental Hôtel 15 fr., Sheppard's Hôtel, 15 fr.; Ghézireh Palace Hôtel, 15 fr.; Savoy Hôtel, 16 fr. 90.

Programme élaboré pour les Congressistes disposant de peu de temps. — 17 décembre, première excursion au Caire; le 18, deuxième excursion au Caire; le 24, troisième excursion au Caire; le 25, excursion à Sakkarah; les 26, 27, 28, 29, 30, excursion rapide en Haute-Egypte par chemin de fer; les 31 décembre et 1^{er} janvier, excursion sur le canal de Suez le 1^{er} janvier à 4 heures de l'après-midi. — Des fêtes et réceptions en l'honneur des Congressistes seront données par S. A. le Khédive, le Gouvernement égyptien, le Comité d'organisation. — Le programme définitif en sera publié ultérieurement. — N.B. Les Congressistes qui désirent prendre part aux voyages et excursions indiqués ci-dessus, sont priés de vouloir bien adresser au plus tôt leur démission au Secrétariat général du Congrès au Caire. — Les adhésions et cotisations sont reçues chez M. le Dr ACHARD, faubourg St-Honoré, 1^{er} 4, où les cartes de Congressistes leur sont aussitôt délivrées.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Institut de Médecine Coloniale rattaché à la Faculté de Médecine de Paris

L'Institut de médecine coloniale est créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours dureront environ deux mois et demi.

Le 1^{er} cours commencera le 15 octobre et sera terminé le 25 décembre 1902.

PEUVENT S'INSCRIRE

Les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

CERTIFICAT D'ÉTUDES

A la fin du cours, les étudiants qui désirent un certificat d'études subiront un examen.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire seront donnés à la Faculté de médecine, à l'Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, dans les Laboratoires suivants :

Pathologie expérimentale et comparée — Parasitologie — Hygiène

L'enseignement clinique sera donné à l'Hôpital d'Auteuil (Hôpital des Dames françaises), 73, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire aura lieu dans l'après-midi tous les jours de la semaine, sauf le lundi à l'Ecole pratique.

L'enseignement clinique et le cours de Pathologie tropicale, deux fois par semaine, le matin à 10 heures, à l'Hôpital d'Auteuil.

PROGRAMME DES COURS

I. Technique Bactériologique et Hématologique

par M. le Professeur CHANTEMESSE
(15 leçons et démonstrations pratiques)

Sterilisation.
Milieux de culture.
Méthodes de coloration.
Méthodes de culture.

Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc.
Analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y feront immédiatement suite, les élèves seront mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colrations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. Parasitologie

par M. le Professeur BLANCHARD
(21 leçons et démonstrations pratiques)

Parasites animaux.
Examen du sang de l'homme et des animaux. Analyse des matières fécales.
Parasites du sang. Fièvres palustres.
Filaires.

Bilharzia.
Nématodes.
Cestodes, etc.
Animaux venimeux.
Parasites végétaux.
Mycoses.

(1) Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accès par : 1° Tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt) ; Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange). — 2° Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour). — 3° Bateaux-mouches (Point-du-Jour).

III. La Chirurgie des Tropiques

PAR M. LE PROFESSEUR LE DENTU
(4 leçons)

Abcès du foie. | Abcès tropicaux. | Eléphantiasis, etc.

IV. L'Ophtalmologie sous les Tropiques

PAR M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE
(2 leçons)

V. Pathologie et Hygiène Tropicales

PAR M. LE D^r WURTZ, CHARGÉ DE COURS

PATHOLOGIE EXOTIQUE (17 leçons)

Peste.	Filariose. Bilharziose. Dracunculose.
Fièvre jaune.	Lèpre.
Choléra.	Béribéri.
Dysenterie. Diarrhée des pays chauds.	Bouton de Biskra, d'Alep, etc.
Fièvre de Malte. Fièvre méditerranéenne.	Pian.
Fièvre récurrente.	Verruga. Pied de Madura.
Fièvres paludéennes.	Maladie du sommeil.
Fièvre hémoglobinurique.	Fièvre japonaise de rivière, etc.

HYGIÈNE TROPICALE (10 leçons)

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE

20 exercices appliqués aux maladies tropicales
(Laboratoire d'Hygiène)

VI. Affections de la peau

PAR M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANSELME
Conférences de DERMATOLOGIE TROPICALE

Prix du Cours. — Le prix de cet enseignement et les conditions dans lesquelles la gratuité peut être obtenue sont fixés par le Comité de direction de l'Institut de médecine coloniale.

S'adresser à ce sujet, par écrit, au directeur de l'Institut de médecine coloniale : M. le Professeur BROUARDEL, 68, rue de Bellechasse, Paris, et pour tous autres renseignements, au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Le Directeur de l'Institut de médecine coloniale :

P. BROUARDEL.

Le Doyen :

DEBOVE.

LISTE DES MÉDECINS DES STATIONS THERMALES

Et des stations d'hiver.

Afin de rendre service à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas de correspondants dans les stations thermales et d'hiver, nous publions la liste des médecins de ces stations qui sont nos abonnés :

D^r Castelbou. — D^r Lalou. — D^r Verdalle, à Cannes. — D^r Gallot. — D^r De Langenhagen, à Menton. — D^r Leriche, aux Eaux-Bonnes, et au Sanatorium de Meung-sur-Loire (Loiret). — D^r Verdalle, à la Bourboule. — D^r Bartoli, à Châtel-Guyon. — D^r Veillon, à Vichy.

VARIA

Notre confrère le D^r 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.

VIN GIRARD

de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

BIOPHORINE 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.

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