

Sur un cas de lésion de la Calotte Protubérantielle (1)

Par le Professeur F. RAYMOND

Professeur de clinique des Maladies Nerveuses à la Faculté de Paris

Messieurs, un des premiers soins du médecin, en présence d'un malade atteint d'une lésion du système nerveux, quel qu'ait été son mode de début ou son évolution, est de chercher de localiser cette lésion et d'en circonscrire les limites. Ce n'est qu'après avoir mené à bien ce travail qu'il pourra essayer d'établir la nature de cette lésion en se basant sur la façon de se comporter de certains symptômes, de l'évolution de la maladie et les antécédents du malade. Dans ma leçon d'aujourd'hui je veux vous présenter une malade, offrant à notre investigation un tel complexe symptomatique, dû à une lésion du névraxe. Le problème de la localisation du foyer pathologique, quoique moins simple que vous ne pourriez le croire au premier abord, n'est pas, chez elle, difficile à proprement parler ; mais quelques-uns parmi les symptômes qu'elle présente méritent d'être relevés et approfondis, parce que leur étude plus précise nous permettra de rechercher la nature de la lésion dans un sens déterminé et d'aborder certains côtés encore mal connus de la physiologie de cette région.

Voici l'histoire de la malade (2) que vous avez devant les yeux : C'est une femme de 37 ans, comptable de son métier, qui est entrée à la clinique le 5 février dernier.

Ses antécédents familiaux sont gravement entachés de tuberculose, maladie à laquelle son père et deux de ses frères ont succombé. Elle-même fut atteinte de la rougeole et de la scarlatine pendant son enfance ; elle eut une otite moyenne droite à 13 ans, avec un écoulement qui se prolongea longtemps et, il y a 3 ans, une otite gauche survint, également purulente mais moins intense. Elle contracta le syphilis dans l'adolescence, à un âge qu'il est difficile de préciser (car le renseignement n'est pas donné par la malade elle-même). A 30 ans elle s'est mariée avec un homme spécifique héréditaire atteint de kératite interstitielle et de surdité bilatérale et elle a fait deux ans plus tard une fausse couche de deux mois et demi.

L'affection actuelle a débuté il y a 15 mois, d'une façon brusque. Mais déjà depuis quelque temps, la malade se plaignait de céphalées fréquentes et de plus, 3 mois auparavant, elle aurait été un beau jour frappée d'une surdité totale subite, alors que jusque-là, elle entendait un peu, quoique fort mal, de par son otite double. A la fin de l'après-midi, elle recommença à percevoir les sons, mais depuis cet incident l'audition est restée plus défectueuse qu'elle ne le fut auparavant.

Dans le courant du mois d'octobre 1906, certains troubles survinrent : perte de l'appétit, sensation de faiblesse générale, élancements douloureux dans le crâne, vertiges, amblyopie passagère de la vue, démarche titubante. Dans la soirée du 27 octobre 1906 la malade est prise d'un malaise subit suivi d'une perte de connaissance absolue qui dura quelques heures ; elle revient à elle pour quelques instants et est reprise ensuite d'une nouvelle perte de connaissance ; ces alternatives de réveil et de perte de connaissance se sont produites trois fois dans la même soirée. Immédiatement après on constate que la face est tirée du côté gauche et la malade se plaint d'une sensa-

tion de lourdeur dans les membres du côté gauche, qui sont agités de secousses involontaires ; de plus elle voyait double. L'affection fut traitée par des injections mercurielles à plusieurs reprises à la Maison Dubois et à l'hôpital Laënnec. La diplopie disparut au 4^e mois ; les céphalées s'étaient amendées le lendemain de l'ictus. Mais tous les autres symptômes ont persisté et la malade trouve même que la sensation de faiblesse et de lourdeur de son bras et de sa jambe gauche vont en s'accroissant.

Actuellement cette femme, robuste, d'une bonne constitution générale, se présente dans l'état que vous voyez. Telle que vous l'apercevez tranquillement assise devant vous, ce qui frappe avant tout c'est une asymétrie faciale marquée. Le côté droit de la face est flasque, inerte, le sillon naso-labial est effacé, la commissure labiale tirée vers la gauche affecte la forme classique du point d'exclamation et la malade ne peut ni siffler, ni souffler, ni gonfler sa joue droite. L'œil droit est davantage ouvert que le gauche, et ne peut être fermé ; pendant les efforts d'occlusion des paupières, vous voyez le globe oculaire remonter en haut et en dehors : c'est le signe de Charles Bell. En un mot, vous avez là une paralysie faciale droite totale et l'examen électrique nous a révélé l'existence d'une réaction de dégénérescence, surtout marquée dans les muscles du menton et l'orbiculaire des lèvres. L'asymétrie de la figure est encore exagérée par une atrophie absolue du Masséter et du Temporal droits, qui est telle qu'un courant galvanique de 5-6 milliampères n'y provoque aucune contraction, ce qui rend impossible la recherche des modifications qualitatives de la D. R. La mastication est naturellement impossible de ce côté et le réflexe massétéрин abolie. — Si nous examinons maintenant les autres nerfs crâniens moteurs, nous voyons que la langue, le voile du palais, le pharynx et ses réflexes, le larynx, les trapèzes et sterno-cléidomastoïdiens fonctionnent d'une manière absolument satisfaisante. Par contre, les muscles oculomoteurs sont gravement atteints et cela des deux côtés. Du côté de l'œil droit, le droit externe est totalement paralysé, le droit interne ne se contracte que d'une façon incomplète. A gauche, le droit externe est le siège d'une paralysie accusée, tandis que les droits supérieur et interne sont légèrement parésés. Les autres muscles et les pupilles fonctionnent bien, mais on constate, au repos, un nystagmus rythmique vertical avec mouvements synchrones des paupières.

Passons maintenant à l'étude des membres de la malade. Ceux du côté droit sont absolument normaux. A gauche en particulier au niveau du membre supérieur, vous pouvez constater tout d'abord l'existence d'un œdème diffus, dur, qui rend fusiformes et boudinés les doigts de la main gauche. Le membre tout entier est d'une couleur violacée et il est plus froid au toucher que celui du côté opposé. Tant au bras qu'à la jambe, la force musculaire est conservée dans tous les segments ; s'il a existé à un moment donné une parésie, elle a dû être bien légère. Il n'y a pas davantage de contracture. Les réflexes tendineux sont un peu forts au bras gauche, tandis que, au niveau de la jambe gauche et des membres du côté droit, ils sont nettement moins forts que dans la moyenne. Les réflexes plantaires se font en flexion ; les réflexes abdominaux sont conservés.

Mais ces membres gauches présentent néanmoins des troubles moteurs. Regardez-les, Messieurs, au repos ; vous voyez qu'ils sont animés de mouvements involontaires intermittents et irréguliers, à caractère tantôt athétotique, tantôt choréiforme. Ces mouvements qui siègent de préférence aux doigts, à la main et aux orteils s'exagèrent

(1) Leçon faite à la Salpêtrière le 27 mars 1908 ; recueillie et rédigée par le Dr F. Rose, chef de clinique.

(2) Cette malade a été présentée à la Société de Neurologie le 27 mars : Syndrome de la calotte protubérantielle par F. Raymond et Félix Rose. Revue Neurologique, 31 mars 1908.

quand, par exemple, on pique la malade ; celle-ci peut d'ailleurs les réprimer jusqu'à un certain point. Si maintenant nous laissons soulevés en l'air, soit le bras, soit la jambe, nous voyons se manifester deux sortes de mouvements involontaires : d'abord une instabilité du membre qui décrit de lents mouvements de circumduction, ensuite des mouvements rapides de flexion et d'extension des doigts ou des orteils. Dans les actes volontaires de la malade, une ataxie très marquée est évidente, consistant en des mouvements brusques et incoordonnés ; pour saisir un objet, la main plane, puis s'abat sur lui maladroitement.

La démarche est ataxo-cérébelleuse et s'accompagne de latéro-pulsion gauche : la malade lance la jambe et talonne. Debout, les yeux ouverts, elle a déjà une grande peine à maintenir l'équilibre : l'occlusion des paupières provoque la chute. Enfin j'aurai terminé avec l'exposé des troubles moteurs quand je vous aurai montré que la malade ne peut, à gauche, exécuter des mouvements rapides et alternatifs de pronation et de supination, c'est-à-dire qu'elle présente des troubles de la diadococinésie et le fait suivant que je vous prie de retenir et qu'il est rare d'observer aussi pur : quand je me fais serrer la main par la malade avec sa main droite, nous voyons qu'en même temps les muscles radiaux entrent synergiquement en jeu et la main est étendue sur l'avant-bras. A gauche, ce mouvement d'extension du poignet ne se produit pas, la main reste fléchie.

L'exploration de la sensibilité nous a permis de constater l'existence d'une hémihypoesthésie gauche. Peu accentuée et également pour les 3 modes à la face, elle est plus prononcée aux membres et en particulier aux extrémités. Pour le simple contact il existe de l'hypoesthésie ; pour la piqure légère et les excitations thermiques faibles on note de nombreuses erreurs ; mais toutes les excitations fortes sont extrêmement douloureuses et provoquent des mouvements de défense. La sensibilité osseuse, la sensibilité articulaire sont nulles dans toute l'étendue du bras et de la jambe gauches. Le sens stéréognostique est nul.

Quant aux sens spéciaux : vue, odorat, goût, ils sont normaux. La surdité de la malade est suffisamment expliquée par l'otite chronique cicatricielle bilatérale. Le système labyrinthique exploré avec l'appareil centrifuge est légèrement hyperesthésique des deux côtés.

Enfin le psychisme et les viscères de la malade ne laissent, en dehors d'une assez forte albuminurie, rien reconnaître de pathologique.

..

Pour nous résumer, nous nous trouvons donc en présence d'une femme de 37 ans, syphilitique, frappée, il y a 15 mois, de trois ictus apoplectiques dans la même soirée. Ces attaques avaient été précédées d'une période de céphalées et de vertiges et elles laissèrent après elles le tableau clinique suivant qui ne s'est pas modifié depuis. A droite : Paralysie du moteur oculaire externe, du facial, sans atteinte de la corde du tympan, de la branche masticatrice du trijumeau et enfin parésie du droit interne de l'œil. A gauche : Paralysie de la VI^e paire, parésie des droits interne et supérieur ; absence de paralysie des membres, mais exagération des réflexes du poignet, mouvements involontaires athétoïdes ou choréiformes, hémia-
 ataxie, hémiasynergie cérébelleuse (latéropulsion gauche, trouble de la diadococinésie et de la synergie des muscles extenseurs du poignet dans l'acte de serrer la main) hémihypoesthésie douloureuse superficielle, perte du sens des

altitudes, du sens stéréognostique et de la sensibilité osseuse.

En faisant abstraction pour le moment des paralysies oculaires gauches, vous voyez, Messieurs, que nous avons chez cette malade, affaire à un syndrome alterne. Vous savez que l'on distingue en neuropathologie 3 variétés principales du syndrome alterne : le syndrome de Weber, le syndrome Millard-Gübler, le syndrome de Brown-Séquard. Ce dernier est caractéristique d'une lésion unilatérale de la moelle : la motilité est troublée du côté de la lésion, les sensibilités à la chaleur et à la douleur du côté opposé, tandis que les troubles de la sensibilité articulaire et, souvent, du tact accompagnent les phénomènes parétiques. Le syndrome de Weber accuse une paralysie de la III^e paire du côté de la lésion et une hémiplegie motrice et sensitivo-motrice totale de l'autre côté. Enfin le syndrome de Millard-Gübler consiste en une paralysie du facial direct et une hémiplegie croisée. Il existe d'ailleurs une foule d'autres syndromes alternes et j'ai décrit moi-même dans mes leçons, autrefois, un de ces syndromes caractérisés par une paralysie du moteur-oculaire externe d'un côté et une paralysie faciale du côté opposé.

Vous voyez immédiatement que, chez notre malade, le fond du tableau morbide est constitué par un syndrome de Millard-Gübler, c'est-à-dire un syndrome protubérantiel : en effet nous trouvons, chez elle, du côté droit une paralysie faciale, à gauche, des phénomènes moteurs sensitifs à type hémiplegique. Comme toujours dans ce cas, la paralysie faciale est totale, différant de la paralysie faciale d'origine cérébrale par l'atteinte au facial supérieur qui innerve les muscles orbiculaires des paupières, frontaux et sourcilier. Or, une telle paralysie faciale, accompagnée de la D. R. ne peut être due qu'à une lésion du nerf lui-même, de ses racines dans leur trajet extra ou intraprotubérantiel, ou de son noyau d'origine.

La lésion est ici — et toute discussion serait superflue — certainement intraprotubérantielle. Elle s'accompagne en outre d'une paralysie du moteur oculaire externe droit. Cela n'est pas pour nous étonner, car il nous suffit pour expliquer cette coexistence de nous souvenir des rapports topographiques étroits de ces deux nerfs : proximité de leurs noyaux et surtout boucle des fibres radiculaires du facial autour du noyau de la VI^e paire.

La paralysie de la branche masticatrice du Trijumeau se conçoit encore aisément, quoique son noyau occupe un étage un peu plus élevé du Pont de Varole, dans la grosse lésion de ce segment du tronc encéphalique ; même la paralysie de la VI^e paire gauche, en admettant que le foyer dépasse un peu la ligne médiane. Quant à l'hémianesthésie croisée, elle est due sans doute à l'atteinte du Ruban de Reil qui est là à la partie tout antérieure de la calotte protubérantielle. Enfin les troubles moteurs, c'est-à-dire les mouvements involontaires sans parésie réelle, nous montrent que si la voie pyramidale, qui va s'entrecroiser plus bas dans le bulbe, n'est pas détruite comme dans le syndrome hémiprotubérantiel banal, elle est au moins irritée.

Vous vous dites : La localisation du foyer unique qui produit la symptomatologie que nous voyons chez cette femme est bien simple ; c'est une lésion qui occupe le côté droit du Pont de Varole, empiète sur la ligne médiane et reste strictement limitée à la calotte.

Et bien ! Messieurs, je ne crois pas que nous ayons affaire à une lésion unique et il me sera facile de vous le démontrer.

..

Vous avez certes remarqué que j'ai laissé de côté, dans mon essai de localisation, certains symptômes, et, en particulier, pour les yeux, je ne vous ai parlé que de la paralysie des Droits Externes, pour laisser dans l'ombre la parésie, plus légère, des deux Droits Internes et du Droit supérieur gauche. A priori et à y regarder grossièrement, nous pourrions espérer rattacher la paralysie des Droits Internes à une lésion protubérantielle de la région du facial. Je vous ai présenté, il y a quelques semaines, un jeune homme atteint d'une tumeur de cette région et qui offrait une paralysie des mouvements associés de latéralité des yeux et je vous expliquai alors que cette paralysie relevait d'une lésion du faisceau longitudinal postérieur, qui relie l'un à l'autre le noyau de la VI^e paire, protubérantielle, au noyau de la III^e paire pédonculo-protubérantielle et en particulier à unamas cellulaire qui commande au Droit Interne du côté opposé. Mais, si vous faites appel à vos souvenirs, vous vous appellerez que, chez ce malade, à une paralysie totale des Droits Externes se joignait une paralysie presque aussi absolue des Droits Internes, de sorte que le malade ne pouvait pas mouvoir du tout ses yeux dans le plan horizontal. Chez notre malade d'aujourd'hui, les phénomènes sont tout autres : si on lui fait suivre des yeux le doigt promené de droite à gauche ou inversement, vous voyez que l'œil du côté vers lequel se dirige mon doigt reste immobile, tandis que celui du côté opposé suit le mouvement dans une certaine étendue, appréciable quoique moindre que chez un individu normal. On ne pourrait comprendre qu'une interruption des fibres associatives laisse subsister à ce point la motilité du Droit Interne, alors que la paralysie du Droit Externe est totale. Ceci, joint à une parésie concomitante du Droit Supérieur gauche nous oblige donc à admettre une petite lésion de la région pédonculo-protubérantielle.

Bien mieux ! Même parmi les symptômes que j'avais choisis pour établir ma première localisation fictive, il y en a un qui ne peut trouver son explication dans une lésion de la partie inférieure de la protubérance ; je veux parler du type hémiplégique des troubles de la sensibilité. En jetant un coup d'œil sur une coupe de la région du facial, vous comprendrez aisément que s'il est évident que la lésion du Ruban de Reil à ce niveau produit une hémihypoesthésie des membres et du tronc du côté opposé, il n'en est plus de même de l'hypoesthésie de la face. En effet, si la racine descendante du Trijumeau (ou ce nerf lui-même), constituée par les fibres provenant du ganglion de Gasser du même côté, était intéressée, l'hypoesthésie faciale devrait séger à droite et nous nous trouverions en présence d'une hémianesthésie alterne. Il n'en est rien et nous voici donc contraints de chercher la cause des troubles sensitifs du côté gauche de la face dans une lésion des fibres, qui, partant du noyau de terminaison des racines de la V^e paire gauche, vont, après entrecroisement, se joindre au Ruban de Reil droit. Il est donc probable que celui-ci est atteint dans l'étage tout supérieur du Pont de Varole.

Vous constatez, Messieurs, que me voilà bien loin de ma première hypothèse d'un foyer unique ; nous nous trouvons en face d'au moins deux foyers et probablement de trois (noyau masticateur de la V^e paire). Je vous fais

remarquer en passant que cette hypothèse de plusieurs foyers est de plus corroborée d'une façon heureuse par la multiplicité des ictus, qui servent d'introduction à la maladie. De pareils cas ne sont pas exceptionnels d'ailleurs ; MM. Marie et Crouzon ont pu rapporter ainsi en 1903 un cas d'association de syndrome de Weber et de syndrome de Gübler.

Permettez-moi maintenant de revenir sur quelques-uns des symptômes de notre malade que nous mettrons à même de nous rendre compte par quel mécanisme la lésion s'est constituée. Je vise ici particulièrement la paralysie avec atrophie du Masséter et du Temporal. Celle-ci est en elle-même loin d'être fréquente. Oppenheim, Link l'ont cependant observée. Mais d'ordinaire elle est accompagnée d'une anesthésie dans le domaine de la branche sensitive du Trijumeau et il en était ainsi chez le malade de Link. (tumeur). L'état stationnaire de la malade depuis 15 mois éloigne l'idée d'une tumeur, qui, même se développant lentement, comme par exemple un tubercule, n'aurait pas manqué d'envahir le Trijumeau sensitif. Le début brusque de l'affection, qui nous dispense d'envisager même l'hypothèse d'une méningite basale syphilitique, [mode de début qu'on rencontre parfois, il est vrai, dans les tumeurs et la syringomyélie de la région qui nous occupe] et d'un autre côté la notion des trois attaques apoplectiques consécutives doivent porter notre attention vers les vaisseaux protubérantiels et nous allons voir si leur étude peut nous donner la clef de la symptomatologie.

La nutrition de la protubérance est assurée par le tronc basilaire qui longe sa face antérieure. Dans son trajet bulbaire cette artère donne encore des branches radiculaires à la VI^e et à la VII^e paires, rameaux qui s'épuisent sur les troncs nerveux. Dans sa portion protubérantielle, le tronc basilaire fournit une artère radulaire à l'auditif et une autre à la branche sensitive du trijumeau qui pénètre avec celle-ci jusqu'à son noyau de terminaison ; d'un autre côté il donne naissance à des artères centrales, pénétrant par le sillon antérieur dans l'intérieur de la substance nerveuse : ce sont les artères médio-protubérantielles de Duret, dont 4 à 6, assez volumineuses, qui vont irriguer les noyaux du Facial, de la VI^e paire et le noyau masticateur du Trijumeau. Plus haut encore se détachent du tronc basilaire ou des cérébrales postérieures d'autres artères centrales (sus-protubérantielle de Duret) qui vont au noyau rouge et aux noyaux de la III^e paire.

Supposons maintenant que chez cette femme il y ait eu, soit rupture, soit oblitération de ces artères centrales et toute la symptomatologie s'éclaire : nous pouvons comprendre pourquoi il existe plusieurs foyers, protubérantiels inférieur, moyen et supérieur ; pourquoi la branche motrice du Trijumeau est seule prise ; car sa racine sensitive et son noyau dépendent de l'artère radulaire spéciale.

En l'espèce ; de quelle sorte de lésion s'agit-il ? Vu la syphilis ancienne et malgré l'absence d'effet du traitement mercuriel, je pense qu'il s'agit d'une oblitération des vais-

Maladies de l'Estomac

Elixir MOSNIER

(Chlorhydro - Cocaino - Peptique - Thébaïque - Chloroformé)

DIGESTIONS PÉNIBLES, BALLONNEMENTS, DILATATIONS, DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES

1 à 2 cuillerées à café à la fin des repas dans de l'eau sucrée.

PRIX : 3 fr. 50 le flacon. — Dépôt à Paris : MM. SIMON et MERVEAU. — TOURS : Ph^{ie} TULASNE, place de la République

(Envoi gratuit aux Docteurs, sur demande, d'un flacon d'essai)

seaux visés par une endartérite spécifique ; on conçoit en effet que le traitement soit inefficace contre une lésion de ramollissement, c'est-à-dire de nécrose du tissu nerveux. En faveur de l'hypothèse d'embolies multiples, nous ne trouvons du côté du cœur aucun signe de lésion valvulaire. En cas d'hémorragie le tableau ne serait sans doute pas resté aussi immuable et il n'aurait pas été aussi net pour certains signes, comme la dissociation entre les troubles moteurs et l'intégrité sensitive de la V^e paire. La seule symptomatologie qui ait disparu quelque temps après le début chez notre malade est la diplopie, mais, comme très souvent, ce fait est dû à l'adaptation de la rétine et des voies optiques au nouvel état des choses. Enfin on pourrait encore incriminer l'albuminurie de la malade ; mais vous savez que les paralysies albuminuriques, relevant d'un œdème du tissu nerveux, sont des paralysies fugaces et transitoires par excellence.

Pour terminer ma leçon, je voudrais, Messieurs, vous entretenir de certains des symptômes que je vous ai exposés tout à l'heure. Je ne saurais vous donner une interprétation absolument satisfaisante des mouvements involontaires que cette malade présente au niveau de ses membres gauches au repos. Ils rentrent dans la catégorie de l'hémichorée ou de l'hémiathétose et ils sont particulièrement fréquents dans les lésions de la calotte pédonculaire ou protubérantielle ; mais ils se rencontrent également dans celles des noyaux de la base du cerveau : noyau lenticulaire, couche optique et noyau caudé. Attribués autrefois à la destruction d'un faisceau spécial dit « de l'hémichorée » situé dans le pied du pédoncule, aujourd'hui deux théories se trouvent en présence pour les interpréter : Kahler et Pick y voient l'expression d'une irritation du faisceau pyramidal ; Bonhoeffer et Muratof les mettent sur le compte de l'altération d'une voie coordinatrice, joignant l'écorce cérébelleuse à l'écorce cérébrale psycho-motrice en passant successivement par le pédoncule cérébelleux, supérieur, le noyau rouge, la couche optique, le genou et le segment antérieur de la capsule interne, la partie antérieure du noyau lenticulaire et le noyau caudé. M. Touche dans un travail récent, basé sur 4 autopsies et de nombreuses observations (Arch. gén. de Médecine 1900) se rallie à cette dernière manière de voir.

Un deuxième symptôme sur lequel je voudrais insister est l'hémiasynergie cérébelleuse de notre malade. Cette hémiasynergie, très nette de par les troubles de la diadochocinésie et le défaut de synergie des radiaux avec les fléchisseurs des doigts et à qui on pourrait peut-être attribuer aussi certains des mouvements involontaires des membres maintenus en l'air, siège ici à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion. Or, dans les lésions bulbaires elle n'est pas croisée, mais directe, car elle résulte de la destruction du pédoncule cérébelleux inférieur, voie directe. Il est vrai que, étant donnée la multiplicité des foyers dans notre cas, on pourrait supposer que le corps restiforme gauche a également souffert. Une telle éventualité me semble peu probable : car celui-ci est irrigué par l'artère

cérébelleuse postéro-inférieure, branche de la vertébrale, et il serait étonnant qu'aucun autre symptôme bulbaire ne soit venu à se manifester, le domaine de cette artère étant particulièrement étendu. Sans vouloir l'affirmer, je serais tenté de rechercher la cause de l'hémiasynergie croisée plutôt dans une lésion du noyau rouge. Celui-ci dépend en effet, au point de vue artériel des artères susprotubérantielles médianes, atteintes ici, et, de plus, son action est probablement croisée et indirecte, passant par le pédoncule cérébelleux supérieur. La même lésion que nous adoptons les vues de Bonhoeffer, provoque, chez le malade, l'hémichorée, serait donc encore responsable de l'hémiasynergie cérébelleuse superposée à celle-ci. Mais, encore une fois, tout ceci n'est qu'hypothèse.

Enfin, c'est sur elle que je veux surtout m'appesantir, j'attirerai votre attention sur certaines particularités des troubles sensitifs. Nous avons vu, il y a un instant, les raisons de leur topographie ; je n'y reviendrai pas et je n'insisterai pas davantage sur la combinaison, impossible à expliquer dans l'état actuel de nos connaissances, d'hypoesthésie et d'hypéresthésie. Eu égard à celle-ci, un fait est certain : C'est que dans le domaine moteur les phénomènes d'excitation et de dépression, c'est-à-dire de spasme et de paralysie, se observent souvent, l'un après l'autre ou simultanément, dans un même territoire musculaire. Ainsi l'on voit le spasme de la paupière inférieure coïncider avec une paralysie du facial inférieur ou encore le trismus précéder la paralysie du Masséter.

C'est surtout par un autre côté que les troubles sensitifs sont intéressants dans notre cas. En effet, tous les modes de la sensibilité cutanée, la sensibilité profonde dans toutes ses variétés sont touchés du même côté gauche, croisé par rapport à la lésion. Eh bien ! en compulsant les cas récents, épars dans la littérature médicale, de lésions unilatérales de la protubérance ne touchant pas le bulbe, nous voyons que la même constatation a été faite par la majorité des auteurs. Ainsi dans le cas de Meyer (Archiv. Psychiatrie XIII) une hémorragie protubérantielle produisant une paralysie des VII^e et VI^e paires du même côté avec une hémianesthésie hétérolatérale à tous les modes ; de même dans le cas de Brown (Lancet 1893) ou encore dans celui de Steinert (Münchn. med. Wochenschrift 1903). Deux observations analogues ont été publiées par Quéirolo (Clinica Moderna 1900), par Benvenuti (Annali di Neurologia 1904) et par Henneberg (1903). Enfin dans les deux cas de tumeur protubérantielle qu'en 1901 j'ai décrits avec M. Cestan, le même fait fut constaté.

Comparons maintenant à ces cas le tableau clinique que nous rencontrons d'habitude dans l'apoplexie bulbaire par oblitération de l'artère vertébrale ou de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure. Il est constitué, en dehors d'une hémiplegie palato-laryngée et d'une anesthésie du Trijumeau du côté de la lésion, par des troubles sensitifs des extrémités répartis de la façon suivante : du côté opposé à la lésion il existe une anesthésie pour les impressions douloureuses et thermiques, tandis que du côté de la lésion la sensibilité profonde est abolie, la sensibilité faciale y étant plus ou moins altérée, c'est-à-dire qu'il y a là quel-

IODO-JUGLANS (Extrait de Noyer iodé)

La plus saine et la plus énergique des préparations iodotanniques, 20 gouttes contiennent 1 centig. iode chimiquement pur et assimilable.

L'IODO-JUGLANS, tout en possédant une grande activité, est bien supporté par les estomacs les plus délicats : enfants, convalescents.

L'IODO-JUGLANS est le meilleur succédané de l'huile de foie de morue.

POSOLOGIE. — Enfants : 10 à 20 gouttes par jour ; Adultes : 30 à 40 gouttes par jour, dans un peu de lait ou d'eau sucrée.

Maladies de poitrine : toux, bronchites, engorgements ganglionnaires, affection de la peau, faiblesse générale, surmenage, anémie.

Dépôt TOUTES PHARMACIES. — Vente de gros : H. MORAND, Pharmacien, AURAY (Morbihan).

que chose d'analogue à ce que l'on voit dans le syndrome médullaire de Brown-Séquard. Lisez à ce point de vue les observations cliniques de *Duménil* (Arch. génér. de Médecine 1875), *Hun* (New York med. Journal 1897), *Rad* (München, med. Wochenschrift 1903), *R. Muller* (D. Archiv f. Klin. med. 1905), *Babinski* (Revue Neurol. 1906), les observations suivies d'autopsie de *Senator* (Archiv. f. Psychiatrie 1881), *Wallenberg* (Archiv. f. Psychiatrie 1895) *Breuer* et *Marburg* (Arbeiten aus d. Neur. Institut. Wien 1902), partout, dans tous ces cas, vous trouverez la même distribution. Donc retenez ceci : Dans l'hémi-anesthésie alterne cutanée bulbaire, le trouble de la sensibilité du côté opposé à la lésion n'intéresse pas les sensibilités articulaire et tactile, qui sont touchées du côté de la lésion, tandis que dans l'hémi-anesthésie croisée protubérantielle supérieure, les troubles de ces modes de la sensibilité sont superposés à la thermanalgésie. Quelle conclusion pouvons-nous en tirer sinon la suivante ? Que, si les voies de la sensibilité thermique et douloureuse s'entrecroisent au fur et à mesure qu'elles arrivent dans la moëlle et le bulbe (leur limite supérieure étant constituée par l'entrecroisement piniforme dans la région de l'olive bulbaire), les voies qui servent à la transmission des impressions tactiles musculo-articulaires qui arrivent, sans s'être entrecroisées, au niveau des noyaux de Goll et de Burdache, ne subissent la décussation que dans la région protubérantielle moyenne. Cette explication, dont je ne puis vous démontrer actuellement la réalité anatomique, admet *a priori* la spécialisation des fibres servant à la transmission de tel ou tel mode de la sensibilité, que contestent de nombreux auteurs. Mais si parmi ceux-ci nous trouvons des noms connus comme celui de M. Babinski, la théorie de la spécialisation est défendue d'un autre côté par de bons esprits et des hommes d'une compétence particulière comme par exemple M. Head.

Messieurs ! me voici arrivé au terme de cette démonstration qui a peut-être pu vous sembler un peu longue. Mais je tenais à remplir l'engagement, que j'avais pris au début de cette leçon, de vous montrer comment il faut procéder pour établir une localisation précise des lésions, en analysant et en comparant entre eux les divers symptômes et en appelant ensuite à l'aide les données de l'histoire de la maladie. J'aime, enfin, à croire que je vous ai intéressé par les quelques considérations théoriques que j'ai pu déduire de l'examen attentif de cette malade.

Actualités Médicales

La Nouvelle Affaire

Ça m'a tout l'air que nous sommes menacés d'une « nouvelle Affaire » ; et les médecins légistes me semblent en ce moment devoir en faire les frais, tout comme au sujet de l'autre, l'Etat major.

« L'Ogresse du Pré Maudit » passionne actuellement l'opinion publique : on s'arrache les journaux, qui sont pleins de détails ; il y a des femmes voilées, et les Pontifes de la médecine légale sont croisés d'importance.

Toute la Bazoche, les Chats Fourrés et la police plus ou moins secrète fait bloc contre le corps médical, ce pelé, ce galeux d'où vient tout le mal, et qui est de toute évidence le grand coupable.

C'est la faillite des experts médicaux proclamée ; les Compagnies d'assurances qui ont commencé la campagne depuis un certain temps déjà vont aussi entrer en ligne et conduire la danse.

Chaque journal va, chaque jour, rappeler une ou deux erreurs judiciaires causées par les rapports médicaux ayant provoqué ou des condamnations regrettables, ou des acquittements scandaleux.

C'est la faute aux médecins va devenir « les tartes à la crème » de l'année juridique ; suivant la mentalité de chacun Jeanne Weber sera « l'ogresse » ou la « victime ».

En examinant froidement la chose, il en découle ceci : une horrible mégère hystérique et alcoolique tue des enfants ; malheureusement, elle a su prendre des précautions telles que la preuve matérielle a, au début, fait défaut.

Jurés, juges, policiers se sont laissés troubler l'entendement par l'artifice des avocats et ont demandé au médecin légiste le signe objectif qui manquait et que celui-ci, par conséquent, ne put indiquer.

Acquittement. Et malgré le doute qui les étreignait, les détenteurs de l'ordre public laissaient aller l'accusée, sans plus s'en préoccuper.

Du moment que médecins légistes et aliénistes ne pouvaient mathématiquement inscrire dans leur rapport : crime ou folie, l'accusée était libre... de recommencer. Elle n'eut garde d'y manquer.

Vint l'affaire de Châteauroux. Ici les médecins affirment avoir vu les traces du meurtre.

Mais ce sont deux simples praticiens très estimés, très honorés c'est vrai. Est-ce bien à eux malgré cela, à eux chétifs, à se prononcer avec leurs seuls moyens dans une affaire aussi mystérieuse, à émettre des conclusions qui peuvent faire mettre en doute celles antérieures d'un Prince de la science, et aller à l'encontre de l'opinion des disciples de Pangloss, qui trouvent que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes ?

Et ce pauvre Juge d'instruction qui partageait l'opinion de ces petits médecins de province ! Était-ce admissible ?

Seuls les grands Pontifes de la Médecine Légale et ceux non moins grands et non moins Pontifes de la Cour « pouvaient en connaître », comme on dit dans la langue de Thémis.

Et la Hiérarchie et la Foorme qu'en faites-vous ?

« Jeanne Weber est une pauvre victime de la Fatalité, une martyre, une sainte ».

Des pères de famille l'appellent et lui confient la garde de leurs enfants. On lui fait une auréole de ses malheurs. Des détraqués en deviennent amoureux, des journaux la prennent sous leur protection, conspuent ceux qui ont douté d'elle et de sa vertu. Des Barnum cherchent à la produire en public ; de hauts magistrats veulent lui faire un sort.

Mais elle ? Elle préfère faire la noce avec des débardeurs et des chemineaux, elle lâche tous les Roméos pour les charretiers ; elle vous les plaque tous pour trouver de nouveaux enfants à étouffer ; et elle arrive à ses fins, mais finit par se faire prendre la main au cou du dernier (il faut l'espérer), qu'elle étrangle.

Souhaitons, sans trop y compter, que les yeux les plus bouchés y verront clair, puisqu'au lieu d'aller rechercher, au bout de quelques semaines, les causes de la mort dans des plaques de Peyer, d'intestins putréfiés, on regarde tout de suite le cou de la victime où elles y étaient fraîchement et nettement inscrites.

Et comme en tout il faut considérer la fin, et en tirer une morale, il est probable qu'elle sera celle-ci :

Point n'est besoin, pour une expertise médico-légale,

d'un monsieur pourvu d'un diplôme spécial, qui finit par se croire obligé de faire du dilettantisme, et passe à côté des choses simples et ordinaires, qui n'échappent pas au simple et consciencieux praticien, qui juge avec son vulgaire bon sens, et en toute bonne foi, et ne croit pas que ses lettres patentes et ses titres de noblesse l'obligent à aller voir à la quatorzième heure, s'il est midi.

D^r LÉON LERICHE.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE

LES DILATATIONS LENTES

Par le D^r BOSC.

Ancien interne des Hôpitaux de Paris et de la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.

Il faut entendre, par là, les cas où avec des contractions fortes et régulières, chez une femme ayant une présentation du sommet, la dilatation ne se fait qu'avec une extrême lenteur : définition qui permet d'éliminer du cadre de cette étude les faits où cette lenteur est due à l'inertie utérine, et ceux où elle ne s'explique que trop facilement par une présentation vicieuse.

C'est en général dès le début de sa carrière que le médecin prend une connaissance pratique avec cette difficulté toute particulière de l'art obstétrical. Appelé auprès d'une primipare, il fait, après d'impressionnants lavages de mains, un premier toucher, constate une dilatation à son début, et déclare que tout se passera bien. Cependant, après cinq, huit, douze heures de bonnes et régulières douleurs, la progression du travail ne semble pas se faire : le médecin pratique un nouveau toucher, et constate avec stupéfaction que la dilatation est à peu près la même qu'à son arrivée.

C'est le moment où, fatigué par un séjour ininterrompu dans la chambre de la malade, saturé par les commérages des parentes et amies, il arrive à l'état d'épuisement tout à fait particulier à ces longues séances de travail. La parturiente clame sa détresse, et exige qu'on la tue ou qu'on la délivre sur-le-champ ; l'entourage demande pourquoi le médecin n'a pas encore mis les fers, et réclame l'avis d'un confrère plus âgé.

Celui-ci arrive, touche à son tour... et alors se produit le traditionnel conflit entre « l'accoucheur sanguin et l'obstétricien calme » (Treub). Le jeune médecin redoutant l'infection qui suit les accouchements prolongés, songeant même à la possibilité d'une rupture utérine, voudrait brusquer la délivrance par un acte opératoire.

Son confrère, instruit par tant de nuits passées pour des cas semblables, affirme que ce retard est quasi normal chez une primipare, conseille à tout le monde de prendre quelques instants de repos, de ne pas s'alarmer et annonce que l'accouchement se fera normalement quelques heures plus tard.

L'un et l'autre ont raison à tour de rôle : nombre de fois, en effet, cette lenteur du travail est physiologique, et l'accouchement surtout chez des primipares ne se produit qu'après 36, 48 heures et plus de douleurs quasi ininterrompues : en sachant attendre, on a évité à la mère et à l'enfant des interventions toujours sérieuses. Mais ce tableau heureux a sa contre-partie : il est d'autres cas, où 8, 10, 12 heures après ce pronostic favorable, le confrère optimiste est rappelé : la dilatation n'a fait aucun progrès : il faut terminer l'accouchement par une opération, et souvent une opération grave, chez une femme épuisée par un travail si prolongé.

Cela revient à dire que la lenteur du travail a des causes différentes, et que si parfois le travail est physiologiquement lent (et l'expérience seule permet d'apprécier jusqu'à quel point cette lenteur est physiologique) — il est nombre de cas où la durée excessive de la dilatation est synonyme de dystocie. Ce sont ces faits d'un haut intérêt pratique, que nous nous proposons d'étudier ici.

Nous les classerons en trois catégories suivant que la cause du retard est au niveau du col, en dehors du col, ou que les deux causes existent simultanément.

I.) L'obstacle n'est pas au niveau du col.

A.) Cas fréquents.

1). Le bassin est rétréci.

La lenteur du travail, dans les cas de viciation pelvienne, n'est pas due uniquement à la disproportion qui existe entre les dimensions de la tête fœtale, et celles du bassin. — Il y a en plus des modifications dans les phénomènes organiques vitaux (Commandeur) — qui jouent un rôle important dans la marche du travail : c'est ainsi que volontiers les contractions utérines sont irrégulières, pouvant aboutir à la tétanisation, ou exagérées comme fréquence et comme force, risquant d'amener rapidement l'inertie utérine — ou enfin faibles et espacées laissant la femme en travail pendant plusieurs jours. — De plus la poche des eaux n'appuie pas régulièrement sur le col, mais par suite du défaut d'accommodation glisse au-dessous de la tête fœtale — affectant une disposition piriforme ou pédiculée ; dans un quart des cas environ, il y a rupture précoce de la poche des eaux, et la tête fœtale, maintenue au détroit supérieur, ne peut venir prendre contact avec le col et le segment inférieur. — Ces phénomènes, déjà très accusés dans les bassins aplatis, ont leur maximum d'effet dans les bassins généralement rétrécis — où la rigidité des parties molles joue un rôle dystocique très important.

Dans tous les cas, le toucher permet d'atteindre le promontoire, et le palper mensurateur montre que la tête déborde l'aire du détroit supérieur.

B.) Le fœtus est trop gros par rapport au bassin.

Le cas est relativement fréquent chez les grandes multipares : l'accouchement est ordinairement lent parce que l'utérus surdistendu est frappé d'inertie.

C.) L'utérus a dans son ensemble une mauvaise orientation.

La rétroversion est très exceptionnelle ayant été spontanément ou opératoirement réduite au cours de la grossesse — Les déviations à droite ou à gauche sont plus fréquentes ; les douleurs ne portent pas, et le travail peut se prolonger tant qu'on n'a pas redressé l'utérus.

Mais les cas les plus intéressants sont ceux qui concernent les antéversions, et en particulier les antéversions suite d'hystéropexie abdominale : le fond de l'utérus peut alors se trouver à la même hauteur, sinon plus bas même que le détroit supérieur, il pousse son contenu vers le sacrum au lieu de le faire glisser vers l'excavation pelvienne (Treub) — et si l'accoucheur n'intervient pas, cela peut se terminer par une rupture utérine au niveau de la paroi postérieure, ou plus rarement par un arrachement du col à son insertion vaginale postérieure (1).

(1) Les statistiques de Sanger, Baudoin, Piras, Strassmann, Demolin ont montré les dangers de ces fixations opératoires de l'utérus, au point de vue obstétrical. — Un grand nombre de ces accouchements ont nécessité une opération césarienne.

B). Cas rares.

a). En cas de placenta previa.

Lorsque le placenta fait coin entre le col et la tête fœtale, il empêche celle-ci d'appuyer normalement : la partie fœtale reste élevée et mobile — le col est lui-même élevé, et fréquemment dévié, — et le plus souvent le travail traîne en longueur : il y a inertie utérine, le placenta empêchant la partie fœtale d'appuyer sur le col.

b). Anomalies dans les contractions utérines.

Ce sont tantôt des anomalies par excès, — les contractions sont presque permanentes, très douloureuses, ne faisant faire aucun progrès à l'accouchement, c'est ce qu'on appelle la tétanisation utérine, si fréquente à l'époque où l'on donnait de l'ergot de seigle pendant le travail. — Plus fréquentes sont les irrégularités de contraction, certaines parties de l'utérus se contractant avec excès — les autres parties du corps utérin ne prenant qu'une faible part à la contraction. — C'est surtout lorsque ces contractions partielles portent sur l'anneau de Bandl, qu'elles peuvent devenir une cause de dystocie sérieuse —, le fœtus restant

incarcéré au-dessus de cet anneau, ou s'y trouvant déjà en partie engagé et serré comme dans un étou (1) : l'utérus prend alors une forme spéciale, le bas du ventre est plat et déprimé, le fond de l'utérus est remonté et tendu à l'excès, et entre l'ombilic et le pubis, on sent, en promenant la main, un ressaut causé par l'anneau de Bandl.

Symptômes communs à ces différents cas

Le diagnostic se fait par le toucher et le palper combinés, qui montrent que l'excavation reste vide, la tête étant encore haut située. La poche des eaux — lorsqu'elle reste intacte — descend parfois jusque dans le bas du vagin (poches en sablier) et peut faire croire à une dilatation avancée, si l'on n'a pas soin de toucher profondément. Mais trop souvent il y a rupture prématurée des membranes. (Quand elle n'est pas provoquée par l'impatience de l'accoucheur) : le col revient alors sur lui-même, flasque et mou, il pend en battant de cloche dans le vagin, tout

(1) Une observation de Van den Mey prouve jusqu'à quel degré cette coaction peut agir : un enfant extrait par opération césarienne présentait des plaques de gangrène sur la peau des 2 bras, là où l'anneau de contraction les avait serrés.

FOURNISSEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Le plus puissant antiseptique ni toxique, ni caustique. Essence végétale pure	PROSTATITES URÉTRITES CYSTITES		Le plus actif modificateur du terrain malade (Dujardin-Beaumetz). Antispasmodique et désodorisant
	GOMENOL Ovules glycérine et huile gomenolée	GOMENOL Instillations huile gomenolée Capsules	
GOMENOL LEUCORRÉE SALPINGITES MÉTRITES CHRONIQUES			

DANS TOUTES LES PHARMACIES
Littérature et vente en gros
PREVET, 48, Rue des Petites-Écuries, PARIS (10^e)

JUGLANDINE FERROUILLAT

Principes actifs du Noyer et Amers francs combinés chimiquement avec : Iode, Fer lacté et Glycérophosphate de chaux. (M. le Prof. ALBERT ROBIN, Traité de Thérapeutique, fascicule 1, page 175).

LYMPHATISME, ANÉMIE, TUBERCULOSE

- 1° Absorption facile et agréable sans crainte de constipation ;
- 2° Éléments toniques, reconstituants, dépuratifs et antineurasthéniques, très assimilables ;
- 3° Appétit et toutes les fonctions organiques heureusement stimulées ;
- 4° Liquide léger, d'un goût exquis, sans alcool ; elle a cet avantage de pouvoir être prescrite aux estomacs faibles, délicats ou épuisés, chez l'enfant comme chez l'adulte ou le vieillard ;
- 5° Sa combinaison spéciale des éléments du Noyer avec les Amers francs, l'Iode, le Fer lacté et le Glycérophosphate de chaux, en assurant une action tonique, progressive et mitigée du médicament, ne donne jamais d'iodisme, si fréquent avec les préparations iodées, et le fait, au contraire, toujours disparaître, s'il existait auparavant.

D'où supériorité incontestable et parfaitement démontrée après expérimentation.

Prix : 5 francs

DÉPOT GÉNÉRAL :
PHARMACIE du CHATELET, 35, r. Rivoli, PARIS

Les SOURCES ÉCONOMIQUES

**Aix-les-Bains, Châtel-Guyon, Contrexeville
Couzau, Evian, Vals, Vichy, Vittel, etc., etc.**

0.30 centimes
LE LITRE



0.30 centimes
LE LITRE



FRANCO domicile, TOURS

en siphon-bonbonne de 30 litres

Dépôt exclusif pour Tours et le département d'Indre-et-Loire :

Pharmacie GOURDIN, 13, Rue Nationale

en restant dilatable. — Si l'accouchement ne se termine pas spontanément — on voit dans une dernière phase — le col comprimé en haut par la bosse séro-sanguine s'infiltrer d'œdème soit sur toute sa périphérie, soit surtout dans sa lèvre antérieure — : cet œdème ne fait que s'accroître, — et communiquant au col une rigidité secondaire — complique une situation déjà bien compromise.

II. L'obstacle est au niveau du col.

A). Cas fréquents.

a). Déviations du col.

En pratiquant le toucher, on est stupéfait de ne pas trouver le col et il y a là pour le jeune médecin un moment d'effarement bien compréhensible (1) — Le col existe cependant, mais on ne le trouve que très en arrière, cas le plus ordinaire ou très en avant et en haut, derrière la symphyse —, au point qu'il faut parfois endormir la femme pour l'atteindre; ces déviations ne sont elles-mêmes que la traduction cervicale des déviations en sens contraire du corps utérin, l'antéversion étant la règle, la rétroversion l'exception. Dans ces conditions, la tête, au lieu de tomber d'aplomb sur l'orifice du col, et de l'ouvrir, se coiffe de la partie antérieure du segment inférieur et du col — distendant tout le cul-de-sac antérieur. Ces déviations méconnues et non traitées amènent comme dans le cas précédent un œdème du col, en rapport avec la partie comprimée.

C). Rigidité anatomique du col.

Les accoucheurs s'entendent mal sur la signification à donner à ce terme; il semble qu'on doive entendre par là, les faits où le col ne présente primitivement, au début du travail, aucune lésion, mais sous l'influence de cet œdème dont nous venons de voir les différents mécanismes — il arrive à durcir, présentant au doigt une masse racornie que Tarnier comparait au cuir bouilli. — La dilatation ne se complète qu'avec une extrême lenteur: il peut même se faire que l'expulsion ne se produise qu'au prix de l'arrachement d'une rondelle plus ou moins régulière de tissu cervical.

Oblitérations de l'orifice externe.

L'oblitération cicatricielle se voit dans les cas de plus en plus rares aujourd'hui, où le col a été soumis, au cours d'un traitement gynécologique à des cautérisations énergiques. L'agglutination est plus fréquente: elle se rencontre chez les primipares, et surtout les primipares âgées: l'orifice externe reste très petit, ne donnant au toucher qu'une sensation de dépression de la grosseur d'une tête d'épingle: c'est le tissu cervical situé au-dessus qui s'aminuit, et se dilate, les contractions utérines restant sans effet sur les bords étroits de cet orifice.

Dans les cas extrêmes, non traités, les contractions peuvent aboutir soit à une rupture du col, soit à l'expulsion partielle de l'enfant, coiffé du col aminci, hors des voies génitales (Treub).

II). Causes rares.

1). Rigidité par hypertrophie du col.

Il y a un allongement hypertrophique du col, tel parfois

qu'il descend jusqu'à la vulve: souvent ces cols opposent une grande résistance à la dilatation. Ce sont d'ailleurs des faits assez rares — l'hypertrophie du col étant une cause non douteuse de stérilité.

2). Rigidité cicatricielle.

Ce sont les cols qui ont subi une opération mutilatrice, soit en règle générale, un Schröder — Et si cette opération est inoffensive pour les accouchements futurs (Chalein-Vivie, Doleris, La Torre...) quand elle a été exécutée correctement —, et que la réunion s'est faite par première intention —, elle peut aussi, lorsqu'elle a été pratiquée en de moins bonnes conditions, devenir la cause de dystocie sérieuse (Pinard, Audebert...) et nécessiter même une césarienne — « La grossesse et l'accouchement évoluent souvent normalement: mais on sait aussi que dans des cas exceptionnels — l'accouchement est prématuré, et que dans des cas plus exceptionnels encore, l'accouchement est long, très long et même impossible » (Porach.)

3). Rigidité syphilitique.

Faits exceptionnels, qui peuvent se classer en deux catégories; ou bien il s'agit d'une rigidité partielle, suite d'une lésion primaire ou secondaire (Doleris, Feronelle) — ou bien ce sont des infiltrations diffuses — qui ont été décrites surtout par les auteurs italiens (Fasoliq, Cioja) —: l'une et l'autre peuvent avoir la même gravité que la rigidité cicatricielle, et mettre un obstacle absolu à l'accouchement spontané.

4). Rigidité par tumeur.

En pratique, il s'agit presque toujours d'un cancer du col — le cancer étant d'ailleurs une cause habituelle de stérilité —, le fait se présente très rarement.

5). Rigidité spasmodique du col.

Elle ne se voit guère que lorsque l'utérus a été excité d'une façon anormale (un dilateur Tarnier ayant été posé, et ayant agi trop vite — après des essais mal faits et non réussis de version, etc...) alors les contractions utérines arrivent à être subintrantes, l'utérus se tétanise, et le col participe à cette contraction permanente. On sent, pendant l'acmé des contractions, l'orifice externe se resserrer et s'appliquer sur la poche des eaux, sa circonférence étant tendue et douloureuse au toucher.

C). Les deux causes existent simultanément.

Cette association est fréquente, et nous l'avons déjà signalée plusieurs fois: ainsi dans les rétrécissements du bassin, il se produit très souvent de l'œdème du col — De là la nécessité de pratiquer toujours un examen très complet du col, du bassin et du corps utérin — avant de porter un diagnostic et de prendre une décision opératoire.

1). Pronostic.

Il est impossible de porter un pronostic d'ensemble: il varie en effet avec la cause, allant du plus bénin (dilatation lente par agglutination du col —, au plus grave (sténose cicatricielle, bassin vicié, etc...). Aussi ne donnerons-nous qu'un pronostic d'ordre général.

2). Sur l'accouchement.

Si l'obstacle persiste, la femme est exposée à deux graves dangers, la rupture utérine, ou bien la déchirure

(1) Dans un de ces cas, Paul Dubois, croyant à une absence d'orifice externe, fit une incision sur la paroi postérieure bombant dans le vagin, la femme mourut.

du col, et celle-ci trop souvent amorce une déchirure du segment inférieur, qui se complètera au moment du passage de la tête. — Ces ruptures sont parfois le résultat de manœuvres opératoires nécessitées par la situation. — D'autre part, la vie de l'enfant est toujours extrêmement compromise au cours de ces accouchements prolongés.

3). Sur les suites de couches.

Leur pronostic est basé sur ce fait — qui est une véritable loi obstétricale, — et que les statistiques de Sommer, Kante, Winter ont mis en évidence : la fréquence, et la gravité des infections puerpérales sont directement en rapport avec la durée du travail —, cette fréquence et cette gravité étant portées au maximum — chez une femme qui a présenté une rupture prématurée des membranes (statistiques de Demelin, Sommer, Jeannin).

Aussi ne doit-on jamais négliger un travail lent ; et contrairement à l'opinion des anciens accoucheurs, pour lesquels le fait « d'attendre » représentait une grande partie de la thérapeutique obstétricale, nous estimons que lorsqu'une femme, entrée franchement en travail, avec de bonnes et régulières douleurs, a une dilatation stationnaire, il y a tout intérêt à faire immédiatement l'inventaire de la situation —, et au besoin à agir. On évitera de la sorte ces opérations tardives, pratiquées longtemps après une rupture prématurée des membranes, parfois même en pleine infection amniotique, chez des femmes épuisées par 24, 48 heures de douleurs ininterrompues, et qui en un état de véritable « neurorragie » (Bonnaire) — sont incapables de résister au moindre choc opératoire.

Conduite à tenir.

Le premier point à établir est le suivant :

1). Se trouve-t-on en présence d'une dilatation physiologiquement lente ?

C'est ce que les Anglais appellent « le travail ennuyeux » — les contractions sont faibles, inégales, espacées — il peut même se faire un véritable arrêt — une rétrocession du travail — suivant la locution obstétricale —, et cet arrêt peut être de quelques heures, voire même de plusieurs jours.

On se méfiera en particulier de la lenteur du travail chez les primipares, en se rappelant que la moyenne du travail chez elles, soit 12 à 18 heures — est souvent dépassée — surtout chez les primipares âgées — ou encore chez les femmes qui, après un premier accouchement — sont restées de longues années sans redevenir enceintes. — On se rappellera également que la dilatation est toujours plus lente avec de gros enfants, avec une présentation postérieure, etc... ; et qu'enfin la dilatation, pour être progressive, n'est pas régulière ; et qu'elle est plus lente au début qu'à la fin : il faut plus de temps pour arriver à 3 francs que pour passer de 3 francs à la dilatation complète.

Mais dans tous ces cas, la dilatation n'est pas stationnaire, elle progresse, si peu sensibles que soient ses progrès —, le col reste souple et dilatable, il n'y a pas d'autre obstacle que l'inertie même de l'utérus ; — celle-ci ne réclame pas d'autre traitement que la patience, en usant des ocytocyques anodins, le sucre préconisé par Keim (300 grammes de sirop de sucre dans une boisson chaude) — ou mieux le sulfate de quinine, à la dose espacée de 1 gramme à 1 gr. 50, suivant la méthode de Schwab, et Cordes. — Si la situation l'exige, on usera de méthodes plus directement actives, ballon de Champetier ou mieux écarteur de Tarnier, et on terminera à la dilatation complète par une application de forceps.

2). La lenteur de la dilatation est pathologique.

Quelle que soit la décision qu'on soit appelé à prendre par la suite, le premier acte du traitement doit consister à respecter les membranes. Le bon succès de l'accouchement — la vie même de l'enfant et de la mère sont intimement liés à leur intégrité, la rupture ne pouvant dans ces cas avoir aucune influence sur la marche de l'accouchement, mais risquant d'ouvrir la porte à l'infection amniotique. — Après leur rupture prématurée on a la désagréable surprise de voir le col se refermer sur la présentation qui reste élevée, quand on n'a pas la complication d'une coincidence du cordon.

Sans entrer dans le détail fastidieux de chaque cas en particulier —, nous pouvons synthétiser les différentes manœuvres opératoires, en trois types.

1). Le toucher montre que le col n'est pas à sa place.

Il est reporté très en haut et en avant, ou très en arrière, — l'un des culs-de-sac étant distendu à l'excès par la tête fœtale : il suffit d'aller à la recherche de l'orifice externe, de l'accrocher avec l'index, et de le ramener dans l'axe du vagin : en même temps le doigt fera un peu de massage sur les bords, et après quelques contractions la dilatation se poursuit rapidement sur ce doigt qui la complète... Ce traitement triomphera également des agglutinations du col, de la rigidité par œdème simple, etc. : dans tous ces cas également, la dilatation digitale, ou mieux la dilatation bimanuelle, suivant le procédé de Bonnaire, trouveront une de leurs plus heureuses applications.

2). Le toucher et le palper combinés montrent que le bassin est vicié.

La tête ne s'engage pas, parce que le bassin est étroit. C'est le traitement habituel des viciations pelviennes qui doit être mis en pratique, suivant le degré du rétrécissement, et aussi suivant les ressources obstétricales dont le médecin dispose. Avant toute intervention d'ailleurs, on aura toujours intérêt également à compléter la dilatation par la méthode bimanuelle.

3). Le toucher montre une sténose infranchissable du col (ancien Schröder, cancer du col, rigidité syphilitique, etc...)

Dans ces cas, heureusement exceptionnels, le médecin doit savoir résister à la tentation d'inciser le col, et refuser de supporter seul la responsabilité d'un tel accouchement. — Un forceps, tenté en de pareilles conditions, peut avoir pour issue immédiate la mort de la femme par rupture utérine. Il doit demander l'aide d'un accoucheur, et mieux encore, en la circonstance, d'un chirurgien —, et en attendant leur arrivée, il fera tout pour modérer les contractions utérines (morphine, chloral, chloroforme même...) — afin de laisser reposer un peu l'utérus tétanisé, et parfois prêt à se rompre.

On aura alors le choix entre :

a) de petites incisions sur le col, quatre en croix, et chacune d'elles de 1 centimètre et demi de profondeur. — Elles sont souvent insuffisantes, et sont toujours dangereuses —, car au moment du passage de la tête, elles risquent de se poursuivre sur le segment inférieur — et de réaliser une rupture utérine complète.

2) Les incisions profondes, — qui exigent une section préalable du périnée, et qui, pour être bien faites réclament une technique très précise : elles constituent une

véritable opération (c'est la césarienne vaginale de Dührsen) —, méthode extrêmement dangereuse qui doit souvent être complétée, pour éviter une rupture du corps utérin ou une hémorragie grave, par l'hystérectomie immédiate.

3) Enfin la césarienne abdominale suivie d'hystérectomie, suprême ressource des sténoses infranchissables du col, mais qui le plus souvent est pratiquée en de lamentables conditions de retard et d'infection.

CONCLUSIONS :

Toutes les fois qu'un médecin se trouve en présence d'une parturiente dont la dilatation, malgré de bonnes douleurs, ne progresse pas, il doit immédiatement s'inquiéter de la cause de cet arrêt, et prévenir la famille que la situation est sérieuse. Si la dilatation ne peut être complétée par des moyens simples et prudents (redressement du col, massage de l'orifice externe, essais de dilatation digitale ou bimanuelle) il doit s'apprêter à faire le traitement des dystocias pelviennes, si un rétrécissement du bassin explique cette lenteur du travail : il doit faire appel à un chirurgien si l'obstacle est causé par une sténose infranchissable du col. En aucun cas, il ne tentera seul — sans l'assistance d'un confrère — une incision sur le col — si minime soit-elle.

NOTES D'ORTHOPÉDIE

LES CLINODACTYLIES

Par le Dr Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL

(Suite)

III

MORPHOGÉNIE

Les clinodactylies, que nous venons d'étudier dans les deux chapitres précédents, sont donc caractérisées essentiellement par des variations constantes du squelette osseux des phalanges et plus particulièrement de l'extrémité distale de ces os. Nous les résumons ici :

- A. — *Camptodactylies* : 1° Courbure exagérée en avant de la diaphyse de la phalange.
2° Hypertrophie de l'extrémité distale.
3° Inclinaison d'arrière en avant et de bas en haut de la trochlée articulaire et obliquité de l'interligne articulaire.
- B. — *Doigts varus et valgus* : 1° Raccourcissement de la diaphyse (inconstant).
2° Inégalité de volume des deux condyles de l'extrémité distale.
3° Obliquité latérale de l'interligne articulaire.

Du côté des parties molles nous n'avons noté aucune variation d'insertion et de volume des muscles.

Ces légères variations osseuses, qui entraînent des difformités souvent sérieuses, sont-elles primitives ou dépendent-elles d'une influence mécanique des parties molles ?

Nous avons vu que différents auteurs ont attribué la camptodactylie à une sclérose des tendons fléchisseurs ou des aponévroses ; que d'autres ont, pour les doigts

varus et valgus, incriminé une lésion des ligaments latéraux des articulations ou une rétraction musculaire.

Nous avons discuté ces diverses théories pathogéniques et présenté pour les combattre trois arguments principaux : 1° hérédité des malformations ; 2° leur bilatéralité et la coïncidence fréquente de déviations homologues des orteils ; 3° leur congénitalité.

De plus, des déviations très accentuées existent sur des doigts où aucune lésion macroscopique ni microscopique des parties molles n'est trouvée. La facilité de réduction de ces déviations sur les tout jeunes enfants indique qu'il n'est pas possible d'incriminer une lésion des ligaments articulaires. Enfin, argument plus sérieux encore, nous voyons ces différentes clinodactylies, existant dès la naissance, s'accroître avec l'âge et évoluer parallèlement au processus d'ossification des phalanges, pour s'arrêter et devenir irréductibles définitivement lorsque ce processus d'ossification est achevé.

Pour toutes ces raisons nous pensons que les légères variations osseuses que nous avons décrites ne sont pas secondaires, mais bien primitives.

On sait que les phalanges se développent par deux points d'ossification, un primitif et un secondaire, le premier formant la diaphyse et l'extrémité distale, le deuxième formant l'extrémité proximale.

Le point primitif se montre vers la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine, assez près de l'extrémité proximale de l'os ; il se développe ensuite dans le sens proximo-distal, de sorte que ce sont les condyles distaux qui s'ossifient les derniers.

Le point secondaire, d'après les très belles recherches et très concluantes de M. G. Variot (1), apparaît aux premières phalanges dès la fin de la deuxième année, du 18^e au 20^e mois, lorsque la taille des enfants atteint 75 à 78 centimètres. Pour les phalanges et phalangettes le point secondaire se montrerait quelques semaines plus tard.

Nous avons vu que les clinodactylies, surtout celles en varus et en valgus sont appréciables déjà à la naissance et même sur des mains d'enfants nés avant terme, le point secondaire d'ossification n'a donc pas à intervenir dans leur production, seul le point primitif doit être mis en cause.

C'est donc à une altération de ce point primitif d'ossification qu'il faut attribuer les clinodactylies, et nous remarquerons que les variations constatées siègent toutes à l'extrémité distale, parce que c'est par celle-ci que se termine le processus d'évolution de ce point. C'est là encore un argument qui vaut contre la théorie musculaire, puisque c'est précisément aux points où il n'y a pas d'insertions tendineuses que se rencontrent les variations osseuses.

Il y a dans le corps humain beaucoup d'autres exemples de variations osseuses qui ne sont certainement pas sous l'influence d'action musculaire et qui se rapprochent de celles des phalanges. Telles sont, entre autres, les variations de forme et de direction du condyle du maxillaire inférieur ; les variations de forme de la voûte palatine ; les variations de forme des surfaces articulaires des vertèbres entre elles, et celles de l'atlas avec l'occipital, etc., etc. Il n'y a pas lieu pour ces diverses dispositions de penser à une action mécanique des muscles ou des ligaments périarticulaires ; il en est de même pour les variations des phalanges déviées.

Y a-t-il un centre cortical commandant à l'évolution du squelette, et faut-il accuser un trouble de ce centre déter-

(1) G. Variot. Nouvelles recherches sur l'ossification des métacarpiens et des phalanges. La Clinique infantile, 15 nov. 1906, p. 685.

minant des variations homologues des phalanges des doigts et des orteils ? c'est une hypothèse...

Moins hypothétiquement nous ferons les constatations suivantes :

C'est au petit doigt que se rencontrent avec une très grande fréquence les clinodactylies. Nous avons trouvé 160 auriculaires camptodactyliques, contre 29 annulaires, 10 médius et 4 index. Pour les déviations latérales, le petit doigt varus est la disposition la plus fréquente.

D'autres variations osseuses sont aussi plus fréquentes au petit doigt. M. Féré a attiré l'attention sur le raccourcissement de ce doigt et a décrit l'*oligodactylie cubitale* qui frappe presque exclusivement l'auriculaire, puis, plus rarement, l'annulaire.

MM. Féré et Roger ont fait remarquer aussi comment cette oligodactylie du petit doigt est souvent associée à une diminution de volume. M. Clément Lucas (1), qui a étudié ces diverses dispositions et a insisté sur leur hérédité, les considère comme le résultat d'un défaut d'usage. Il note que c'est l'auriculaire qui présente les variations de volume les plus importantes.

On sait enfin que l'hyperdactylie cubitale est de toute la plus fréquente ; plus fréquente certainement que l'hyperdactylie radiale ; les observations sont extrêmement nombreuses dans la littérature anatomique et on n'ignore pas que cette disposition, transmise héréditairement, a pu devenir un signe distinctif de certaines tribus ou de certains groupes de population.

La phalangine de l'auriculaire est très souvent réduite de longueur d'après Pfitzner (2), de même que l'hypophalangie, ou absence de cette phalangine, et sa fusion avec la phalangette sont plus communes au 5^e doigt qu'aux autres. On sait, d'ailleurs, que la réduction de la phalangine ou sa soudure avec la phalangette est un fait très fréquent pour le 5^e orteil ; sur 838 pieds, Pfitzner a observé la fusion des deux dernières phalanges, 310 fois pour le cinquième orteil, 13 fois pour le quatrième, 4 fois pour le troisième, 3 fois pour le second.

D'autre part, les variations des muscles et des vaisseaux sont également plus fréquentes aux cinquièmes doigt et orteil qu'à tous les autres.

Pour ce qui est des muscles, nous renvoyons au beau traité des variations du système musculaire du professeur Ledouble, de Tours.

Pour ce qui est des artères, nous avons montré la grande variabilité d'origine des artères collatérales du petit orteil ; il en est de même des artères collatérales, tant dorsales que palmaires, de l'auriculaire qui présentent des variations plus fréquentes et plus diverses que les collatérales des autres doigts (3).

Comme l'a très bien écrit le professeur Leboucq, de Gand : « En résumé, on constate à la main et au pied une tendance à la réduction des rayons, par la réduction en longueur d'abord, puis en nombre des segments qui les constituent. Cette réduction porte principalement sur les phalanges intermédiaires. Celle du premier doigt a depuis longtemps disparu à la main et au pied ; celle du petit orteil est sur la voie. A la main le processus est beaucoup moins avancé qu'au pied, mais pour l'un comme pour l'autre organe, ce sont les rayons latéraux, le premier et le cinquième, qui paraissent être spécialement exposés » (4).

(1) Lucas. The Lancet, 1892, I, p. 462.

(2) W. Pfitzner. Beiträge zur Kenntniss des Menschlichen Extremitätskeletts. Schwalbe's Morphol. Arbeiten, 1891-1894.

(3) Dubreuil-Chambardel. L'Artère poplitée et ses branches terminales. Thèse de Paris, 1905.

(4) Leboucq. De la brachydactylie et de l'hyperphalangie chez

L'auriculaire est donc un organe qui évolue vers sa disparition. Comme tous les organes dont l'évolution phylogénique est très active, il est très exposé à présenter des variations morphologiques, tant pour son système osseux que pour ses systèmes musculaire et vasculaire et sans doute aussi pour son système nerveux.

Il n'est donc pas étonnant que ce soit à l'auriculaire que se rencontrent avec une fréquence extrême, ces variations osseuses qui déterminent les clinodactylies soit latérales soit antéro-postérieures. Ces difformités ne font donc que confirmer une loi générale et c'est pour cela que leur étude n'a pas seulement un intérêt de curiosité, mais acquiert une importance très grande en anthropologie.

IV

TRAITEMENT

La camptodactylie même accentuée est une infirmité aussi légère que possible, souvent méconnue de ceux qui en sont atteints ; elle ne provoque aucune gêne fonctionnelle et, dit M. Grépin : « elle ne gêne ni pour manier l'aiguille ni pour jouer du piano, elle ne crée aucune difficulté pour passer une bague ou pour mettre des gants. » Au point de vue esthétique elle n'est même pas disgracieuse. Il n'y a donc pas lieu d'essayer un traitement dans le but de diminuer ou de masquer cette disposition anatomique.

Les doigts en varus ou en valgus peuvent au contraire, dans certains cas, apporter une gêne fonctionnelle. Les déviations du pouce empêchent les mouvements d'opposition ; l'index varus, l'auriculaire valgus contrarient les mouvements de préhension et enlèvent de la force à la main. Aussi peut-on essayer d'apporter remède à cet état de chose.

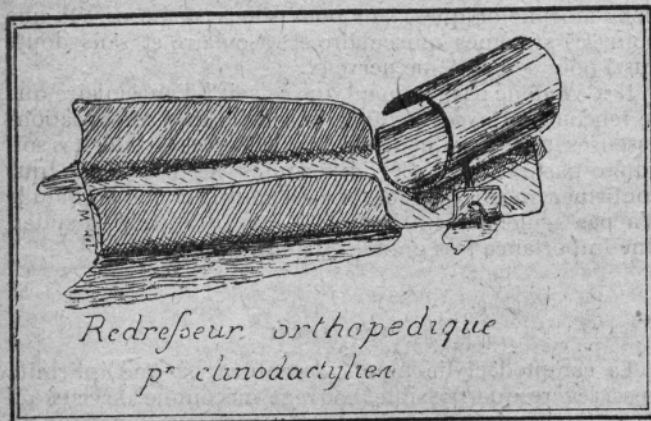
Il ne faut pas attendre que la déviation soit irréductible pour instituer un traitement ; par conséquent passé quinze ans, il n'y a rien à tenter.

Les interventions sanglantes sont tout à fait à rejeter : elles pourraient être suivies d'arthrites, d'ankyloses, qui seraient bien plus sérieuses que la déviation. Cependant, M. Monnier, dans son cas de pouce varus, a sectionné le ligament latéral de l'articulation, puis posé un appareil en gutta percha, suivi de la pose d'une gouttière plâtrée ; il aurait eu dans ce cas un résultat satisfaisant ; nous ignorons s'il s'est maintenu.

Plusieurs auteurs ont imaginé de petits appareils permettant de mettre et de maintenir dans la rectitude les phalanges déviées. C'est ainsi que M^{me} Derscheid-Delcourt a construit un appareil consistant principalement dans un étui d'argent emboîtant le doigt dans toute sa longueur ; cet étui est formé de deux parties : l'une fixe en continuité avec l'attelle verticale longeant le bord cubital de la main et se prolongeant jusqu'au poignet ; l'autre mobile se mouvant sur la première, dans le sens latéral, par deux petites charnières. A son extrémité externe est fixé un fort ressort attaché par un autre bout à l'attelle fixe. Le tout est maintenu au moyen d'une manchette de cuir s'attachant au talon de la main et au poignet. Abandonné à lui-même, le ressort attire vers le dehors la portion libre de l'étui ; le doigt qui y est maintenu subit ainsi un redressement forcé et constant.

M. Héron a construit un petit appareil composé de deux pièces : 1^o d'une gouttière métallique embrassant la portion non déviée du doigt ; dans le prolongement de cette gouttière se trouve une languette plane ayant pour longueur

celle que le doigt redressé sera supposé atteindre et à l'extrémité de laquelle se trouve, sur le côté, une petite



platine percée d'un trou ; 2° l'autre pièce présente la forme d'un dé à coudre plus ou moins long suivant que l'on a une ou deux phalanges à redresser. Sur le côté de cette sorte de dé, où viendra se loger la phalange déviée, s'attache une petite tige filetée qui vient passer par le trou de la platine. Un petit écrou vient se visser sur cette tige taraudée. Cet appareil a donné d'excellents résultats à M. Héron et on peut le recommander.

Nous croyons cependant qu'il est une méthode plus simple et qui consiste : 1° dans des massages du doigt dévié et des exercices de redressement manuel répétés ; 2° dans la pose d'une simple plaque d'étain modelant le doigt et le maintenant dans la rectitude. Cette plaque, très légère, fixée par une bande de diachylon, est assez résistante pour maintenir réduite la déviation. Elle est facile à mettre, ne provoque aucune gêne et ne blesse pas la peau. Dans quelques cas il est utile d'envelopper en même temps le doigt voisin qui sert ainsi de tuteur.

Mais nous le répétons ces appareils, quels qu'ils soient, ne devront être posés que lorsque la déviation est jugée assez prononcée pour entraîner plus tard une gêne fonctionnelle. Nous ajouterons que ces déviations sont tenaces et qu'il faut prolonger le traitement longtemps.

(A suivre)

Le Professeur DANNER

Notice biographique

Par F.-Em. BOUTINEAU

(Suite)

Agissant en bon père de famille et sa clientèle s'étant considérablement accrue, le Dr Danner voulut se démettre de sa fonction hospitalière en faveur du Dr Sainton, il adressa sa démission au Préfet et à la Commission administrative de l'hospice général, qui lui donnèrent satisfaction et il fut nommé médecin en chef honoraire par cette dernière. A titre documentaire nous reproduisons la lettre de M. Daunassans, préfet d'Indre-et-Loire :

« A Monsieur le Dr Danner, Directeur de l'Ecole de médecine, ancien médecin de l'Asile des Aliénés.

« Tours, le 7 avril 1881

« Monsieur le Directeur,

« J'ai l'honneur de vous informer, que par arrêté de ce jour, j'ai accepté votre démission de médecin de l'Asile des

Aliénés à Tours, et nommé sur votre présentation M. le Dr Sainton médecin de cet établissement.

« En satisfaisant ainsi au désir que vous m'avez exprimé, je suis heureux d'avoir pu vous donner un nouveau témoignage du prix que j'attache aux services éminents que vous avez rendus depuis 22 ans dans l'Asile des Aliénés, par votre science et votre infatigable dévouement. »

« Veuillez agréer, etc.

« Le Préfet,

« DAUNASSANS. »

Quelques jours après le 15 avril 1881, il fut nommé également, par le Préfet, membre de la Commission administrative de l'hospice général, où il allait apporter le précieux concours de ses grandes connaissances en hygiène et en science hospitalière.

Un jour vint, où les mœurs politiques s'introduisirent dans la Commission administrative, on voulut laïciser l'établissement, c'est-à-dire renvoyer les religieuses pour les remplacer par des infirmières laïques à l'instar des hôpitaux parisiens.

Danner connaissait trop bien et depuis de longues années la régularité du service hospitalier, exercé par des filles dont l'abnégation était le principal devoir et ne voulut pas risquer, par son appui, l'essai des infirmières laïques dont le recrutement lui semblait difficile.

Les discussions qui s'élevèrent à cette époque ne sont pas encore entrées dans le domaine de l'histoire ; elles furent, dit-on, vives et ardentes ; le Dr Danner démissionna et les religieuses restèrent à leur poste où elles se trouvent encore. Il fut membre de la Commission pendant trois ans seulement.

Tout jeune médecin, qui vient s'établir dans une ville qui possède une école préparatoire de médecine et qui a quelques titres scolaires et hospitaliers, a la noble ambition de partager les travaux du professorat, à un titre modeste d'abord.

Danner ne devait pas échapper à la règle ; s'il avait remplacé Allain-Dupré dans le service des Aliénés, il chercha aussi à le substituer dans l'enseignement, au moins dans la mesure de l'ancienneté. Allain-Dupré à la création de l'Ecole (1841) avait été nommé chef des travaux anatomiques, puis il devint plus tard professeur adjoint d'anatomie (1854), et de physiologie (1) ; il avait à cette époque le Dr Eugène Giraudet comme chef des travaux anatomiques. Aussitôt après la mort d'Allain-Dupré, Giraudet fut nommé professeur.

Léon Danner voulut remplacer Giraudet, c'était le premier échelon ; il posa sa candidature auprès du Directeur de l'Ecole, M. Félix Herpin, qui réunit aussitôt le Conseil des professeurs (21 février 1859) et appuya fortement son ancien élève, pour les deux places vacantes :

1° Celle de chef des travaux anatomiques ;

2° Celle de professeur suppléant d'anatomie et de clinique interne.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la copie du rapport du Directeur au Recteur de l'Académie.

Le 26 février 1859

Monsieur le Recteur,

« Lundi dernier 21 Février, j'ai convoqué le conseil des

(1) A cette époque, l'Ecole de médecine de Tours, pour des raisons budgétaires principalement, ne comptait que six professeurs titulaires qui étaient chargés : 2 des deux cliniques, 1 de la patholo-

professeurs à l'effet de pourvoir à ces vacances conformément à l'ordonnance du 12 mars 1841.

« J'ai l'honneur de vous transmettre un extrait de la délibération des professeurs.

« 1^o Dans la place vacante de chef des travaux anatomiques, le Conseil porte en première ligne et à l'unanimité et avec une mention spéciale M. le Dr Danner.

« C'est à mon avis un excellent choix. Ce jeune homme fera honneur à l'Ecole ; nous espérons, M. le Recteur, que vous voudrez bien appuyer cette présentation auprès de M. le Ministre. D'ailleurs, M. Danner n'a pas de compétiteur sérieux et M. Millet ne figure sur la liste que pour remplir les prescriptions du règlement.

« 2^o Pour la place de suppléant le Conseil propose, mais à la majorité seulement, le même Danner, lequel remplirait en outre des fonctions imposées au chef des travaux anatomiques, celles de professeur suppléant pour l'anatomie et la clinique externe.

Unanimes sur la 1^{re} question, les professeurs se sont divisés pour cette dernière présentation.

« Néanmoins dans cette circonstance la minorité n'entend pas faire opposition personnellement à M. Danner, tant s'en faut. Mais elle a prétendu qu'aujourd'hui d'après le nouveau règlement d'études (2 Avril 1857), le chef des travaux anatomiques, chargé à la fois à l'Ecole de Tours non réorganisée, du cours complémentaire d'anatomie pendant le 2^e trimestre d'hiver et d'un cours de physiologie pendant le semestre d'été ; le chef des travaux anatomiques peut, dans certains cas faciles à prévoir, avoir besoin lui-même d'un suppléant.

Danner fut nommé par arrêté ministériel le 26 mars 1859.

Le voisinage de l'Ecole où était établie sa demeure et la clientèle, plutôt rare à ses débuts dans la vie médicale, lui permettaient de consacrer, avec toute son ardeur et sa conscience, de longues heures à l'enseignement si délicat et si minutieux de la dissection, pour le plus grand bien de ses élèves. A cette date, les professeurs de l'Ecole de Tours étaient bien moins nombreux qu'aujourd'hui, l'anatomie et la physiologie étaient enseignées par le même maître. La séparation des deux chaires ne fut opérée que par le décret du 9 septembre 1863 ; aussi le 14 novembre suivant reçut-il sa nomination de professeur adjoint de physiologie (1). Onze ans plus tard, le Conseil municipal

gié externe, 1 des accouchements, 1 de l'histoire naturelle et 1 de la chimie ; et deux professeurs adjoints qui enseignaient l'un la pathologie interne et l'autre l'anatomie et la physiologie. Il y avait en outre quatre professeurs suppléants.

(1) Dans les premiers jours de juin 1863 le Directeur de l'Ecole, M. F. Herpin, avait adressé une lettre au Maire de Tours, dans laquelle il lui exposait la situation du Dr Danner au point de vue de double enseignement dont il était chargé et demandait pour lui la création d'une chaire de physiologie, sans aucune attache avec celle d'anatomie que professait Giraudet. Nous extrayons de cette longue lettre le passage final qui la résume.

« M. le Dr Danner, chef des travaux anatomiques à l'Ecole de Médecine rempli depuis cinq ans les pénibles fonctions dont il est chargé avec un zèle et un talent que nous nous plaisons à reconnaître ; comme professeur de physiologie, il s'est acquis des titres incontestables à la bienveillance de M. le Ministre. Si les circonstances l'exigeaient encore ; il ne faillirait pas, nous en avons la certitude, à sa tâche désintéressée, mais en bonne justice on doit comprendre

de Tours ayant voté une somme de deux mille francs, applicable au traitement de quatre professeurs, la chaire de physiologie fut titularisée par le Ministre de l'Instruction publique par son arrêté du 4 octobre 1874.

Le professeur Danner, dans cette matière de l'enseignement médical, semblait être dans son véritable élément, avec sa nature diserte et éloquente, il charmait ses élèves, en leur expliquant les phénomènes de la vie, avec toute l'ampleur que comportait un tel sujet ; au travers de ses graves et magistrales paroles, il savait glisser une pointe d'humour telle, que ses auditeurs subissaient une véritable détente, qui leur permettait de redoubler d'attention, pour la forme grave et un peu austère qui était dans l'habitude du maître.

Encore quelques années et il allait se trouver dans le plus complet épanouissement de sa vie professionnelle et professorale ; tourangeau de par sa naissance, il avait su se créer un nombre considérable d'amis qu'il devait à sa nature aimante et pondérée ; d'ennemis il n'en eut jamais, c'est le plus bel éloge qu'on puisse faire d'un homme.

Avec l'année 1880, le Dr Danner devait arriver à l'apogée de sa carrière médicale ; des relations les plus cordiales n'avaient cessé de régner entre lui et les principaux fonctionnaires de la ville, il en était le médecin et encore plus l'ami ; il se plaisait dans ce milieu où il trouvait les intelligences les plus variées et en profitait pour s'assimiler des détails de tous ordres, qu'un médecin très occupé n'a pas le temps ni le loisir d'élaborer. Ces relations l'avaient mis dans un tel relief auprès des représentants des diverses autorités administratives, judiciaires, militaires, universitaires et autres que sa personnalité était connue jusque dans le centre de ces diverses administrations.

Ces relations servirent évidemment à lui créer à l'Ecole de Médecine de Tours la place prépondérante, mais hâtons-nous d'ajouter qu'il ne fit rien pour la conquérir. Il avait trop le respect de ses maîtres et de lui-même, pour aider en quoi que ce soit par ce moyen à son élévation à la Direction de cette Ecole. Fidèle à notre rôle consciencieux d'historien, nous devons conter ici, avec les preuves à l'appui, comment le Dr Félix Herpin (1) dut abandonner sa Direction, qui fut confiée ensuite au Dr Danner.

qu'on n'a pas le droit de lui faire subir gratuitement et pendant longtemps encore toutes les exigences d'un service public aussi onéreux pour lui et aussi important au point de vue des intérêts de l'Ecole et de la ville même. »

(1) Herpin Félix-Charles (a), né à Tours le 21 octobre 1812, fit ses études classiques au Collège de Tours, et commença ses études médicales à l'hospice général de cette ville, puis les continua à la Faculté de Paris et dans les hôpitaux, où il fut externe (1835) et interne (1838). Il reçut ses lettres de Doctorat en médecine le 25 avril 1839. Il revint la même année s'installer à Tours. Elève préféré du chirurgien Louis Tonnellé, il acquit bien vite une notoriété médicale justifiée par sa réelle valeur.

Lors de la création de l'Ecole de médecine de Tours (1841) il fut chargé, en qualité de professeur adjoint, du cours de pathologie externe (11 novembre). Il suppléa son maître Tonnellé dans la chaire de clinique externe et fut délégué pour le suppléer aussi dans ses fonctions de Directeur de l'Ecole en 1850.

Quatre années après [20 décembre 1854], il fut nommé Directeur en même temps que professeur titulaire de pathologie externe ; et le 2 janvier 1873, il échangea cette chaire pour celle de clinique chirurgicale, qu'occupait avec distinction le Dr Saturnin Thomas, il l'a

BULGARINE

Culture pure en milieu végétal de ferments lactiques bulgares

Traitement des maladies intestinales, de l'auto-intoxication et de leurs complications

Bien formuler : 1^o Comprimés de Bulgarine : 4 à 8 comp^s par jour (la b^{te} de 40 comp^s : 3 fr. 50) ; l'une des 2 formes : 2^o Bouillons de Bulgarine : 4 verres à madère par jour (le flac. : 3 fr. 50).

Laboratoire des ferments : A. THÉPÉNIER, 2, boulevard des Filles-du-Calvaire, PARIS. — Littérature et échantillons sur demande. — Téléphone : 932-19.

AMYLODIASTASE

Sirop contenant les diastases naturelles vivantes de l'orge germée et leurs phosphates assimilables
Traitement des maladies stomacales et digestion des féculents, Neurasthénie, Rachitisme, Alimentation des nourrissons, etc.

Afin de ne pas détruire les ferments vivants ne pas introduire l'AMYLODIASTASE dans un milieu dépassant 60° centigr. — DOSE : 4 à 5 cuillerées à café par jour (le flac. : 4 fr. 50).

Au commencement de l'année 1880, au mois de janvier, les administrateurs de l'hospice général écrivirent une lettre à M. le Dr F. Herpin, professeur de clinique externe, dans laquelle on lui reprochait de s'être fait trop souvent remplacer dans son service hospitalier durant le mois de janvier, nous n'avons pas le texte de ce document, mais voici celui de la digne réponse qui y fut faite :

Tours, le 1^{er} février 1880.

« A Messieurs les Administrateurs de l'hospice général de Tours.

« Messieurs,

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre délibération du 26 janvier dernier, relative à la clinique externe.

« Dans ces derniers temps, à cause de la rigueur de la saison et du nombre tout à fait insolite des malades de la ville, je me suis fait très souvent remplacer je le reconnais, mais non pas d'une façon continue ; chaque fois la visite a été faite régulièrement par le professeur suppléant qui est en même temps chirurgien adjoint à l'hôpital.

« D'un autre côté, par lui je n'ai pas cessé d'être tenu au courant de mon service et comme d'habitude j'ai pratiqué les opérations quand elles se sont présentées à la clinique.

« En d'autres termes j'ai conservé toute la responsabilité du service chirurgical, qui m'est confié, et en réalité, il n'y a eu de ma part aucune interruption de service.

« C'est à cause de cela seulement, Messieurs, que, ainsi que je l'ai toujours fait, jusqu'ici dans semblable circonstance, je n'ai pas cru nécessaire de vous aviser d'un état de choses tacitement autorisé par l'administration depuis bon nombre d'années déjà.

« Sous le bénéfice de quelques observations sommaires, je prends bonne note de votre délibération, Messieurs, et de ma part, il en sera tenu compte.

« Recevez, etc.

« Signé : F. HERPIN. »

Personne parmi ceux de nos contemporains qui ont vécu les années 1879 et 1880, n'a pu oublier les rigueurs excessives de cet hiver exceptionnel, où la neige et la gelée commencèrent au mois de décembre et durèrent sans discontinuer la plus grande partie du mois de janvier. Le thermomètre

conserva jusqu'en 1883, époque à laquelle il prit sa retraite, il avait résigné ses fonctions de Directeur en 1880 par suite de la nomination de Danner.

Félix Herpin a très peu écrit ; on connaît de lui :

1^o Discours sur Ambroise Paré, observation qui fut publiée dans les journaux de Paris ;

2^o Plusieurs cas de tétanos guéris par la morphine et le sulfate de quinine ;

3^o Ligature de la carotide primitive pendant une tumeur de l'orbite gauche. Guérison complète.

Il a peut-être écrit d'autres observations, mais nous n'en connaissons ni l'origine ni la source.

Félix Herpin avait conquis un rôle prépondérant en chirurgie, non seulement en Touraine, mais dans les Départements voisins. Il ne cessa d'exercer qu'à l'âge de 81 ans.

Il mourut à Tours le 10 janvier 1894.

(a) Fils de Félix Herpin, également Dr en médecine, né à Bréhémont (Indre-et-Loire) le 17 novembre 1772, Herpin père commença ses études médicales au Collège de chirurgie de Tours, puis à 20 ans il fut incorporé à l'armée de l'ouest comme Chirurgien sous aide-major ; il participa à une partie des guerres de la République ; entre temps il avait suivi les cours de l'Ecole de santé de Paris et le 20 vendémiaire an XII (13 octobre 1803) il soutint une thèse sur les « Méniges ou inflammation des membranes de l'encéphale. Huit jours après, 28 vendémiaire, il fut nommé chirurgien en chef de l'hospice général. Il fut chargé plus tard d'un cours d'accouchement qu'il professa jusqu'à sa mort qui survint le 28 mai 1852.

Le Dr Louis Dubreuil-Chambardel a publié sous le nom de *Notes biographiques* : Le Dr F. H. Tours, Imp. Tourangelle, 1902, un intéressant travail sur ce médecin distingué.

tre, dans notre région, descendit jusqu'à 18 degrés et cela avec une rare persistance pendant presque un mois, le sol congelé était recouvert de verglas, bêtes et gens ne pouvaient circuler dans la ville, qu'avec la plus extrême difficulté. A cette date M. Herpin était un vieillard, il avait 68 ans, certes il portait encore aisément le fardeau de cet âge, mais lui médecin qui connaissait la désastreuse influence d'une température aussi anormalement froide sur les personnes de son âge, avait délégué son suppléant pour le remplacer dans ses matinales visites pendant peut-être une quinzaine de jours, et à des intervalles différents.

Pourquoi lui reprocher cela ? Il avait pourvu pendant ses absences, avec tout le soin qu'il mettait en toutes choses, aux plus petites exigences de ce service hospitalier qui était son orgueil de praticien, il y avait délégué son neveu Octave Herpin qui était le professeur suppléant de sa clinique et de plus chirurgien adjoint de l'hospice général, qui lui rendait compte chaque jour des plus menus incidents.

Cette lettre administrative l'avait vivement affecté, il revoyait non sans un douloureux et amer sourire, les quarante et une années qui s'étaient écoulées depuis le jour (19 oct. 1839) où il était entré dans cet hôpital en qualité de chirurgien adjoint ; il revoyait aussi sa studieuse jeunesse, dans les salles où s'étaient accomplies ses premières études de médecine, au temps où il n'y avait pas d'école proprement dite et où Bretonneau faisait ses leçons assis sur une chaise au bas du grand escalier qui mène à la salle X, sur lequel étaient perchés ses élèves.

Cette salle X, où se trouvait son beau service, constituait une partie intégrante de sa vie au même titre que son luxueux cabinet de la rue de Clocheville. C'était toujours par son service hospitalier qu'il commençait sa laborieuse journée, il arrivait le matin à sept heures très précises, passait de l'hôpital militaire à l'hôpital civil et ne quittait généralement l'établissement qu'à dix heures ; après avoir, avec une patience et un courage peu communs, vu tous ses malades et pansé lui-même ses opérés.

Ces soins constants, qu'il prodiguait si généreusement aux malheureux, méritaient-ils le reproche de l'administration hospitalière ? nous ne le croyons pas !

Une autre épreuve cependant lui était réservée.

Dans les derniers jours du mois de février suivant, il reçut du Recteur de l'Académie de Poitiers, son chef hiérarchique, une demande de renseignements sur l'inexactitude que le professeur de pathologie externe mettait à faire son cours.

Herpin répondit dignement au Recteur le 9 mars 1880.

« Monsieur le Recteur,

« En réponse à votre lettre du 27 février dernier, et pour ce qui me concerne, car le professeur de clinique externe *c'est moi*, je n'hésite pas à vous dire que les faits mis à ma charge, d'après ce qu'on vous a assuré, vous ont été singulièrement présentés et j'affirme qu'ils ont été surtout systématiquement dénaturés ».

Cette lettre, qui était bien plutôt un rapport, est fort longue et ne saurait trouver place ici, *in extenso* ; le professeur répondit avec preuves par la comptabilité à l'appui (1) qu'il s'était fait remplacer seulement 38 fois dans l'espace de 20 mois ! et il continuait : « Trente-huit remplacements d'urgence dans l'espace de 20 mois environ ! on ne saurait trouver, là, rien d'exagéré, il me semble, si l'on veut bien me tenir compte, comme en toute justice on doit le faire,

(1) Le professeur suppléant remplaçant son chef touche chaque fois une indemnité de cinq francs.

des obligations, des devoirs que m'impose une nombreuse clientèle d'une part, et d'autre part, du travail spécial qui m'incombe à chaque instant, en dehors de mon cours de clinique, à titre de Directeur de l'Ecole.

« La Direction n'est pas une sinécure, vous le savez mieux que personne, Monsieur le Recteur.

« En bonne conscience l'administration hospitalière est-elle bien fondée à se plaindre de moi en présence de circonstances aussi exceptionnelles et pour ainsi dire de force majeure. »

Et il termine en disant :

« En définitive, Monsieur le Recteur, toutes ces dénominations auxquelles j'ai pris la peine de répondre, seraient absurdes si elles n'étaient pas habilement calculées. Elles tendent évidemment de la part de leurs auteurs à donner satisfaction, dès maintenant, à certaines personnalités remuantes, ambitieuses et par trop pressées d'arriver.... !

« Agrérez, etc. »

Cette dernière phrase ne saurait être jugée trop sévère parce que M. Herpin avec une grande clairvoyance sentait que son heure était arrivée. Peut-être eût-il mieux fait d'abandonner l'éphémère fonction de Directeur, dès qu'il sentit l'orage gronder autour de lui ?

Il ne le voulut pas ! Il préféra attendre !

Et le 26 avril suivant, il apprit par la voie hiérarchique qu'il était relevé de ses fonctions et remplacé par le Dr Danner, professeur de physiologie.

Il prit acte de l'arrêté ministériel et en accusa réception en ces termes :

Tours, 27 avril 1880.

« Monsieur le Recteur,

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 26 courant qui me fait connaître que je suis relevé de mes fonctions de Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours.

« Permettez-moi en même temps de vous remercier des paroles bienveillantes pour moi que vous avez bien voulu y ajouter.

« Je me suis empressé de faire transcrire la dépêche aux archives de l'Ecole et d'en donner communication à M. le Dr Danner.

« Agrérez, etc. »

(Signé) F. HERPIN.

Le professeur Danner, à la réception de cette nouvelle, fut vivement ému, il n'ignorait pas les tracasseries mesquines dont M. Herpin était l'objet, mais il était loin de croire à un dénouement aussi brusque. Il s'empressa de se rendre chez son vieux maître pour lequel il professait la plus vive affection et de lui renouveler ses protestations de déférence, d'estime et de sympathie, et déclara qu'il n'accepterait cette fonction de Directeur, qu'avec l'agrément de son maître. Le Dr Herpin, très touché de cette démarche, lui affirma avec effusion qu'il était heureux de voir mettre entre ses mains le sort de cette Ecole, à laquelle ils étaient si attachés tous les deux, et ils se séparèrent avec des sentiments de la plus haute cordialité.

(A suivre).

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

CÉRÉBRINE, médicament spécifique de la **migraine** sous toutes ses formes et des **névralgies rebelles**. Agit spécialement contre les névralgies faciales, intercostales, rhumatismales, sciatiques, le vertige stomacal, et par dessus tout contre les **coliques périodiques**. Une à deux cuillerées à soupe à tout moment d'un accès suffisent.

Eug. FOURNIER et C^{ie}, 21, rue de St-Petersbourg, Paris (8^e).

BIBLIOGRAPHIE

Catalogue raisonné des Plantes Vasculaires par E. H. Tourlet, d'Indre-et-Loire.

Le regretté botaniste E. H. Tourlet travaillait depuis de longues années à cet ouvrage, et, au moment de sa mort, le 29 juillet 1907, en corrigeait les premières épreuves. Cet événement si soudain pouvait faire craindre que la publication d'un tel livre ne fût suspendue. Il n'en a rien été heureusement et, grâce aux soins de M. Ivolas, notre compatriote, nous possédons aujourd'hui ce catalogue, luxueusement imprimé par la maison Deslis, de Tours, et édité par MM. Klincksieck, à Paris, et Tridon, à Tours.

C'est un fort volume in-8 de 622 pages, précédé d'une importante préface de XXIV pages. Les amis de Tourlet seront heureux de retrouver en tête du livre le portrait du savant modeste, qui fut un passionné pour tout ce qui touchait à la botanique et à sa petite patrie chinonaise.

Analyser un tel ouvrage est chose difficile. C'est là le fruit de quarante-six années d'herborisations dans les diverses parties du département; le soin tout particulier que l'auteur a apporté à la rédaction de ses 1531 articles, en fait un instrument d'étude de tout premier ordre, non seulement pour les botanistes locaux, mais plus encore peut-être pour ceux qui s'occupent de la flore générale de notre pays.

Quantité de plantes nouvelles y sont décrites, que Tourlet a rencontrées en Touraine, tels sont *Nasturtium insidiosum*, *Viola pusilla*, *Hypericum obtusiusculum*, *Knautia ligerina*, *Cirsium richelleanum*, *Salix rubrifloris*, *Orchis linearis*, et aussi le *Carex* auquel le Dr Gillot, d'Autun, a donné le nom de *Carex Tourleti* et qui croît à Hommes, le long de la route d'Avrillé, sur les bords des mares et fossés fangeux des bois. Par ailleurs Tourlet a signalé en Indre-et-Loire des plantes qu'y n'y avaient jamais été vues, comme *Fumaria micrantha*, *Draba muralis*, *Lotus hispidus*, *Carduus crispus*, *Carex digitata*, *Gagea bohémica*, etc. etc. et il a ainsi singulièrement enrichi la liste de nos richesses végétales.

Deux chapitres sont particulièrement importants, ce sont ceux consacrés aux *Rubus* et aux *Rosa*.

On sait combien certains botanistes ont compliqué comme à plaisir la classification des *Rubus*. Genevier, de Nantes, entre autres, a distingué une foule de formes et de variétés qu'il a décrites comme des espèces distinctes. Tourlet, sans vouloir nier ou même suspecter l'autonomie spécifique de ces plantes affines, qui pour la plupart ne peuvent être déterminées que par des spécialistes, a cru devoir considérer le plus grand nombre d'entre elles comme des sous-espèces ou des variétés et les rattacher à des types généralement bien connus et bien caractérisés que, seul, il a admis comme espèces. Pour appuyer son idée Tourlet a soin de donner les caractères distinctifs des espèces, telles qu'il les admet. Cette simplification dans la classification d'un groupe aussi répandu est un progrès sensible et ne manquera certainement pas d'être accepté par tous les botanistes sérieux.

Dans le chapitre des *Rosa*, Tourlet a apporté d'import-

tantes modifications aux classifications antérieures et simplifié beaucoup celles admises par Boreau d'Angers, par Christ et Crépin, par Gentil, etc., en particulier pour *Rosa stylosa*. Il a enrichi ce groupe de deux variétés nouvelles qu'il a dénommées *Rosa pseudofarinosa* et *Rosa Caino-nensis*.

Nous devons signaler aussi les chapitres importants consacrés aux *Ananthe* (où Tourlet établit une classification nouvelle pour *A. Pencedanifolia*), aux *Carex* (où plusieurs variétés inédites sont décrites), aux *Avena* (où est décrit *A. triflora*) etc. etc.,

Nous ne pouvons ici mentionner tous les points nouveaux fixés de façon définitive par Tourlet; ce que nous venons de dire suffira à montrer que ce catalogue est une œuvre bien originale, un livre de toute première importance pour l'histoire naturelle.

Il ressort de cet ouvrage que la flore de la Touraine, par sa situation géographique, est particulièrement riche, et il semble qu'elle ait emprunté un peu à la flore de chacune des grandes vallées qui viennent en un espace réduits'ouvrir dans la vallée de la Loire. On y trouve des plantes qui appartiennent à la végétation des contreforts du Plateau central et qui ont suivi les cours de la Creuse et de la Vienne; les plantes du Berry sont venues s'y acclimater par les vallées de l'Indre et du Cher; d'autres, comme *Cytisus purgans*, ont été apportées, par les crues, du bassin supérieur du fleuve.

Il est à remarquer encore qu'on rencontre en Touraine des plantes de la zone méditerranéenne comme *Fumana Spachii*, qui trouvent chez nous la limite extrême de leur aire d'expansion vers le nord. Elles y voisinent avec des plantes qui affectionnent au contraire des climats plus froids, comme *Gentiana germanica*, et avec des spécimens de la flore des rivages de l'Océan. Cet assemblage d'espèces si diverses fait le grand intérêt de la flore tourangelles; ne convient-il pas de les considérer comme les vestiges d'une flore plus ancienne dont les éléments ont émigré peu à peu vers des climats plus propices à leur développement. Ce ne sont pas en effet des plantes adventices, ce sont des espèces autochtones qui croissent là où affluent les terrains des époques géologiques antérieures.

Mais ce n'est pas cette rapide analyse qui peut donner une idée juste de ce qu'est ce merveilleux catalogue. Comme l'a écrit excellemment M. Lutz, secrétaire général de la Société botanique de France: « Tourlet fut un de ces hommes qui honorent et réhabilitent les milieux scientifiques de province, si souvent et si injustement décriés. »

Ce livre est un monument qui restera comme l'œuvre capitale de notre compatriote.

Pouvons-nous former le vœu qu'il soit bientôt suivi de l'ouvrage qui doit logiquement le compléter *La Flore Tourangelles*, dont le manuscrit est terminé depuis de longues années et tout prêt à être livré à l'impression. C'est le vœu de tous les botanistes et de tous les amis de E. H. Tourlet; nous le transmettons à qui de droit.

L. D.-C.

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, iodo-tannique phosphaté.
Succédané de l'huile de foie de morue
Maladies de poitrine, misère physiologique, lym-

phatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

BIOPHORINE Kola Glycérophosphatée granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

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

Nouvelles

Élections Municipales

La période électorale des 3 et 10 Mai est passée. Nous voyons avec plaisir que nombre de nos confrères ont été investis, par la confiance de leurs concitoyens, de fonctions municipales.

Les D^r Bailliot, Héron et Baudouin ont été élus à Tours; Mattrais et Verronneau, à Chinon; Leblanc, à Richelieu; Girard, à Azay-le-Rideau; Maguin, à Château-la-Vallière; Delaunay, à Montbazou; Cornet, à Ligueil; Brigault, à Sainte-Maure; Durand, à Preuilly; Boutet, à Yzeures; Thibault, à Saint-Flovier; Degail, à Langeais; Guérin, à Neuillé-Pont-Pierre; Barré, à Mosnes; Bourgarel, à Avoine, etc., etc.

Le D^r Wolff, directeur de l'École de Médecine de Tours, a été réélu maire de Trogues.

Notre excellent compatriote, le D^r Poirier de Narçay, a été, pour la troisième fois, réélu conseiller municipal de Paris, pour le quartier du Petit-Montrouge. On sait la place prépon-



D^r Poirier de Narçay

dérante qu'occupe tant à l'Hôtel de Ville de Paris, qu'au Conseil général de la Seine, notre confrère, qui s'est spécialisé dans l'étude des questions d'hygiène et d'assistance.

N'est-ce pas là une preuve de la grande influence qu'exercent partout les membres du corps médical et la raison des progrès très importants accomplis, dans bien des communes, au point de vue de l'hygiène sociale et de l'assistance aux malheureux?

Le Gérant, H. AUBUGEAULT.

Tours, imp. Tourangelles.