

Quelques pensées sur « les paroles dégelées » de Pantagruel

Par le D^r LÉON MARCHAND,

Professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris.

[Nous sommes particulièrement heureux de publier, dans la *Gazette Médicale du Centre*, ces quelques pages écrites par le savant professeur de cryptogamie de l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, qui, dans sa retraite, à Thiais, s'intéresse toujours aux hommes et aux choses de la petite patrie tourangelles].

J'étais plongé dans l'étude d'une question qui nous intéresse tous, car, tous, nous serons appelés à l'apprécier dans toute son ampleur : la question de l'*au delà*, cet autre monde où nous irons et que nous désirerions bien connaître un peu avant d'y être embarqués. Nous sommes d'autant plus curieux qu'aucun des voyageurs qui l'ont fréquenté, cet *au delà*, n'en est venu nous en raconter des nouvelles... Autrefois, vers 1860, Charcot aimait à s'en entretenir avec nous « ses jeunes », et depuis je m'en suis souvent préoccupé...

Je faisais donc travailler sérieusement mes convulsions cérébrales sur ce sujet, quand la *Gazette Médicale du Centre* du 1^{er} juin vint m'apporter le récit d'une excursion que fit, les 8 et 9 mai 1907, à Tours et dans le Chinonais la Société des Etudes Rabelaisiennes.

J'en étais à étudier les sécrétions des glandes intracrâniennes et à essayer de prouver que les pensées, les idées, les volontés, les paroles étaient des sécrétions subtiles mais matérielles, lorsque je me souvins que Rabelais avait implicitement reconnu la chose dans les Ch. 55, 56 du Livre IV de Pantagruel intitulé « COMMENT EN HAUTE MER PANTAGRUEL OUYT DIVERSES PAROLLES DÉGELÉES ».

Je résume : Pantagruel quittant Homenas et l'île des Papimanes s'en allait à la recherche de l'oracle de la « dive bouteille », lorsqu'arrivé en des régions glacées il entendit dans l'air des paroles dégelées. Le pilote qui conduisait son navire fit réponse aux cris désespérés de Panurge : « Seigneur de rien ne vous effrayez. Ici est le confin de la mer glaciale, sur laquelle fut au commencement de l'hyver dernier passé, grosse et felonne bataille. Lors gelèrent en l'aër les paroles et cris des homes et femmes, les chaplis des masses, les heurts des harnois..... A cette heure, la rigueur de l'hyver passée, advenante la serenité et tempérie du bon temps, elles fondent et sont ouyes. » — « Tenez tenez (dist Pantagruel) voyez en cy qui ne sont pas encore degelées ». — « Lors nous jecta sus le tillac pleines mains de paroles gelées, et sembloient dragée perlée de diverses couleurs ; les quelz estre quelque peu eschauffez entre nos mains, fondonient comme neiges, et les oyons réalement, mais ne les entendions car c'était langaige barbare. Exceptez un assez grosset, lequel ayant frère Jan eschauffé entre ses mains, feist un son tel que font les chastaignes jectées dans la braize sans être entommées lorsque s'esclattent, et nous feist tous de paour tressaillir. — C'était (dist frère Jan) un coup de faulcon de son temps ».

De cette histoire on commence par rire, comme de bien d'autres écrites par notre célèbre médecin Tourangeau, et moi j'y trouve comme un acquiesce-

ment anticipé de la théorie de la matérialité des sécrétions des glandes intra-méningiennes : cerveau et cervelet, voire même la glande pinéale ! Or Rabelais n'apportait-il pas à cette théorie le témoignage d'anciens maîtres d'une certaine valeur. Il écrit en effet :

« Me souvient aussi que Aristoteles maintient les paroles de Homère estre voltigeantes, volantes, moventes, et par consequent animées. — Davantaige, Antiphanes disait la doctrine de Platon es paroles estre semblable, lesquelles en quelque contrée au temps du fort hyver, lorsque sont proférées gèlent et glassent à la froydeur de l'aër et ne sont ouies ».

Beaucoup des rieurs qui n'acceptent pas, du premier coup, l'idée du « Gel » des paroles écriront-ils couramment, ô contradiction ! « les paroles chaudes et les phrases ardentes des orateurs entraînent l'assemblée et provoquent les applaudissements ». Comment, sans manquer à la logique, ces érudits n'accepteraient-ils pas que ces mêmes paroles peuvent se geler et, ensuite, se dégeler comme il est dit plus haut.

Pour croire à ces phénomènes il ne faut qu'accepter l'état de matérialité de la « parole »..., état déjà démontré par la phonographie, et ces faits ne sont pas plus extraordinaires que le « gel » de l'air, de l'acide carbonique, etc., etc.

Aussi j'espère qu'avant peu un Arsonval trouvera le moyen de retenir dans l'eau, par la réfrigération, des phrases ou des couplets qui, la glace se fondant, répéteront au consommateur la leçon apprise.

Folie dira-t-on ! mais on ne dira pas superstition ! et, n'est-ce pas grand honneur que d'être fou avec Rabelais ? Au reste s'il faut en croire le Prof. Grasset, après bien d'autres, le génie n'est qu'une forme atténuée de la folie !

Actualités Médicales

Aux grands maux les grands remèdes

Le Sous-Secrétaire d'Etat au ministère de la Guerre vient de signer une circulaire relative à l'hygiène dentaire dans l'armée.

Cette circulaire prescrit :

1^o Que l'enseignement de la stomatologie sera donné au Val-de-Grâce ;

2^o Que les médecins chargés de l'examen des recrues au moment de l'incorporation devront procéder à l'examen de la bouche et des dents ;

3^o Que des examens ultérieurs de ces organes seront pratiqués tous les trois mois.

Eh bien, voilà de la bonne prophylaxie, et voilà qui est d'un bon exemple pour la vie civile.

Ils sont en effet très nombreux les Français qui se contentent d'attendre « la rage de dents » pour aller trouver le dentiste, et qui à l'égard de la prophylaxie dentaire se contentent de constater avec une douce philosophie « que les dents sont des organes qui nous font bien souffrir pour venir et pour partir ».

Malheureusement cette belle ou plutôt cette vilaine indifférence chez nos compatriotes n'est pas limitée à la seule hygiène de la bouche, de ses incisives, de ses canines et de ses molaires, elle sévit à l'égard de toutes les questions d'hygiène en général.

Le public qui se porte bien et même celui qui est malade affecte le plus grand mépris pour les drogues et les régimes. Sous prétexte qu'il faut ménager l'estomac, on se refuse souvent à prendre un médicament utile en temps opportun, et on quitte le médecin qui veut imposer ce régime rationnel et nécessaire.

A qui la faute, s'il vous plaît, mes chers confrères ? A nous et surtout à nos maîtres.

Nous mettons notre point d'honneur à faire un diagnostic difficile, à esquiver la netteté d'un pronostic vis-à-vis de la famille, dont nous nous contentons de suivre, ou en ayant plus ou moins l'air, les desiderata thérapeutiques.

Nous ne savons plus faire une ordonnance à l'heure actuelle, et si l'opinion du potard pouvait avoir une valeur sérieuse, nous mériterions le reproche dont il est prodigue à notre égard de ne savoir point formuler.

Si le client se passe de plus en plus de nous, c'est qu'il trouve à la quatrième page des journaux politiques, dans les officines du pharmacien et dans l'autre plus ou moins lambrissé ou doré du guérisseur et du rebouteur, les médicaments que nous lui refusons ou que nous lui distribuons trop parcimonieusement.

Le client qui vous appelle chez lui, ou qui vient dans votre cabinet, vient chercher un remède et si vous ne le lui donnez pas, il part mécontent et ira le chercher ailleurs, car même celui qui ne « veut pas de drogues » veut un médicament et même plusieurs médicaments. Plus il crie contre le médecin, qui donne des « remèdes » plus il a envie d'un « remède » et il espère un « remède » qui ne sera pas celui de tout le monde, car il est toujours convaincu qu'il a une maladie qui n'est pas la maladie de tout le monde.

A l'étranger les médecins n'en savent pas plus que nous, c'est entendu ; mais ils sont plus psychologues ; ils sont plus pratiques et comprennent mieux que nous que le médecin doit vivre de son métier.

On a faussé chez nous l'idée du *désintéressement professionnel*, au point qu'on a négligé de nous apprendre la partie la plus importante de notre art ; sous prétexte que cette partie si importante, c'est-à-dire la thérapeutique, peut avec certains esprits mercantiles coudoyer le charlatanisme, on a annihilé la connaissance de la thérapeutique.

De ce qu'un médicament ou une médication ne sont pas *mathématiquement efficaces*, on tombe dans un scepticisme exagéré d'où est née cette nouvelle branche stérile des sciences médicales : l'EXPECTATION.

Nous ne saignons plus, nous ne purgeons plus qu'avec appréhension, nous ne posons plus de sangsues, nous redoutons l'iodisme et toutes les intoxications médicamenteuses, nous avons la « *Thérapeutophobie* ».

Nos maîtres mettent toute leur science et toute leur gloire, non plus à trouver un médicament nouveau, mais une maladie nouvelle.

Une coïncidence symptomatique, qui se répètera deux ou trois fois sur cent cas d'un même processus morbide, vite voilà une nouvelle entité morbide que le professeur va baptiser de son propre nom.

On fait de la pathologie comparée, des expériences de laboratoire, mais on n'applique plus au malade même les vieux remèdes qui ont fait leurs preuves cliniques pendant des centaines d'années.

En vérité je vous le demande, si les médecins n'ont plus confiance dans leur art, qui est celui d'appliquer « *aux grands maux les grands remèdes* », comment voulez-vous que les malades aient confiance en nous ?

D^r LÉON LERICHE

(4) Prolapsus de l'utérus chez des vierges ou des nullipares. Coexistence de lésions ovariennes et intestinales.

Par le D^r LAPEYRE (de Tours),
Chirurgien en chef de l'Hôpital de Tours.

Les circonstances m'ont amené à observer 4 cas de prolapsus de l'utérus chez des vierges ou nullipares, quatre fois j'ai dû intervenir et quatre fois j'ai pratiqué l'hystéropexie abdominale. Ces 4 observations, sans être bien rares, me paraissent suffisamment intéressantes pour être publiées, et aussi les quelques réflexions que m'a suggérées leur étude.

Voici ces 4 observations dans leur ordre chronologique :

OBSERVATION I.

Prolapsus de l'utérus à la vulve chez une vierge.

Hystéropexie abdominale. — Guérison.

Marie X..., âgée de 15 ans, m'est adressée par le D^r Bri-gault (de Sainte-Maure), pour *prolapsus utérin*, en avril 1904.

Il s'agit d'une enfant assistée, jeune fille chétive, ayant l'aspect d'une fillette de 12 ans, travaillant dans une ferme depuis deux ou trois ans.

Elle est réglée mais mal et très incomplètement depuis l'âge de 13 ans.

Depuis quelques mois elle sent une gêne, une pesanteur dans le bas ventre. En soulevant des charges elle a senti le malaise augmenter et a vu apparaître quelque chose à la vulve. Au bout de trois semaines elle s'est décidé à consulter.

L'examen local révèle :

Tout d'abord la présence de l'hymen intact avec une vulve étroite. Le col est tout petit, allongé, immédiatement derrière l'hymen. Il n'y a aucune procidence des parois du vagin. L'hymen admet difficilement le petit doigt. Aucune trace d'urétrite ou de vaginite. Pas d'autre malformation, pas de tare nerveuse apparente, seulement une débilité générale, un véritable infantilisme.

En présence de la virginité, de l'absence de toute béance de la vulve, de toute chute des parois vaginales, je ne puis penser à une opération plastique sur le périnée.

L'hystéropexie abdominale d'autre part me paraît seule capable de relever suffisamment l'utérus.

L'hystéropexie est donc faite le 9 avril 1904. Je trouve des ovaires sains, un utérus très petit que je fixe par sa paroi antérieure le plus haut possible à la paroi par trois catguts.

Le résultat est bon. L'utérus reste fixé, le col cependant n'est qu'à quelques centimètres seulement de l'hymen. Quelques troubles vésicaux au début ne persistent pas.

OBSERVATION II

Prolapsus utérin chez une nullipare. Colite et appendicite.

— *Ovarite sclérokystique. — Laparotomie médiane. — Appendicectomie. Hystéropexie. Ignipuncture. — Guérison.*

Jeune fille de 24 ans, forte et vigoureuse, vue en consultation à Semblançay. N'a jamais eu de grossesse ni de blennorrhagie.

Hymen non conservé.

(4) Etude extraite des Archives Provinciales de Chirurgie (septembre 1907).

Est entrée à Saint-Gatien pour une crise d'appendicite grave d'une durée de cinq semaines, se plaint en même temps d'un suintement sanguin continu par la vulve. Pas de périodes menstruelles reconnaissables.

L'examen génital révèle l'utérus prolabé presque à la vulve, sans lésions apparentes du col, sans hypertrophie. La vulve n'est pas béante, il n'y a pas de chute des parois vaginales, à peine un peu de relâchement. Perception des annexes droit et gauche douloureux.

La malade présente des stigmates caractérisés d'hystérie, elle a présenté des phénomènes de colite muco-membraneuse.

Laparotomie médiane le 4 octobre 1903. L'appendice est enflammé, adhérent à l'épiploon. Lésions kystiques des deux ovaires. Utérus sain, non augmenté de volume.

Opération complexe portant sur l'appendicite réséqué, les ovaires ignipuncturés, l'utérus fixé à la paroi (*Procédé de Legueu*).

Guérisson avec un peu de suppuration. La malade revue se porte bien, l'utérus n'est plus prolabé.

OBSERVATION III.

Prolapsus utérin et ovarite sclérokyستique chez une nullipare. — Hystéropexie abdominale et ignipuncture. — Guérison.

Alphonsine L..., âgée de 25 ans, m'est adressée d'Amboise, par le D^r Mahoudeau en mars 1906 pour une chute de l'utérus devenue très gênante depuis plusieurs mois.

Il s'agit d'une grande et forte fille, névropathe sans autre passé morbide que des époques irrégulières et douloureuses et depuis dix-huit mois des douleurs ovariennes.

Elle n'a jamais eu de grossesse, ne paraît avoir eu aucune affection vénérienne.

Examen local. — Hymen non conservé, canal vaginal un peu élargi sans béance. Un peu de relâchement de la paroi antérieure, mais aucune trace de chute des parois vaginales. Utérus de nullipare, normal, peu volumineux, col intact et allongé. Ovaires douloureux augmentés de volume.

OPÉRATION. — La laparotomie médiane découvre des ovaires sclérokyستiques traités par l'ignipuncture, un utérus normal mais très prolabé fixé aussi haut que possible à la paroi abdominale par sa paroi antérieure.

Guérisson sans incidents. L'utérus reste très bien maintenu, un peu bas situé.

OBSERVATION IV.

Prolapsus utérin chez une vierge. — Hystéropexie abdominale. — Guérison.

Mlle X..., de 21 ans, orpheline, employée au Grand Bazar de Tours depuis plusieurs années, m'est adressée en octobre 1906 par le D^r Roux pour un utérus prolabé à la vulve.

Il s'agit d'une jeune fille petite et chétive de santé médiocre, traitée à diverses reprises pour chloroanémie.

Toujours debout, elle se plaint depuis plusieurs mois de pesanteur dans le ventre, de besoins fréquents d'uriner. Depuis quelque temps déjà l'utérus est à la vulve.

Examen. — L'examen général révèle une insuffisance musculaire très nette, ayant entraîné en particulier un peu de scoliose, une néphropathie du côté droit.

L'examen local révèle l'intégrité de l'hymen, le peu de développement des parties génitales, l'étroitesse de la vulve et du vagin, l'état infantile de l'utérus (Douleurs menstruelles et aménorrhée), la chute absolument isolée de l'utérus à travers le canal vaginal étroit

OPÉRATION. — Laparotomie médiane, permettant de constater l'intégrité des ovaires, l'état infantile de l'utérus. *Hystéropexie antérieure.* — Résultat bon avec quelques troubles urinaires pendant 3 ou 4 mois.

Etude critique. — Habités, comme nous le sommes, à considérer la chute de l'utérus comme une conséquence de la grossesse et de l'accouchement, à poser la quasi équation : Prolapsus égal = Déchirure du périnée, la descente de l'organe à la vulve chez une nullipare et surtout chez une vierge a quelque chose de paradoxal.

Très intéressé par le premier cas rencontré précisément chez une vierge, presque une enfant, j'ai observé avec le plus grand intérêt les autres cas que j'ai eu la bonne fortune de rencontrer.

Et je n'hésite pas à écrire ici que ces prolapsus diffèrent très nettement dans leur symptomatologie même des prolapsus habituels. Ce qui caractérise en effet le prolapsus dû à la déchirure du périnée, c'est que « tout tombe en même temps ».

Il y a toujours à un certain degré chute des parois, en même temps que descente de l'utérus.

Comme l'ont très bien dit Bouilly et Richelot, dans tous les cas, c'est le vagin qui descend, et non l'utérus qui pousse.

Le prolapsus de l'utérus n'est qu'un des éléments du prolapsus génital ; et c'est sous ce dernier nom que l'affection est étudiée par nos classiques.

Or, chez mes 4 malades, c'est bien seulement à un prolapsus utérin que j'ai eu affaire. Aucune d'elles n'avait à un degré quelconque de cystocèle et de rectocèle.

Chez les deux d'entre elles, qui n'étaient que nullipares, peut-être dois-je noter un peu de béance du vagin, un peu de flaccidité des parois ; mais la chute de l'utérus restait en apparence du moins primitive.

Chez les deux autres, vierges toutes deux, le moindre doute ne pouvait exister sur la réalité de la chute primitive de la matrice.

Quelque paradoxal que cela puisse paraître, il y avait bien descente primitive et isolée d'un utérus de dimensions réduites à travers une filière génitale étroite, insuffisante même pourrais-je dire.

Je ne puis donc souscrire à l'assertion formelle du D^r Richelot sur l'impossibilité de la chute isolée de l'utérus.

Richelot, en écrivant : « Je ne comprends pas la descente primitive de l'utérus avec intégrité du vagin et du périnée, même à titre exceptionnel, même dans les cas de prolapsus aigus chez des vierges ou des nullipares survenant comme des hernies de force », n'a pas voulu tenir compte de faits incontestables.

Je suis certain, à la suite d'autres observateurs, de m'être trouvé en présence de prolapsus seulement utérins ; et cependant aucune de mes malades n'a présenté la variété dite aiguë ou de force avec douleur brusque et projection à la vulve, ainsi que l'ont vue Aubinais, Barnes, Robertson, Withead, etc.

Ce premier point établi et c'est le plus important, puisqu'il conduit à des indications tout autres qu'une périnéoplastie, il me reste à examiner les données étiologiques et pathogéniques fournies par ces observations. Fait assez remarquable et qui n'est sans doute pas l'effet d'un simple hasard, les causes apparaissent ici différentes, selon qu'il s'agit de vierges ou seulement de nullipares.

Chez les premières nous trouvons réunies :

1° Un travail fatigant, commencé de trop bonne heure (12 à 14 ans), dans un cas le travail des champs avec l'obligation de soulever et porter de lourdes charges ; dans l'autre les interminables stations debout du grand magasin.

2° Une débilité générale, un véritable arrêt de développement, frappant tout l'organisme, le système musculaire en particulier, se traduisant par d'autres symptômes : scoliose, néphroptose, etc.

De l'association de ces deux causes, insuffisance musculaire et efforts habituels, est résulté le prolapsus.

Chez les deux nullipares, rien de semblable, mais association à la chute utérine de lésions qui ne sont pas la moindre curiosité de cette étude.

Ici nous ne retrouvons point une débilité particulière, point non plus une influence professionnelle. Il s'agit en effet de filles plus âgées, vigoureusement constituées, ayant un système musculaire normal.

Mais chez elles le prolapsus n'est pas non plus un accident isolé ; il s'accompagne de stigmates d'hystérie ou de névropathie ; et, ce qui est le plus curieux encore de la colite, de l'ovarite sclérokystique, une fois même de l'appendicite typique.

Il semble difficile de ne pas rattacher toutes ces lésions évoluant parallèlement, en l'absence semble-t-il de toute infection génitale, à une même cause plus générale.

Cette cause paraît tout indiquée : c'est le terrain névropathique lui-même et la dystrophie générale qui en résulte.

Cette dystrophie entraîne l'insuffisance du périnée, celle des ligaments utérins, comme elle provoque les lésions ovariennes, les troubles péridulaires de l'intestin.

J'ai bien des fois déjà noté, chez d'autres malades, la coexistence de la colite et de l'ovarite sclérokystique ; et j'ai pu écrire que l'évolution fréquente et simultanée d'une appendicite chronique et d'une ovarite sclérokystique sans liens apparents n'était point une coïncidence, l'appendicite n'étant elle-même que la complication naturelle de la colite, dont nous connaissons tous la fréquence chez les utérines.

Je retrouve ici, engendrées par la même cause, des lésions analogues ; et je crois par suite comprendre un peu mieux la pathogénie encore obscure de ces prolapsus.

Un examen rapide des auteurs qui ont traité la question va pouvoir compléter ces données pour ceux qui voudront bien trouver quelque intérêt à cet article.

ÉTUDE HISTORIQUE. — Je me reporterai simplement pour cela aux excellents Traités classiques de Gynécologie de Pozzi, ou de Labadié-Lagrave et Leguen, ou encore à l'excellente et récente monographie d'Ertzbischoff (1).

Tous les faits connus rentrent dans une des trois variétés suivantes :

1° Prolapsus chez le nouveau-né : très rare et à peu près inséparable du spina bifida.

2° Prolapsus, symptomatique d'une tumeur intra ou extra-utérine.

3° Prolapsus spontané, survenant chez une vierge ou une nullipare à l'époque de la puberté ; ou tardivement, la variété la plus intéressante, celle à laquelle se rapportent nos quatre observations.

Mais, au point de vue symptomatique, ni nos classiques,

ni Ertzbischoff, n'établissent de différence entre le prolapsus spontané et le prolapsus post-partum. Avec Richelot, ils paraissent admettre qu'avec des causes différentes le mécanisme est toujours le même, que vagin et utérus tombent ensemble dans tous les cas. Aussi le prolapsus spontané ne donne-t-il lieu à aucune description séparée.

Tout au plus, chez Ertzbischoff, trouvons-nous quelques phrases, où il est fait allusion à la chute isolée de l'utérus, et pouvons-nous relever le titre même du travail : « Contribution à l'étude du prolapsus utérin » et non du prolapsus génital.

Je suis convaincu que, dans bien des cas, la ptose est générale : telles par exemple les observations de Tuffier, de Reynier, ayant trait à des nullipares d'un certain âge, entéroptosiques ou convalescentes de maladies graves (fièvre typhoïde).

Mais ces faits sont-ils tout à fait comparables à ceux observés chez des vierges ou des nullipares à l'époque de la puberté ? Je ne le crois pas et estime, au contraire, que le prolapsus spontané des vierges, aigu ou non, est typiquement une ptose utérine isolée.

Cette affirmation, contraire à l'opinion classique, a pour résultat des conclusions thérapeutiques très formelles en faveur de l'hystéropexie abdominale, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure.

Au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, mes observations ne font guère que confirmer les travaux successifs de Trélat, Bouilly, Tuffier, Doléris, sur la non existence du prolapsus de force, sur la coexistence de la névropathie, d'une ptose viscérale, d'une hernie, sur le rôle en un mot de l'insuffisance du système musculaire, fonction elle-même de l'insuffisance nerveuse. Je soulignerai seulement parmi les lésions coexistantes à rattacher à un même trouble névropathique l'ovarite sclérokystique et la colite qui peut elle-même aboutir à l'appendicite, comme dans une de mes observations.

TRAITEMENT. — A mon avis, chez une vierge, ou chez une nullipare, présentant un prolapsus isolé de l'utérus, le traitement chirurgical est seul possible, la voie abdominale seule indiquée ; seule elle porte remède à la lésion sans troubler l'intégrité des organes génitaux externes. La possibilité de lésions ovariennes associées est un argument de plus en faveur de la laparotomie, qui en permet le traitement simultané.

Dans le choix même du procédé, les indications ne sont pas moins impérieuses.

Toute opération sur les ligaments ronds est forcément insuffisante.

De même l'hystéropexie ligamentaire, la fixation de l'utérus seulement par ses angles supérieurs, me paraît incapable de relever suffisamment l'organe ; 4 fois sur 4, j'ai pratiqué l'hystéropexie directe ; en pareil cas je recommanderai de même, car j'ai obtenu 4 succès ; encore faut-il toujours craindre de ne pas obtenir une fixation assez haute et s'efforcer de passer les fils aussi bas que possible sur la face antérieure de l'utérus et très haut dans la paroi.

En dépit des inconvénients possibles de l'hystéropexie, je n'hésite pas à la déclarer l'opération de choix du prolapsus chez les vierges, au même titre que la colpoperinéorraphie dans les prolapsus post-partum.

(1) Ertzbischoff. — Contribution à l'étude du prolapsus chez les vierges et les nullipares. — La Gynécologie, août 1905.

CONCLUSION

1° Chez les vierges et certaines nullipares, le prolapsus de l'utérus est souvent primitif et isolé.

2° Ces prolapsus par insuffisance périnéale et ligamentaire relèvent d'une dystrophie générale.

Des ptoses diverses, l'ovarite sclérokystique, la colite, l'appendicite souvent trahissent le trouble profond du système nerveux.

3° Le traitement de choix est l'hystéropexie abdominale, qui permet la cure simultanée des lésions ovariennes.

Les Piqûres des Hyménoptères :

Abeilles — Guêpes — Frelons, etc.

Par le Dr MARNAY, de Loches.

Nous avons eu à soigner récemment un individu (dont nous rapportons plus loin l'observation) qui avait été piqué par des frelons, il nous a paru, à cette occasion, intéressant de collecter quelques notes sur les piqûres de ces insectes, et sur les accidents qu'elles occasionnent, plus variés et plus graves qu'on ne le croit généralement.

Les Abeilles, les Guêpes, les Frelons et les Bourdons sont dans nos régions les *Hyménoptères* connus de tous. Cette famille des hyménoptères comprend les **térébrants** dont nous ne nous occuperons pas et les **vulnérants** qui seuls nous intéressent ici. Ces hyménoptères vulnérants ou porte-aiguillon ont un abdomen pédiculé pourvu d'un aiguillon venimeux retractile chez les femelles et les neutres. On les divise, en histoire naturelle, en

- 1° Chasseurs (ceux qui nourrissent leurs larves de proies.
- 2° Formicides (hyménoptères sociaux)
- 3° Mellifères (individus tous ailés) — aiguillon barbelé — corps couvert de poils, 1^{er} article des tarses postérieurs élargi ainsi que l'extrémité de la jambe du côté externe. Larves nourries de miel ou de pollen.

Au premier groupe appartiennent les *Guêpes* et les *Frelons* ou *Vespides* sociaux, au troisième les *Abeilles* et les *Bourdons* ou Mellifères sociaux et les *Xylocopes* ou Mellifères solitaires.

Les *Vespides* comprennent :

- Vespa vulgaris** ou Guêpe vulgaire (nid dans la terre).
Vespa sylvestris ou Guêpe des bois (nid suspendu aux branches).
Vespa crabro ou Frelon (coloration rousse de la partie antérieure du corps). — Nid dans les vieux troncs d'arbres sous forme de rayons superposés et attachés les uns aux autres.

Les *Mellifères* sociaux comprennent :

Apis mellifica ou abeille commune : yeux velus. Vivent en colonie de 3000 individus. La colonie comprend :

- a) les ouvrières : les plus petites, organes génitaux atrophiés — abdomen pourvu d'un aiguillon droit (ce sont celles qui piquent.)
- b) les mâles ou faux-bourdons — plus gros — grosse tête, pas d'aiguillon.
- c) la reine : femelle féconde — abdomen plus volumineux que celui des ouvrières — aiguillon fort et recourbé.

Bombus lapidarius ou Bourdon : yeux glabres. Corps plus massif que celui de l'abeille. Vit en société de 50 individus au plus.

Les *Mellifères* solitaires comprennent :

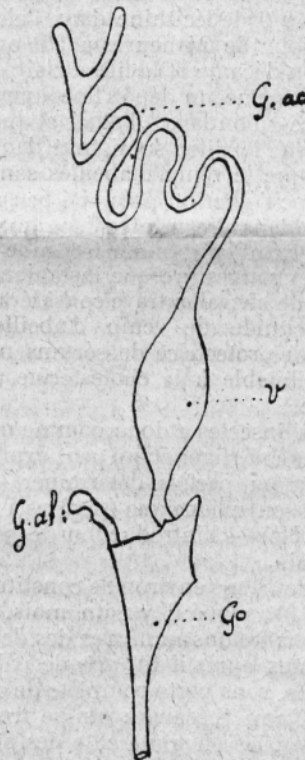
Xylocopa violacea ou abeille charpentière, dont le venin très cuisant a été étudié par P. Bert. Vit dans les pièces de bois ou les branches mortes.

(D'ap. AUBERT.)

Le venin de ces hyménoptères qu'on croyait naguère composé d'acide formique et qu'on a même par suite préconisé en thérapeutique, a été étudié par Leuckart, Leydig, Janet, Seurot. Phisalix en 1904 présenta à l'Académie des sciences un travail sur le venin des abeilles. Ses expériences portèrent sur un moineau. Il signala dans ce venin deux poisons contraires : un poison convulsivant et un poison stupéfiant. Enfin Calmette, dans son récent et très remarquable ouvrage sur les venins, a décrit l'appareil venimeux des abeilles.

« Cet appareil, que l'on peut extraire facilement en tirant doucement l'aiguillon des abeilles anesthésiées par le chloroforme, dit le savant directeur de l'Institut Pasteur de Lille, possède toujours deux, et parfois trois sortes de glandes : »

- 1° Glande acide.
- 2° Glande alcaline.
- 3° Glande venimeuse accessoire.



Appareil à venin de l'Abeille (d'ap. Calmette)

- G. ac... glande acide et ses deux branches.
 G. al. glande alcaline.
 V. vésicule.
 Go Gorgeret.

« La glande acide comprend une portion glandulaire toujours bifide à l'extrémité, une vésicule ou réservoir à venin et un canal extrêmement court.

« La glande alcaline ou glande de Dufour existe chez tous les hyménoptères.

« La glande venimeuse accessoire n'existe pas chez tous les hyménoptères.

« Le venin de l'abeille commune extraite de deux abeilles par broyage de l'extrémité postérieure du corps dans un centimètre cube d'eau suffit à tuer une souris ou un moineau. La mort survient au bout de quelques minutes par asphyxie respiratoire comme dans l'intoxication par le venin des serpents Cobras. Dans les vaisseaux et le cœur le sang reste liquide et noir. Il semble donc que ce venin renferme une neurotoxine très active.

«..... Le venin chauffé 15 minutes à 100° n'a plus d'action locale; les phénomènes généraux sont seulement atténués. Chauffé à 100° pendant 30 minutes le venin perd ses propriétés convulsivantes mais reste stupéfiant. Un séjour de 15 minutes à 150° le rend inactif.

«..... Dans un récent travail, J. Morgeuroth et Carpi ont montré que le venin d'abeilles comme celui du scorpion possédait la propriété d'hémolyser les globules rouges de plusieurs espèces animales et qu'il pouvait se combiner à la lécithine pour former un lécithide analogue au cobra-lécithide.

« Ce lécithide de venin d'abeilles est de 200 à 500 fois plus hémolysant que le venin seul. Il résiste à l'ébullition comme celui du Cobra. Pour l'isoler J. Morgeuroth et U. Carpi ont employé la méthode indiquée par P. Kyes. On mélange 1^{cc} 5, de solution mère de venin avec 1^{cc} 5, d'une solution à 5 0/0 de lécithine dans l'alcool méthylique. Après un séjour de 24 heures à 37° on ajoute 22^{cc} d'alcool absolu; on décante et le filtrat clair est mélangé à 150^{cc} d'éther. Il se forme un dépôt floconneux qu'on recueille sur un filtre qu'on lave à l'éther et qu'on dessèche. Ce lécithide resté sur le filtre se dissout dans l'eau salée. Il faut remarquer que le venin d'abeilles sans addition de lécithine donne avec l'éther un précipité peu abondant; ce précipité dissous dans l'eau physiologique ne possède aucune propriété hémolysante. Le lécithide au contraire dissout les globules rouges presque instantanément..... Le sérum normal de cheval entrave considérablement l'hémolyse par le lécithide de venin d'abeilles. Lauger a observé cette action protectrice de sérums normaux. Elle est peut-être attribuable à la cholestérine qu'ils renferment. » (Calmette.)

Le venin de ces insectes a donc comme on le voit une action qui n'est pas à négliger et qui peut expliquer les accidents graves qu'a pu parfois déterminer — en dehors même de toute raison mécanique (piqûres à la gorge à la langue par exemple) — l'introduction de ce venin dans l'organisme humain.

— Un homme de 35 ans environ de constitution robuste, habitant Mouzay, fut piqué il y a un mois, en labourant son champ par trois frelons au niveau des deux genoux.

Quelques minutes après il fut pris de pâleur, de lipothymies avec chute, sans perte complète de connaissance. Notre confrère et ami Stecewicz qui se trouvait sur les lieux fut obligé de faire en toute hâte des piqûres d'huile camphrée, d'administrer du café et des boissons chaudes. Cet état alarmant disparut en quelques heures, mais le blessé que nous revîmes huit jours après présentait encore de l'œdème dur des deux jambes et une légère parésie.

Le Dr Fabre (de Commentry) rapporte dans le « Progrès Médical » (1904, n° 44) l'histoire d'un jeune homme de 15 ans qui, piqué au bord du pied nu, fut pris d'un engourdissement du membre avec vertiges, chute, syncopes. Ce sujet, remarque M. Fabre, avait déjà été piqué maintes fois par des abeilles et des guêpes sans avoir présenté rien de particulier. Le Dr Fabre a fait, à propos des piqûres des seuls frelons, des recherches historiques intéressantes. Pline

avait dit que trois fois neuf piqûres de frelons suffissent pour tuer un homme. (En Touraine, sept piqûres disent les paysans). Avicenne considère ces insectes comme très dangereux, car ils peuvent amener, dit-il, des convulsions, de la faiblesse des genoux et jusqu'à de l'embarras de la parole. Jérôme Cardan dans son « traité des Poisons » met, quant à la toxicité, l'aiguillon des frelons à côté de celui du scorpion.

Richeraud a rapporté (Thèse du Dr Mabaret du Basti. Paris, 1875, p. 32) le cas d'une dame qui fut piquée par un frelon sur le doigt médius de la main gauche. La douleur fut très vive; en moins de quelques secondes son corps entier se tuméfia, la peau devint généralement rouge et boutonneuse et une fièvre ardente se déclara. Au bout de quelques heures d'un traitement énergique tous ces symptômes disparurent.

Dans cette même thèse, est rapporté, le cas d'un enfant de 13 ans qui fut piqué au mollet par un frelon. Cette piqûre détermina un ulcère fongueux accompagné d'une éruption eczémateuse qui durèrent deux mois.

Le Dr Champneuf a observé le fait suivant. Une femme s'étant assise au pied d'un arbre dont le tronc recelait un nid de frelons, fut piquée au sein droit, ce qui lui occasionna un gonflement erysipélateux considérable, de fréquentes lipothymies avec froid des extrémités, gêne de la respiration, petitesse du pouls et même développement d'un point gangreneux. (Fabre « Progrès médical ».)

Les frelons ne sont d'ailleurs pas les seuls hyménoptères aussi dangereux. Le Xylocope dont nous ne connaissons pas d'observation de piqûres possède en tous les cas un venin que Paul Bert a trouvé très actif. Les guêpes communes dont la piqûre est si fréquente causent, parfois, des troubles sinon très graves, au moins douloureux et passagèrement inquiétants. Nous ne voulons pas parler ici des piqûres à la gorge ou à la langue qui par l'œdème qu'elles occasionnent peuvent amener de l'asphyxie, mais nous pouvons citer le cas d'un malade de 45 ans environ que notre ami le Dr Audbert (de Loches) eut à soigner pour une sorte d'éruption pemphigôïde de toute la face antérieure du cou, à la suite d'une piqûre de guêpe au niveau de la fourchette sternale.

Le Dr Gagnière de Choisy-Thiais rapporte dans le journal de Lucas Championnière (1906 p. 795) l'histoire d'une jeune fille de 17 ans qui fut piquée au mollet par une guêpe et qui le lendemain présenta à ce niveau de l'érythème avec une grosse bulle accompagnée de plusieurs petites, remplies de sérosité jaunâtre.

Ces éruptions bulleuses qui peuvent dérouter le médecin dans son diagnostic ont été cependant nettement observées plus spécialement à la suite de piqûres de *Bourdons* (*Bombus lapidarius*).

Le Dr Paul Bellot (de Niort), dans un article intitulé « **Erythème polymorphe à forme bulleuse (pemphigus aigu des anciens auteurs) consécutif à une piqûre de bourdon et localisé uniquement aux extrémités** » (Journal Lucas Championnière, 1906 p. 689) rapporte le fait suivant :

« Emile R... âgé de 42 ans, demeurant à Niort, se trouvait le 15 juillet 1906 aux environs du village de Chaunay à 8 kilomètres de Niort, lorsqu'il fut piqué au mollet gauche par un bourdon de la variété dite bourdon des pierres » ***Bombus lapidarius***, hyménoptère voisin des abeilles, mais beaucoup plus gros. Revenu chez lui quelques heures après, M. R... dont les antécédents pathologiques ne présentent rien à signaler et qui n'est pas syphilitique, lava le siège de la piqûre avec de l'eau phéniquée faible, et écoutant les conseils de son entourage y appliqua un cata-

plasme. Le lendemain, zone inflammatoire et éruption de quelques vésicules miliaires au niveau de la piqure et surface un peu moins large qu'une pièce de cinq francs. Tout cela disparut au bout, de 24 heures lorsque le 24 juillet, 9 jours après l'accident, des bulles apparurent sur les mains et les pieds.

Le lendemain je fus appelé auprès de M. R. et constatai alors que ces bulles nombreuses, précédées de plaques erythémateuses, variaient du volume d'un petit pois à celui d'une grosse noisette. Le liquide y contenu était jaune pâle, les intervalles de peau étaient sains. Prurit intense, état général satisfaisant. Le 26 juillet, plusieurs bulles étaient devenues confluentes au point qu'il s'en trouvait dont le volume atteignait celui d'une noix.

Le liquide était de coloration louche, prurit toujours intense, fièvre légère, langue sale, pas une bulle sur les muqueuses, pas une sur la peau ailleurs qu'aux mains et aux pieds..... Les bulles suppuraient et après un traitement énergique consistant en bains et pansements avec un mélange à parties égales d'eau oxygénée et de solution bicarbonatée à 10 g/0, le malade guérit.

Et les abeilles elles-mêmes si chères à Virgile ont parfois, malgré la douceur de leurs mœurs, des colères terribles :

*« Illis ira modum supra est, lesaque venenum
Morsibus inspirant et spicula caeca relinquunt
Afflicte venis, animasque in vulnere ponunt. »*

(GEORGIQUES VII),

Le Dr J. Rendu publie dans le *Lyon médical* (1907 n° 33) l'histoire d'un homme de 57 ans qui fut piqué près d'une ruche à la nuque et au sommet de la tête. Il se frictionna aussitôt avec des herbes aromatiques, mais se sentant mal à l'aise, il eut juste le temps de rentrer chez lui où il tomba sur un fauteuil, sans connaissance, d'une pâleur de cire. Un médecin arrive au bout d'un quart d'heure, compte 20 pulsations à la minute et 6 inspirations ; il note aussi une tendance invincible au sommeil. Cet état alarmant persista plusieurs heures. La syncope est survenue dix minutes après les piqûres. Il est curieux de noter la gravité aussi grande des accidents après deux piqûres seulement.

Il semble qu'on puisse invoquer dans ces cas, ou des sensibilités spéciales, ou mieux peut-être un état particulier des abeilles, puisqu'on a vu des apiculteurs souvent piqués par leurs élèves et n'en être pas incommodés, alors que d'autres jours une ou deux piqûres suffisaient à produire des vomissements et des tendances à la syncope.

C'est l'avis du Dr Lamarche de Saint-Marcellin, apiculteur lui-même. « J'ai vu, dit-il, une femme d'assez forte corpulence, prise de vomissements, vertiges, syncopes, sueurs froides, pour avoir reçu 5 piqûres.

Comme pour la morsure des serpents, la tolérance peut s'acquérir par l'habitude (Calmette a fait la même remarque)..... Les saisons, la température ont de l'influence sur le caractère des abeilles. Elles piquent peu tant qu'elles récoltent.

.... L'odeur de certaines personnes, ajoute-t-il, attire l'animosité des abeilles : les buveurs d'absinthe, les personnes en transpiration sont du nombre... » (*Lyon Médical* 1907).

En résumé donc, les piqûres des hyménoptères ne sont pas aussi bénignes qu'on serait tenté de le croire et il nous a paru bon de signaler les divers troubles graves observés jusqu'ici, à cause surtout de ce fait qu'ils ont pu dans maintes circonstances faire hésiter un diagnostic étiologi-

que. Il est en outre un point tout spécial qui jusqu'ici n'a pas été élucidé. Le cultivateur de Mouzay dont nous avons rapporté l'observation a été piqué par des frelons en labourant son champ... et un nid en même temps. Cet homme (bien que n'étant pas justiciable de la loi de 1898 — mais on peut envisager d'autres hypothèses) est assuré contre les accidents du travail. A-t-il droit à une indemnité ? car la loi dit : Art. I... *Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail...*

Or, comme l'écrit G. Brouardel, les deux termes « par le fait du travail » et « à l'occasion du travail » spécifient la cause même et le moment de l'accident. Quant au mot « accident » quelle en est la signification précise ?

M. Marestaing (Rapport au Congrès International des accidents du travail de 1889) définit l'accident : « une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure. »

Ne semble-t-il donc pas que dans des cas très particuliers et rares, peut-être, mais possibles pourtant on puisse faire bénéficier les blessés de la loi 1898 ?

Ce n'est pas, jusqu'à ce jour du moins, l'avis des Compagnies. L'une d'entre elles « les Travailleurs Français » a répondu à un confrère : « Aux termes de la doctrine et d'une jurisprudence constante, les piqûres d'insectes ne peuvent constituer un accident du travail et donner lieu à une indemnité. » Le « Concours médical » consulté à ce sujet ne connaît aucune décision judiciaire qui puisse s'appliquer à ce cas particulier, malgré la jurisprudence abondante née de la loi du 9 avril 1898. — La Société « le Secours » à laquelle était assuré notre client, couvre, par contre, les risques par piqûres de reptiles ou d'insectes, et a accordé après notre certificat une indemnité.

Quel traitement convient-il d'appliquer à défaut de traitement spécifique que Calmette trouvera un jour contre ces piqûres ? P. Fabre recommande l'application d'eau fortement salée ou un mélange d'ammoniaque et d'huile d'olives en friction. Le savant directeur de l'Institut Pasteur de Lille a obtenu d'excellents résultats avec une solution d'hypochlorite de chaux à 4 pour 60, ou d'eau de Javel à 10/0.

L'ammoniaque pur, l'eau de Cologne, les frictions avec des herbes aromatiques (menthe, sauge, lavande, etc...) sont des moyens connus de tous les campagnards. Une solution forte de permanganate appliquée au niveau de la piqure nous a personnellement supprimé tout symptôme, à part la douleur initiale. Ajoutons qu'il est nécessaire, pour les piqûres d'abeilles, d'extraire immédiatement l'aiguillon qui, presque toujours, est retenu dans la plaie par les petites barbes dont il est muni. L'appareil à venin et l'aiguillon, même séparés de l'abdomen, continuent à être animés de mouvements qui font pénétrer le dard plus avant et peut-être vider le réservoir.

Et pour terminer après avoir tant médité de l'Apis chère au poète, qu'il nous soit permis de transcrire le bien que pense le Dr Lamarche de ses pensionnaires : « Vous connaissez certainement l'usage populaire des piqûres d'abeilles contre les douleurs rhumatismales. Plusieurs clients m'ont dit en avoir usé avec succès après m'avoir consulté sans succès. Moi-même souvent atteint de rhumatisme musculaire ou de névralgies rhumatismales autrefois, je n'en souffre jamais depuis que je suis souvent piqué : (*post hoc ergo propter hoc* ?) J'ai alors essayé ce moyen dans un cas de sciatique extrêmement douloureuse et chronique et la malade, qui depuis plusieurs mois, passait ses nuits à gémir, immédiatement après une séance de cinq piqûres a passé 48 heures à peu près indolores. Une

série de séances, avec augmentation progressive de la dose d'abeilles, a amené une guérison presque complète. »

Avis aux confrères tourmentés par leurs jointures.

A. MARNAY

(De Loches) octobre 1907.

Notes d'Obstétrique

Faut-il faire des injections vaginales pendant l'accouchement et les suites de couches ?

Par le Dr BOSCH, ancien interne des Hôpitaux de Paris

Le médecin qui aurait osé, il y a seulement quatre ou cinq ans, faire un accouchement sans accompagnement d'injecteur et de pastilles de sublimé, aurait passé pour un esprit réfractaire à toute notion de progrès scientifique, voire même de propreté élémentaire : c'était, pensait-on, exposer de parti pris, une femme aux risques de l'infection puerpérale — alors que quelques injections suffisaient pour la mettre à l'abri de tout danger.

L'accoucheur, qui aujourd'hui pratique ces mêmes injections, encourt exactement les mêmes reproches, et les derniers traités d'obstétrique se montrent particulièrement sévères à l'égard des injections vaginales pratiquées pendant l'accouchement et les suites de couches. Ainsi le balancier de la mode scientifique oscille entre des condamnations également rigoureuses : peut-être la vérité est-elle entre ces deux excès, dans l'heureux choix d'une formule électorale.

1°) *Reproches faits aux injections.*

A) *Elles sont inefficaces.*

Les premiers accoucheurs qui pratiquèrent les méthodes antiseptiques, le firent avec les illusions de leur époque : ils en usèrent à peu près à la façon des produits insecticides, croyant tuer le microbe par l'antiseptique. Un champ opératoire arrosé d'acide phénique, une plaie poudrée d'iodoforme, une main d'opérateur négligemment trempée dans le sublimé, semblaient présenter toutes les garanties de désinfection. On a reconnu, depuis lors, que cette conception simpliste ne répondait pas à la réalité des faits, et qu'aux doses où elles ne sont pas toxiques, les substances dites antiseptiques n'ont qu'une action assez illusoire sur la vitalité des microbes. Administrées aux doses où elles sont efficaces, elles risquent de donner des accidents graves d'intoxication générale, où suivant le mot de Peter, en visant le microbe, on tue le malade.

B) *Elles sont des plus dangereuses.*

Il est pratiquement difficile d'obtenir une stérilisation parfaite du liquide employé, et surtout de l'injecteur du caoutchouc et de la canule : or, si cette asepsie parfaite n'est pas réalisée, l'injection ne fait que porter dans la cavité vaginale une solution microbienne plus ou moins diluée.

En outre, la canule risque d'entraîner au passage les micro-organismes si nombreux de la vulve et des parties inférieures du vagin, jusque dans le haut du vagin et sur le col, régions qui, à l'état normal, en sont presque totalement dépourvues. Enfin les liquides antiseptiques,

en irritant la muqueuse vaginale, entament la barrière épithéliale, qui forme un obstacle naturel aux germes : en entraînant les sécrétions vaginales, elles empêchent ces dernières d'exercer leur action bactéricide. Van Ott dit à ce propos que le lavage du vagin par les eaux de l'amnios, et le passage à frottement du fœtus sur ses parois, suffisent à balayer tous les micro-organismes.

2°) *Critique de ces objections.*

Il faut avouer que quelques-unes d'entre elles sont fondées : trop souvent, les injections sont faites sans aucun souci d'asepsie, et le soin de les donner confié à une personne de l'entourage, dont la propreté n'est pas à la hauteur de la bonne volonté. Mais ces fautes individuelles ne prouvent rien : il nous faut examiner les idées théoriques qui ont amené à conseiller l'abstention systématique des injections.

Or, elles reposent en majeure partie sur une assimilation fâcheuse qui a été faite entre l'accouchement et les procédés de l'asepsie chirurgicale moderne, et on a conclu un peu à la hâte que l'infection puerpérale n'était le plus souvent que le résultat de diverses manœuvres obstétricales, et post-obstétricales. On a oublié que la fièvre puerpérale ne provient pas uniquement de germes extérieurs : déjà à l'état normal la vulve et le vagin possèdent une flore bactérienne très riche (staphylocoques, coli-bacilles, bacilles de Weecks, streptocoques même dans les parties inférieures, anaérobies dans le haut du vagin et dans le col (1) ; tous y vivent à l'état saprophytique. Mais pour peu qu'il y ait des lésions du canal génital (leucorrhée, vaginite granuleuse, cervicite, endométrite gravidique, etc....) ces germes deviennent encore plus nombreux, ils se retrouvent dans toute la hauteur de la cavité génitale, et ils deviennent pathogènes.

Et de fait l'auto-infection (Selbstinfection des Allemands) a été amplement démontrée par les statistiques de Gunther, Winckler, Glocher : la morbidité a été sensiblement la même dans les maternités où tout examen interne avait été supprimé (2) et les quelques manœuvres externes au moment de la sortie de la tête — faites avec des gants stérilisés — Ahlfeld a pu réunir, en 1898, 23 cas de mort par infection puerpérale chez des femmes n'ayant jamais subi ni toucher ni injections : depuis lors, des observations semblables ont été signalées.

Ainsi donc le jour même de son accouchement, la femme a déjà dans ses voies génitales les meilleures raisons de s'infecter : germes saprophytes ou déjà pathogènes, caillots sanguins formant un milieu de culture idéal, et qui restent volontiers accumulés dans le cul-de-sac postérieur quand on ne pratique pas d'injections, — et petites plaies du vagin et du col qui existent toujours même dans les accouchements les plus physiologiques. — En présence de tels faits, il serait puéril de charger la canule à injection de toute la pathogénie de l'infection puerpérale.

En réalité les injections vaginales demandent à être utilisées avec discernement : inutiles dans bien des cas, dangereuses si elles sont mal faites —, elles sont, en d'autres cas, un agent précieux de désinfection génitale.

(1) Jennin, Thèse de Paris, 1903.

(2) Dans cet ordre d'idées, les théoriciens ont été un peu loin : ainsi Stroganoff et Stickler se sont élevés contre l'habitude de faire prendre un bain aux femmes arrivant en travail dans les maternités : pour eux, non seulement les bains de nettoyage ne seraient pas utiles, mais même ils seraient dangereux, l'eau du bain chargée de souillures et de germes infectieux pouvant pénétrer jusqu'au vagin.

3^o) *Conduite à tenir* : elle variera avec chaque accouchement :

A) *L'accouchement a été absolument normal, chez une femme dont le passé gynécologique est intact.*

Dans ce cas les injections ne paraissent utiles ni pendant l'accouchement, ni dans les suites de couches, si on en excepte une seule, à l'eau bouillie, pour enlever les caillots sanguins de la délivrance. Toute la technique aseptique et antiseptique de l'accouchement se résumera d'une part dans le nettoyage des mains de l'accoucheur à la brosse et au savon, tel qu'on le pratique aujourd'hui avant toute intervention chirurgicale et, d'autre part, dans une toilette vulvaire faite avant le premier et le seul toucher, de la façon suivante : les poils exubérants de la vulve sont ébarbés aux ciseaux : avec de l'eau chaude savonneuse, on nettoie bien tous les plis et replis, ainsi que la face interne des cuisses, et le mont de Vénus ; le savon sera enlevé par un rinçage à l'eau chaude ; on lave ensuite à l'alcool et on termine en projetant sur la vulve une solution antiseptique : une compresse stérilisée y sera ensuite maintenue en permanence.

Cette conduite sera adoptée pour tous les accouchements normaux ; la seule objection qu'on puisse lui faire, c'est qu'il faudra, pour faire perdre au public l'habitude des injections, plus de temps encore qu'il n'en a mis à l'acquiescer.

Les vieux irrigateurs ont mis quelque temps à disparaître de l'arsenal médical, les injecteurs menacent de fournir une carrière encore plus longue.

B). *Les injections doivent être maintenues :*

a) Toutes les fois qu'une femme a présenté, avant ou pendant sa grossesse, des signes d'infection génitale (leucorrhée, vaginite, endométrite, etc...)

- 1) Dans tous les cas où il y a eu rupture prématurée des membranes.
- 2) Dans tous les cas où le travail a été lent, et a nécessité des touchers répétés, et à plus forte raison quand il s'est terminé par une intervention opératoire.
- 3) Enfin toutes les fois qu'il y a des déchirures périméales ou cervicales importantes.

Sans doute les injections ne détruiront pas radicalement les microbes, mais elles auront sur leur vitalité et leur développement une action empêchante qui est loin d'être négligeable en pratique.

4^o) *Choix des substances antiseptiques.*

Il faut proscrire d'une façon absolue :

- 1) *L'acide phénique*, dont les méfaits ne se comptent plus (escarres, intoxication générale, etc.).
- 2) *Et le sublimé*, qui, en présence du sang et des liquides organiques, forme avec les matières albumineuses un précipité insoluble — ce qui rend son action nulle et qui a causé tant d'intoxications depuis les simples éruptions (1) jusqu'à la mort par néphrite aiguë. — En injection intra-utérine ou même en simples injections vaginales, chez des femmes ayant des plaies étendues du vagin, un seul lavage a pu déterminer la mort.

On utilisera par contre, sans danger, les substances suivantes :

- 1) *Il n'y a pas de signes d'infection vaginale — les lochies ne sont pas fétides.*
Employer l'onycyanure de mercure (1) à 1 pour 4.000, ou de préférence, le permanganate de potasse à 1 pour 1.000.
- 2). *Les lochies sont fétides.*
On emploiera ou la liqueur de Labarraque, 2 cuillères pour 1 litre d'eau bouillie.
Ou l'eau oxygénée à 12 volumes, coupée d'eau bouillie par moitié.

5^o) *Technique des injections.*

Le médecin veillera *personnellement* à ce qu'avant chaque injection : 1) l'injecteur soit flambé ou bouilli ; 2) le caoutchouc et la canule en verre aient bouilli ; 3) et à ce que le liquide destiné à l'injection passe directement du récipient où il a bouilli dans l'injecteur — Il procédera ensuite — au lavage des mains, et à un lavage non moins rigoureux de la vulve — suivant la technique exposée plus haut —, et l'injection (on en donnera 2 par jour) ne sera pratiquée qu'à ce moment-là et sous faible pression.

Ces détails minutieux s'écartent un peu de la pratique courante : c'est à ces conditions, cependant, que les injections vaginales nous paraissent pouvoir être conservées, et constituer encore une arme très précieuse dans la prophylaxie, voire même dans le traitement des infections puerpérales.

Le 20^e Congrès Français de Chirurgie et la Loi sur les Accidents du Travail

Par le D^r L. LAPEYRE.

Pour la première fois certainement, et non sans que cela causât quelque étonnement à certains de ses membres, le 20^e Congrès Français de Chirurgie, s'aventurant hors du terrain purement scientifique sur celui de la Législation sociale, conviait ses membres à discuter « la Question des rapports de la tuberculose locale et du cancer avec les accidents du travail ».

Du fait même de cet énoncé, la discussion au lieu de rester purement dogmatique, de rechercher scientifiquement le rôle du traumatisme sur la genèse et la marche de la tuberculose et du cancer, était amenée à envisager la question au point de vue médico-légal, à s'occuper de la loi de 1898.

Le problème ainsi posé est en effet de très grande importance, pour l'expert d'abord appelé à fournir au tribunal l'évaluation du préjudice causé, mais aussi et à peine à un moindre degré pour le médecin praticien appelé presque chaque jour à délivrer des certificats d'accidents.

Or, le Congrès a clos le débat, en votant à l'unanimité un vœu présenté et rédigé par M. le Professeur Segond rapporteur, et demandant respectueusement à la Chambre de modifier la loi de 1898 et d'y introduire l'obligation de tenir compte des états antérieurs et des prédispositions.

Ce vœu est motivé par l'opposition absolue qui existe à l'heure actuelle entre la doctrine chirurgicale et la jurisprudence des tribunaux français sur la façon d'interpréter le rôle de l'accident en matière de tuberculose locale ou de cancer.

(1) La scarlatine dite puerpérale n'est le plus souvent qu'une roséole par intoxication mercurielle.

(1) L'innocuité de l'onycyanure n'est pas admise sans réserve. Thirolain a rapporté un cas de mort par accidents urémiques chez un jeune homme, qui reçut en injection uréthrale 100 centimètres cubes d'une solution à 0 gr. 50 centigrammes pour 1.000. Société médicale des hôpitaux, 26 juillet 1907.

Je crois rendre service à nos lecteurs en précisant pour eux la nature du désaccord, ce qui me sera facile puisque je n'ai pour cela qu'à résumer la discussion du Congrès à laquelle j'ai moi-même pris part.

Le mémoire de M. Jeanbrau rapporteur pour la tuberculose sera mon guide tout naturel. Je laisserai en effet de côté, du moins pour le moment, tout ce qui concerne le cancer, pour les raisons suivantes :

Tout d'abord notre ignorance complète sur la nature du cancer, l'incertitude où nous sommes sur la valeur du traumatisme interdisent toute conclusion formelle. Puis au point de vue pratique la question se pose très rarement ; quelques rares procès ont été plaidés en France et M. Segond a dû chercher en Allemagne, où la loi existe depuis 1884, des exemples intéressants d'expertise.

Enfin, tout ce que nous dirons de la tuberculose peut à peu de chose près s'appliquer provisoirement au cancer, vis-à-vis duquel nous ne raisonnons guère que par analogie.

En tuberculose, les exemples abondent, les procès se multiplient, nous sommes en plein problème de pratique courante, et au point de vue scientifique nous sommes bien armés pour résoudre la question.

Nous ne nous occupons que de la tuberculose locale, qui est essentiellement osseuse, articulaire, parfois testiculaire. — Et recherchant le rôle de l'accident nous sommes amenés à l'envisager sous deux aspects :

Agent de production.

Agent d'aggravation.

Le traumatisme en tant qu'agent d'aggravation possible et fréquent n'est pas douteux.

Reste la question plus complexe de l'accident, agent de production de la tuberculose. Ici avec M. Jeanbrau et tous les orateurs qui ont pris part au débat, deux cas doivent être distingués.

1^{er} Cas. Il s'agit d'une plaie ou d'une piqûre. Que la piqûre ait inoculé directement le bacille de Koch ou que celui-ci ait pénétré secondairement, l'accident a créé la tuberculose locale, il est responsable de toute l'évolution ultérieure de la tuberculose.

Doctrines médicales et jurisprudence sont ici d'accord.

2^e Cas. Il s'agit d'un traumatisme, sans plaie (contusion, entorse, fracture, luxation). Le traumatisme n'ayant pu introduire le bacille n'a pu créer la tuberculose.

De toute nécessité, il fallait que le sujet portât en lui des germes de tuberculose ; germes tantôt révélés déjà par une tuberculose pulmonaire ou locale, tantôt ignorés, tuberculose latente.

Au point de vue scientifique il n'y a là aucune différence essentielle, l'accident n'a joué que le rôle d'une cause occasionnelle.

Au point de vue pratique ou médico-légal, cependant, le chirurgien doit distinguer les cas où l'accident a porté sur une région déjà malade : *tuberculose révélée ou aggravée* et ceux où la région était ou paraissait saine : *tuberculose dite localisée* par l'accident.

Si comme on l'admettait encore récemment sur la foi des expériences de Max Schüller, le traumatisme peut chez un tuberculisé déterminer l'éclosion d'une tuberculose locale, l'accident, bien que ne créant pas la bacillose, fait plus que l'aggraver. Il crée un foyer nouveau et lorsqu'il s'agit de tuberculose latente susceptible de guérir sans avoir jamais donné lieu à aucun phénomène clinique, il y a là plus qu'une aggravation, il y a, au point de vue médico-légal, sinon au point de vue scientifique, production ou création de tuberculose.

Mais il semble bien prouvé à l'heure actuelle que l'acci-

dent susceptible de révéler ou d'aggraver une lésion existant au point frappé est incapable d'en déterminer l'apparition. — *La tuberculose localisée n'existe pas*, nous disent Mosny, Cunéo et Jeanbrau, et d'accord avec eux tous les chirurgiens.

Les expériences de Max Schüller étaient entachées d'erreur, Lannelongue et Achard d'abord puis Petrow, d'autres encore ont montré que des animaux inoculés avec des cultures pures puis traumatisés ensuite ne faisaient point d'arthrites dans les articulations frappées. Les résultats positifs obtenus par Max Schüller tenaient à l'emploi de cultures mêlées de streptocoques et de staphylocoques et les arthrites créées étaient des arthrites mixtes.

La clinique de son côté ne permet guère de croire au pouvoir localisateur de l'accident ; dans tous les faits où le contrôle a été possible, l'existence de lésions antérieures latentes ou peu apparentes a pu être démontrée.

En effet : 1^o La tuberculose traumatique n'apparaît qu'aux points d'élection de la tuberculose spontanée.

2^o Les plaies et fractures chez les tuberculeux confirmés guérissent d'habitude sans complication, etc'est au contraire chez des malades au début que se voient les lésions dites accidentelles.

3^o Rares après les luxations ou fractures, les contusions graves, les tuberculoses locales succèdent de préférence à une contusion légère, une entorse atténuée, une distorsion comme disent les Allemands. Ce sont bien là les indices d'une tuberculose révélée et on peut souvent le prouver.

Le professeur Lannelongue a le premier montré qu'en interrogeant avec soin le malade, on obtient souvent l'aveu qu'il souffrait déjà avant l'accident, et il considère l'entorse non pas comme un accident véritable, mais comme le résultat de la faiblesse et de la distension de l'articulation déjà touchée.

Enfin ce qui est plus probant encore, la Radiographie ou l'opération précoce ont déjà nombre de fois démontré l'existence de lésions anciennes au moment même de l'accident, ou encore de lésions avancées à une date trop rapprochée pour qu'elles en soient la conséquence.

Dès lors avec une certitude quasi complète, les chirurgiens se refusent unanimement à reconnaître à un traumatisme fermé l'action localisatrice.

L'accident révèle ou aggrave, il ne crée pas la tuberculose, ni même une localisation, telle est la formule purement scientifique qui résume toute la question.

La conséquence logique au point de vue judiciaire est donc celle-ci :

1^o Tuberculose inoculée. Indemnité complète.

2^o Tuberculose révélée et non aggravée. Indemnité nulle.

3^o Tuberculose aggravée. Indemnité partielle.

4^o Tuberculose localisée. N'existe pas. Rentre dans la tuberculose aggravée.

Sur ce dernier point cependant l'accord complet entre les chirurgiens, au point de vue scientifique pur, cesse de l'être au point de vue médico-légal.

Le rapporteur M. Jeanbrau par exemple, après avoir soigneusement établi la non existence scientifique de la tuberculose localisée par l'accident, conclut cependant à l'admettre au point de vue judiciaire.

La tuberculose existait au point frappé, c'est entendu dit-il, mais nous ne pouvons affirmer qu'elle n'eût continué à sommeiller un certain temps, ou toujours. Dès lors chez un individu en apparence bien portant, il propose d'accorder l'indemnité entière.

Cette conclusion ne correspondant guère aux prémisses posées par lui, il a eu à la défendre en particulier contre l'at-

taque véhémement du D^r Moulouguet (d'Amiens), soucieux de rester sur le terrain purement scientifique et inquiet par une concession susceptible de jeter à nouveau le trouble dans l'esprit des non initiés, sur la conception réelle du rapport de l'accident et de la lésion.

J'incline pour ma part du côté de M. Moulouguet, et m'en tiens aux conclusions formulées plus haut, acceptant tout au plus d'accorder l'indemnité entière à un traumatisé grave cliniquement sain. J'estime en effet l'erreur trop facile au cas d'accident léger en raison même de la difficulté de le contrôler, pour accepter autre chose que l'indemnité réduite.

Quoiqu'il en soit, la divergence entre chirurgiens ne porte que sur l'appréciation de ce seul point, par contre le désaccord avec la jurisprudence est complet. Celle-ci en effet après hésitation a été définitivement fixée par la cour de Cassation dans un sens tout opposé.

Le tribunal n'a pas à tenir compte de l'état antérieur du blessé. L'accident a-t-il eu ou non une influence sur son état définitif. Si oui, l'évolution tout entière de l'affection lui est attribuée. Il devient « cause directe et immédiate » et donne lieu à une réparation totale. L'amputation et la mort même sont ainsi attribués à l'accident si minime qu'il soit (contusion ou entorse) survenu chez un tuberculeux notoire.

Pour nous médecins, ou chirurgiens, une telle solution est aussi absurde qu'antiscientifique. Pour les juges, elle a le mérite d'être très simple et de supprimer toute difficulté d'appréciation. Mais cela ne suffit pas pour nous réconcilier avec elle ; nous ne protestons pas seulement en effet contre les erreurs grossières de la loi ainsi comprise, nous protestons encore contre ses conséquences désastreuses.

Tout d'abord une telle application de la loi avantageuse pour quelques ouvriers est néfaste pour nombre d'entre eux. Elle risque de fermer la porte de l'atelier ou du chantier à tout ouvrier suspect non pas même de tuberculose mais simplement de débilité.

Et puis elle ouvre la porte à trop de déclarations erronées d'accident aboutissant elle-mêmes à des jugements injustement onéreux pour le patron.

Le médecin est impuissant à empêcher ces erreurs ; le peu de gravité de l'accident déclaré ne lui permet pas la plupart du temps de contrôle efficace. Aussi la tuberculose traumatique se multiplie-t-elle d'une façon insolite, de l'avis de tous les chirurgiens.

Nos lecteurs connaissent maintenant les raisons qui ont décidé le 20^e Congrès Français de Chirurgie à demander à l'unanimité que la Loi tienne compte des états antérieurs. Je pense qu'ils approuveront cette initiative que le succès, semble-t-il, devrait couronner, car au moment même du vote de la loi de 1898 la Chambre ou du moins les quelques-uns qui comprenaient la portée de leur vote, partageaient cette opinion. A une question d'un député du Nord, le D^r Dron demandant de spécifier dans la loi l'atténuation, résultat logique d'états antérieurs, le rapporteur M. Maruéjols répondait : « Nous sommes d'accord avec M. Dron sur le fond de son amendement, mais nous lui demandons de ne pas alourdir un texte déjà compliqué ».

Et sur cette assurance la loi était votée sans autre précision, ce qui permettait bientôt aux tribunaux de l'interpréter comme nous venons de le voir, c'est-à-dire de la façon la plus antiscientifique et la moins équitable qui soit.

L'intérêt pratique de l'étude des Variations Anatomiques

Le temps n'est plus où, dans certains milieux médicaux, l'étude des variations anatomiques était considérée comme une vaine curiosité, sans intérêt pratique, un simple objet de spéculations hardies et d'hypothèses anthropologiques.

Les nouveaux procédés de technique opératoire, les interventions sur des régions dangereuses, l'analyse plus serrée des symptômes morbides ont amené les praticiens, médecins et chirurgiens, à s'occuper un peu de ces prétendus *lusi naturæ* et on en a compris toute l'importance.

Que de mécomptes, en effet, aura à subir le chirurgien qui n'aura pas une notion exacte des variations osseuses.

Que le *sinus maxillaire* soit divisé en deux loges indépendantes par le *septum osseum perfectum* de Grüber, et la trépanation de l'antre d'Highmore, dans le cas d'abcès, devient incomplète si l'une seulement de ces deux loges a été ouverte.

Longtemps le *torus palatinus* a été considéré comme un symptôme de syphilis, et récemment encore, dans un livre classique, on le plaçait au nombre des stigmates de l'hérédo-syphilis, alors que cette variation, suivant le professeur Ledouble (4), résulte simplement d'une formation précoce de la suture palatine sagittale médiane, sans aucun caractère pathologique.

Dès 1900, le professeur Ledouble (2) attirait l'attention sur les crêtes et épines de l'unguis et du maxillaire supérieur qui bordent la gouttière lacrymo-nasale, et publiait une statistique qui montrait la grande fréquence de ces productions osseuses anormales, statistique appuyée sur les recherches personnelles du professeur Leboucq, au musée ostéologique de l'Université de Gand. Or, tout récemment, le professeur agrégé G. Gérard (3), de la Faculté de Lille, insistait sur les obstacles que l'éperon lacrymal antérieur pouvait opposer dans l'opération du cathétérisme du canal nasal, « car ces dispositions, dit-il, peuvent contribuer à rétrécir beaucoup la gouttière et surtout à masquer l'orifice supérieur du canal ».

Qu'une branche terminale du nerf ophtalmique de Willis traverse un trou ou un canal sus-orbitaires anormaux, l'opération de la neurectomie sera sans résultat si elle n'est pas faite par la voie intraorbitaire. De même, s'il existe un trou sous-orbitaire accessoire, par lequel passe un rameau du nerf maxillaire supérieur, la résection du trijumeau, dans le tic douloureux de la face, donnera des résultats incomplets et il se produira des récurrences. Le D^r Halmagrand, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, disait à ce propos : « Il me paraît plus vraisemblable d'admettre que le retour des crises douloureuses tient à une anomalie qu'il m'a été impossible de constater et qui consisterait en ce que ces rameaux, au lieu de se détacher du nerf maxillaire supérieur avant son entrée dans le canal sous-orbitaire, s'en sépareraient plus haut et ont été épargnés dans les deux premières opérations. Cette disposition anatomique ne serait-elle pas, du reste, la cause des récurrences presque habituellement observées à la suite de résection du trijumeau ». La réponse est

(1) Ledouble : Traité des variations des os de la face. Paris, 1906, page 277.

(2) Ledouble — Variations du lacrymal et des osselets périorbitaux de l'Homme. Bibliographie anatomique, 1900, pages 109-182. Traité des variations... page 64.

(3) G. Gérard. Notion d'un éperon lacrymal antérieur : C.-R. de l'Association des Anatomistes, Bordeaux 1906, page 114.

donnée par le professeur Ledouble dans son *Traité des variations des os de la face* (1).

Dans ce même traité, le professeur de l'Ecole de Tours décrit ainsi la crête et le canal naso-dentaires (2) :

« En arrière de la crête intermaxillaire, sur le plancher osseux des fosses nasales, entre l'épine nasale antérieure et inférieure et le canal incisif, on trouve assez souvent une crête osseuse transversale, qui se perd en dehors vers l'extrémité antérieure du cornet inférieur, après avoir décrit une courbe dont la concavité regarde en haut et un peu en dedans. Cette crête n'est rien autre que la paroi supérieure d'un canal qui s'ouvre en dedans au niveau des fosses nasales, en dehors dans le canal sous-orbitaire et qui contient le rameau nasal du nerf dentaire et les vaisseaux qui l'accompagnent. Quelquefois cette crête est percée d'un ou de plusieurs pertuis ou fendue dans toute sa longueur et, dans ce dernier cas, représentée conséquemment par un sillon. »

C'était là, semble-t-il, un point de très mince importance, mais qui vient de recevoir une application pratique. M. E. Escat (3), à la suite de recherches très intéressantes, publiées dans le *Bulletin de Laryngologie*, est arrivé à trouver un mode très original d'anesthésie des incisives et des canines supérieures. Il applique un tampon d'ouate imbibé de solution forte de cocaïne dans la cavité nasale, du côté de la dent à enlever, et il obtient une anesthésie suffisante. L'explication de ce fait a été donnée par le professeur de la Faculté de Toulouse, M. Clermont (4), sur les indications du professeur Charpy. Les incisives et les canines supérieures sont innervées par les filets fournis par le rameau dentaire antérieur qui est logé dans un canal osseux dont le professeur Ledouble (5) a bien décrit les différentes dispositions. C'est ce nerf, qui passe dans le sillon du plancher nasal dont il a été parlé plus haut, et qui se trouve ainsi dans 47 0/0 des cas en rapport immédiat avec la muqueuse nasale. Comme cette muqueuse épaisse, molle, très vasculaire est très absorbante, le nerf est facilement imprégné par la solution de cocaïne et l'anesthésie est obtenue. C'est là un procédé très pratique et basé, comme on le voit, sur la constatation d'une bien minime variation anatomique.

Ces exemples tirés des seuls os de la face montrent bien tout l'intérêt pratique que présente l'étude des variations anatomiques.

D^r L.-D.-C.

La Sérothérapie de la Variole (6)

Nous croyons intéressant de reproduire une estampe du début du XIX^e siècle, qui a une importance énorme pour l'histoire de la vaccine.

Elle rappelle les expériences que Marchelli fit en 1802, pour inoculer la clavelée à l'homme. Cet auteur identifiait déjà la clavelée du mouton à la variole, et crut qu'il était possible de substituer l'inoculation claveléuse à l'inocula-

tion vaccinale. On sait qu'il a été question dans ces derniers temps de se servir d'un sérum claveléux contre la variole, et que le D^r Edmond Chaumier a fait à ce sujet d'importantes expériences lors de la récente et meurtrière épidémie de Marseille. Cette image, tirée du musée vaccinal du Plessis-les-Tours, est donc d'actualité et a une grande valeur documentaire.



Fig. 1. — LE NEC PLUS ULTRA

Le citoyen Marchelli, chirurgien de Gènes, a découvert que l'inoculation de clavelée, ou petite vérole des brebis, préservait plus sûrement et plus doucement de la petite vérole que la vaccine. Les observations sur cette nouvelle découverte parurent d'ici à peu de temps et ne manquèrent pas d'exciter, parmi les partisans de la vaccine, le scandale que l'introduction de celle-ci excita parmi les inoculateurs, et ceux-ci dans l'ancienne faculté. Tel est le sort de toutes les découvertes. Galilée fut condamné par l'inquisition. Harvey fut traité de visionnaire par ses confrères, et Descartes est mort loin de son pays.

Congrès de médecine (Paris, Octobre 1907)

De l'emploi raisonné des solutions d'argent colloïdal

Par le D^r H. TRIBOULET, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

L'emploi des métaux à l'état colloïdal (argent, or, platine) n'a pas encore trouvé auprès de la grande majorité des praticiens l'accueil que mérite cette médication, l'une des plus puissantes que nous soyons appelés à mettre en œuvre. A la confiance excessive, née de succès fortuits, s'opposent, après insuccès, le dénigrement ou le dédain. Il est indispensable, grâce aux conclusions que peut poser ce Congrès, de lever les doutes, de calmer les exagérations et de désarmer les critiques injustifiées.

A. — D'où viennent les doutes et les hésitations ?

1^o De l'incertitude à l'égard des produits à employer ; 2^o de la réserve, de la crainte même, à l'égard de certains modes d'emploi.

1^o La solution préparée extemporanément par un pharmacien, à l'hôpital, ou en ville, peut-elle être employée à coup sûr ? Ne doit-on pas lui préférer les ampoules d'électrargol qui se réclament — pour l'injection intra-veineuse, notamment — de leur stabilité et de leur isotonie ? Ce produit est-il préférable ? N'est-il pas indispensable ? — Voilà la question primordiale.

Réponse : D'après M. Netter, dont la compétence est indiscutable, le praticien peut recourir, en toute assurance, aux solutions pharmaceutiques extemporanées, aussi bien qu'aux autres préparations.

Pour ma part, deux des cas les plus démonstratifs de ma statistique se rapportent, l'un à l'emploi d'une solution faite, séance tenante, à l'hôpital ; l'autre, à l'emploi d'ampoules d'électrargol.

2^o Par crainte d'accidents — supposés — ou par timidité vis-à-vis du malade ou de l'entourage, bon nombre d'entre nous abandonnent l'injection intra-veineuse — seule réellement efficace — pour l'injection intra-musculaire, ou pour la

(1) page 179.

(2) page 271.

(3) E. Escat. Anesthésie des incisives et des canines supérieures par voie nasale. — *Bulletin de laryngologie*, 2 janvier 1907.

(4) D. Clermont. Rapport du nerf dentaire antérieur avec le plancher nasal et la pituitaire — *Archives Médicales de Toulouse*, 1^{er} août 1907.

(5) page 178.

(6) Voir la thèse du D^r René Durand, analysée dans notre dernier numéro.

friction, d'action possible, mais infiniment moindre, et, sur-tout, moins certaine; ou pour le lavement, pour la potion ou pour les pilules, — modes d'action nuls.

Il se peut aussi que les doses employées soient *insuffisantes*. Dans ces diverses conditions, ce n'est pas le médicament, mais c'est le médecin qui est dans son tort.

B. — Les généralisations excessives qu'on en a faites peuvent expliquer les désillusions et le discrédit relatif au sujet de la médication colloïdale.

On a présenté déjà des listes interminables de succès, parfois vraiment extraordinaires, obtenus par chacun de nous, dans les pneumonies infectées, les suites de fièvres éruptives, de fièvre typhoïde, dans la puerpéralité, l'érysipèle, le rhumatisme, dans les septicopyohémies, les endocardites infectieuses, dans les arthrites bâtarde, les abcès, les suppurations diffuses, pleurésies purulentes, etc., etc. Ce n'est pas la statistique qui peut convaincre les hésitants, puisqu'il leur serait possible de nous opposer une série non moins imposante d'insuccès déconcertants.

Comme je l'ai écrit ailleurs (1), « pas de traitement au hasard, sinon, fol espoir aujourd'hui, découragement demain ». On aura de magnifiques succès, comme on aura des échecs relatifs ou absolus, suivant qu'on aura su, ou non, s'adresser aux cas qui peuvent répondre au traitement argyrique.

Cette vérité, un peu simple en apparence, est conforme aux données physiologiques qui dominent toute notre thérapeutique des maladies aiguës : tout se ramène, pour les solutions métalliques, comme pour toute médication, à la préparation ou à la stimulation de la cause leucocytaire.

L'argent colloïdal intervient contre le microbe par action empêchante de son développement, et pour l'organisme, par action favorisante de la leucocytose, d'où son action plus puissante que celle des autres médications. Mais, s'il facilite la crise, il ne la crée pas. — Vouloir ainsi créer, voilà l'origine des désillusions !

Ni trop tôt. — Dans toutes les maladies infectieuses (f. éruptive, f. typhoïde, etc.), il y a deux périodes : a. la période de spécificité initiale, phase *non thérapeutique*, phase des précautions hygiéniques ; b. à cette période peut succéder la phase de l'infection secondaire, et c'est alors que l'argent colloïdal peut faire passer le malade du pire état d'infection à la guérison plus ou moins miraculeuse. — Ce raisonnement, tiré de l'observation, peut servir de guide certain pour toute la thérapeutique : contre la scarlatine, contre l'infection puerpérale septicémique, sans localisation, on n'obtiendra rien, alors que, contre la complication secondaire (angine, abcès, phlébite), etc., on pourra beaucoup, ou même, tout ; et j'ai pu rapporter personnellement à la Société médicale des Hôpitaux des faits de septicopyohémie et de pleurésie purulente post-typhiques qui sont la justification de ces données.

Ni trop tard (intervention trop souvent à l'agonie ou dans les cas désespérés). — Inutile d'insister plus longuement : la connaissance des indications cliniques de la médication métallique colloïdale domine impérieusement le sujet ; — pas de traitement au hasard, faut-il répéter. — A l'impossible nul n'est tenu, pas même l'argent colloïdal. Ne refusons pas les miracles, mais, en les attendant, efforçons-nous de savoir saisir l'heure favorable de la réaction leucocytaire. — Ici comme ailleurs, évitant la prétention puérile et vaine de la violence, contentons-nous, en bons disciples d'Hippocrate, d'aider la nature. On ne juggle pas la maladie, mais on juggle la plupart des complications, ce qui est tout en clinique.

TECHNIQUE

Munis d'une solution de collargol ou d'électrargol valable, ayant bien posé les indications thérapeutiques, nous nous souviendrons :

a) Que l'emploi en pilules ou en potion n'a pour lui que son innocuité ; l'action en est nulle ;

b) Que l'emploi en frictions et en lavement, bien que possible, est peu sûr et peu efficace, d'ordinaire (la friction devra

être chirurgicale, brossage de la peau jusqu'au piqueté hémorrhagique ; friction avec pommade à 15 0/0, 3 à 5 gr. pour une friction) ;

c) Que l'injection sous-cutanée ne doit pas être employée, l'argent colloïdal formant dans le tissu cellulaire une masse inabsorbable, un véritable argyrome ;

d) Que l'injection intra-musculaire (mode hydrargyrique) est déjà assez actif, mais bien inférieur à l'injection intra-veineuse. — Les doses de produit doivent être employées doubles, dans les muscles ;

e) Que l'injection intra-veineuse n'a de contre-indication que dans l'impossibilité de trouver une veine injectable. — Elle ne peut entraîner aucune complication (les effets généraux, possibles, mais non constants, frisson et élévation de température de 1, 2, 3 degrés, sont transitoires, plus fréquentes, d'ailleurs, avec l'or qu'avec l'argent) ;

f) Doses. L'injection intra-veineuse, méthode de choix, utilisera les préparations extemporanées à la dose initiale de 5 centigr. : on mettra 10 centigr. s'il s'agit d'ampoules d'électrargol. — 2 centigr. et 5 centigr. pour les enfants. — Ces doses peuvent être répétées de deux en deux jours, ou quotidiennement. — En lavage de plaie, on emploiera de 20 à 50 centigr. de solution. — Il n'y a pas d'intoxication connue.

Revue des Revues

« ARTÉRIO-SCLÉROSE ET ARTHRITISME »

(Dr Bouloumié de Vittel)
(De Rudeval, Paris)

Depuis longtemps, l'auteur a constaté par de multiples observations dans sa clientèle thermale les connexions étroites existant entre la goutte, l'hypertension et l'artériosclérose.

Et dans une étude fort attachante, après avoir exposé les troubles et lésions circulatoires chez les goutteux, après avoir esquissé la pathogénie de l'artério-sclérose et les lésions qu'elle engendre dans le rein et dans le foie, le savant clinicien démontre les analogies symptomatiques entre la goutte, l'artério-sclérose et le Brightisme.

De telle sorte que la symptomatologie des manifestations goutteuses, celle de l'artério-sclérose et de la néphrite interstitielle « se confondent presque absolument, si bien que la nomenclature des symptômes d'une dressée par un auteur, se superposerait à peu près exactement à la nomenclature de l'autre donnée par un autre auteur ».

Donc, analogie d'étiologie, analogie de symptômes.

Le Dr Bouloumié insiste sur la nécessité de l'examen des urines et de la tension artérielle, qui sera le point de départ d'une thérapeutique rationnelle.

Et le lecteur est ainsi amené à étudier les effets circulatoires de la cure de Vittel, ainsi que les indications des diverses eaux minérales et cures hydro-minérales dans les affections circulatoires.

Les déductions de l'auteur, qui ont pour base la longue expérience de la clinique, sont à méditer par les praticiens, aux prises à tout instant avec ces différents états morbides.

« LES OREILLONS ET LEUR LOCALISATION SUR L'APPAREIL GÉNITAL DANS LA PREMIÈRE ENFANCE »

(Gazette médicale de Nantes, 31 août 1907).

Le Dr Grognot, au cours d'une épidémie d'oreillons dans sa région, a observé un jeune enfant de 2 ans et un mois atteint de fièvre ourlienne, qui se compliqua d'orchite suppurée.

(1) « La Clinique » et Soc. Méd. des hôp., 5 et 12 juillet 1907.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est d'abord la rareté des oreillons chez les enfants de cet âge ; mais c'est surtout la localisation, qui a atteint les organes génitaux d'un bébé de deux ans.

L'orchite parotidienne a été quelquefois rencontrée dans la première enfance, mais jamais peut-être au-dessous de 4 ans (une observation de Céréville, de Lausanne, chez un garçon de 4 ans).

LE CHLORURE DE CALCIUM EN THÉRAPEUTIQUE

Journal de médecine de Bordeaux (28 juillet 1907)

Le Docteur Jacques Carles précise les indications du chlorure de calcium, sel inconnu ou délaissé il y a seulement quelques années.

1) Utilité du chlorure de calcium dans tous les cas où la teneur du sang en sels calciques se trouve affaiblie.

2) Importance du rôle des sels de chaux dans la coagulation du sang. De là, ses propriétés hémostatiques qui l'ont fait employer dans les cas d'hémorragies en nappe de nature et de siège divers.

Son usage est courant dans les épistaxis rebelles, les hémoptysies, les pertes hémorroïdaires, les ménorrhagies et métrorrhagies, l'hémophilie.

3) Certains états pathologiques relèvent d'un vice de la composition minérale du sang.

Le chlorure de calcium agit favorablement dans ces cas : tels sont les œdèmes aigus, l'urticaire, les engelures, véritables hémorragies séreuses par diminution de coagulabilité sanguine, d'après Netter.

En somme le Dr Carles, avec Wright et Netter, préconise ce sel comme un régulateur de la composition et de la coagulation du sang.

4) Suivant Netter, il exerce une action modératrice sur le système nerveux : d'où son emploi dans la tétanie, les spasmes de la glotte, la laryngite striduleuse et les convulsions.

5) C'est enfin un toni-cardiaque, relevant la tension artérielle et augmentant l'énergie des battements du cœur.

En terminant cette étude le Dr Carles met en garde le praticien contre un emploi de longue durée du chlorure de calcium chez les vieillards ; cette médication prolongée amènerait de l'encombrement calcique et une fixation possible du reliquat sur les tuniques artérielles qui n'ont que trop tendance, à cet âge, à la calcification.

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

Bibliographie

F. de GRANDMAISON : *Traité de l'Arthritisme*, in-8, 1908, 8 fr. — MALOINE, Éditeur, 25, Rue de l'École-de-Médecine, Paris.

L'auteur a réuni les divers travaux épars sur l'Arthritisme en y ajoutant ses idées et ses observations personnelles, pour en faire un traité didactique dans lequel les médecins pourront trouver des renseignements précis.

L'ouvrage débute par une étude sur la *physiologie générale de la nutrition*, absolument indispensable pour comprendre et combattre l'Arthritisme qui est une maladie caractérisée par le ralentissement des mutations nutritives. Dans cette première partie sont étudiées les différentes fonctions des viscères et des

appareils, l'influence de l'âge sur la nutrition, le rôle de l'hérédité dans les fonctions nutritives.

Ce préambule permet de comprendre les *Causes et la Pathogénie de l'Arthritisme*. Cet état pathologique est caractérisé par le ralentissement des mutations nutritives, les auto-intoxications dues au mauvais fonctionnement des éléments anatomiques, l'hyperacidité des humeurs de l'organisme. L'hérédité, la suralimentation, la sédentarité, le surmenage nerveux sont les principales causes premières de l'Arthritisme.

La *Sémiologie* nous fait étudier cliniquement l'Arthritisme et nous permet d'en poser le diagnostic. Tous les appareils sont touchés et atteints de méiopragie : qu'ils soient destinés à l'assimilation ou plus spécialement à la désassimilation. Le rein, le foie et les muscles sont plus spécialement atteints. Les *formes cliniques* varient suivant l'âge et les réactions vitales de l'individu, suivant les localisations morbides de la maladie dans laquelle peuvent et doivent rentrer : la goutte, l'obésité, le diabète gras, certaines dyspepsies, migraines, dyspnées, etc.

Les complications de l'Arthritisme tiennent : 1° à l'hyperacidité, 2° aux fluxions vasculaires, 3° aux auto-intoxications. Ce sont principalement : l'artério-sclérose généralisée et les scléroses viscérales localisées, les ptoses, les complications infectieuses telles que : tuberculose pulmonaire, suppurations et gangrènes survenant surtout chez les Arthritiques glycosuriques.

Le *Traitement* de l'Arthritisme doit être surtout un traitement hygiénique. La marche, l'exercice, le régime alimentaire, le développement régulier de l'énergie morale, sont surtout à mettre en œuvre. L'auteur s'attache longuement à l'étude de ces procédés thérapeutiques.

Tel est le plan général du *Traité de l'Arthritisme* ; mais ce n'est là qu'un résumé rapide des longs développements que M. de Grandmaison a cru devoir donner à l'étude d'un état pathologique, qui frappe une grande partie de nos contemporains.

C'est là, d'ailleurs, un livre pratique et qu'il faudra lire, car il paraît en son temps. Les notions nouvelles sur l'arthritisme étaient en effet dispersées dans une multitude d'articles et de brochures, au milieu desquels il était très difficile de se faire une opinion juste. M. de Grandmaison a cru, avec raison, que l'heure de la synthèse était venue pour cette question toute d'actualité, et il nous donne un ouvrage qui nous dit tout ce qu'il faut savoir sur cette diathèse, et cela avec un style toujours très agréable, sans digressions vaines et d'inutiles discussions.

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

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

Thérapeutique Populaire

Remède contre les fièvres puerpérales

Voici un remède qui est très employé en Touraine et qui, paraît-il, réussit toujours dans les cas de fièvres puerpérales et aussi dans les fièvres intermittentes ou paludéennes.

« Prenez trois araignées de moyenne grosseur et de couleur foncée.

Coupez leur les pattes.

Introduisez-les vivantes dans trois cachets ordinaires.

Prendre un cachet chaque soir pendant trois jours de suite.

Si au bout de ce temps la guérison n'est pas complètement obtenue, on pourra continuer le traitement pendant un jour ou deux, en faisant de nouveaux cachets. »

Comme on le voit, la thérapeutique populaire sait employer les nouvelles méthodes pharmaceutiques, et on est tout étonné de voir les modernes cachets servir de véhicule à des araignées vivantes.

NOUVELLES

Ecole d'Anthropologie de Paris
XXXII année — 1907-1908Ouverture des Cours le lundi 4 novembre 1907
15, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15

COURS

ANTHROPOLOGIE PRÉHISTORIQUE : M. L. Capitan, professeur. — Le samedi, à 4 heures. — *Les Bases des études préhistoriques (suite). Industrie, Art.*ETHNOLOGIE : M. Georges Hervé, professeur. — Le mardi, à 5 heures. — *Histoire de l'Ethnologie (état et progrès de la science au XVIII^e siècle).*ANTHROPOLOGIE ZOOLOGIQUE : M. P.-G. Mahoudeau, professeur. — Le mercredi, à 5 heures. — *Origine de l'Homme. — L'ordre des Primates : les Simiens (fin), les Anthropoïdes et les Hominiens.*ANTHROPOLOGIE PHYSIOLOGIQUE : M. L. Manouvrier, professeur. — Le vendredi, à 5 heures. — *Physiologie psychologique (sentiments, émotions, attention, volonté).*TECHNOLOGIE ETHNOGRAPHIQUE : M. Adrien de Mortillet, professeur. — Le mercredi, à 4 heures. — *Etude comparée des industries primitives anciennes et modernes. — Les armes, leur classification et leur évolution (suite).*SOCIOLOGIE : M. G. Papillault, professeur. — Le mardi, à 4 heures. — *Le rôle social de la femme.*GÉOGRAPHIE ANTHROPOLOGIQUE : M. Franz Schrader, professeur. — Le vendredi, à 4 heures. — *Les conditions géographiques de divers groupes humains.*ETHNOGRAPHIE : M. S. Zaborowski, professeur. — Le samedi, à 5 heures. — *Origines des nations, langues, mœurs. Le Pourtour de la Méditerranée : Sicile, Italie, Grèce, etc.*PROTOHISTOIRE ORIENTALE : M. R. Dussaud, professeur-adjoint. — Le lundi, à 4 heures (de janvier à mars). — *L'île de Chypre aux âges du cuivre et du bronze.*ETHNOLOGIE GÉNÉRALE : M. J. Huguet, professeur-adjoint. — Le lundi, à 5 heures (de janvier à mars). — *Les hommes à la surface du sol. Races et groupements. Influence des milieux.*EMBRYOGÉNIE ET ANATOMIE : M. E. Rabaud, professeur-adjoint. — Le lundi, à 5 heures (de novembre à janvier). — *L'encéphale et plus particulièrement le cerveau (constitution, évolution, morphogénèse).*PALÉONTOLOGIE HUMAINE : (COURS COMPLÉMENTAIRE) M. E. Verneau. — Le lundi, à 4 heures (de novembre à janvier). — *Les dernières races quaternaires de l'Europe.*

Professeur honoraire, M. A. Bordier.

CONFÉRENCES

M. le Dr ANTHONY. — *Le cerveau chez l'homme et chez les singes.* — Cinq conférences, les vendredis 10, 17, 24, 31 janvier et 7 février 1908, à 3 heures.M. le Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL. — *Les variations anatomiques, leur caractère héréditaire et leur influence en pathologie.* — Cinq conférences, les mercredis 5, 12, 19, 26 février et 4 mars 1908, à 3 heures.M. le Dr A. MARIE. — *Psychopathologie comparée (les aliénés dans l'histoire, dégénérescence des meneurs de peuples).* — Cinq conférences, les samedis 7, 14, 21 et les mardis 10 et 17 mars 1908, à 3 heures.

Les Cours et Conférences seront, lorsqu'il y aura lieu, accompagnés de Projections

Le Directeur,
Dr Henri THULIÉ.

Hommage au Dr Hallopeau

Nous rappelons que la souscription ouverte par les amis et les élèves du Dr Hallopeau pour lui offrir une médaille, exécutée par M. Chaplain, sera close le 10 novembre 1907.

Les souscriptions sont reçues par MM. J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille. Tout souscripteur de la somme de 25 francs recevra une médaille.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS

CONCOURS DE L'INTERNAT

Les lundi et mardi 21 et 22 octobre ont eu lieu les épreuves du concours de l'internat de l'Hospice général de Tours, pour la nomination de trois internes titulaires et de trois internes provisoires.

Neuf candidats se sont présentés :

Les questions posées ont été, à l'écrit : Anatomie : région sous-hyoidienne ; pathologie : néphrites aiguës. — A l'oral : Anatomie : rapports du cœur ; pathologie : coxo-tuberculeuse.

Ont été classés MM. Bruère, Camille, 39 points.
Vazeux, Lucien, 38 points.
Hatry, René, 36 points.
Jallet, Edgard, 30 points.
du Souich.
Guilbert.

CONCOURS DE SUPPLÉANCE

Les 25, 26 et 28 octobre ont eu lieu les épreuves du concours pour la suppléance (externat) à l'Hospice général de Tours. Les candidats ont été cette année particulièrement nombreux. Ont été reçus dans l'ordre :

MM. Dioclès, avec 47 points.
Bretegnier.
Mademoiselle Gadrat.
Roques.
Moreau.
Sainmont.
Michel.
Dubois.
Mallet.
Dejault.MM. Salmon.
Tarat.
Badert.
Palisson.
Gaujard.
Lefort.
Pépin.
Vérillote.
Monplaisir.
Carro.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

La session des examens définitifs de pharmacie, de validation de stage et des herboristes sera ouverte à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, sous la présidence de M. le professeur Coutière, de l'École supérieure de pharmacie de Paris, le jeudi 7 novembre, à huit heures du matin.

La session des examens des candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles s'ouvrira à l'École de Tours sous la présidence de M. le professeur Schneider, de la Faculté des sciences de l'Université de Poitiers, le lundi 11 novembre, à huit heures du matin.

A VENDRE

1^o Le Dictionnaire de Médecine, etc., de Dechambre, 100 vol., in-8, dont 65 reliés. Etat parfait, prix : 150 fr.2^o Nouv. Dictionnaire de Méd. et de Chirurgie (dit de Jaccoud) 40 vol. brochés, prix : 25 fr.3^o Bretonneau et ses correspondants, par le Dr P. Triaire, 2 vol. in-8, br. Etat de neuf, prix : 12 fr.

S'adresser au Secrétaire de la Rédaction de la Gazette Médicale du Centre, Dr L. DUBREUIL-CHAMBARDEL.

NUCLEO FER GIRARD. le plus assimilable des ferrugineux, chaque pilule contient 0,10 de NUCLEINATE de fer pur. Dose, 4 à 6 par jour, au début des repas.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue
Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

BIOPHORINE Kola Glycérophosphatée
granulé de kola, glycérophosphate de chaux, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et 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.

Le Gérant, H. AUBUGEAULT.

Tours, imp. Tourangelle.

ARSYNAL

METHYLARSYNATE
DI-SODIQUE
Chimiquement pur

LEGRAND

PAS D'ODEUR D'AIL,
PAS DE TROUBLES DIGESTIFS,
PAS D'ACTION SUR LE REIN.

GRANULES
GOUTTES
AMPOULES

197, Rue du Faubourg-Saint-Martin, PARIS

**Extrait Pur et Concentré de
MALT MORITZ**

Renferme sous une forme concentrée et active, les principes
DE LA BIÈRE.

Prix 2 fr. 75 ; 1 fr. 90 aux Médecins

Envoi gratuit d'échantillon
sur demande

à la Brasserie MORITZ, 189, r. de Vaugirard Paris.

NEVROSES CONVULSIVES, SPASMODIQUES, DOULOUREUSES, PHOBIES

Névropathies, Névralgies faciales et intercostales, Céphalalgies,
Tics, Epilepsie, Chorée, Insomnies, Douleurs physiques, Crampes musculaires

VALÉRAL PUY

Succédané plus actif des
Valérianates et des Bromures
Odeur et saveur agréables
Tolérance absolue

Dose : Une cuillerée à café contient 1 gr. de Valéral. — 1 à 3 cuillerées à café par jour dans de l'eau

CAPSULES CURATIVES A. PUY

(Enveloppe de Gluten soluble)
Dosées à 0 gr. 20 d'Hypophosphite de Galacol neutre

Contre les affections des voies respiratoires et broncho-pulmonaires, Catarrhes.
Antibacillaires et reconstituantes — Jamais d'hémoptysies

Echantillons, Littérature : P^{ce} PUY, Grenoble. — Dépôt : toutes les bonnes Pharmacies

EMULSION MARCHAIS

Phospho-Créosotée — TUBERCULOSES — BRONCHITES, CATARRHES
'3 à 6 cuil. à café dans du lait,

TOUX
GRIPPE, ASTHME
COQUELUCHE

CENT ANS de SUCCÈS
5 MÉDAILLES AUX EXPOSITIONS
DIPLOME d'HONNEUR, PARIS 1887
324, Rue St-Martin et 3, Rue Soufflot, Paris
4 fr. 60 — TOUTES PHARMACIES.

SIROP
PÉCTORAL INCISIF
DEHARAMBURE