

LA PREMIÈRE DENTITION CHEZ LES RACHITIQUES

Communication au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie
(Nantes, septembre 1901)

Par le D^r Edmond CHAUMIER

J'ai exposé dans un précédent travail (1) l'opinion des auteurs sur la première dentition des rachitiques.

Pour le retard de l'évolution dentaire les auteurs sont dans le vrai; mais ne croirait-on pas lire un roman écrit par un ignorant des choses de la médecine, lorsque très gravement ils vous racontent :

« On voit des enfants perdre toutes leurs dents temporaires, et cela dès leur apparition; ces dents sont malades dans leur germe; elles sortent noircies, fendillées, insuffisamment revêtues d'émail; au lieu de se développer normalement, elles tombent en poussière, et les racines seules persistent au milieu des gencives tuméfiées, fongueuses et saignantes. »

« Dans la majorité des cas elles sont dépourvues d'émail, noircissent rapidement; parfois aussi elles tombent ou s'émiettent. »

« Les dents chez beaucoup de ces enfants, par suite de l'insuffisance de leur revêtement d'émail, deviennent jaunes, striées, noircies et s'émiettent finalement jusqu'au bord alvéolaire. »

L'accord, cependant, est presque complet, et cet accord remonte loin, puisque un médecin du XVIII^e siècle écrivait déjà à peu près dans les mêmes termes que nos médecins d'aujourd'hui :

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

Voulant, autant que possible, rectifier l'opinion courante et exposer l'évolution véritable de la première dentition dans le rachitisme, j'étudierai successivement, d'après mes propres observations, le retard de cette évolution, les lésions dentaires, la chute prématurée des dents.

I. — Retard de l'évolution des dents.

L'âge moyen de la sortie de la première dent est 7 mois. Quelques enfants ont des dents beaucoup plus tôt; un certain nombre bien plus tard. Il ne faudrait pas, de ce que l'évolution dentaire est retardée chez un enfant, en conclure qu'il est rachitique, pas plus qu'on devra conclure dans le même sens si un enfant est en retard pour marcher.

Voici 2 observations très instructives à cet égard :
Fernand B., que j'ai suivi depuis l'âge de 11 mois n'est pas rachitique; à aucun moment le crâne, les côtes, les poignets, les genoux, les tibias, etc., n'ont présenté de lésions. A 11 mois, il a 2 dents; à 1 an, 4; à 14 mois 1², 5.

Il marche à 17 mois 1². A 2 ans, il n'a que 12 dents.

Je vois de temps en temps Gustave P. actuellement âgé de 13 ans. Je l'ai vu la première fois lorsqu'il

avait 1 an. Il pesait alors moins de 8 livres, tout habillé. A 14 mois, il pesait 9 livres; à 16 mois, 10 livres; à 18 mois, 11 livres.

Il a eu sa première dent à 22 mois. A 2 ans 1², il n'en avait que 8.

Chez lui également l'ordre habituel d'apparition des dents a été troublé: il a eu d'abord les quatre premières molaires, puis les incisives médianes inférieures, puis les deux supérieures. A 3 ans et 3 mois il n'avait que 14 dents.

Parallèlement au retard de l'évolution des dents, il y eut chez ce petit garçon un retard considérable de la marche. Ce n'est qu'à l'âge de cinq ans qu'il put faire seul ses premiers pas.

Je dois mentionner encore chez cet enfant la petite tesse de la taille, qui vient encore rendre le diagnostic plus difficile.

A 7 ans et 2 mois il ne mesurait que 0.98 centimètres et à 10 ans et 3 mois 1^m, 12.

A aucun moment de son existence cet enfant n'a présenté le moindre signe de rachitisme. C'est tout bonnement un enfant en retard.

En plus de ce que j'ai déjà noté je dois mentionner chez lui la cryptorchidie. Très longtemps le scrotum resta vide et les recherches les plus attentives ne pouvaient faire découvrir les testicules. Aujourd'hui on les sent en haut du canal inguinal et ils provoquent même des douleurs. Descendront-ils à leur place, ou sera-t-on obligé de recourir à une opération. Je ne saurais le dire encore.

Chez cet enfant le cerveau a également subi un arrêt de développement et l'intelligence, elle aussi, est en retard.

..

Je retrouve dans mes notes la mention de 21 enfants rachitiques n'ayant pas de dents à un âge où ils auraient dû en avoir.

Un avait 8 mois.

Un 8 mois 1².

Deux 9 mois.

Deux 9 mois 1².

Deux 10 mois.

Un 10 mois 1².

Deux 11 mois.

Deux 12 mois.

Un 13 mois.

Un 13 mois 1².

Trois 14 mois.

Deux 15 mois.

Un 16 mois.

Voilà déjà un renseignement, pas absolu, il est vrai, car on ne sait pas à quel âge ces enfants ont eu leurs premières dents; tous ayant pu attendre encore un certain nombre de mois avant la sortie.

Chez 61 enfants j'ai noté l'âge de l'apparition de la première dent.

Je diviserai mes petits malades en 3 catégories: les cas de rachitisme douteux; les cas de rachitisme léger; les cas de rachitisme sérieux.

J'avouerai que je suis un peu difficile en fait de rachitisme. Je n'appelle pas rachitique un enfant ayant la diarrhée, un gros ventre flasque et débordant, et dont la maigreur peut faire croire à l'augmentation de volume de l'extrémité des côtes ou des os de

(1) Gazette Médicale du Centre, août 1901.

l'avant-bras ; je n'appelle pas rachitique un enfant parce qu'il a l'occipital ou les pariétaux, parcheminés et cédant sous le doigt. Il y a de tels rachitiques qui marchent à 9 ou 10 mois, qui ont leurs dents en temps voulu et qui ne présentent jamais ni genu valgum, ni aucun autre symptôme de même nature.

Mais à côté de ces enfants que je rejette entièrement du rachitisme, il y en a sur lesquels le diagnostic reste hésitant, qui auraient besoin d'être suivis très longtemps pour qu'on puisse se prononcer d'une façon certaine. Ce sont là mes douteux.

Les cas de rachitisme douteux sont au nombre de 6 : ceux de rachitisme léger s'élèvent à 18, et ceux de rachitisme sérieux à 37.

Je dois dire que des cas considérés comme rachitisme léger ont pu par la suite — échappant à mon observation — devenir des cas de rachitisme sérieux. Au début du rachitisme il est souvent difficile de pronostiquer la marche de la maladie.

Cas douteux. — Parmi mes 6 douteux, un a eu sa première dent à 2 mois 1½ ; un à 5 mois ; un à 6 mois ; un à 7 mois 1½ ; un à 8 mois ; un à 9 mois.

Deux, soit 33 0/0 ont eu leurs dents prématurément ; et quatre, soit 66 0/0 à peu près, à l'âge normal.

Cas de rachitisme léger.

Mes 18 cas se répartissent ainsi :

- 1 à 4 mois.
- 1 à 4 ou 5 mois.
- 2 à 5 mois.
- 1 à 6 mois.
- 3 à 7 mois.
- 3 à 8 mois.
- 1 à 10 mois.
- 1 à 10 mois 1½.
- 3 à 11 mois.
- 1 à 11 mois 1½.
- 1 à 12 mois.

Soit : 5 ou 29.41 0/0, avant 7 mois.

Soit 6, ou 35.29 0/0 à 7 et 8 mois.

Soit 7, ou 41.17 0/0, à 10 mois et au-dessus.

Soit encore 11 enfants, ou 64.70 0/0, chez lesquels la première dent a poussé avant l'âge ordinaire ou à l'âge ordinaire.

Cas de rachitisme sérieux.

Mes 37 cas se répartissent ainsi :

- 1 à 3 mois.
- 3 à 4 mois.
- 1 à 4 mois 1½.
- 1 à 5 mois.
- 1 à 5 mois 1½.
- 1 à 7 ou 8 mois.
- 2 à 8 mois.
- 2 à 9 mois.
- 2 à 10 mois.
- 2 à 11 mois.
- 6 à 12 mois.
- 1 à 13 mois.
- 4 à 14 mois.
- 6 à 15 mois.
- 1 à 18 mois.
- 2 à 20 mois.
- 1 à 21 mois.

Soit 7 ou 18.91 0/0 avant 7 mois ;

Soit 5 ou 13.51 0/0 à 7, 8 mois et 9 mois.

Soit 25 ou 67.56 0/0 à 10 mois et au-dessus.

Soit encore 12 enfants ou 32.43 0/0 chez lesquels la première dent a poussé avant l'âge ordinaire ou à l'âge ordinaire.

Si, négligeant les cas douteux, je réunis maintenant tous mes rachitiques, je trouve sur 55 cas :

12 ou 21.81 0/0 avant 7 mois.

11 ou 20 0/0 à 7, 8 ou 9 mois.

32 ou 58.18 0/0 à 10 mois et au-dessus.

23 ou 41.81 0/0 chez lesquels la première dent a poussé avant l'âge ordinaire ou à l'âge ordinaire.

Avec les cas douteux on aurait, sur 61 cas :

15 ou 24.59 0/0 avant 7 mois.

14 ou 22.95 0/0 à 7, 8 ou 9 mois.

32 ou 52.45 0/0 à 10 mois et au-dessus.

29 ou 47.54 0/0 avant l'âge ordinaire ou à cet âge.

Ces chiffres, très instructifs, montrent que si l'apparition de la première dent est retardée dans 52 ou 58 0/0 des cas ; elle est normale ou avancée dans 41 ou 47 pour 0/0.

Pour le rachitisme à manifestations importantes, l'apparition de la première dent est retardée dans 67 0/0 des cas ; elle est normale ou avancée dans 32 0/0.

Les auteurs disent : lorsque le rachitisme débute dans les premiers mois, le début de la dentition est retardée ; lorsqu'il se manifeste plus tard, les premières dents poussent à l'époque habituelle, ce sont les dents suivantes qui sont retardées.

Cela pourrait s'appliquer aux dents se montrant à l'époque normale de leur apparition à 7, 8 et 9 mois ; mais il ne saurait en être de même de celles poussant prématurément.

Comme je l'ai dit plus haut, quelques enfants ont des dents bien avant l'âge ordinaire ; mais je ne sache pas — j'avouerai que je n'ai aucune statistique personnelle sur laquelle m'appuyer — que le chiffre de ces enfants soit aussitôt élevé que ceux que j'ai notés. 29.41 0/0 dans les cas légers ; 18.91 0/0 dans les cas sérieux ; 21.81 et 24.59 0/0 en réunissant tous les cas ; c'est-à-dire environ le quart.

Manquant de statistique personnelle, je puis cependant m'appuyer sur celles qui ont été publiées.

Voici celles du Dr Seigneur (1).

ENFANTS ÉLEVÉS AU SEIN

| Mois | Nombre d'enfants | Dents | Proportion 0/0 |
|-----------------|------------------|-------|----------------|
| 4 ^e | 407 | 3 | 0.7 |
| 5 ^e | 407 | 13 | 3.10 |
| 6 ^e | 407 | 30 | 7.3 |
| 7 ^e | 407 | 45 | 11 |
| 8 ^e | 407 | 82 | 20 |
| 9 ^e | 404 | 60 | 14 |
| 10 ^e | 399 | 52 | 13 |
| 11 ^e | 394 | 32 | 8.1 |
| 12 ^e | 388 | 37 | 9.5 |
| 13 ^e | 384 | 12 | 3.1 |
| 14 ^e | 384 | 7 | 1.7 |
| 15 ^e | 384 | 8 | 2.1 |
| 16 ^e | 384 | 1 | 0.2 |
| 17 ^e | 384 | 2 | 0.5 |

(1) Seigneur : *La Dentition pendant les deux premières années*. Thèse de Paris, 1888..

ENFANTS ÉLEVÉS AU BIBERON

| Mois | Nombre d'enfants | Dents | Proportion 0/10 |
|-----------------|------------------|-------|-----------------|
| 4 ^e | 271 | 4 | 1.4 |
| 5 ^e | 271 | 7 | 2.5 |
| 6 ^e | 271 | 14 | 5.1 |
| 7 ^e | 271 | 26 | 9.6 |
| 8 ^e | 271 | 26 | 9.6 |
| 9 ^e | 265 | 35 | 13.2 |
| 10 ^e | 257 | 37 | 14.3 |
| 11 ^e | 252 | 29 | 11.5 |
| 12 ^e | 246 | 31 | 12.6 |
| 13 ^e | 242 | 15 | 6.1 |
| 14 ^e | 241 | 3 | 1.2 |
| 15 ^e | 239 | 8 | 3.3 |
| 16 ^e | 239 | 2 | 0.8 |
| 17 ^e | " | " | " |
| 18 ^e | 238 | 1 | 0.4 |

D'après ces statistiques, la proportion des dents poussant prématurément est bien inférieure à celle que j'ai observée chez les rachitiques.

Ne pourrait-on pas essayer d'appliquer la chose en disant que le trouble de nutrition occasionné par le rachitisme provoque, dans un certain nombre de cas, la sortie prématurée de la première dent, tandis que dans d'autres, plus nombreux, il la retarde. On a bien dit, et écrit — ce qui est faux — que l'intelligence se développait prématurément chez les rachitiques.

La première dent poussée, comment se fait la sortie des autres dents? Il n'y a point de règle fixe. Un de mes rachitiques n'avait que 16 dents à 39 mois, c'est-à-dire à plus de 3 ans, un autre avait 17 dents à 35 mois.

A 32 mois c'est-à-dire après 2 ans 1/2 (30 mois), je trouve des enfants qui n'ont que 14, 15, 17 dents.

A 30 mois je relève 12, 16, 16, 18.

— 29 mois 1/2, 11 dents.

— 28 mois, 13, 15, 16, 16.

— 27 mois, 12, 12, 20.

— 26 mois, 14.

— 25 mois 1/2, 12.

— 25 mois, 12, 12, 14, 16, 19.

— 24 mois, 2, 4, 5, 7, 12, 14, 15, 16.

Je remarquerai que les chiffres de 16 dents à 24 mois 19 à 25 et 20 à 27 sont des chiffres absolument normaux; par contre, les chiffres de 2, 4, 5, 7, 12 dents à 2 ans montrent une dentition extrêmement retardée.

Je n'ai rencontré de dentition complète, 20 dents, qu'une fois à 27 mois et 2 fois à 31 mois; c'est à peu près l'époque ordinaire.

Les âges les plus bas où j'ai trouvé 20 dents sont 27, 31, 32, 33, 36, 37 mois.

Voici le nombre de dents observé entre 2 mois 1/2 et 24 mois; on verra, à côté de dentitions très retardées, quelques dentitions normales ou précoces :

A 2 mois 1/2, 2 dents.

— 4 mois, 2.

— 5 mois, 2, 2, 2.

— 5 mois 1/2, 4.

— 6 mois, 2, 2.

— 7 mois, 2.

A 8 mois, 2.

— 9 mois, 2, 4.

— 10 mois, 2, 2.

— 10 mois 1/2, 2.

— 11 mois, 2, 3, 5.

— 11 mois, 1/2, 6, 6.

— 12 mois, 2, 2, 2, 3, 3, 6, 8.

— 13 mois, 2, 4, 5, 5, 6, 6, 6, 8.

— 13 mois 1/2, 6.

— 14 mois, 2, 4, 8, 8, 16.

— 14 mois 1/2, 8.

— 15 mois, 2, 2, 2, 4, 5, 6, 6, 6, 7, 8, 8.

— 15 mois 1/2, 2, 9, 12.

— 16 mois, 2, 4, 6, 6, 7, 8, 8, 12, 12.

— 16 mois 1/2, 3.

— 17 mois, 2, 4, 5, 5, 5, 6, 8, 12.

— 17 mois 1/2, 6, 6, 12, 16.

— 18 mois, 4, 5, 6, 6, 8, 8, 8, 9.

— 18 mois 1/2, 10, 12, 12.

— 20 mois, 10, 12, 12, 12, 12, 16.

— 20 mois 1/2, 12, 17.

— 21 mois, 6, 11, 12, 14, 16.

— 22 mois, 4, 8.

— 22 mois 1/2, 12.

— 23 mois, 10, 10, 16, 16.

— 23 mois 1/2, 12.

— 24 mois, 2, 4, 5, 7, 12, 14, 15, 16.

Ce qui est bien plus intéressant encore c'est de considérer des cas particuliers et de voir la manière d'évoluer de la dentition chez chacun d'eux.

En voici quelques-uns :

A 13 mois 1/2, 6 dents; à 14 mois, 8 dents; à 16 mois, 12 dents; rachitisme léger.

A 7 mois, 2 dents; à 15 mois 1/2, 9 dents; rachitisme léger.

A 11 mois, 5 dents; à 20 mois, 12 dents; rachitisme léger.

A 8 mois, la première dent; à 2 ans, 14 dents; rachitisme léger.

A 14 mois, la première dent; à 20 mois, 10 dents; rachitisme sérieux.

A 29 mois 1/2, 11 dents; à 39 mois, 16 dents.

A 17 mois 1/2, 6 dents; à 30 mois, 16 dents.

A 10 mois, première dent; à 23 mois, 16 dents; rachitisme léger.

A 9 mois, première dent; à 16 mois, 7 dents.

A 7 mois, première dent; à 20 mois, 12 dents; à 24 mois 15 dents.

A 10 mois première dent; à 17 mois 6 dents; à 21 mois 11 dents; à 28 mois 15 dents.

A 2 mois 1/2 2 dents; à 14 mois 16 dents; à 27 mois 20 dents; à marché à 2 ans; rachitisme douteux.

A 16 mois 8 dents; à 17 mois 12 dents; à 20 mois 16 dents.

A 15 mois 2 dents; à 17 mois 4 dents; à 25 mois 12 dents.

A 19 mois 2 dents; à 30 mois 12 dents.

A 4 mois 2 dents; à 12 mois n'a que 2 dents.

A 14 mois les 2 premières dents; à 21 mois 6 dents.

A 11 mois première dent; à 15 mois 4 dents.

A 5 mois 1/2 4 dents; à 16 mois 8 dents.

A 4 mois 1/2 première dent; à 35 mois 17 dents.

A 18 mois 8 dents; à 22 mois 12 dents.

A 10 mois 2 dents; à 15 mois 6 dents.

A 9 mois première dent ; à 15 mois 5 dents.

A 4 mois première dent ; à 9 mois 4 dents.

A 8 mois (2 juin 1898) 2 dents ; à 11 mois 1½ (16 septembre) 6 dents ; le 21 décembre 8 dents ; le 12 janvier 1900 12 dents ; le 6 mars, le 19 avril, 1^{er} mai, 21 juin 12 dents ; le 24 juillet 15 dents ; le 5 octobre (2 ans) 16 dents ; le 9 novembre 19 dents

A 5 mois première dent ; à 21 mois 16 dents ; à 31 mois 20 dents.

A 17 mois (sœur du précédent) 2 dents ; à 19 mois 5 dents.

A 13 mois 5 dents ; à 18 mois 8 dents.

A 15 mois première dent ; à 16 mois 1½ 3 dents.

A 8 mois première dent ; à 1 an 8 dents ; à 32 mois 20 dents.

A 14 mois les 2 premières dents ; à 16 mois toujours 2 dents ; à 19 mois 8 dents ; à 25 mois 12 dents ; à 27 mois 12 dents ; à 28 mois 13 dents ; à 32 mois 15 dents ; à 37 mois 20 dents.

En somme le retard dans l'évolution dentaire ne suit aucune règle. Il est peut-être permis de dire que c'est dans les cas les plus graves qu'on trouve la dentition la plus retardée ; mais encore une fois, la dentition ne procède avec aucune régularité.

L'irrégularité règne également, bien qu'à un moindre degré, dans l'ordre de sortie des dents.

Voici les quelques notes que je retrouve à ce sujet.

La première dent a poussé à 14 mois ; à 20 mois 10 dents. Les 2 incisives latérales inférieures manquent.

Cet enfant devrait avoir 8 incisives et 2 molaires ; il a 6 incisives et 4 molaires.

A 18 mois 1½ 10 dents : 8 incisives ; 2 molaires supérieures à peine sorties.

A 29 mois 1½, 11 dents ; les 2 incisives latérales supérieures sont déviées ; à 3 ans et 3 mois 16 dents, dont 1 molaire et 1 canine viennent de percer ; manquent 1 canine et 3 molaires.

Cet enfant devrait avoir 4 molaires et 4 canines ; tandis qu'il a 3 canines et 5 molaires.

Première dent poussée à 7 ou 8 mois ; actuellement l'enfant a 13 mois et n'a que 2 dents, 2 incisives médianes inférieures, ce qui est normal.

A 21 mois 11 dents, dont une canine et une incisive supérieure sont soudées ensemble.

Cet enfant ne devrait pas avoir de canine ; mais 8 incisives et 3 molaires.

Le rachitisme a-t-il été pour quelque chose dans la soudure des dents, je ne saurais le dire. J'ai observé une autre fois une pareille soudure de 2 incisives supérieures : il semblait même y avoir 3 dents soudées ; mais je ne sais si l'enfant déjà grand, quand je l'ai vu, avait été rachitique.

A 16 mois 8 dents, dont 1 molaire.

L'enfant devrait avoir 8 incisives et pas de molaire ; il a 7 canines et 1 molaire.

A 32 mois, 14 dents ; 8 incisives, 4 canines, 2 molaires.

L'enfant devrait avoir 8 incisives, 4 molaires, 2 canines.

A 26 mois, 14 dents, dont 2 canines supérieures dont on aperçoit à peine un point.

A 15 mois, 2 incisives médianes inférieures.

B. 5 ans et 4 mois. Les 2 premières dents ont sorti à 6 mois. Les 2 incisives médianes inférieures n'ont jamais poussé. La gencive est très déprimée à l'endroit où elles devraient être, et elle est comme atrophiée, même au niveau des incisives latérales qui sont comme déchaussées et qui auraient toujours été ainsi. En haut ce sont des incisives latérales qui ne sont pas poussées.

Là encore je ne sais si je dois accuser le rachitisme. Le manque de dents existe en dehors du rachitisme ; je connais une famille dont deux de ses membres ont deux incisives de moins et chez les grands-parents on retrouvait la même anomalie.

Mon ami le Dr Houssay a cité le cas d'une dame qui n'avait jamais eu de dents (1).

L'enfant que j'ai observé est très probablement un exemple d'anomalie de ce genre, transmissible ou non par hérédité.

A 15 mois, 2 incisives médianes inférieures.

A 25 mois, 12 dents : 8 incisives ; 4 molaires.

A 19 mois, 2 incisives médianes inférieures.

A 22 mois, 4 dents : 2 incisives médianes inférieures ; 2 médianes supérieures.

A 2 ans, 2 incisives médianes inférieures.

A 20 mois, 12 dents : 8 incisives, 2 canines et 2 molaires inférieures.

L'enfant devrait avoir 8 incisives et 4 molaires ; pas de canines.

A 19 mois, 8 dents : 4 incisives supérieures ; 3 inférieures ; 1 molaire supérieure droite.

L'enfant devrait avoir 8 incisives et pas de molaire.

(1) L'observation avec portrait a été publiée dans un article du Dr Houssay « sur les anomalies dentaires » dans la Gaz. méd. du Centre.

A 15 mois, 6 dents : 4 incisives supérieures, 2 incisives médianes inférieures.

A 14 mois, 4 dents : 2 incisives médianes inférieures ; 2 incisives latérales supérieures.

L'enfant devrait avoir 2 incisives médianes supérieures au lieu de 2 latérales.

A 30 mois, 18 dents : 10 en bas, 8 en haut ; manquent 2 secondes molaires.

A 25 mois, 16 dents, sur lesquelles 3 canines récentes.

A 15 mois 1/2, 12 dents, dont 2 molaires supérieures récentes.

A 5 mois, les 2 incisives médianes inférieures ; à 21 mois, 16 dents dont 1 seule canine en haut à droite. L'enfant devrait avoir 4 canines et pas de secondes molaires, tandis qu'il a 1 canine et 3 secondes molaires.

A 17 mois, 2 incisives médianes inférieures.

A 5 mois, 2 incisives médianes inférieures ; à 9 mois, 2 incisives médianes supérieures.

A 23 mois, 10 dents, dont 2 molaires inférieures commencent à percer.

Première dent à 14 mois ; 4 dents à 16 mois : 2 incisives médianes en bas, 2 en haut.

A 18 mois, 6 dents, dont 2 molaires supérieures.

A 19 mois, 8 dents, dont 1 molaire inférieure droite et 1 incisive supérieure droite, cette dernière à peine sortie.

21 mois 1/2, 10 dents ; les incisives latérales inférieures manquent. Il y a 1 incisive supérieure gauche et 1 molaire gauche.

Chez cet enfant, les 4 premières dents poussent bien à leur tour ; mais tandis qu'il devrait pousser 2 incisives supérieures latérales, il pousse 2 molaires supérieures ; puis chaque incisive supérieure en retard pousse à peu près en même temps — plutôt après — qu'une molaire inférieure. L'enfant reste avec 2 incisives latérales en moins qui auraient dû percer avant les molaires.

A 13 mois, 5 dents : 2 incisives médianes inférieures ; 2 médianes et 1 latérale supérieures.

Charles V. La première dent à 15 mois, incisive centrale supérieure,

Paul V. A 14 mois, 2 incisives médianes supérieures.

A 16 mois, les 2 mêmes dents.

A 18 mois, 8 dents : 4 incisives et 2 molaires supérieures ; 2 incisives inférieures médianes.

A 25 mois, 12 dents.

A 28 mois, 13 dents, dont 1 canine supérieure vient de percer.

Chez le premier enfant l'incisive médiane supérieure sort alors qu'il devrait sortir une médiane inférieure.

La même chose se produit chez le frère. Y a-t-il là une influence héréditaire, atavique, cela est très probable.

Le second enfant, lorsqu'il a 8 dents, à 18 mois, devrait avoir 8 incisives. Il n'en a que 6 et 2 molaires qui ont poussé avant leur tour.

A 28 mois il a 13 dents, dont une seule canine ; les dents sont maintenant dans leur ordre normal.

René B. 22 mois, 8 dents, dont 4 incisives supérieures, 2 inférieures médianes, 1 molaire, 1 canine.

Maurice B. 15 mois, 1 1/2, 2 incisives médianes supérieures.

Chez le premier enfant l'ordre de sortie est bouleversé ; avec 8 dents il devrait y avoir 8 incisives ; et non seulement, en place des 2 incisives qui manquent il a poussé 1 molaire, provenant du groupe qui suit d'ordinaire les incisives, mais une canine dont le groupe suit les molaires.

Chez le second enfant, les incisives médianes supérieures sont sorties à la place des inférieures.

Sur 32 enfants, l'évolution dentaire a suivi l'ordre régulier chez 17, à peu près la moitié.

Chez 15 l'ordre a été irrégulier ; parmi ces 15 est un enfant dont des incisives ont toujours manqué ; reste donc 14, desquels on peut encore retirer l'enfant qui avait une incisive soudée à une canine. Reste donc 13 enfants à dentition ayant suivi un ordre irrégulier, contre 17 chez lesquels elle a évolué régulièrement.

Chez tous sauf un, lorsque des dents ont poussé prématurément, ce sont les dents du groupe venant immédiatement après celui en retard, qui se sont montrées : les incisives médianes supérieures poussant en place des incisives médianes inférieures ; les incisives latérales poussant en place des médianes ; les premières molaires poussant en place des incisives ; les canines en place des petites molaires ; les secondes molaires en place des premières.

Un seul enfant en plus de cette irrégularité présentait une irrégularité du second degré, si je puis dire, une canine étant sortie avant que les incisives ne soient au complet.

II. — Lésions dentaires :

J'ai observé deux sortes de lésions dentaires, de l'usure du bord libre et de la carie. Je n'ai jamais vu ni dans la première, ni dans la seconde dentition les érosions si fréquentes dans la syphilis héréditaire (1). Les érosions syphilitiques s'observent rare-

(1) Voici le seul cas que j'aie observé, se rapprochant un peu de l'érosion dentaire : Enfant de 19 mois, légèrement rachitique ; 12 dents ; les deux incisives médianes inférieures sont dépourvues d'émail dans les deux tiers supérieurs.

ment sur les dents temporaires ; j'en ai cependant signalé plusieurs cas dans des travaux antérieurs. Plusieurs auteurs proclament la fréquence des érosions avec leurs diverses formes, en sillon, en cupule, en nappe, etc., dans le rachitisme ; j'ai le regret de devoir affirmer le contraire.

L'usure du bord des incisives n'a rien à voir avec le rachitisme ; c'est une lésion mécanique provenant du frottement des dents supérieures contre les inférieures. J'ai signalé cette lésion dans mon travail sur *l'hystérie des nouveau-nés et des enfants au dessous de 2 ans*. On l'observe chez beaucoup d'enfants nerveux.

Certains médecins, les Allemands surtout, mettent un grand nombre de troubles nerveux sur le compte du rachitisme. Ce sont pour eux surtout les enfants affectés de cranio-tabès, qui seraient sujets au spasme de la glotte, au faux croup, aux convulsions. Je me suis déjà élevé bien des fois contre cette manière de voir. Il peut y avoir des rachitiques nerveux, hystériques, éclamptiques — ceux-là auront l'usure dentaire que j'ai signalée — mais ils ne seront pas nerveux, hystériques ou éclamptiques parce que rachitiques.

Je trouve dans mes notes 5 observations d'enfants ayant de l'usure du bord libre des incisives. Je crois inutile de rapporter les observations.

J'ai vu chez 5 enfants de la carie des molaires ; chez 8 de la carie des incisives. Depuis quelques années j'ai recherché ces cas de carie, et leur petit nombre démontre bien leur peu de fréquence. Les dents ne naissent donc pas cariées et ne s'émiettent donc pas à peine poussées. Comme je l'ai déjà dit, c'est là du pur roman.

Dans la plupart de mes observations je trouve expressément spécifiée la mention : *les dents sont saines et normales de forme*.

La carie des molaires atteint presque toujours l'extrémité libre. Il se creuse dans la dent une cavité plus ou moins vaste, cette carie ne diffère en rien de celle des adultes et des enfants non rachitiques. Chez les rachitiques, comme chez les autres enfants, elle demande à être traitée par le curettage des parties malades, la désinfection et l'obturation.

La carie des incisives est toute autre ; c'est une carie en nappe ulcérant la dent superficiellement, mais s'étendant de plus en plus, lentement il est vrai, et arrivant à couvrir la dent dans toute sa largeur. Elle débute à la base de la dent, soit au milieu, soit plus ou moins près du bord, sur un ou plusieurs points. Lorsqu'elle débute près du bord latéral ou lorsqu'elle l'atteint, il se forme une échancrure en cet endroit. C'est surtout en largeur que s'étend la carie, elle gagne d'abord les bords en contact avec les autres dents ; mais beaucoup plus tard le bord libre.

C'est toujours la face antérieure qui est envahie ; et c'est toujours, d'après mes observations, les incisives supérieures qui sont prises.

Cette carie, qui me semble un peu plus fréquente chez les rachitiques que chez les autres enfants, ne

leur est pas spéciale. J'ai vu un assez grand nombre d'enfants non rachitiques qui en étaient atteints. Certains l'étaient si gravement que toute la couronne des incisives avait disparu et que les racines seules persistaient.

C'est dans de tels cas que les auteurs auraient pu dire que les dents s'étaient émiettées ; mais outre que ces cas sont rares, l'émiettement n'a pas lieu sur des dents à peine nées ; il faut très longtemps pour que l'ulcération gagnant en largeur et aussi un peu en profondeur, détruise la couronne de la dent.

Voici l'observation d'un enfant non rachitique atteint de ce genre de carie.

22 juillet 1898. — Léon D. 26 mois. Cet enfant ne présente aucun symptôme de rachitisme ; il a marché à 11 mois 1/2. Sa première dent a poussé à 6 mois. Il a 18 dents. Les 4 incisives supérieures sont cariées, en nappe ; les médianes sont atteintes à la base, sur toute la largeur.

Les bords présentent des échancrures à ce niveau. Les latérales sont atteintes sur presque toute la hauteur.

28 décembre. — Les incisives supérieures sont presque complètement détruites ; il s'est même produit un abcès au niveau de l'une d'elles.

Les premières molaires supérieures sont cariées. Il existe un trou au milieu de leur face triturante. Les canines supérieures, surtout la gauche, sont rugueuses sur une petite étendue de la face antérieure et un peu noirâtres, probablement c'est un commencement de carie. Il n'y a rien aux dents inférieures. 20 dents.

27 octobre 1899. — Même état des dents.

J'ai vu ces jours derniers un autre cas des plus intéressants. C'était celui d'un enfant de cinq ans, non rachitique, chez lequel 19 dents étaient cariées en nappe : incisives, canines, molaires, sauf une. Sur les incisives, aussi bien les inférieures que les supérieures, il y avait la plaque de la base envahissant et échancrant les bords ; la latérale gauche supérieure était détruite ; il ne restait que la racine.

Les canines et les molaires présentaient des plaques un peu géographiques. Ces plaques, très superficielles généralement, étaient plus profondes sur certaines dents.

Il est probable que des cas semblables peuvent se présenter sur des rachitiques, mais je n'en ai pas vu.

Le traitement de ce genre de carie est très difficile à instituer ; et je ne sais pas si les antiseptiques énergiques et le mastic peuvent en avoir raison.

Voici les cas de carie que j'ai pu recueillir :

X. a eu sa première dent à 15 mois et ne peut pas encore se tenir debout à 17. Il ne marche qu'à 30 mois. Il est atteint d'un rachitisme très prononcé.

A 31 mois je note : les deux incisives médianes supérieures présentent près de la gencive vers leur milieu une petite ulcération noirâtre. Il s'agit sur chacune d'elles d'un point de carie.

Au niveau de la sertissure des incisives inférieures la gencive est un peu gonflée; il n'y a pas de tartre.

Sidonie B. 28 mois; rachitisme très prononcé; ne marche pas; 16 dents. Les incisives supérieures sont noirâtres par suite de carie superficielle commençante.

Madeleine B. (voir plus loin l'observation plus complète). A 4 ans elle a 20 dents; les incisives supérieures commencent à se carier en nappe à la base. 5 ans 1 mois: même état des dents.

Marguerite B. (sœur de la précédente), à 26 mois 14 dents saines; à 3 ans et 7 mois, 20 dents normales de forme. Les 2 incisives médianes supérieures et la latérale gauche sont cariées en nappe; cela a commencé il y a 7 ou 8 mois. La médiane droite est envahie dans toute sa largeur; mais la lésion ne siège qu'à la partie supérieure près de la gencive. La médiane gauche n'est envahie que dans à peine la moitié de sa largeur, depuis son bord gauche. La lésion siège également non loin de la gencive. L'incisive latérale gauche est atteinte sur deux très petits points, au niveau de ses deux bords; ces points ne touchent pas à la gencive; mais en sont assez près.

5 ans et 1 mois. Les molaires inférieures sont cariées sur leur surface triturante et présentent des cavités profondes. Une molaire supérieure gauche est un peu atteinte. Les 4 incisives supérieures sont cariées en nappe en avant et sur les côtés; un peu de tartre.

5 ans et 8 mois; même état des dents.

Suzanne B. (sœur des deux précédentes). A 5 ans, 20 dents normales de forme. En bas à droite, les première et deuxième molaires sont cariées et creuses. La deuxième molaire inférieure gauche a sa couronne détruite par la carie; fragments noirs.

La première molaire supérieure droite est également cariée et a une partie de sa paroi interne détruite.

La carie a débuté par une molaire inférieure à l'âge de trois ans.

B. (l'enfant dont 4 incisives n'ont pas poussé); 5 ans et 4 mois. En haut les 2 incisives médianes (pas de latérales) sont très gâtées; le bord libre inférieur est seul couvert de son émail; tout le reste est noir, comme rongé tout autour.

Renée L. 22 mois 1½; 12 dents. Les 4 incisives supérieures se carient par plaques, en avant près de la gencive. Cette enfant n'a marché qu'à 3 ans 1½.

Enfant de 3 ans; molaires cariées.

Charles B. 32 mois, 20 dents. Les incisives supérieures se carient par plaques sur la face antérieure et les côtés, à leur base; deux ont déjà une échan-crure sur les bords.

Paul W. 6 ans 1½; 24 dents; une seule molaire (deuxième) cariée; toutes les autres saines.

Je désire insister, au sujet des observations précédentes et de deux autres qu'on trouvera plus loin, sur l'âge des petits malades.

Les enfants atteints de carie des molaires avaient 3 ans; 4 ans moins 1 mois; 4 ans; 5 ans et 1 mois; 6 ans 1½. Ceux dont les incisives étaient prises avaient 22 mois 1½; 28 mois; 2 ans et 7 mois; 2 ans et 8 mois, 3 ans et 7 mois; 4 ans moins 2 mois; 4 ans; 5 ans et 4 mois.

Il est, d'après cela, difficile de soutenir que les dents, cariées dès la naissance, s'émiettent et tombent.

Je ferai remarquer aussi la carie dentaire existant chez trois sœurs rachitiques. L'une n'a que les molaires gâtées; une autre les incisives seulement; la troisième les molaires et les incisives.

III. — Chute prématurée des dents.

« Les dents se carient et tombent »: Voilà l'opinion des auteurs; opinion qui est loin cependant d'être la vérité que voici: les dents tombent sans se carier.

Les dents tombent sans se carier, mais elles ne tombent pas comme elles font par suite de leur évolution normale (à 7 ans environ), la racine se résorbant peu à peu et disparaissant et la couronne restant seule et se détachant de la gencive.

Dans la chute prématurée, la dent conserve sa racine, elle tombe entière, tout comme dans le diabète, chez certains vieillards, et même chez certains adultes, atteints de ce qu'on a appelé gingivite expulsive, pyorrhée alvéolo-dentaire, etc.

Cette chute prématurée, inconnue des auteurs classiques, a cependant été déjà signalée. « Miller (1) (de Berlin) a examiné à ce point de vue plus de 100 enfants en traitement à l'asile de Middelkerke (Belgique) et a observé quelques cas typiques de pyorrhée parmi eux; il cite en particulier le fait d'un enfant de 9 ans 1½ et d'une petite fille de 4 ans. Il est vrai que parmi ces enfants se trouvaient des scrofuleux, mais nous avons déjà dit (Julien Tellier) que Miller se reprochait d'avoir exagéré l'action prédisposante de la scrofule au point de vue de la périodontite expulsive. C'est donc au rachitisme qu'il en attribue surtout la cause dans les faits qu'il a observés, et il ajoute que c'est à tort que l'on considère la pyorrhée comme une affection caractéristique de l'âge avancé. »

Je crois utile de rapporter d'abord les faits sur lesquels j'appuierai mon étude.

Zita B., 4 ans 1½, devrait avoir 20 dents, mais elle en a perdu 10. Il lui en reste donc 10. Elle est atteinte d'un rachitisme très prononcé. Elle ne marche que depuis 3 mois (4 ans et 3 mois), et elle marche très mal.

Les dents tombent depuis plus d'un an. En haut les incisives et les canines sont tombées, une molaire remue. En bas les 2 incisives médianes et

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

les 2 canines ont disparu. Les 2 incisives latérales sont déchaussées, ce qui les fait paraître très longues. Les gencives ne sont ni rouges, ni gonflées.

Andrée F., première dent à 4 mois 1½; a marché à 15 mois. A 25 mois rougeole. A la suite de la rougeole l'enfant est restée 2 mois sans marcher; puis elle a marché pendant 3 mois, a cessé de nouveau, pour marcher définitivement à 39 mois.

A 35 mois elle a 17 dents; le rachitisme est très accentué. Les gencives et les dents sont saines. A 37 mois les gencives et les dents sont encore saines.

A 47 mois la canine inférieure droite est tombée depuis 1 ou 2 mois. La gauche, complètement déchaussée, ne tient presque plus; je l'arrache en appuyant dessus avec le doigt. La dent est entière, normale. Les autres dents ne sont pas déchaussées.

Félicie B. 5 ans moins 3 mois, très rachitique. L'incisive latérale droite supérieure est déchaussée, les gencives ne sont pas rouges; il y a un peu de tartre sur cette dent.

L'incisive latérale droite inférieure est tombée; la gencive est fendue à son niveau. La médiane gauche est également tombée; les deux autres incisives sont déchaussées, et très longues. La gencive n'est pas rouge, il n'y a pas de tartre. La médiane droite remue.

10 décembre 1895. — Fabien D. 44 mois. Rachitisme très prononcé; il ne marche qu'en se tenant aux meubles. Les incisives inférieures remuent. La canine droite déchaussée est très longue, remue beaucoup. Il y a quelques jours, la grand'mère a enlevé la canine gauche qui ne tenait presque plus.

L'incisive supérieure gauche remue aussi, ainsi que la canine du même côté. Les gencives ne sont ni rouges, ni gonflées. Dentition au complet.

2 janvier 1896. — Même état des dents.

6 mars. — Les dents sont toujours mobiles; une est tombée il y a quelques jours.

J'enlève avec l'ongle une molaire cariée dont une racine passait à travers la gencive enflammée.

L'incisive tombée est bien normale; la racine est comme époincée; elle est creuse et ne forme qu'une coque; extérieurement cette racine est rugueuse.

La molaire inférieure, pourvue d'émail, a une vaste cavité formée par la carie; l'extrémité des racines a disparu; ce qui en reste est comme une larmelle; elles ne sont pas trop rugueuses extérieurement. La cavité de la carie communique avec les canaux des racines.

Isabelle R. 5 ans et 9 mois; très rachitique, a marché à 30 mois. Il manque 4 dents en haut et 2 en bas. 2 en bas sont déchaussées; gencives un peu gonflées.

Bastille C. 25 mois, très rachitique; ne marche pas.

16 dents sur lesquelles 3 canines récentes et 1 grosse molaire dont on ne voit qu'une corne. Dents saines, normales de forme.

3 ans. L'enfant a marché à 2 ans et 5 mois. Il a 20 dents saines, normales.

3 ans et 1 mois (24 novembre 1898). Les incisives inférieures sont un peu déchaussées. Les 2 médianes remuent beaucoup. Les gencives ne sont pas rouges.

15 décembre. — L'enfant s'est arraché lui-même l'incisive médiane droite inférieure. Les gencives sont très peu gonflées, pas rouges, au niveau des incisives inférieures qui sont un peu déchaussées.

11 janvier 1899. — Les gencives ne sont ni rouges, ni gonflées; les incisives inférieures sont toujours déchaussées; la médiane, qui reste, remue un peu.

19 janvier. — Les 2 canines inférieures sont également un peu déchaussées.

3 février. — Même état des gencives et des dents.

16 février. — Toujours le même déchaussement, ni gonflement, ni rougeur des gencives. Les 3 incisives restantes sont couvertes de tartre au niveau de la sertissure.

25 juillet. — Les incisives inférieures sont assez déchaussées et paraissent longues.

16 janvier 1900. — Les incisives inférieures sont un peu déchaussées, pas de rougeur.

14 juin. — Les incisives inférieures sont un peu déchaussées, ni gonflement, ni rougeur.

9 novembre. — Les 3 incisives sont toujours un peu déchaussées.

28 mars 1901. — Les 3 incisives inférieures sont toujours un peu déchaussées, pas d'inflammation des gencives.

Renée C. (sœur du précédent). Rachitisme léger, a marché à 13 mois.

2 juin 1899. — 8 mois, 2 incisives inférieures médianes.

16 septembre. — 6 dents.

21 décembre. — 8 dents.

12 janvier 1900. — 12 dents, dont 2 molaires supérieures récentes.

21 juin. — 12 dents.

24 juillet. — 15 dents.

5 octobre. — (2 ans du 3 octobre), 16 dents.

9 novembre. — 19 dents (2 ans et 1 mois). Les 2 incisives médianes inférieures sont un peu déchaussées, très peu; pas de rougeur.

24 mai 1901. — L'incisive médiane droite inférieure est très déchaussée: elle remue et paraît très grande. Les gencives sont rouges et gonflées.

Paul V. 15 mois, 2 incisives médianes supérieures, percées il y a 1 mois, à peines visibles. Très rachitique.

16 mois, toujours 2 dents.

19 mois, 8 dents: 6 en haut, 2 en bas, ne marche pas.

25 mois, ne marche pas seul, mais par la main; 12 dents.

27 mois, 12 dents; les incisives inférieures semblent un peu déchaussées; la gencive un peu gonflée le long de la sertissure, à peine rouge.

28 mois, 13 dents, dont 1 canine supérieure gauche vient de percer. Les deux incisives médianes inférieures sont un peu déchaussées.

La gencive est un peu rouge et gonflée le long de la sertissure des incisives.

32 mois, 15 dents.

37 mois, 20 dents.

46 mois, incisives inférieures un peu déchaussées. Plaque de carie sur la face antérieure des incisives supérieures.

...

Berthe W. 3 ans et 8 mois. Rachitisme assez prononcé.

Dents normales de forme. Incisives usées sur le bord libre, par le frottement des dents supérieures contre les inférieures.

Les 2 incisives médianes inférieures sont un peu déchaussées. Pas de rougeur des gencives. Les dents ne sont pas ébranlées.

...

Madeleine B., 29 mois 1½, rachitisme très intense; 11 dents de forme normale et saines.

3 ans et 3 mois : 16 dents dont 1 molaire et 1 canine viennent de percer; manquent 1 canine et 3 molaires.

4 ans moins 20 jours: gencives inférieures un peu gonflées au niveau de la sertissure des incisives inférieures, mais pas rouges; rouges et gonflées au niveau de la sertissure des 2 incisives médianes supérieures. Beaucoup de tartre sur la moitié supérieure de ces deux dents, pénétrant sous les gencives décollées. 20 dents; les dernières percées il y a 2 mois. Les incisives médianes inférieures sont bien plus petites que les autres.

4 ans 1½. — La gencive est rouge, au niveau de la sertissure des incisives du haut. En bas, elle est un peu décollée au niveau d'une ou deux incisives. Les supérieures commencent à vouloir se carier en nappe à la base.

5 ans et 1 mois 1½: même état des dents et des gencives.

6 ans et 1 mois: les 4 incisives inférieures remuent, surtout la médiane gauche. La gencive est un peu rouge, très peu.

...

D'après les observations que je viens de citer, on voit que la chute prématurée des dents atteint surtout les incisives et les canines; les incisives surtout; très rarement les molaires, puisque un seul de mes malades a perdu une molaire, et cette molaire était très cariée, la gencive étant lésée d'une façon différente de celle observée dans l'affection dont je m'occupe. Un seul enfant avait une molaire ébranlée, le premier dont j'ai raconté l'histoire, celui qui avait perdu 10 dents, et qui avait les deux incisives lui restant très déchaussées.

L'histoire de cet enfant montre la gravité de l'affection, le plus grand nombre des dents pouvant être atteint.

Habituellement, elle fait moins de dégâts à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure. L'enfant dont je viens de parler avait la mâchoire supérieure plus dégarnie: 6 dents avaient disparu en haut et 4 seulement en bas; mais les 2 incisives subsistant en bas étaient très branlantes; restait donc seulement en faveur de la mâchoire supérieure une molaire qui remuait. Un second malade avait perdu 4 dents en haut et 2 en bas; mais 2 autres dents en bas étaient déchaussées.

Chez les autres, 10 dents étaient tombées: 8 à la mâchoire inférieure et 2 seulement à la mâchoire supérieure.

En réunissant ces chiffres avec ceux trouvés chez le premier enfant, j'obtiens 8 dents en haut et 12 en bas.

Cette différence entre les 2 mâchoires est bien plus marquée si je fais le compte des dents simplement déchaussées, ou branlantes.

En réunissant aux observations que je viens de citer une transcrite antérieurement à propos de la carie, je trouve: dents inférieures, 31; dents supérieures 8; et en réunissant ces nombres à ceux des dents tombées j'ai au total: dents inférieures, 43; dents supérieures, 16.

Je trouve aussi 7 canines tombées et 4 simplement malades, contre 9 incisives tombées et 32 malades; et 4 dents supérieures, et 2 inférieures tombées chez le même malade, dents non déterminées, et 2 dents déchaussées en bas chez le même sujet.

Reste une question à éclaircir. Quelle est la nature de l'affection qui amène la chute des dents?

L'étude de la marche des lésions nous donnera quelques indications.

Et tout d'abord la lésion n'atteint pas les rachitiques très jeunes; sur 11 enfants je n'en ai pas au dessous de 2 ans. J'en ai 3 de 2 à 3 ans; 6 de 3 à 4 ans (y compris l'âge de 3 ans); 2 au dessus de 4 ans. Les 4 enfants au dessus de 4 ans avaient leur affection depuis un certain temps; ceux entre 3 et 4 ans n'étaient pas absolument au début. Ce serait, je crois, vers 3 ans, un peu avant et un peu après, qu'il faudrait placer ce début.

L'évolution des lésions est très lente. La mère de Zita B., (âgée de 4 ans 1½), faisait remonter à plus d'un an la chute des premières dents; et depuis longtemps sans doute l'affection existait.

Bastille C. avait 3 ans lors du début des lésions; une dent tombe très vite, et pendant plus de deux ans les lésions des autres dents n'augmentent pas; elles auraient peut-être même diminué.

Chez Paul V., les lésions ont débuté peu après deux ans, et presque deux ans plus tard, elles n'avaient pas augmenté.

Chez Madeleine B. l'affection a débuté entre 3 et 4 ans; à 6 ans les lésions ne s'étaient pas aggravées.

Si l'on examine attentivement les petits malades on remarque, dans les cas les plus légers, un peu de déchaussement de la dent, qui, à cause de cela, paraît plus longue. Comme on l'a vu, cet état peut persister fort longtemps; mais aussi le déchaussement peut augmenter de plus en plus et en même temps la dent paraîtra de plus en plus longue.

Pendant un certain temps, la dent sera encore solide, mais elle peut devenir branlante, et même sa mobilité devenir telle qu'elle tombe au moindre choc. Mais, comme on s'en rendra compte en lisant mes observations, une dent peut remuer pendant longtemps sans tomber.

Dans la grande majorité des cas, les gencives ne sont ni rouges, ni gonflées, et même la partie décollée

paraît saine. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il y a rougeur et gonflement, et tout porte à croire que dans ces cas, il y a une infection surajoutée. Dans un cas, la gencive était rouge en haut et pas en bas; les dents supérieures se sont cariées, les inférieures sont devenues branlantes.

Cette absence de rougeur et de gonflement tend à me faire écarter la maladie à allures souvent aiguës qu'on appelle pyorrhée alvéolo-dentaire.

Le terme de gingivite expulsive conviendrait-il mieux? oui et non. Certainement, la lésion qui entraîne la chute prématurée des dents chez les rachitiques rentre dans cette catégorie, mais la gingivite expulsive n'est pas une; elle renferme des états pathologiques différents; certains aigus, d'autres chroniques, et puis gingivite veut dire inflammation de la gencive, et dans le rachitisme cette inflammation est absente.

Je serais tenté de croire que dans le cas présent, le rachitisme ne joue pas un rôle simplement prédisposant, comme c'est le cas pour la carie en nappe. Le rachitisme pourrait bien avoir une action plus directe; soit que le poison rachitique agisse sur les tissus en détruisant les moyens de fixité des dents, soit que les tissus circonvoisins, mal nourris sous l'influence de cette maladie, s'atrophient plus ou moins et amènent la lésion, pouvant varier du léger déchaussement à la chute de la dent.

A la suite de diverses maladies aiguës et dans la syphilis, les cheveux et les poils tombent: on ne note pas d'inflammation des follicules pileux.

J'ai vu une jeune fille d'une vingtaine d'année, atteinte de pemphigus récidivant, ayant perdu en partie ses cheveux et ses poils par suite de la nutrition défectueuse de la peau ou par action directe de la cause morbifique sur les follicules. Les ongles eux-mêmes étaient très atrophiés, et les dents, déchaussées. Mais dans ce cas les gencives formaient, à la sertissure des dents un liséré rouge et gonflé.

C'est par un processus analogue que je m'explique la chute prématurée des dents, chez les rachitiques, tout en restant disposé à accepter l'idée d'une infection surajoutée, si un jour j'en ai des preuves.

DES VARIATIONS DES TRONCS DE LA CONVEXITÉ DE LA CROSSE DE L'AORTE DE L'HOMME ET PRINCIPALEMENT DE LA REPRODUCTION CHEZ LUI DE LA FORMULE AORTIQUE DE L'ORANG, DU GIBBON, DES SINGES QUADRUPÈDES ET DES CARNASSIERS.

Par le Dr LE DOUBLE, de Tours

Les malformations des vaisseaux de la convexité de la crosse de l'aorte humaine qu'on peut expliquer par l'embryologie ou par l'anatomie comparée, c'est-à-dire celles qui ne sont que la persistance d'un état normal pendant la vie intra-utérine ou reproduisent ou tendent à reproduire une disposition animale méritent d'attirer et de retenir sérieusement

l'attention du philosophe et du penseur. Pour ma part, je me suis toujours préoccupé de noter soigneusement celles qui m'a été donné de rencontrer depuis vingt-deux ans que je dirige les travaux de l'Institut anatomique de l'Ecole de médecine de Tours. Elles peuvent être divisées en trois groupes:

1° Les changements de rapports de ces vaisseaux qui tiennent à un déplacement du cœur;

2° Les augmentations et les diminutions de nombre de ces vaisseaux que n'accompagne aucun vice de conformation de la crosse aortique;

3° Les variations des troncs artériels dérivés de la quatrième artère branchiale droite et gauche.

Au premier groupe appartiennent deux cas d'inversion totale du cœur observés l'un chez un homme de 45 ans, l'autre chez une femme de 32 ayant entraîné non seulement celle de l'aorte tout entière, mais encore de tous les viscères: du foie, de la rate, de l'estomac, etc.

Dans le second groupe je signalerai:

(a) La naissance de quatre artères de la convexité de la crosse de l'aorte: du tronc brachio-céphalique, de la vertébrale droite, de la carotide primitive gauche et de la sous-clavière gauche chez une femme de 39 ans et du tronc brachio-céphalique, de la thyroïdienne moyenne ou de Neubauer, de la carotide primitive gauche et de la sous-clavière gauche chez un enfant de 7 ans, chez un adolescent de 14 (colon de Mettray) et un vieillard de 72.

(b) La naissance de deux troncs de la convexité de la crosse de l'aorte: d'un tronc droit duquel émanait la sous-clavière droite, la carotide primitive droite, la carotide primitive gauche et d'un tronc gauche, la sous-clavière gauche.

Dans le troisième groupe (variations des arcs aortiques) je citerai l'émergence de la sous-clavière droite au delà de celle de la sous-clavière gauche et son passage entre l'aorte et la colonne vertébrale pour atteindre sa destination. J'ai vu ce vice de conformation sur une fillette de 9 ans, sur un garçonnet de 11 et sur un mulâtre de la Pointe-à-Pitre, de 42. Chez la fillette et le mulâtre les deux carotides naissaient par un tronc commun mesurant 8 millimètres, mais les sous-clavières demeuraient indépendantes dans tout leur parcours; chez le garçonnet, les quatre artères de la convexité de la crosse de l'aorte étaient complètement distinctes. On sait depuis les recherches de Rathke que cette anomalie est due à la persistance de la partie distale de l'arc aortique droit, la partie proximale (quatrième artère branchiale) s'atrophiant à partir de l'origine de la carotide droite. Ainsi qu'il est de règle dans les cas de ce genre, chez chacun de mes trois sujets, la sous-clavière droite se détachait de la crosse de l'aorte presque immédiatement ou immédiatement en dehors de la sous-clavière gauche légèrement dilatée à son point de départ; la vertébrale droite et la vertébrale gauche naissaient respectivement de la sous-clavière correspondante; le nerf laryngé inférieur gauche avait son trajet récurrent normal sous le canal artériel de Botal alors que chaque nerf laryngé inférieur

droit provenait directement du pneumogastrique du même côté et ne se réfléchissait sur aucun vaisseau artériel. C'est, en effet, l'absence de cette partie de la quatrième artère branchiale droite devant former normalement le tronc brachio-céphalique qui constitue un des caractères de cette variation. Les auteurs ne sont pas d'accord sur son degré de fréquence; selon Quain et Turner, elle se rencontrerait sur 0,4 p. 100 des sujets, selon Leboucq sur 0,50 p. 200 (1), selon Hyrtl, sur 2 p. 100, etc. La proportion centésimale relevée par Quain et Turner, si j'en juge, par le nombre des cadavres disséqués à l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine de Tours (80 par an en moyenne) est encore trop forte.

KRAUSE (2) dit, par contre, avec raison, que de toutes les malformations des vaisseaux de la convexité de la crosse de l'aorte humaine, celle qui est de beaucoup la plus commune est celle qui consiste dans la fusion initiale des deux carotides et de la sous-clavière droite. Pour en être convaincu, il suffira de se reporter à la longue bibliographie qu'en a donnée cet auteur et qu'il m'est impossible, faute de place, de reproduire. De nombreux numéros pourraient même s'y ajouter. Dans ces dernières années elle a été encore mentionnée, en effet, par P. Broca (3). E. Duchesne (4), Fleisch (5), Leboucq (6), etc., etc. et par moi (7). Mes professeurs et aides d'anatomie MM. le docteur Maurice, Danseux, Bougrier, Pathault, Bourdier, Schwartz, Pont jusqu'ici trouvée sur 5 sujets du sexe masculin et 4 du sexe féminin de différents âges. Sur trois hommes et deux femmes le tronc brachio-céphalique ayant sa longueur normale (3 centimètres) était terminé par trois branches: une externe, la sous-clavière droite; une moyenne, la carotide primitive droite; une interne, la carotide primitive gauche émanait du tiers supérieur ou de la moitié du bord interne du tronc brachio-céphalique dont la hauteur était réduite de 2 centimètres chez un des hommes et d'un centimètre chez la femme. Sur une femme, enfin, la carotide primitive gauche se détachait du tronc brachio-céphalique (dont les dimensions longitudinales atteignaient 4 centimètres et demi) en dedans et immédiatement au-dessus de son point d'émergence de la convexité de la crosse de l'aorte.

Cette malformation qui est, je le répète, la malformation de beaucoup la plus fréquente des artères de la convexité de l'aorte de l'homme et dont j'ai suivi les étapes graduelles sur les cadavres humains disséqués sous mes yeux, a une signification philosophique capitale. Elle rappelle une disposition constante dans les êtres qu'on place immédiatement au-dessous de l'homme dans l'échelle zoologique.

Voici, en effet, ce qu'on observe dans la série des *Mammifères* relativement au mode d'origine des vaisseaux de la crosse de l'aorte. Il y a fusion complète; ou incomplète de ces vaisseaux et par suite trois modes de conformation bien différents.

Dans le premier, qui est celui des *Ruminants* à cornes et des *Pachydermes*, la fusion est complète; la crosse de l'aorte donne naissance, en plus des Coronaires, à un tronc unique qu'on appelle « l'aorte antérieure » et duquel se détachent ensuite les deux carotides primitives et les deux sous-clavières; c'est le type représenté par la formule 3 + 1 de Broca.

Dans le second et le troisième mode de conformation la fusion est incomplète. Chez les *Carnassiers* la crosse aortique ne fournit en plus des artères cardiaques, que deux troncs: 1° un premier tronc dit innominé (1) qui donne en se divisant la sous-clavière droite, la carotide primitive droite et la carotide primitive gauche; 2° un second tronc qui est la sous-clavière gauche.

Chez les *Singes ordinaires*, *Cébiens* et *Phithéciens*, la crosse de l'aorte présente le même type que chez les *Carnassiers*. Parmi les *Anthropoïdes*, le gibbon et l'orang l'offrent également, mais, sous ce rapport, le gorille et le chimpanzé ressemblent à l'homme.

Chez les *Carnassiers* et les *Singes quadrupèdes*, le tronc brachio-céphalique a une étendue de 4 à 5 centimètres, chez le gibbon son étendue est réduite à 1 centimètre environ, et l'orang fournit le dernier terme de passage au type humain, en ce sens que chez lui la carotide gauche se confond avec le tronc céphalique seulement au niveau de son point d'origine. J'ai suivi, de même, la fusion graduelle de la carotide primitive gauche avec le tronc brachio-céphalique dans le plus élevé, le premier des *Primates*.

Au total les deux types de fusion incomplète des canaux à sang rouge de la tête et des membres thoraciques chez les *Carnassiers* et les *Primates* sont indiqués nettement dans les deux formules ci-dessous:

Homme, Gorille, Chimpanzé..... 3+1
Orang, Gibbon, tous les autres Singes et les Carnassiers. 2+1+1

La différence entre ces deux types n'est pas très grande, car on sait qu'habituellement chez l'homme, l'origine de la carotide gauche n'est séparée que par un petit intervalle de celle du tronc brachio-céphalique; il suffit que cet intervalle disparaisse pour que les deux vaisseaux se fusionnent. Toutefois la différence des deux types n'est pas sans importance, car elle est en rapport avec la forme du thorax, plus large et moins long chez les bipèdes que chez les Quadrupèdes. L'apparition du second type chez

(1) Leboucq, Anomalies de la crosse de l'aorte et de ses collatérales. (Annales de la Société de médecine de Gand, 1894.)

(2) W. Krause, Varietäten des Aortensystems in Braunschweig, 1868.

(3) Paul Broca, *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, p. 232.

(4) E. Duchesne, *op. cit.*, p. 334, Paris, 1881.

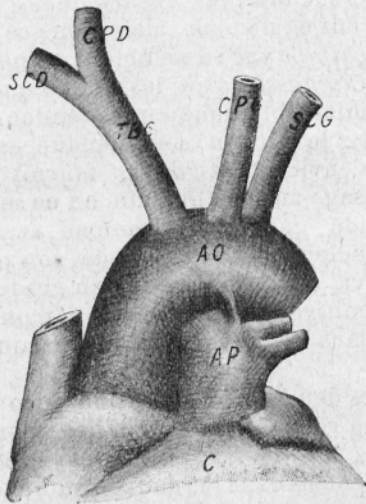
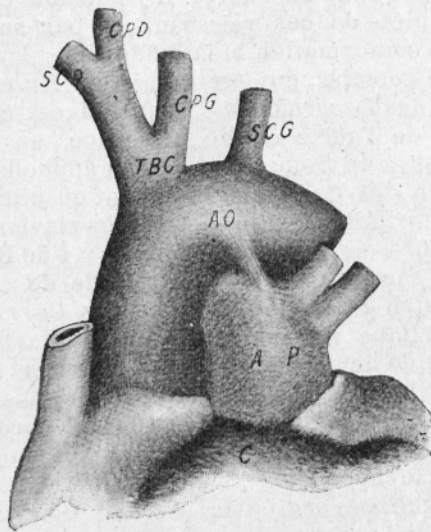
(5) Fleisch, *Beobacht. Verhandl. d. Phys. med. Ges. zu Würzburg*, 1879.

(6) Leboucq, *loc. cit. supra*.

(7) A. Le Double, *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, p. 590, Paris 1890.

(1) On désigne quelquefois sous le qualificatif de tronc innominé la première artère qui se détache de la convexité de la crosse de l'aorte de l'homme; mais ce tronc n'est évidemment pas innominé, puisqu'il a un nom et un nom fort clair, celui du tronc brachio-céphalique. On a appliqué à l'homme une dénomination empruntée à l'anatomie des *Carnassiers*.

l'homme doit être considérée comme une variation réversible, théromorphique, atavique ou d'héritage.



REPRODUCTION CHEZ L'HOMME DE LA FORMULE AORTIQUE de l'Orang, du Gibbon, des Singes quadrupèdes et des Carnassiers. Grosse de l'aorte de l'Homme, du Gorille et du Chimpanzé. —

Formule aortique : $2 + 1 + 1 = 4$.

Grosse de l'aorte de l'Orang, du Gibbon, des Singes quadrupèdes et des Carnassiers

Formule aortique : $3 + 1 = 4$.

Légende commune aux deux figures.

C, cœur ;
AP, artère pulmonaire ;
AO, aorte ;
TBC, tronc brachio-céphalique

SCD, sous-clavière droite ;
CPD, carotide pulmonaire droite ;
CPG, carotide primitive gauche ;
SCG, sous-clavière gauche.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE ET KYSTE DE L'OVAIRE. — ABLATION DU KYSTE PAR LA VOIE VAGINALE ; PERSISTANCE DES VOMISSEMENTS NE CÉDANT QU'À L'AVORTEMENT PROVOQUÉ. — GUÉRISON.

Par le D^r L. LAPEYRE.

Chirurgien en chef de l'hôpital, professeur suppléant à l'École de Tours.

L'histoire des kystes de l'ovaire pendant la grossesse a depuis longtemps attiré l'attention des chi-

rurgiens et des accoucheurs. Les accidents en résultant, depuis longtemps connus, ont fait, tour à tour et suivant les perfectionnements de la technique opératoire, préconiser la ponction du kyste, l'avortement provoqué, l'accouchement prématuré et enfin, depuis l'ère antiseptique, l'ovariotomie pure et simple qui non seulement guérit la femme, mais encore sauve l'enfant, puisque l'expérience apprend que l'expulsion prématurée est très rare après l'opération, incomparablement plus rare que sans intervention.

Acceptée et formellement conseillée aussi bien par les chirurgiens que par les accoucheurs, l'ovariotomie s'impose, et on peut dire d'elle avec le professeur Pinard et avec Delagenière du Mans : « Dans aucun cas, l'état de grossesse ne doit modifier les indications opératoires au point de vue de l'affection primitive. La grossesse n'est en somme qu'une complication qui rend l'opération nécessaire et quelquefois urgente ».

L'observation suivante n'aurait donc pas grand intérêt si elle n'était après tant d'autres qu'une ablation heureuse de kyste pendant la grossesse.

A peine le fait d'être intervenu par la voie vaginale, voie peu suivie dans l'ovariotomie et au cours de la grossesse, en légitimerait-il la publication.

Mais l'intérêt clinique présenté par ma malade est ailleurs ; il résulte de ce que l'intervention a été motivée par une complication qui, assez fréquente dans la grossesse simple, a peu ou point été signalée comme accident spécial de la grossesse coexistant avec un kyste, je veux parler des vomissements incoercibles.

Chez ma malade, en effet, dès les premiers jours de la grossesse ont apparu des vomissements incessants, rebelles à tous les traitements et menaçant, à bref délai, l'existence. Ce sont ces vomissements et l'apparition brusque d'une tumeur qui ont fait appeler le médecin et le diagnostic causal était rendu singulièrement difficile par la coexistence de ces deux phénomènes : vomissements bilieux et tumeur abdominale à marche rapide.

Or, en consultant les travaux publiés sur la grossesse compliquée du kyste de l'ovaire, par exemple la très complète thèse d'agrégation du D^r Rémy (1), ou la thèse récente de Cocard (2), je ne trouve nulle part signalés les vomissements incoercibles dans les observations si nombreuses recueillies.

Le D^r Rémy lui-même, qui étudie si minutieusement non seulement, comme cela avait été fait avant lui, l'influence de la grossesse sur le kyste et du kyste sur le travail, mais encore les modifications qu'apporte le kyste sur tous les phénomènes de la gestation, ne dit pas un mot des vomissements et ne cherche nullement à savoir si les vomissements incoercibles s'observent ou non plus fréquemment que dans la grossesse simple. C'est ainsi qu'au point de vue des petits accidents de la grossesse compliquée de kyste, Rémy écrit seulement :

(1) S. RÉMY. Thèse d'agrégation, Paris, 1884 : De la grossesse compliquée du kyste ovarique.

(2) COCARD. Th. Paris, 1894.

« Les petits kystes (ceux qui ne surdistendent pas l'abdomen) trahissent rarement leur présence par des malaises, ou, s'il en existe, la femme les rapporte à son état gravidique. Cependant, ils peuvent déterminer des douleurs sacrées et lombaires, des douleurs dans les reins, une sensation de tension et de douleurs dans l'hypochondre, des difficultés du côté de la miction. »

Faut-il conclure de ce silence d'un auteur si complet et aussi du silence des observations que le kyste ne favorise pas l'apparition de vomissements incoercibles ? Peut-être ! Et l'observation que je rapporte en fournit, semble-t-il, une preuve nouvelle et même meilleure, parce qu'elle est d'ordre positif.

L'ablation du kyste n'a pas modifié la gravité des accidents, ceux-ci n'ont cédé qu'à l'avortement provoqué, ce qui semble bien établir que la présence du kyste n'était point la cause provocatrice des vomissements, et que la grosseur seule leur donnait naissance.

L'exception formée par ma malade ne serait que la confirmation de la règle générale.

Mais je vais laisser la parole à la clinique en racontant de suite l'histoire de ma malade.

OBSERVATION.

Mme X..., mariée depuis six ans, âgée de 25 ans, a eu un enfant il y a quatre ans. La grossesse a été absolument normale, à peine quelques nausées dans les trois premiers mois.

Accouchement normal.

Depuis, comme auparavant, santé bonne, sans troubles d'aucune sorte, époques régulières. Depuis 6 ou 8 mois, les époques s'éloignent, il y a des retards de 8 à 15 jours, mais la santé reste bonne, aucune douleur du ventre, l'attention de la malade n'est pas attirée de ce côté. Le 12 avril, les règles s'établissent pour la dernière fois; le 15, arrêt brusque, s'accompagnant de quelques douleurs dans le ventre. La malade néanmoins ne s'alite pas, n'appelle pas le médecin.

Huit jours après, la malade est prise de vomissements d'emblée répétés et graves. Les vomissements sont alimentaires, puis bilieux; aucune alimentation n'est supportée. En même temps, la malade s'aperçoit que son ventre est gros, et elle s'alite très sérieusement malade.

Depuis cette époque elle ne peut se relever; les vomissements sont incessants, extrêmement pénibles. Rien ne les calme. Le ventre grossit très vite et d'une façon continue.

Le premier médecin appelé pense à une péritonite d'origine génitale, prescrit de la glace, de l'opium, une potion de Rivière, etc.

L'état va très vite s'aggravant, les traits se tirent, le faciès s'excave, l'amaigrissement est rapide, l'abattement extrême, six semaines après le début des accidents une intervention paraît s'imposer pour éviter une issue fatale.

Je vois la malade le 15 juin et la trouve dans l'état.

que je viens de décrire, les yeux hagards, répondant avec effort aux questions nécessitées par l'examen.

Le pouls est mauvais, rapide 130 environ; le faciès, les vomissements, la constipation opiniâtre éveillent bien l'idée d'accidents péritonéaux. *Pas de température cependant.*

Les règles n'ont pas reparu depuis juste 2 mois, c'est-à-dire depuis le début des accidents. A l'inspection, le ventre apparaît distendu par une tumeur médiane qui atteint l'ombilic et présente un aspect nettement bi-lobé, dessiné par la ligne blanche.

Au toucher combiner au palper, col gros, un peu ouvert, mou; l'utérus est abaissé à la vulve. Le doigt est arrêté dans le cul-de-sac postérieur par une collection fluctuante repoussant le cul-de-sac distant d'à peine 5 centimètres de la vulve.

La fluctuation se transmet très bien à la tumeur abdominale à droite, moins bien à gauche. La pression sur un point quelconque de la tumeur abdominale transmet la fluctuation absolument nettement au cul-de-sac postérieur.

Par le palper seul, la tumeur entière semble fluctuante, pas de différence appréciable de consistance, sauf à gauche et en avant où l'utérus paraît nettement senti distinct de la tumeur fluctuante, mais sans qu'on puisse préciser ses limites.

En somme : 1° il existe une tumeur fluctuante certainement indépendante de l'utérus; 2° l'utérus lui-même présente un col gros et mou, son volume est difficile à apprécier; les mouvements imprimés au col se transmettent à la masse tout entière et inversement.

On peut penser soit à une grossesse extra-utérine; et c'est la première impression corroborée par les symptômes et les accidents graves présentés, soit à un kyste ovaire avec grossesse coexistante. Deux symptômes rendent vraisemblable cette hypothèse :

1° L'aspect très nettement bilobé de la tuméfaction;

2° La fluctuation si manifeste de la tumeur dans le cul-de-sac postérieur, fluctuation concordant peu avec le diagnostic d'hématocèle ou de grossesse extra-utérine, et la transmission moins nette de la sensation de flots à l'un des lobes de la tumeur, le lobe gauche lui-même plus résistant au palper et qui, dès lors, serait l'utérus gravide.

Mais, d'autre part, l'apparition brusque de la tumeur, les accidents présentés qui éveillent malgré tout l'idée de lésions péritonéales sont plutôt en faveur de la grossesse extra-utérine, avec rupture du kyste fœtal.

En tout cas, l'intervention s'impose. J'opte de suite pour la voie vaginale en raison de l'accès si facile de la tumeur par le cul-de-sac postérieur et aussi de l'état très grave de la malade pour qui le shock opératoire doit être réduit au minimum; et le 18 juin je pratique, assisté des Drs Magnin et Boureau, la colpotomie postérieure.

Aussitôt le cul-de-sac incisé, apparaît une paroi blanc bléâtre, qu'il n'est pas difficile de reconnaître pour un kyste.

D'autre part, la prise du col d'une mollesse extrême indique une grossesse utérine.

Le doute n'est plus permis, il s'agit d'une grossesse coexistant avec un kyste.

Le kyste, attiré par une pince de Nélaton, tend pour ainsi dire de lui-même à s'énucléer dans le vagin; je le fends d'un coup de bistouri, un litre et demi de liquide environ s'écoule, le liquide est clair.

Le kyste s'accouche très facilement dès qu'il est vidé. Le pédicule assez mince est saisi dans les mors d'une pince de Segond renforcée d'une pince-longuette ordinaire.

Le doigt introduit dans le cul-de-sac trouve l'utérus renversé à gauche, du volume correspondant à une grossesse de 2 mois.

Pansement avec des mèches de gaze stérilisée. Les suites sont très simples. Pas d'élévation de la température ni du pouls. Les vomissements cessent pendant vingt-quatre heures, puis reprennent croissant et retrouvent leur incoercibilité première. L'ablation des pinces est faite au bout de quarante-huit heures.

Le 4^e jour malgré tous les traitements à nouveau employé: chloroforme, menthol, cocaïne, morphine, etc., les vomissements restent incoercibles; il devient urgent, sous peine de voir succomber le malade, de faire l'avortement provoqué, qui constitue l'ultime ressource. Je me contente de dilater le col avec une laminaire pour provoquer l'expulsion. Vingt-quatre heures après, l'avortement se fait et j'extrait deux fœtus de 2 mois environ et les deux placentas en totalité sans de sang perte notable.

Les vomissements se sont arrêtés avant même l'avortement, *dès la dilatation*. Aucune température; guérison rapide: la malade se lève au bout de 14 jours, mais elle est très amaigrie, très affaiblie et ne retrouve la santé qu'au bout de 2 mois environ.

Il est quelques détails de cette observation, tant au point de vue diagnostic que traitement, sur lesquels je désire insister.

Réflexions. — Je tiens tout d'abord à faire remarquer que l'incertitude du diagnostic résultait tout entière de l'état grave de la malade et de la signification péritonéale que paraissaient avoir les vomissements.

L'examen physique constatait très bien l'existence probable de deux tumeurs et faisait croire à une grossesse; le diagnostic kyste et grossesse eût dû être posé sans hésitation.

Mais j'avoue m'être trompé sur l'origine de ces vomissements que je persistais à attribuer à la tumeur, au lieu de les considérer simplement comme ce qu'ils étaient, c'est-à-dire des vomissements incoercibles de grossesse.

Mon erreur s'explique, il est vrai, par le raisonnement d'apparence exacte qui attache l'importance la plus considérable à la production anormale de la tumeur et pousse à oublier que la grossesse même physiologique entraîne avec elle son cortège possible de complications.

L'intervention par la voie vaginale a été merveil-

leusement simple; je ne dis pas qu'elle eût été plus difficile par l'abdomen, mais il est certain, cependant, que la voie vaginale a été plus expéditive, quelques minutes à peine, et a constitué pour la malade une insignifiante intervention. Le cas était, il est vrai, exceptionnellement favorable, car le col était à la vulve, le cul-de-sac postérieur à 5 centimètres à peine de l'extérieur.

Mais il n'en est pas moins réel que dans un certain nombre de cas il en peut être ainsi et qu'à l'exemple de Doyen il y a avantage à enlever par la voie vaginale ces kystes proéminant dans le cul-de-sac postérieur.

Dans la grossesse en particulier la voie vaginale pourrait trouver assez fréquemment son indication: si j'en juge en effet par les observations publiées dans les thèses de Rémy, Cocard, etc., les cas ne sont pas rares où le kyste reste enclavé dans le petit bassin maintenu dans sa position par l'utérus gravide et constituant dès lors un obstacle très grave au travail.

Jadis dans ces cas relativement fréquents et jugés seuls possibles de l'opération, on a fait la ponction vaginale. Ne paraît-il pas logique, dans de tels faits où la ponction vaginale s'imposait de préférence à la ponction abdominale, de substituer de même la taille vaginale à la taille abdominale?

Innocuité plus grande encore de l'opération, tel est en effet le résultat de l'ablation du kyste par la colpotomie.

Il est un dernier point que peut permettre de soulever cette observation, celui de l'influence de la grossesse sur le kyste. Deux opinions diamétralement opposées sont en effet en présence, les uns tenant pour l'accroissement rapide du kyste, les autres pour sa diminution sous l'influence de la grossesse.

La majorité des auteurs admet plutôt la première opinion et des exemples non douteux d'accroissement brusque sont signalés par eux. Ma malade paraît bien être un exemple de la même complication: jamais elle ne s'était aperçue que son ventre fût gros, depuis quelques mois tout au plus elle avait de légers troubles menstruels répondant peut-être au développement originel du kyste.

Brusquement, au contraire, dès les quinze premiers jours de la grossesse, le kyste apparaît, pour, en deux mois, atteindre le volume d'une tête de fœtus à terme.

La grossesse a donc agi sur le kyste.

Par contre, je ne puis que répéter ce que je disais au commencement de cet article: le kyste s'est montré sans influence sur la grossesse, aussi bien au point de vue de la conception que de la gestation.

La suppression en tant que fonction de l'ovaire dégénéré n'a nullement empêché ni une conception gémellaire, ni le développement régulier de la grossesse.

L'absence totale d'influence de l'ablation du kyste sur les vomissements incoercibles, l'effet au contraire immédiat de la dilatation utérine, établissent d'une façon aussi rigoureuse que possible l'absence absolue

de relation entre les vomissements et la tumeur ovarienne.

Conclusions. — M'appuyant sur cette observation dont les données concordent avec les faits enregistrés de coexistence de kyste et de grossesse, je crois donc pouvoir conclure :

1° Dans la grossesse compliquée du kyste de l'ovaire, les vomissements incoercibles ne paraissent pas plus fréquents que dans la grossesse simple.

2° S'ils existent, ils relèvent uniquement de l'état de gravidité, nullement d'une gêne occasionnée par la tumeur.

3° L'ablation du kyste est par suite sans action sur les vomissements.

L'avortement reste indispensable dans les cas graves.

En cas d'urgence, il faut d'emblée faire l'avortement et remettre à plus tard l'ablation du kyste.

4° L'ablation de certains kystes de l'ovaire, en particulier au cours de la grossesse, est indiquée par la voie vaginale.

La facilité et la bénignité de l'opération sont plus grandes encore que la laparotomie abdominale.

Reconstituant du système nerveux

NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

NOUVELLES

SYNDICAT MÉDICAL D'INDRE-ET-LOIRE

Les membres du syndicat médical d'Indre-et-Loire sont priés de venir nombreux au banquet confraternel qui les réunira à dîner à l'Hôtel de l'Univers, le mardi 1^{er} octobre à Tours avec leurs confrères syndiqués de Blois et de Saumur.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE DE NANTES

Nous rappelons à nos lecteurs que cet intéressant Congrès est ouvert le 23 septembre, pour se terminer le 29. Le 26, Inauguration des bustes élevés à la mémoire des deux grands Chirurgiens Nantais Chassaignac et Maisonneuve.

VARIA

Notre confrère le Dr Bousquet, de Valbonne (Alpes-Maritimes), se met à la disposition de nos confrères pour leur fournir de l'huile d'olive pure, provenant de sa récolte. Il fait les envois par colis postaux; avis.

ANALYSES

Anatomie Générale par Xavier BICHAT. (2^e Partie) :
Publiée par la Bibliothèque Positiviste, chez
STEINLEIN, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

La Bibliothèque positiviste continuant la réimpression de l'œuvre immortelle de Bichat nous donne aujourd'hui la 2^e partie de son anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine.

Tous ceux qui s'intéressent à l'étude de l'anatomie voudront lire dans Bichat ce qu'était cette science avant lui, ce qu'elle est devenue sous son impulsion générale.

L'ALBUMINURIE et son traitement hydrologique. —

Etude comparative, par le Docteur E. DUHOURCAU, médecin aux eaux de Cauterets (Hautes-Pyrénées), etc. *Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine*, prix Capuron 1900. — *Lettre-préface et rapport de M. Albert Robin, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris*, etc. — O. DOIN, éditeur, place de l'Odéon, 8, Paris.

On lira avec grand profit ce travail, qui a valu à son auteur d'être, pour la troisième fois, lauréat du prix Capuron à l'Académie de Médecine.

Si, après avoir exposé dans leurs détails les opinions souvent divergentes de ses confrères, le Dr DUHOURCAU n'a pas toujours pris parti, c'est qu'il est impossible d'enserrer dans des formules rigoureuses une question aussi vaste et aussi délicate que celle du traitement hydrominéral des albuminuries.

Après un premier chapitre servant, pour ainsi dire, d'introduction, consacré à la recherche et au dosage de l'albumine urinaire, l'auteur étudie la question très controversée de l'albuminurie physiologique à laquelle il ne croit pas, pour sa part, et, à sa suite la pathogénie et l'étiologie des albuminuries. Il examine brièvement la marche et le pronostic de celles-ci, et passe en revue les régimes, l'hygiène et les climats, trois importants facteurs de la cure des albuminuriques. Puis il aborde de front le traitement hydrologique, résumant et discutant tour à tour les travaux de la Société d'hydrologie et des écrivains qui s'en sont aussi occupés. Il demande leur enseignement pratique aux cours publics d'hydrologie des professeurs Gübler et Landouzy, de Paris, du Dr F. Garrigou, de Toulouse, aux traités magistraux tels que ceux de Lécorché et Talamon, d'Albert Robin, aux hydrothérapeutes et aussi aux hydrologues étrangers.

Il laisse après cela, comme l'écrit le Dr Albert Robin dans sa lettre-préface, « au tact du médecin le soin difficile d'appliquer aux malades les données d'ensemble que résume son livre. » En somme, « il fournit un guide excellent où les praticiens trouveront tous les éléments du jugement dont ils ont besoin ».

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

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

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

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

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

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

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

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

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

De l'extraction de la cataracte par le procédé à font kératoconjonctive. — Paris, Thèse 1901.

Le Dr Rollet, brillant élève de l'Ecole de Médecine de Tours, et que rattachent à la profession médicale les traditions laissées par un médecin justement estimé dans tout le département et un récent mariage, vient de soutenir devant la Faculté de Paris une importante thèse destinée à remettre en lumière un procédé d'extraction de la cataracte dû à qui un peu modifié peut soutenir avantageusement la comparaison avec le procédé habituel.

C'est auprès de notre distingué confrère, le Dr Vacher d'Orléans que le Dr Rollet a puisé les éléments

de sa thèse avec une grande sagacité clinique. Notre jeune confrère s'appuyant sur les observations qu'il a lui-même contrôlées démontre les avantages réels du procédé, qui réduit les dangers de perte du vitré au minimum et permet à l'opérateur de se passer d'aide. La Faculté de Paris a distingué cette thèse comme une utile contribution à l'étude de la technique opératoire de la cataracte.

OFFRE DE CLIENTÈLE

A céder pour raison de santé dans chef-lieu de canton de l'Ouest, à 6 kilomètres d'une grande ville, poste médical, résidence très agréable, excellente clientèle, 8 à 10.000 francs, 1.500 francs de fixe: 1 cheval et 1 bicyclette suffisent. — Conditions à débattre.

Pour tous renseignements :

S'adresser au Dr CANONNE
13, Rue d'Anjou, 13
ANGERS (Maine-et-Loire).

A CÉDER

Dans chef-lieu de Canton de l'Ouest de la France
Tout près d'une grande Ville

POSTE MÉDICAL TRÈS AGRÉABLE

Rapport moyen, 9 à 11.000 fr. : Fixe, 1800 fr.

CONDITIONS

Louer la Maison avec Bail et légère Indemnité.

S'ADRESSER AU BUREAU DU JOURNAL.

POUR LA CURE D'AIR : à louer, aux Patys, Roche-corbon, en Touraine, meublé ou non, un appartement situé en plein midi; jouissance d'un grand jardin (ombrages), et d'une terrasse à 30 mètres au-dessus de la Loire : à l'abri des vents du nord, de l'ouest et de l'est; à deux cents mètres de la station des tramways.

On prendrait des Pensionnaires.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, idoine, tanique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

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

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