

LES INCISIVES DES LÉPORIDÉS ; LEUR CROISSANCE PHYSIOLOGIQUE ILLIMITÉE ET LES CONFORMATIONS DÉFECTUEUSES QUI PEUVENT EN RÉSULTER POUR ELLES (1).

Par le D^r LE DOUBLE de Tours.

Ce qui caractérise surtout les Léporidés, c'est le nombre de leurs incisives supérieures et la durée illimitée de la croissance de ces dents.

Ils ont pour formule dentaire :

$$I : \frac{2.2}{1.1} \quad c \frac{0.0}{0.0} \quad p.m. \frac{3.3}{2.2} \quad m \frac{3.3}{3.3} = 28.$$

Ils possèdent donc, à l'âge d'adulte, quatre incisives à la partie supérieure, d'où le nom de *Duplicidentata* sous lequel ils sont désignés par opposition aux autres *Rongeurs* qu'on réunit sous le qualificatif de *Simplicidentata*. Cette paire d'incisives supérieures supplémentaire est petite, rudimentaire et située en arrière de la paire unique normale chez les *Scuridés*, les *Muridés*, les *Caviadés* et les *Hystrioides*.

Les longues incisives des *Lagomorphes*, de même que celles des autres animaux du vaste groupe des *Rongeurs* sont arquées, tranchantes et taillées en biseau à leur extrémité libre (le *Mesotherium* excepté) et, en raison de leur structure, conservent indéfiniment cette forme. Leur face antérieure et leurs bords sont protégés par une épaisse cuirasse d'émail, tandis que la dentine de leur face postérieure n'est recouverte que par une mince couche de ciment. Elles s'usent donc plus rapidement sur leur face postérieure qu'ailleurs et c'est aux dépens de cette face que se produit par attrition le bord inférieur coupé à l'emporte-pièce. Et quand, par hasard, elles n'arrivent plus au contact les unes des autres, elles grandissent démesurément et se contournent sur elles-mêmes d'une façon plus ou moins bizarre et plus ou moins compliquée.

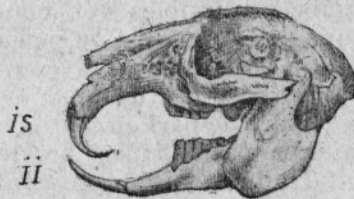
Je présente au Congrès deux têtes de *Lapins* adultes, figurant dans mes collections anatomiques, l'une d'un *Lapin domestique* (*Lepus cuniculus*) dit *Clapier à longues oreilles* et l'autre d'un *Lapin de garenne* dont les incisives offrent ce mode de conformation. Il est loin d'être commun comme chez le *Lapin domestique* et mes recherches bibliographiques ne m'en ont fourni aucun exemple chez le *Lapin de garenne*. Le mentionner chez ce dernier est donc faire œuvre utile. D'autant mieux que dans mes deux *Léporidés* il est un peu différent. Dans le *Lapin domestique* les incisives supéro-antérieures dont les dimensions longitudinales atteignent 17 millimètres, décrivent une courbe à concavité postérieure ; les incisives supéro postérieures ne sont guère plus grandes que d'habitude. Quant aux incisives inférieures elles sont beaucoup moins repliées sur elles-mêmes que les dents enchâssées dans les pré-maxillaires, mais mesurent 15 millimètres depuis leur émergence osseuse jusqu'à leur bord libre. Dans le *Lapin de garenne* qui a été tué d'un coup de fusil, dans la forêt d'Amboise, près Tours, par

M. le docteur Hippolyte Thomas, de Tours, les incisives supérieures artificielles recourbées sur elles-mêmes ont 26 millimètres de longueur, mais ne restent juxtaposées l'une à l'autre que dans une étendue de 8 millimètres, plus loin elles divergent, se portent l'une et l'autre en dehors, de sorte que l'extrémité terminale de chacune d'elles est séparée de sa congénère par un intervalle de 13 millimètres. Les incisives supérieures profondes longues de 8 millimètres s'écartent également l'une de l'autre, mais beaucoup plus tôt, presque dès leur sortie des pré-maxillaires et sont distantes inférieurement l'une de l'autre de 8 millimètres. Les incisives inférieures sont beaucoup moins incurvées que les dents qui leur correspondent à la mâchoire supérieure et leur étendue antéro-postérieure égale 18 millimètres.

En un mot, tandis que dans le *Clapier à longues oreilles*, les incisives demeurent, aussi bien à la mâchoire supérieure qu'à la mâchoire inférieure accolées depuis leur origine jusqu'à leur terminaison, dans le *Lapin de garenne* il n'en est ainsi qu'à la mâchoire inférieure.



DÉFORMATION DES INCISIVES CHEZ DEUX LÉPORIDÉS (*Lepus cuniculus*).
Tête d'un *Clapier à longues oreilles* dont les incisives supérieures et inférieures sont déformées, mais accolées.



Tête d'un *Lapin de garenne* dont les incisives inférieures sont déformées, mais accolées et les incisives supérieures déformées et divergent à leur extrémité libre.

Légende commune aux deux figures

IS, incisives supérieures ; — II, incisives inférieures.

UN CAS DE NODOSITÉS SOUS-CUTANÉES CHEZ UN ENFANT DE ONZE MOIS.

Par le D^r Edmond CHAUMIER.

Le 30 janvier 1899, on apporte à mon dispensaire Emilie C. âgée de onze mois (11 mois du 26 janvier). Cette enfant a été nourrie au sein pendant 5 mois par sa mère, puis élevée au biberon. Actuellement, on lui donne environ 1 litre 1/2 de lait, c'est-à-dire beaucoup trop.

Elle ne marche pas ; elle a 6 dents dont la sortie a été quelque peu hâtée peut-être par des incisions pour le moins inutiles.

Jusqu'à présent, elle a eu peu de diarrhée ; habituellement elle a plutôt de la constipation, res-

(1) Communication faite au Congrès des Anatomistes, à Lyon.

tant parfois 2 ou 3 jours sans aller, et ayant à la suite quelquefois, un peu, mais très peu, de diarrhée.

Il y a deux mois, elle aurait vomi et aurait eu une pneumonie.

Elle tousse très peu et ne présente à l'auscultation ni râles, ni souffle.

La petite malade est d'une maigreur extrême, squelettique. La face est petite relativement au crâne. La fontanelle, un peu déprimée, est large comme deux bouts de doigt environ. Il n'y a pas de trace de rachitisme; pas de gros poignets; pas de saillie de l'extrémité des côtes; pas de genu valgum; pas de laxité de la hanche. Les jambes sont excessivement petites, à peu près grosses comme le pouce. Le ventre est très gros, il n'y a pas de diarrhée actuellement.

Sur le tibia gauche existe une tuméfaction ronde, grosse comme le bout du doigt; une autre semblable en haut de la jambe et en dehors. Cela ressemble à des abcès cutanés en voie d'évolution.

2 février. — La mère avait pesé sa fille, il y a peu de temps; elle pesait avec ses vêtements 12 livres; aujourd'hui elle pèse 14 livres et 50 grammes. L'enfant, qui criait toute la nuit, dort très bien maintenant; sa chair est plus ferme, son état s'est sensiblement amélioré.

Le traitement a consisté en la suppression complète du lait, qui a été remplacé par une petite quantité de panade.

13 février. — La petite fille a un peu maigri. Elle n'a pas de diarrhée.

Dans la peau des jambes et dans celle d'une fesse existent de petites tuméfactions dures semblables à des abcès (abcès multiples des nourrissons). A une jambe, une des lésions est un peu allongée.

J'incise la peau de la fesse au niveau d'une de ces indurations; il ne sort pas de pus; avec la sonde cannelée, je déchire de part en part la lésion que je dépasse même. La partie supérieure de la peau est saine. Il s'agit d'indurations absolument localisées.

21 février. — Les jambes sont toujours squelettiques. Les indurations ont toujours le même aspect. L'endroit incisé est guéri, la réunion immédiate s'est produite; l'induration traversée de part en part a persisté.

27 février. — Les indurations existent toujours, mais paraissent moins dures. Les jambes sont très maigres.

11 mars. — L'enfant semble un peu plus forte. Les indurations sont peut-être un peu moins grosses.

16 mars. — Diarrhée aqueuse depuis hier soir; 7 ou 8 selles. L'enfant ne prend rien; les extrémités sont froides, le ventre est tendu. La peau est couverte de sueur. Un peu de toux.

28 mars. — La diarrhée a disparu complètement ou presque complètement. Le ventre est toujours très gros. L'enfant semble souffrir après avoir mangé. Elle crie souvent. Elle a des sueurs.

Les durillons du tissu cellulaire des jambes diminuent de grosseur. Dans la fesse, à l'endroit incisé,

la petite tumeur a disparu. L'enfant est très maigre.

5 avril. — Un peu de diarrhée. Depuis hier, l'enfant ne veut pas manger. La figure est un peu bouffie.

29 avril. — J'ai vu dernièrement l'enfant chez ses parents avec une diarrhée liquide très intense. La petite fille qui paraissait mourante a fini par guérir. Elle avait encore des nodosités sous-cutanées. Il y a cinq jours, il en est revenu de nouvelles sur les jambes et les fesses, roulant sous le doigt comme de petits ganglions; aujourd'hui, les nodosités font corps avec la peau.

Là s'arrêtent les notes prises sur cette enfant. Au moment où j'ai cessé de la voir, elle était encore d'une maigreur et d'une faiblesse extrêmes, j'ai appris sa mort deux ou trois mois plus tard. Elle n'avait pas été ramenée au dispensaire.

Bien qu'incomplète, j'ai tenu à rapporter cette observation, à cause de la rareté de cas semblables, et à cause de la difficulté d'interprétation de tels accidents. Ce n'est qu'en accumulant les observations de tels cas exceptionnels qu'on pourra peut-être un jour en trouver l'explication, l'étiologie et la nature.

Je ne sache pas qu'il existe de cas absolument semblable dans la littérature médicale, et de cas de nodosités chez un aussi jeune sujet.

Ce qui ressemble le plus à la maladie de cette petite fille, ce sont les nodosités rhumatismales, cutanées ou sous-cutanées, nodosités excessivement rares, puisqu'il n'en existe que 75 observations dans la science, dont 60 sur des sujets de moins de 20 ans.

Le Dr Josias (1), médecin de l'hôpital Bretonneau, en a rapporté dernièrement deux cas, les seuls qu'il ait vus. Il s'agissait de deux garçons. L'un, âgé de 11 ans 1/2, est entré à l'hôpital le 8 mai 1901. Sa maladie a débuté subitement un mois avant son entrée par une angine avec fièvre intense, ganglions sous-maxillaires très développés et éruption cutanée consignée par de grands placards d'un rouge cuivré, séparés par des intervalles de peau saine.

Huit jours plus tard apparurent des douleurs articulaires. Ces douleurs ne s'accompagnaient ni de tuméfaction, ni de rougeur des jointures; elles n'empêchaient pas le malade de se lever et de faire quelques pas.

Huit jours avant d'entrer à l'hôpital apparurent des mouvements choréiques, et à la même époque, les parents remarquèrent l'existence de petites nodosités au niveau du poignet et du cuir chevelu.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le petit malade est très amaigri.

(1) Josias : Deux cas de nodosités rhumatismales chez les enfants, avec examen histologique; communication au Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie de Nantes (23, 29 septembre 1901); *La Médecine Moderne*, 25 septembre 1901.

Il existe un très grand nombre de nodosités au niveau de la tête et des membres.

Toutes sont situées au dessous de la peau, dont elles sont nettement distinctes et qui est mobile sur elles. Profondément elles paraissent adhérer aux tendons et aux plans fibreux qui recouvrent les os. Dans le premier cas elles se mobilisent facilement, roulent sous le doigt avec le tendon; dans le second, elles semblent faire corps avec l'os dont elles ont la dureté. Légèrement douloureuses à la pression, elles ont des dimensions variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille; toutefois au niveau du crâne il en est deux qui atteignent le volume d'une petite noisette. La coloration de la peau qui les recouvre est normale.

Le nombre de ces nodosités est considérable puisque, au niveau des membres, il en existe plus de 250, et que sur le crâne il est impossible de les compter tellement elles sont confluentes.

Le 20 mai, les mouvements choréiques ont presque complètement disparu; les nodosités des avant-bras et des poignets ont notablement diminué de volume.

Le 6 juillet, l'enfant présente encore environ une vingtaine de nodosités au niveau des membres. Quelques nouvelles sont apparues. Il n'y en a plus à la tête.

— Le deuxième garçon, âgé de 13 ans, est entré à l'hôpital le 29 juin. Il y a deux ans, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, localisé aux poignets, aux coudes et aux genoux. Il n'est resté que 8 jours au lit, mais les douleurs ne disparurent qu'après 3 ou 4 mois. Un mois après le début, on a constaté l'existence de petites nodosités au niveau des coudes et des genoux.

Il y a 5 mois, le petit malade a eu de nouveau des douleurs au niveau des coudes, des genoux, des poignets et des coudes. L'enfant continua à marcher. 15 jours après le début, sont apparues les petites nodosités que l'on constate aujourd'hui.

Il y a 2 mois, on s'est aperçu de l'existence de petites taches rouges, siégeant au niveau des jambes, survenant par poussées.

A son entrée à l'hôpital, il présente sur la poitrine et le ventre un érythème circiné dont les éléments sont en voie de disparition.

L'exploration des régions articulaires révèle l'existence de petites nodosités. Celles-ci sont au nombre d'une trentaine. Leurs dimensions varient du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. Elles sont sous-cutanées, mobiles sous la peau et sur les parties profondes. La peau, à leur niveau, ne présente aucune modification.

L'enfant est anémié et émacié.

Le 31 juillet, disparition complète des nodosités.

Chez les deux petits malades, le cœur était lésé.

Je ne veux point faire ici l'histoire des nodosités rhumatismales. On trouvera, dans le travail de Josias, une analyse succincte des travaux antérieurs.

J'ai donné un court résumé des 2 observations de cet auteur pour avoir des points de comparaison avec la mienne.

Je ne connais pas l'âge des 75 malades observés par les différents auteurs; 60 avaient moins de 20 ans, c'est tout ce que je sais. Les 2 malades de Josias avaient 11 ans 1/2 et 13 ans. Ma petite malade avait 11 mois; j'ai tout lieu de croire que c'est un cas exceptionnel, sinon unique, quant à l'âge.

Ma malade n'a pas présenté de mouvements choréiques. La chorée existerait dans le cinquième des cas de nodosités rhumatismales.

A-t-elle eu des douleurs articulaires? Il est impossible de répondre à cette question. Un enfant de onze mois ne peut se plaindre de douleurs dans les jointures; et comme généralement ces douleurs sont très atténuées; comme il n'y a habituellement ni rougeur ni gonflement, comme les mouvements ne sont point entravés, comme le plus souvent la marche est seulement un peu gênée, il y a impossibilité absolue à découvrir de semblables phénomènes articulaires chez un enfant ne marchant pas.

Après le début de la marche on pourrait peut-être soupçonner des douleurs, en présence d'une incapacité de déambulation, ou devant une simple gêne.

Ma petite malade souffrait sans doute, car elle criait beaucoup, surtout au début, et l'on sait que le plus fréquemment les douleurs précèdent les nodosités; mais cette enfant squelettique, se nourrissant mal, absorbant trop de nourriture, ayant un ventre énorme, avait toute chance de souffrir du côté du tube digestif, et il était tout naturel d'y penser tout d'abord.

Il y a des cas rapportés par les auteurs chez lesquels il n'y avait pas de douleurs articulaires, mais de simples douleurs musculaires. Il est aussi difficile, sinon plus, chez un enfant de onze mois, de trouver des douleurs du côté des muscles que du côté des articulations. Les malades de Josias étaient très maigres; c'est indiqué de la façon la plus nette dans les observations; l'enfant de 11 ans 1/2, très amaigri, pesait 26 k. 100 gr.; celui de 13 ans était anémié et émacié.

C'est là un point de ressemblance avec ma petite malade qui était on ne peut plus émaciée.

Je ne trouve dans mon observation aucune mention de symptômes du côté du cœur; je ne me rappelle pas si j'ai ausculté le cœur de cette enfant; mais c'est bien probable, car elle toussait, j'ai ausculté la poitrine et lorsque j'ausculte les poumons, j'ausculte presque toujours le cœur par la même occasion.

Le cœur est souvent atteint dans la maladie qui nous occupe; mais cela n'est pas nécessaire; de même que le cœur n'est pas nécessairement malade dans la chorée.

Je n'ai pas noté, non plus d'éruptions, cutanées.

Les dimensions des nodosités observées jusqu'à

ce jour varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette ; on en a vu de grosses comme une amande ou une noix. Ce sont bien là les dimensions de celles que j'ai observées sur ma malade. Elles ressemblaient beaucoup à ces petits abcès cutanés ou sous-cutanés si fréquents chez les jeunes enfants, et parfois si multipliés que j'en ai vu plus de deux cents sur le même sujet. Dans ces abcès la peau, le plus souvent, change de couleur, devient rouge, violacée, tend à s'ulcérer ; mais assez fréquemment aussi elle ne subit, pendant longtemps, aucune altération, et il faut chercher avec le doigt ces petits abcès sous-cutanés qu'on sent comme des grains de plomb.

Chez un très jeune enfant c'est à ces abcès qu'on songera tout d'abord ; l'incision seule établira le diagnostic.

D'après ce que je viens dire, je crois que je puis, sans hésiter beaucoup, ajouter mon observation aux 75 déjà publiées et la classer dans ce qu'on a appelé *nodosités rhumatismales* ; mais à ce sujet il me sera permis de faire une réflexion. En disant *nodosités rhumatismales*, on semble faire de ces nodosités une manifestation du rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre rhumatismale. Il y a là une erreur, la même qui existe pour la chorée. Germain Sée et d'autres ont fait de la chorée une manifestation rhumatismale ; rien n'est plus faux. On a fait aussi de l'endocardite une manifestation exclusivement rhumatismale ; on a dit : le rhumatisme articulaire aigu s'accompagne presque toujours d'endocardite, le cœur se prend dans le rhumatisme comme une articulation, et de même que le rhumatisme peut n'atteindre qu'une seule jointure, de même il peut n'atteindre que le cœur sans toucher aux jointures.

Mais on sait aujourd'hui que beaucoup de maladies infectieuses peuvent léser le cœur, et que la fièvre rhumatismale n'est qu'une de ces maladies infectieuses.

J'ajouterai que la fièvre rhumatismale n'est pas la seule maladie infectieuse pouvant produire des manifestations articulaires et que parmi ces maladies infectieuses doit être placée la chorée. Les arthrites de la chorée ne ressemblent que de loin à celles du rhumatisme articulaire ; on ne rencontre pas de douleurs aussi vives, de gonflement, d'épanchement articulaire. Il s'agit d'ordinaire de douleurs vagues, ne forçant pas toujours les malades à garder le lit.

Bien souvent on a d'énormes difficultés à faire ressouvenir les malades de ces douleurs peu importantes pour eux ; et bien souvent on ne les trouve pas.

Les nodosités cutanées et sous-cutanées — d'après mon observation, elles peuvent tour à tour occuper la peau et le tissu cellulaire sous-jacent — doivent bien plus faire partie de la chorée que du rhumatisme articulaire aigu.

La chorée doit être séparée de ce rhumatisme, et être considérée comme une maladie autonome

qui peut se manifester par des accidents nerveux seuls ; par des accidents nerveux et des lésions du cœur ; par des accidents nerveux et des douleurs articulaires ; par des accidents nerveux, des douleurs articulaires et des lésions du cœur ; par des douleurs articulaires seules ; par des douleurs articulaires et des lésions du cœur ; par des douleurs articulaires et des nodosités ; par des douleurs articulaires, des nodosités et des lésions cardiaques ; par des douleurs articulaires, des nodosités, des lésions cardiaques et des troubles nerveux ; et enfin peut-être par des nodosités seules ou par des nodosités et des troubles nerveux.

Cette séparation n'a pas un intérêt simplement scientifique. Son intérêt pratique a une aussi grande importance, car le traitement de la chorée et celui du rhumatisme articulaire aigu, diffèrent beaucoup. Les remèdes qui guérissent l'une n'agissent pas sur l'autre, et ceux qui font disparaître celle-ci ne guérissent pas celle-là.

L'acide salicylique et les salicylates ont une action manifeste sur la fièvre rhumatismale ; dès les premières doses, les douleurs s'atténuent et disparaissent, la température se rapproche de la normale.

Pour la chorée, c'est l'antipyrine et l'arsenic, l'arsenic surtout qui sont les médicaments de choix. En huit à douze jours avec l'acide arsénieux, moins vite avec les cacodylates, en 15 jours ou trois semaines avec l'antipyrine on vient à bout des chorées les plus intenses. Les cas qui résistent à ces deux médicaments sont absolument exceptionnels. Ce sont donc ces médicaments qui devront être employés avec toute chance de succès dans les nodosités cutanées ou sous-cutanées.

LA DÉFENSE DE L'ENFANT

Rapport présenté au Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Nantes

Par les D^{rs} G. OLLIVE, Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes et C. SCHMIT

Parmi les nombreux rapports présentés et lus à Nantes au Congrès du 23 au 29 septembre 1901, celui-ci nous paraît mériter tout particulièrement la publication, car il traite et résume dans son ensemble la question si poignante et si douloureuse de la Défense de l'Enfant. Les tares héréditaires, la misère, le manque de soins et les préjugés prélèvent chaque année sur la population enfantine une dime effroyable de petites existences.

Jusqu'ici si les médecins ont dénoncé la cause du mal, si le législateur s'est appliqué à y trouver quelques remèdes, le public lui-même est resté indifférent, l'esprit obscurci par la longue tradition d'indéracinables préjugés.

Cependant le Théâtre et le Journal ont récemment abordé le douloureux problème et dès lors la question s'est imposée enfin à l'attention de tous.

Ce travail est donc tout d'actualité et il montre le

rôle primordial des médecins dans la campagne de généreuse défense entreprise. Ne pouvant donner dans son entier ce remarquable rapport, nous laissons de côté ce qui a trait à la défense de l'enfant avant la procréation et avant la naissance, et publions au contraire intégralement la partie qui a trait à la défense de l'enfant après la naissance, c'est là du reste que le rôle des médecins s'affirme dans toute sa grandeur et sa noblesse.

S'il est une question qui intéresse à la fois et la Médecine et la Société, dont toute nation doit avoir à cœur de se préoccuper, c'est celle de la défense de l'enfant. Elle se rattache au grand problème de la dépopulation : et, à ce seul titre, mérite de fixer l'attention du législateur, de l'hygiéniste, du patriote et du philanthrope. Elle trouve bien sa place dans un Congrès qui réunit à la fois accoucheurs et médecins d'enfants.

Pour lutter contre le faible excédent des naissances sur les décès, il ne suffit pas de majorer les premières, il faut restreindre les seconds à tous les âges et surtout pendant l'enfance. La mortalité infantile est effrayante avant et après la naissance. Les statistiques en font foi. Il est difficile de connaître le nombre exact de décès d'enfants pendant la grossesse. Beaucoup sont inconnus et pour cause ! Les chiffres officiels n'en sont pas moins instructifs : dans une ville industrielle de cent cinquante mille habitants, le quinzième des enfants meurt avant la naissance, et, parmi les survivants, dix pour cent sont des débiles ! Après la naissance, la mortalité ne fait qu'accroître et atteint le sixième de la mortalité générale.

L'étude des causes de cette épouvantable mortalité et surtout des moyens d'y remédier a suscité bien des travaux depuis quelques années. Il nous serait impossible de les citer tous, mais à beaucoup, nous avons fait de larges emprunts.

Notre but en présentant ce rapport est moins d'apporter quelque remède nouveau au mal croissant que de donner un travail d'ensemble sur la question et de le soumettre à des hygiénistes et à des pédiatres.

Le moment est favorable. A cette heure où le Gouvernement s'occupe de la création de caisses de secours pour les vieillards, il nous a paru utile de lui rappeler une autre assistance non moins digne de son attention et de sa bienveillance, l'assistance de l'enfant.

Cette assistance ne commence pas seulement au moment de la naissance, elle ne commence même pas au moment précis de la réunion des deux germes paternel et maternel, elle doit se manifester avant la conception.

Elle comprend trois étapes que M. le professeur Pinard a nettement déterminées dans un précédent Congrès.

- 1° La défense de l'enfant avant la procréation ;
- 2° La défense de l'enfant depuis la procréation, jusqu'à la naissance inclusivement ;
- 3° La défense de l'enfant après la naissance.

L'enfant est né. L'œuvre de défense n'est point achevée : elle commence à peine. Le philanthrope est douloureusement surpris à la lecture des statistiques de la mortalité infantile. Dès 1878, le docteur Bergeron déclarait que le nouveau-né a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de 90 ans, moins de chances de vivre une année qu'un octogénaire.

Plus récemment, dans leur remarquable rapport à l'Académie de Médecine, MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph indiquent les décès d'enfants de moins d'un an dans la population urbaine de France de 1892 à 1897. Pendant cette période, près de trois cent mille enfants sont morts ! Cette mortalité est égale au cinquantième de la population, et au sixième des décès de toutes natures !

Les causes en sont magistralement étudiées par les rappor-

teurs. Les affections du tube digestif causent 38 pour 100 des décès infantiles, celles de l'appareil respiratoire 14, 7 pour 100, la débilité congénitale 17, les tuberculoses 2, 5, les maladies contagieuses 5, les autres causes 22 pour cent. Ainsi, les affections gastro-intestinales et pulmonaires tuent à elles seules plus de la moitié des enfants ; et, tandis que les premières sévissent principalement en été, les secondes exercent surtout en hiver leur funeste influence.

Sommes-nous réduits à l'impuissance contre ce fléau ? non heureusement et d'après MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph, plus d'un tiers des décès d'enfants est évitable. Chaque année, vingt mille enfants sont sacrifiés, qui devraient être sauvés, et par quels moyens ? Deux les résument tous : l'assistance médicale du nourrisson, l'assistance financière de la mère indigente.

Avec les lois actuelles, les nourrissons peuvent se diviser en deux grandes classes : les nourrissons dont la surveillance est uniquement confiée à leur famille et les nourrissons, qui, placés en nourrice ou abandonnés à l'assistance publique, sont sous la surveillance de l'Etat.

Les premiers sont les plus nombreux : la Société ne s'en occupe pas. L'affection et le dévouement d'une mère veillent sur eux. Rien assurément ne saurait les égaler et les remplacer. Malheureusement, l'amour maternel est souvent aveugle. Inconsciemment, il commet des fautes ; et combien de mères, voulant sauver leur enfant, le tuent par ignorance.

Souvent encore, l'amour maternel ne peut s'exercer dans toute sa grandeur. Les difficultés de la vie, les exigences du travail, l'entravent dans ses manifestations. Aussi, nécessité pour ces enfants d'une surveillance éclairée et obligatoire que, seul, l'Etat peut exercer.

La création de consultations de nourrissons est un premier moyen de la pratiquer. Une direction médicale s'impose pour sauver la mère de l'ignorance, des préjugés, des mauvais conseils. Sans doute, une mère sait que l'allaitement au sein est préférable aux autres méthodes, mais c'est insuffisant. Les gastro-entérites existent même avec l'allaitement maternel. Il faut instruire la femme sur le nombre et les intervalles des repas, sur la quantité de lait que doit prendre l'enfant. Il faut lui faire connaître les caractères de la bonne santé du nourrisson et lui montrer que les pesées seules donnent des renseignements précis. Il faut lui apprendre l'hygiène de la femme qui allaite, en particulier l'hygiène de la région mammaire. Enfin, quand le nourrisson aura grandi, c'est à la consultation qu'il faudra diriger le sevrage, ce moment critique où prennent naissance tant d'affections digestives.

C'est là encore que seront enseignés les moyens nécessaires pour prévenir le développement des maladies contagieuses, des fièvres éruptives : c'est là, en un mot, que se fera l'éducation de la mère en même temps que la surveillance du nourrisson.

Les bienfaits des consultations de nourrissons sont trop connus pour y insister et que de petits Français ont été sauvés depuis le jour où le professeur Budin eut, dans une généreuse pensée, le mérite de créer la première « École des Mères » à l'hôpital de la Charité. Ses statistiques suffisent pour prouver l'excellence de son œuvre, et il est bon de rappeler qu'en ces trois dernières années, tandis qu'à Paris, la diarrhée occasionnait d'innombrables décès (833 du 7 août au 2 septembre 1898 il n'éprouvait aucune perte parmi les nourrissons qui suivaient sa consultation. Aussi son exemple a trouvé de nombreux imitateurs ; et, à Paris, l'Assistance publique a doté, de consultations de nourrissons, ses principaux services, s'unissant ainsi à la générosité privée de quelques puériculteurs.

En province, l'élan est aussi donné, mais il faudrait partout le même entraînement ! C'est si facile de créer une consulta-

tion de nourrissons : trois choses suffisent, a écrit M. Jonnart, dans la préface d'un remarquable ouvrage sur le nourrisson « une balance, un appareil à stériliser le lait, ou du lait stérilisé du commerce et le dévouement d'un médecin. » Est-ce bien tout : il est un élément que nous semble avoir oublié l'éminent député du Pas-de-Calais, et contre lequel il faut lutter. C'est l'indifférence des mères. Cette indifférence est vraiment navrante. A la consultation de l'Hôtel-Dieu de Nantes, l'un de nous a essayé de créer une consultation infantile. Bien peu de mères ont répondu à son appel et sont venues régulièrement. Celles à qui l'on donnait du lait stérilisé étaient là ; les autres venaient deux ou trois fois et c'était tout. De son côté, le Dr Crimail, chirurgien de la Maternité, invite au moment de leur sortie, toutes les femmes accouchées dans son service, à se présenter à sa consultation, le mercredi, avec leur nourrisson : c'est à peine si quatre ou cinq la suivent régulièrement.

Dans un travail récent sur la consultation infantile de la Charité, M. Maygrier, professeur agrégé, expose que sur 2,080 enfants sortis de son service, 321, un peu moins du 1/6, ont été ramenés à la consultation, et que le laps de temps pendant lequel les mères viennent très régulièrement, est très variable. Les 321 femmes peuvent, à cet égard, être rangées en trois classes : 221 sont venues pendant une période de 1 à 3 mois ; 80, de 3 mois à 1 an ; 20, de 1 an à 2 ans. Celles qui se présentent le moins longtemps sont, pour la plupart, des femmes qui donnent le sein exclusivement. Les autres ramènent leurs nourrissons plus longtemps, étant dans l'obligation de revenir ou d'envoyer chaque jour chercher la quantité de lait stérilisé qui leur est nécessaire.

A l'indifférence, s'ajoute pour beaucoup de femmes, la difficulté de se rendre aux consultations. La plupart sont obligées de travailler pour gagner leur vie et celle de leurs enfants, et depuis longtemps déjà les mères sont à l'atelier, hors de leur maison, aux heures des consultations. Celles-ci sont donc insuffisantes, et pour protéger le nourrisson, il faut une surveillance plus active. Pourquoi les pouvoirs publics n'exigeraient-ils pas de toute mère ou nourrice, ayant un enfant de moins d'un an, un certificat médical obligatoire exigible, tous les mois en hiver, tous les quinze jours en été ? Riches et pauvres, ouvriers, bourgeois et nobles y seraient soumis. Le certificat serait délivré gratuitement pour les indigents. Les parents qui ne se soumettraient pas aux exigences de la loi en encourraient les rigueurs ; et un médecin, désigné par la municipalité, irait constater l'état du nourrisson.

Cette proposition peut paraître vexatoire.

Le représentant de l'opposition gouvernementale lui reprochera son caractère inquisiteur et criera à la violation du domicile et de la liberté ; mais la liberté du meurtre n'existe pas, et la Société a le devoir de protéger tous les enfants en bas âge. « L'enfant, dit Strauss, a le droit de vivre, et les parents eux-mêmes malgré leur autorité familiale, ne peuvent mettre obstacle à ce droit de leur enfant. »

Au Congrès de Rouen, un vœu émis sur la proposition de MM. Cambillard, Lefèvre et Strauss, proposait une solution semblable à la nôtre : seulement les familles n'étaient astreintes à produire un certificat médical que tous les deux mois. Le terme est trop long. Il est illusoire en été.

Le principe de ce même vœu se retrouve dans le projet de revision de la loi Roussel, préparé par le concours médical sur le rapport du docteur Gassot. Dans ce projet, la surveillance des enfants nourris et élevés par leurs parents est prescrite après enquête par le juge de paix. Ce projet est moins égalitaire, il ne s'étend pas à tous les enfants et, par là même, est insuffisant. Beaucoup de nourrissons échapperaient à la surveillance de l'autorité et mourraient ainsi sans en avoir éprouvé les bienfaits.

Un des meilleurs résultats de la visite médicale obligatoire

serait de démontrer aux mères la nécessité de l'allaitement maternel. Le médecin, avec son influence, arriverait rapidement à détruire des préjugés, des erreurs : l'allaitement maternel reprendrait sa place d'honneur et les autres méthodes d'alimentation du nourrisson disparaîtraient peu à peu. Depuis longtemps les puériculteurs démontrent le droit de l'enfant au sein de sa mère, et, il est exceptionnel qu'une femme chez laquelle l'allaitement est bien dirigé, ne soit pas une nourrice suffisante au moins dans les premiers mois.

Les femmes qui ne nourrissent pas se divisent en deux grandes classes : celles qui ne le veulent pas, celles qui ne le peuvent pas. Les premières existent surtout dans les classes aisées, dans les classes dites dirigeantes de la Société. Dans l'occasion, elles ne prouvent guère leur supériorité sur les autres, loin de là. Pour elles, aucune excuse, aucune pitié. Leur nombre diminuera forcément le jour où la loi Roussel sera appliquée dans toute sa sévérité et avec quelques modifications nécessaires.

Les secondes sont plus intéressantes. Elles voudraient allaiter. Leur état de santé, leurs occupations les en empêchent. Il est rare que la maladie s'oppose à l'allaitement : ces cas existent cependant, et la mère tuberculeuse, par exemple, ne peut nourrir elle-même. D'autres fois, ce sont des maladies infectieuses, des vices de conformation du mamelon qui rendent l'allaitement maternel impossible. Plus fréquemment la femme ne peut nourrir parce que les exigences de la vie ne le lui permettent pas. C'est de celles-là dont nous allons actuellement nous occuper. A ce sujet, il est navrant de constater l'infériorité des enfants pauvres. La femme du peuple, l'ouvrière, l'employée de bureau ne peuvent élever leurs enfants à leur volonté. Le travail nécessaire à l'entretien de la famille les retient loin de la maison ou encore la misère altère la sécrétion lactée et ne permet de donner au nourrisson qu'un aliment insuffisamment nutritif.

Pour faire disparaître cette inégalité sociale, aucun sacrifice n'est trop élevé. M. Charles Mercier préconise le seul système qui trancherait pratiquement la difficulté : l'indemnité de grossesse et des gratifications se poursuivraient chez toute femme salariée pendant toute la durée de l'allaitement jusqu'au sevrage. Malheureusement, suivant la juste remarque de M. Strauss, ce moyen est impossible à réaliser actuellement. Il est trop onéreux. De ce seul fait, le budget de la ville de Paris serait grevé de 72 millions par an ! En outre, les mères de famille seraient si peu souvent au travail que les chefs d'industrie se refuseraient à les employer ; aussi faut-il avoir recours à d'autres procédés moins efficaces, mais seuls réalisables.

L'assistance pendant la grossesse et les suites de couches, telle que nous l'avons réclamée, aura déjà une heureuse influence. La femme, préparée chez elle ou à l'hôpital, au devoir de la maternité, aura compris non seulement la nécessité de l'allaitement maternel, mais l'utilité d'un allaitement bien dirigé.

L'enfant né, la femme nourrira et l'indemnité ne lui sera continuée qu'à ce prix, à moins que des raisons de santé, certifiées par un médecin, n'y mettent opposition formelle. Pendant un mois et demi, l'enfant aura ainsi la nourriture qui lui convient. Et après ? Tous les efforts de la Société doivent tendre à permettre la continuation de ce mode d'allaitement. Le professeur Pinard, en 1897, exprimait nettement cette opinion : « Une seule solution est normale et humaine, disait-il à la Société de médecine publique, et d'hygiène professionnelle, et c'est la seule qui soit efficace : « Faire en sorte que l'enfant ne soit pas séparé de sa mère. »

C'est possible, mais les moyens à employer nous semblent différents pour la femme indigente et pour celle qui gagne sa vie hors du foyer familial. Si la mère est indigente, des secours doivent lui être accordés.

Eux seuls peuvent assurer la vie à l'enfant.

Actuellement les secours départementaux sont insignifiants.

5 à 10 francs par mois au plus; quant aux secours communaux, ils n'existent pas ou sont encore moindres. Les budgets des communes ne permettent pas de dépenser la somme nécessaire à l'assistance de la première enfance.

D'ailleurs la durée des secours est bien trop courte : à peine quelques mois. Ainsi comprise l'assistance maternelle est inutile : les enfants ne sont pas abandonnés à la naissance, mais deux ou trois mois après. Ils s'étiolent bientôt et meurent avant la fin de la première année.

Les secours d'allaitement doivent s'étendre jusqu'à la fin du sevrage ; ils doivent être suffisants pour assurer l'entretien du nourrisson. Ils doivent être distribués par l'assistance publique qui exercera une surveillance attentive sur l'emploi des subsides accordés. Quelques puériculteurs reprochent aux secours à domicile de ne pas répondre à leur but, d'être souvent gaspillés. Ils rejettent ce moyen et préfèrent l'assistance complète de l'enfant en dehors de la famille. Leur avis ne saurait prévaloir. En s'emparant de l'enfant, l'Etat détruit le lien de la famille ; et, suivant la parole du professeur Pinard « le sein et le cœur d'une mère ne se remplacent pas. » Nulle part, où qu'il soit, le petit être ne sera choyé comme auprès de sa mère. La séparation ne devient recommandable qu'aux seuls cas où la mère est dans l'impossibilité de le garder par immoralité, perversion, ou pour cacher une faute qui doit rester secrète.

D'ailleurs avec la surveillance, les abus seront moins nombreux et dans certains cas, il sera possible de distribuer au lieu de secours en argent, des secours en nature et de donner des bons de pain, de viande, de vêtements.

Les secours à domicile ne seulement viennent en aide au nourrisson, mais entretiennent le bon état de santé de la mère. Aussi sont-ils supérieurs à tous les autres moyens d'assistance. Les statistiques le prouvent. Pour le département de la Seine, la mortalité des enfants placés en nourrice à la campagne dépasse de plus de 11 pour 100 celle des enfants secourus à domicile.

Les dépenses sont peu élevées, et à Paris, d'après M. Strauss, tandis que les frais d'entretien d'un enfant assisté s'élèvent à la somme de 3,500 francs, ceux d'un enfant secouru à domicile atteignent à peine 1,400 francs.

Le nombre de ces enfants indigents n'est pas très considérable, il augmentera peut-être; mais l'Etat pourra toujours couvrir les dépenses nécessitées par cette assistance.

Pour la femme qui travaille, les secours à domicile n'ont pas la même importance. Leur utilité serait encore grande, ils apporteraient l'aisance au logis familial, mais ne répondraient pas au but visé par le puériculteur : l'allaitement maternel. L'idéal serait d'exiger la présence de la femme à la maison où est sa place, et qu'elle ne devrait jamais être obligée de quitter. Mais le temps est encore bien lointain où ce désir se réalisera.

Plus de six cent mille femmes, en France, travaillent dans l'industrie et leur nombre augmente tous les jours. Parmi elles, beaucoup sont mères, et quelque vifs que soient leurs désirs, ne peuvent remplir leurs devoirs maternels. Pour le leur permettre, il faut limiter autant que possible, la durée du travail à l'atelier et permettre l'allaitement au sein pendant les heures de travail. Pour cela, la création de crèches s'impose : elles doivent être de deux sortes : crèches privées, annexées près des grands ateliers et obligatoires chez tout industriel ayant un nombre déterminé d'ouvrières, femmes ou filles ; crèches municipales, aussi nombreuses que possible, disséminées dans différents quartiers et permettant aux ouvrières, employées dans des ateliers de moindre importance, de déposer leurs enfants pendant la journée. Dans les unes comme dans les autres, les mères auront droit, sans augmentation de la durée du travail et sans diminution de salaire, de venir, à heures fixes, donner le sein aux petits êtres qui y seront placés

sous la surveillance de gardes intelligentes, instruites et dévouées.

Les crèches existent déjà : la plupart ne répondent pas à leur but. Elles deviennent ainsi des asiles inutiles et même dangereux. Beaucoup sont, suivant une juste remarque, de véritables tombeaux d'enfants. Il nous a été souvent présenté des enfants mis en garde dans les crèches et qui se trouvaient dans un état lamentable. Là, aucune surveillance et toujours le biberon à long tube. Le professeur Budin raconte que, de tous les nourrissons ayant suivi sa consultation, un seul est mort de diarrhée, dans les conditions suivantes : Il était nourri au sein. Sa mère le mit dans une crèche de la ville, où il recevait du mauvais lait. Il eut de la diarrhée. Malgré la défense de M. Budin, la mère le reconduisit à la crèche, il y passa la journée du 24 avril 1897, y reçut du lait, fut pris de choléra infantile et mourut le lendemain 25 avril. Tous les médecins d'enfants peuvent citer semblables exemples : et les crèches actuellement, pour la plupart au moins, sont plus nuisibles qu'utiles. Par leur titre mensonger, elles induisent les mères en erreur et sous prétexte de sauver les nourrissons, les conduisent directement au trépas.

La crèche idéale, ouverte de bonne heure, fermée tard, doit répondre à toutes les règles de l'hygiène et observer tous les préceptes de l'alimentation des nouveau-nés.

Pour chacune d'elles, le docteur Gauchas réclame un petit nombre de lits, la séparation des enfants par groupe, l'examen à l'entrée, le changement complet des vêtements et leur désinfection, l'éloignement de la crèche de tout contagieux et de ses frères et sœurs. Ces mesures sont excellentes. Elles nécessitent la présence d'un médecin. Celle-ci est en effet indispensable. Une crèche n'est pas une garderie. A la crèche, le nourrisson doit être pesé et examiné tous les jours et les mères doivent y recevoir toutes les recommandations nécessaires au développement, au bon entretien de leur enfant. Les crèches, ainsi placées sous la surveillance médicale, soumises aux règles de l'hygiène, permettant aux mères de venir y nourrir et réservant le lait stérilisé pour les rares enfants qui ne peuvent être allaités au sein, rendront de grands services et seront des établissements d'utilité publique dont on ne saurait trop favoriser le développement. D'ici longtemps, il n'en sera pas ainsi ; et, la mère laborieuse, comme la mère qui ne doit pas nourrir, sera obligée d'avoir recours, soit à l'allaitement par une nourrice mercenaire, soit à l'allaitement mixte ou artificiel.

L'allaitement par des « remplaçantes » se fait sur place ou à distance. La mère, qui se trouve dans l'aisance, donnera de préférence à son enfant une nourrice sur place.

Pour lui certainement, c'est ce qu'il y a de mieux, c'est quelquefois même le seul moyen de le sauver ; mais on oublie trop ainsi l'enfant de la nourrice, et de ce fait, l'élevage mercenaire, même sur place, ne saurait qu'être réservé aux cas d'extrême nécessité. Par exemple, lorsqu'il s'agit de débile. Il devient alors logique, recommandable, à une condition absolue : *Que la nourrice emmène avec elle son enfant et l'allaité en même temps que le petit étranger.* Sa présence d'ailleurs est très utile, il entretient dans le sein le lait que ce dernier serait incapable de faire monter. Ce moyen nous semble bien plus recommandable que celui préconisé par la loi Roussel, en vertu duquel il est interdit, dans tous les cas, aux femmes d'accepter un nourrisson pour l'allaiter si leur propre enfant n'a pas sept mois révolus.

L'allaitement par une nourrice sur place a été vivement attaqué parce qu'il détruit les liens de la famille et sépare la femme de son mari.

Suivant la juste remarque du professeur Budin, qu'est-ce qui empêche de choisir comme nourrices des filles-mères ?

Dans une conférence récente à la Sorbonne, l'éminent professeur s'est fait l'éloquent défenseur de ces malheureuses, et,

dans un langage émouvant, les a montrées, en grand nombre au moins, d'abord excellentes nourrices, puis bonnes mères, et plus tard, braves femmes. Avec lui, nous croyons que par elles sera donnée la solution idéale et pratique de la question des nourrices.

L'allaitement par une nourrice sur place est impossible pour l'ouvrière. Il coûte trop cher ; aussi beaucoup de mères envoient leur enfant en nourrice loin d'elles et de la famille. Ce procédé d'élevage doit absolument être réprouvé. En traitant des enfants assistés nous verrons qu'il est en tout défectueux. Quelques œuvres de date récente ont tenté de le faire renaître, sous une forme plus philanthropique, plus humanitaire et vraiment recommandable. Nous avons nommé les Pouponnières.

A Porchefontaine et à Crépy-en-Valois, les filles mères dignes d'intérêt sont recueillies après le post-partum, et tout en donnant le sein à leur enfant, nourrissent celui d'une ouvrière, d'une femme d'atelier. Les deux enfants en profitent sans fatigue pour la nourrice.

Cette institution remarquable serait utile près de tous les grands centres, et, à Nantes, par exemple, une semblable pourrait être annexée à l'œuvre du Travail réparateur.

Malheureusement dans les Pouponnières, un des enfants est séparé de sa mère, et, de ce fait, l'œuvre est condamnée par quelques puériculteurs. D'autre part, les enfants élevés ainsi le sont à grands frais, et de telles œuvres ne peuvent être dues qu'à la charité privée.

L'allaitement mixte ou artificiel, voilà, en définitive, l'unique moyen, pour la femme nécessiteuse et qui ne peut allaiter, d'élever son nourrisson.

Loin de nous la pensée de mettre sur le même rang ces deux modes d'allaitement. Le premier est bien supérieur au second et le médecin ne saurait trop favoriser l'allaitement maternel, quelque minime qu'il puisse être.

Les dangers de l'allaitement artificiel suffisent pour appeler l'attention des Pouvoirs publics sur la surveillance des enfants qui y sont soumis. C'est à ces enfants surtout que les consultations seront utiles, même nécessaires. C'est souvent après bien des efforts, après de nombreux examens, que le médecin arrive à connaître la quantité de lait nécessaire à chaque nourrisson.

Mais l'État doit faire plus, il lui appartient de veiller à la qualité du lait et d'en permettre l'usage, par son prix modéré, ou même en le distribuant gratuitement à tous ceux qui en ont besoin.

De tous les laits employés à l'alimentation du nourrisson, le lait de vache est le plus répandu : c'est le seul dont nous nous occuperons. Il est souvent frelaté, à la ville comme à la campagne. Tout liquide qui contient moins de 30 grammes de beurre par litre n'est pas du lait et ne doit pas être vendu comme tel. Le tolérer, c'est se rendre complice d'un mensonge en même temps que d'un vol. C'est faire preuve de grande négligence à l'égard des malades et des enfants, c'est-à-dire des classes qui ne peuvent d'elles-mêmes se défendre. Et que voit-on partout ? Le lait est écrémé de façon telle qu'il ne mérite plus de porter ce nom. Chacun sait qu'une analyse faite le même jour, à la même heure, dans les vingt arrondissements de Paris, sur des laits pris au hasard, a prouvé que tous avaient été écrémés ; six seulement contenaient 30 grammes de beurre, et quatorze en avaient moins. De même, des expériences, pratiquées dans le département du Nord, ont démontré que les meilleurs laits n'avaient pas 15 grammes de beurre : certains ne contenaient que 1 gramme 50 centigrammes de matières grasses par litre de lait. Il est temps que ces abus cessent, que la surveillance redouble, que les examens analytiques se multiplient et que des peines sévères frappent les falsificateurs.

Avec de bon lait, il faut du lait bon marché. Le lait, dégrevé de tout impôt et exempt de droits d'octroi, doit être

à la portée de toutes les fortunes, sans nuire à l'industrie laitière. Ainsi, il pourra être distribué gratuitement aux mères nécessiteuses, sans trop augmenter le budget des communes ou des œuvres de charité.

Une œuvre merveilleuse s'est créée dans ce but, sous la généreuse inspiration du Dr Dufour, de Fécamp : la Goutte de Lait. Les brillants résultats qu'il en a obtenus sont dans toutes les mémoires ; et c'est avec légitime satisfaction que le Dr Dufour a pu les faire connaître. Tandis qu'en 1894, la gastro-entérite tuait 14,87 0/0 des enfants à Fécamp, en 1899-1900, sur 180 visités par l'Œuvre, la mortalité est tombée à 1,11 0/0.

La Goutte de Lait de Fécamp est une œuvre parfaite, ce n'est pas une simple distribution de lait stérilisé, c'est une vraie consultation infantile. Les enfants sont divisés en trois groupes : ceux qui sont exclusivement nourris au sein ; ceux qui, nourris en partie au sein, reçoivent une certaine quantité de lait ; ceux qui sont exclusivement nourris au lait stérilisé.

Toutes les semaines, les enfants sont apportés, pesés, visités. Le médecin dirige l'allaitement et au moindre trouble intervient.

L'œuvre du Dr Dufour s'est vulgarisée. A Paris, et dans les grands centres industriels, des Gouttes de Lait se sont créées et toutes sont fécondes en résultats. En voici un exemple. A Versailles, le Dr Broussin fondait en 1900 une Goutte de Lait : à la fin de l'année, son rapport portait que du 15 février au 31 décembre 1900, 255 enfants y avaient été admis, 206 étaient bien portants, et 49 malades ; il y a eu 27 décès, dont 14 dans la première catégorie (2 seulement par troubles digestifs) et 13 dans la seconde (11 par troubles digestifs).

Pour créer son œuvre, le docteur Broussin sut recueillir plus de 7,000 francs de dons, avec lesquels il s'est installé et a mis en réserve une somme de 824 fr. 25.

Le budget du fonctionnement de l'œuvre s'est équilibré, avec un excédent de recettes de 1,136 fr. 75, ce qui fait environ 2,000 francs disponibles pour augmenter l'œuvre.

A Nantes également, existe l'Œuvre municipale de la Goutte de Lait, et il est à souhaiter que semblables œuvres se développent dans toutes les villes de France. Elles rendent de réels services ; mais, il est un écueil à éviter dans les Gouttes de Lait et toutes les œuvres philanthropiques semblables : *La trop grande distribution de lait stérilisé au détriment de l'allaitement maternel* que l'élevage artificiel ne saurait remplacer : le lait de femme est et sera toujours supérieur au lait de vache, stérilisé, maternisé ou peptonisé. C'est l'avis de tous les puériculteurs, et tous les médecins d'enfants se sont nettement exprimés à ce sujet. Les Gouttes de Lait, en tendant à remplacer le lait de femmes par du lait de vache, iraient à l'encontre du but proposé.

Cet inconvénient des Gouttes de Lait vient d'être également signalé par le professeur Budin, qui propose, sur les conseils du docteur Panel, de Rouen, de donner aux mères, pour favoriser l'allaitement maternel, des bons de viande remplaçant les bons de lait stérilisé. Quelque moyen qu'elles emploient, les Gouttes de Lait doivent avant tout être des consultations infantiles où seules les mères incapables d'allaiter reçoivent gratuitement l'alimentation nécessaire à leur nourrisson.

Avec l'assistance médicale obligatoire, avec la création de consultations de nourrissons, de crèches, avec les secours d'allaitement et les œuvres philanthropiques du lait, l'enfant, élevé dans sa famille, sera suffisamment protégé. Sa surveillance ne sera en rien inférieure à celle de l'enfant assisté.

Les enfants dont l'État s'occupe actuellement comprennent les nourrissons élevés en dehors de leur famille et ceux qui sont abandonnés à l'Assistance publique.

L'élevage mercenaire à distance doit être interdit en dehors

des enfants abandonnés, nous l'avons déjà dit. La mère qui n'a pas une faute à cacher n'a pas le droit de priver son enfant de ses soins et de son affection. Pour les petits êtres sans famille, l'allaitement mercenaire n'est qu'un pis aller qu'il faut réduire au minimum. Les nourrices réservent leur lait pour leur propre enfant, et donnent à l'étranger toutes sortes d'aliments, soupes, bouillies, et cela dès les premiers mois. Rien n'est moins régulier que les heures des repas : occupées aux travaux des champs, les femmes laissent leur nourrisson cinq ou six heures sans aliment, puis le gavent au retour, aussi la mortalité de ces enfants est énorme et atteint, d'après le docteur Petit, de 63 à 71 pour 100, suivant que l'allaitement est artificiel ou naturel : chiffres qui montrent bien que l'allaitement naturel n'est souvent qu'un leurre.

Tant qu'une loi protectrice de l'enfance ne viendra pas supprimer l'élevage à distance, il faudra se contenter de sa réglementation. La loi Roussel a été un premier pas dans cette voie ; et, quelque divergentes que soient les statistiques, toutes constatent une amélioration depuis sa promulgation. Malheureusement, la loi Roussel est impunément violée : l'article 8 principalement. Médecins, sages-femmes, officiers municipaux n'exigent pas que l'enfant de la nourrice ait au moins sept mois. Le professeur Budin s'est demandé si la loi Roussel « ne va pas un peu loin quand elle interdit aux femmes d'accepter des nourrissons pour les allaiter, si leur propre enfant n'a pas sept mois révolus ».

Nous croyons en effet que cette époque pourrait être abaissée quand il s'agit de remplaçantes sur place, emmenant avec elles leur propre nourrisson. Mais, pour l'élevage à distance, les législateurs nous semblent avoir agi avec prudence et sagesse, dans l'intérêt des deux enfants. Autrement, l'un d'eux est toujours sacrifié et c'est le petit inconnu.

La surveillance exigée par la loi est plus théorique que pratique : chacun sait comment elle est appliquée ; et, même faite avec soins elle est insuffisante. Si en hiver, la visite mensuelle peut suffire, il faudrait qu'elle soit multipliée en été.

En ce moment, la loi Roussel subit d'importantes modifications. Adoptées par les Chambres et sévèrement exécutées, elles constitueront une notable amélioration.

Quelques défenseurs du nourrisson ont protesté contre le nombre élevé des pupilles de l'Etat, qui, l'année dernière, dépassait onze mille. Evidemment la rupture des liens de la famille est un vrai désastre, mais ce désastre est préférable à la mort de l'enfant ou à sa direction par des parents indignes. Avec la puériculture intra-utérine, telle que nous l'avons demandée, les enfants abandonnés diminueront ; les mères indigentes, les filles mères recueillies pendant leur grossesse, entourées de soins et de sages conseils dans les asiles et maternités, préparées au devoir de la maternité et encouragées par la promesse de secours, auront à cœur de garder près d'elles leur enfant, et bien peu se décideront à l'abandonner. Celles qui, malgré tout, ne voudront veiller sur lui, doivent avoir toute facilité pour le remettre à l'assistance publique, et la création d'asiles secrets des enfants assistés est le complément indispensable de la maternité secrète. Elle s'impose dans tous les départements sur le modèle et avec les mêmes règlements qu'à Paris l'hospice de la rue Denfert-Rochereau.

Ainsi, après la naissance comme pendant la grossesse, chacun contribuera à la défense de l'enfant ; L'Etat se fera un devoir d'augmenter les subventions pour l'assistance du nourrisson, d'en modifier la surveillance, d'exiger des départements et des communes la création de consultations infantiles, de crèches, d'asiles secrets, et de veiller à l'application intégrale des lois. La charité privée l'aidera par la multiplication des œuvres de bienfaisance : secours d'allaitement, consultations privées, œuvres philanthropiques du lait, gouttes de lait, crèches, pouponnats, associations de secours aux mères qui allaitent ; et nous le répétons, qu'il serait beau de voir réaliser le

souhait de M. Strauss, la création d'une association nationale de Femmes de France, de secours à la femme enceinte et au nourrisson.

Le médecin a le plus beau rôle dans la puériculture après la naissance. Au savant d'approfondir les questions obscures de l'allaitement. Bien des points sans doute ont reçu une solution dans les dernières années, mais combien sont encore peu connus, surtout en ce qui concerne l'allaitement artificiel. L'étude des différents laits commence à peine et ainsi s'expliquent les divergences d'opinion. Si la chimie nous a permis de déterminer d'une façon précise les différences de composition de chacun d'eux, elle s'est montrée insuffisante pour nous en faire connaître certaines propriétés. C'est ainsi qu'elle ne nous a pas décelé la présence de ferments solubles, des zymases.

Leur existence ne paraît pas douteuse depuis les expériences de Béchamp, de M. Escherich et de son élève Moro, de M. Marfan et de son élève Gillet : mais leurs propriétés biologiques sont absolument inconnues. Il serait utile de savoir si certaines zymases appartiennent en particulier à des laits déterminés, si en ajoutant au lait stérilisé d'animal des ferments solubles de lait de femme, on le rendrait d'une digestion plus facile pour le nourrisson, si la stérilisation, en détruisant ces zymases, ne devient pas ainsi très nuisible. D'expériences faites, il semble résulter que les ferments solubles ne sont pas les mêmes pour tous les laits et l'on sait que le sérum de lapin, vacciné avec du lait de femme, précipite les substances albuminoïdes seulement du lait de femme sans exercer la moindre action sur le lait de vache ou d'ânesse. De même le sérum de lapin, vacciné avec du lait de chèvre, n'agit que sur ce lait, et le sérum de lapin, vacciné avec du lait de vache, laisse intact tous les laits excepté celui de vache qu'il coagule. Cette conception est importante. Suivant la remarque du Dr Romme, elle montre que « chaque espèce animale possède un lait qui lui est propre, spécifique, si bien que, malgré les artifices de préparation, malgré les coupages savants, il sera impossible de faire avec un lait de vache un lait ayant les propriétés du lait de femme ». Cette étude des propriétés biologiques du lait éclairera d'un jour nouveau la question de l'allaitement et permettra peut-être de le diriger d'une façon plus scientifique.

En attendant, et pendant que biologistes et expérimentateurs approfondissent ces questions, le clinicien doit s'attacher au côté pratique et surveiller l'enfant. De tout son pouvoir, il lui faut favoriser l'allaitement maternel, en fixer les règles et en exiger l'exécution.

Dans les rares cas où l'allaitement artificiel s'imposera, il surveillera encore avec plus de soins ce petit être, à qui, dès le début de la vie, sont refusés les aliments destinés à sa nutrition.

Il est une classe de nourrissons qui également mérite toute sa sollicitude : les débiles. Sans doute leur nombre deviendra, avec les progrès de l'obstétrique, de moins en moins grand, mais ils ne disparaîtront pas. Il est des cas même, où, par l'accouchement prématuré, le médecin sera obligé, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, d'en perpétuer la race. Le Dr Budin a fait justice de certaines assertions représentant les débiles comme incapables de se développer, au point de vue intellectuel ; et à la dernière réunion de la Société obstétricale de France, le professeur Herrgott admettait en ces termes, la légitimité de l'intervention prématurée : « L'intervention, forceps ou version, quand elle devient nécessaire, ne fait-elle pas courir à l'enfant plus de risques qu'un accouchement provoqué un peu plus tôt et qui donnerait un enfant plus petit, il est vrai, mais un enfant qui serait expulsé simplement par la contraction utérine. » D'ailleurs, les statistiques montrent les bons résultats qu'on peut obtenir chez les débiles par une surveillance de tous les instants. Sur 435 débiles, nés en 3 ans à la

clinique Tarnier, 383 sont sortis vivants du service, et 52 seulement, c'est-à-dire 12 0/0 sont morts. Et que deviennent ensuite les autres ?

M. Budin a pu obtenir des renseignements précis sur 189 d'entre eux, 145 vivaient encore le 8 avril 1901, et 45, soit un peu moins du quart étaient morts. Si l'on ne considère que ceux qui suivaient la consultation de la clinique, on constate que 57 nourrissons sur 61 étaient bien portants. La mortalité se trouve ainsi réduite à 6, 6 %. Ces chiffres sont vraiment surprenants et dignes de ranimer tous les courages.

Mais pour arriver à ce résultat, le médecin ne doit ménager ni son temps ni sa peine. Il lui faut multiplier les sages conseils pour éviter avec soin tout refroidissement à ces petits êtres, surveiller les courbes de leur poids et diriger leur alimentation, toute naturelle, d'une manière vraiment scientifique.

Ainsi protégé par les lois, secouru par la charité et surveillé par le médecin, le nourrisson, né à terme ou prématurément, fort ou faible, traversera victorieusement les terribles épreuves de l'allaitement et se trouvera dans les meilleures conditions de santé, le jour où, complètement sevré, il entrera dans la seconde enfance.

CONCLUSIONS

De ce rapport, s'imposent de nombreuses conclusions.

La mortalité infantile, en France, est donc considérable. Elle dépasse le sixième de la mortalité générale. *De ces décès, le tiers est évitable.* Pour y arriver, il faut créer la défense de l'enfance. Bien des œuvres existent déjà dans ce but ; mais, privées et très restreintes, elles ne peuvent s'adresser à tous les nourrissons et sont, par cela même, insuffisantes.

La puériculture doit s'exercer avant la procréation, pendant la grossesse, après l'accouchement. A chacune de ces époques, l'État, la Charité privée, le Médecin, ont un rôle bien déterminé pour la rendre vraiment efficace. Elle ne le deviendra réellement qu'après l'exécution des réformes suivantes :

Avant la procréation. — 1° Réglementation plus sévère de la prostitution et surveillance plus active des affections syphilitiques pendant le service militaire ;

2° Modification des lois sur la vente des alcools, suppression du privilège des bouilleurs de cru, diminution des cafés, réglementation nouvelle de leur police ;

3° Multiplication de l'enseignement des moyens prophylactiques contre la tuberculose, les intoxications professionnelles, les maladies infectieuses. Surveillance rigoureuse des ateliers et fabriques, surtout de ceux où l'on se sert de plomb, de mercure, de sulfure de carbone ;

4° Création de sanatoria et d'asiles de tuberculeux ;

5° Multiplication des œuvres luttant contre l'alcoolisme et la tuberculose : ligues antialcooliques, antituberculeuses, cantines ouvrières.

Pendant la grossesse. — 1° Création de la défense légale de la femme enceinte, et pour cela :

A. Urgence de la promulgation d'une loi proclamant la nécessité absolue du repos obligatoire chez toute femme enceinte, six semaines au moins avant et six semaines après l'accouchement, et accordant, pendant ce temps, une indemnité de grossesse, égale au moins aux 2/3 du salaire, à toute femme salariée à quelque titre que ce soit, et des secours de grossesse à toute femme nécessiteuse.

L'indemnité de grossesse, comme les secours, ne sera continuée après l'accouchement, sauf avis médical s'y opposant, que si la femme allaite son nourrisson.

B. Fondation dans tous les départements, d'asiles secrets, où la fille enceinte, qui a une faute à cacher, pourra se réfugier à tout moment de sa grossesse, sans inquisition administrative. Le nom même ne pourra être demandé.

2° Multiplication des œuvres charitables en faveur de la femme enceinte ;

3° Développement des moyens d'assistance médicale pendant la grossesse et le travail par la création de consultations obstétricales, de services de secours pour les opérations d'urgence, et par la modification de l'admission à l'enseignement des sages-femmes (suppression de la sage-femme de seconde classe).

Après la naissance. — I. — Création de la défense légale du nourrisson par le vote d'une loi établissant :

1° L'obligation, pour tout nourrisson de 0 à 1 an, d'un certificat médical exigible tous les mois en hiver, tous les quinze jours en été ;

2° La création :

A. De consultations gratuites de nourrissons au moins dans toutes les villes de France ;

B. De crèches municipales et industrielles, dirigées par un médecin, et soumises à toutes les règles de l'hygiène de l'enfance, où, sans augmentation de la durée du travail, sans diminution de salaire, l'ouvrière viendra à heures fixes allaiter son enfant ;

C. D'asiles d'enfants assistés, complément nécessaire de l'asile secret de la grossesse.

D. De secours d'allaitement pour toute femme pauvre. Ces secours devront être surtout en nature : le lait stérilisé ne sera distribué que dans les cas d'impossibilité reconnue d'allaitement maternel ;

3° La modification de la réglementation de l'allaitement mercenaire, par la suppression de l'allaitement à distance, en dehors des enfants abandonnés, et l'obligation pour les nourrices sur place, d'emmener avec elles leur enfant, qui sera, lui aussi, nourri au sein.

II. — Multiplication des Gouttes de Lait, des œuvres philanthropiques du lait et autres semblables en en faisant surtout des consultations avec secours pour le nourrisson et en évitant l'abus d'une trop grande distribution de lait stérilisé.

III. — Surveillance active du médecin qui favorisera de tous ses efforts l'allaitement maternel, le règlera et détruira les préjugés trop nombreux dont s'entourent les mères.

Le grand nombre des réformes, l'importance des dépenses nécessaires pour leur accomplissement rendront sceptiques sur la possibilité de leur réalisation, bien des esprits ennemis de toute innovation et de tout progrès. La défense de l'enfant ne paraît pas s'imposer aux masses populaires. Elle se heurte, suivant la remarque de M. Strauss, « à l'inertie gouailleuse des hommes du monde et d'un grand nombre d'Administrateurs et de Législateurs ».

Sans nous bercer de la moindre illusion, nous n'en conservons pas moins le ferme espoir de la voir un jour réalisée : pour arriver au résultat, il faudra bien des luttes, mais elles sont déjà un peu partout partiellement entreprises et partout suivies de succès.

Le programme est trop vaste pour être immédiatement réalisable ; mais il nous semble utile de demander dès aujourd'hui à l'État la présentation aux Corps Législatifs d'un projet de loi assurant la défense légale de la femme enceinte et du nourrisson.

DE L'ABLIATION EXTEMPORANÉE DES AMYGDALES ENCHATONNÉES SURTOUT CHEZ LES ENFANTS (1).

Par le D^r Louis VACHER, d'Orléans.

Au mois de mai 1899, j'ai présenté une pince coupante, pour le morcellement des amygdales enchatonnées, et j'ai appelé l'attention sur les services

(1) Communication faite au Congrès de la Société française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie.

qu'elle rend pour curetter complètement la loge amygdalienne, quel que soit l'âge du sujet.

Depuis cette époque, j'ai continué mes recherches sur cette question. J'ai fait un nombre considérable d'ablations d'amygdales par ce procédé. J'ai obtenu des résultats excellents, dans tous les cas, chez l'enfant et chez l'adulte. C'est pour cela que je viens aujourd'hui, après plus de trois ans d'expérimentation, exposer mon procédé dans ses détails et montrer ses avantages.

Il est bien entendu que je ne parle pas des amygdales pédiculées, pour l'ablation desquelles le procédé de choix est certainement l'anse chaude. Cette note ne concerne que les amygdales enchatonnées, à peine saillantes entre les piliers, bien qu'elles arrivent au contact à chaque contraction spasmodique du pharynx. Nous savons tous combien la présence de pareilles amygdales cause de complications pharyngiennes et otiques. Elles produisent et entretiennent les pharyngites, les otites moyennes purulentes, etc.; elles causent les amygdalites ou les péri-amygdalites phlegmoneuses, dont le point de départ est souvent la fossette sus-amygdalienne.

Les récessus supra-tonsillaires ont une grande importance parce qu'ils sont le point de départ des abcès péri-tonsillaires et des phlegmons péri-amygdaliens. En effet, les cryptes amygdaliennes qui regardent la coupole contiennent très souvent des produits caséeux plus ou moins concrets. Ces cryptes s'enflamment à la suite de causes multiples, suppurent et provoquent une véritable amygdalite lacunaire aiguë. Si la loge est libre, ce qui n'existe que 5 fois sur 100 d'après Killian, les produits de ces amygdalites circonscrites s'évacuent par l'espace libre de la fossette supra-tonsillaire; mais si cette fossette est adhérente en maints endroits à l'amygdale, le pus, les matières caséeuses cherchent une issue dans les tissus voisins, et produisent rapidement l'angine phlegmoneuse et les péri-amygdalites phlegmoneuses par infection de voisinage.

Au Congrès de 1900, Ricardo Botey, de Barcelone, a fait sur ce sujet une communication intéressante. Il a insisté particulièrement aussi, et d'autres avant lui, sur la nécessité de libérer la fossette supra-tonsillaire, en extirpant le tiers ou la moitié supérieure de l'amygdale.

Les principaux travaux publiés ces dernières années tendent, si je ne me trompe, à incriminer plus particulièrement la moitié supérieure de l'amygdale dans les amygdalites et péri-amygdalites phlegmoneuses ou à répétition, soit que l'on soutienne, avec Chiari, que l'angine phlegmoneuse siège rarement sur l'amygdale, que son lieu de prédilection est en dehors et en haut, au fond de la loge supra-tonsillaire, soit qu'on admette, avec de nombreux auteurs, qu'elle n'envahit cette région qu'après infection profonde de quelques cryptes amygdaliennes, du pôle supérieur de l'amygdale ou à la suite d'angine parenchymateuse aiguë.

Entre l'amygdalite phlegmoneuse aiguë et la péri-

amygdalite phlegmoneuse, il est difficile d'établir une véritable ligne de démarcation. Pour moi, ce sont les deux degrés de la même infection: le premier relativement léger, borné à la glande, pouvant l'envahir cependant tout entière; le second plus sérieux, quelquefois grave, envahissant les tissus en contact avec la glande, surtout dans son pôle supérieur, le voile du palais, la luette, pour se terminer quelquefois, mais très rarement, il est vrai, par l'adéno-phlegmon latéro-pharyngien.

Cette péri-amygdalite est rare chez l'enfant et chez le vieillard, mais très fréquente de quinze à quarante ans. On peut donc en prévoir la possibilité chez les enfants porteurs de volumineuses amygdales enchatonnées, sujets à des poussées d'amygdalite aiguë lacunaire ou parenchymateuse. La meilleure manière de prévenir un danger est d'en supprimer la cause. Il devient donc tout naturel d'enlever le tiers ou la moitié de l'amygdale enchatonnée jusqu'au fond de la loge.

Chez les petits enfants, la présence d'amygdales enchatonnées volumineuses est un danger encore plus sérieux que la péri-amygdalite phlegmoneuse, car l'amygdalite simple, les angines qui accompagnent les fièvres éruptives, provoquent ou favorisent les complications otiques. Je n'ai pas à insister sur la gravité de leurs conséquences au point de vue de l'intégrité de l'audition ou des complications méningées.

Nous sommes donc en présence d'un problème dont les données nous sont connues, et dont l'unique solution est l'ablation de l'organe cause de tout le mal présent et à venir.

Mais les amygdales remplissent certaines fonctions physiologiques que nous ne connaissons pas encore complètement. Il peut paraître utile d'en respecter une partie, bien que la fonction d'un organe malade soit probablement abolie, bien que l'ablation complète des amygdales palatines n'en prive pas complètement l'organisme et qu'elles soient suppléées par les amygdales linguale et pharyngée. C'est donc la moitié ou les deux tiers supérieurs de l'amygdale qu'il faut extirper jusqu'au fond de la loge en libérant complètement la coupole.

Depuis plus de trois ans, j'ai toujours agi de même. Le nombre de mes opérations d'amygdales dépasse un millier et je n'ai jamais observé d'hémorragie sérieuse, de complications d'aucune sorte avec mon procédé.

Dans le traité tout récent d'Escat, de Toulouse, se trouvent décrits les principaux procédés employés pour l'extirpation des amygdales. Les avantages et les inconvénients de chacun sont très judicieusement exposés, ainsi que le procédé de choix pour chaque cas particulier. Au-dessous de huit ans Escat conseille pour les amygdales libres l'amygdalotome, pour les amygdales enchatonnées le morcelleur de Ruault ou les modèles similaires, réservant l'anse galvanique, le morcelleur, le bistouri ou

les ciseaux, pour les enfants plus âgés et pour les adultes.

Comme tous les auteurs qui l'ont précédé, Escat avoue les grandes difficultés que l'on éprouve chez les petits enfants porteurs d'amygdales enchâtonnées. Le plus petit numéro d'amygdalotome les effleure ou blesse les piliers ; le morceleur ne peut se manier dans ces petites bouches ; on ne peut curetter le fond de la loge. — Pour les enfants au-dessous de quatre ans on est presque désarmé, tandis que mon procédé donne chez eux des résultats parfaits, bien supérieurs à tous ceux obtenus jusqu'à ce jour.

Ce procédé est bien simple. Au lieu du morceleur de Ruault, excellent instrument quand on a de l'espace, mais qui, cependant, ne permet pas de curetter le fond de la loge, car avec lui on se borne à réséquer ce qui dépasse les piliers, j'emploie un instrument plus simple et plus facile à manier.

Je creuse, j'excave l'amygdale avec une pince formée de deux cuillères tranchantes. J'en ai fait construire plusieurs modèles de grandeur et de courbe différentes, permettant de s'en servir pour les plus jeunes enfants et pour les adultes. J'ai enlevé des amygdales enchâtonnées à des enfants de huit à dix mois, chez lesquels il était impossible d'employer le morceleur ou l'amygdalotome.

J'ai besoin d'entrer dans quelques détails au sujet du manuel opératoire :

1° Il est nécessaire de bien se rendre compte de la forme de l'amygdale, de ses adhérences. Après une légère pulvérisation cocaïnée, il faut, avec un stylet recourbé, contourner l'amygdale pour reconnaître ses dimensions en bas en arrière, voir si son pôle supérieur est plus ou moins libre, quelle est la profondeur de la coupole.

2° Il faut respecter non seulement les piliers, mais le pli triangulaire. Tous les opérateurs sont d'accord pour respecter l'intégrité des piliers, surtout du pilier antérieur, mais on n'attache pas d'importance au pli triangulaire. Je crois qu'il faut aussi le respecter et commencer par le détacher de l'amygdale ; on évitera ainsi plus sûrement des hémorragies, et les suites de l'ablation de l'amygdale seront moins douloureuses.

Pour libérer l'amygdale du pli triangulaire une précaution importante est à prendre : *il faut faire toute la section en tissu amygdalien*. Cette section n'est pas douloureuse et donne une hémorragie insignifiante. Il pourrait ne pas en être de même si la section intéressait le ligament triangulaire ou le pilier. J'ai fait construire des ciseaux coudés à angle droit qui rendent de grands services soit pour détacher l'amygdale du pli triangulaire, soit pour sonder, discerner les cryptes, ouvrir les récessus. J'ai appris depuis que le Dr Lermoyez, avant moi, avait imaginé des ciseaux identiques. On les introduit d'abord fermés pour sonder les cryptes et les récessus, puis on les retire pour pratiquer la discision entre leurs branches. Je ne pense pas qu'ils exposent aux hémorragies si l'on a bien soin de ne faire les

sections qu'en tissu amygdalien, comme je le recommande tout particulièrement.

Mais, dans la grande majorité des cas, il n'est pas nécessaire de libérer l'amygdale avant de la creuser avec mes pinces.

Voici mon manuel opératoire : j'opère toujours avec un bon éclairage frontal, le miroir électrique de Clar, de sorte que la position du malade m'est indifférente. Il peut donc être tenu sur les genoux dans la position classique pour l'opération des végétations adénoïdes, ou maintenu sur un fauteuil à dossier mobile, comme je le fais de préférence.

Mes pinces et un abaisse-langue sont les seuls instruments nécessaires. Les pinces doivent être introduites fermées, perpendiculairement aux piliers, jusqu'au contact de l'amygdale. On s'assure qu'elles sont en position convenable, on les pousse contre l'amygdale en les ouvrant plus ou moins, suivant la quantité qu'on veut sectionner du premier coup ; puis, on les referme à fond. Comme il reste d'ordinaire quelques brides qui ne sont pas sectionnées, on imprime à la pince un mouvement de rotation sur son axe pour rompre ces brides, sans tirer sur la pince pour ne pas provoquer d'arrachement étendu. Cette première prise faite, la pince est retirée rapidement, plongée dans de l'eau chaude aseptique, où elle abandonne la partie sectionnée, puis reportée fermée contre l'amygdale pour la seconde prise. En quelques coups de pince, on a cureté les deux tiers supérieurs de la loge amygdalienne, sans toucher les piliers, sans sectionner le pli triangulaire.

Lorsqu'on est ambidextre, on change de main pour l'amygdale gauche, la main droite prenant l'abaisse-langue, la main gauche se servant de la pince ; mais, si l'on veut enlever les deux amygdales de la main droite, on prend pour l'amygdale gauche une pince coudée dont le mouvement est très facile. La forme arrondie des cuillères, après l'introduction de la pince fermée, protège complètement les piliers contre une blessure ; on peut aller sans crainte jusqu'au fond de la loge. Je commence toujours par l'amygdale la plus volumineuse. L'aide qui maintient la tête appuyée contre le dossier du fauteuil peut faire saillir les amygdales en dedans par une forte pression derrière l'angle de la mâchoire. Il arrive parfois qu'en imprimant à la pince un mouvement de rotation, il se produit un peu d'arrachement de tissu amygdalien : je n'en ai jamais vu résulter d'hémorragie abondante ; sur le nombre considérable d'ablations d'amygdales que j'ai faites depuis plus de trois ans avec mon procédé, je n'ai jamais observé d'accident sérieux.

L'opération finie, j'ai l'habitude de porter au fond de la loge un tampon d'ouate stérilisée roulée dans de la ferripyrine, de l'alun, du tanin, ou de l'eau oxygénée à 20 volumes. Je fais aussi sucer de la glace pendant quelques instants.

Une objection me sera faite certainement : avec mes pinces, le morcellement des amygdales expose à des hémorragies abondantes, qui peuvent être

graves chez de jeunes enfants, en provoquant une anémie sérieuse. Je tiens à y répondre d'avance. L'ablation des amygdales par mon procédé ne donne jamais lieu à une hémorragie comparable à celle qui se produit à la suite de l'ablation des végétations adénoïdes. On doit toujours sectionner en tissu amygdalien. Le batigeonnage de la loge, comme je l'indique plus haut, arrête immédiatement l'écoulement sanguin. Je n'ai jamais observé d'accident d'hémorragie secondaire.

Avec des ciseaux coudés très étroits, qui remplissent l'office de stylet et de bistouri, avec une pince et un abaisse-langue, on peut intervenir rapidement et sûrement dans tous les cas qui peuvent se présenter.

Cette méthode a maintenant fait ses preuves, et j'espère que vous voudrez bien m'accorder qu'elle réalise quelque progrès dans l'ablation extemporanée des amygdales enchatonnées chez les jeunes enfants, chez qui cette opération importante était forcément incomplète et particulièrement difficile jusqu'à ce jour.

LETTRES SUR LA BOURBOULE

Par le Dr A.

III

MON CHER AMI,

Permettez-moi, en commençant, d'ouvrir une parenthèse. Dussé-je passer pour écrire sans suite aucune et de la façon la plus irrégulière.

Cette parenthèse me semble indispensable, et il m'est égal — et à vous aussi, je pense — de mettre la charrette devant les bœufs.

Lorsque la médecine sera vraiment scientifique : scientifique dans son enseignement, scientifique dans sa pratique ; lorsque le professeur et le médecin praticien auront tous les deux rejeté au loin les vieilleries surannées ; lorsqu'ils auront, sans arrière-pensée, embrassé la doctrine de Pasteur ; lorsqu'au lieu de vouloir accommoder les vieux dogmes aux doctrines nouvelles, ou les nouvelles doctrines aux vieux dogmes, sans jamais pouvoir tirer rien de sérieux d'un mariage impraticable, ils se seront bien rendu compte que de cette union de la carpe et du lapin il ne peut naître une médecine durable, reposant sur des bases véritablement solides ; lorsqu'ils auront fait table rase de tout ce que les vieux maîtres leur ont appris, de ce qui paraissait la vérité autrefois, mais n'est qu'erreur ; lorsque tout le vague dont fourmillent nos vieux auteurs en matière d'étiologie sera remplacé par ces simples mots : infection, contagion ; lorsque d'autre part la thérapeutique faisant également table rase de tous les vieux remèdes remontant à Galien, à Hippocrate, ou même aux guérisseurs antédiluviens, ne conservera que les moyens capables de détruire les microbes et leurs poisons, de rendre l'organisme humain réfractaire à la culture de ces microbes en

augmentant sa vitalité ; — alors la plupart des stations minérales disparaîtront et deviendront de simples établissements de bains, auxquels seront adjoints tous les éléments d'un bon traitement physiothérapique.

A ce détuge annihilant le plus grand nombre des stations, quelques-unes survivront, sauvées dans l'arche sainte : celles qui auront leur raison d'être dans la médecine nouvelle ; celles qui grâce à leur minéralisation pourront efficacement servir de contre-poison aux agents microbiens vivant dans nos tissus.

Je ne veux point ici faire l'énumération de ces sources devant survivre à cette révolution qui tôt ou tard se produira pour l'honneur de la médecine ; mais je dirai que les eaux fortement ferrugineuses, par exemple, auront toujours leur raison d'être, le fer étant le contre-poison de la chlorose.

La Bourboule survivra aussi, et dans la liste des eaux utiles occupera un rang bien supérieur à celui des eaux ferrugineuses. Occupera-t-elle le premier rang ? Peut-être.

C'est que l'eau de la Bourboule est fortement minéralisée et par un corps d'une haute utilité thérapeutique. Le fer guérit la chlorose, mais rien que la chlorose. L'arsenic a un champ d'action énorme.

Ce n'est pas en ordonnant un milligramme d'arséniate de soude qu'on peut se rendre compte des merveilleux résultats de la médication arsénisée ; c'est en faisant absorber au malade des doses vraiment thérapeutiques.

Boudin a prouvé que, dans la malaria, cette fameuse fièvre intermittente qui désole nos colonies et qui a encore de nombreux foyers en France, dans la Brenne, dans la Sologne, en Corse, etc., l'arsenic bien employé agissait aussi bien et d'une façon plus durable que le sulfate de quinine ; Renaut a montré que l'arsenic était le meilleur médicament à opposer au diabète ; Comby a guéri en quelques jours avec l'arsenic des chorées, des danses de Saint-Guy, qui ne duraient guère moins de trois mois avec les traitements classiques ; Rousseau-Saint-Philippe avec l'arsenic encore a débarrassé en peu de temps des enfants de bronchites chroniques ; l'asthme ne résiste pas à un bon traitement arsénical ; et l'on sait de vieille date que beaucoup des affections chroniques de la peau et des muqueuses : conjonctive, pituitaire, muqueuse pharyngée, laryngée, bronchique, stomacale, intestinale, vaginale, utérine, sont très améliorées sinon complètement guéries par l'arsenic. Et je ne cite pas tout.

Il n'est pas jusqu'à certaines maladies aiguës qui puissent guérir avec l'arsenic, puisque vous-même, mon cher ami, vous faites disparaître la coqueluche en peu de jours.

Ce n'est pas, ai-je dit, le milligramme d'arséniate de soude qui peut guérir ; c'est l'arsenic à hautes doses ; c'est l'arsenic par centigrammes et non par milligrammes.

L'acide cacodylique et les cacodylates permettent d'atteindre des doses paraissant fantastiques.

On a donné 1 gramme par jour et plus dans des maladies cutanées, et moi-même j'ai injecté 30 centigrammes sous la peau, environ la valeur en arsenic de 10 bouteilles d'eau de la Bourboule.

Les cacodylates rendent assurément de grands services, parce qu'ils sont plus maniables que l'arsenic lui-même ; mais dans bien des cas ils sont de beaucoup inférieurs à ce remède.

Or, l'eau de la Bourboule représente une forme très maniable de médicament arsénifié. Un litre renferme l'équivalent de trois centigrammes d'arséniate de soude ; et même à la dose d'un litre cette eau ne produit pas d'accidents.

L'eau de la Bourboule, bien employée, peut donc, de préférence à beaucoup de composés arsénicaux contre lesquels se révolte l'estomac, être employée avec succès dans les maladies dont j'ai parlé ci-dessus et dans beaucoup d'autres.

L'eau de la Bourboule est un médicament actif ; le tout est de savoir la manier.

Je ne veux discuter ni les doses ni la manière de prendre cette eau, je dirai seulement qu'on n'insiste peut-être pas assez sur les hautes doses. Le traitement Bourboulien, de par la mode, comme le traitement dans toutes les stations, est de courte durée ; les doses doivent être d'autant plus fortes que le traitement est plus court ; et je dirai même qu'un traitement intensif pendant deux ou trois semaines fera plus qu'un traitement à faibles doses pendant une année.

Des traitements de 15 à 20 jours, alternant avec des périodes un peu plus longues de repos, voilà pour moi l'idéal du traitement Bourboulien ; une partie du traitement se passant à la Bourboule et le reste chez le malade. Je dirai plus tard pourquoi il est préférable que le malade fasse *sa saison*.

Ici je ferme ma parenthèse et je reviens à la bêtise humaine.

Je vous ai déjà dit que j'ignorais si la dame au chien bourru baignait sa petite bête en piscine ou en cabinet particulier. En piscine ? y pensez-vous ? Que diraient les autres personnes, les co-baigneuses ? Se baigner avec un chien : apprenez, madame, que nous ne nous baignons pas avec les animaux.

Vous avez raison, mesdames, de ne pas vous baigner avec les animaux parce qu'il y en a de galeux, de morveux, de charbonneux, voire d'enragés qui pourraient vous transmettre leurs maladies et vous exposer à sortir de la piscine plus malades qu'en y entrant. Vous ne vous baignez pas avec des animaux, mais avec de belles et honnêtes dames renfermant peut-être en elles, toutes prêtes à s'attacher aux belles et honnêtes voisines, des maladies non moins redoutables. Votre co-baigneuse n'est peut-être pas enragée, car c'est encore rare une femme enragée, mais elle peut-être galeuse, cela se rencontre assez fréquemment la gale, même dans le monde le plus chic ; mais la gale, c'est bagatelle, il faut à peine quelques heures pour la guérir. Votre

voisine, madame, ne pourrait-elle pas être blennorrhagique ou syphilitique : ce sont là des maladies aussi fréquentes en haut qu'en bas de l'échelle sociale ; avec cette différence que s'il y a des moyens communs de gagner ces maladies, il y a, en faveur du monde chic, la piscine que ne connaissent pas les pauvres gens, parce qu'ils ne se baignent pas. Et qui viendra me soutenir ici qu'il ne vaut pas mieux être crasseux que syphilitique ?

Ce n'est point là une hypothèse. J'ai vu la syphilis gagnée par l'intermédiaire d'une éponge, d'une serviette ; et transmise ainsi de la mère à l'enfant ; de la femme de chambre à la mère. Cette maladie se gagne encore par les vases de nuit, les cabinets d'aisances, les pipes, les cigarettes, les porte-plumes, les verres ; sans compter le ou les procédés ordinaires et extraordinaires d'ordre génital. Pourquoi la piscine ne servirait-elle pas de trait d'union entre le contagionnant et le contagionné.

Je reste sur cette question, n'ayant pas à vous produire d'exemple de contagion en piscine, très probable cependant, les frôlements étant inévitables lorsque trente à quarante personnes sont à macérer dans la même eau.

Mais si je maintiens pour la syphilis le point d'interrogation, je le supprime pour la blennorrhagie. Là j'affirme. Les hommes, les petits garçons même — on en a vu de 2 ans à peine — n'attrapent guère la chaude-pisse qu'en pratiquant l'*œuvre de chair* ; mais pour les femmes c'est tout différent. Chez elles il existe une vaste muqueuse génitale, exposée aux infections, muqueuse toute superficielle et à peine garantie.

Aussi que voit-on ? tandis que chez le petit garçon la blennorrhagie est tellement exceptionnelle que bien des médecins n'en ont pas observé, il n'est point de médecin, en ville surtout, qui n'ait vu un certain nombre de cas de chaude-pisse chez des petites filles de tout âge et chez des jeunes filles vierges. Une fillette couche avec sa mère, le simple contact, je ne dirai pas de la peau maculée de pus, mais de la chemise tachée, suffit pour la contagion. La serviette, l'éponge, le vase de nuit, le lavage avec les doigts maculés d'une femme croyant avoir de simples pertes blanches, tout cela suffit à faire éclore la maladie. On a vu de vraies épidémies dans des hôpitaux et dans des écoles.

On a vu, et c'est là où je voulais en venir, la blennorrhagie transmise par le bain, par la piscine ; d'assez nombreuses observations ont été publiées à ce sujet.

Et il ne faut pas croire que la chaude-pisse n'a aucune gravité, qu'après vous avoir, quelque temps, fait pisser des *lames de rasoir*, après s'être transformée en goutte militaire, elle finit par vous laisser tranquille. Chez l'homme on observe assez fréquemment encore l'orchite qui le rend infécond, l'ophtalmie purulente qui peut le rendre aveugle, le rhumatisme blennorrhagique qui peut le rendre infirme ; chez la femme la blennorrhagie, aussi bien contractée à la piscine que pendant l'acte d'amour,

Peut déterminer de la métrite, de la salpingite suppurée, de la péritonite. La femme enceinte passe sa maladie au nouveau-né, qui sera atteint d'ophtalmie et aura bien des chances de perdre les yeux. Les petites filles avec leur blennorrhagie gagnée dans le lit de leur mère ou dans celui de la bonne, aussi bien que dans la piscine, pourront avoir du rhumatisme, de l'ophtalmie, de la salpingite et de la péritonite. Plus tard elles pourront de ce chef rester stériles.

La piscine devrait donc être condamnée depuis longtemps ; les médecins, les hygiénistes, devraient se révolter contre ce reliquat d'un autre âge ; l'Etat même devrait opposer son veto.

Et je suis persuadé que, sachant cela, la dame au chien bourru ne voudrait plus baigner son toutou en piscine.

Il ne faudrait pas croire qu'il n'y a qu'à la Bourboule que cet héritage des siècles passés — c'est de la piscine que je parle — persiste dans toute sa gloire. Beaucoup de stations thermales sont dans le même cas et beaucoup de superbes établissements hydrothérapiques de nos grandes villes, plus ou moins gréco-turco-romains, se vantent d'avoir des piscines.

Mais le *record* de la piscine est tenu par Dax et par d'autres stations, je ne dirai pas d'eaux, mais de boues.

Croyez-vous que ce n'est pas dégoûtant ce qu'on fait là-bas. Est-ce qu'au *xx^e* siècle ; est-ce que, après Pasteur, après Lister, après tous nos maîtres qui nous ont appris l'utilité, l'indispensabilité de l'asepsie ; est-ce que ce n'est pas honteux pour la science médicale française — et étrangère aussi, car, j'ai vu des stations analogues à l'étranger — de faire des choses pareilles.

Il y a 2 genres d'établissements à Dax : le bain des pauvres et le bain des riches. Le bain des pauvres est dans le marais, marais chaud s'il vous plaît, non pas rempli d'eau croupissante, mais d'une boue noirâtre composée, en partie au moins, de matières organiques décomposées. Il n'y a pas de baignoires, mais quatre planches mal jointes avec un fond en plus, pour que le patient ne disparaisse pas sous terre. Dans cette auge pleine de boue, il passe chaque jour une foule de malades. Et c'est toujours la même boue qui sert, la même auge, jamais lavée, et cela depuis des siècles. Et vous appelez cela de la médecine !

Je sais bien qu'à côté de cet établissement quelque peu primitif, il y a l'établissement chic, avec de vraies baignoires. Il y a même à côté de la baignoire boueuse une seconde baignoire, pleine d'eau celle-là, pour que le malheureux malade puisse, à la sortie de la première, se débarrasser de la boue un peu encombrante attachée à sa peau et suspendue un peu partout.

C'est là un excès de propreté, car à l'établissement ancien, qui peut, en raison de son antiquité, revendiquer le plus grand nombre de guérisons, chacun emporte sa boue avec soi.

Mais à l'établissement chic, si on ne se vautre pas

dans de la boue servant de toute éternité, on n'est pas beaucoup plus hygiénique pour cela. *On change la boue tous les huit jours ; oui tous les huit jours, et pendant huit jours durant, les maladies les plus diverses laissent chaque jour dans la boue, chacune son microbe qu'elles qu'on devore.* Et nous sommes au *xx^e* siècle ! passons.

Dr A.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

ANALYSES

Guérison de la Tuberculose, par le Dr COSTE DE LAGRAVE, 1 volume in-8 (320 pages), A. MALOINE, libraire-éditeur, Paris.

Voici un ouvrage éminemment pratique s'adressant aussi bien au médecin qu'au tuberculeux lui-même. Son principal avantage est qu'il guide celui-ci comme celui-là, pour ainsi dire par la main, sur la voie de la guérison de la tuberculose. L'auteur envisage en effet tous les moyens médicaux ou hygiéniques à mettre en œuvre, sans omettre de détails dans une cure où chaque détail a son importance. C'est ainsi qu'il examine successivement les agents de guérison (créosote, huile de foie de morue, tannin, révulsion, etc.), l'hygiène de l'alimentation, l'aération, le froid, l'hygiène du travail, etc.

La part personnelle apportée par l'auteur est considérable et il montre, à l'aide d'une expérience déjà fort longue, les effets à attendre de ces différents moyens.

C'est cette expérience qui permet d'éviter aux praticiens tout embarras en face d'un cas de tuberculose, et d'entraîner la conviction du malade qui doit l'amener à se faire soigner régulièrement, et, dans ces conditions, à être certain de guérir.

Nous serions tentés d'entrer dans l'analyse plus minutieuse du travail du Dr Coste de Lagrave, mais nous ne pouvons ici qu'en montrer la grande utilité et la véritable valeur.

Guide de l'examen gynécologique par le Dr LÉON ARCHAMBAULT, 1 volume avec 78 figures (3 francs) ; A. MALOINE, libraire-éditeur, Paris.

C'est un guide pratique avant tout, destiné aux étudiants et aux médecins peu familiarisés avec les pratiques gynécologiques.

Sans doute, il est toujours facile de soigner une femme qui se plaint de souffrances génitales, mais s'il est facile de la soigner par à peu près, il est souvent très difficile de faire chez elle un diagnos-

tic exact. Or, ce livre permet d'avoir une méthode dans l'examen gynécologique et d'arriver à un diagnostic précis.

Ce sont d'abord les diverses phases de l'*Interrogatoire* qu'on apprendra à faire : c'est souvent chose difficile chez une femme. Puis l'examen de la *paroi abdominale*, la façon de faire la *percussion*, et même d'*ausculter* sont passés en revue : on saura méthodiquement faire l'*Inspection* des organes génitaux, ce qui permettra de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les affections de la vulve. Puis la *palpation* qui est utile en gynécologie aussi bien qu'en obstétrique, et le *toucher*, qui est d'une importance si grande dans le diagnostic des maladies des femmes ! Enfin un chapitre spécial est consacré à l'emploi du spéculum, de l'hystéromètre, des dilateurs, des spéculums intra-utérins, etc., en un mot de l'instrumentation.

L'ouvrage se termine par un exposé schématique des affections gynécologiques qu'on rencontre le plus fréquemment, exposé résumant en peu de mots ce dont se plaint la malade et ce que doit trouver le praticien dans telle affection. Il est de plus illustré de plus de 70 planches, ce qui donne une grande clarté et permet de saisir immédiatement toutes les explications. C'est donc un ouvrage didactique et précis qui trouvera sa place dans la bibliothèque d'un médecin ou plutôt sur son bureau, car c'est un *vade mecum*, un livre à consulter à tous les instants.

LA TUBERCULOSE EST CURABLE

Par le Dr Elisée RIBARD.

Membre du Conseil d'Hygiène du XVI^e arrondissement, attaché au service des tuberculeux à l'Hôpital Boucicaut, avec préface du Dr Maurice Letulle, Professeur agrégé, médecin en chef à l'hôpital Boucicaut.

1 vol. in-12 de 173 pages broché. Prix : 2 fr.
(C. Naud, éditeur, 3, rue Racine, Paris.)

TRAITEMENT DE L'ARTHRITIQUE ET DES ATONIES NERVEUSES

Les Bains de Royat à eau gazeuse courante; modes d'emploi. — Action physiologique. — Conséquences Thérapeutiques; par le Dr LAUSSEDAT, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris; médecin consultant à Royat.

C. Naud, éditeur, Paris.

NOUVELLES

M. le Docteur Laborde présente à l'Académie un mémoire sous forme de conférence avec une série de 117 vues sur verre, éditées par Radiguet et Massiot (1), destinées à la projection lumineuse.

(1) " La Tuberculose, calamité publique " in-8 de raisin, 96 pages 1 franc, franco. Radiguet et Massiot, 13, 15, Boulevard des Filles-du-Calvaire.

Ces vues, rassemblées par M. Guichard, assistant de radiologie au Laboratoire des Travaux pratiques de physiologie de la Faculté, représentent des sujets microscopiques et macroscopiques relatifs à la Tuberculose.

Ce travail, puisé aux meilleures sources, vient d'être couronné au Concours public ouvert par la « Société de Préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire » dont le docteur Peyrot, membre de l'Académie de Médecine est président.

Cette collection, la plus complète qui existe jusqu'à ce jour, mérite l'intérêt de tous ceux, nombreux aujourd'hui, qui s'efforcent à si juste titre, selon les conseils des maîtres les plus autorisés, à faire l'éducation du public sur cette grave question de la tuberculose qui tend de plus en plus à prendre les proportions d'une véritable calamité.

Les professeurs trouveront dans cette collection tous les éléments nécessaires à leurs cours et en général à l'enseignement par la vue au moyen des projections, procédé le plus pratique de tous ceux actuels d'instruction scientifique.

On nous prie d'insérer ce qui suit :

XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE Paris, 2-9 août 1900

Le Secrétariat général a l'honneur de prévenir MM. les membres du XIII^e Congrès international de Médecine, que l'impression et l'envoi du *volume général* et des *17 volumes de comptes-rendus des sections* sont actuellement terminés.

Tout membre du Congrès, ou souscripteur, qui, par erreur, n'aurait pas reçu les volumes auxquels il a droit, est prié de vouloir bien adresser sa réclamation à l'éditeur du Congrès, MM. Masson et C^e, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

A partir du 31 décembre 1901, aucune réclamation ne sera plus admise.

Le secrétaire général,
A. CHAUFFARD.

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.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

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

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

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