

Figures Médicales Tourangelles

LUDGER CRUET

Ludger Cruet occupe une place à part dans l'évolution moderne de la profession médicale. Son nom mérite d'être cité à côté de ceux de Garengéot, de Magitot, de Duval, de Tomes, de Galippe, etc. ; car, apportant dans l'art dentaire des connaissances générales et un esprit scientifique, il sut le tirer de l'ornière où il se trouvait embourbé aux mains des empiriques, et créer une spécialité nouvelle : la *Stomatologie*.

Ludger Cruet est né à Vouvray, le 27 août 1850. Pourquoi, après avoir été un brillant élève du Lycée de Tours, se fit-il inscrire comme étudiant, en 1868, à l'Ecole de Médecine de cette ville ?

Deux oncles chérissaient particulièrement Cruet et surent orienter ses études dans la voie où il devait se distinguer. Tous deux jouissaient d'une grande notoriété dans le monde médical : le premier, Baillarger (1), dont les leçons cliniques sur les maladies mentales à la Salpêtrière avaient alors un retentissement universel ; le second Lunier (2), qui venait d'être nommé Inspecteur

général des établissements d'aliénés. L'un et l'autre devaient occuper un fauteuil dans le cénacle de l'Académie de Médecine.

Ludger Cruet subit leur direction et, en 1870, à la suite d'un concours, fut nommé interne à l'Hospice général de Tours ; mais, la guerre Franco-Allemande le força à suspendre ses études. Il fut attaché à cette ambulance de Beaumont-lès-Tours, que dirigeait avec un si admirable dévouement le docteur Herpin, et s'y fit remarquer parmi les plus actifs.

Interne à Paris, en 1875, notre Tourangeau soutint sa thèse inaugurale en 1879. Le travail qu'il présenta, à cet effet, fit quelque bruit, tant par l'importance et la nouveauté du sujet traité, que par l'indication qu'il donnait sur les projets de l'auteur : *Des Caries dentaires compliquées, considérées surtout au point de vue de leur traitement*. Abandonnant l'ancienne description de la carie dentaire en quatre degrés, il nous montre que cette lésion progressivement

destructive des tissus durs de la dent devient une carie compliquée et ouverte dès que la pulpe est mise à nu, au même titre, toute proportion gardée, qu'une fracture ouverte à l'extérieur est devenue une fracture compliquée ouverte. Il abandonnait aussi le rôle spécial et déterminé que l'on attribuait alors aux dents comme à tout autre organe, et admit, pour elles, la notion plus complexe des synergies fonctionnelles.

promotion de Ducloux (de Tours). Se voua, après son internat, à l'étude exclusive des maladies nerveuses et mentales et suivit la carrière des Asiles. Directeur de l'asile des aliénés de Niort, puis de Blois, où il créa un pensionnat modèle pour aliénés, qui porte son nom, *Villa Lunier*, dépendance de l'asile départemental. Nommé, en 1868, Inspecteur général des établissements d'aliénés et des prisons (Service sanitaire). Membre de l'Académie de Médecine en 1882. Mis à la retraite en 1883. S'est distingué par de nombreux travaux spéciaux notamment : sur la *Paralyse générale*, sur le *Goître* et le *Crétinisme*, sur l'*Alcoolisme* et ses conséquences au point de vue pénal, mental et social.

Statisticien remarquable et anthropologiste ; fut président de la Société de Statistique de Paris, de la Société d'Anthropologie, de la Société de Médecine et de la Société Médico-Psychologique.

Fondateur, en 1873, avec Baillarger et le Dr Bergeron, de la Société de Tempérance Française, ligue contre l'alcoolisme dont il fut, jusqu'à sa mort, secrétaire général. C'est à cette Société qu'il consacra les dernières années de sa vie et ses derniers efforts.

Le docteur Lunier fut un administrateur remarquable, un aliéniste de marque et un grand homme de bien. Il était officier de la Légion d'honneur. Il se distingua pendant le siège de Paris, aux avant-postes, comme ambulancier, et fut décoré par Ricord sur le champ de bataille.



(1) JULES-GABRIEL-FRANÇOIS BAILLAGER, né à Montbazou le 26 mars 1809, mort à Paris en 1889. Elève du Lycée de Tours, il y eut pour premier maître d'études Trousseau, que des débuts fort difficiles forçaient à accepter cette modeste situation pour gagner le prix de ses inscriptions de médecine.

A sa sortie du Lycée, Baillarger commença ses études médicales à l'Hospice général de Tours. Il y suivit assidûment les leçons de Bretonneau dont le jugement droit et le puissant esprit d'observation marqua sur lui une profonde empreinte ; il demeura toujours dans l'intimité du maître.

Interne des hôpitaux de Paris, Baillarger devint l'élève du grand Esquirol, puis médecin des hôpitaux, il resta pendant 25 ans à l'hospice de la Salpêtrière comme médecin en chef résidant, et s'y illustra par des leçons cliniques sur les maladies mentales, qui portèrent son nom et son enseignement dans le monde entier.

Baillarger s'est distingué par des travaux nombreux sur l'anatomie du système nerveux et la pathologie nerveuse et mentale ; les plus importants sont ceux sur l'*Anatomie de l'écorce cérébrale*, sur la *Paralyse générale*, sur les *Hallucinations*, sur le *Goître* et le *Crétinisme*. Il créa un nouveau type pathologique : La folie à double forme, qui a pris place dans le cadre nosologique de la folie.

Il fut jusqu'à sa mort, avec Moreau de Tours, directeur de la célèbre maison de santé d'Ivry fondée par Esquirol.

Il a fondé, avec Falret, les *Annales médico-psychologiques*, qui forment un recueil précieux, où se sont centralisés tous les documents relatifs à l'étude de l'aliénation mentale.

Baillarger fut président de l'Académie de Médecine et de nombreuses sociétés savantes.

Avec Bretonneau, Trousseau et Velpeau, Baillarger est une des illustrations médicales de la Touraine. C'est un des grands aliénistes français.

(2) DOCTEUR LUNIER. Né à Sorigny (Indre-et-Loire) en 1821. Mort en 1884. Neveu de Baillarger. Interne des hôpitaux de Paris, de la

Cruet, interne des hôpitaux, déclara qu'il se spécialiserait dans l'art dentaire. *Dentiste* ! ce fut une surprise générale. Cet art était alors quelque peu décrié, aux mains de praticiens sans autorité. Il tint tête à l'orage, soutenu qu'il était par son maître, Magitot, et dès le début de sa carrière lutta pour transformer peu à peu la profession. Il la fit sortir, par une évolution régulière, des conceptions restrictives dans lesquelles on l'enfermait pour l'amener à ce qu'elle doit être dans la réalité, une spécialité médicale. Il fit de l'art dentaire une science véritable et cette science a un nom aujourd'hui, c'est la *Stomatologie*. Le mot est de Magitot, je crois, mais c'est Cruet qui en fut le véritable propagateur ; il a fait fortune, *ainsi que la chose*, aussi bien en France qu'à l'étranger, et la nouvelle spécialité a aujourd'hui tous ses organes, sa presse, ses sociétés savantes, et il n'est plus possible de l'ignorer.

Depuis lors, nous le voyons, par un labeur incessant, publier régulièrement des travaux, qui tous attirent l'attention et donnent aux idées dont il est le champion une influence considérable et une grande portée.

En 1880, il traduit le *Traité d'anatomie dentaire et comparée* de l'anglais Tomes et l'explique au moyen de notes abondantes.

En 1883, il écrit le chapitre des *Opérations dentaires* dans le *Traité des Opérations usuelles* du docteur Louis Thomas (de Tours), traité qui eut alors un vif succès et plusieurs éditions, et qui n'a pas été surpassé, sur bien des points, par les ouvrages plus récents, plus brillants, richement illustrés, mais peu pratiques.

Ces premiers travaux valurent à Cruet d'être nommé, en 1884, dentiste des hôpitaux de Paris. Il fut attaché à l'hôpital de la Charité. Ce service lui permit d'avoir des élèves qui, travaillant avec lui, ne tardèrent pas à se faire ses disciples et à propager, à leur tour, les doctrines du maître. C'est ainsi que, chaque année, sous l'empreinte de Cruet, plusieurs thèses de stomatologie sont soutenues devant la Faculté de Paris.

Nous citerons parmi les principales où se reflète le plus cette influence :

La thèse de Capdepon : *Contribution à l'empyème du Sinus maxillaire* (1884) ;

Celle d'Albert Ovide sur les *Fistules dentaires* (1897) ;

Celles de Goumerais (1898) et de Gillet (1903) sur le *Tic douloureux de la face, d'origine dentaire*.

Celle de Faré (de Tours) : *De la Stomatite ulcéromembraneuse et de son traitement* (1898) ; etc.

Nous ne pouvons signaler ici tous les articles, notes, que Cruet a publiés dans la *Revue de Stomatologie*, dans *Le Progrès Médical*, *L'Année médicale*, *Le Dictionnaire du Commerce et de l'Industrie*, etc., ni ses communications à l'Académie de Médecine et aux autres Sociétés savantes, chacun est comme une pierre nouvelle apportée à l'édifice et en assure la pérennité.

Aussi bien, il nous est facile de juger l'ensemble de son œuvre dans le *Traité d'Hygiène et de Thérapeutique des maladies de la bouche*, paru en 1898. Le professeur Lannelongue a préfacé cet important ouvrage, qui résume toute la doctrine de l'auteur. On y voit pour la première fois interpréter la Pathologie dentaire avec les grandes lois de la Pathologie générale.

Le stomatologiste n'est plus uniquement un *arracheur de dents*, son domaine s'étend à tout l'appareil buccal : les os maxillaires avec leurs sinus, les parois de la bouche avec leurs glandes, les nerfs dentaires et leurs lésions, la langue et ses éléments complexes, les lymphatiques voisins, telles sont les limites dans lesquelles il peut évoluer dorénavant. L'auteur s'est attaché, de plus, à montrer que si les lésions qu'on y rencontre peuvent paraître siéger dans cette région seulement, elles sont en réalité le plus souvent symptomatiques d'un grand nombre d'états morbides, et il a essayé de rechercher les processus pathologiques généraux qui déterminent les maladies de la bouche. C'est le premier traité de ce genre qui ait paru en France, et Cruet l'a écrit avec cette précision de style et cette grande netteté d'exposition qui lui sont particulières.

Depuis le moment où il est entré dans sa spécialité, Cruet a fait dans le journal qu'il dirige, *La Revue de Stomatologie*, une série d'articles qui seront prochainement réunis en un volume sous le titre de : *Une nouvelle spécialité médicale, la Stomatologie*. Par cette véritable campagne de Presse, il a cherché à démontrer la nécessité des études scientifiques et médicales, c'est-à-dire du Doctorat en Médecine, pour l'exercice de la profession de dentiste. Il a voulu placer la Stomatologie sur le même pied que les autres spécialités médicales : la Laryngologie, l'Otologie, l'Ophthalmologie, etc. Il y a réussi. Grâce à ses soins persévérants, mieux comprise et mieux définie, la stomatologie se rattache maintenant, de la manière la plus brillante et la plus étroite, à la Nosologie médicale. Le stomatologiste remplacera partout le dentiste et tout stomatologiste sera médecin. Dans les congrès de médecine une section spéciale est désormais réservée à la Stomatologie. La cause est donc gagnée devant les savants et devant le public.

L'appui dont Cruet avait besoin pour mener à bien sa campagne, il le trouva dans la *Société de Stomatologie*, dont il fut, en 1883, l'un des fondateurs et que dirigea avec autorité, à ses débuts, le grand Magitot. A la mort de ce dernier, il fut choisi pour présider aux destinées de la compagnie, pour laquelle s'ouvrit une ère de rapide prospérité. Aujourd'hui plus de 200 docteurs sont inscrits dans ses rangs et la salle des réunions retentit des discussions les plus vives. Il fallait à la Société un organe, Cruet reprit la *Revue de Stomatologie* fondée par Magitot, mais qui avait sombré après la mort du maître. Le succès vint de suite au nouveau journal dont la tenue et l'aspect sont parfaits, puisque son tirage va sans cesse en augmentant et que le nombre de ses pages s'accroît tous les ans.

En 1895, Cruet fut choisi pour être examinateur à la Faculté de Médecine pour le troisième examen de chirurgien-dentiste. Cette distinction lui fut rendue avec une faveur depuis chaque année.

En 1900, la croix de Chevalier de la Légion d'honneur le récompensa de son incessant labeur et du grand mouvement scientifique dont il a été le promoteur. Au banquet qui réunissait, à cette occasion, ses nombreux élèves, le professeur Lannelongue pouvait dire : « Vous avez produit beaucoup de choses originales, ce n'est pas l'heure de les appeler, mais en parcourant la liste de vos travaux, on reconnaît bien vite que leur nombre et leur qualité dépassent ».

sont beaucoup ce qu'il faut pour faire un académicien. Vous serez donc de l'Académie, et vous continuerez une noble tradition de famille : vos éminents ancêtres les Baillarger, les Lunier, ne sont-ils pas là pour vous montrer dignement le chemin ? »

Annexite et appendicite ⁽¹⁾

Par le Dr L. -N. LAPEYRE

L'observation d'une malade que j'ai récemment laparotomisée à l'Hopice général, avec le concours de M. le Dr Vialle qui l'avait précédemment soignée, me permet de porter devant vous cette question fort intéressante de la coexistence de lésions annexielles et appendiculaires chez une même malade.

Voici l'histoire de ma malade et les détails de la laparotomie, tels qu'ils ont été recueillis avec beaucoup de soin par M. Bourgerette, interne du service.

APPENDICE

Annexite double adhérente par son méso.

ABLATION TOTALE — GUÉRISON

Madame G. 29 ans, entre à la salle 14 Hospitalier le 12 décembre 1905.

Elle a encore son père et sa mère qui ont toujours joui d'une bonne santé. Ses deux frères et sa sœur ont également été toujours bien portants.

A 8 ans elle a eu la rougeole. Elle a eu également pendant sa jeunesse et son adolescence plusieurs bronchites.

Elle a eu 4 enfants : trois filles et un garçon. Ses quatre accouchements ont été faciles. Sur ces quatre enfants, le troisième, une fille, a succombé à une entérite à l'âge de quatre mois.

En mai 1902, au sixième mois de sa troisième grossesse, elle a une phlébite de la jambe gauche qui la contraint de garder le lit jusqu'à la fin de juillet.

Madame G. accouche le 10 août 1902. Cinq jours après elle est prise d'infection puerpérale qui pendant 50 jours nécessite l'application de glace sur le ventre de la malade. Elle souffre beaucoup au niveau des points ovariens, mais surtout à droite. A la même époque elle fait une phlébite double. Elle présente également à la région inguinale droite deux phlegmons superficiels qui s'ouvrent spontanément. Enfin elle fait une pleurésie droite qu'on est sur le point de ponctionner.

Madame G. garde le lit jusqu'à la fin de décembre et ne peut reprendre son service de femme de chambre, qu'au 1^{er} mars 1903.

Le 20 novembre, elle est reprise soudainement de douleurs violentes dans le bas-ventre à droite et de vomissements verdâtres péritonitiques. Ces douleurs sont localisées vers le point de Mac Burney, si bien qu'à ce moment même elles en imposent pour une crise d'appendicite. Du côté gauche la douleur est presque nulle. Après une quinzaine de jours de repos au lit et d'applications de glace sur l'abdomen la malade entre à l'Hôpital, de Tours, salle 14 Hospitalier, dans le service du Docteur Lapeyre.

A ce moment, la malade souffre beaucoup moins. La crise péritonitique est terminée, la palpation de l'abdomen n'éveille qu'un peu de douleur dans la région droite vers et au-dessous du point de Mac Burney. Le toucher vaginal donne les renseignements suivants :

A droite, tumeur salpingienne volumineuse, bosselée, douloureuse, remontant très haut vers la fosse iliaque droite.

A gauche, empatement à contours peu nets, non douloureux, utérus douloureux et fixé. Col utérin normal. Légères pertes blanches venant du corps.

L'état général est médiocre. En présence des antécédents

puerpéraux, de la netteté des signes salpingitiques, de l'existence de lésions gauches, je pose le diagnostic d'annexite bilatérale primitive avec lésions aiguës récentes à droite, paraissant s'être compliquées d'appendicite lors de la dernière crise.

En conséquence j'opte pour une laparotomie médiane pratiquée le 18 décembre 1905 avec l'assistance du Dr Vialle.

Le petit bassin est rempli par une masse constituée par l'utérus et les annexes enflammées adhérentes, ayant contracté des adhérences avec le gros épiploon. J'enlève d'abord les annexes du côté gauche, la trompe triplée de volume tombée dans le douglas, adhérente à la face postérieure de l'utérus, l'ovaire volumineux parsemé de kystes.

A droite, mêmes lésions un peu moins volumineuses, adhérences plus récentes, glutineuses. La masse annexielle, très haut située à la limite de la fosse iliaque, adhère au méso-*appendice*. L'appendice, lui-même, en position normale, paraît sain, sa pointe est libre.



On procède à l'ablation bilatérale des annexes, suivie de la cautérisation du pédicule au thermo-cautère. On cautérise également la surface utérine qui saigne un peu.

Enfin, à cause de l'infection possible de l'appendice par suite de l'adhérence du méso avec la trompe j'opère également la résection de cet organe.

On draine la plaie selon le procédé de Mikulicz : on réunit les lèvres de l'incision péritonéale et musculaire par un surjet au catgut et on suture la peau aux crins de Florence.

Les trompes ouvertes après l'opération laissent échapper une certaine quantité de pus, surtout à droite. L'appendice ne présente aucune lésion macroscopique appréciable.

Le soir, la malade qui a vomi un peu ne souffre pas beaucoup de sa plaie. Sa température est de 35° 7. Son pouls est faible mais régulier.

Le 19 au matin, la malade est très affaiblie. t. 36° 4. Pouls très faible, à peine perceptible. On lui fait une injection hypodermique de 500^{cc} de sérum artificiel. Le soir sa température est de 36° 8. Le pouls est meilleur.

Le 20, on enlève la mèche. On refait 300^{cc} de sérum ; t. le matin 36° 4 ; le soir 36° 7. La plaie va bien.

Le 21, on fait encore 300^{cc} de sérum. La malade ne souffre pas.

(1) Communication faite à la Société Médicale d'Indre-et-Loire.

Madame G. est actuellement en bonne voie de guérison et le 7 janvier 1906, la plaie est presque complètement refermée.

J'appellerai, Messieurs, votre attention sur les points suivants qui donnent à cette observation un intérêt très particulier.

Tout d'abord une infection puerpérale grave a été la cause première des accidents, et des lésions annexielles bilatérales ont été la conséquence de l'infection à point de départ utérin.

Les premières crises douloureuses de pelvipéritonite observées par le Dr Vialle évoquaient seulement le diagnostic d'annexite. Mais la dernière fois par contre, les accidents au moins à leur début prenaient l'apparence d'une crise appendiculaire.

Soudaineté de la douleur, des vomissements, maximum de la douleur vers le point de vue de Mac Burney, tout éveille la pensée d'une appendicite ou au moins d'une extension des lésions à l'appendice. Le Dr Vialle, puis moi-même, nous basant sur les antécédents puerpéraux et sur les signes fournis par le toucher, concluons nettement à une annexite compliquée d'appendicite et décidons la laparotomie médiane.

Les résultats fournis par l'opération viennent corroborer l'exactitude de notre diagnostic, en le modifiant pourtant et d'une façon très intéressante.

En effet, que trouvons-nous ? Une salpingo-ovarite suppurée droite et gauche (les lésions sont même plus graves de ce côté), un utérus malade à sa face péritonéale, et enfin adhérent par l'extrémité de son méso à la trompe droite élevée jusqu'au bord interne de la fosse iliaque l'appendice.

Cette adhérence est de récente formation ; elle est le résultat de la dernière crise, mais fait remarquable, l'appendice n'est pas altéré.

Son méso a adhéré : son méso est malade et a donné naissance à une crise d'épiploïte, mais l'appendice, lui, n'a pas encore eu le temps d'adhérer ou d'être envahi. L'opération a enrayé l'accident appendiculaire au moment même où il prenait naissance.

J'ai recherché dans les observations publiées celles en particulier par nos confrères les Drs Delagenière (du Mans), et Barnsby dans sa thèse des faits cliniques semblables.

J'ai trouvé bien souvent relatée l'adhérence de l'appendice aux annexes, mais pas une seule fois l'adhérence du méso-appendice.

Je crois donc avoir eu la chance de tomber sur un cas rare sinon unique de lésions de propagation tout à fait au début, et à ce titre plus encore qu'à tout autre cette observation m'a paru digne de vous être relatée.

Dois-je à propos de ce cas isolé élargir un peu mon sujet et dire ce que je pense des relations unissant entre elles l'annexite et l'appendicite. Cela ne me semble possible qu'à la condition de rappeler les autres faits dans lesquels j'ai trouvé la coexistence des deux affections.

J'ai constaté seulement trois fois au cours des laparotomies pratiquées par moi chez la femme, l'adhérence des deux organes. Je crois donc à la rareté de ces adhérences. Mais j'ai par contre six fois constaté la coexistence des deux affections en dehors de toute relation directe. S'agit-il là d'une simple coïncidence. Beaucoup le croient encore et dans un article tout récent basé surtout sur les statistiques américaines de Kelly, notre distingué collègue Lapointe n'en juge pas autrement.

Je n'y puis souscrire pour ma part et je me range parmi ceux qui, à côté de coexistences fortuites évidentes, trouvent parfois une relation causale entre les deux affections.

Ecartons pour un moment la classification schématique si commode.

1. Il y a annexite compliquée d'appendicite adhérente.
2. Il y a appendicite compliquée d'annexite adhérente.
3. Il y a coexistence fortuite.

Et reprenons les faits tels que nous les observons :

Au cas d'appendicite et d'annexite simultanées nous trouvons.

- 1° Tantôt l'adhérence inflammatoire des deux organes.
- II° Tantôt une parfaite indépendance des lésions.

1^{er} GROUPE.

Annexes et appendice adhérents.

Le 1^{er} groupe lui-même comprend deux séries de cas :
Il y a annexite bilatérale.

Il y a annexite unilatérale droite (dans l'immense majorité des cas.)

1. L'annexite bilatérale avec appendicite est de beaucoup la lésion la plus fréquemment rencontrée. En pareil cas il s'agit évidemment d'une lésion génitale primitive propagée secondairement à l'appendice et il y a plutôt périappendicite qu'appendicite. Mon observation en est un cas fort intéressant.

2. Les observations d'annexite unilatérale et d'appendicite sont plus rares.

En pareil cas, il y a présomption, présomption seulement du début par l'appendice, puisque nous connaissons des salpingites unilatérales.

En fait d'observations de salpingites typiques de cause appendiculaire, il y en a bien peu d'incontestables. (Barnsby, Lapointe). Je ne considère pas en effet comme typique une observation, par exemple, d'ouverture d'appendice suppuré dans une trompe.

Et je conclus : l'ouverture d'un abcès appendiculaire dans le vagin est assez fréquente, la salpingite secondaire typique est très rare.

Mais à mon sens le plus intéressant de la question des rapports de l'annexite et de l'appendice est l'étude du 2^e groupe, celui dans lequel les relations directes manquent entre les deux lésions.

II^e GROUPE.

Annexes et Appendice non adhérents.

S'agit-il toujours d'une simple coïncidence ?

Oui, répondent Bouilly, Kelly, Lapointe.

Non, répondent Clado, Treub, Pozzi, Delagenière (du Mans), etc.

Mais alors quelle pathogénie invoquer. Clado et après lui Treub ont invoqué des connexions lymphatiques du ligament large avec le méso-appendice : ligament de Clado. Mais ces connexions n'ont jamais pu être anatomiquement démontrées.

Delagenière (du Mans) propose une explication fort originale et qui mérite toute notre attention. La métrite et l'ovarite donnent naissance, croit-il, par des adhérences au colon pelvien à une inflammation du tube digestif, d'abord localisée puis gagnant tout le gros intestin, à une colite engendrant elle-même secondairement l'appendicite.

Je crois que personne aujourd'hui ne discute la réalité de la colite comme cause d'appendicite.

Reste à prouver que la métrite et l'ovarite engendrent la colite.

De fait, on trouve très fréquemment, si fréquemment même que cela est devenu très banal, la colite associée

aux lésions utéro-annexielles et il semble bien que d'habitude c'est la métrite qui est apparue la première avant la colite. Je suis donc tout prêt à admettre la théorie de Delagenière, toutes les fois qu'il s'agit de salpingites graves adhérent à un point quelconque du gros intestin, colon pelvien le plus souvent ; mais il me semble que sa théorie est insuffisante pour expliquer le groupe des cas à mon avis le plus nombreux de tous, celui où aucune adhérence à l'intestin aucune inflammation grave des annexes n'existe.

Pour ma part, en effet, le type de malades que j'ai le plus souvent rencontré peut se décrire ainsi : femme plus ou moins névropathe ayant commencé à souffrir des annexes à la suite d'un accouchement s'étant compliqué d'infection utérine même légère.

Aux accidents utéro-annexiels viennent bientôt s'ajouter des phénomènes de colite mucomembraneuse, colite qui parfois aboutit elle-même à l'appendicite subaiguë ou chronique presque toujours.

A l'opération que trouve-t-on ? Des lésions d'annexite rarement adhérentes à l'intestin, le plus souvent peu accentuées, souvent à simple type sclérokystique, et un appendice malade mais parfaitement isolé, indépendant de l'affection génitale. A mon avis ce type clinique n'a pas encore été suffisamment précisé, il le mérite pourtant par le nombre de femmes qui ont le malheur d'en faire partie.

Comme Delagenière je crois que la coexistence n'est pas fortuite, je crois que le trait d'union entre les deux affections est la colite. Avec lui, j'admets la colite secondaire aux adhérences des annexes enflammés, mais allant plus loin que lui, je crois qu'il n'est pas nécessaire d'adhérence pour faire de la colite une altération secondaire à la lésion génitale.

Un trait est commun encore à toutes ces maladies, la tare névropathique, et à mon sens c'est cette tare qui domine leur histoire pathologique tout entière. Ce n'est pas dans le cas d'annexite supprimée que la colite évolue le plus fréquemment, c'est bien plus souvent au cours de lésions génitales banales, mais chez une nerveuse où elle accompagne d'autres accidents encore, tels la splachnoptose. Je n'hésite donc pas à rattacher ovarite, colite et appendicite à un trouble plus général de l'organisme à une véritable trophonévrose.

Du reste, une infection n'est pas même nécessaire pour mettre en mouvement ce syndrome. Jayle a étudié sous le nom « d'ovariennes », des jeunes filles, des vierges atteintes d'ovarite sclérokystique et de douleurs et de troubles graves. Beaucoup de ces mêmes jeunes filles, sinon toutes, sont en même temps des colitiques, des intestinales, des appendicitaires.

Et pour bien marquer toute ma pensée je dirai qu'on doit distinguer :

1° Les cas où il y a eu une infection génitale.

2° Ceux où l'infection génitale manque.

Je résume ici les quelques observations qui me sont personnelles de malades rangés en ces deux groupes.

1° Observations dans lesquelles les accidents sont provoqués par une infection utérine.

Obs. I. — Métrite puerpérale. Annexite double adhérente. Colite mucomembraneuse. Appendicite, opérations successives.

M^{me} S. 25 ans, me consulte en 1897. A la suite d'un accouchement il y a 4 ans, métrite. Curetage il y a 18 mois. Aggravation des lésions. Je constate une salpingite double très nette. Salpingectomie bilatérale. L'opération révèle des lésions salpingiennes plus marquées à gauche avec adhé-

rence au colon pelvien. Pas de pus. Dégénérescence sclérokysque des ovaires.

M^{me} S. continue à souffrir de l'utérus (suintement sanguin continu) l'intestin devient malade ; constipation mucomembraneuse, état nerveux très prononcé. Amaigrissement, Hystérectomie vaginale ; 2 ans après, l'opération est suivie d'une guérison apparente pendant 7 ou 8 mois. Au bout de 2 ans par contre, la colite apparaît très aggravée : Anorexie et constipation absolue. Distension gastrique et cœcale. Douleurs de plus en plus vives à droite. Petit à petit des phénomènes d'appendicite se confirment. Le Dr Delagenière (du Mans) affirme le même diagnostic. Appendicectomie le 27 juin 1902. La colite est elle-même très améliorée. Mais depuis deux ans se déroulent des troubles d'anémie grave de cause nerveuse.

Réflexions. — Cette opération paraît tout à fait typique. On y voit très nettement l'enchaînement des accidents. Noter l'adhérence de la trompe gauche au colon pelvien. (Théorie de Delagenière)

Obs. II. Métrite et Ovarite. — Colite compliquée d'appendicite. Appendicectomie et résection de l'ovaire droit.

M^{me} G. (La Haye-Descartes), 32 ans, a eu plusieurs enfants, souffre de métrite depuis 4 ans au moins. Est devenue très nerveuse et présente depuis environ deux ans des signes de colite mucomembraneuse. A plusieurs reprises, crises subaiguës d'appendicite.

Incision de Roux, novembre 1904. Appendice altéré et adhérent, très long et très grêle. L'ovaire droit très volumineux, parsemé de kystes, arrive au contact de la fosse iliaque amené dans l'incision ; je le résequerai en partie et le thermocautériserai.

Guérison médiocre. Troubles nerveux persistants.

Obs. III. — Métrite et annexite double. Colite et appendicite subaiguë. Laparotomie médiane. Appendicectomie. Résection de la trompe et de l'ovaire gauche. Ignipuncture à droite.

M^{me} B., 27 ans, très nerveuse, a eu 3 enfants. Métrite dès le premier accouchement, il y a 5 ans. Depuis un an 3 crises légères d'appendicite. L'interrogatoire révèle l'existence d'une entérocolite mucomembraneuse plus ancienne avec constipation opiniâtre.

La dernière crise d'appendicite la plus nette a duré 18 jours, 8 jours après on voit encore un empatement dans la fosse iliaque droite.

Troubles menstruels et ménorragies assez abondantes. Le toucher révèle des lésions annexielles bilatérales.

Laparotomie médiane : le 10 mars 1905 l'appendice est engainé dans une masse épiploïde enflammée dont il est difficile de le dégager, les deux ovaires sont malades : le gauche surtout est triplé de volume. Trompe nettement enflammée à gauche non adhérente. Salpingectomie gauche. Ignipuncture droite, guérison complète des phénomènes de colite. Quelques troubles dits ovariens persistent.

Obs. IV. — Métrite et ovarite sclérokystique droite. Colite et appendicite. Appendicectomie et ignipuncture après incision de Roux.

M^{me} X. (Saint-Aignan) névropathe accentuée, fille d'une mère névropathe, a eu un enfant il y a quelques années, a été traitée depuis pour métrite à plusieurs reprises. Plus tard sont apparus des troubles entérocolitiques avec néphroptose et accidents neurasthéniques. Enfin appendicite étrangère depuis 6 mois avec exagération de troubles intestinaux. Toucher vaginal presque négatif. Incision de

Roux et appendicectomie, mais recherche de l'ovaire droit qui apparaît sclérokystique triplé de volume. Ignipuncture.

Les résultats jusqu'ici sont satisfaisants, mais l'opération date seulement d'avril 1903.

2°. Observations dans lesquelles les accidents sont survenus en dehors de toute infection utérine appréciable.

OBS. I. — Colite et appendicite. Ovarite sclérokystique droite. Incision de Roux. Appendicectomie. Ignipuncture. Guérison.

M^{me} X, 21 ans, nerveuse, mariée depuis 7 mois, est atteinte d'une crise d'appendicite aiguë avec accidents péritonéaux.

Le Dr Stecewicz refroidit la crise et me montre la malade. Il persiste des douleurs à droite, un empatement dans la fosse iliaque.

La malade est une constipée habituelle sans phénomènes typiques de colite mucomembraneuse. Elle souffre de l'utérus, des ovaires, et l'examen en révélant la parfaite intégrité permet de percevoir les annexes droites augmentées de volume et douloureuses.

Opérations, incision de Roux 18 août 1904, avec l'assistance du Dr Stecewicz. Lésions de péritonite récente. Appendice volumineux et inutile; l'ovaire droit haut situé, doublé de volume, criblé de petits kystes, est amené dans la plaie, et ignipuncturé.

Guérison parfaite. M^{me} X est actuellement enceinte.

OBS. II. — Colite et appendicite (3 crises) ovarite sclérokystique double. Appendicectomie. Guérison.

M^{lle} D. 21 ans, nerveuse, considérée comme une ovarienne colitique soignée depuis 2 ou trois ans, fait 3 crises subaiguës subintrantes; opérée en septembre 1903 avec le concours du Dr André.

Appendicectomie. Pas de recherches de l'ovaire. A eu depuis une crise de colite et continue à souffrir des ovaires d'une façon plus évidente.

(1) OBS. III. — Appendicite. Ovarite sclérokystique. Prolapsus utérin. Laparotomie médiane. Appendicectomie. Hystéropexie. Ignipuncture. Guérison.

Jeune fille 24 ans, Semblançay, n'a jamais eu de grossesse. Pas de blennorrhagie. Entrée pour une crise d'appendicite grave à St Gatien, d'une durée de 5 semaines, se plaint en même temps d'un suintement sanguin continuuel par la vulve. Pas de périodes mensuelles reconnaissables.

A l'examen, utérus en état de prolapsus, presque à la vulve, sans relâchement du périnée. Perception des annexes à droite et à gauche.

La malade est une hystérique, atteinte depuis l'enfance de colite mucomembraneuse.

A l'opération 4 octobre 1905, appendice enflammé, adhérent à l'épiploon. Lésions doubles des ovaires. Utérus sain mais prolapsé.

Opération complexe. Guérison après suppuration de la lésion.

La malade, revue ces jours derniers, se porte bien.

CONCLUSION

Il est un groupe de faits bien étudié de l'annexite et de l'appendicite concomitantes, celui dans lequel il y a adh-

rence d'une annexe enflammée à l'appendice. D'habitude il y a annexite primitive et périappendicite secondaire (1 fait personnel très typique). Rares par contre sont les faits typiques d'appendicite primitive ayant entraîné une annexite unilatérale secondaire.

2° Il est un 2° groupe de faits de beaucoup le plus nombreux où les lésions évoluent sans rapport apparent.

La coïncidence pure ne suffit pas à expliquer la fréquence d'une telle association pathologique. Une relation directe doit être invoquée dans nombre de cas.

La colite est l'intermédiaire entre l'annexite et l'appendicite.

Et l'on doit encore distinguer :

1° Les faits où une infection génitale est le point de départ des accidents.

En pareil cas, la colite succède à la métrite et à l'annexite soit du fait d'adhérences directes (Delagenière), soit en dehors de toute adhérence chez des femmes prédisposées, à terrain névropathique.

2° Les faits où il n'y a pas eu d'infection génitale. En pareil cas chez une jeune fille on voit évoluer en même temps : colite, appendicite et ovarite sclérokystique. Or cette jeune fille est elle-même une névropathe issue de parents névropathes. Elle est ovarienne et intestinale tout ensemble du fait même de la tare plus générale dont elle est atteinte.

Un Cas de Myopathie primitive progressive

par les Médecins Majors de 2^e classe BISCONS, du 8^e cuirassiers et FABRE, du 66^e d'infanterie.

C. soldat au 66^e, né à X... (1882). Incorporé en novembre 1903 au 150^e à St-Mihiel. Réformé temporairement le 12 janvier 1904, pour gêne de la marche, suite d'une fracture du bassin datant du 28 août 1903. Rappelé à l'activité en 1906 après deux ans passés dans ses foyers et incorporé à nouveau à Tours le 13 janvier 1906.

A. H. Troisième enfant d'une famille de six dont les 1^{er}, 2^e et 4^e sont morts de méningite entre 2 et 3 ans : deux sœurs vivent qui ont actuellement 19 et 15 ans, et sont en très bonne santé. Père né en 1848, est totalement paralysé depuis de nombreuses années, il est très amaigri ; au niveau des bras, il n'a, nous déclare son fils, plus de muscles. Les mains sont décharnées, et l'impotence fonctionnelle est complète. A l'époque où ses souvenirs les plus lointains remontent, son père marchait avec déjà quelque peine. Alors que les mains étaient cependant utilisables, il avait dû abandonner la profession de tisserand, ne pouvant plus élever les bras pour actionner son métier ; puis peu à peu, l'impotence s'est accrue pour arriver au degré qu'elle atteint aujourd'hui.

Mère bien portante. Pas d'antécédents chez les collatéraux directs ou les ascendants plus éloignés.

A. P., faible jusqu'à 8 ou 9 ans. Oreillons à 18 ans. A la suite des oreillons, arthralgie, qualifiée rhumatisme, ayant duré une vingtaine de jours, orchite ourlienne. Quelques gros rhumes, mais n'arrêtant pas le travail.

Etant chef de chantier de terrassement, a été pris le 28 août 1903, entre deux wagonnets Decauville chargés de pierres, entre lesquels il s'était placé pour descendre une rampe. Le traumatisme subi détermina, paraît-il, une fracture du bassin. Le blessé fut immobilisé pendant plus d'un mois au lit, puis marcha avec des béquilles pendant un mois également, plus tard s'aida seulement

(1) Ces jours derniers j'ai eu encore à opérer une malade dont l'observation paraît calquée sur celle-ci.

d'une canne qui lui était encore nécessaire à son arrivée au régiment. La marche restant cependant difficile, il fut réformé en janvier 1904. A ses dires il n'y avait cependant pas d'amaigrissement du membre inférieur droit, seul en cause à ce moment. D'ailleurs, un an après l'accident la guérison était à peu près complète, et depuis, il n'a éprouvé à l'occasion de marches assez prolongées, aucune gêne notable.

Actuellement il reste seulement une saillie un peu plus marquée que du côté sain, de l'épine iliaque postéro-supérieure, les masses fessières sont bien symétriques, les masses crurales également. L'aspect des membres inférieurs est sain.

Maladie actuelle. Il ne peut nous fixer d'une façon absolument précise sur le début de l'atrophie des muscles de la ceinture scapulo-thoracique qui attire maintenant notre attention. Il semble qu'elle ait commencé vers l'âge de 14 ou 15 ans. Jusqu'à 12 ou 13 ans, notre malade avait au contraire les bras plus forts que ses camarades du même âge.

C'est depuis l'âge de 16 ans environ, qu'est apparue une diminution appréciable pour le malade de l'énergie musculaire, particulièrement au bras droit. Le mouvement d'élévation des bras au dessus de la tête et en particulier le mouvement du salut militaire ne s'effectuent que d'une façon incomplète et difficilement; c'est même ce détail qui a attiré l'attention de ses chefs.

Notre malade est un sujet de corpulence moyenne. Ce qui frappe d'abord, c'est l'atrophie des muscles des épaules et de la partie supérieure du thorax: les deux épaules sont abaissées, les masses pectorales ont disparu, les deltoïdes complètement effacés laissent saillir la tête humérale dont la gouttière bicipitale se dessine sous la peau, les clavicules se détachent en relief au-dessus de la cage thoracique.

Les côtes ont une direction plus oblique qu'à l'état normal, surtout du côté gauche, dont la silhouette tombe presque verticalement, tandis qu'encore du côté droit, elles dessinent une courbe presque normale. Nous avons ainsi une ébauche du thorax en taille de guêpe.

La déformation thoracique n'est toutefois pas encore assez prononcée pour que la direction de l'axe des mamelons soit sensiblement modifiée.

L'attache axillaire du membre supérieur a un aspect tout spécial, tant à gauche qu'à droite, dû à la production d'un pli vertical, là où d'habitude saillie le bord inférieur des pectoraux.

La région dorsale présente à un degré manifeste la déformation connue sous le nom de « *Scapulæ alatae* ». La saillie du bord supérieur du trapèze est totalement effacée; celle des muscles sus-épineux est remplacée par une dépression. Du côté de la colonne vertébrale, scoliose dorsale à convexité droite.

Le membre supérieur droit présente une atrophie marquée surtout au niveau du bras. La circonférence du bras droit à sa partie moyenne est de 25 cent. 5, alors que la circonférence du bras gauche est de 28 cent. Il y a une diminution notable de la force des fléchisseurs du membre supérieur droit (muscles fléchisseurs de l'avant-bras, et fléchisseurs des doigts).

A la palpation du biceps, surtout du côté droit, on trouve des zones formant noyau induré. Nulle part on ne constate de contraction fibrillaire, nulle part des rétractions musculaires. Mais dans la position du serment, les mains et les avant-bras sont agités d'un tremblement de faible amplitude, analogue au tremblement alcoolique.

A la face, il semble qu'il existe une légère saillie des globes oculaires, sans qu'il soit cependant possible d'affir-

mer une atrophie des muscles palpébraux: mais ceux-ci sont également le siège d'un tremblement intense lors de l'occlusion volontaire.

L'examen des réflexes et de la sensibilité fournit les résultats suivants:

Réflexe olécranien — légèrement augmenté
— patellaire — normal à gauche, légèrement augmenté à droite
— plantaire — diminué
— achilléen — normal
— crémastérien — affaibli
— abdominal inférieur — normal
— — supérieur — normal
Sensibilité à la piqure — normale, plutôt affinée.
— thermique — normale
Champ visuel normal.

L'examen électrique des muscles fait grâce à l'obligeance de notre excellent confrère le Docteur Ruthon, nous fournit les résultats suivants:

	K F S	An F S	An O S	R O S
Sterno droit.....	2 milliam.	2 1/2	7	7
Sterno gauche.....	1 1/4	1 1/2	6 1/2	6 1/2
Biceps droit.....	3.	4	6	7 1/2
Biceps gauche.....	2.	2 1/2	5 1/2	6 1/2

Le courant faradique donne une contraction nettement plus faible à droite de tous les muscles de la ceinture scapulo-thoracique, et des muscles fléchisseurs du bras (biceps, brachial antérieur.) Le sterno-mastoïdien droit répond aux excitations minima efficaces par des contractions fasciculaires: il semble que le muscle ait été dissocié par le processus pathologique en faisceaux séparés par un tissu offrant une résistance plus grande au passage du courant.

L'excitation galvanique des muscles biceps et sterno-mastoïdien, qui ont été particulièrement examinés, donne les résultats suivants:

L'excitation galvanique est, on le voit, en somme normale. Mais ce qui est particulier, c'est d'abord l'hypo-excitabilité du côté droit, et ensuite la rapidité avec laquelle se fatiguent les muscles du même côté. Le sterno-mastoïdien ne répond plus après 3 contractions, alors qu'à gauche, la contraction se produit jusqu'à la 8^e ou 9^e excitation.

En résumé, pas de réactions de dégénérescence; rapide fatigue du muscle.

L'état général de notre homme est bon: les divers grands organes examinés n'offrent rien d'anormal. Une analyse d'urine fournit les résultats suivants:

ANALYSE D'URINE

Volume des 24 heures.....	1 litre
Aspect.....	Limpide
Couleur.....	Jaune citrin.
Odeur.....	Sui generis
Réaction.....	Acide.
Densité.....	1023
Albumine.....	Néant
Glucose.....	—
Bile.....	—
Urée.....	36 gr.
Indican.....	Néant
Acide phosphorique en P 100.....	1.9250
Chlorures en Na Cl.....	7.20
Mucine.....	Néant

J. BARRÉ,

Interne en Pharmacie des Hôpitaux.

De la lecture de l'observation ci-dessus, il ressort que nous avons affaire à une atrophie musculaire à marche progressive, chez un sujet à hérédité homonyme, très probable sinon certaine. L'examen électrique démontre que cette atrophie n'est point liée à une lésion nerveuse; la réaction de dégénérescence, fatale en ce cas, n'existe point ici, il s'agit donc d'une myopathie primitive.

On sait que les affections de ce genre se présentent sous divers types étudiés tour à tour, à mesure que l'analyse clinique et anatomo-pathologique s'affinait davantage.

C'est Duchenne, qui le premier a séparé du cadre complexe des paralysies un groupe caractérisé par une atrophie des muscles à marche progressive; poussant plus loin l'observation, il avait lui-même distingué à côté du type clinique qui porte aujourd'hui son nom une forme infantile et une forme dite pseudo-hypertrophique; c'est plus tard seulement que les recherches anatomo-cliniques de Charcot et ses élèves ont permis de reconnaître que, tandis que l'atrophie musculaire progressive type Aran-Duchenne était liée à une lésion des grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, les autres étaient des myopathies vraies sans lésions médullaires ou nerveuses.

Mais cette dégénérescence primitive de la fibre musculaire ne frappe pas indistinctement tous les muscles; elle affecte une localisation variable qui a servi précisément à séparer divers types, bien tranchés dans certains cas, mais reliés par des formes de passage qui n'en font en somme qu'une seule entité morbide:

Le type Leyden-Mœbuis, qui frappe d'abord les membres inférieurs en commençant souvent par un stade de pseudo-hypertrophie, si bien qu'il ne se différencie guère de la paralysie pseudo-hypertrophique de Duchenne.

Le type d'Erb, 'type scapulo-huméral, auquel ressortissent, pensons-nous, les 7 observations du type Zimmerlin qui n'ont de particulier que leur groupement dans deux familles (4 dans l'une, 3 dans l'autre);

Enfin le type facio-scapulo huméral de Landouzy-Dejerin qui correspond à l'atrophie musculaire progressive de l'enfance de Duchenne.

La seule différence entre ces deux types (Erb et Landouzy-Dejerin est que dans le premier, les muscles de la face sont peu ou point atteints, tandis que dans le second, Landouzy le fait ressortir, ces muscles, et en particulier l'orbiculaire des paupières et le frontal, se contractent mal et l'occlusion des yeux se fait incomplètement soit pendant le sommeil, soit sous l'influence de la volonté donnant à la physiologie un aspect tout spécial.

Notre observation se rattache à la forme-scapulo humérale; l'affection est encore à un stade peu avancé et cependant la face n'est point complètement indemne.

Avant de terminer nous insisterons sur un point capable de présenter un intérêt théorique et pratique.

Quelle a été l'influence du traumatisme, violent en somme, auquel a été soumis notre homme? Le début de l'atrophie est certainement antérieur à l'accident de 1903.

L'hérédité semble très suffisamment établie, or elle est de règle dans les myopathies: les observations où on n'a pu la dépister sont l'exception et ne sont pas, au dire des auteurs, toutes probantes. Le traumatisme ne saurait donc être invoqué comme cause de la maladie à son début. Peut-on admettre qu'il lui a donné comme un coup de fouet au cours de son évolution?

C'est peu probable; en effet nous savons que le traumatisme a porté sur le bassin et les membres inférieurs; le membre inférieur droit particulièrement intéressé a eu une impotence fonctionnelle qui a duré près d'un an, mais qui étroccé et aujourd'hui, il ne diffère en rien de celui du

côté gauche, l'un et l'autre ne portent aucune trace d'atrophie. Il ne nous paraît donc pas légitime d'admettre une influence du trauma sur l'évolution de la myopathie du segment supérieur du corps.

C'est la conclusion que nous adopterions si la question était posée au point de vue médico-légal, en particulier si dans l'espèce l'application de la loi du 9 avril 1898 était en cause.

Notes d'orthopédie

De la Gymnastique respiratoire

Le Dr Saint-Marty vient de soutenir devant la Faculté de Bordeaux une excellente thèse sur la *gymnastique respiratoire* (1).

C'est là un résumé très complet d'une question à l'ordre du jour, et que jusqu'à présent, il était assez difficile de juger dans son ensemble, à travers les multiples articles de revues, où elle a été discutée de façon très contradictoire.

Comme pour tous les procédés nouveaux, il y a eu pour la *gymnastique respiratoire* beaucoup d'exagération; par ailleurs certains médecins l'ont dénigrée systématiquement.

Une mise au point était donc nécessaire. Nous félicitons le Dr Saint-Marty d'avoir écrit un livre qui résume parfaitement tout ce qu'un médecin praticien est obligé de connaître sur cette partie de l'art orthopédique.

L'auteur s'étend tout d'abord longuement sur la physiologie de la respiration normale, qui doit être *nasale, suffisante, et complète*. Puis, s'appuyant sur ces données expérimentales, il aborde l'étude de la technique de la gymnastique respiratoire qu'il décrit minutieusement.

Dans la seconde partie de la thèse, il traite de l'emploi qu'il convient de faire de la gymnastique respiratoire dans les déformations du thorax. Après quelques considérations sur le thorax et la façon d'examiner un thorax déformé, Saint-Marty parle des résultats qu'on est en droit d'obtenir: 1° dans les déformations causées par l'obstruction du naso-pharynx; 2° dans le dos rond et la poitrine en carène; 3° dans les déformations rachitiques.

Nous ne saurions mieux faire, pour montrer toute la valeur d'un pareil travail, que de reproduire ici quelques observations inédites de la thèse du Dr Saint-Marty, qui démontreront les excellents résultats obtenus par un traitement orthopédique judicieusement appliqué.

OBSERVATION II

Déformation thoracique consécutive à des amygdales hypertrophiées et à des végétations adénoïdes.

(Communiquée par le Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL, de Tours.

Lucien B., huit ans, habitant à Tours, est porteur d'amygdales volumineuses et de végétations adénoïdes considérables. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; cinq de ses frères et sœurs, âgés de quinze à neuf ans, présentaient, eux aussi, de l'hypertrophie des amygdales et du tissu adénoïdien du pharynx. Notre petit malade est sujet chaque année à des bronchites et a eu en 1901 et 1905 des angines assez graves.

Au moment où il nous est amené, 5 septembre 1905, nous consta-

(1). Dr C.-L. SAINT-MARTY. De la Gymnastique respiratoire. 1 vol. in 8. Bordeaux, 1906, imprimerie Commerciale et Industrielle.

tons, sa mauvaise constitution, sa petite taille (1 mètre 2), son faible périmètre thoracique (54 centimètres), sa poitrine aplatie, sa respiration difficile; son nez est déformé, aplati et présente à sa racine une circulation veineuse, collatérale, superficielle, très manifeste, indice probable d'une gêne dans la circulation profonde. Le malade ouvre continuellement la bouche et ronfle la nuit.

Le 15 septembre, on enlève les végétations adénoïdes. Dès le 20 septembre nous instituons le traitement de la gymnastique respiratoire: le matin, 15 minutes de gymnastique manuelle sous notre direction; l'après-midi, 15 minutes de gymnastique avec mouvements respiratoires actifs et volontaires.

Nous notons mois par mois les résultats suivants:

	Taille	Poids	Périmètre thoracique
5 septembre 1905.....	1.12	35	54
20 octobre —.....	1.125	35.4	55.2
20 novembre —.....	1.131	37.1	56.3
20 février 1906.....	1.152	39	59.5

Actuellement, Lucien B. ne présente plus de déformation et depuis qu'il est traité par la gymnastique respiratoire, et, malgré les mauvaises conditions climatiques, il n'a eu ni bronchite ni angine.

OBSERVATION IV

Dos rond. — Paresse respiratoire.

Reine D., quatorze ans.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père robuste et grand, présentait de la cyphose dorsale supérieure et un dos rond assez accentué. Mort de congestion cérébrale. Mère en excellente santé; elle a eu quatre enfants. Les accouchements furent normaux. Mais nous apprenons que la fille aînée, d'apparence forte et bien portante jusque là, meurt de bacille à l'âge de dix-huit ans, qu'une autre fille, après avoir présenté, elle aussi des signes de tuberculose, meurt à quatorze ans de méningite tuberculeuse, qu'un petit garçon meurt à sept ans de méningite tuberculeuse. Cette enfant a donc de tristes antécédents familiaux.

Antécédents personnels. — Reine D... a eu la rougeole à dix-huit mois, la diphtérie à dix ans, diphtérie qui n'eut comme suite qu'une légère parésie du voile du palais; jamais de bronchite tenace.

Cependant, en décembre 1904, la mère inquiète de voir son enfant se voûter de plus en plus et grandir assez rapidement, la présente au docteur Duverger, qui ne trouva rien au point de vue pulmonaire, mais conseilla de la faire entrer au service du Dr Gourdon. Elle y vient en janvier 1905.

16 janvier 1905. — A l'inspection, on constate une cyphose dorsale supérieure très prononcée. Le rachis est très souple, sans déviation dans le sens latéral; la partie antéro-supérieure du thorax est très aplatie et la région deltoïdienne des deux côtés est projetée en avant.

L'examen du naso-pharynx n'a rien révélé; mais en interrogeant la malade, on apprend qu'elle portait ses vêtements très serrés (c'est ce qui peut être expliqué sa mauvaise attitude); mais surtout elle présente une paresse respiratoire très marquée; sa course respiratoire est de 4 centimètres 5, au périmètre thoracique supérieur, de 2 centimètres 5 au périmètre thoracique inférieur.

A l'auscultation rien d'anormal, peut-être au sommet gauche une expiration un peu soufflante et prolongée.

Le traitement conseillé consiste: 1° le matin, 10 puis 15 minutes de gymnastique respiratoire par mouvement des bras, 10 minutes de gymnastique respiratoire active et volontaire avec bandage en 8 de chiffre qui rejette les épaules en arrière, 10 minutes le matin seul d'échelle dorsale; 2° autant le soir.

Voici les mensurations successives prises à diverses époques:

	Taille	Périmètre thoracique supér. maximum	Périmètre thoracique infér. minimum	Course respiratoire
11 janvier 1905...	1 ^m 515	710 ^m /	715 ^m /	15 ^m /
14 février —...	1 ^m 520	735	710	25
14 mars —...	1 ^m 525	745	710	35
15 juillet —...	1 ^m 535	760	710	50
21 juillet —...	1 ^m 545	765	710	55
15 décemb. —...	1 ^m 560	800	715	85

A cette même date, le périmètre thoracique inférieur donnait 690 maximum, 61, 5 minimum, soit une course respiratoire de 7 centimètres 5. Comme on peut le constater par les photographies, après un an de traitement par la gymnastique respiratoire, toutes les déformations signalées plus haut ont disparu, plus de dos rond, plus de poitrine aplatie, la région deltoïdienne des côtés n'est plus projetée en avant. Rien aux poumons.

OBSERVATION VIII

Déformation thoracique d'origine rachitique. Poitrine en carène.

(Communiquée par le Dr LOUIS-DUBREUIL-CHAMBARDEL, de Tours.)

L. B... cinq ans et demi, habitant Tours, présente des manifestations multiples de rachitisme. Aux deux membres inférieurs, on remarque un genu valgum assez prononcé (162°), compliqué d'un léger pied-bot, et d'une incurvation un peu exagérée du tibia; aux deux membres supérieurs, les deux segments du membre, bras et avant-bras, ne sont pas dans le même axe et forment un angle de 155°. Implantation dentaire irrégulière, voûte palatine ogivale, hypertrophie amygdalienne, etc.

Au thorax, déformation caractéristique de ce qu'on nomme poitrine en carène. La taille de cet enfant, le jour où il nous a été présenté, 7 juillet, était de 1 mètre 06, son poids de 28 kilog., son périmètre thoracique de 52 centimètres, la distance séparant les deux articulations claviculo-acromiales est de 20 centimètres. Il n'y a pas de scoliose. Tous les os de cet enfant sont petits. Intelligence vive, caractère un peu triste.

Nous instituons de suite un traitement général; huile de foie de morue alternant par quinzaine avec du glycéro-phosphate de chaux. Bains salés deux fois par semaine.

Dès le 10 juin 1905, nous commençons les exercices de gymnastique respiratoire, qui sont répétés chaque jour de la façon suivante: 1° le matin, 15 minutes de gymnastique respiratoire sous ma direction; 2° à onze heures et à six heures exercices respiratoires avec un appareil pendant 10 minutes.

Voici les résultats obtenus:

Dates	Taille	Poids	Périmètre thoracique	Dist. des articulations claviculo-acromiales
7 juin 1905...	1 ^m 06	28 kil.	52 cent.	20 cent.
5 sept. —...	1 ^m 075	29	54	20.5
6 octob. —...	1 ^m 083	29.5	55	20.8
10 déc. —...	1 ^m 105	31.2	57.5	22.2

La déformation thoracique est aujourd'hui presque entièrement disparue. Nous continuons le traitement.

L'état général est excellent.

Dr Georges MOREAU.

(*) Deux cas de perforation de l'estomac par ulcère rond. Intervention et suture dans les deux cas. Une guérison. Une mort.

Par le Dr L. LAPEYRE,

Chirurgien en chef de l'Hôpital
Professeur suppléant à l'École de Médecine de Tours.

J'ai eu l'occasion, au cours de cette année 1904, d'intervenir d'urgence chez deux malades dont l'histoire me paraît mériter d'être relatée. L'accident pour être le même dans les deux cas: perforation de l'estomac par ulcère, n'en a pas moins présenté chaque fois une physionomie toute différente ainsi que cela ressort de la lecture des observations.

OBSERVATION I

Ulcère de la face antérieure de l'estomac. Perforation de la paroi épigastrique et formation d'une large fistule gastrocœtanée. Intervention. Gastrorrhaphie et suture de la paroi. Guérison.

Madame Ch. 32 ans, mariée, mère d'un enfant de 4 ans, sans autres antécédents à signaler qu'un peu de chloro-anémie vers 15 ou 16 ans, ressent à 17 ans les premiers

(1) Communication faite à la Société de Chirurgie (Paris) avec rapport du Dr Bazy.

symptômes de l'affection actuelle. La malade donne pour cause à ses accidents une chute sur le ventre dans un escalier, survenue 2 ou 3 mois avant. A la vérité, le traumatisme ne paraît pas avoir porté sur l'épigastre et la malade n'y a attaché d'importance qu'après coup.

Le premier symptôme ressenti fut une douleur profonde lancinante à l'épigastre, avec propagation dans le dos entre les épaules.

Cette douleur n'était pas modifiée par l'ingestion des aliments.

Appétit conservé. Aucun vomissement alimentaire ou sanguin. Pas de méloëna.

La malade est médicamentée, mais aucun régime alimentaire n'est suivi ! Ces choses restent ainsi en l'état 18 mois, à ce moment apparaît à l'épigastre, à gauche de la ligne médiane immédiatement au-dessous du rebord costal un empatement douloureux d'aspect inflammatoire. Divers médecins consultés portent le diagnostic de tuberculose costale.

L'empatement augmente lentement, la rougeur et l'induration s'accroissent.

Mais pendant plusieurs années encore, l'appétit et la santé apparente sont conservés.

La douleur existe seule, il n'y a pas de vomissements, encore la douleur elle-même présente-t-elle des périodes d'arrêt.

La malade se marie, il y a 7 ans, devient enceinte deux ans après et accouche d'un enfant actuellement vivant. Pendant la grossesse, il y eut une amélioration remarquable d'état. Cependant la tumeur épigastrique persistait sans changement notable.

Peu après l'accouchement, c'est-à-dire depuis près de 4 ans, aux douleurs anciennes s'ajoutent des crises douloureuses atroces.

La malade continue à manger, ne vomit pas mais commence à s'affaiblir. La tumeur épigastrique s'enflamme, se fissure et s'ulcère enfin pour donner passage à un liquide corrosif qui n'est autre que le suc gastrique. A partir de ce moment, les souffrances deviennent intolérables, l'orifice à peine gros au début comme une tête d'épingle va s'agrandissant.

Depuis 16 mois environ, les liquides alimentaires, le vin passent par la fistule gastrocutanée.

La malade tenaillée par d'atroces souffrances, progressivement inanitiée, décline de plus en plus.

Parfois un peu de sang suinte par l'orifice épigastrique, mais aucune hémorragie intrastomacale ne se produit ; aucun médecin n'a été consulté depuis l'établissement de la fistule, les choses continuent donc à suivre leur cours, et depuis un an l'orifice cutané est assez grand pour laisser passer parfois quelques aliments solides. Mais depuis 8 jours, une véritable transformation s'est faite dans la marche jusqu'ici si lente de l'ulcération de la paroi.

L'orifice s'élargit brusquement et tous les aliments introduits passent immédiatement et en entier par la bouche cutanée. La malade inanitiée déjà depuis plusieurs mois meurt de faim et de soif.

Le Dr Petit enfin appelé constate l'état précaire de la malade et me fait mander d'urgence.

Je vois la malade pour la première fois le 3 janvier 1904.

Son état d'émaciation est extrême, le nez reste pour ainsi dire seul dans la figure creusée, réduite et paraît énorme. Le corps est d'une incroyable maigreur.

A l'auscultation des sommets, le Dr Petit trouve des craquements secs révélant une tuberculose pulmonaire au début.

Mais la fistule gastrocutanée attire sur elle toute l'attention, tant le spectacle est étrange.

Au milieu d'une plaque indurée, de consistance presque cartilagineuse, apparaît un orifice béant, fissure plus large qu'une pièce de 2 francs. Les bords de l'ulcération taillés à pic sont entourés d'une large zone rougie par l'écoulement du suc gastrique.

L'orifice est situé à gauche de la ligne médiane presque au ras du rebord costal gauche. Le suc gastrique sort en abondance et si l'on fait ingérer des aliments à la malade, on les voit rapidement sortir, tomber pour ainsi dire au dehors.

Il est très facile surtout en s'aidant de l'éclairage artificiel d'apercevoir une grande partie de la surface interne de l'estomac.

Le temps presse, car la malade est certainement arrivée au dernier degré de l'inanition.

Transportée le soir à la maison de santé, elle y reçoit une injection de sérum de 300 grammes et deux lavements alimentaires.

Le lendemain matin je pratique l'opération avec le concours de mon excellent collègue le Dr Petit et celui de mon interne. A ce moment même, nous constatons que la bouche cutanée s'est extraordinairement agrandie depuis la veille. Son diamètre atteint presque celui d'une pièce de 5 francs. La paroi se résorbe pour ainsi dire avec une effrayante rapidité.

Il s'agit d'obtenir au plus vite l'oblitération de la fistule pour sauver la malade. Pour cela, j'ai à réaliser les trois temps opératoires suivants :

Décollement de l'estomac adhérent à la paroi.

Oblitération de la perforation gastrique.

Reconstitution de la paroi.

Opération. — Anesthésie au chloroforme. Incision oblique gauche empiétant sur l'appendice xiphoïde, circonscrivant la perforation à sa partie moyenne.

Je cherche et trouve un plan de clivage entre la paroi et la face antérieure de l'estomac qui adhère et réussis sans grande difficulté à libérer complètement l'estomac. Des compresses stériles isolent l'estomac de l'abdomen, des pinces en cœur repèrent les lèvres de la perforation stomacale, qu'une mèche de gaze oblitère.

Il nous est alors facile au Dr Petit et à moi de constater que la perforation gastrique est beaucoup plus vaste que la perforation cutanée. Elle égale presque la surface de la paume de la main, et va pour ainsi dire d'une courbure à l'autre, à grand diamètre oblique en bas et à gauche.

Son extrémité inférieure est tout près d'atteindre la grande courbure, la gastroépiploïque est encore indemne, mais des troncs artériels en partant ont été coupés tout près de l'artère elle-même. Il a fallu que le travail pathologique réalisât, préalablement à l'ulcération, l'oblitération de ces troncs artériels, pour qu'aucune hémorragie ne se produisît.

Ces constatations rapidement faites, je résèque les bords amincis de la perforation avant de procéder à la suture. Le suintement sanguin est insignifiant. Je fais au fil de lin deux plans de suture en surjet renforcé, un premier plan total, perforant un second séromusculaire à la Lembert.

La suture présente quelques difficultés à son extrémité inférieure, en raison du voisinage de l'insertion épiploïque.

La paroi à son tour est largement réséquée, un fragment costal abrasé, et par glissement j'obtiens suffisamment de peau pour faire la réunion. Trois plans de sutures sur la paroi, drainage avec une mèche stérile au contact de l'estomac. Pansement aseptique. Des injections de sérum et

et de caféine sont faites immédiatement et continuées pendant trois jours.

Cependant la malade a bien supporté l'opération, elle ne vomit pas, prend presque de suite du champagne, du bouillon, du lait.

L'appétit est très grand, des purées sont rapidement permises puis l'alimentation solide (viandes blanches seulement). La guérison opératoire se fait sans autre incident qu'un peu de désunion de la suture cutanée autour de la mèche, ce qu'explique facilement le mauvais état de la paroi. Aucune réaction fébrile et péritonéale. Craignant toujours la reprise du travail d'ulcération, je recommande à la malade les purées au lait.

Mais rien ne vient justifier mes craintes. La malade se remet lentement, mais sans accident, de la longue inanition subie.

Au bout de deux mois et demi, elle quitte l'hôpital très engraisée avec les apparences de la santé.

Elle ne tousse que peu ou pas, les lésions pulmonaires n'ont pas progressé. Pendant plusieurs mois l'état se maintient ainsi très bon, sans aucun trouble gastrique.

Puis brusquement se prononce une tuberculose aiguë qui entraîne la mort en quelques semaines, huit mois après l'intervention.

Je crois inutile de discuter le diagnostic d'ulcère rond, qui ne me paraît pas pouvoir être contesté. Nous retrouvons ici tous les caractères habituels de l'ulcère. Développé chez une femme jeune, évolution vers la perforation ainsi que cela est surtout fréquent pour les ulcères de la face antérieure, tuberculose pulmonaire terminale.

Je note seulement, pour répondre au diagnostic jadis porté de tuberculose costale, que le rebord costal réséqué au moment de l'opération était malade du fait du processus ulcéreux, mais qu'il ne s'agissait nullement d'une carie tuberculeuse.

Il s'agit donc bien d'un ulcère rond typique de la face antérieure de l'estomac ayant perforé successivement l'estomac et la paroi épigastrique à la faveur d'un travail préliminaire d'adhérences.

La lenteur de la marche de l'ulcère (son évolution n'a pas duré moins de 13 ans) explique l'absence d'accidents de péritonite ou d'hémorragies. Dans son long travail de destruction l'ulcère a pu léser de nombreux vaisseaux gastriques, des branches directes de la gastroépiploïque sans qu'aucune hémorragie se produisît. Un tel processus réalisant l'oblitération préventive des vaisseaux n'en contraste pas moins singulièrement avec celui de l'ulcération simple et de ses redoutables hémorragies, et n'est pas sans causer quelque étonnement.

L'erreur de diagnostic longtemps prolongée s'explique par l'absence de signes gastriques et la présence singulière de cette tumeur inflammatoire à l'épigastre.

Il a fallu cette circonstance puis le sombre découragement dans lequel était tombé la malade pour que l'évolution de l'ulcère pût se poursuivre en paix et donner lieu à cette singulière fistule.

De l'opération elle-même j'ai peu de choses à dire, elle était commandée par les circonstances et fut relativement facile.

Son succès persistant pendant plusieurs mois m'a cependant causé quelque étonnement.

J'avais peine à croire un effet que la résection simple des bords de cet ulcère en pleine activité, et le rétablissement de la continuelle muqueuse, pourraient arrêter définitivement les accidents.

Et j'avais déjà pensé à faire secondairement une gastro-

entérostomie. Rien n'est venu confirmer mes craintes pendant les huit mois de survie de M^{me} Ch.

OBSERVATION II

Ulcère rond de la petite courbure. Perforation brusque. Laparotomie 53 heures après. Suture de la perforation. Mort au bout de 7 jours.

X, âgé de 38 ans, marié, un enfant mort de tuberculose il y a six mois, un frère opéré d'un Estlander, a eu des habitudes d'éthylisme. Il est ouvrier en limes. Des renseignements ultérieurement fournis par les siens, il ressort qu'il souffrait de l'estomac depuis plusieurs années. Les crises douloureuses étaient parfois si vives que le diagnostic de colique hépatique avait été fait.

X, a depuis deux ans environ renoncé par force à l'alcool et au vin, il n'a jamais suivi de traitement régulier et dans les derniers temps était traité par un magnétiseur. Il vomissait parfois, mais n'aurait jamais vomi de sang.

Le mercredi 5 octobre à 10 heures du soir je suis prévenu de l'entrée de ce malade dans mon service salle 10 ter lit 28. A dix heures 1/2, je suis auprès de lui. L'interne m'apprend que le diagnostic fait en ville a été occlusion intestinale. En tout cas, l'état du malade est très grave, la face est pâle, angoissée, couverte de sueur, les mains sont froides, le pouls à 130 très mauvais, le ventre très ballonné est extrêmement douloureux.

La température rectale est de 36°. D'une voix entrecoupée, la respiration brève, avec agitation et parfaite lucidité, le malade me dit ses douleurs anciennes du côté de l'estomac; samedi et dimanche, il a souffert plus vivement que de coutume.

Lundi il s'est purgé; à 6 heures du soir, il a senti brusquement au creux de l'estomac une douleur atroce. Il a dû se coucher immédiatement, a été pris de vomissements bilieux, et la souffrance lui arrachant des cris a fait appeler un médecin. Deux piqûres de morphine faites vers minuit n'ont amené un peu de soulagement que le lendemain matin.

La journée de mardi a été relativement calme, le malade a pris 2 litres de lait et n'a eu que deux ou trois vomissements. Le mercredi, les douleurs repaissent atroces, de nouveaux vomissements bilieux se produisent, le ventre se ballonne, constipation absolue, ni gaz ni matières. On croit à de l'occlusion et on administre des lavements sans résultat.

Muni de ces renseignements je procède à un examen attentif du malade, je constate que la douleur est maxima au niveau de l'épigastre et que le ballonnement est surtout marqué dans la région sus-ombilicale.

Je n'hésite donc pas, en m'appuyant encore sur l'abaissement à 36° de la température, à porter le diagnostic de perforation de l'estomac avec péritonite consécutive.

A 11 heures du soir, j'interviens avec l'assistance de deux élèves en médecine et de l'interne en pharmacie qui donne le chloroforme.

Opération. — Incision médiane sus-ombilicale. Dès l'ouverture du ventre des gaz et un peu de sérosité s'échappent par la plaie.

Le colon transverse apparaît distendu, couvert par places de fausses membranes fibrinopurulentes. Les anses d'intestin grêle sous-jacentes sont météorisées, vascularisées, mais ne présentent aucune trace d'exsudats. La cavité abdominale bien protégée, je porte mes recherches du côté de l'estomac: dès que j'attire l'organe entre les lèvres de la plaie, de nouveaux gaz s'échappent puis à flots du lait caillé.

mélangé de suc gastrique. La perforation existe donc, mais elle siège plus haut, caché sous le foie. J'écarte le foie sur la face supérieure duquel se montrent de péritonite exsudative et continue à attirer l'estomac en bas, gêné par le lait qui s'échappe toujours.

Enfin, au niveau de la petite courbure très près du cardia la perforation apparaît. Elle est plus large qu'une pièce d'un franc, j'en repère les bords avec deux pinces en cœur 2 pinces de Kocher et obture l'orifice avec une mèche de gaze poussée dans l'estomac.

Cependant l'état du malade est inquiétant, je lui fais administrer de l'oxygène et faire une piqûre de sérum artificiel.

Au plus vite, je m'efforce d'aveugler la perforation. Une première suture perforante totale au fil de lin à points séparés assure la fermeture de l'orifice, puis m'éloignant de l'ulcération pour agir sur des tissus sains, je fais un long sujet séromusculaire à la Lembert, de façon à invaginer la perforation au fond du pli stomacal ainsi créé.

L'étanchéité de la suture me paraissant bien assurée, j'assèche soigneusement le foyer opératoire et isole l'estomac et le colon transverse au milieu de compresses stériles laissées dans la plaie dans l'espoir de limiter la péritonite existante.

La paroi est refaite sur deux plans, un orifice laisse passer les mèches.

Le malade a vomi à flots pendant l'opération, le pouls est misérable, le refroidissement très grand.

500 nouveaux grammes de sérum, de l'éther, de la caféine, des boules chaudes le raniment un peu.

Le lendemain matin, non sans étonnement, je retrouve mon malade et avec un mieux sensible.

La température s'est relevée, l'accélération de la respiration a diminué ; mais le pouls reste rapide, mauvais avec des intermittences. Le hoquet est continu.

500 grammes de sérum et diète absolue. Glace sur l'abdomen. 2 lavements alimentaires. Pendant 3 jours l'état se maintient avec des hauts et des bas. Le malade aussitôt l'autorisation donnée boit du bouillon et de l'eau de Vichy. Le lait n'est pas toléré. Pas de vomissements. Les selles et les gaz ont reparu, le ballonnement et la douleur du ventre ont diminué. Au 4^e jour, le pouls se relève, il est plein, vibrant, le hoquet disparaît. A l'agitation des premiers jours a succédé un peu d'abattement. Le faciès reste mauvais. On continue à injecter 500 grammes de sérum tous les matins.

Premier pansement le 4^e jour. Pas de pus, ni de sérosité. Les mèches sont légèrement attirées mais laissées en place.

Le soir du 6^e jour, brusque crise d'angoisse, d'étouffement, précédée d'un cri.

Le 7^e jour, l'état est plus mauvais. Le malade meurt à 10 heures du soir, une semaine heure pour heure après l'opération, à la suite d'une nouvelle crise dyspnéique.

La température s'est brusquement élevée le soir à 39.

Nécropsie. — Un peu de sérosité louche est collecté au-dessous du colon transverse. Les anses grêles supérieures sont agglutinées entre elles et limitent de petits foyers purulents.

Aucun liquide n'a fait issue hors de l'estomac. La suture est intacte. L'ouverture de l'estomac permet de vérifier l'étanchéité de la suture, le siège de l'ulcère qui est unique.

La face supérieure du foie est tapissée de fausses membranes purulentes. Rien aux plèvres et au péricarde. Congestion pulmonaire aux bases.

La péritonite est la cause de la mort. L'inflammation du

péritoine sus-hépatique explique le hoquet et les phénomènes diaphragmatiques.

Si nous résumons à grands traits cette observation, nous y notons les points suivants :

Il s'agit d'un ulcère qui n'avait jamais été traité, d'où peut-être la perforation.

Le diagnostic de la perforation n'a pas été fait et ce n'est qu'au bout de 50 et quelques heures que le malade alimenté et purgé a été amené à l'hôpital.

De ce fait l'opération a été faite dans les plus mauvaises conditions sur un malade en pleine péritonite et presque mourant.

Encore le siège de la perforation sur la petite courbure très près du cardia, au contact du diaphragme, avait-il retardé l'extension de cette péritonite.

L'opération a présenté quelques difficultés en raison du siège caché de la perforation, le contenu gastrique a souillé le champ opératoire pendant le temps de recherche.

Cependant en dépit de toutes ces conditions défavorables, le résultat immédiat de l'opération a été vraiment inespéré. La feuille de température traduit du reste très bien cette amélioration qui m'a fait pendant plusieurs jours espérer la guérison.

Et l'échec final ne comporte aucun découragement.

On a récemment conseillé en pareil cas d'introduire un drain dans la perforation, de serrer autour un fil et de fixer à la paroi après gastroentérostomie, la siège de la perforation ne se prêtant guère à pareille manœuvre, et la suture immédiate étant encore plus simple et plus rapide.

CONCLUSIONS.

Il m'a paru intéressant de rapporter ces deux observations de perforation de l'estomac par ulcère rond. Rapprochées ici, elles sont cependant singulièrement dissemblables. La 2^e en effet rentre dans la catégorie assez habituelle des perforations péritonéales brusques pour lesquelles l'intervention chirurgicale immédiate peut seule donner la guérison. Elle tire tout son intérêt de l'intervention elle-même. La 1^{re} tout au contraire représente un cas fort rare, surtout à l'heure actuelle, car il a fallu un concours particulier de circonstances, pour que l'intervention chirurgicale ne se produisît pas plus tôt.

Je n'oublierai jamais le spectacle de cette malheureuse mourant littéralement de faim et me découvrant ce large orifice stomacal.

Les recherches bibliographiques que j'ai pu faire confirment l'impression que j'avais eu de la rareté d'un pareil cas.

Comme travaux récents je ne relève, en effet, que les publications suivantes :

1^o Koch, Strassburg 1880.

Ueber die Heilung der durch das runde Geschwür verursachten Perforation des Magens mit Eröffnung des Bauchhohle.

2^o Rosberg Hygiene Stockholm 1885.

Ulcus ventriculi perforans c. peritonide et gang. diaphragmatis, hepatis, ventriculi ormenti peritonaci muse-retorumque stn. abdom. erysipelos phlegmon. cum abscessu gangr. integumentis abdominis, dod.

L'ancienne littérature médicale elle-même ne m'a fourni que les documents suivants.

1^o Petit 1719. Hist. Acad-Roy. d. Sciences de Paris.

Observation sur un ulcère carcinomateux et fistuleux qui perce le fond de l'estomac en dedans et les téguments de la région ombilicale en dehors.

2^o Nebel Heidelberg, 1782.

De ulcere propre umbilicum sinuosa, in ventriculum penetrante ex qua alimenta effluent.

3^e Jacquenelle J. de Med. et Pharm. Paris 1792.

Ulcère à l'estomac et à l'ombilic avec l'ouverture du cadavre.

4^e Corvisart et Leroux. Même journal 1802.

Observation sur une nouvelle fistule à l'estomac.

5^e Gooch. Même journal 1802.

Suite d'observation sur les ulcères fistuleux à l'estomac.

LETTRES DE LADY WORTLEY-MONTAGUE

D^r Ch. T. GUYOT, Tromarey (Haute-Saône)

Cédant aux encouragements et aux sollicitations bienveillantes d'un de nos plus éminents confrères, M. le docteur Ed. Chaumier de Tours, qui, bon gré, mal gré, nous a si pompeusement annoncé aux lecteurs de la *Gazette médicale du Centre*, nous osons entamer un travail, sans doute aimé de nous, mais peut-être hors de proportion avec notre âge et nos forces, *corpore menteque senescens*.

La vulgarisation des chefs-d'œuvre des langues étrangères, anciennes et modernes, au moins de leurs principales beautés, nous a toujours apparu comme méritant d'être préconisée, même poursuivie avec ardeur. Qui ne serait épris des fleurs cueillies dans Homère ou Virgile, dans le Tasse ou Milton?

C'est cette considération, pour ne point dire cette admiration — sachant encore admirer — qui nous a mis en tête le hardi caprice d'entreprendre une sorte de résumé analytique des charmantes *Lettres* de lady Montague. Elles nous ont fait passer autrefois de si délicieuses heures! Puis, n'est-il pas bon de revenir quelquefois aux vieux livres, manière de se reposer des nouveautés?

Qui n'a goûté d'ailleurs ce genre de littérature, les lettres, dans lesquelles on a déposé son esprit et son cœur, son âme, et où sont photographiés les hommes et les choses du temps?

Quel médecin n'a lu, avidement peut-être, la correspondance de Gui Patin, « ce satirique depuis la tête jusqu'aux pieds, » ce chef de file des esprits indépendants dans le brillant siècle du despotisme?

Comme les abeilles, nous allons donc butiner. Nous nous appliquerons à recueillir les faits les plus curieux d'un lointain et pénible voyage, relevant les passages les plus dignes d'intérêt, soulignant enfin tout ce qui touche aux opinions, aux sentiments de la célèbre ambassadrice.

Nous avons affaire à une femme de caractère, qui a beaucoup vu, et vu, en Turquie, ce qu'aucun homme n'aurait vu, sans s'exposer à la mort.

Peut-être nous permettrons-nous, dans cette étude, de glisser ça et là quelques réflexions de notre cru, tant médiocre soit-il.

Puissent ces quelques notes, — œuvre bien imparfaite —, détachées d'un chef-d'œuvre, nous valoir auprès de nos lecteurs, indulgents sans doute pour l'humble docteur de village, le moindre grain de confraternelle sympathie!

Lady Montague est née en 1690, à Thoresby, comté de Nottingham, et fut mariée à M. Wortley, nommé ambassadeur en Turquie sous le règne de Georges I, Achmet III, régnant à Constantinople. C'est dans cette dernière capitale que se rendit l'ambassadeur, accompagné de sa femme, après avoir traversé la Hollande, l'Allemagne et la Hongrie, et c'est pendant ce voyage, et de sa résidence — de 1716 à 1718 — que lady Montague sema ses lettres si pleines d'agrément et d'intérêt, adressées à sa sœur la comtesse de Mar, à ses amis et amies.

Cette personne, à caractère énergique, viril, endurant, réunit aux attraits d'une grande beauté les charmes d'un

esprit supérieur, distingué par sa finesse et l'étendue de ses connaissances. — Le peintre Kneller fit son portrait dans tout l'éclat de sa beauté. — On l'a quelquefois appelée la Sévigné anglaise. Combien elle nous semble l'emporter sur notre spirituelle compatriote par le jugement et les connaissances. Assurément la Sévigné étrangère, qui est loin d'être dépourvue des qualités du cœur, maintes fois nous aurons lieu de le remarquer, ne se distingue point par l'excès du sentiment. On ne trouvera pas chez elle la sensibilité de la marquise française, non plus que les tendresses de Cicéron, dans ses épîtres, pour sa Téréntia ou son adorée Tulliola. En revanche, savoir prodigieux pour un cerveau féminin. Elle sait citer Homère et Virgile, et possède plusieurs langues vivantes, en dehors de son instruction historique, philosophique et autre.

Elle a aussi touché la lyre, et laissé de gracieuses et élégantes poésies.

Finesse de goût, esprit et beauté, tout cela réuni, quel puissant aimant! Aussi, la société de cette femme fut-elle recherchée des gens de lettres et y furent particulièrement attirés les poètes, ses illustres compatriotes, Congreve, Addison, Pope. Ce dernier se passionna même pour la séduisante lady. Nous verrons prochainement ce qui en résulta.

Après son ambassade, lady Montague entreprit un nouveau voyage en France et en Italie, et mourut une année après son retour en Angleterre, en 1762, quelques mois après son mari.

NOTA. — Afin d'éviter des répétitions fastidieuses, lorsque nous reproduisons les paroles mêmes de l'auteur, tous ces passages seront placés entre guillemets.

Première lettre.

A la Comtesse Mar, Rotterdam 3 août 1716.

Milady annonce simplement à sa sœur que sa traversée — d'Angleterre en Hollande — a été heureuse, malgré une tempête. Petit événement dont elle laisse sagement la description aux poètes, se contentant de signaler la frayeur du capitaine du yacht et d'affirmer qu'elle n'a souffert ni de la peur, ni du mal de mer. Ce qui laisse supposer une certaine dose de force morale, jointe à la résistance physique, presque le *mens sana in...* etc. Puis elle vante la position avantageuse de Rotterdam pour le commerce, avec ses grands canaux qui conduisent les marchandises à la porte même des négociants. Enfin, elle admire surtout la propreté de la ville et de tout le pays. Volontiers nous ajouterons nous-même, parce qu'elle nous l'apprend encore, que là domine aussi la propreté morale. « On ne trouve ici ni boue ni mendiants dans les rues. On n'est point tourmenté par une troupe de fainéants, ni importuné par de malheureuses filles, vouées à la paresse et à la débauche. » Cette remarque élogieuse, nous l'avons trouvée implicitement confirmée ailleurs, dans un vieux dictionnaire géographique, traduit de l'anglais. On y lit : « les Hollandais sont économes, attachés à leur commerce et fort jaloux de leur liberté. Les femmes sont modestes et appliquées à leur ménage. » Bel éloge du sexe qui laisse assez entrevoir d'autres vertus.

L'aimable correspondante termine en faisant observer à sa sœur que ce n'est pas de Hollande qu'il faut s'attendre à recevoir une offre désintéressée. — Elle aimera la récréer par ses récits de voyage, mais elle attend en retour toutes les nouvelles de Londres. A Rotterdam, elle a donc appris déjà à faire de bons marchés.

Il est presque impossible à un médecin traçant le nom de la Hollande de ne point se rappeler les noms de glorieux confrères, tels Boerrhaave, Ruysch, van Swieten, van Helmont, Swammerdam, Graaf, Et Érasme de Rotterdam, sans parler de tant d'autres savants et de peintres célèbres. C'est donc la terre de la science et des arts, terre privilégiée, également fertile en grands hommes et en fleurs, mais encore terre de liberté, d'indépendance et de progrès. N'est-ce point l'établissement de l'Inquisition accompagnée des excès du cruel duc d'Albe, qui provoqua en ce pays un soulèvement général et y planta l'arbre de la Réforme ?

En abordant ce sol néerlandais, s'est soudain présenté à nous un souvenir tout personnel, la réminiscence d'un propos, ancien de date, et qui, s'il ne vaut guère d'être rapporté, ne mérite au moins le plus léger blâme. Oserons-nous le reproduire, et serons-nous absous de ce petit péché de babillage ? Les Hollandais sont polis, remplis d'affabilité et de prévenance.

C'était dans les jours qui précédaient le mariage de la reine Wilhelmine. Alors on parlait de tant de choses, de beauté, de talents multiples, etc. — Chacun l'a entendu. C'était un soir. En scène, un bon ami, un vrai, un du Monomotapa, homme de jugement, devisant avec un sien ami. Brusquement, nous fut-il dit : si je n'avais pas l'honneur d'être Français, j'aimerais appartenir à ce brave petit peuple de Hollande, et, bien qu'ardent républicain, je deviendrais volontiers le sujet de cette Majesté

A bon droit, on se plaindra peut-être de notre trop long séjour en Hollande. Comme excuse, nous pourrions répondre : quand on a le bonheur de rencontrer sur son chemin la valeur et l'amour de la liberté, sans la licence, l'économie et le travail opiniâtre, même avec la richesse qui en est le fruit, sans la cupidité ni l'avarice, on ne saurait trop louer ces vertus.

La Haye, 5 août.

Cité magnifique, peut-on l'appeler, comme on dit, Mantes-la-Jolie.

Toujours le pays enchanté : « rien de plus agréable que de voyager en Hollande. Toute la campagne se présente comme un vaste jardin ; routes bien pavées, ombragées de grands arbres et bordées de canaux couverts de barques. Pas vingt pas sans voir quelque maison de plaisance, et pas quatre heures sans rencontrer une grande ville d'une propreté admirable. »

Les lettres suivantes partent de Nimègue, 13 août 1716 à M^{me} S. C. ; — de Cologne, 16 août, à lady Rich. ; — de Nuremberg, 22 août, à Comtesse de Bristol ; — de Ratisbonne, 30 août, à M^{me} Th... ; — de Vienne, 8 septembre, comtesse de Mar, — et plusieurs de cette même ville.

Nimègue ressemble parfaitement à Nottingham, la Meuse remplaçant le Trent, et la tour dite de Jules César figurant par sa situation le château de la cité anglaise. Dans les deux villes, maisons en amphithéâtre, entremêlées d'arbres et de jardins — Visite à l'église française et sermon qui a fort fatigué la visiteuse, d'où des réflexions plus ou moins pieuses. Nous verrons la prose de la bonne protestante souvent émaillée de railleries à l'adresse des pratiques de la religion romaine. Petit travers qui ne surprend guère de sa part. N'a-t-elle pas proclamé ailleurs cette vérité trop vraie, et fort regrettable : « toutes les religions sont des ennemies zélées l'une de l'autre. »

A Cologne, pas d'autres curiosités que les très nombreuses églises parmi lesquelles celle des Jésuites est la plus riche. Profusion de diamants, de rubis et de perles

pour décorer des chasses renfermant des reliques, ce qui suscite de nouvelles plaisanteries. Cependant notre curieuse voyageuse se dit fort satisfaite, pour l'honneur de sa nation, de voir là entassés les crânes des onze mille vierges.

De Nuremberg.

« J'ai déjà traversé une grande partie de l'Allemagne, visité Cologne, Francfort et cette ville-ci. Il m'est impossible de ne point remarquer la différence qui existe entre les villes libres et celles qui sont soumises à un gouvernement absolu, comme celui de tous les petits princes d'Allemagne. D'un côté, aisance, gaieté, propreté..... De l'autre, vêtements qui annoncent l'indigence, rues malpropres, au moins la moitié du bas peuple demandant l'aumône. Une ville du premier groupe est comparable à une bourgeoise hollandaise bien propre ; les autres villes, à ces filles (*of pleasure*) fardées, enrubannées, mélange de vice et de pauvreté. »

A Nuremberg, il y a des lois somptuaires qui distinguent les rangs par les habits. Bien que ces mesures heurtent de front le principe d'égalité — si cher à notre siècle — Milady les approuve hautement. Elle s'autorise de l'opinion de l'archevêque de Cambrai, et considère ces lois comme un moyen de prévenir les dépenses excessives, et, partant, bien des ruines et bien des bassesses, pour la satisfaction de sa vanité. Malgré ces raisons, on est surpris de voir défendre ces théories au début du XVIII^e siècle. On le serait moins, si cela se passait au XVIII^e. On se rappelle que Charles-Quint rendit une ordonnance somptuaire défendant l'usage de la soie et des étoffes de prix aux personnes de basse condition.

Pour sortir du sérieux, est-il dit, on va parler des reliques « Les Luthériens ne sont pas exempts de superstitions. J'ai vu dans la principale église la pointe d'une lance qu'on m'a gravement affirmé être celle qui a percé le côté de notre Sauveur. »

A Ratisbonne, la noblesse se compose des ministres des différentes cours d'Europe. Se trouvant réunis en grand nombre, ils passeraient agréablement leur temps s'ils étaient moins susceptibles et moins divisés au sujet du cérémonial et des préséances. Les femmes ne manquent pas d'exciter et d'entretenir les brouilleries.

« J'ai été visiter les églises et j'ai eu la permission de toucher les reliques, ce qui ne m'a jamais été accordé dans les endroits où je n'étais pas connue. Cette faveur m'a permis de remarquer que la plupart des rubis et émeraudes, qui décorent ces reliques et les statues des saints, sont des pierres fausses. Données autrefois par des empereurs et de grands princes, ces pierreries, dans le principe, étaient sans doute des objets de prix. »

A Comtesse de Mar.

Vienne, 8 septembre 1716.

« Me voici enfin heureusement arrivée à Vienne, ma chère sœur ; et, grâce à Dieu, ni ma santé, ni celle de mon cher enfant, ce qui me réjouit bien davantage, n'ont eu à souffrir de toutes nos fatigues. » — Ce fils est âgé de trois ans.

Il n'est pas trop banal de remarquer ici le mode de transport par le Danube, de Ratisbonne à Vienne. Notre compatriote Franc-Comtois, le marquis Jouffroy d'Abbans, dont la statue orne une place de Besançon, n'avait pas encore appliqué la vapeur à la navigation. Et avant ce chercheur, personne ne l'avait fait.

« Ce voyage s'est effectué très agréablement en descendant le fleuve, au moyen d'une de ces barques qu'on

appelle maisons de bois, parce qu'on y trouve toutes les commodités : chambres à poêle, cuisine etc. Douze rameurs vous conduisent avec une rapidité incroyable, et l'on jouit d'une variété de paysages ravissants que présentent les bords du Danube : forêts, rochers, prairies, coteaux de vignes, champs de blé, solitudes profondes et villes plus ou moins considérables, entre autres Passaw et Lintz. »

« Vienne n'a point répondu à mon attente : rues sombres, étroites, maisons très élevées, cinq et quelquefois six étages ; mais on est frappé du faste des appartements et du luxe de l'ameublement, répondant d'ailleurs au bon goût et à la magnificence de la table. Quelquefois jusqu'à dix-huit sortes de vins d'excellente qualité. Hier, dîner splendide chez le comte Shonnbrunn, vice-chancelier, dont les jardins et la villa sont des plus magnifiques. »

« Prochainement, je serai reçu à la cour, et ne suis pas sans une grande impatience de voir l'impératrice, cette beauté qui a été l'admiration de tant de nations différentes. »

(A suivre).

Société Médicale d'Indre-et-Loire

Séance du 17 mars 1906.

PRÉSIDENCE DE M. DE GRAILLY

Présents :

MM. TESTEVIN, DUBREUIL-CHAMBARDEL, BAILBY, CAILLET, GRASSET, SABATHÉ, CHEVÉ, CHAMBELLAN, BISCONS, PETIT, BOURREAU, COSSE, FABRE, ANDRÉ, MAGNAN, TILLAYE.

Lecture du procès-verbal adopté.

M. Grasset, à propos de la communication faite à la précédente séance par M. Caillet, relate avoir observé assez souvent des enfants atteints de fièvre ganglionnaire, ne présentant aucune inflammation du pharynx et pense qu'il s'agit bien là d'une affection nettement déterminée.

M. Caillet est de cet avis, les examens de frottis de la gorge chez ses malades ont été négatifs.

M. Testevin signale qu'on a décrit sous le nom d'adénie des inflammations ganglionnaires. Depuis, l'opinion a été émise qu'elles pouvaient relever de l'infection bacillaire.

M. André insiste sur la distinction à faire, entre les cas où il y a engorgement ganglionnaire en différents points du corps et qui relèvent d'une infection généralisée, et ceux où il n'y a engorgement que des ganglions parotidiens et cervicaux latéraux.

Dans ces derniers cas il s'agit sans doute d'une infection pharyngienne qui peut passer inaperçue à l'examen ordinaire.

M. Dubreuil-Chambardel communique ensuite à la Société les quelques réflexions suivantes, au sujet de son travail sur l'index varus.

La Note sur une anomalie des doigts, publiée par M. Ch. Féré dans la Revue de Chirurgie du 10 février 1906, et les commentaires que divers journaux italiens ont donnés de mon article de la Gazette Médicale du Centre du 15 février m'obligent à revenir sur la communication que j'ai faite ici le 13 janvier 1906, et à fixer plus en détail certains points.

Il faut, tout d'abord, s'entendre sur les dénominations à donner aux déviations latérales des doigts. Etablissant une homologie avec les déviations des orteils, nous appelons *Valgus* la déviation vers le côté cubital et *Varus*, la déviation vers le côté radial. L'avant-bras doit être placé dans la position dite de Stieda.

Il existe une déviation normale de l'auriculaire et de l'annulaire en varus et une déviation de l'index en valgus. Ce fait qui a été signalé par Regnault en 1894, a été vérifié par nous, et nous avons constaté la présence de ces légères déviations sur environ 75 % des sujets.

Il n'y a d'anomalie que lorsque ces déviations forment un angle de moins de 170 degrés. Plusieurs observations de ces anomalies de l'auriculaire, consistant dans une exagération d'une disposition normale, ont été publiées après Regnault, par Féré, Derscheid-Delcourt et plusieurs autres.

On n'a pas signalé, avant nous, de déviation en Varus de l'index, qui, elle, n'est pas une exagération d'une disposition normale.

La théorie musculaire ne peut pas expliquer la production de ces déviations de l'index ; ni l'hypothèse d'une insuffisance de l'aponévrose palmaire (Boix ; Pauly etc.)

Il ne peut être question d'une position vicieuse du fœtus dans l'utérus (Féré, Derscheid-Delcourt). Cette théorie n'explique pas la bilatéralité de la déviation, ni la coïncidence de déviations homologues des orteils.

Mais, la bilatéralité des lésions et la coïncidence des variations des orteils (que nous avons signalées dans nos observations) nous permettent de supposer un trouble de la corticalité, ayant amené un retard dans le développement des os. Il est à noter, en effet, que la seule lésion, que nous ayons trouvée et qui a été signalée par tous les auteurs s'étant occupés de la question, consiste dans un arrêt de développement de la partie latérale des extrémités distales de la phalange et de la phalangine.

Contrairement à la pensée de M. Ch. Féré, nous ne ferons pas de ces variations des stigmates de criminalité, de folie ou de dégénérescence. Nous les avons rencontrées en proportion égale chez des déments et chez des hommes sains, et les individus chez lesquels nous les avons trouvées au maximum, n'avaient aucune tare nerveuse ou pathologique, ni aucun caractère pouvant nous autoriser à les considérer comme des dégénérés ou des déments.

M. Chevé considère que les termes de varus et valgus devraient être employés dans les mêmes conditions qu'au pied et au genou, à la hanche.

Le Président présente ensuite comme nouveau membre le Dr Chambellan, médecin-major, admis à l'unanimité.

Le Président fait ensuite voter l'achat des livres suivants choisis précédemment :

P. BROUARDEL : Blessures et accidents du travail. — BESANÇON : Précis de microbiologie. — LACASSAGNE : Médecine légale. — ACHARD : Nouvelles méthodes d'exploration clinique. — LEJARS : Chirurgie d'urgence. — GILLER : Accidents du travail. — RIBEMONT : Accouchements.

M. André relate ensuite une observation d'ostéomyélite foudroyante du maxillaire inférieur chez un enfant. Il s'agit d'un petit garçon de 5 ans et demi qui présentait, au dire des parents, quatre jours avant qu'on le vit, une fluxion au niveau de sa 1^{re} grosse molaire droite. Il continua à aller à l'école pendant 2 jours, mais le 3^e, la fièvre ne cessant de croître, il garda le lit. La constriction des mâchoires et l'abattement décidèrent les parents à consulter. Au moment de l'examen (5^e jour) le petit malade est dans une véritable torpeur, la fièvre est intense, le trismus très accentué ne permet que très difficilement de

voir le pus sourdre à la base de la 1^{re} grosse molaire qui paraît cariée. Un gonflement très marqué s'étend sur la face externe du maxillaire venant jusqu'à la ligne médiane, mais ne dépassant pas le bord inférieur du maxillaire. Les parents refusent absolument de laisser transporter leur enfant à l'asile de Clocheville pour y subir la trépanation du maxillaire. Le lendemain, l'empatement s'est étendu à l'autre côté du maxillaire et le 8^e jour l'enfant meurt.

Il s'agit dans ce cas d'une ostéomyélite du maxillaire à forme foudroyante consécutive à l'inflammation de la dent de 6 ans.

Le **Président** fait part ensuite à la Société des recherches importantes et intéressantes que **M. Bout neu**, ancien pharmacien à Tours, a faites dans les archives de la vieille Société médicale et des documents qu'il nous donne.

Il propose à l'assemblée pour le remercier de le nommer membre correspondant, ce qui est adopté.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

NOUVELLES

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS.

Un concours pour l'emploi de *chef de clinique obstétricale* sera ouvert le jeudi 31 mai 1906, à 9 h. du matin.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'École jusqu'au jeudi 24 mai à 4 h. du soir.

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.

D^r FERRAND. — *Trait. de méd.*

LES EAUX DE SALINS

Extrait de la "Gazette des Eaux" du 15 mars 1906.

Salins-du-Jura. — La station de **Salins-du-Jura** a été reprise, il y a trois ans, par la Société des Eaux Minérales et de Bains de mer à la Société locale qui l'exploitait auparavant dans des conditions défectueuses, nuisant au bon renom des Eaux de **Salins**. La nouvelle Société, soucieuse de mettre la vieille station à la hauteur des exigences modernes, a consacré depuis deux ans des sommes considérables à la réfection de l'établissement thermal et du **Grand Hôtel des Bains**, dont le confort moderne et les claires peintures sont à même de contenter la clientèle féminine qui fréquente la station.

Un Syndicat local d'initiative s'est créé, qui a pour but de veiller, d'accord avec la municipalité et

la Société, à l'hygiène de la ville, de faciliter aux baigneurs les excursions à bon marché dans les sites les plus pittoresques du Jura et enfin d'aménager sur la colline couverte de sapins qui domine la ville, un parc de 600 mètres d'altitude où les malades peuvent faire aisément de la cure d'air.

Cette réorganisation matérielle de **Salins**, réclamée par un grand nombre de médecins, est destinée à redonner à ses eaux si justement réputées dans les maladies des femmes et des enfants, un regain de popularité.

Ajoutons que la Société des Eaux Minérales et de Bains de mer qui possède **Salins, Saint-Gervais et Alleverd**, vient de créer une bourse de voyage pour le **V. E. M.**

Le D^r François HOUSSAY (Pont-Lévy, Loir-et-Cher) serait très reconnaissant à tous ceux de ses confrères qui voudraient bien lui faire connaître, ou lui communiquer des documents manuscrits ou imprimés, des légendes, des dessins de tableaux, de statues, de vitraux, etc., ayant trait à exagération ou au défaut de croissance non pathologique des poils de toutes les régions du corps (atrichose ou hypertrichose congénitales).

CLIENTÈLE de SAGE-FEMME A CÉDER

Madame CHARLON, sage-femme depuis de nombreuses années à Issoudun (Indre), désire céder sa clientèle. (Prière de lui écrire directement.)

NUCLEO FER GIRARD. le plus assimilable des ferrugineux, 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 antidéperditeurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

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

Le Gérant, Ch. SUPPLIGEON.

Tours, imp. Tourangello.