

## L'ASSISTANCE FAMILIALE AUX TUBERCULEUX ET LE D<sup>r</sup> LETULLE

Le D<sup>r</sup> Letulle est, on le sait, un des médecins que les questions de contagiosité et de prophylaxie de la tuberculose ont le plus intéressé, et cela dès la première heure, avant que personne ait jeté le cri d'alarme. C'est dans son service, à Boucicaut, que fut réalisé pour la première fois en France l'organisation de salles spécialement aménagées pour les tuberculeux pulmonaires et, depuis, ses efforts pour arriver à faire traiter réellement la tuberculose comme une maladie contagieuse ont été incessants.

Son opinion est donc intéressante à enregistrer sur un des modes de l'assistance familiale des tuberculeux nécessaires, proposé et soutenu avec chaleur lors du récent Congrès international d'assistance familiale, en l'octobre dernier à Paris, nous voulons parler du *placement familial*, du placement du tuberculeux encore curable dans une famille étrangère.

Le placement familial s'appuie sur les heureux résultats obtenus chaque jour par l'envoi en villégiature à la campagne d'un tuberculeux au début chez des parents qui veulent bien le recevoir. Il substitue au casernement brutal dans un hôpital une assistance bienfaisante et douce.

Mais est-il permis de le recommander dans le cas d'une maladie contagieuse, comme l'est la tuberculose ? Oui, répondent ses partisans ; il suffit, pour écarter tout danger, de ne placer dans les familles qui y consentent moyennant rémunération, que des malades atteints d'une tuberculose fermée.

Et ainsi présenté, ce nouveau et peut-être efficace moyen de secours aux bacillaires paraît digne d'être essayé.

Voici pourtant ce que, dans la *Presse médicale* du 15 mars, avec une grande sagacité et une raison très ferme répond en substance le D<sup>r</sup> Letulle :

Il faut examiner la question « au quadruple point de vue de ses dangers, de sa réalisation, de sa mise en pratique et, en définitive, de son opportunité. »

« Y a-t-il quelque danger ? A cette question, la réponse est formelle. Placer un tuberculeux pulmonaire dans une maison privée est un danger certain. Conséquence inévitable, ce procédé de traitement constitue un danger public, puisqu'il risque de semer dans un foyer sain une affection contaminante. Les arguments tuberculose encore fermée ou ouverte ne sont pas une raison valable. »

« Parce que vous ne trouvez pas dans l'expectoration du tuberculeux torpide le bacille de Koch le jour où vous l'y recherchez, vous ne pouvez dire que le malade ne crache pas de bacilles. Vous avez tout au plus le droit d'affirmer qu'il n'existait pas parmi les rares millimètres cubes de muco-pus prélevés par vos propres mains. »

La faible contagiosité du bacille tuberculeux invoqué par quelques-uns est une hypothèse dangereuse et que les faits ne prouvent guère. La tuberculose est

contagieuse autrement que la variole par exemple, mais elle ne l'est pas moins.

« L'expérience a par malheur été répétée trop de fois. M. Brouardel l'a montré par des faits : combien de foyers tuberculeux ont été créés à la campagne par les jeunes gens de la ville ou les jeunes soldats qui tuberculeux vont se refaire au pays et sèment la mort autour d'eux. »

Ainsi a été réalisée une expérience d'assistance familiale avant la lettre qui montre les dangers de l'autre.

Sur le deuxième point, la réalisation possible du placement d'un tuberculeux pauvre chez de pauvres gens, M. Letulle n'est pas moins net.

« Est-ce que de nos jours l'ouvrier tuberculeux sait se soigner. Croit-il aux bons effets de l'aération, du repos immobile, de l'alimentation graduée. »

« Instruisez d'abord le public, l'individu sain et le malade (s'il en a le temps) et alors, seulement alors, tentez l'épreuve. »

Sur le troisième point, *mise en pratique*, du moyen proposé, M. Letulle ne voit guère qu'une maison où logis et hôte rempliraient les conditions nécessaires, la maison du seul médecin.

Et c'est enfin la question d'opportunité actuelle qui est ainsi appréciée par le D<sup>r</sup> Letulle.

*Dans les conditions désastreuses où se trouve en France l'hygiène sociale. . . . . la mise en pratique du placement familial des tuberculeux curables serait une faute et un danger.*

Cette conclusion très ferme est intéressante à retenir, car à l'heure où la lutte s'organise contre la tuberculose où les moyens les plus variés sont proposés, il importe d'abord de savoir ce qu'il faut éviter avant de décider ce qu'il faut faire.

Et le placement familial nous paraît bien être un de ces moyens d'action qu'il faut combattre et non propager.

## DES TRAITEMENTS DU LUPUS VULGAIRE

Sur un cas traité par la Méthode de Butte

Par le D<sup>r</sup> Paul Archambault

Chef du service des maladies de la peau à l'Hospice Général.

La variété des traitements qui ont successivement été proposés pour le lupus tuberculeux démontre d'une façon éloquente le peu de satisfaction que chacun a pu donner.

Cette affection si grave et si rebelle a fait le sujet de très remarquables travaux et de recherches thérapeutiques très consciencieusement faites et poursuivies avec une persévérance qui aurait dû être plus souvent digne d'un meilleur sort.

Le traitement à l'aide des caustiques a pu donner parfois quelques résultats, mais ils n'ont jamais été obtenus que par des soins très prolongés et toujours très pénibles pour les malades. De plus, il n'est pas toujours facile de pouvoir limiter l'action des médicaments employés, de là des délabrements parfois

considérables: le caustique chimique atteint aussi bien les parties saines que les parties malades.

Depuis les publications de Volkmann le traitement mécanique prit une importance considérable. A l'aide de la curette dont il est l'inventeur et qui porte d'ailleurs son nom, on a pratiqué le curettage ou râclage du lupus.

Ce procédé est fort douloureux et imparfait car il laisse souvent du tissu malade, et les cicatrices consécutives à ce mode de traitement font qu'il ne peut être utilisé pour le visage à moins que le foyer en soit circonscrit.

Balmanno-Squire (de Londres) apporta des modifications au traitement avec l'instrument tranchant: il remplaça la scarification ponctuelle par la scarification linéaire. Mais le véritable traitement par les scarifications linéaires, nous le devons à notre école dermatologique de l'hôpital Saint-Louis où le regretté Dr Emile Vidal l'a perfectionné dès 1874.

Les scarifications linéaires et quadrillées selon la méthode de Vidal donnent de très belles cicatrices: aussi ce mode de traitement est de préférence employé pour les lupus de la face.

Le reproche dont est passible cette médication est la longueur du traitement: il demande des séances multiples et toujours douloureuses.

Dans certains lupus bien limités, le bistouri du chirurgien peut amener une guérison radicale mais il est nécessaire que l'ablation soit totale; les pertes de substance peuvent être réparées par des greffes de Thiersch ou mieux encore quand la région le permet par une autoplastie. C'est donc là un mode de traitement qui donne de toute façon d'excellents résultats mais qui ne peut être mis en usage que pour des lupus très circonscrits.

Il n'en est pas de même du traitement qui consiste à détruire la plaque lupique par la cautérisation ignée. C'est la façon de procéder de l'Ecole de Lyon qui se sert *largamano* du thermo-cautère de Paquelin. Mais le véritable vulgarisateur du traitement du lupus par les cautérisations est le Dr Besnier, médecin de Saint-Louis (1882). Il emploie le galvano-cautère, dont l'irradiation ignée est très limitée: il procède par séances successives, faisant des piqûres profondes, espacées d'un millimètre et qu'il recommence quand les cautérisations de la précédente séance sont complètement cicatrisées.

La méthode de M. Besnier est certainement une méthode de choix: elle met à l'abri des infections tuberculeuses secondaires; mais il faut reconnaître que les cicatrices sont peut-être un peu moins belles que celles qui suivent les scarifications. C'est aussi un traitement pénible. Le Dr Brocq a montré toute la valeur de la méthode d'association, alternant avec les scarifications et les cautérisations. J'ai moi-même employé plusieurs fois ce mode de traitement qui m'a toujours donné des résultats dont je n'ai eu qu'à me louer.

Toutes ces méthodes ont donc leurs indications et peuvent donner de bons résultats, mais ce sont des

méthodes sanglantes, longues et douloureuses. On a essayé de les remplacer par l'électrolyse. Ce sont des dermatologistes étrangers qui les premiers ont publié des travaux sur l'emploi de ce traitement, d'abord Gartner et Lustgarten de Vienne, puis Hardaway Jackson (1) et Bowen (2). En France, le Dr Brocq a essayé l'électrolyse, mais il trouve « cette façon de procéder trop longue, trop douloureuse. »

Un progrès incontestable dans le traitement du lupus s'est réalisé par le procédé de Finsen qui consiste à faire agir la lumière concentrée de l'arc de Volta. A l'heure actuelle, la photothérapie est à l'ordre du jour: un des plus chauds partisans de ce mode de traitement est le Dr Leredde qui considère cette méthode curative comme « donnant des guérisons complètes sans récurrence » (3). Mais c'est un traitement qui est loin d'être à la portée de tous, qui nécessite une installation spéciale que l'on ne peut trouver que dans les grands centres et pour lequel il y a encore des réserves à faire; aussi un de nos maîtres de l'hôpital St-Louis, le Dr Hallopeau membre de l'Académie de médecine, n'hésite-t-il pas à écrire touchant la photothérapie: « Ce n'est donc pas encore là une médication d'une efficacité absolue et constante, il y a lieu de poursuivre des recherches dans cette direction ». (4)

Pendant que l'attention des dermatologistes était surtout tenue par les publications qui ont été faites sur la photothérapie, le Dr Butte, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, expérimentait un nouveau traitement, les applications de solutions de permanganate de potasse sur les parties atteintes de lupus.

Dès 1897, il publiait dans les annales de la Polyclinique de Paris ses premiers essais: un peu plus tard en 1899, un médecin russe le Dr Kaczynowski de Saint-Petersbourg faisait connaître les bons résultats obtenus en saupoudrant de permanganate de potasse les régions lupiques; il avait traité 34 cas avec succès. Enfin le Dr Butte publiait le 20 janvier 1901 dans les Annales de thérapeutique dermatologique et syphilitique un travail original sur le traitement du lupus tuberculeux par le permanganate de potassium.

Séduit par ces publications et par les résultats obtenus, je résolus d'appliquer le traitement de Butte sur une femme qui s'était présentée à ma clinique dermatologique de l'hôpital portant un vaste lupus de la face et dont l'observation suivante a été prise avec beaucoup de soins par mon interne, M. Darmezin.

OBS. — Mademoiselle Elisabeth D..., 29 ans, lingère, se présente à la consultation de la clinique dermatologique, fin mai 1901.

Entrée depuis quelque temps à l'hôpital dans un des services de chirurgie, elle vient d'en sortir, le chirurgien ayant renoncé, en raison du vaste délabrement et de la déformation irrémédiable qu'il pré-

(1) Jackson, Journal of Cutaneous and genito-urinary-diseases (1890)

(2) Bowen, Boston med. and surg. Journ. (1892)

(3) Leredde, Ann. Dermat. et syph. (avril 1901)

(4) Rapport du Dr Hallopeau, Bulletin de l'Académie de médecine n° 34, 1901.



voyait, à entreprendre l'extirpation d'un lupus tuméfié évulsaire occupant une partie de la joue droite, les 2/3 inférieurs du côté droit du nez dont le bord de « l'aile droite est rongée, à cheval sur le dos du nez, gagnant le côté gauche et envahissant la lèvre supérieure entièrement prise à droite.

Elle avait 4 ans quand sa mère est morte à l'âge de 35 ans d'une affection de poitrine qui l'a tenue six mois malade : son père asthmatique est mort âgé de 60 ans. Elle a un frère qui semble jouir d'une bonne santé.

Elle-même est une migraineuse ; son enfance a été malade : elle avait des glandes au cou grosses comme des noix. A 17 ans elle eut de la dacryocystite ; elle a une otite moyenne purulente chronique avec diminution notable de l'acuité auditive à gauche. C'est peu de temps après le début de la lésion des voies lacrymales, qu'elle sentit un peu de gêne du côté du nez, coryza et parfois de l'obstruction l'hiver, elle avait le nez rouge.

Depuis 1894 la rougeur n'a jamais disparu, le nez s'est enflammé, desquamé et a présenté une ulcération sur le bord libre de la narine gauche.

Elle vint alors pour la première fois, en mars 1894, à la clinique, où on lui fit le traitement par l'ignipuncture ; en août se trouvant très améliorée, on ne la revint plus jusqu'en février 1895, où une poussée nouvelle la ramena.

Nouvelle série de cautérisations qui amènent assez rapidement un semblant de guérison.

Ce résultat heureux se maintint pendant environ trois ans : puis le mal reparut envahissant une plus large surface. Elle ne se soumit à aucun traitement régulier et ce n'est qu'en fin février 1901 qu'elle se décida à entrer à l'hôpital dans un service de chirurgie où après un séjour de quelques semaines, une intervention ayant été reconnue impossible, elle demanda sa sortie.

Elle vint un peu plus tard à la clinique (fin mai) se trouvant dans l'état que nous avons tout d'abord décrit. On lui conseilla des applications continues de compresses humides de solution de permanganate de potasse à 1 pour 500.

15 juin 1901. — Nous revoyons la malade très améliorée, les tissus infiltrés de tubercules se sont affaissés, les ulcérations en partie cicatrisées ; elle est enchantée du résultat obtenu en si peu de temps. Elle déclare que les applications de permanganate sont un peu pénibles en ce qu'elles déterminent une sensation de cuisson du reste vite dissipée : elle a moins de gêne respiratoire quoiqu'elle soit toujours obligée de dormir la bouche ouverte. Le gonflement a disparu, la peau n'est plus tendue, elle en éprouve un grand soulagement.

6 juillet. — La malade qui a continué ses applications revient faire constater de nouveaux progrès.

La coloration du nez s'est atténuée, la suppuration « a bien diminué » (selon l'expression même de la malade) et ne persiste plus qu'un peu à la pointe. La respiration nasale est plus facile.

10 août. — Persistance de l'amélioration, la peau prend un aspect à peu près normal, il reste sur la lèvre supérieure une ulcération d'un centimètre de diamètre ; on lui conseille l'emploi d'une solution plus concentrée 1 p. 250 ; applications quotidiennes d'une demi-heure et lotions avec la solution de sublimé à 1 p. 4000.

Cette observation est intéressante au point de vue de l'amélioration rapide obtenue par le traitement préconisé par M. Butte ; je ne prétends point qu'elle soit concluante, elle apporte seulement un appoint nouveau à la série déjà nombreuse des cas heureux que ce traitement essentiellement facile a déjà donnés entre les mains des dermatologistes qui l'ont essayé.

Le mode de traitement, applications continues, et le titre de la solution que j'ai d'abord conseillé, 1 p. 500, s'écartent des formules indiquées par l'auteur.

Dans une communication faite le 16 octobre 1900 à l'Académie de médecine, M. Butte a fait connaître ce traitement, qu'il expérimente depuis 5 années.

Voici comment il procède : toute la partie atteinte de lupus est lavée, soit avec du savon à l'ichtyol, soit avec l'émulsion suivante : eau distillée 200 grammes, teinture de savon 50 grammes, teinture de benjoin 5 grammes, sublimé 30 centigrammes. Puis on y applique quotidiennement, pendant dix ou quinze minutes, une compresse imbibée d'une solution tiède de permanganate de potasse à 2 p. 100. Au bout d'une dizaine de jours, on s'aperçoit déjà que les tubercules se sont recouverts d'une légère croûte noirâtre ; ils sont affaissés, ne présentent plus au toucher la sensation d'élevures ; ils paraissent atrophiés et le peu qui en reste a une consistance molle : dans les cas de lupus excédens, on voit se produire un commencement de cicatrisation.

Après ces dix jours, le traitement ne doit plus, d'après M. Butte, être appliqué que tous les deux jours et cela pendant 2 ou 3 mois. Suivant lui, à ce moment, la peau est unie, on n'y sent plus généralement de tubercules, mais elle conserve de la rougeur et un aspect cicatriciel ; le processus semble arrêté, mais les traces de la lésion restent. Si par hasard quelques tubercules réapparaissent, il suffit de faire pendant quelques jours de nouvelles applications de permanganate pour les voir s'affaïsser. M. Butte dit avoir obtenu 15 fois sur 16 d'excellents et prompts résultats.

En 1899, Kaczanowski a employé le même médicament sous la forme de poudre appliquée également pendant un quart d'heure chaque jour et dit en avoir obtenu les meilleurs effets.

M. Hallopeau a expérimenté ce traitement sur la plupart des lupiques qui depuis cette communication se sont présentés dans son service de l'hôpital St-Louis. De plus dans le courant de l'année 1901, il a fait à notre Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie un assez grand nombre de présentations de lupiques traités par cette méthode. Tous ces cas fort intéressants ont amené des discussions très vives parmi les membres de la Société.

— Chargé par l'Académie de Médecine de faire un rapport sur le traitement du lupus par le permanganate de potasse, le Dr Hallopeau, membre de l'Académie, l'a déposé au mois d'octobre 1901. Il s'exprime ainsi : (*Extraits* :)

« Nous avons d'abord employé intégralement le procédé de M. Butte et nous nous en servons encore pour les lupus ulcérés, avec cette différence que nous continuons sans répit les applications quotidiennes, au lieu de les faire seulement tous les deux jours dès qu'il y a amélioration.

Nous avons vu presque constamment cette médication déterminer plus ou moins rapidement la cicatrisation ; il persiste des cicatrices, mais il semble qu'elles sont dues bien plutôt à l'action destructive du lupus lui-même qu'à celle de la médication.

En employant concurremment ou isolément, suivant les cas, ces deux modes d'application du permanganate pur, en poudre ou en solution, on arrive, dans un laps de temps, qui varie de quelques semaines à quelques mois, à obtenir une cicatrisation complète avec disparition de toute saillie nodulaire. On peut voir s'effacer ainsi des masses végétantes, des saillies chéloïdiennes de près d'un centimètre d'épaisseur.

Le traitement par le permanganate a pour effet d'amener rapidement la cicatrisation des ulcères lupiques, l'affaissement des nodules, ainsi que la disparition des saillies végétantes et chéloïdiennes, qu'il efface ainsi toutes les altérations superficielles, mais que son action ne s'exerce sur les altérations profondes du derme que d'une manière insuffisante pour amener la guérison complète.

Cette médication agit avec plus de rapidité que toute autre méthode, tout au moins chaque fois qu'il s'agit d'un lupus trop étendu pour pouvoir être enlevé chirurgicalement, ou atteint dans son ensemble par la photothérapie. Il procure aux malades un bénéfice considérable en les débarrassant d'ulcérations pénibles et persistantes, de chéloïdes volumineuses, de grosses végétations. »

Ce mode de traitement donne donc de réels résultats. J'ai eu, depuis que l'observation qui a fait l'objet de cette publication a été recueillie, l'occasion de faire l'emploi dans deux autres cas de cette méthode : elle m'a encore donné dans ces deux cas des améliorations rapides dès le début et qui donnent espoir au malade.

Le permanganate de potasse est employé depuis trop peu de temps pour qu'il soit possible de certifier des guérisons définitives : mais il a pour lui des avantages tellement considérables qu'il n'y a pas lieu d'hésiter à l'employer.

Mis en parallèle avec les autres modes de traitement, abstraction faite des lupus très limités pouvant être complètement enlevés chirurgicalement, il l'emporte par ses avantages sur les autres méthodes.

1<sup>o</sup> Il est simple et à la portée de tous, ce qui n'est pas pour la photothérapie qui nécessite une installation dispendieuse et une perte de temps d'au moins deux heures tous les jours et cela au minimum pendant cinq mois, dit le Dr Dubois.

2<sup>o</sup> Il n'effraie pas les malades : il n'est pas question d'intervention opératoire, il n'y a pas de mise en scène d'instruments, il n'y a pas de sang versé.

3<sup>o</sup> Il est beaucoup moins douloureux que le traitement par les scarifications ou par les pointes de feu qui nécessitent des séances longtemps répétées.

4<sup>o</sup> Il donne au point de vue des cicatrices des résultats qui sont au moins comparables à ceux fournis par les autres modes de traitement.

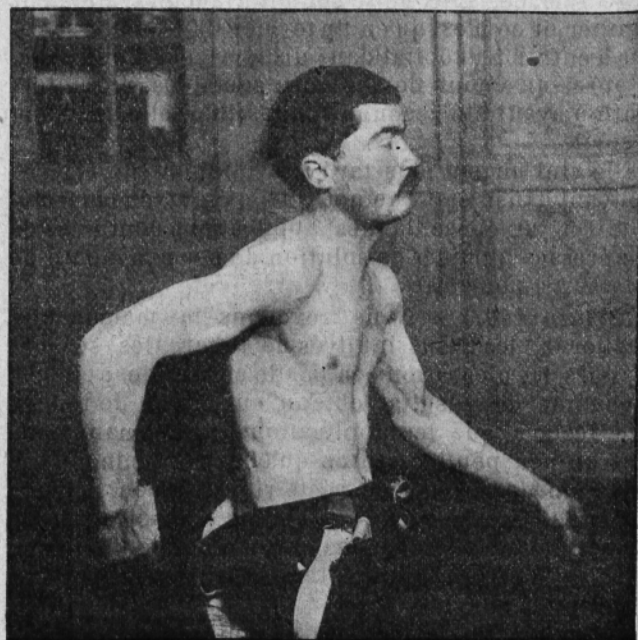
### COMPRESSION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE PAR DES GANGLIONS MÉDIASTINAUX

Par le Dr L. LAPEYRE

X..., âgé de 25 ans, habitant Cléré, a fait son service militaire, n'a jamais été malade. Son père et sa mère vivent. Il a 3 frères et sœurs bien portants. Il y a trois mois il a commencé à sentir une gêne dans le côté droit du cou avec bientôt un peu d'enrouement et d'oppression en travaillant.

Depuis deux mois, il a été obligé de cesser ses occupations de valet de ferme ; il s'essouffle au moindre effort et éprouve une sensation de fatigue invincible. L'enrouement est persistant. Aucun autre symptôme fonctionnel.

A l'examen, on est d'emblée frappé par la colora-



tion bleuâtre de la face, surtout marquée et tournant au violet à l'extrémité du nez et des deux oreilles.

La face est bouffie et cette bouffissure devient frappante lorsqu'on fait déshabiller le malade dont le corps est légèrement amaigri.



Les veines du cou sont un peu saillantes, mais surtout la jugulaire externe est énormément dilatée. Au niveau de l'aisselle de la paroi latérale et antérieure du thorax, les veines superficielles scapulaires mammaires externes et thoraciques apparaissent énormes. La circulation du sang s'y fait en sens contraire du cours habituel de haut en bas forçant les valvules qui dans ces veines regardent l'aisselle.

L'anastomose par 2 branches avec les épigastriques est admirablement dessinée et il est très facile en comprimant un segment quelconque de ces veines de voir le sang affluer vers les épigastriques.

Le développement de ces veines est identique des deux côtés aussi bien à gauche qu'à droite, de même que la circulation de la face est également gênée à droite et à gauche.

Les membres supérieurs ne présentent ni coloration bleuâtre ni œdème, les mains seules sont un peu violacées.

Les veines au niveau de l'avant-bras, du pli du coude et du bras sont un peu plus saillantes seulement; par contre, dans la partie axillaire et thoracique, toutes les veines superficielles deviennent le siège d'une dilatation énorme car le sang du cou descend évidemment vers le thorax par l'intermédiaire des branches thoraciques de la veine axillaire, après avoir emprunté le territoire de la jugulaire externe et de la sous clavière à défaut de la jugulaire interne.

Ainsi les branches thoraciques de la veine axillaire se trouvent résumer à la fois les circulations du cou et du membre supérieur.

La circulation des membres inférieurs n'est pas troublée, la circulation pulmonaire est normale, le cœur bat régulièrement, la respiration est partout normale, il n'existe aucun signe de compression bronchique. L'intégrité de tous les organes est absolue. Le larynx lui-même ne présente aucune lésion, il n'y a pas de paralysie du récurrent.

*Diagnostic.* — Au résumé le diagnostic de la lésion circulatoire existant n'est pas douteux.

Il s'agit sans nul doute d'un arrêt complet de circulation de la veine cave supérieure portant sur son tronc même.

En effet, toute la circulation de la partie sus-diaphragmatique est entravée à droite et à gauche et la circulation se rétablit ainsi que le démontre le sens du courant sanguin dans les veines thoraciques superficielles par la veine cave inférieure.

Et il n'existe aucun autre trouble que celui-ci, aucun autre organe médiastinal n'est en même temps atteint.

Quelle est la cause de cet arrêt de circulation cave.

L'examen de la région droite du cou nous l'apprend; il existe en effet à la base du cou dans le triangle sus-claviculaire deux ganglions au moins, l'un petit, le 2<sup>e</sup> volumineux descendant derrière la clavicule.

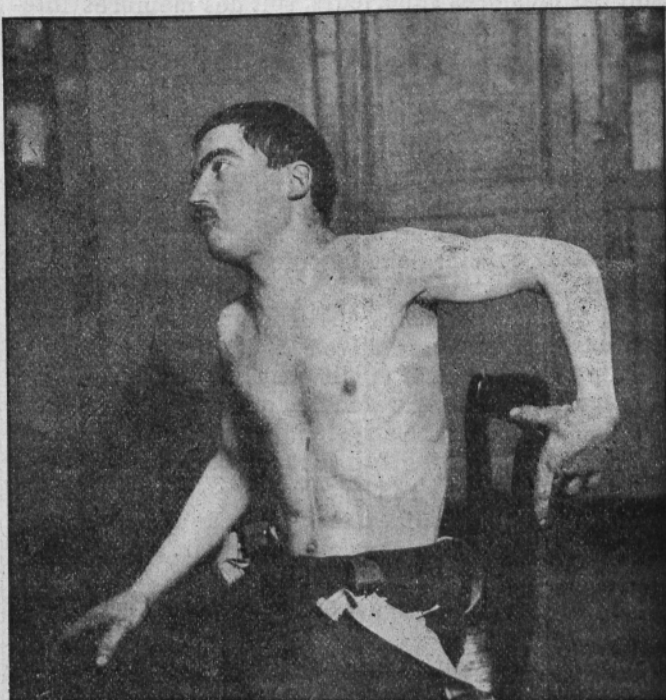
Ces ganglions sont indolores, roulent sous le doigt, sont parfaitement distincts; la palpation seule les décèle, car leur volume est très minime.

Aucun ganglion à gauche.

Quelques ganglions dans l'aisselle droite; 2 ou 3 plus petits dans l'aisselle gauche.

Ganglions encore dans les aines mais ne présentant pas d'hypertrophie nette.

La rate est absolument normale à la percussion.



Si la nature de l'altération de ces ganglions peut être discutable, leur action sur la circulation cave n'est pas douteuse.

Très évidemment, les ganglions sus-claviculaires droits sont les premiers d'une chaîne qui descend dans le médiastin le long du tronc innominé droit et de la veine-cave supérieure et comprime celle-ci.

Ces ganglions probablement peu volumineux, car aucun signe physique d'auscultation ne les révèle compriment seulement la veine cave supérieure et je crois pouvoir dire que la compression s'exerce au-dessous de la grande azygos ou en même temps sur celle-ci, car d'après les auteurs, quand l'oblitération ne comprend que la partie sus-azygale, la circulation se fait par les intercostales supérieures et par l'azygos. Ce n'est que si le canal azygal et la portion terminale de la veine cave descendante sont oblitérés que le sang reflue de l'azygos vers les veines intercostales supérieures, les mammaires internes, les *thoraciques supérieures*. Le sang prend dans toutes ces veines un courant descendant anormal en forçant les valvules et arrive aux origines abdominales de la veine cave inférieure. Les photographies ci-jointes montrent bien la circulation du sang dans les veines thoraciques et les épigastriques, origine abdominale de la veine cave ascendante.

Il ne faut pas s'étonner que la circulation ne soit pas plus gênée, en particulier dans les membres supérieurs. Cruveilhier écrit :

« La grande veine Azygos elle-même n'est point indispensable, vu la présence des plexus rachidiens antérieurs et postérieurs. J'ai vu tantôt la veine cave supérieure, tantôt la veine cave inférieure oblitérée sans augmentation visible de calibre de la veine azygos, et ce qui surprendra peut-être, sans œdème soit des membres supérieurs, soit des membres inférieurs. »

Oulmont qui a rassemblé 19 cas d'oblitération de la veine cave supérieure conclut :

« Les malades ont une survie maximum de 6 mois ; mais presque toujours la mort a été le fait non de la gêne circulatoire, mais de la maladie qui avait déterminé l'obstruction. Les symptômes d'œdème et de cyanose ayant souvent disparu à la dernière période, on peut en conclure que les voies collatérales avaient rétabli la circulation ».

Ces voies collatérales quelles sont-elles et quelle est leur importance relative ?

La plus importante et de beaucoup est le système veineux intra et extrarachidien qui comprend au cou la veine vertébrale. Ce système constitue une anastomose énorme entre les deux systèmes caves.

La grande azygos de par le sens de ses valvules est normalement une voie de décharge de la veine cave inférieure. Chez notre malade, elle était entièrement hors de service.

Les mammaires internes sont encore une voie profonde importante.

Superficiellement, il n'y a guère que les veines thoraciques des parois antérieure et latérale. Chez notre malade, au niveau de la nuque et du dos, aucune veine n'était apparente. Et l'anatomie va nous expliquer pourquoi la gêne de la circulation est moindre dans le membre supérieur que dans la tête et le cou. C'est que l'axillaire communique largement avec les veines thoraciques, tandis que la sous-clavière qui reçoit la veine jugulaire externe, compensatrice de la jugulaire interne, ne reçoit aucune veine thoracique.

Ainsi les veines superficielles du cou, gorgées de sang, sont obligées de se décharger dans les veines thoraciques par l'intermédiaire de la sous-clavière, puis de l'axillaire (le sang y marchant à contre-sens) et des branches de celle-ci (1), veines scapulaires inférieures acromiorthoraciques — *mammaires externes surtout allant à l'épigastrique*.

Les thoraciques inférieures ou mammaires externes ont une importance particulière et les photographies prises les mettent bien en relief.

Ces veines satellites doubles de l'artère, garnies de valvules regardant l'aisselle, possèdent un vaste territoire sur la paroi latérale : grand dentelé, espaces intercostaux, grand pectoral, mamelle.

Elles s'anastomosent avec les six ou sept intercostales supérieures tributaires des azygos, puis avec les branches latérales des épigastriques.

Elles ramènent au cas de compression de la veine

(1) Notons une anastomose qui peut servir entre la jugulaire externe et la veine céphalique.

cave supérieure, vers l'abdomen en sens anormal descendant le sang des membres supérieurs et de la poitrine.

Notre malade représente donc un cas de compression isolée de la veine cave supérieure par des ganglions probablement peu volumineux, situés dans le plan médiastinal antérieur, au niveau du confluent de la grande azygos.

Ces ganglions eux-mêmes, tout permet de conclure qu'ils ont pour origine une lymphadénie.

Et, l'examen du sang confirme les résultats de l'exploration clinique, et écarte le diagnostic de tuberculose.

La numération des globules, faite à plusieurs reprises, a donné des résultats toujours concordants, qui peuvent se résumer ainsi :

Diminution du nombre absolu des globules rouges : 3 trillions 950 billions au lieu de 5 trillions par litre.

Augmentation du nombre des globules blancs : 115 billions par litre, soit 7 globules blancs pour 250 au lieu de 1 pour 300.

Il eût été intéressant de faire l'analyse qualitative des diverses variétés de globules. Malheureusement le malade est reparti chez lui après 36 heures de séjour seulement, avant que l'examen put être fait.

Le pronostic est des plus sombres, en raison de la maladie causale. « Jamais, nous dit Oulmont, le malade n'a survécu plus de six mois ; il succombe à la maladie causale, non au trouble de la circulation, qui va plutôt s'atténuant. »

Et le diagnostic de Lymphadénie n'est pas pour nous permettre de croire à une prolongation possible de la vie chez notre pauvre malade.

## LES ENFANTS QUI MARCHENT TARD

Par le Dr Edmond CHAUMIER

Dans ma statistique de l'âge de la marche chez l'enfant (1), j'ai prouvé l'influence de l'alimentation — sein ou biberon — mais je n'ai pas voulu prétendre que le biberon seul était cause du retard de la marche.

Je vais étudier ici, d'après mes notes personnelles, les diverses maladies pouvant entraver la marche de l'enfant d'une façon permanente ou passagère.

Certaines sont absolument indépendantes du mode d'alimentation ; d'autres, plus nombreuses, sans être causées directement par elle, peuvent reconnaître l'alimentation artificielle comme une cause indirecte, l'état de déchéance qui en résulte rendant sans doute les organes plus aptes à servir de terrain de culture aux micro-organismes.

C'est ainsi que la bronchite, la broncho-pneumonie, le rachitisme, etc., ainsi que la diarrhée, doivent être considérés, dans une certaine mesure, comme dépendant du biberon.

(1) Gaz. méd. du centre 1898.



Toutes les maladies peuvent retarder la marche ; je mentionnerai seulement celles ayant le plus souvent une influence fâcheuse sur cette fonction.

### Les Idiots

Les idiots marchent tard ; il en est de même des enfants inintelligents et de ceux dont l'intelligence se développe lentement.

Avant de donner les résultats de mon observation, je citerai l'opinion de Jules Voisin (1) qui, chargé du service des filles idiotes à la Salpêtrière, a pu, mieux que personne, se faire une idée juste à ce sujet.

« Chez tous les idiots on constate un retard très accusé dans la marche et la préhension des objets. Ce retard peut, sans doute, comme chez les enfants paralysés, être lié à des lésions cérébrales et médullaires, mais souvent aussi il est la conséquence d'un défaut de développement du sens musculaire.

« Les mouvements associés, comme marcher, prendre un objet, s'habiller, sont très difficilement exécutés par les idiots. Le retard de la marche est souvent un phénomène pour lequel les parents viennent vous consulter. Ce n'est guère que vers trois ou quatre ans, en général, que ces petits malades commencent à marcher. Il y en a même qui ne marchent pas encore à sept ou huit ans....

« L'effort musculaire, chez l'enfant sain, provoque un certain plaisir, une sensation agréable et, de plus, la satisfaction d'une difficulté vaincue. Tous ces sentiments font complètement défaut chez l'idiot profond, qui est dépourvu de toute intelligence. Il faut savoir que les mouvements dans la marche et la préhension sont d'abord volontaires, puis deviennent ensuite des réflexes automatiques. Il faut donc, pour les apprendre, un certain degré d'intelligence et un effort volontaire : c'est ce qui manque précisément à l'idiot. Chez quelques-uns, les mouvements paraissent être sous la dépendance d'un véritable instinct, d'une vraie mémoire héréditaire, ceux-là forment la catégorie des moteurs. Les autres, au contraire, restent inertes sur leur chaise ou dans leur lit. Il en est toutefois qui exécutent sur place quelques mouvements rythmés, cadencés, automatiques, et qui ne sont appropriés à aucun but....

« Généralement, le développement de la motilité est en rapport avec le développement intellectuel....

« (2) La mémoire organique, c'est-à-dire la mémoire inconsciente des mouvements associés combinés en vue d'un but (par exemple la marche), est quelquefois complètement nulle chez les idiots, tandis

qu'au contraire elle peut être développée pour d'autres mouvements, la préhension, par exemple.

« (1) La généralité des idiots exécute des mouvements appropriés en vue de satisfaire leurs besoins naturels, leurs appétits, leurs désirs, et vous voyez ces individus qui ont des mouvements automatiques, cesser leurs tics, leurs balancements, pour s'emparer de la nourriture. C'est là la première ébauche du mouvement volontaire que nous pouvons constater....

« A un degré plus élevé, la volonté se manifeste par des mouvements complexes : la marche, qui, elle-même, à un moment donné, quand elle est bien apprise, devient automatique. Nous avons vu combien est long l'apprentissage de ces mouvements !

« Enfin nous devons signaler comme manifestation de la volonté, à un degré plus élevé, l'acte d'arrêt sur les sphincters. Si nous ne pouvons guérir un idiot non paralysé de son gâtisme, nous devons le considérer comme incurable. »

J'ai retrouvé dans mes notes dix-neuf cas d'idiots sans paralysies ou contractures, et d'enfants à intelligence en retard.

Sur ces 19 enfants :

Deux âgés de 23 et 28 mois ne marchent pas seuls ; celui de 23 mois se traîne à quatre pattes.

Pour deux enfants, il n'y a pas d'indication exacte de l'âge de la marche ; l'un, âgé de 3 ans lors de l'observation, marche mal, en trainant les jambes ; l'autre, âgé de 4 ans 1½, est noté avoir marché très tard.

Il reste donc 15 enfants, dont :

1 a marché à 14 ou 15 mois (*enfant arriéré*).

1 à 15 mois, puis a cessé de marcher et n'a marché à nouveau qu'à 17 mois (*idiot, épileptique*).

1 à 16 mois, (*enfant en retard pour parler*).

1 à 17 mois, (*ne parlait pas encore à 2 ans*).

2 à 19 mois, (*un simplement arriéré, un idiot méchant, battant sa mère*).

1 à 20 mois, (*très arriéré, n'apprend pas à lire*).

1 à 22 mois, (*arriéré*).

1 à 24 mois, (*très en retard pour parler*).

1 à 2 ans 1½, (*idiot, épileptique*).

1 à 3 ans, (*idiot, épileptique*).

1 à 3 ans 1½, (*idiot, méchant, ne sait pas lire*).

1 à 5 ans, (*très arriéré*).

1 à 9 ans, (*idiot*).

Voici les observations aussi résumées que possible :

OBSERVATION I. (*Idiot, épileptique*). — A... (*garçon*) 11 ans, élevé au biberon, n'a pas eu de diarrhée étant petit, et presque jamais de rhumes.

Il pisse au lit souvent. Il est tout à fait inintelligent ; il saurait cependant un peu lire. Souvent, il se précipite sur sa mère ou les autres enfants comme pour les battre, mais il ne leur fait aucun mal.

Il a commencé à avoir des attaques à 18 mois. Actuellement cela le prend presque tous les jours en classe. Avant, l'attaque il est plus agacé. Pendant l'attaque, il a le côté droit raide, les yeux fixes ; au bout d'un quart d'heure environ, les yeux deviennent rouges.

(1) Jules Voisin : *L'Idiotie, hérédité et dégénérescence mentale*, Psychologie de l'éducation de l'idiot. Paris, 1893, p. 138. — Ch. Féré : *La famille névropathique*, Paris, 1894, dit : (p. 310) Un certain nombre de retards de fonctions, ou d'anomalies fonctionnelles, peuvent être considérés comme des indices de développement troublé. Citons, par exemple, le retard de la marche, qui paraît en rapport avec le retard de l'évolution des faisceaux pyramidaux, le retard de l'évolution du langage et le bégaiement, etc.

(2) Page 208.

(1) Page 215.

Il a marché à 2 ans 1/2.

Obs. II. (*Idiot, épileptique*). — G..., (*garçon*), 6 ans 1/2. Elevé au biberon. Convulsions à 10 mois; idiot, épileptique; ne parle pas, n'est pas propre (incontinence, urine et matières); remue sans cesse. Depuis quelques mois, il a plusieurs attaques par jour, et tombe à terre à chaque fois. Il mange bien.

Il a marché à 3 ans.

Obs. III. (*Idiot, méchant*). — B..., (*garçon*), 14 ans; élevé au sein 17 mois. Peu de diarrhée étant petit.

Première convulsion à 5 mois.

A 17 mois parlait, mais à la suite d'accidents nerveux sur lesquels je n'ai aucun détail, il a cessé de parler, et n'a recommencé qu'à 6 ans. Il a un peu de mémoire et apprend par cœur ce qu'il entend. Il a fréquenté l'école, mais il ne sait pas lire. Il est tout à fait inintelligent et est méchant.

Il a marché à 3 ans 1/2.

Obs. IV. (*Idiot*). — Constant X..., 8 ans 1/2, élevé au biberon. Il a eu beaucoup de rhumes et est un peu sourd.

Très intelligent, idiot même; va à l'école mais n'apprend rien.

Il a marché à 20 mois; un frère, âgé de 7 ans, a marché à 14 mois.

Obs. V. (*Idiot, épileptique*). — B..., (*garçon*), 8 ans 1/2, a été élevé au sein 18 mois. On l'a fait manger dès la naissance. Il eut, étant petit, de l'impétigo du cuir chevelu. A 8 mois, une bronchite, à 11 mois, étant guéri depuis peu de sa bronchite, il fut pris d'accidents convulsifs. Jusqu'alors on avait remarqué qu'il ne riait pas comme les autres petits enfants.

Lors des convulsions, il ouvrait de grands yeux, étouffait, faisait des grimaces et avait des secousses dans le côté droit. Ces premiers accidents durèrent environ quatre heures. A la suite, il resta hébété.

Il eut une attaque semblable un an plus tard; mais, pendant cette année, il s'évanouissait chaque jour un certain nombre de fois, jusqu'à 10 et 20 fois.

Chaque perte de connaissance durait environ 2 minutes; il pâlisait.

La nuit, il tournait la tête continuellement; il le fait encore, mais moins.

A la suite des grandes attaques, il vomissait beaucoup. Ces grandes crises se sont rapprochées: elles vinrent tous les six mois, puis tous les 3 mois, puis toutes les six semaines.

Les attaques se ressemblent toutes. Elles le prennent le matin à 3 ou 4 heures. Leur durée est moindre depuis qu'il a suivi un traitement; il a été même 2 ans sans en avoir. Elles sont revenues depuis un an; elles durent de 10 à 15 minutes. Il vomit ensuite jusqu'à midi.

Il est inintelligent et sans mémoire; il n'apprend presque rien à l'école. Si on veut lui faire faire quelque chose, il oublie aussitôt ce qu'on lui a commandé.

A la suite d'un traitement bromuré intensif, les attaques ont diminué de fréquence.

Cet enfant avait marché à 15 mois, puis a cessé de marcher et n'a recommencé qu'à 17 mois.

Obs. VI. (*Idiot*). — S..., (*fille*), 13 ans, élevée 3 mois seulement au sein, puis au biberon. Etant petite, elle eut la diarrhée, puis la fièvre typhoïde et le croup. Elle eut également beaucoup de maux de gorge et de douleurs d'oreilles.

Les dents sont irrégulières, mal faites.

Dans sa fièvre typhoïde elle eut des convulsions. La mère dit qu'elle avait peur (cauchemars, délire) et tremblait.

Elle a peur très souvent et tremble pour monter l'escalier de ses parents. Elle est inintelligente, ne sait ni lire, ni travailler, et est colère. Elle tremble lorsqu'on la gronde.

Elle a les jambes très droites et ne présente aucun signe de rachitisme.

Elle a marché à 9 ans.

Son frère, 12 ans, a marché avant 10 mois.

Obs. VII. (*Arrière*). — P... (*garçon*), 16 ans, élevé au biberon; souvent enrhumé; un peu sourd.

Très peu intelligent; arriéré.

Il a marché à 14 mois.

Obs. VIII. (*Arrière*). — M... (*garçon*), 4 ans moins 3 mois; élevé au biberon. A eu 2 fluxions de poitrine. Il a toujours toussé. Etant au biberon, il a eu la diarrhée. Il a la bouche ouverte; la respiration nasale se fait mal (adénoïdes).

Il fait au lit; parle mal et a l'air très peu intelligent.

Il ne présente pas de symptômes de rachitisme.

Il a marché à 19 mois.

Obs. IX. (*Idiot*). — S... (*fille*). J'ai vu cette enfant dès l'âge d'un mois; c'est une jumelle. Sa sœur s'est très bien développée et a marché à 14 mois 1/2.

Elle avait, lorsque je l'ai vue la première fois, un érysipèle qui a parcouru tout le corps; elle était déjà plus petite que sa sœur.

Revue à 15 mois, elle est toujours chétive, et ne marche pas. Elle ne présente aucun symptôme de rachitisme. A 4 ans 1/2 je la vois à nouveau; elle est restée très petite; elle ne parle pas; dit seulement « *papa, maman, à voir.* »

Cette enfant est idiote, bien que la mère croie qu'elle comprend très bien.

Elle a marché très tard.

Obs. X. — P... (*garçon*), 6 ans, élevé au sein 18 mois, a été souvent enrhumé. Il a des ganglions derrière les branches montantes de la mâchoire, indiquant une gorge malade (adénoïdes).

Il a une grande difficulté de prononciation, une sorte de bégaiement. Il est nerveux, méchant, se roule par terre, bat sa mère, casse tout.

De plus, il est inintelligent.

Cet enfant a marché à 10 mois.

Obs. XI. — B... (*garçon*), 9 ans, élevé au biberon. Diarrhée, bronchites, dont il a été très malade; abcès aux cuisses; écoulement d'oreilles depuis l'âge de 9 mois. Entend mal et fait souvent répéter. A pissé au lit de temps en temps.

Il a parlé très tard; il prononce mal et est peu intelligent.

Il a marché à 2 ans.

Obs. XII. — L... (*fille*), 12 ans 1/2, élevée au biberon. Pas de diarrhée, quelques rhumes, adénoïdes opérées. Ne pesait, dit la mère, que 3 livres à sa naissance.

Elle parle mal, est très peu intelligente et ne sait pas lire.

Elle a marché à 22 mois.

Obs. XIII. — C... (*garçon*), 19 mois, élevé au sein pen-



dant 9 mois; a commencé à manger à 8 mois. Il eut ses premières dents à 6 mois; actuellement il en a 12.

Il n'a jamais eu de diarrhée. Il a eu, il y a 6 mois, mal de gorge avec un ganglion au cou qui a disparu, puis une bronchite. Il avait eu auparavant des bobos (impetigo) au menton.

Il n'est pas rachitique. Il a le front bombé, mais n'a pas de gros poignets, pas de gros ventre, pas de chapelet costal, et ses jambes sont droites.

Il est en retard pour parler; il ne dit que « maman, attends ». Il a marché à 16 mois.

L'aîné, âgé de 7 ans, a marché à 13 mois.

Obs. XIV. — S..., (fille), 29 mois; élevée au sein 20 mois; n'a pas eu de diarrhée.

Rougeole, coqueluche, influenza, peut-être scarlatine.

Très gros ventre; poitrine aplatie dans la ligne axillaire; côtes déjetées en bas; petits ganglions au cou (a eu plusieurs fois du suintement derrière une oreille).

Le foie dépasse les côtes de deux ou trois travers de doigt, surtout dans la région stomacale, on sent également la rate qui est hypertrophiée.

L'enfant, malgré cela, a bonne mine et n'a pas de symptômes d'adénie.

Elle ne paraît pas non plus être atteinte de rachitisme.

Elle est sale, fait tout au lit, parle peu pour son âge, elle a 17 dents.

Elle ne marche pas.

Cette enfant est certainement en retard pour parler et les enfants de son âge sont déjà propres; mais le cas est complexe et les maladies graves et antérieures (rougeole, coqueluche, etc.), pourraient peut-être revendiquer leur part dans le retard de la marche.

Les lésions du foie et de la rate ne doivent pas non plus être passées sous silence.

Un frère de 7 ans n'a marché qu'à 32 mois; une sœur de 6 ans n'a marché qu'à 2 ans; il y a encore là une influence inconnue qui a pu agir sur la petite fille.

J'aurais peut-être dû omettre cette observation. En la rapportant ici, j'ai voulu montrer que, dans certains cas, plusieurs facteurs se trouvent réunis pour entraver la marche et qu'il est parfaitement impossible de trouver celui qui a le plus d'action.

Obs. XV. — V..., (fille), 3 ans et 1 mois, élevée au biberon.

Gros ventre, bouche ouverte, front un peu saillant, ne parle que très peu et paraît inintelligente.

La poitrine est très bombée (gêne de la respiration nasale). Il n'y a pas de chapelet costal; les tibias ont une légère courbure à concavité interne; il n'y a pas de genu valgum. La première dent est sortie à 8 mois.

On sent le foie sous les côtes.

Cette enfant a marché 14 ou 15 mois.

Ce cas est encore complexe. Il s'agit certainement d'une enfant en retard au point de vue intellectuel; de plus c'est une adénoïdienne chez laquelle la respiration se fait mal; elle semble avoir été légèrement touchée par le rachitisme; de plus, le foie est gros ou tout au moins descendu; et, cependant, l'âge de la marche est presque normal; 14 ou 15 mois.

L'observation suivante est également intéressante,

en ce sens qu'il s'agit d'un diagnostic difficile, entre un arrêt de développement à la fois intellectuel et somatique, et le rachitisme.

Très souvent, on pourra faire cette confusion, si on n'y regarde pas de très près.

Dans le cas présent, il n'y a aucun véritable symptôme de rachitisme; il s'agit d'un arrêt de développement avec peut-être un peu d'hydrocéphalie.

Obs. XVI. — Georgette X..., 18 mois, élevée un an au sein, puis au biberon. Elle a toujours été constipée: elle a très peu toussé.

Les poignets ne sont pas gros; la fontanelle admet 2 bouts de doigt; il n'y a pas de genu valgum; pas de chapelet costal.

La première dent est sortie à 1 an; il y en a 5 actuellement.

L'enfant ne marche pas.

La petite fille est actuellement atteinte de pneumonie.

23 mois et 6 jours. — L'enfant a 10 dents, dont 2 molaires inférieures viennent de percer. La fontanelle admet 4 bouts de doigt. Le front n'est pas bombé, ou très peu. Les poignets ne sont pas gros; il n'y a pas de chapelet costal. Le ventre est gros; les côtes sont un peu déjetées en bas. Les jambes sont très droites; il n'y a pas de genu valgum.

Il y a un peu de laxité de l'articulation coxo-fémorale, et l'on peut exagérer le mouvement de rotation en dedans.

La tête est un peu grosse (hydrocéphalie?).

Il existe une hernie ombilicale, il y a un peu d'éventration.

L'enfant ne paraît pas intelligente; elle ne parle pas. Assise, elle se tient à peu près droite; il y a cependant un point de la colonne vertébrale qui est un peu saillant; elle se tient debout devant une chaise; étant par terre, elle peut se relever en se tenant à un meuble; elle ne marche pas seule; elle se promène à quatre pattes.

La même difficulté de diagnostic se présente dans le cas suivant, où l'arrêt de développement est moins marqué.

Obs. XVII. — Justine C..., 23 mois, élevée au biberon. Actuellement 16 dents; la première a poussé à 6 mois 1/2.

Elle a eu la diarrhée l'été, à 10 mois, pendant 8 jours, et une légère bronchite à 19 mois.

La fontanelle est fermée ou à peu près; le front est un peu saillant. Les jambes sont droites; il n'y a pas de genu valgum. Il n'y a pas de gros poignets. Le ventre est un peu gros.

Cette enfant n'est pas propre; elle ne parle pas et dit à peine « papa, maman ».

Elle a marché à 17 mois.

L'observation XVIII offre un intérêt d'autant plus grand que j'ai suivi l'enfant qui en est le sujet depuis 1 an jusqu'à 13 ans. A n'importe quelle époque de son évolution, un examen superficiel aurait fait diagnostiquer le rachitisme, alors qu'il s'agit d'arrêt de développement.

Ainsi, à 1 an, l'enfant n'a pas de dents, a le ventre très gros, débordant, sur les côtés; le thorax est très saillant en avant; l'enfant est très maigre; la colonne vertébrale, quand l'enfant est assis, fait une saillie à la région lombaire. Le crâne paraît beaucoup plus

gros que la face. De la naissance jusqu'à 11 mois, l'enfant a sué énormément, on était obligé de le changer plusieurs fois par jour.

Est-ce que le diagnostic de *rachitisme* ne semble pas s'imposer?

A 2 ans 1/2, il n'a que 8 dents; la première n'a poussé qu'à 23 mois; il ne marche pas: rachitisme.

A 2 ans et 10 mois, il sue beaucoup; on le change 3 fois la nuit.

A 3 ans et 20 jours, il ne se tient pas encore sur les jambes; 2 mois plus tard il ne se tient encore qu'assis; et il n'a que 14 dents: rachitisme.

Il ne marche qu'à 5 ans. A 7 ans et 2 mois, il n'a que 0 m. 98 de haut; il n'est pas solide sur les jambes et tombe souvent: rachitisme.

A 10 ans, il tombe encore fréquemment et on est souvent obligé de le tenir par la main: rachitisme, rachitisme.

Et cependant, en lisant attentivement l'observation, on se rendra parfaitement compte qu'il s'agit d'un arrêt de développement et corporel et intellectuel et que le rachitisme est absolument étranger à ce cas.

Obs. XVIII. — Gustave P..., 1 an, élevé au biberon. Cet enfant est très petit, guère plus gros qu'à la naissance, dit la mère; il est très maigre; il serait né avant terme. Il était noir en naissant. Il est ordinairement constipé; il est resté jusqu'à 3 jours sans aller.

Le ventre est très gros et déborde sur les côtés; il donne un son tympanique à la percussion.

Le thorax est très saillant en avant. Lorsque l'enfant est assis, la colonne vertébrale fait une saillie à la région dorsale inférieure; cela vient de ce que l'enfant ne peut se tenir droit et se laisse aller (pseudo-mal de Pott).

Les jambes et les bras sont très petits, excessivement maigres.

Le crâne paraît beaucoup plus gros que la face, qui est très petite, mais l'ensemble de la tête est plutôt petit.

La peau de la face est flasque, ridée.

La bouche reste ouverte; le palais est excessivement ogival avec saillie de la cloison.

Le cœur bat excessivement fort; on n'entend qu'un *hou-hou* ronflant, tant à la base qu'à la pointe.

L'enfant tousse: à l'auscultation de la poitrine on trouve des râles ronflants.

Depuis sa naissance jusqu'à il y a un mois, il avait des sueurs excessives; on était obligé de le changer 2 et 3 fois par jour.

Poids: 3 kil. 920 (1).

13 mois et 8 jours. Poids: 4 kil. 250; diarrhée.

14 mois. Poids: 4 kil. 500.

16 mois. Poids: 5 kil., habillé; la mère dit qu'il a environ 500 gr. de vêtements.

La constipation est moins opiniâtre; il est soigné dans ce sens.

Il tousse; cri plaintif.

18 mois: 5 kil. 500 avec les langes.

20 mois. Lorsqu'il respire, il y a du tirage sus-sternal et stomacal (sténose nasale) et des sifflements venant du nez.

2 ans et 8 mois. La première dent est poussée à 22 mois, il y en a huit actuellement. Elles sont venues dans l'ordre

(Poids moyen: à 1 an, 9 kil., 9 kil. 200; 9 kil. 450, suivant les auteurs; à 13 mois, 9 kil. 440; à 14 mois, 9 kil. 680; à 16 mois, 10 kil. 160; à 18 mois, 10 kil. 580.

suivant: d'abord 4 molaires; puis 2 incisives inférieures; enfin 2 incisives supérieures qui sont à peine sorties.

Il ne marche pas, ne cause pas. Il a meilleure mine. Le souffle cardiaque couvre les deux bruits, surtout à la pointe.

2 ans et 9 mois. Amas fécal énorme formant tumeur dans le rectum et l'S iliaque.

2 ans et 10 mois. Il sue beaucoup; on le change trois fois la nuit.

3 ans et 20 jours. L'enfant se développe très lentement. Il dit « papa, maman ». Il ne se tient pas sur les jambes, ses membres sont très petits.

3 ans et 3 mois. Il a un peu profité, il cause un peu; il se tient assis sur une chaise. Il a 14 dents. Il tousse.

4 ans et 8 mois. Impetigo. Il a eu de la bronchite, il y a quelques mois, et tousse depuis.

4 ans et 9 mois: diarrhée.

5 ans et 8 mois 1/2. Varicelle dernièrement; je l'ai vu l'an dernier chez lui avec une pneumonie.

6 ans et 8 mois. Pneumonie.



Gustave P., à l'âge de 12 ans.

7 ans et 2 mois. Il tousse depuis trois semaines. Respiration soufflante aux sommets.

Il a marché à 5 ans.

Bruits du cœur: on distingue mal les deux bruits à la pointe. Il existe un souffle qui commence à la fin du premier bruit et couvre tout le silence et en partie le deuxième bruit. Peu de chose à la base.

La poitrine est toujours très bombée; les jambes sont droites; il n'y a pas (ou excessivement peu) de genu-valgum; les jointures (poignets, genoux, chevilles) ne sont pas grosses.

Il tombe souvent.



Sa hauteur est de 0 m. 98 (1).

8 ans et 9 mois. Il tousse depuis 15 jours.

8 ans et 10 mois. Abscess du front, suite de contusion (chute).

9 ans et 9 mois. Il tombe très souvent; il y a 8 jours, il est tombé sur l'arcade sourcilière droite; il a une tumeur grosse comme le bout du doigt. Souvent, on est obligé de le tenir par la main.

Il se plaint au niveau de l'ouverture abdominale du canal inguinal droit. Le scrotum est vide. On sent de chaque côté les testicules très petits au niveau de l'ouverture inguinale supérieure.

10 ans et 3 mois. Même état des testicules; il s'en plaint toujours.

Il n'apprend rien à l'école.

Sa taille est de 1 m. 12.

10 ans et 4 mois. Deux incisives médianes inférieures de la deuxième dentition sont poussées; elles sont mal faites, aplaties, presque concaves sur la face antérieure.

Une incisive supérieure de la première dentition remuée; la gencive est un peu gonflée.

10 ans et 6 mois. Il tousse depuis 15 jours. Il se plaint de la tête; respiration rude, expiration prolongée.

Les testicules sont toujours dans le haut du canal inguinal et déterminent des douleurs.

L'enfant est toujours peu solide sur les jambes.

Cet enfant est mort de phthisie pulmonaire à 13 ans 1/2.

Je n'ai pas besoin d'insister beaucoup. L'influence de l'idiotie sur le retard de la marche ressort clairement des observations très probantes qu'on vient de lire.

Car, si 3 ou 4 enfants ont commencé leurs premiers pas à un âge presque normal, tous les autres n'ont marché que fort tard.

Par quel mécanisme, l'idiotie retarde-t-elle la marche? J'étudierai ce point dans un chapitre spécial, lorsque j'aurai passé en revue les diverses maladies ayant de l'influence sur le début de la fonction de locomotion.

..

### Les Hydrocéphales

« La marche chez les plus atteints ne peut se développer. Chez presque tous les hydrocéphales elle est notamment retardée. Les plus précoces commencent à marcher à 13, 14, 15 mois. Souvent ils ne l'apprennent qu'à 2, 4 et même 6 ans. En général, la marche est lourde, très lente, compliquée d'une sorte de balancement latéral. Le corps est très souvent penché en avant et l'enfant paraît courir vers son centre de gravité déplacé en avant par le poids de sa tête. »

Ainsi s'exprime d'Astros (2), d'après Bourneville.

J'ai retrouvé dans mes notes l'histoire de 8 hydrocéphales. Il y a des cas très légers et des cas graves. Les premiers ont marché à 15, 16, 17 et 20 mois; les autres à 23, 27, 28 mois et 3 ans 1 1/2. Voici le résumé de ces observations.

(1) Voici, d'après les auteurs, la taille normale:

Quételet: 3 ans, 0 m. 88; 4 ans, 0 m. 95; 5 ans, 1 m. 01; 7 ans, 1 m. 13.

Bonditch on the growth of Children; 8<sup>th</sup> ann. Report: 3 ans, 0 m. 92; 4 ans, 1 m.; 7 ans, 1 m. 16.

(2) Léon d'Astros: *Les hydrocéphalies*. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1898.

Obs. I. — Eugène A..., 6 ans et 3 mois, a été élevé au sein pendant 18 mois. Etant petit, il a eu souvent la diarrhée.

Il a eu une bronchite, plusieurs rhumes et des écoulements d'oreilles; il a le palais ogival et des ganglions assez gros derrière l'angle de la mâchoire.

Il a eu également beaucoup de croûtes d'impetigo à la figure.

Il vomissait beaucoup étant petit.

Eugène est hydrocéphale, sa tête était grosse dès la naissance; à 3 mois elle était énorme, et à 8 mois presque aussi grosse que maintenant, dit la mère. A 4 ans sa tête avait 0 m. 50 centimètres de circonférence; actuellement 0 m. 63. Il a 0 m. 92 de hauteur; il a augmenté de 12 centimètres depuis 2 ans.

Il a parlé vers 3 ans; il a marché à 3 ans 1/2.

Il a 20 dents. Les membres sont courts, le bras a 0 m. 12 et l'avant-bras 0 m. 13. Il mesure 0 m. 22 de l'épine iliaque antérieure au genou; le tibia a 0 m. 15. Les poignets sont gros; il a un genu valgum très prononcé; la tubérosité tibiale est très saillante, pointue; le tibia concave en dedans avec malléole saillante.

L'enfant étant debout, le ventre paraît très gros, mais étant couché, le ventre est plutôt creux; cela dépend d'une ensellure lombaire assez prononcée.

Le thorax est très bombé; on dirait qu'il existe du cha-pelet costal, mais les extrémités des côtes ne sont pas grosses. L'intelligence est assez développée.

Cette observation présente un double intérêt: d'abord l'existence de l'hydrocéphalie très prononcée, ensuite les lésions des membres qui pourraient être rapportées au rachitisme. Je discuterai plus tard ce point de diagnostic.

Le gros thorax s'explique facilement en dehors du rachitisme, car cet enfant a eu une bronchite et plusieurs rhumes, des écoulements d'oreilles, il a le palais ogival et de gros ganglions derrière la branche montante du maxillaire inférieur; il a certainement des végétations adénoïdes qui ont entravé la respiration et produit la déformation du thorax.

Obs. II. — Félicie G..., 3 ans; élevée au biberon. Cette enfant a toujours été constipée. Ses premières dents ont poussé à 11 mois; elle a marché à 28 mois.

A 9 mois elle a eu de la bronchite, une fluxion de poitrine et quelque chose qu'on a appelé méningite; elle avait alors des convulsions; cela a duré 3 mois.

La tête est très grosse, le front très saillant; circonférence 0 m. 54. La mère dit que la tête était aussi grosse à 1 an.

Obs. III. (19 juin 1890). — Célestine B..., 2 mois, élevée au sein. Hydrocéphalie: grosse tête, fontanelles très grandes, écartement des sutures. Constipation opiniâtre.

3 septembre 1891 (16 mois du 21 août). L'enfant prend toujours le sein. On lui a fait prendre à 2 mois de la farine lactée et à 8 mois on a commencé à la faire manger. Actuellement elle a un peu de diarrhée et un peu d'oppression, elle toussaille.

La tête est énorme; la mère dit qu'elle a diminué de 2 centimètres depuis 1 an.

L'enfant ne marche pas.

14 septembre. Colères; accès de cris; elle a mordu la main de sa mère. Elle a encore la diarrhée.

18 juillet 1892. (Elle a eu 2 ans le 21 avril). L'enfant a la diarrhée de nouveau. Elle ne tette plus depuis un mois;

elle ne marche pas seule, mais va par la main. La tête n'a pas augmenté de volume.

25 octobre 1892. Impetigo de l'oreille.

8 janvier 1894. Conjonctivite.

1895. A souvent des mouvements de balancement de la tête ; strabisme.

1896. Tourne la tête, presque continuellement d'un côté sur l'autre. Morte en 1896.

OBS. IV. — Alfred G..., 2 ans et 3 mois, élevé au sein jusqu'à 15 mois par plusieurs nourrices successives, en Amérique.

20 dents ; la première à 4 mois.

Il a marché à 23 mois.

Hydrocéphalie : grosse tête qui aurait diminué de volume.

Fontanelle ouverte admettant le bout du doigt.

Jambes solides, grosses ; un peu de genu valgum. Ventre gros, gras.

OBS. V. — Léon B..., 3 ans, sein 15 mois ; a mangé à 15 mois. Première dent à 14 mois ; a marché à 15 mois.

Constipation étant petit, rarement de la diarrhée.

Depuis quelque temps il a souvent des rhumes et des maux de gorge ; bouche ouverte ; palais très ogival.

Hydrocéphalie légère : grosse tête, front saillant.

OBS. VI. — Garçon, 6 ans 1/2, élevé au biberon ; a eu peu de diarrhée : à 14 mois, fluxion de poitrine. Il a marché à 16 mois.

Le crâne semble trop gros par rapport à la face ; front très tombé, bosses très grosses. Est-ce de l'hydrocéphalie légère ?

OBS. VII. — Georges F..., 19 mois ; sein pendant 17 mois ; a mangé à 10 mois. Première dent à 7 mois. Peu ou pas de diarrhée ; quelques rhumes de cerveau.

Il a marché à 17 mois.

La fontanelle antérieure encore assez ouverte, admet trois bouts de doigt. Le front est gros ; la tête a la forme de celle des hydrocéphales, circonférence 0<sup>m</sup>,47 centimètres. Le ventre est gros, débordant ; jambes droites, solides. Pas de symptômes rachitiques.

OBS. VIII. — Octave C..., 14 mois 1/2, élevé au biberon. Il a eu le muguet à 2 mois ; une diarrhée intense à 3 mois ; une bronchite à 9 mois. Il a toujours toussé depuis sa bronchite. Il a la bouche ouverte. Sibilances à l'auscultation.

L'enfant est très pâle.

Il a une grosse tête et une grande fontanelle.

12 mois 1/2. — Poids : 9 kil. L'enfant tousse et est très pâle. Très gros ventre ; hernie ombilicale.

13 mois 1/2. — Poids : 9 kil. 250.

17 mois 1/2. — Poids : 12 kil.

18 mois 1/2. — Gros ventre ; toujours grosse tête carrée ; fontanelle très grande.

Ne marche pas complètement seul.

19 mois. — Abscess ganglionnaire de l'aisselle gauche.

20 mois 1/2. — Marche depuis 15 jours ; 12 dents ; fontanelle largement ouverte. L'enfant est gras et vigoureux.

Je ne dirai rien ici de l'interprétation à donner au retard de la marche dans l'hydrocéphalie. Je ferai

simplement remarquer que ce retard est d'autant plus important que la maladie est plus sérieuse, et cela au point que dans les cas légers et douteux le retard est insignifiant.

..

### Les Epileptiques

L'épilepsie, lorsqu'elle n'accompagne pas l'idiotie, ne retarde pas beaucoup la marche ; au moins si j'en juge par un certain nombre d'observations, rapportées par les auteurs.

Je crois cependant que lorsque la névrose débute dès les premiers mois sous forme de convulsions, la fonction de locomotion peut être plus ou moins entravée.

Je n'ai malheureusement trouvé dans mes notes qu'une observation d'épilepsie ayant commencé dans le tout jeune âge, vers 30 mois. La marche avait débuté à 18 mois.

Lorsque de vraies attaques d'épilepsie commencent à 30 mois, il y a tout lieu de croire qu'antérieurement il a pu y avoir déjà une ébauche d'épilepsie passée inaperçue. C'est ce qui peut expliquer le retard dans le cas présent.

Voici l'observation en question :

OBSERVATION. — Michel P..., 4 ans, élevé au biberon ; diarrhée. Il a marché à 18 mois.

La première attaque convulsive l'a pris à trente et quelques mois ; il était couché, il a jeté un cri ; ses yeux se sont renversés ; il avait des contractions continuelles des joues, des lèvres, des mains, avec des secousses dans les bras et dans les jambes.

Pendant ce temps, il se fait du bruit dans la gorge ; Les attaques durent environ 4 minutes ; puis il revient à lui une fois, il a fait sous lui (matières fécales) ; il pisse au lit toutes les nuits.

Les attaques le prennent indistinctement le jour ou la nuit. Il en a eu 10 ou 11 en tout ; la dernière il y a 8 jours ; il était resté 8 mois sans en avoir.

Il se sent fatigué pendant au moins un jour avant l'attaque ; après, il dort au moins pendant une heure.

Il est très colére. Avant l'attaque il est pris de toux rauque.

On me permettra de rapprocher de cette observation celle d'une jeune fille de 18 ans, qui n'a marché qu'à 4 ans.

Elle tousse souvent et est un peu sourde.

Depuis l'âge de 11 ans elle présente des symptômes nerveux qui ressemblent plus à l'hystérie qu'à l'épilepsie. souvent, elle perd connaissance plusieurs fois par jour ; cela la prend surtout deux ou trois jours avant les règles.

Elle aurait eu chaque année pendant quelques mois des troubles de la motilité qu'on a appelé *danse de Saint-Guy*.

Lorsqu'elle se trouve mal, elle pousse un cri, puis se débat, se tortille ; elle étouffe et on est forcé de la tenir.



Elle présente de l'hyperesthésie à droite et de l'hyperesthésie à gauche.

Étant petite elle était très grosse et très forte.

N'ayant pas suivi cette malade, il m'est assez difficile d'interpréter son observation, d'autant que son cas est complexe. En effet, elle a eu un certain nombre de frères, dont il ne reste qu'une sœur de 9 ans, qui a marché à 15 mois. Cette sœur, une tuberculeuse, est atteinte de végétations adénoïdes et de surdité avec écoulement d'oreilles. Des autres enfants, un est mort à 2 ans sans avoir marché, un est mort à 18 mois sans marcher, un est mort à 16 mois sans marcher, un à 11 mois et un à 9 mois sans marcher; enfin d'autres sont morts à 5 ou 6 mois.

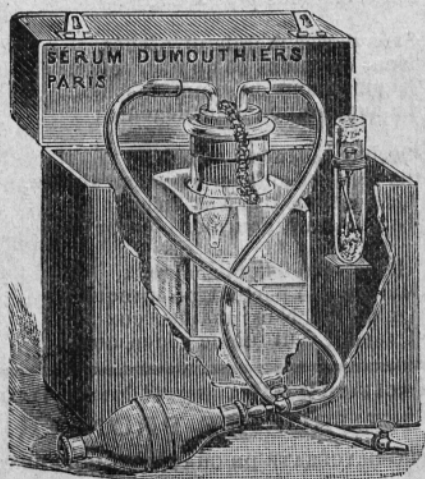
Cette polyléthalié ne peut-elle faire songer à la syphilis, et dans ce cas ne serait-ce pas cette maladie qui aurait retardé la marche.

La tuberculose pourrait encore expliquer ces morts nombreuses d'autant que plusieurs des enfants seraient morts avec des convulsions.

J'ai tenu à rapporter cette observation pour bien montrer que souvent il est difficile de remonter à la cause du retard de la marche.

Bien des fois, même en suivant de près les petits enfants et en les surveillant depuis les premiers mois, il est presque impossible d'accuser une cause plausible à ce retard.

(A suivre).



**APPAREIL**  
Pour Injections sous-cutanées  
de **Sérum Artificiel**

Contenance : 1/2 litre — Prix : 30 fr.

Il permet au Médecin d'avoir une grande quantité de Sérum sous la main, de faire immédiatement une injection sans ouvrir le flacon, d'obtenir une pression continue et sans saccade.

## NOUVELLES

### NÉCROLOGIE

Le Dr Fischer, médecin en chef de l'hôpital de Mettray, membre du Bureau du Syndicat médical d'In-

dre-et-Loire vient de succomber à l'âge de 42 ans. Il laisse après lui d'unanimes regrets. Les discours prononcés sur sa tombe expriment mieux que nous ne pourrions le faire l'estime universelle dont jouissait notre malheureux confrère, le deuil cruel que cause sa mort prématurée.

DISCOURS DE M. LE DOCTEUR BODIN

MESSIEURS,

Nous ne voulons pas laisser fermer cette tombe sans dire un dernier adieu, au nom de l'Association des médecins et de la Société médicale d'Indre-et-Loire, au collègue que nous venons de perdre.

Né de parents alsaciens, sur cette terre d'Alsace-Lorraine, dont notre plus implacable ennemi disait qu'en l'arrachant à la France, il lui enlevait ce qu'elle avait de meilleur, Fischer avait toutes les qualités qui distinguent la forte race dont il était issu.

Sentiment du devoir poussé jusqu'à l'abnégation, droiture à toute épreuve, énergie indomptable, travail opiniâtre, toute sa vie n'a été que la mise en pratique de ces vertus.

Enfant il quitta les provinces annexées avec sa famille qui vint s'établir à Orléans et c'est là qu'il fit ses études classiques; à la sortie du lycée il allait prendre ses premières inscriptions de médecine à Paris et les suivantes à Tours, pendant que de mars 1881 à septembre 1882 il était attaché à l'Hôtel-Dieu d'Orléans où il devenait successivement élève suppléant et interne au concours.

À l'automne de 1882 il venait définitivement suivre les cours de l'Ecole de médecine de Tours et concourait en même temps pour la place d'élève suppléant à l'hôpital où il était nommé le premier, en octobre 1882. L'année suivante il était encore nommé le premier au concours de l'internat.

Après les deux années réglementaires d'internat, il obtint, par une délibération des plus élogieuses de l'administration de l'hôpital, d'être maintenu en fonction pour une troisième année.

Ses succès à l'Ecole de médecine marchaient de pair avec ceux qu'il obtenait à l'hôpital.

Les prix de fin d'année couronnaient ses études et il remportait encore le prix Tonnellé en août 1885.

Reçu l'année suivante docteur en médecine à la Faculté de Bordeaux, il vint s'établir à Fondettes, et c'est ici, depuis plus de 15 ans, qu'il a montré tout ce qu'il valait, le praticien confirmant les espérances qu'avait fait naître l'étudiant-interne de l'hôpital de Tours.

Il n'est pas un seul jour de ces quinze années que Fischer n'ait consacré exclusivement à l'exercice de sa profession.

Sans trêve ni merci, le jour comme la nuit, par quelque temps qu'il fit, on le voyait parcourir les routes de la contrée, se prodiguant sans compter, se surmenant jusqu'à en mourir, pour secourir, soulager et reconforter les malades qui le faisaient appeler.

Il suffit de voir cette population tout entière attristée et en larmes, l'accompagnant à sa dernière demeure, pour comprendre l'estime affectueuse que Fischer avait su se concilier parmi ses concitoyens, et quels profonds sentiments de regret vont lui survivre.

Si quelque chose est capable d'atténuer la douleur de sa famille, de sa compagne dévouée si cruellement frappée, n'est-ce pas ce concours de sympathie qui monte vers elle de toute part. Et si, en ce jour de deuil, quelque consolation peut lui être offerte, n'est-ce pas la pensée que ses chers enfants n'entendront jamais prononcer le nom de leur père qu'avec respect.

Quant à nous, Messieurs, qui perdons en Fischer l'un des plus dignes d'entre nous, souhaitons que les jeunes qui entrent dans la carrière prennent sa vie pour modèle.

DISCOURS DE M. LE DOCTEUR LAPEYRE

MESSIEURS,

C'est avec une profonde émotion, celle que cause la mort inattendue d'un ami, que je viens au nom du Syndicat médical

d'Indre et-Loire, à la place de son président, le docteur Bezard empêché par la maladie, adresser un dernier adieu à notre regretté collègue, le docteur Fischer.

Il laisse parmi nous un grand vide car, dans notre Société, sa droiture, sa profonde honnêteté si vite en révolte contre tout ce qui pouvait atteindre la dignité de notre profession, lui avaient acquis une place considérable.

Dès ses débuts à Fondettes, Fischer s'était inscrit parmi les membres de notre Syndicat, encore de fondation bien récente et d'influence bien incertaine.

Et l'autorité de sa parole, celle surtout de son exemple, tant de labeur et surtout d'honnêteté professionnelle lui avaient vite donné parmi nous une grande influence.

Elu membre du bureau dès 1894, il fut constamment réélu jusqu'à sa mort par la confiance unanime de ses confrères, et nul plus que lui ne se montra soucieux des intérêts moraux de notre profession. C'est que sa vie tout entière consacrée au devoir légitimait sa fierté d'honnête homme et de grand travailleur.

Fils de Lorrains ruinés par la guerre et s'étant expatriés pour retrouver la patrie hors du pays natal, hélas! conquis, Fischer avait dû compter sur son intelligence seule et sur son travail pour se créer une situation.

Vous savez celle qu'il s'était faite, Messieurs, à Fondettes : il avait joint la lourde charge de la Colonie et de l'Hospice de Mettray à celle d'une clientèle que la confiance qu'inspiraient ses talents et son caractère avaient rendue trop nombreuse.

Il succombe à la tâche, et certes si le sentiment du devoir, si le dévouement à ses malades avaient été moindres chez lui, nous n'aurions pas à déplorer sa mort si brusque, en pleine vigueur de l'âge, en pleine activité intellectuelle et physique. Car de celui-là, plus que d'aucun autre, il est juste de dire que les fatigues de la profession l'ont tué.

Aussi notre chagrin est-il profond de conduire aussi prématurément à sa dernière demeure l'un des plus estimés parmi nos confrères du département : tous si dévoués à leur laborieuse et parfois ingrate profession.

Et notre douleur s'avive à la pensée qu'il laisse derrière lui, — lui qui aimait tant les siens — toute une famille plongée dans la plus pénible affliction.

Que la veuve et ses enfants reçoivent ici du moins, de ses confrères, venus en foule à ses obsèques, le témoignage de la profonde estime que tous avaient pour lui, des unanimes regrets que laisse sa mort dans le corps médical tout entier.

Au nom du Syndicat médical, une dernière fois, mon cher confrère, adieu !

De nombreux confrères avaient tenu à se rendre à Fondettes à ses obsèques. Parmi ceux-ci : les D<sup>rs</sup> Bodin, Menier, Grasset, Lapeyre, Gibotteau, Stecevitz, André, Pousset, Meunier, Tulasne, Pomel, Balmel, Lhopitallier, Babeau, Archambault, Balney, Faré.

## LIGUE CONTRE LA TUBERCULOSE EN TOURAINE

L'Assemblée générale de la Société a eu lieu le 11 mars 1902.

Le Dr Boureau président y a exposé les résultats obtenus par l'œuvre depuis sa fondation récente. 85 malades ont été secourus à domicile par le Dispensaire installé rue de la Dolve.

Des bons pour un litre de lait et 250 gr. de viande sont donnés aux indigents examinés au Dispensaire.

L'éducation antituberculeuse du public est poursuivie par la voie de conférences aux instituteurs et d'affiches adressées aux patrons et aux mères de famille. Affiches anti-alcooliques et affiches contre les crachats.

La situation financière est prospère. Au 1<sup>er</sup> mars 1902 la Ligue avait recueilli 9.956 francs et dépensé 4.351 francs.

Il restait en caisse ou à encaisser 5.604 francs.

Depuis, le Conseil municipal de Tours a bien voulu déclarer que le Dispensaire antituberculeux comptait parmi les œuvres d'assistance soutenues par les finances de la ville et a voté une subvention annuelle de 1.600 francs.

Le Conseil général fera [sans doute aussi quelque chose pour la Société.

Nous recommandons à nos lecteurs la récente publication « Paradoxes sur la Médecine » du rédacteur en chef du journal de médecine interne, Monsieur le Docteur Besançon, et qui obtient un si franc succès de librairie.

## VARIA

Deux P C N à des camarades, qui leur font une Brimade, pour n'avoir pas voulu les suivre\*\*\*

Messieurs, votre ressentiment  
Nous surprend fort et nous désole ;  
Etes-vous si pressés vraiment  
De nous voir pincer la vérole.

Vénus n'est pas toujours propice  
Nous le verrons sans doute assez ;  
Quand nous aurons la chaudépisse  
En serez-vous plus avancés.

Sans parler morale ni péchés,  
Nous calculons ce qu'il en coûte,  
Et puis, nous en sommes fâchés,  
La suppuration nous dégoûte :

Orchite, chancres et bubon  
La liste est longue, on vous l'abrège.  
Que chacun vive à sa façon  
Et que saint Fournier nous protège.

Hâtez votre effort généreux  
Maitre, que partout on invoque :  
Qu'un P C N est malheureux  
Quand il veut fuir le gonocoque.

## Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

## ANALYSES

Tolérance remarquable des enfants en bas âge pour les opiacés et traitement par la morphine des gastro-entérites infectieuses aiguës des nourrissons.

Le Dr Borde, de Bordeaux, a employé depuis neuf ans, chez les nourrissons âgés de quinze jours à deux ans, l'opium sous forme de sirop thébaïque et la morphine sous forme de sirop de morphine. Il a reconnu :

1° que les tout jeunes enfants, lorsqu'ils sont malades tout au moins, supportent admirablement ces



médicaments réputés si dangereux pour eux, qu'ils les supportent comparativement mieux que les adultes et qu'ils les supportent d'autant mieux qu'ils sont plus jeunes. Mais il va sans dire que l'opium ou la morphine ne doivent pas leur être donnés à doses massives, mais au contraire par fractions inoffensives et suffisamment espacées, de façon à éviter toute surprise.

2° que la maladie qui commande le plus impérieusement l'usage de l'opium et de la morphine chez les nourrissons est (affirmation qui renverse les théories actuelles) la gastro-entérite infectieuse aiguë sous toutes ses formes (gastro-entérite avec selles rares ou fréquentes, avec selles inodores ou fétides, avec selles séreuses, muqueuses ou sanguinolentes, avec ou sans douleurs, avec hyperthermie ou avec hypothermie, etc.)

L'auteur a soigneusement recueilli un grand nombre d'observations dont il n'a publié que les plus importantes. Il est arrivé à affirmer que, dans les gastro-entérites infectieuses aiguës de toutes gravités, le sirop de morphine (auquel il donne la préférence en tant que préparation facilement dosable, toujours identique et ne contenant qu'un seul alcaloïde), le sirop de morphine, dis-je, est héroïque, lorsqu'on l'emploie à temps et lorsqu'on le prescrit aux doses et de la façon qu'il indique.

Il recommande de le donner dans une potion de 100cc, renfermant environ 24 cuillerées à café, et de faire prendre à l'enfant, toutes les heures, très régulièrement, jour et nuit, une cuillerée à café pleine de potion. Il faut donner la potion tout le temps que l'enfant ne dort pas et, au contraire, en suspendre l'administration pendant le sommeil de l'enfant. M. Borde est arrivé par tâtonnements à fixer la dose moyenne de sirop, suivant l'âge de l'enfant, à incorporer dans la potion de 100 cc. Il pose en principe qu'il faut un gr. de sirop de morphine par mois d'âge du bébé, mais avec cette restriction que la moyenne peut être d'autant plus facilement dépassée que l'enfant est plus jeune, et d'autant plus facilement atteinte que l'enfant est plus âgé. Ainsi, à un bébé de 12 mois, il prescrira 12 gr. de sirop de morphine; à un bébé de 6 mois, il en prescrira 9, soit une fois et demi plus que la moyenne; à un bébé de 3 mois, il en prescrira jusqu'à 6, soit deux fois plus que la moyenne; à un bébé de 1 mois, il prescrira jusqu'à 3 gr. parfois, soit 3 fois plus que la moyenne. De 12 mois à 24 mois, la progression sera en sens inverse.

Mais la dose moyenne qu'il indique n'est qu'une dose d'essai, car, si au bout de 24 heures d'administration de la morphine, il n'y a pas un mieux évident dans l'état de l'enfant, il recommande de forcer la dose de sirop et de la forcer, progressivement de jour en jour, jusqu'à ce qu'on obtienne un mieux sensible, sans se préoccuper de la dose totale des 24 heures; à ce moment on maintient la dose qui a agi et on ne la diminue ou on ne la cesse brusquement, suivant les cas, que lorsqu'on est certain que l'infection est vaincue. Pour le savoir, on s'appuie

surtout sur la température rectale qui, au repos et avec un habillement moyen, ne doit pas dépasser, dit l'auteur, 36°,7 au rectum. Bien entendu, si la dose d'essai est trop forte, fait rare, on la diminue les jours suivants.

La morphine devient impuissante à guérir les gastro-entérites, si l'enfant est alimenté avec du lait de vache, quelque minime qu'en soit la quantité, serait-il même stérilisé, car le lait de vache chez ces enfants entretient l'inflammation de la muqueuse intestinale. Le lait de femme, moins nocif, est permis en très petite quantité. Les seuls aliments que l'auteur conseille, même aux enfants les plus jeunes, sont l'eau albumineuse du Codex et la décoction aqueuse de fécule de pommes de terre ou de toute autre fécule. M. Borde met très rarement les petits malades à la diète hydrique, il ne le fait que dans les cas excessivement graves, et encore ne la maintient-il que 24 à 48 heures. Il recommande instamment de donner les deux aliments précédents à satiété, de forcer presque l'enfant à en boire. D'ailleurs, il les donne froids et sucrés, afin de le tenter davantage.

Lorsque l'amélioration est évidente, il autorise les décoctions (toujours aqueuses) de céréales (avoine crue passée au moulin à café), l'eau panée, les farines alimentaires du commerce, mais il n'autorise que tardivement la reprise du lait de vache et du bouillon gras. La reprise du sein est plus hâtive.

L'action de la morphine est augmentée par l'usage simultané du bicarbonate de soude. M. Borde prescrit parfois l'eau de Vals à ses petits malades, mais, le plus souvent, il se contente d'incorporer du bicarbonate de soude à la potion de morphine. Il répudie l'acide lactique dans la diarrhée toxi-infectieuse.

M. Borde ajoute encore un peu de salol à sa potion. Voici du reste le type de ses prescriptions, pour les enfants âgés de 12 mois :

Salol pulvérisé.....	0 gr. 50
Bicarbonate de soude.....	1 gr. 50
Sirop de morphine.....	12 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 gr.
Eau distillée gommeuse pour faire 100 cc.	

Donner cette potion très régulièrement toutes les heures, sauf pendant le sommeil, par cuillerées à café bien pleines.

M. Borde ne purge pas ses petits malades, à moins de nécessité. Parfois, il donne une très faible dose d'huile de ricin avec la première cuillerée de potion, pour modifier l'état de la muqueuse intestinale. S'il est en présence d'un arrêt trop prolongé des matières fécales et si les lavements sont impuissants, il utilise alors seulement les purgatifs. Du reste, il affirme que la rétention prolongée, même pendant 48 heures, des matières fécales, chez un enfant atteint du choléra infantile et traité par la morphine, n'empêche nullement la diminution croissante de l'infection. Toutefois, il essaie de prévenir cette rétention en faisant systématiquement administrer, matin et soir, un lavement chaud, sous faible pression, d'infusion de camomille très concentrée. Ces

lavements ont de plus l'avantage de calmer l'inflammation de l'intestin. Dans le choléra sec, M. Borde a vu la morphine commencer par rétablir le flux intestinal normal, avant de le tarir.

Le sous-nitrate de bismuth n'est employé que passagèrement par l'auteur et seulement s'il est urgent d'arrêter rapidement un flux intestinal qui menace la vie.

M. Borde cherche par tous les moyens possibles à calmer d'abord, à guérir ensuite ses petits malades : aussi leur conseille-t-il encore les frictions d'huile de camomille camphrée chaude sur le ventre, l'enveloppement du ventre dans des cataplasmes chauds souvent renouvelés ou dans l'ouate, des frictions alcoolisées sur les membres.

Il a pu par sa médication, dont la morphine forme la base essentielle, obtenir des cures saisissantes et jamais il n'a eu à regretter d'avoir administré la morphine à ses petits malades ; or, ses prescriptions ont quelquefois été outrepassées par erreur et ses petits malades étaient souvent très affaiblis ou atteints de complications pulmonaires. Il a soigné avec succès deux cas d'entérite compliquée de broncho-pneumonie massive ; celle-ci a cédé avec l'injection intestinale.

Il avance que plus tôt la morphine est donnée, plus tôt elle guérit.

L'action de cet alcaloïde est complexe : l'enfant atteint de choléra infantile, qui ne pouvait pas dormir, retrouve son sommeil, premier bienfait qui permet à l'organisme de reprendre des forces pour la lutte ; la morphine calme les coliques, le ténésme ; elle arrête les vomissements et modère le flux intestinal. L'enfant gardant les liquides déglutis et les digérant, le dessèchement de tous les tissus s'arrête, *les reins se remettent à fonctionner*. Or, le rein est le vrai organe éliminateur des toxines, par conséquent, il y a avantage à modérer le flux intestinal si en même temps on rétablit le flux rénal.

La morphine agit encore comme médicament d'épargne, elle permet à l'enfant de supporter longtemps la diète relative à laquelle il est soumis, pendant le traitement.

L'infection et l'inflammation intestinale s'atténuent rapidement sous l'action de la morphine : la température centrale s'abaisse, la température périphérique revient à la normale, l'assoupissement disparaît et fait place à des sommeils normaux et réparateurs dans l'intervalle desquels l'enfant est gai, bien éveillé. L'appétit renaît, la soif diminue, les yeux se ferment pendant le sommeil. L'auteur insiste sur l'occlusion incomplète des paupières qu'on remarque pendant le sommeil chez les enfants atteints d'entérites infectieuses, de celles-là seulement. Il attache une grande importance à ce signe pour le diagnostic et pour le pronostic. Lorsque ce signe s'atténue, c'est que l'infection s'atténue, car c'est elle qui produit.

La convalescence des enfants ainsi soignés est rapide, parfaite, et souvent les enfants sont devenus

plus beaux une fois guéris qu'ils ne l'avaient jamais été.

L'auteur a une telle confiance dans l'efficacité de la morphine qu'il déclare que si la morphine se montre inefficace, alors que l'enfant est alimenté ainsi qu'il le conseille, c'est que l'entérite que l'on cherche à guérir, a une cause autre qu'une infection intestinale. Or, dans ce dernier cas, la morphine diminue le volume des urines au lieu de l'augmenter.

On peut discuter une théorie, mais on doit admettre des faits (quitte à les expliquer plus tard) lorsque les faits sont nombreux et palpables, ainsi qu'ils le sont dans les trois communications qu'a publiées le docteur Borde. Or, ces faits nombreux démontrent certainement : 1° que les enfants supportent les opiacés bien mieux que les adultes, comparativement à leur âge ou même à leur poids et qu'ils les supportent d'autant mieux qu'ils sont plus jeunes ; 2° que les gastro-entérites aiguës de nature infectieuse des nourrissons sont justiciables du traitement par la morphine préconisé par le docteur Borde.

## LISTE DES MÉDECINS DES STATIONS D'HIVER

Afin de rendre service à ceux de nos lecteurs qui n'ont pas de correspondants dans les stations d'hiver, nous publions la liste des médecins de ces stations qui sont nos abonnés :

Dr Castelbou. — Dr Lalou. — Dr Verdalle, à Cannes. — Dr Gallot. — Dr De Langenhagen, à Menton. — Dr Thaon, à Nice. — Leriche, aux Eaux-Bonnes, et au Sanatorium de Meung-sur-Loire (Loiret).

## 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, idoine, tanique phosphaté.

**Succédané de l'huile de foie de morue**

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

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

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