

INVERSION UTÉRINE TOTALE IRREDUCTIBLE SURVENUE AU MOMENT DE LA DELIVRANCE APRES L'ACCOUCHEMENT. — HYSTERECTOMIE VAGINALE UN MOIS APRES; GUERISON.

Par le D^r LAPEYRE

La rareté de l'inversion utérine totale à la suite de l'accouchement, la rareté plus grande encore de son irréductibilité, me décident à publier cette observation à propos de laquelle j'ai fait, en 1901, au congrès d'obstétrique et de gynécologie de Nantes, une communication sur le traitement de l'inversion utérine irréductible.

Je rappellerai très brièvement les éléments de cette communication.

Dans l'inversion utérine irréductible à la suite de l'accouchement deux groupes de faits doivent de suite être séparés.

1^{er} Ceux, les plus rares, dans lesquels l'inversion se produisant brusquement entraîne de suite des accidents d'hémorragie ou d'infection par sphacèle, qui exigent l'intervention immédiate. C'est dans ce groupe que prend place mon observation.

2^e Ceux plus fréquents, dans lesquels l'inversion utérine se constitue sans accidents immédiats et n'exige qu'après des mois ou des années l'intervention du chirurgien.

Les faits du 1^{er} groupe exigent l'ablation rapide de l'utérus, et l'hystérectomie vaginale, du reste particulièrement facile, est seule indiquée.

Dans le 2^e cas, par contre, si la femme est jeune, le chirurgien doit chercher à substituer à l'hystérectomie pure et simple une intervention conservatrice permettant la remise en place de l'utérus.

Deux modes d'intervention sont possibles :

La colpohystérectomie ou opération de Küstner;

La laparotomie permettant d'agir directement sur l'anneau d'étranglement qui s'oppose à la réduction.

Au Congrès de Nantes, j'ai plaidé théoriquement la cause de la laparotomie, contre celle de la colpohystérectomie par le cul-de-sac antérieur seule admise par Oui et par Segond.

Depuis, mon collègue et ami le professeur Vignard (de Nantes) a eu recours avec succès à la laparotomie.

Dans un intéressant mémoire, il a dit toute la facilité avec laquelle la laparotomie lui avait permis le retourne-ment de l'utérus, sa fixation en bonne place par l'hystéropexie.

Je crois que la laparotomie dans les cas anciens doit être dorénavant préférée à la colpohystérectomie et je suis heureux de l'avoir pensé et dit, alors que la colpohystérectomie recueillait la presque universalité des suffrages.

Je renvoie, pour plus ample informé, mes lecteurs à la lecture du travail de Vignard dans les Archives Provinciales de Chirurgie.

OBSERVATION. — Marie R. âgée de 26 ans, entre à l'hôpital de Tours, salle 14, lit n° 11, le 9 octobre 1899.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Réglée à 14 ans régulièrement.

Mariée à 25 ans. En novembre 1898 retard des règles d'un mois, puis expulsion d'un caillot avec hémorragie, considéré comme une fausse couche.

Les règles reviennent normales, puis se suppriment à partir du 1^{er} janvier 1899; la malade est de nouveau enceinte.

La grossesse est normale, aucune complication, pas même de vomissements.

La malade accouche le 8 octobre avant minuit, après 12 heures de travail sans difficultés excessives.

Il n'a été fait aucune intervention.

L'enfant, un garçon de poids ordinaire, s'est cependant présenté par le siège.

Après l'accouchement la délivrance se faisant un peu atten-

dre et la malade perdant un peu de sang, la sage-femme qui fait l'accouchement exerce des tractions sur le cordon. Ces tractions paraissent avoir été violentes, car la malade déclare avoir ressenti des tiraillements atroces.

L'extraction du placenta est suivie d'une hémorragie terrible, et la sage-femme, en pratiquant le toucher, tombe immédiatement sur une masse dont elle ne reconnaît pas la nature.

Un médecin, appelé en toute hâte, constate l'inversion de l'utérus en même temps que l'état syncopal de l'accouchée. Il pratique immédiatement un tamponnement serré, fait une injection d'un litre de sérum artificiel et ordonne le transport immédiat à l'hôpital.

La malade entre à la maternité, et, le matin même, le chef de service, le D^r Thierry, essaya la réduction manuelle. L'hémorragie reparait très violente, empêchant toute persistance dans les manœuvres de réduction. Nouveau tamponnement et nouvelle injection de 500 cent. cubes de sérum pour lutter contre le shock résultant de l'hémorragie.

Le lendemain matin 10 octobre, la malade passe en gynécologie, la fièvre s'élève à 39° dès le soir.

Le 11 au matin, la malade est examinée :

La malade normalement constituée, plutôt petite, est absolument décolorée, teint blafard, muqueuses pâles, voix défaillante, peau froide et suante, pouls petit et rapide.

Il existe des douleurs abdominales et lombaires, les urines sont rares et leur émission est douloureuse.

A l'inspection au spéculum on aperçoit dans le vagin une tumeur le remplissant, tumeur saignante qui n'est autre que le fond de l'utérus, ainsi que permet de le constater le palper combiné au toucher.

L'inversion paraît totale, il n'existe, ni à la vue, ni au toucher, de sillon permettant de reconnaître l'orifice du col, à travers lequel se serait engagé le fond retourné en doigt de gant.

Sans chloroforme, car la malade est trop faible pour être anesthésiée, une nouvelle tentative de réduction manuelle est faite.

L'échec est complet, et la tentative est abandonnée, car une déchirure pourrait être à craindre, et, du reste, l'hémorragie, qui réapparaît, commande de ne pas s'attarder plus longtemps à de dangereux efforts.

Un tamponnement à la gaze iodoformée est immédiatement pratiqué, et pour arrêter l'hémorragie, et pour essayer la réduction lente que recommande le D^r Pozzi.

Du 11 au 20 octobre, le tamponnement est renouvelé tous les deux jours; l'état reste aussi mauvais. Il persiste un suintement sanguin continu qui augmente dès qu'on enlève les tampons. L'involution utérine se fait, mais l'utérus ne se réduit pas. A l'état de shock persistant engendré par l'hémorragie, s'ajoute une fièvre d'infection qui atteint et dépasse même 40° le soir.

Le 13 décembre, quelques débris de placenta adhérents sont aperçus et enlevés à la pince; dès ce moment la fièvre baisse pour tomber vers le 21.

Chaque matin, on injecte 300 grammes de sérum, car l'espoir de sauver la malade paraît très minime, tant le facies et le pouls sont mauvais.

Le 21, la fièvre est tombée, l'écoulement sanguin est presque tari, l'état général est un peu meilleur. La malade prend deux litres de lait, les injections devenues très pénibles sont abandonnées.

Lentement mais d'une façon continue, l'état s'améliore, les muqueuses se recolorent, le pouls devient meilleur, l'appétit revient avec les forces.

Néanmoins, le suintement sanguin persiste, et il paraît impossible que la malade puisse se relever tant que l'utérus restera en inversion.

Je décide d'attendre, pour tenter à nouveau la réduction ou une intervention sanglante, que l'état général se soit suffisamment relevé, bien décidé cependant à ne pas laisser la malade trop longtemps exposée aux dangers que crée l'inversion.

Le 9 novembre, c'est-à-dire juste un mois après l'accouchement, l'utérus paraît déjà très revenu sur lui-même, et d'autre part, l'état est à peu près satisfaisant.

Le lendemain matin 10 novembre, éthérisation et nouvel essai de réduction manuelle sans résultat.

Immédiatement alors l'utérus est saisi par son fond avec deux pinces à traction. Le fond se déchire et se perfore sous la simple pression des pinces; toute opération conservatrice devenant impossible, je pratique l'hystérectomie vaginale.

L'opération est facilement faite, l'incision circulaire est faite sur le col senti entre les doigts.

La vessie n'accompagnant pas l'utérus, le temps du décollement est supprimé. Le doigt, introduit en arrière, contourne le col et fait saillie sous le péritoine entre les deux ligaments larges.

Le ciseau ouvre le péritoine sur ce doigt et il ne reste plus qu'à placer deux clamps de haut en bas sur chaque ligament large.

L'opération n'a demandé que quelques minutes et l'utérus a été enlevé en entier sans qu'il parût le moindrement utile de faire la section médiane.

La malade supporte très bien l'opération et se relève très rapidement après l'ablation de l'utérus.

Elle sort le 2 décembre encore anémiée, mais en très bonne santé et prête à recouvrer rapidement son activité antérieure.

L'utérus enlevé a été soigneusement examiné et présenté à la Société médicale de Tours.

L'inversion était absolument totale, le col complètement retourné s'ouvrait dans l'abdomen et les deux ligaments larges s'engageaient dans l'orifice pour se fixer aux côtés du fond retourné.

Les ovaires et les trompes restaient en dehors de l'infundibulum très étroit, et ne s'engageaient nullement dans la cavité.

Pièce en mains, la réduction a été tentée sans aucun succès, l'orifice très étroit, laissant passer les deux ligaments larges tout juste, s'opposait absolument au passage du corps.

Je noterai comme intéressantes à signaler :

1^o La friabilité extrême de l'utérus due certainement à l'infection et faisant qu'il se déchirait sous la moindre traction ;

2^o L'involution complète qu'il avait déjà subie.

L'utérus ne mesurait plus en effet que 10 centimètres de circonférence et 9 centimètres de long.

RÉFLEXIONS

Avant d'étudier l'inversion utérine totale irréductible dans ses indications opératoires, je crois d'abord devoir présenter quelques réflexions sur la gravité extrême de l'hémorragie initiale, les services énormes qu'a rendus le sérum et enfin la facilité, en pareil cas, de l'hystérectomie vaginale.

Comme l'avait déjà noté le professeur Duret (1), la vessie n'accompagnant pas l'utérus, la facilité de l'opération est très grande, et l'incision du cul-de-sac sur le col sans danger.

La section médiane antérieure, exécutée par M. Duret et recommandée par lui, paraît, en raison même de cette simplicité de l'opération, inutile. Procédé ingénieux pour faciliter l'abaissement et la bascule de l'utérus, elle ne trouve pas ici ses indications et devient indifférente.

Je m'en suis, pour ma part, dispensé, surtout dans le but de garder la pièce intacte pour en apprécier le degré d'irréductibilité.

J'arrive maintenant à la question du choix de l'intervention dans l'inversion utérine puerpérale irréductible, avec accidents immédiats, laissant volontairement de côté tout ce qui concerne l'obstétrique et notant seulement que dans mon observation, il s'agit d'une primipare, d'un accouchement par le siège et enfin qu'il y a eu certainement des tractions exagérées sur le cordon.

Le choix de l'intervention dans l'inversion puerpérale irréductible est la question la plus intéressante que soulève cette opération.

En effet, l'irréductibilité de l'inversion est un fait extrême-

mement rare, et l'inversion puerpérale elle-même ne compte que de rares exemples.

Ni Bouilly, ni Segond n'ont rencontré d'inversion irréductible sur plus de 500 hystérectomies qu'ils ont pratiquées et le Dr Legueu (1), qui en a opéré un cas, ne compte guère dans ces dernières années, en France, qu'une dizaine d'inversions, dont le plus grand nombre n'a pas nécessité d'intervention.

Aussi les opérations de chaque ordre sont-elles rares, et la comparaison entre elles, par suite, peu facile.

J'écarterai d'emblée les méthodes anciennes : amputation à l'écraseur, amputation après ligature élastique qui ont définitivement cédé le pas dans ces dernières années à l'hystérectomie vaginale, et dès lors je n'ai plus à considérer que trois opérations rivales :

1^o La laparotomie exécutée par G. Thomas dans le but de réduire l'inversion et pouvant mener aujourd'hui à l'hystérectomie abdominale.

2^o L'hystérectomie vaginale déjà préconisée théoriquement en 1885, par le Professeur Terrier et exécutée pour la première fois par l'Américain Baldy en 1891.

3^o L'opération conservatrice de Küstner et ses dérivés, ayant pour but de lever, par une incision longitudinale, l'obstacle à la réduction et de remettre en place l'utérus suturé, exécutée pour la première fois en 1893.

Mais ces trois interventions ont été, chacune, pratiquées si rarement, que leur comparaison entre elles et au point de vue des indications repose sur des bases peu solides.

La laparotomie ne semble avoir été faite (2) que deux fois et avoir donné deux insuccès, d'où pour elle une véritable défaveur.

Cette défaveur est à coup sûr méritée, quand des accidents immédiats exigent l'intervention.

En pareil cas, en effet, l'utérus doit être supprimé et l'hystérectomie vaginale est à la fois plus facile et moins dangereuse que la voie abdominale conduisant à l'ablation, à travers la cavité péritonéale, d'un utérus infecté.

L'opération conservatrice de Küstner ne peut même être discutée.

Les observations restent cependant très rares.

L'hystérectomie vaginale pratiquée par Baldy en 1891, puis par Legueu et par Duret 2 fois en 1894, n'a guère été pratiquée depuis. Ni Beckmann (3), ni Taste n'en signalent de nouveaux cas, et je ne vois guère à noter, comme opérations nouvelles, que trois hystérectomies relatées par Perlis.

Ainsi mon observation s'ajoute à un très petit nombre de faits identiques antérieurs.

Dans l'inversion utérine ancienne, les procédés de conservation méritent, par contre, d'être tentés avant l'hystérectomie vaginale.

La laparotomie méritait d'être tentée, elle ne l'a pas été avant Vignard; au contraire, l'opération de Küstner a été employée dans les quelques cas qui se sont présentés (1).

Essin Möller (Centralblatt. f. Gynæc. 1898 n° 44) ne trouve que 6 observations de réduction par le procédé de Küstner typique ou (1) modifié (Kehrer); depuis un ou deux cas ont été publiés avant ceux du Dr Oui (de Lille).

La mortalité opératoire par le procédé de Küstner a été nulle. Sur les six premiers cas il y a eu deux insuccès de réduction.

(1) Dr Legueu, *Th. Brasseur*, 1895. — *Th. Taste*, Lyon, 1896. — *Traité de Gynécologie* en collab. avec Labadie-Lagrave.

(2) Avant 1901.

(3) Beckmann, *Centralbl. f. Gynæc.* 1895.

(4) Giovanni Piccoli, *Centr. ital. Gynæc.* 1898 n° 2. — Wistermark, *Central. f. Gynæc.* 1899, 20 janv.

(1) Duret, in. *Th. Brasseur* (Paris, 1898).

L'hystérectomie garde donc encore ses droits dans l'inversion utérine ancienne, il lui reste, à tout le moins, les insuccès de la méthode conservatrice.

Par la laparotomie, il est vrai, la proportion des insuccès paraît devoir être beaucoup abaissée; c'est pourquoi, c'est elle et non la colpohystérectomie que j'oppose à l'hystérectomie vaginale.

CONCLUSIONS

L'inversion utérine puerpérale peut être traitée à deux époques différentes de son évolution :

1^o A sa *période aiguë*, moins de six semaines après l'accouchement, avant la fin de l'involution.

2^o A sa *période chronique*, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années.

Les observations recueillies par Baldy, Legueu, Duret, Küstner, tous les auteurs, sauf peut-être (1) Perlis, concernent des inversions chroniques datant d'au moins quatre mois; dans ces cas, la laparotomie ou le procédé de Küstner doivent être certainement essayés, car il n'y a plus à craindre ni l'infection, ni l'hémorragie.

Au contraire, dans la forme aiguë puerpérale nettement signalée par Perlis (2) qui en a observé 7 cas, et répondant absolument à mon observation, la gravité immédiate des accidents commande l'intervention d'urgence.

Il s'agit toujours, semble-t-il, dans ces cas, d'inversion totale. Ce degré de l'inversion s'accompagnerait toujours, d'après Perlis, d'accidents redoutables.

« Les accidents, écrit Perlis, sont toujours très graves, foudroyants même dans les 2/3 des cas. Deux femmes sur trois succombent à l'hémorragie foudroyante de la délivrance, alors que la mortalité générale de l'inversion n'est que de 14 à 25 0/0 (statistiques de Winckel et Bukmann.)

L'hystérectomie vaginale sera alors faite, soit d'emblée pour parer à l'hémorragie, soit peu après pour couper court aux complications de gangrène et d'infection.

Il ne peut être question de chercher à réduire dans l'abdomen un utérus saignant et infecté qui se déchire et se perforé du reste sous la moindre prise des pinces.

LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE

traitées suivant la technique de Lorenz

Par le D^r BOUREAU

Chirurgien en chef de l'Hôpital de Clocheville.

Il semble que les médecins prennent encore trop à la lettre la condamnation de Nélaton proclamant l'incurabilité des luxations congénitales et soient peu au courant des résultats auxquels ont abouti les efforts de Lorenz, de Paci et de Hoffa. A Lyon Nové-Losserand, à Paris Kirmisson, Brun et Ducroquet, à Bordeaux Piechaud ont déjà publié un certain nombre de faits qui prouvent qu'il y a mieux à faire pour ces infirmes qui vont roulant péniblement sur leurs hanches comme des canards, que de les abandonner à leur sort ou de les donner aux orthopédistes qui les rendent bardés de fer et aussi agiles que devait l'être un chevalier du moyen âge.

J'ai choisi, pour les présenter à la Société médicale

d'Indre-et-Loire, les deux enfants dont on trouvera plus bas les observations et les radiographies, parce qu'ils représentent les deux types cliniques de luxation congénitale, et les résultats que peuvent donner ces deux variétés par la réduction non sanglante décrite par Lorenz.

Première variété — dans laquelle la cavité cotyloïde est suffisante pour recevoir la tête fémorale — on peut obtenir une *réduction anatomique* et un succès complet.

Deuxième variété — dans laquelle la cavité cotyloïde atrophiée n'existe plus. — La tête fémorale est alors réduite en *luxation antérieure appuyée* sous l'épine iliaque antéro-inférieure. Le résultat esthétique est incomplet mais le résultat fonctionnel est bon.

Dans la première observation comme l'indique la radiographie (Fig. n° I.), la cavité cotyloïde existe encore, l'ovale



Fig. I
Th. J. avant la réduction

clair qui l'indique a des bords très nets, la réduction anatomique était possible, elle a été réalisée comme l'indique la radiographie (Fig. n° II.). Il est même curieux de cons-

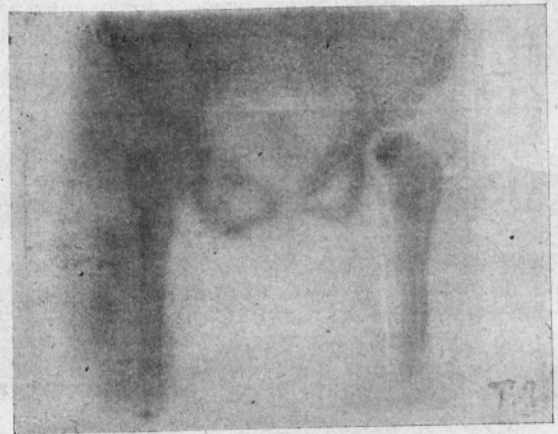


Fig. II
Th. J. après la réduction

tater que la tête fémorale *en tampon* sur la première radiographie s'est déjà arrondie et adaptée à sa nouvelle situation normale.

Thérèse J. — 10 ans.

Luxation congénitale droite — raccourcissement de 5 centimètres. — Boiterie très accentuée.

(1) W. Perlis (Kiew). De l'inversion totale irréductible. *Centralbl. f. Gynæc.* 1898, n° 9.

(2) W. Perlis. (Loco citato).

Radiographie: Tête fémorale en tampon dans la fosse iliaque externe. Cavité cotyloïde nette à bords accentués.

Le 15 novembre 1902, application de la vis de Lorenz — tractions vigoureuses.

Manœuvres de réduction sous le chloroforme très pénibles. On obtient difficilement, en raison de l'âge de l'enfant, la rupture de la capsule.

En février 1903 plâtre en deuxième position permettant la marche.

Depuis le 15 mars l'enfant marche sans appareil. La radiographie indique une réduction anatomique.

L'articulation possède tous ses mouvements, l'enfant s'assied sur un tabouret, met les jambes en tailleur, court et marche correctement.

On ne trouve aucun raccourcissement.

Le bassin est encore légèrement incliné, l'atrophie fessière et fémorale n'a pas complètement disparu, mais dans quelques mois sous l'influence du retour à la marche normale ces vestiges de la luxation congénitale disparaîtront.

La seconde observation (2^e variété) concerne une fillette chez laquelle la radiographie indiquant une atrophie de la cavité cotyloïde (Fig. III.), il ne fallait pas dans cette variété



Fig. III
Berthe T. avant la réduction

espérer une réduction anatomique; les manœuvres de réduction ne pouvaient que donner une transposition de la luxation postérieure, sans appui, flottant sous les muscles fessiers, en luxation antérieure prenant son point d'appui sous l'épine antéro-inférieure, permettant à la tête fémorale de se constituer une néarthrose solide et résistante. (Fig. IV)

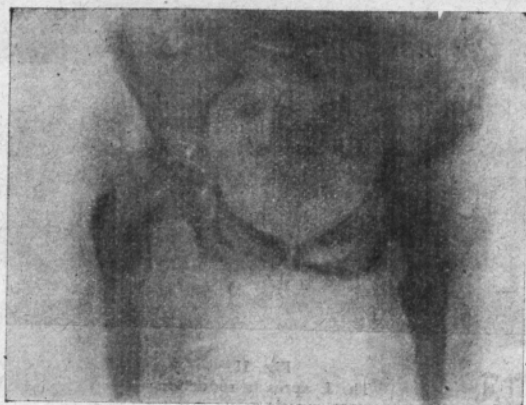


Fig. IV
Berthe T. après la réduction

En luxation postérieure, situation des luxations congénitales, à mesure que l'enfant augmente de poids la tête fémorale remonte, le raccourcissement augmente, la marche devient de plus en plus pénible. Réduite en luxation

antérieure, calée sous l'épine iliaque, la tête fémorale est fixée et ne peut remonter.

La néarthrose solide qu'elle arrive à constituer permet une marche aussi résistante que du côté sain, bien qu'il subsiste un certain degré de boiterie.

BERTHE T. — 11 ans 1/2.

Luxation congénitale droite, 6 centimètres de raccourcissement. Boiterie très accentuée.

Radiographie: tête fémorale bien conservée, cavité cotyloïde complète, rudimentaire.

Le 16 décembre 1902, tractions à l'aide de la vis de Lorenz, manœuvres de réduction laborieuses, capsule très résistante.

En mars 2^e position.

L'enfant marche depuis le 15 juin sans appareil.

Le raccourcissement a disparu complètement. Le membre est encore atrophié. Le bassin est incliné.

La néarthrose est encore rigide.

Elle ne possède pas l'amplitude des mouvements. Il est encore besoin de masser l'articulation. On constate une boiterie peu accentuée.

Mais la marche n'est plus pénible et elle se fait sans fatigue.

Il y a lieu de tenir compte pour ces deux faits de l'âge des enfants.

Au delà de 10 ans, dit Lorenz, la réduction est très difficile, s'obtient rarement. Kirmisson a publié un seul cas où il put l'obtenir à 12 ans.

Nous-même dernièrement n'avons pu réduire une luxation chez une enfant de 12 ans et demi.

Nous avons joint aux clichés radiographiques de ces deux malades deux clichés intéressants.

L'un (Fig. n° V.) est la radiographie avant l'opération



Fig. V
Luxation congénitale de 8 ans, avant la réduction

d'une luxation congénitale d'une fillette de 8, ans présentant une cavité cotyloïde bien conservée.

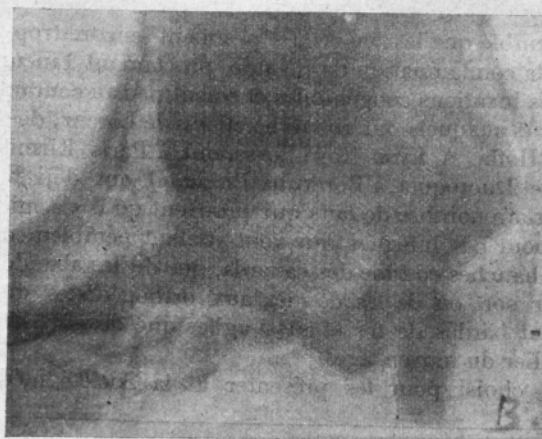


Fig. VI
Luxation congénitale de 8 ans sous plâtre, après réduction

La seconde radiographie de la même malade (Fig. n° VI.) a été prise après réduction sous l'appareil plâtré dont on peut voir les contours. On peut constater que le fémur en abduction à angle droit présente sa tête exactement en face de la cavité cotyloïde; il est donc probable que dans ce cas le résultat esthétique et fonctionnel sera parfait.

La figure n° VII donne également la radiographie sous



Fig. VII
Luxation congénitale réduite
sous plâtre. — Fillette de 9 ans

plâtre après réduction d'une autre luxation congénitale de 9 ans.

La réduction a été obtenue ainsi qu'on peut le voir. Malheureusement il me manque la radiographie faite avant l'opération. La figure VIII est la radiographie d'une luxation

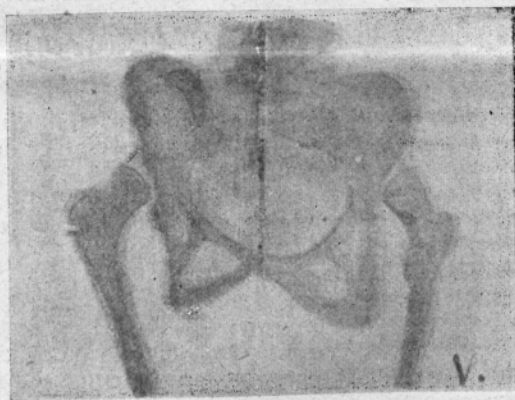


Fig. VIII
Luxation congénitale double

congénitale double dont un côté a été réduit. La radiographie après opération n'est pas encore prise.

On doit savoir à la lecture de ces radiographies que l'espace clair qui sépare les têtes fémorales des os iliaques est l'emplacement des surfaces cartilagineuses.

Les cartilages ne font pas obstacle aux rayons X; ce sont donc eux qui comblent ces espaces.

Ces radiographies sont dues à notre aimable confrère le Dr Joulia; elles viennent de son laboratoire qui a été mis à notre disposition pour l'Asile de Clocheville, en attendant que notre service soit pourvu d'une installation radiographique.

J'espère plus tard revenir sur cette question et donner à

nos lecteurs une idée plus complète des lésions, du diagnostic et du traitement des luxations congénitales. Je n'ai voulu aujourd'hui que leur montrer avec preuves à l'appui que la réduction non sanglante de Lorenz était susceptible de donner de beaux résultats et qu'elle constituait une des plus belles conquêtes modernes de la chirurgie orthopédique.

CYLINDROME DE LA GLANDE LACRYMALE. OPÉRATION DE KRÖNLEIN

Par le docteur MOISSONNIER de Tours

Oculiste de l'hôpital.

La question des tumeurs de l'orbite qui fait le sujet du rapport du présent Congrès (1) m'a engagé à vous rapporter l'observation suivante concernant un cas de tumeur de la glande lacrymale.

Madame B., âgée de 42 ans, vient me consulter en octobre 1899 pour son œil gauche qui l'inquiète.

Elle a remarqué qu'il devient plus saillant que l'œil droit; le début remonte à plus d'un an et l'exophtalmie progresse lentement mais régulièrement.

Elle ressent de temps en temps des douleurs parfois vives dans le front et la tempe.

Le globe oculaire n'est pas augmenté de volume, il a son aspect normal, n'est ni sec, ni larmoyant.

Elle est émotionnable et pleure facilement et a remarqué que les larmes coulaient aussi bien à gauche qu'à droite.

Rien à l'ophtalmoscope; d'ailleurs la vision n'est pas altérée.

L'exophtalmie est directe en avant et l'œil semble abaissé légèrement en bas, sans déviation de son axe antéro-postérieur.

Tous les mouvements sont conservés. Il n'existe aucune tumeur apparente près de l'œil ou sous les paupières.

On ne retrouve absolument rien dans les antécédents; elle nie la syphilis et ne se souvient pas avoir reçu de traumatisme sur la région temporale gauche.

Les ganglions cervicaux et préauriculaires ne sont pas engorgés.

Immédiatement l'idée d'une tumeur intra-orbitaire vient à l'esprit.

Mais j'avoue que mon embarras devient grand, quand il s'agit de déterminer et le siège et la nature de cette tumeur.

J'élimine d'emblée l'hypothèse d'une tumeur du nerf optique, malgré l'exophtalmie directe, bien constatée ici, parce qu'elle s'accompagne de troubles visuels précoces avec névrite optique.

Mais cette tumeur pourrait siéger dans l'entonnoir musculaire, avoir pour point de départ un muscle, et sans produire de réaction sur le nerf optique. Le droit supérieur pourrait être incriminé à cause de l'abaissement léger du globe.

Amoins que ce soit une tumeur du plancher de l'orbite. En tous cas j'élimine franchement les sinusites frontales et éthmoïdales et même les tumeurs de la glande lacrymale, qui s'accompagnent en général de déviation du globe soit en dehors, soit en dedans, et de saillie apparente sous l'arcade sourcilière.

Quoiqu'il en soit du siège exact, étant donnés la marche lente, le bon état général de la malade, l'absence de ganglions, je crois à une tumeur bénigne.

(1) Congrès de la Société française d'ophtalmologie — mai 1903.

Je ne retrouve aucune fluctuation rappelant les kystes simples ou hydatiques et je ne fais aucune ponction exploratrice.

Le globe ne rentre pas dans l'orbite sous la pression, donc pas de tumeur vasculaire simple.

On ne constate ni bruit, ni pulsations isochrones au pouls, pas de tumeur pulsatile.

J'ai donc, après ce premier examen, l'impression qu'il s'agit d'une tumeur bénigne rétro-bulbaire.

Suivant l'habitude, dans le doute je tente un traitement anti-syphilitique énergique par les injections de cyanure d'hydrargyre, pendant deux mois sans résultat.

Le cacodylate de soude ne donne pas davantage.

Le temps passe, l'exophtalmie augmente mais reste toujours directe en avant, le globe légèrement abaissé en bas.

Les paupières recouvrent l'œil en totalité.

En juin 1902 la malade se plaint de névralgies dans le front, la vision de son œil baisse et n'égale plus qu'un 1/10^e.

La papille est nuageuse et œdémateuse. Je constate pour la première fois sous le rebord supéro-externe de l'orbite une masse dure, plate, à bord arrondi comme un galet, s'étalant sur deux centimètres de largeur environ et de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, ressemblant suivant l'expression de Dianoux au bord du foie hypertrophié sous les fausses côtes.

Il y a lieu de songer maintenant à une tumeur de la portion orbitaire de la glande lacrymale ayant évolué d'abord en arrière du globe, le chassant en avant et comprimant maintenant le nerf optique.

La partie antérieure de la tumeur se développe à son tour et devient apparente.

La vision de son œil étant menacée, j'engage la malade à se laisser opérer.

Le gros de la tumeur étant rétrobulbaire, pour avoir un résultat complet et avoir plus de facilité, je décide de pratiquer l'opération de Krœnlein.

Mon ami, le docteur P. Delagenière, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Tours, a bien voulu me prêter son précieux concours.

Le 4 août, la malade est anesthésiée; la région nettoyée.

On sectionne les parties molles par une incision courbe de 6 centimètres environ à convexité antérieure, partant en haut au-dessus du sourcil et en arrière de l'apophyse orbitaire supéro-externe et se terminant en bas à l'apophyse zygomatique.

Cette incision va jusqu'à l'os, et avec une rugine plate, on décolle le muscle temporal et le périoste, jusqu'à la fente sphéno-maxillaire.

On récline le lambeau en arrière, tandis qu'à la gouge et au maillet, on taille un volet osseux de forme triangulaire de 3 centimètres de haut environ.

L'os est mince en arrière et friable, il se brise un peu pendant la section.

Le lambeau osseux récliné laisse voir tout le côté externe de la cavité de l'orbite.

La tumeur apparaît immédiatement.

Elle occupe tout le côté externe de l'orbite; avec le doigt on se rend compte qu'elle s'étale en haut sous le plancher et surtout en arrière du globe formant une masse arrondie, l'entourant, le capitonnant, le maintenant presque dans son axe.

La tumeur est enlevée facilement en trois morceaux avec la curette tranchante. Elle est très peu adhérente.

La surface externe est lisse et semble formée par une enveloppe.

Cette tumeur est complètement en dehors de l'entonnoir musculaire, aussi le droit externe n'a pas été touché; elle contient dans sa masse la glande lacrymale.

Aussitôt le globe reprend sa place et l'exophtalmie cesse.

La cavité est nettoyée, le volet osseux remis en place sans suture osseuse.

Points de suture à la peau.

Pansement sec.

L'opération de Krœnlein faite ainsi donne un jour bien suffisant et il n'est pas besoin de recourir à la modification apportée par Jonnesco.

Il fait trois incisions droites, l'une verticale antérieure comprenant toute la hauteur de l'orbite et deux autres horizontales, parallèles, partant des deux extrémités de la première, allant vers les oreilles et longues de 6 centimètres.

Le lendemain, 37^e, la malade ne souffre pas.

Le 6 je constate un œdème blanc et mou de toute la face, surtout à gauche.

Je pense que le pansement est trop serré et gêne la circulation; je l'enlève.

La plaie est en excellent état.

Les paupières sont gonflées.

Il y a une ecchymose sous-conjonctivale et un léger strabisme convergent.

Le globe est mobile.

Le cul-de-sac conjonctival supérieur est soulevé par un liquide jaune foncé, dont il sort quelques gouttes par la pression.

Quelques conduits excréteurs de la glande lacrymale palpébrale ont pu être sectionnés et les larmes sont déversées sous la conjonctive, tandis que le sang épanché a teinté le liquide.

Je fais une ponction avec la pointe du bistouri.

Le 8, l'œdème de la face a disparu, la poche du liquide ne s'est pas reproduite; la malade voit assez bien de son œil.

Le 9, j'enlève les fils.

Le 12, la malade rentre chez elle. Son acuité visuelle égale 1/3.

Le strabisme n'a été que passager.

L'opération a laissé des cicatrices temporales à peine visibles.

En novembre 1902, 3 mois après, début de la récurrence.

La malade ressent des douleurs dans la tempe et le front.

On constate un petit noyau dur qui pointe sous le rebord orbitaire vers l'angle interne.

Quelques semaines plus tard, un second noyau survient à côté du premier, puis l'apophyse supéro-externe se tuméfie, enfin un noyau dur osseux survient dans la paroi temporale.

En un mot, la récurrence se généralise et semble vouloir aller plus rapidement que la tumeur initiale, comme si l'opération avait donné un coup de fouet.

Pourtant, je le répète, l'opération fut aussi complète que possible.

Aspect macroscopique

La tumeur est de forme allongée, tandis que sa partie antérieure est aplatie, se moulant sur le plafond de l'or-

bite et le globe ; sa partie postérieure forme une masse arrondie.

Elle offre le volume d'une grosse noix.

La surface externe est sombre lisse, comme formée par une enveloppe ; sur les tranches, elle est au contraire blanc grisâtre, rugueuse et d'aspect fibrillaire.

Elle est de consistance dure.

Je l'ai traitée par la liqueur de Flemming pendant 24 heures, puis mise dans l'alcool absolu.

Mon ami Lendel a bien voulu m'en préparer des coupes.

Examen histologique

La tumeur, coupée en fragments suffisamment minces, a été fixée dans la liqueur de Flemming forte, les coupes pratiquées dans différentes régions ont été colorées par l'hématoxyline au fer, par la safranine suivie du mélange de Binda ou par la thionine.

Mais le plus souvent la structure du néoplasme est beaucoup plus complexe.

On aperçoit dans le tissu conjonctif (*fig. 1 A*) de larges alvéoles qui semblent renfermer deux sortes d'éléments :

1° Des cellules épithéliales semblables à celles signalées plus haut ;

2° Des corps de grandes dimensions de forme sphérique ou irrégulièrement allongée, présentant un aspect hyalin.

Dans d'autres alvéoles (*fig. 1 B*) ces corps prennent une forme lamellaire ; on aperçoit au milieu des cellules épithéliales, des bandes étroites irrégulières et ramifiées, paraissant libres dans la cavité de l'alvéole.

Parfois, lorsque la tumeur est à son complet développement, ces cavités sont entièrement remplies par des corps sphériques réunis ou non par du tissu conjonctif, et les cellules épithéliales font complètement défaut, s'étant atrophiées sous la compression de ces corps sphériques.

Enfin, dans d'autres régions, les corps sphériques et

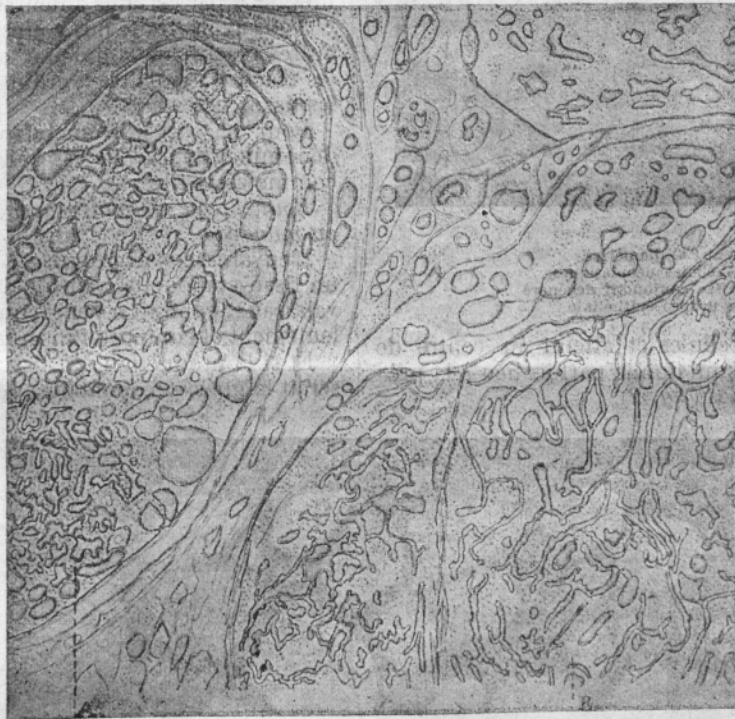


Fig. 1

Grossissement 45 diamètres. — Aspect général.

A. Portion dans laquelle le tissu conjonctif prend la disposition cylindrique.

B. Tissu conjonctif prend la disposition lamellaire.

Ces préparations histologiques sont très belles et très concluantes, comme vous pourrez en juger.

Suivant les régions considérées, on remarque des aspects fort différents.

En quelques points, on voit des tubes plus ou moins ramifiés, limités par du tissu conjonctif d'aspect homogène et tapissés par de petites cellules en voie de prolifération, disposés sur une rangée unique.

En d'autres points, on aperçoit dans ce même tissu conjonctif, des alvéoles de petites dimensions, complètement remplies par les cellules épithéliales déjà mentionnées qui n'affectent plus ici aucune disposition régulière.

Ces apparences sont à peu près celles que l'on observe dans la plupart des épithélioma glandulaires.

lamellaires coexistent et par leurs modifications de forme ou leur combinaison, ainsi que par la présence d'éléments épithéliaux plus ou moins nombreux dans leur intervalle, donnent lieu aux aspects les plus divers.

Il convient d'étudier à présent chacun de ces éléments.

Quelques cellules épithéliales rappellent assez exactement celles de la glande lacrymale.

Elles sont petites, arrondies ou irrégulièrement prismatiques, à protoplasma peu abondant, à noyau assez régulièrement arrondi, riche en chromatine, présentant çà et là quelques figures de caryokinèse ; la plupart sont atypiques et fortement déviées du type primitif.

Beaucoup de ces cellules sont atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse.

Quant aux autres éléments (corps sphériques ou lamellaires) on reconnaît facilement l'identité de leur nature.

Leur structure est identique à celle du tissu conjonctif interalvéolaire ; comme lui, ils sont formés d'un tissu d'aspect homogène à un faible grossissement, finement fibrillaire à un grossissement plus considérable, presque

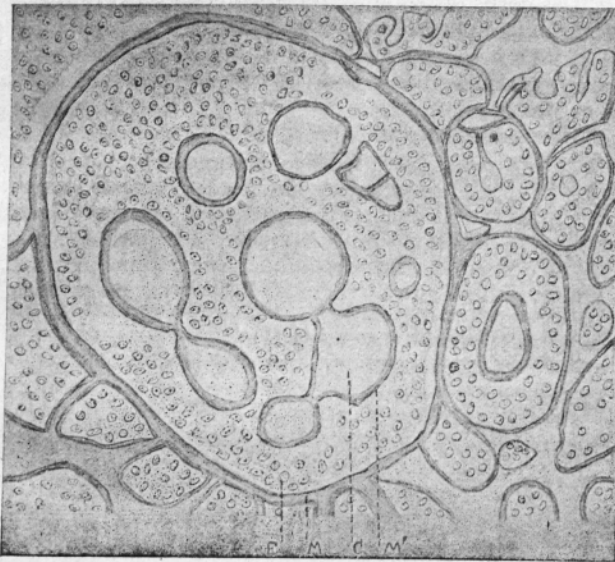


Fig. II
Grossissement 230 diamètres.
E. Cellules épithéliales néoplasiques.
C. Cylindres de tissu conjonctif dégénéré
M. Membrane propre épithéliale.

entièrement dépourvu de cellules et atteint au centre de dégénérescence hyaline, ce qui donne parfois lieu à la présence de zones concentriques (fig. 2).

On rencontre d'ailleurs dans les alvéoles des productions semblables émanant du tissu conjonctif environnant, auquel elles sont attachées par un pédicule.

On conçoit facilement que sur une coupe perpendiculaire, de semblables productions prennent l'aspect de corps libres à l'intérieur de l'alvéole.

Dans certaines cavités, ces productions sont extrêmement nombreuses, et les cellules épithéliales environnantes finissent par disparaître complètement (fig. 3).

Le tissu conjonctif interalvéolaire présente, comme nous l'avons dit, une structure analogue ; il est toujours séparé de l'épithélium par une membrane réfringente très nette et présente un aspect vitreux semblable à celui des corps sphériques.

Les cellules conjonctives y sont extrêmement rares ; les vaisseaux sont petits et peu nombreux.

Il s'agit en résumé d'une de ces tumeurs à corps ovi-formes appelée cylindrome (Billroth) qui correspondent à des épithélioma à marche lente en général, avec dégénérescence spéciale du tissu conjonctif, considéré comme muqueux par certains auteurs.

Nous avons traité nos coupes par la thionine et les divers autres réactifs de la mucine, et nous n'avons pu constater les réactions si nettes d'ordinaire que donne le mucus dans les tissus dégénérés.

Pour ma part je donnerais volontiers à cette tumeur la dénomination que Malassez (1) avait donnée à son mémoire comme sous-titre :

Epithélioma alvéolaire avec envahissement myxomateux ou muqueux.

L'envahissement progressif du tissu noble épithélial par un tissu conjonctif translucide, pauvre en cellules et en vaisseaux, conduit à penser que cette tumeur doit marcher lentement et comporte un pronostic bénin.

Et si la production du tissu conjonctif était générale ce serait la guérison spontanée de la tumeur ; il n'en est rien,

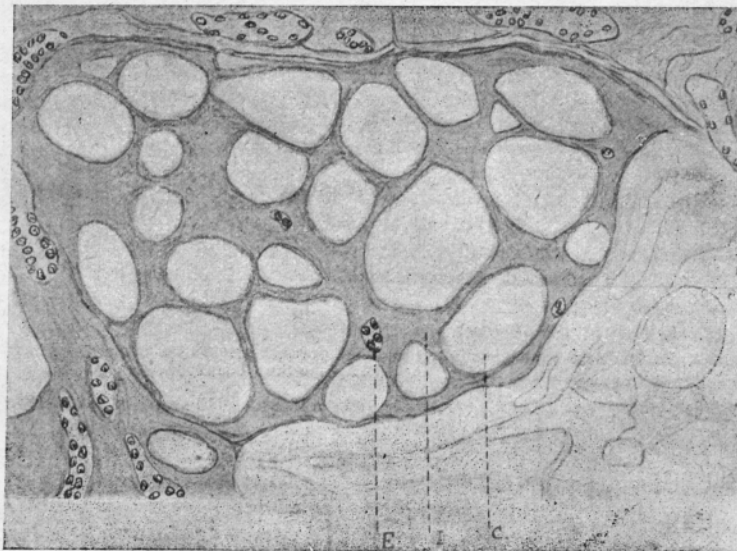


Fig. III
Grossissement 230 diamètres. — Alvéole remplie de cylindres conjonctifs.
C. Cylindre conjonctif.
I. Tissu conjonctif interstitiel.
E. Petite cavité renfermant quelques cellules néoplasiques.

Les contours sont toujours limités par une membrane réfringente assez épaisse ayant les caractères d'une membrane propre et servant de substratum aux cellules épithéliales.

car si elle étouffe par endroits, elle se développe par d'autres,

Parfois même la récurrence suit de près l'opération.

(1) Malassez, Archives de physiologie, 1883.

Les tumeurs malignes de la glande lacrymale sont relativement rares.

Mais parmi celles-ci le cylindrome est exceptionnel.

Sur une statistique de 128 cas, Schœffer (1) en trouve seulement 2 cas. Panas (2), dans son *Traité* publié en 1894, arrive à une trentaine de cas de faits récents, dont un seul cas d'épithéliome pur (3) et un cas de cylindrome (4) de la portion palpébrale.

Dianoux (5) publie, en 1894, deux cas de cylindrome de la glande lacrymale.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 36 ans, atteinte à son œil droit d'exophtalmie, en bas et en dehors, datant de plusieurs années.

La glande lacrymale hypertrophiée apparaît sous le rebord orbitaire.

La tumeur est enlevée par une ouverture au niveau du sourcil.

Quelques mois après — il y a récurrence — nouvelle opération et guérison maintenue 3 ans après.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de 20 ans. L'exophtalmie est en bas et en dehors. La tumeur fait saillie sous le rebord orbitaire.

La tumeur de la grosseur d'une noix est enlevée par le sourcil.

Un an après, récurrence, suivie d'une seconde opération.

L'examen des tumeurs est fait par Malherbe.

Un tissu conjonctif d'aspect fibrillaire circonscrit dans de nombreuses loges des amas épithéliaux, tantôt sous forme de lobules glandulaires fort peu altérés, tantôt, au contraire, très altérés.

Les cellules épithéliales prises individuellement sont métatypiques, c'est-à-dire déviées du type normal; elles sont petites, munies d'un gros noyau central et fortement tassées les unes contre les autres.

Mais la caractéristique de cette tumeur, ce sont de nombreux prolongements connectifs pénétrant au sein des masses épithéliales et s'y terminant en massues, en s'y transformant.

Ils ne se colorent plus par le carmin et ont en effet le caractère du tissu muqueux.

Ces prolongements y forment des espaces clairs arrondis ou allongés, qui trouvent la masse épithéliale et la découpent comme une dentelle.

On serait tenté de croire à première vue qu'il s'agit de dégénérescence muqueuse ayant porté sur un certain nombre de cellules épithéliales; mais l'examen approfondi montre que ces espaces clairs sont pour la plupart la coupe des massues connectives (corps oviformes des auteurs) qui ont pénétré au milieu de l'épithélium et tendent à en dissocier les amas.

Il s'agit donc bien d'un cylindrome.

L'auteur préfère lui donner le nom d'épithélioma polymorphe.

Quoiqu'il en soit, la description qu'il nous en donne permet d'affirmer que les tumeurs qu'il a examinées sont de même nature que la nôtre et que la désignation d'épithéliome alvéolaire à dégénérescence muqueuse lui convient très bien.

Fromaget (6) rapporte en 1897 l'observation d'un

homme de 56 ans, atteint d'exophtalmie de l'œil gauche remontant à 6 mois.

On sent une tumeur dure, lisse, arrondie dans la fossette lacrymale.

Opération par voie conjonctivale.

La tumeur sphérique de 2 centimètres de diamètre est entourée par une enveloppe mince constituée par des lames conjonctives, infiltrées de foyers embryonnaires.

On retrouve par place les vestiges de la glande lacrymale dans l'aspect d'acini tortueux, ou de culs-de-sac coupés dans divers plans.

La membrane propre qui les revêt est visible; mais les cellules épithéliales sont modifiées, tassées les unes contre les autres et leur protoplasma est rempli de vacuoles hyalines.

La lumière des canalicules est souvent obstruée de blocs épithéliaux dissociés.

Le tissu conjonctif, qui sépare les culs-de-sac n'est pas infiltré, mais il est, par places, *entièrement muqueux* et parsemé d'îlots cellulaires irréguliers, composés de gros éléments à noyau unique, volumineux, étroitement unis les uns aux autres; ce sont des acinis glandulaires envahis par le néoplasme.

Dans certaines zones, il y a des foyers très riches en cellules, avec protoplasma discret, noyau vivement coloré.

Parfois, des boudins épithéliaux sans limites précises, comme si les éléments cellulaires tendaient à se disperser dans le tissu conjonctif.

Il s'agit d'un épithélioma tubulé de la glande lacrymale.

Remarquons que dans cette description il est dit que le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac glandulaires est par places *entièrement muqueux*.

Ceci le rapproche un peu de notre cas.

Je dirai plus, si cette tumeur, au lieu d'être opérée d'une façon précoce, avait pu évoluer et prendre un développement plus complet, il est probable que la transformation muqueuse aurait pu se généraliser et que l'analogie avec notre cas serait très grande.

Le cas rapporté par Rogman (1) de Gand, en 1900, est très intéressant.

Un homme de 49 ans — tumeur apparente de la glande lacrymale datant de 3 ans.

Opération par le sourcil.

Tumeur de la grosseur d'un marron.

Il ne dit pas s'il y a eu récurrence.

Une enveloppe de tissu fibreux entoure la tumeur.

Celle-ci constituée par un tissu sensiblement le même partout; des tubes contournés sur eux-mêmes s'embranchent les uns sur les autres, à lumière tantôt presque nulle, tantôt plus ou moins large, le plus souvent vides, quelquefois renfermant une substance d'un aspect grenu.

Ces tubes sont bordés à peu près partout uniformément par un épithélium à double rangée cellulaire: l'interne à cellules cubiques, petites, aplaties; l'externe à cellules cylindriques.

Parfois, les cellules internes deviennent cylindriques. Mais toujours la rangée interne possède un protoplasma dense plus ou moins granuleux, tandis que celui de la rangée externe est clair et transparent.

En quelques places plus rares, les couches épithéliales deviennent plus nombreuses et semblent devenir envahissantes; ça et là des perles épidermiques.

Entre les tubes, un tissu cellulaire lâche, à fibres délicates, plus abondant à certaines places qu'à d'autres, par endroits des leucocytes.

(1) Schœffer. Ein Fall. von Sarcom der Thränenrüse, 1895.

(2) Panas. *Traité maladie des yeux*, tome II, page 127.

(3) Syman. *Méd. and. surg.* Boston, 1877.

(4) Aievoli. *Riv. im. med. et chir.* Napoli, 1886, page 197.

(5) Dianoux. *Annales d'oculistique*, 1894, page 81.

(6) Fromaget. *Journal de médecine de Bordeaux*, juin 1897.

(1) Rogman. *Annales d'oculistique* 1900, page 81.

Au côté externe des cellules cylindriques, on voit une étroite traînée hyaline et çà et là apparaissent des boules hyalines, le plus souvent entourées du manchon cellulaire double décrit plus haut.

La présence des boules et des traînées hyalines et les caractères généraux de la structure de la tumeur suggèrent immédiatement le diagnostic d'endothéliome hyalo-gène ou cylindrome.

L'auteur fait remarquer la régularité de structure des tubes toujours tapissés d'une double rangée de cellules et la ressemblance entre les tubes de la tumeur et les conduits excréteurs de la glande. Dans les 2 cas une rangée de cellules cylindriques et une de cellules cubiques, mais externes dans la tumeur, les cellules cylindriques sont internes dans le canalicule.

Ces considérations semblent plaider en faveur de l'origine glandulaire de la tumeur, produite en particulier aux dépens des conduits excréteurs.

Dans notre cas nous ne retrouvons nulle part cette double rangée de cellules.

..

Les cinq cas que nous venons de rapporter nous permettent de retracer brièvement l'étude clinique des épithélioma de la glande lacrymale.

L'étiologie est complètement ignorée comme pour tous les cas de cancer en général.

On retrouve parfois dans les antécédents un traumatisme ancien ayant porté sur l'œil ou la région fronto-temporale; (il est noté une fois dans les cas cités) parfois une prédisposition héréditaire au cancer.

La femme semble plus souvent atteinte que l'homme (3 fois sur 5).

Les deux yeux sont touchés indistinctement.

(3 fois l'œil gauche et 2 fois le droit).

Au point de vue des symptômes c'est l'exophtalmie qui, la première, attire l'attention. L'œil est chassé progressivement de l'orbite, il peut même arriver que les paupières finissent par ne plus recouvrir le globe et alors toutes les complications du côté de la cornée sont possibles.

La tumeur se développe presque toujours entre le globe et la voûte orbitaire, se moulant sur les parties voisines, aussi l'œil est-il toujours refoulé en bas et en avant.

L'exophtalmie est en même temps oblique, soit inféro-externe (Fromaget), soit inféro-interne (Dianoux), soit même exceptionnellement inféro directe comme dans notre observation.

La déviation en dehors ou en dedans est facilement expliquée par la situation qu'occupe la tumeur au début. Se développe-t-elle en avant de l'axe de rotation du globe, celui-ci sera refoulé en dedans.

La tumeur est-elle en arrière de cet axe, la déviation sera externe.

Si l'exophtalmie reste le seul symptôme, on comprend qu'on soit embarrassé pour porter un diagnostic de siège et de nature de la tumeur.

Les muscles oculaires conservent longtemps leur libre fonctionnement.

La diplopie est rare.

On conçoit que le muscle le plus souvent intéressé devrait être le releveur de la paupière, étant donnés sa situation d'une part et le siège de la tumeur d'autre part, qui finit par le comprimer et en tous cas limite fortement son action.

L'œil garde son aspect ordinaire.

Pendant longtemps les troubles visuels font défaut.

Les larmes sont parfois diminuées, mais la suppression n'en est jamais complète, car la glande palpébrale supplée à la portion orbitaire supprimée.

Le patient ressent des douleurs lancinantes par intervalles, parfois de simples fourmillements, mais rarement des douleurs vives, dans la région fronto-temporale.

Mais en général, le diagnostic est rendu extrêmement facile par la présence d'une petite tumeur apparente sous la fossette lacrymale.

Cette tumeur, large de deux centimètres environ, est aplatie, dure, lisse; son rebord est arrondi.

Elle est adhérente au frontal, mais non au globe qui garde sa mobilité.

Parfois, il survient de l'amblyopie par suite d'élongation ou de compression du nerf optique. Il peut y avoir de la névrite; la papille est légèrement floue et œdémateuse et les veines rétiniennes grosses. (Dianoux et nous-même).

Dianoux a signalé aussi des perforations des os du crâne, par usure comme au voisinage des anévrysmes.

La santé générale reste bonne.

Les ganglions ne sont pas engorgés.

Le développement de ces tumeurs est très lent et demande plusieurs années (4 ans dans notre cas, 6 dans un de Dianoux).

Elles ont longtemps la marche des tumeurs bénignes.

Une capsule les entoure et protège les organes voisins sur lesquels elles n'agissent que mécaniquement.

Il faut agir promptement, avant que la capsule protectrice ne soit envahie ou rompue et que la propagation ne se fasse dans les tissus voisins.

On aura ainsi chance de faire une intervention complète, et d'éviter la récurrence qui est presque la règle (3 fois notée sur 5) et qui pourrait nécessiter l'exentération totale de l'orbite.

On peut intervenir de deux manières.

Le premier procédé, le plus simple, est la voie transpalpébrale.

On fait une incision à la queue du sourcil, un peu au dessous du rebord osseux, qui peut aller, si c'est nécessaire, jusqu'à la commissure externe.

La tumeur peut être facilement découverte et attirée au dehors.

Lentement, avec précaution, se servant de la sonde cannelée, mais surtout du doigt on détachera les adhérences ou les prolongements de la tumeur en évitant de blesser en dedans le releveur de la paupière.

Si la tumeur est trop étendue ou trop en arrière, on aura recours, comme nous l'avons fait, au second procédé; la résection temporaire de la paroi externe de l'orbite, dite opération de Krænlein, que nous avons décrite au cours de notre observation.

Elle donne un jour très grand et permet l'extirpation complète et facile de la tumeur.

LA PROTECTION DES ENFANTS DU 1^{er} AGE EN FRANCE Budget des Pouponnières.

Par le Dr François HOUSSAY.

L'urgence de la généralisation des Pouponnières bien prouvée par les statistiques, les plans de la construction projetée établis, il reste à discuter le budget et à démontrer d'une façon évidente l'économie générale que la société trouverait dans cette réforme ainsi comprise et exécutée.

Il a été dit, en principe, que l'Etat ou les communes

fournissant l'immeuble, l'œuvre, subventionnée comme doit l'être toute œuvre d'utilité publique, se suffirait presque à elle-même.

Ce don de l'immeuble est loin de paraître exagéré, quand on considère, autour de soi, toutes les fondations actuelles municipales ou religieuses, dont l'utilité n'est certes pas toujours en proportion des besoins.

Puis, le mouvement d'opinions qui se produit de jour en jour, en faveur de toutes les grandes réformes sociales, et en particulier pour la sauvegarde de l'enfance, s'accroît, développe de plus en plus les idées d'assistance et peut faire espérer que de généreux donateurs, dont l'intelligente bienfaisance n'attend qu'une intervention pour se manifester, se mettront à la disposition de l'œuvre, dès qu'ils auront compris l'immense service qu'ils peuvent rendre à la société.

Que de locaux désaffectés, inutilisés, parfois même onéreux pour leurs propriétaires, pourraient être convertis en Pouponnières et seraient ainsi employés à une fondation utile entre toutes.

A vrai dire, il est difficile de fixer un chiffre, même approximatif, dans le cas où faisant l'acquisition d'un immeuble, il resterait à l'approprier à sa future destination et à le meubler. Mais étant donné un plan, celui dont j'ai arrêté les bases, on pourrait, dans certaines conditions relatives, ramener le genre de constructions projetées à un type général plus ou moins grand, dont le prix de construction et d'ameublement varierait entre 30.000 et 100.000 francs, y compris l'acquisition du terrain et l'installation d'une vacherie, qui n'excéderait pas 5 à 10.000 francs.

Il est évident que les frais généraux étant à peu près les mêmes, la dépense, par unité d'enfant et par journée vécue, serait d'autant moins élevée que le nombre des nourrissons serait plus considérable. Pour établir le tableau suivant, nous nous sommes appuyés sur le budget de la Pouponnière de Porchefontaine, la grande école modèle de nourrisserie, mais en y apportant des modifications, car il atteint un chiffre auquel nous ne pouvons prétendre.

Pour 20 enfants.

Partant de ce qui a été dit antérieurement, qu'une nourrice peut nourrir 3 enfants, un au sein, le sien à l'alimentation mixte et un troisième presque sevré, pour 20 nourrissons, il faudrait 7 femmes.

Ces nourrices, conservant leur propre enfant qui ne leur coûterait rien, et recevant 25 fr. par mois, auront une vie matérielle relativement facile. Elles se partageront le service de veilles de nuit qui me paraissent inutiles.

Y compris une directrice à 800 fr., une cuisinière à 360 fr., une aide à 240 fr., le personnel reviendrait à 3.500 fr.

A 1 fr. par jour, la nourriture de ces dix personnes pendant un an coûterait 3.650 fr., et la dépense du lait pour les enfants s'élèverait à 1.150 fr.

Avec les autres frais, éclairage, 500 fr. — chauffage, 1.800 fr. — blanchissage, 1.000 fr. — médecin, 600 fr. — pharmacien, 600 fr. (30 fr. par enfant) — layette, 600 fr. — frais divers, 200 fr. (10 fr. par enfant), nous aurons un total de 13.600 fr., qui, divisé par 20 enfants, donne une somme de 680 fr. par an et par enfant, soit 1 fr. 86 par jour et par enfant.

Nous sommes loin certainement des 250 francs que coûte annuellement, tous frais compris, un Enfant assisté de la Seine, mais les conditions ne sont plus les mêmes,

et les objections qui pourraient être faites, perdent leur valeur, étant donné les différences énormes qui existent entre ces deux systèmes de placement et de surveillance.

De plus, ces 250 fr. représentent la dépense moyenne d'un enfant de 1 jour à 21 ans, c'est-à-dire qui, pendant un tiers du temps, de 13 à 21 ans, se suffit presque à lui-même. Ces chiffres ne peuvent donc pas être comparés.

Pour 50 enfants.

Le personnel d'une Pouponnière de 50 enfants comprendra 17 nourrices, une directrice, une cuisinière et son aide. Le traitement et les gages de ces dernières sont majorés.

Les autres dépenses subissant également une augmentation, la totalité représenterait une somme de 24.360 francs par an, soit 487 fr. 20 par enfant et 1 fr. 33 par jour et par enfant.

NOMBRE D'ENFANTS :

	20	50	100
	fr. c.	fr. c.	fr. c.
Directrice.....	800	1.200	1.800
Sous directrice.....			600
Cuisinière.....	360	500	500
Aide-Cuisinière.....	240	360	360
Infirmière.....			360
Nourrices (à 25 fr. par mois).....	(7) 2.100	(17) 5.100	(33) 9.900
Personnel.....	(10) 3.500	(20) 7.160	(38) 13.520
	fr. c.	fr. c.	fr. c.
Nourriture.....	3.650	7.300	13.870
Lait.....	1.150	1.800	5.420
Eclairage.....	500	600	800
Chauffage.....	1.800	2.000	2.500
Blanchissage.....	1.000	1.500	3.000
Layette.....	600	1.500	3.000
Pharmacien.....	600	1.000	1.200
Médecin.....	600	1.000	1.200
Divers.....	200	500	1.000
TOTAL.....	13.600	24.360	45.510
	fr. c.	fr. c.	fr. c.
Par an et par enfant.....	680	487 20	455 10
Par jour et par enfant.....	1 86	1 33	1 24

Pour 100 enfants.

Dans une Pouponnière de 100 enfants, il sera nécessaire d'adjoindre une sous-directrice et une infirmière, soit 38 personnes.

Quant aux veilles, on observera le même tour de garde entre les nourrices, le service se simplifiant par le fait des tétées de nuit qui les obligeront à surveiller individuellement leurs nourrissons. De même, les nourrices, qu'il y aura tout intérêt moral à ne pas laisser oisives, s'occuperont de la lingerie.

Certains prix évalués d'une façon approximative seront susceptibles à la pratique de remaniements. Il est évident que les questions d'éclairage, de chauffage et de blanchissage, qui à elles seules entrent pour une somme aussi importante que la nourriture, ont besoin d'être examinées attentivement. L'évaluation des honoraires du pharmacien pourrait également être critiquée, car on ne peut comparer la somme de médicaments nécessaires à un nourrisson peu ou non médicalement surveillé avec celle que dépenserait un enfant placé dans une Pouponnière où une hygiène plus rigoureuse, des soins plus attentifs diminueraient les causes de maladie.

De plus, l'établissement pourrait posséder une pharmacie contenant les remèdes urgents et élémentaires.

Pour 100 enfants, la somme totale étant de 45.510 fr. donnerait 455 fr. 10 par an et par enfant, soit 1 fr. 24 par jour et par enfant.

Je passe rapidement sur les autres dépenses prévues, gratifications, habillement, etc., ou sur d'autres imprévues qui se trouveront compensées par l'équilibre d'une bonne administration.

Quant à celles qui sont inhérentes à l'immeuble, comme l'amortissement du capital, les réparations, assurances, eaux, vidanges, il n'y a pas à en tenir compte, restant dans l'hypothèse d'une fondation municipale à qui ces charges doivent incomber.

Une autre dépense à prévoir, mais qui n'en est pas une au sens strict du mot, puisqu'elle vient en défalcation du lait, est celle d'une étable.

Le lait, qu'il soit employé seul ou en bouillies et potages légers au moment du sevrage, est la base de la nourriture infantile et toute Pouponnière bien tenue devrait l'avoir constamment sous la main.

Napias avait déjà prévu le fait dans un rapport sur les crèches : « Il est évident, que si une crèche est assez bien installée et dotée pour avoir son étable et entretenir des vaches ou des chèvres, suivant la région, du lait soigneusement et proprement traité et convenablement conservé dans des vases bien lavés, du lait de la propreté duquel on sera tout-à-fait assuré, pourra être donné à l'enfant soit pur, soit légèrement coupé d'eau bouillie, pendant les premiers mois. Mais c'est demander le quasi-impossible et je ne sais qu'une crèche, actuellement en construction, qui ait fait entrer dans sa construction l'installation d'une étable. »

La quantité journalière de lait nécessaire, chose facile à déterminer étant connu l'âge des enfants, fixera l'importance de l'étable.

Supposons une Pouponnière de 100 enfants dont le tiers serait au sein. Il en reste 33 à l'alimentation mixte et 34 en sevrage.

Les premiers auront besoin de 33 litres de lait par jour, 990 par mois et 12.045 par an.

Les sevrés ou près de l'être absorberont 68 litres par jour, 2.040 par mois et 24.820 par an.

En majorant de 15 litres par jour pour l'imprévu, soit 5.475 litres par an, ce qui paraît même excessif, on aurait une consommation annuelle de 42.340 litres.

Cette consommation journalière de 116 litres serait fournie par 15 à 20 vaches laitières, mettons 15 vaches, qui, à raison de 1 fr. de nourriture par jour, coûteraient 5.475 francs par an.

Défalquant 1.200 fr. de veaux au maximum et majorant de 250 fr. pour les frais de vétérinaire, nous sommes en face d'une dépense de 4.425 fr., alors que le lait acheté, non à 0 fr. 15 comme je l'ai compté, mais en gros, à 0 fr. 13 en moyenne, monterait à 5.504 fr. 20.

Pratiquement parlant et part faite de la mise de fonds, il y a un avantage incontestable à avoir une étable.

De plus, la production du lait peut s'augmenter par le régime déjà mentionné antérieurement et que je ne cite ici que pour mémoire, celui de la ferme de Lancy en Suisse, qui alimente Genève de lait stérilisé. Ce régime ne peut s'appliquer à toutes les étables, car il est surtout pratique en tant que régime industriel, cas auquel le prix de vente du lait est seul en rapport avec celui du prix de revient dans une ferme modèle, où rien n'est négligé pour avoir le lait aussi parfait que possible.

Que le lait d'une Pouponnière soit fourni par la vacherie de l'établissement ou par une laiterie voisine dûment contrôlée, surtout pour les Pouponnières situées dans les environs des centres industriels et manufacturiers, il reste encore à en étudier le mode d'emploi.

Jusqu'ici on avait peu à peu substitué le lait stérilisé au lait cru ou bouilli ; et cette évolution, féconde en résultats heureux, avait été universellement accueillie, quand l'expérience de la Pouponnière de Porchefontaine est venue nous prouver scientifiquement, que l'administration du lait vivant aux nourrissons était préférable à celle du lait stérilisé, et qu'il y avait un immense avantage à donner du lait frais.

Les résultats cliniques, obtenus par le Dr Raphaël Raimondi, médecin de Porchefontaine, et communiqués par lui au XIV^e Congrès international de médecine de Madrid, permettent d'affirmer que, dans un avenir prochain, la méthode de traite aseptique et l'usage du lait vivant pourront se généraliser, même dans les grands centres, pour le plus grand bien de l'enfance, chez laquelle ils font énormément baisser le taux des affections gastro-intestinales.

Jusqu'ici il n'existait aucun établissement où on élevait systématiquement des nourrissons avec du lait de vache donné aussitôt après la traite.

S'inspirant des travaux d'Escherisch, Spolverini, Bechamp, Marfan, Ch. Gillet, Moro, Nobécourt, P. Mercklen, concernant les zymases, s'entourant de toutes les données scientifiques, lui permettant de mettre son étable à l'abri de la tuberculose, le Dr Raimondi a pu, grâce à un système rigoureux de surveillance, procurer aux enfants de sa Pouponnière un lait absolument aseptique, sans avoir été stérilisé.

Ce lait sans altération, contenant des zymases, de la lécitine (Bordas et Ratkowski), de l'acide citrique (Hutinel), principe antiscorbutique essentiellement antiseptique, est un lait auto-digestible qu'on administre aux nourrissons, vingt minutes après la traite. Les principes organiques n'ont pas eu le temps de se désagréger. C'est donc bien du lait vivant comme l'indique son nom.

Plus digestible, plus tonique, il est plus assimilable que tout autre lait, et il supprime les troubles dyspeptiques si nombreux chez l'enfant élevé artificiellement et fait que ces troubles ne sont pas plus fréquents que chez les enfants nourris au sein.

Cette heureuse innovation, qu'il est utile de faire connaître et plus utile encore de généraliser, aura une portée considérable et obligera les municipalités à formuler des règlements sanitaires plus sévères sur la propreté des étables, l'hygiène prophylactique des galactifères et la prohibition d'une alimentation humide qui tend commercialement à une hypersécrétion lactée au détriment du beurre, de la caséine et des matières albuminoïdes.

Le système préconisé à Porchefontaine n'est pas d'une réalisation plus difficile ailleurs ; mais il faudrait faire entrer dans notre budget, le supplément financier qu'entraîneront l'inspection sanitaire des bêtes, la tuberculination et la rigoureuse asepsie nécessaires pour obtenir de bons résultats.

En général, un système se juge d'après ce qu'il donne ; or en 1902, le taux de la mortalité de Porchefontaine a été de 5 0/0, chiffre qu'il est impossible d'obtenir avec le système actuel qui, sur 87.652 enfants envoyés en nourrice en 1898, a donné 13.530 décès, c'est-à-dire 15,43 0/0.

Dans un budget bien équilibré le chiffre de l'avoir doit balancer celui des dépenses.

Pratiquement parlant, il ne peut en être de même pour les Pouponnières dont une part de dépenses incombera toujours fatalement à l'Etat.

Cependant il y a des recettes nettes, une fournie par le paiement mensuel des familles, et une autre, celle des œuvres annexes, qui, bien qu'aléatoire, est un des princi-

poux facteurs des fondations d'ordre essentiellement philanthropique.

La fixation à 35 fr. de la mensualité de l'enfant est plutôt modérée si l'on considère que ce prix comprend la layette, son entretien, les soins médicaux, les dépenses pharmaceutiques, la correspondance sanitaire et implique surtout l'abolition de tous les faux frais dont les romans de Zola et de Brieux ont donné un si exact aperçu. Mais, dira-t-on, toutes les familles ne pourront ou ne voudront pas payer des mois de 35 fr., alors qu'elles trouvent à 22 fr., même à 20 et à moins dans certains départements pauvres.

Evidemment, mais celles qui ne pourront réellement pas prélever cette somme sur leur salaire formeront justement cette minorité intéressante qu'il s'agira d'amener progressivement par des secours discrets (bourses ou autres moyens) qui compléteront la somme de 35 fr.

En principe, il ne faut jamais se départir de ce fait, c'est qu'en matière de collectivisme, et tout le monde s'entend sur ce terme quand il s'agit de l'assistance des faibles et des malades, il y a un devoir strict pour les fortunés de tendre la main aux malheureux, et ce serait complètement manquer au but d'une œuvre essentiellement utilitaire que de ne secourir que les familles susceptibles de payer les mensualités.

Rien n'empêcherait même de formuler un article du règlement, qui sans être inquisitorial, excluerait des Pouponnières subventionnées les enfants de familles trop aisées qui seraient disposées à prendre des places réservées à d'autres moins fortunés, ce serait une faute, au point de vue social, de fonder des Pouponnières pour des enfants riches.

Deuxième source de recettes, L'Etat doit, et quand je dis l'Etat doit, je ne fais pas appel à la sentimentalité publique, mais j'appelle l'attention sur un simple fait d'équilibre et de justice qu'il est nécessaire de signaler ici.

On a établi, il y a quelques années, une statistique intéressante des femmes qui passaient par l'asile Michelet. On aurait pu croire que cet asile ou les autres qui offrent un repos sûr à la femme enceinte contenaient surtout des parisiennes. Il n'en n'est rien; le plus grand nombre sont des provinciales qui viennent accoucher clandestinement à Paris et fréquemment y abandonnent leur enfant.

Cet apport d'éléments étrangers est doublement onéreux pour l'Assistance publique, supportant du fait de la mère une dépense qui ne devrait pas lui incomber et ensuite élevant un enfant qui, pas plus que sa mère, n'aurait été une charge si la société, viciée par de fausses idées sur la morale, avait soutenu cette femme pendant sa grossesse et après son accouchement.

C'est une preuve de moralité, par les temps difficiles où elle vit, de voir une fille continuer sa grossesse et élever son enfant et par ce fait seul, qui contraste avec l'avortement limitatif de certaines femmes mariées, elle mérite que l'opprobre de celles qui n'ont pas traversé les mêmes circonstances s'efface devant la louange que font les gens de bon jugement du devoir sainement accompli.

Mais puisque la ville de Paris se plaint de cette charge sans cesse croissante, qui diminuera le jour où la fille-mère trouvera dans son département une Pouponnière lui permettant de garder et d'élever son enfant, il semble juste qu'elle entre pour une part contributive et proportionnelle à l'économie qu'elle trouvera à ce changement.

L'Etat entre généralement pour 1/3 dans la dépense des œuvres d'utilité publique; de plus dans les fonds que l'Assistance départementale voterait, il faut encore tenir compte de la mensualité allouée aux filles-mères qui ne serait plus répartie sur leur tête, mais sur le fonds social de la Pouponnière qui les emploierait.

En se résumant, on trouve donc comme fonds de roulement pour balancer les dépenses :

- 1° Mensualités des nourrissons ;
- 2° Allocation de l'Etat ;
- 3° Subvention du Conseil général ;
- 4° Allocation trimestrielle aux filles-mères ;
- 5° Œuvres annexes.

On ne peut formuler un chiffre même approximatif pour ces recettes, car les données ne sont pas connues, mais tout porte à supposer, pour ne pas dire affirmer, que le budget pourra s'équilibrer.

J'avancerai même qu'en certains cas, il pourrait se produire un boni qui viendra grossir le capital social et permettre l'augmentation des bourses dans les années moins favorisées.

Ya-t-il des objections contre les Pouponnières ?

Certainement, mais elles sont réfutables.

La première est l'éventualité des épidémies dans les agglomérations d'enfants. Elle est possible, mais il ne faut cependant pas oublier que 20 enfants, réunis dans une Pouponnière, sans communication avec le dehors, auront moins de chances de contagion que les mêmes vingt nourrissons placés chez des nourrices ayant chacune de 1 à 4 enfants que réunissent des points communs d'infection, la crèche ou l'école.

2° Le prix relativement élevé des mensualités en est une autre. Mais cette quotité complémentaire de bourses sera jugée par les municipalités intéressées pour lesquelles ce ne sera qu'un faible supplément à ajouter au budget communal d'assistance gratuite.

Du reste, ce prix de 35 francs, avec les résultats que nous sommes en droit d'espérer, est faible si on le compare aux prix inférieurs si entachés de mortalité mais si onéreux pour notre vitalité nationale.

Il n'y a qu'à établir une règle de proportion entre la mortalité de Porchefontaine qui en 1902 n'a pas dépassé 5 0/0 chez des enfants qui paient il est vrai de fortes mensualités, mais sont dans des conditions exceptionnelles de soins, et celle des enfants protégés trop souvent placés au hasard qui, en 1901, était pour les enfants de 1 jour à 1 an de 39, 6 0/0 d'après M. Monod et dont les mensualités varient de 12 à 40 francs.

En consultant les cartogrammes de la statistique municipale de M. Strauss, cité par le Dr Raimondi, on peut se rendre compte que la mortalité si élevée des enfants du 1^{er} âge est toujours plus faible dans les arrondissements riches que dans les arrondissements pauvres; ce que j'ai prouvé graphiquement, en m'appuyant sur d'autres données.

Nous avons donc le droit de généraliser et d'affirmer qu'un enfant qui sera mis en nourrice dans des conditions de placement sérieux, payant de 40 à 60 fr. par mois, dans une Pouponnière, aura plus de chance de survie qu'un autre qui ne paiera que 12 à 15 fr. par mois comme dans certaines circonscriptions d'Ille-et-Vilaine.

Indéniablement il existe un rapport constant entre la valeur des mensualités et les soins donnés à l'enfant.

3° Le recrutement des enfants et du personnel.

Ce recrutement, qui est si difficile dans les fondations d'initiative privée, sera extrêmement facile dans une fondation officielle où les demandes dépasseront de beaucoup les offres, ce qui permettra un choix judicieux des enfants et sévère des nourrices.

4° Les difficultés financières du début.

C'est la seule objection ayant quelque valeur, et encore la perdra-t-elle, lorsque l'opinion instruite comprendra l'immense intérêt qu'elle a à sauvegarder l'enfant qui est un capital social. Elle sera la première à demander cette réforme sociale et à l'imposer aux pouvoirs publics.

La généralisation de l'instruction primaire n'a-t-elle pas eu, en France, ses heures de vicissitude; et cependant, elle a fini par triompher, bien qu'on sût qu'elle devait largement obérer les budgets départementaux et communaux.

Il serait désastreux, pour nos intérêts et notre amour-propre national, de voir que l'Allemagne, dont les conceptions utilitaires suivent sûrement une évolution pratique et féconde dont elle retire avantageusement les fruits, nous devancerait encore, comme elle l'a déjà fait pour la lutte contre la tuberculose et pour l'obligation d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse.

Mais ne doutons point, nous progressons relativement vite vers ce mouvement général. La puissante et heureuse initiative de M^{mes} G. Charpentier et E. Manuel a ouvert un horizon à tous ceux qui s'intéressent aux œuvres de l'enfance.

S'il y a eu des heures de doute et de lutte, la victoire de l'idée est définitivement acquise par le seul fait de cette œuvre humanitaire, abaissant la mortalité infantile à un taux inconnu jusqu'alors, donnant aux filles-mères un abri sûr, et aux travailleurs une sécurité qui leur manquait pour le placement de leurs enfants.

« Quand un établissement, nous dit le Dr Raimondi, a eu, lors de sa fondation, des présidents d'honneur, comme Pasteur, J. Simon, Bergeron; quand il compte comme président de son Comité médical, un savant comme M. le Dr Sevestre, assisté d'autorités médicales de la valeur des docteurs Blache, Boissard, Champetier de Ribes, Dubrisay, Lucas-Championnière, Maygrier, Moutard-Martin, Porak, Segond, professeur Terrier, Dr Weill; quand il a été si favorablement apprécié par M. le Pr. Budin, si fermement soutenu par des philanthropes comme Théophile Roussel, Frédéric Passy, Paul Strauss, il mérite plus que de la sympathie, plus que des encouragements, il y a un devoir, pour la société et l'Etat, de lui assurer l'existence ».

Cette obligation n'est qu'une question de temps, et le jour où Porchefontaine aura officiellement droit d'emarger au budget de l'Etat, nous ne serons pas loin de voir se multiplier les Pouponnières et diminuer la mortalité infantile.

Or, bien que la dette publique soit élevée, les économistes, qui ont mission de faire fructifier ce capital qui est la vie de l'enfant, n'hésiteront pas, dès que le Parlement aura révisé la loi Roussel, à doter l'Etat d'une entreprise nationale, dont il retirera bientôt de grands avantages matériels et moraux.

« Un gain de la population ne vaut-il pas, dit encore M. P. Strauss, qu'on l'achète à prix d'or ». Et l'or n'est rien si on le compare à l'énergie vitale, la grande force motrice sur terre.

Quelques opinions d'auteurs compétents prouveront le mouvement qui se produit en ce sens.

Après le vœu émis, sur l'initiative du Dr Blache, membre de l'Académie de médecine et secrétaire général de la Société Protectrice de l'enfance, par les congressistes de 1900, au Congrès d'assistance publique et de bienfaisance privée, relativement à la demande aux pouvoirs publics de l'extension des maisons d'élevage des nourrissons, nous citerons l'opinion de M. le Sénateur Strauss.

Dans une conférence faite à la Sorbonne, le 15 décembre 1901, sous la présidence de M. Frédéric Passy, de l'Institut, il concluait ainsi : « Pour le combat contre la mortalité infantile, pour le maintien et la prospérité de la Pouponnière, nous faisons appel avec confiance à tous les concours. L'œuvre nationale et humanitaire qui nous réunit dans un effort commun, doit être mise au premier rang; elle mérite, sous ses formes variées, les chaleureuses sympathies et la coopération tenace des pouvoirs publics, de l'initiative privée et de toutes les femmes de France. »

Bien que M. P. Strauss n'admette pas la généralisation des Pouponnières, sauf aux environs des grandes villes, il est un des plus chauds partisans du système, en affirmant hautement qu'en dépit des préventions, de toutes les difficultés, Porchefontaine aurait droit de cité dans la philanthropie actuelle.

Avant de terminer, deux observations encore dont le contraste saisit et que je livre aux commentaires de tous ceux qui veulent se documenter sur cette question.

Le 14 janvier 1903, le Dr Paul Berthod écrivait :

« Au congrès international d'assistance familiale, le Dr Raimondi avait déjà jeté un cri d'alarme à propos de la mortalité des enfants mis en nourrice et prétendus surveillés par l'Administration. A son tour, le Dr Bertillon, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, vient de démontrer à la Société de médecine publique, chiffres en main, que, en 1897, la mortalité des enfants de 10 à 365 jours, mis en nourrice et protégés par la loi Roussel, a été de 20,34 0/0, tandis que celle des enfants français (protégés ou non) était de 12,84 0/0.

« La mortalité des enfants protégés l'emporte donc de plus de moitié sur celle des enfants français. Cette singulière protection, qui s'affirme par un excès de mortalité, qui semble s'exercer à rebours, mérite qu'on y réfléchisse. »

Dans la Revue de Puériculture du mois d'août 1903, je lis la note suivante :

« M. le Dr H. Méry, médecin de l'Hôpital des enfants, professeur agrégé, suppléant M. le professeur Gran-cher, accompagné de plusieurs chefs ou anciens chefs de clinique de la Faculté et de plusieurs médecins étrangers, a conduit les élèves du cours de clinique visiter la Pouponnière. Après une courte conférence dans le parloir de l'établissement, il a commencé la visite des différents pavillons, ainsi que de la vacherie, la laiterie, la buanderie, qui sont des installations modèles. M. le Dr Méry et ses confrères se sont montrés partisans de la Pouponnière, du genre d'alimentation qui y est appliqué et de l'hygiène suivie. »

De tels faits se passent de commentaires.

D'une part, une mortalité considérable qui étonne; de

l'autre, un résultat extraordinaire obtenu par une initiative privée, approuvée par la Faculté qui, du seul fait de sa présence, a jugé en dernier ressort.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

ANALYSES

DU TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION HABITUELLE.

Nombreuses sont les armes dont nous disposons contre la constipation habituelle, mais la multiplicité de ces armes prouve leur peu d'efficacité. Si l'une d'elles était active, en effet, nous délaisserions les autres ; il n'en est malheureusement pas ainsi, la constipation reconnaissant plusieurs causes (*diminution de la sécrétion intestinale, diminution du péristaltisme, diminution de la sécrétion biliaire*), il faut trouver un médicament qui remédie, non seulement à une de ses causes, mais à toutes les autres, sous peine d'avoir une action incomplète. Il faut, de plus, que ce médicament soit un laxatif, qu'il ne purge pas, car autrement la constipation deviendrait invincible.

Voyons si les moyens thérapeutiques employés généralement répondent à cet idéal :

Les purgatifs salins, même pris à petites doses, soit sous forme d'eaux purgatives, soit en nature, n'agissent que sur la sécrétion intestinale et sont sans action sur le péristaltisme intestinal ; on peut faire un reproche identique aux laxatifs sucrés, tels que la glycérine, la manne, le miel, etc.

Les purgatifs drastiques (mercuriale, jalap, aloès, gomme-gutte, coloquinte, etc.) augmentent bien la sécrétion intestinale et plus ou moins le péristaltisme, mais ils n'ont aucun pouvoir cholagogue et présentent de nombreux inconvénients ; leurs effets sont difficiles à régler chez certains malades et leur action congestive sur les organes du petit bassin est souvent une contre-indication de leur emploi.

La graine de lin, l'huile de ricin n'ont qu'une action péristaltique.

Les cholagogues n'agissent que sur la sécrétion hépatique.

Les lavements rendent l'intestin paresseux en substituant leur action mécanique à celle de la fibre musculaire intestinale.

Le massage mérite une place à part, car il peut rendre de grands services, mais il faut qu'il soit pratiqué par une main exercée et renouvelé tous les jours, ce qui est difficile pour beaucoup de malades.

Dans notre embarras nous avons eu recours à une pré-

paration connue sous le nom de *Leptandrine Royer*. Les essais nombreux que nous avons faits avec ce produit nous ont permis de constater qu'il répondait bien à ce triple desideratum :

Excitation de la sécrétion intestinale,
Excitation du péristaltisme intestinal,
Excitation de la sécrétion biliaire.

La *Leptandrine*, retirée des racines du *Leptandra virginica*, famille des scrophulariacées, avait été déjà signalée à l'attention du corps médical par deux autorités :

Le Dr Dutcher s'exprime ainsi :

« La *Leptandrine* a une action manifeste sur les glandes de l'intestin et on constate ses bons effets dans un grand nombre de cas de constipation chronique ».

D'autre part, Gubler écrit :

« La *Leptandrine* excite légèrement le foie et sollicite la sécrétion biliaire sans produire de véritable purgation ; elle est simplement laxative ».

Elle a de plus sur les autres médicaments tels que la cascara, l'évonymine, la rhubarbe, etc., un avantage inappréciable ; elle ne produit pas l'accoutumance. C'est ainsi que, chez des malades atteints de constipation rebelle, nous avons pu employer pendant fort longtemps la *Leptandrine Royer*, sans voir épuiser ses effets.

Afin d'éviter les inconvénients des pilules qui, souvent, traversent l'intestin sans être dissoutes, sans subir aucun dommage, la *Leptandrine Royer* est présentée sous l'aspect de petits comprimés formés de poudre à peine agglomérée et renfermés eux-mêmes dans de petits cachets.

La dose est d'un ou deux cachets en se mettant à table, toujours au même repas, de façon à obtenir tous les jours une selle à la même heure.

D^r DE LA MORELLE.

Résultats du traitement antisypilitique chez les tabétiques, par Maurice FAURE, de Lamalou (1).

Les cas d'amélioration ou de guérison du tabès par le traitement hydrargyrique, récemment publiés, sont peu nombreux. D'autre part, nous savons que, dans 60 pour cent des cas, le tabès a une tendance spontanée aux arrêts et aux régressions. Si l'on recherche quels sont les symptômes qui se sont améliorés, au cours de cures mercurielles, on constate que ce furent d'abord les douleurs (symptôme éminemment variable et transitoire) et l'incoordination, que presque toutes les thérapeutiques médicamenteuses, autrefois tentées puis abandonnées dans le tabès, avaient aussi paru améliorer. Il n'y a donc pas de raisons suffisantes d'affirmer que le traitement hydrargyrique donne des résultats certains dans le tabès.

D'autre part, des statistiques publiées en collaboration avec les D^{rs} Belugou et Cros sur 2.500 cas, il résulte que le pourcentage des améliorations et des guérisons est un peu moins élevé chez les tabétiques qui ont subi un traite-

(1) Congrès de Neurologie de Bruxelles (août 1903).

CHLOROFORME DUMOUTHIER

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.

ment antisyphilitique, que chez ceux qui n'en ont subi aucun. Enfin, le nombre de cas, où la thérapeutique antisyphilitique s'accompagne d'aggravation, est beaucoup plus grand que le nombre de cas où la même thérapeutique s'accompagne d'amélioration.

Si l'on cherche à distinguer les résultats obtenus avec le traitement antisyphilitique mixte, par les anciennes méthodes, et les résultats du traitement mercuriel intensif par les formules modernes, on constate que les améliorations ne sont pas plus nombreuses avec les nouveaux procédés qu'avec les anciens, et qu'au contraire, les aggravations sont plus nombreuses.

Il a donc lieu de craindre que le traitement antisyphilitique du tabès ne justifie pas la confiance qu'on lui a témoignée, à plusieurs reprises, en se basant d'ailleurs sur des vues de pathologie générale et d'anatomie pathologique, beaucoup plus que sur des faits thérapeutiques. La recrudescence de faveur, que lui vaut actuellement l'emploi des doses intensives de mercure, nous paraît devoir être passagère, et particulièrement injustifiée. Cependant, comme le traitement antisyphilitique paraît réussir dans quelques cas, comme il joue peut-être un rôle préventif, et qu'il est sans doute pour quelque chose dans l'atténuation générale du pronostic du tabès, il y a toujours lieu de le tenter, mais non pas avec un esprit systématique, et en sachant l'arrêter, lorsqu'il est évident qu'il est nocif ou lorsque des essais prolongés l'ont démontré inutile.

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.*

Pathogénie et pronostic du Tabès, par Maurice FAURE, de Lamalou (1).

La syphilis n'exerce pas, sur la genèse et l'évolution du tabès, l'influence exclusive qu'on a cru pouvoir lui attribuer. D'autres infections, d'autres intoxications, ou même simplement des chocs physiques ou moraux, le surmenage, les privations ont droit, comme elle, à une part de responsabilité. On peut dire que si la très grande majorité des tabétiques est antérieurement syphilitique, les accidents du tabès n'apparaissent souvent chez eux qu'à l'occasion d'autres infections ou d'autres intoxications.

Le tabès est très rare chez les femmes, et relativement fréquent chez les officiers et chez les israélites. Presque tous les tabétiques sont des gens très actifs physiquement et intellectuellement, chez qui le surmenage est habituel.

Sans tenir compte des traitements suivis, on peut dire que, dans 60 0/0 des cas, le tabès s'arrête dès les premiers symptômes, ou évolue avec une telle lenteur que la vie du malade en est à peine diminuée. C'est dans 30 0/0 des cas seulement, qu'il peut porter le nom de progressif, et mériter le fatal pronostic qui a découragé autrefois la thérapeutique. Il évolue alors, selon les descriptions classiques, en sept années environ. 5 0/0 des tabétiques guérissent d'une façon complète cliniquement. Un nombre égal, 5 0/0, subit, au contraire, une évolution rapide et fatale, avec fièvre et signes infectieux. C'est une forme fébrile du tabès, qui n'a pas encore été décrite et qui dure quelques mois, où à peine 1 à 2 ans.

(1) Congrès de Neurologie de Bruxelles (août 1903).

Traitement mécanique des troubles viscéraux chez les tabétiques. — Crises laryngées (1) par Maurice FAURE, de Lamalou.

Troubles de la respiration, de la digestion, de la miction, de la défécation. — Il y a lieu d'employer, dans le traitement des troubles viscéraux des tabétiques, les exercices méthodiques, dans le but de corriger l'incoordination des muscles chargés des fonctions thoraciques et abdominales.

C'est, en effet, l'incoordination de ces muscles, qui amène les crises laryngées, par perturbation des réflexes glottiques et des fonctions motrices respiratoires ; — les troubles de la miction et de la défécation, dus à l'incoordination et à l'atonie des muscles de la paroi abdominale, du plancher périméal, et du diaphragme ; et enfin, pour une part, la difficulté des fonctions respiratoires et digestives, pour lesquelles l'intégrité des fonctions des muscles du thorax et de l'abdomen est nécessaire. Les exercices méthodiques, en reconstituant le rythme respiratoire, en rétablissant la tonicité des parois abdominales et la coordination des muscles du larynx, etc., amènent promptement l'amélioration, et même la disparition de ces accidents, qu'il faut considérer comme graves, puisqu'ils sont les causes ordinaires de la mort des tabétiques.

En signalant l'action des exercices méthodiques sur les troubles des fonctions de nutrition, nous pensons signaler un fait, dont l'importance thérapeutique sera plus grande encore que ne le fut l'action, aujourd'hui incontestée, des exercices méthodiques sur les fonctions de relation (Marché, Préhension, Ecriture). En effet, la privation des fonctions de relation chez un tabétique ne compromet que sa situation sociale ; au contraire, la perturbation de la respiration et de la digestion, fonctions essentielles de nutrition, met en jeu sa vie même.

(1) Congrès de Neurologie de Bruxelles (août 1903).

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 :

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

NUCLEO FER GIRARD, le plus assimilable, chaque pilule contient 0,10 de NUCLEINATE de fer pur. Dose, 4 à 6 par jour, au début des repas.

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.

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