

SOMMAIRE :

	PAGES
La distribution géographique et la nature infectieuse du rachitisme (<i>troisième article</i>).....	Ed. CHAUMIER. 145
La Rougeole chez l'Appendicéteux.....	A. AUDBERT. 147
Congrès!!!	Léon LERICHE. 148
Variations sexuelles de l'Atlas.....	L. DUBREUIL-CHAMBARDEL. 149
Un cas de Polype du Rectum chez un enfant de 26 mois.....	Ed. CHAUMIER. 151
De l'Omentovolvulus.....	Henri MATTRAIS. 152
Un cas de rétroissement congénital de l'iléon chez un nouveau-né.....	M. LE BLAYE. 156
Du Traitement du Faux-Croup.....	J. COUDERT. 157
Nouvelles.....	159

La distribution géographique et la nature infectieuse du rachitisme (*troisième article*).

Par M. le Dr EDMOND CHAUMIER

Décidément, cette question passionne le monde médical. J'ai reçu encore plusieurs lettres à son sujet, et j'en publie deux ici. La première est de M. le professeur agrégé Jeanselme, médecin des hôpitaux de Paris. La voici :

Paris, 5, quai Malaquais,

TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

« Au cours d'un voyage d'études que j'ai fait en Extrême-Orient (1899-1900) malgré des recherches attentives et répétées, je n'ai pu constater l'existence du rachitisme dans l'Indo-Chine française (Cochinchine, Annam, Tonkin, Laos), au Siam, en Birmanie et dans la province chinoise du Yunnan. »

Il y a peu d'apparence que des déformations tant soit peu accusées m'aient échappées, car parmi ces races les enfants des deux sexes vont entièrement nus, jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans.

Dans ces régions, toutes les mères ont du lait. Les nourrissons ne sont pas sevrés, ils se déshabituient graduellement du sein, mais souvent ils têtent encore à l'âge de 3 ou 4 ans, bien qu'ils prennent une autre alimentation.

J'ai même vu des enfants de sept ans quitter leur cigarette et repousser un frère plus jeune pour prendre sa place, par gourmandise, au sein maternel.

Sentiments les plus cordiaux.

« E. JEANSELME. »

Mon ami, M. le Professeur Baumel me permettra d'interpréter la lettre si intéressante de M. Jeanselme en faveur de l'infection. Je sais bien qu'il se récriera qu'elle vient plutôt à l'appui de la théorie qu'il soutient, à savoir que le rachitisme est le résultat de troubles gastro-intestinaux. Mais je me suis déjà expliqué à ce sujet; et je ne retiendrai qu'une chose de la lettre ci-dessus, mais une chose de la plus haute importance, à savoir que le rachitisme est inconnu en Extrême-Orient, dans les pays visités par M. Jeanselme. Ce qui me plaît encore des observations du Professeur agrégé de la Faculté de Paris, c'est que ces observations ont été recueillies dans la rue, comme mes observations de Venise, de Naples et autres villes dont j'ai parlé.

Le rachitisme n'existe pas dans l'Indo-Chine française, au Siam, en Birmanie, au Yunnan; donc il y a des pays à rachitisme et des pays sans rachitisme. Et l'on ne viendra pas me dire qu'il ne peut pas y avoir de rachitisme là où tous les enfants sont élevés au sein; car de ces enfants il doit bien y en avoir qui souffrent d'affections gastro-intestinales et même qui succombent à ces maladies. Les diarrhées infantiles que nous observons en France, sont bien plus fréquentes l'été; et c'est une règle pour tous les pays, puisque aux Etats-Unis et en Angleterre, on connaît cette maladie sous le nom de maladie d'été, *summer disease*. En Extrême-Orient, la chaleur doit également manifester son influence sur le développement de cette infection; et si la théorie qui m'est opposée était vraie on y rencontrerait nombre de rachitiques.

Et puis, — qu'il me soit permis de revenir encore sur cette question — j'ai observé un certain nombre de rachi-

tiques élevés au sein avec tout le soin nécessaire et j'ai vu chez un confrère dont les enfants ont été nourris suivant toutes les règles de l'hygiène, ses deux enfants rachitiques.

Il y a des villes à rachitiques !

J'ai cité Venise, qui surpasse tout ce que j'ai vu; je peux maintenant citer Hambourg, une grande belle ville de 800.000 habitants.

C'est une ville où l'on ne voit pas le soleil tous les jours; la pluie et le brouillard y étant très fréquents.

Mais la ville est propre, d'une propreté réelle. Les débris de la vie ménagère sont enlevés la nuit et brûlés. Le liquide des fosses d'aisances, s'écoule dans les égouts; les matières solides sont emportées au loin par des bateaux et servent à l'agriculture. Le sous-sol est sain, pas humide du tout.

L'administration intelligente de la ville, qui est une petite république dans l'empire allemand, n'hésite pas à démolir les vieux quartiers malsains pour les remplacer par des maisons bâties selon les règles scientifiques de l'hygiène moderne. Les architectes ne pouvant s'écarter des prescriptions imposées par la ville.

Eh bien, en parcourant les rues de Hambourg j'ai vu un nombre considérable de rachitiques; beaucoup moins qu'à Venise, mais énormément. Et ce n'étaient point, comme on pourrait le croire, exclusivement des enfants du peuple, mais des enfants de toutes les classes de la société; et je les trouvais aussi bien dans les grandes et belles rues des quartiers les plus riches que dans les plus pauvres.

M. le Professeur Pfeiffer, médecin de la ville de Hambourg, auquel je dois les renseignements ci-dessus, la considère comme une des villes les mieux tenues au point de vue hygiène. C'est du reste une ville fort riche, qui ne ménage pas l'argent. J'ai visité un des hôpitaux, un des plus vieux, mais qui a été aménagé à nouveau suivant les données scientifiques les plus modernes, rien n'y manque, tout y est même très beau, y compris la salle d'opération où il ne pénètre que de l'air dépourvu de germes.

Voilà les 800.000 habitants de cette ville, placés dans les meilleures conditions hygiéniques. Pourquoi le rachitisme, maladie infectieuse, sévit-il autant parmi eux? Est-ce à cause du biberon très fréquent en Allemagne, comme plusieurs confrères Allemands m'ont assuré? Mais à Hambourg la mortalité infantile est très minime et la diarrhée des jeunes enfants n'y sévit guère, comme me l'a encore affirmé le Professeur Pfeiffer. Pourquoi alors? mais si un des nombreux navires qui encombrant le port de cette ville amenait des gens atteints de peste ou de choléra, est-ce que la maladie, à moins des minutieuses précautions qu'on ne manquerait pas de prendre — est-ce que la maladie ne se répandrait pas dans la population? Est-ce que cette ville si hygiénique ne voit jamais la pneumonie, la bronchite, le coryza, et tant d'autres maladies infectieuses?

Je me suis promené pendant deux heures en voiture à Francfort, une belle grande ville aussi, mais une ville ayant encore un nombre respectable de vieilles rues étroites et de vieux quartiers. J'ai parcouru tous les quartiers, riches et pauvres, les rues larges et étroites, les quais, les promenades publiques; et dans cette visite précipitée et sommaire, j'ai vu six cas de rachitisme, six cas très marqués, et deux cas douteux.

Ce jour-là il faisait très beau, la température était douce

il y avait énormément d'enfants dehors, d'enfants de tous les âges, car c'était l'heure de sortie des écoles, et j'ai vu des régiments d'enfants des deux sexes. Eh bien j'ai remarqué là ce que j'avais vu à Venise. On observe dans la rue des très jeunes enfants rachitiques, on n'en voit pas de plus âgés. Que sont devenus les petits rachitiques ? Ils sont guéris. Ils ont guéris seuls ; le rachitisme n'a pas laissé de traces, ou de traces appréciables. Je voyais bien les jambes des écoliers et des écolières couvertes de bas bien tirés et j'aurais remarqué les déformations s'il y en avait eu.

Le rachitisme guérit donc seul, de lui-même, sans les secours inutiles de l'art médical, comme guérissent les maladies infectieuses. C'est une observation à ajouter à celles déjà signalées par moi.

Les enfants rachitiques que j'ai vus à Francfort étaient pour la plupart des enfants bien habillés, pas des enfants du peuple. Deux portant exactement le même costume, jouaient ensemble, c'étaient assurément deux frères, peut-être deux jumeaux. Je n'insiste pas sur ce fait qui est courant.

Je ferai remarquer — ceci n'a rien que je sache de commun avec la nature infectieuse — que la plupart des rachitiques que j'ai vus en Allemagne ou en Italie, étaient atteints de *genu varum* tandis qu'en France j'observe une grande majorité de *genu valgum*. Je serais heureux si quelque confrère pouvait me donner la cause de cette plus grande fréquence de la déviation du genou en dehors.

Ce que j'ai dit plus haut de la guérison spontanée du rachitisme a été observé par d'autres que par moi. Comme je faisais observer au Dr Pfeiffer, de Weimar, le grand nombre de rachitiques vus par moi à Hambourg, le nombre plus restreint, mais encore considérable, vu à Francfort ; il me dit que le rachitisme était très fréquent en Allemagne, même dans les campagnes, mais qu'il guérissait spontanément.

Il y a des villes dans lesquelles le rachitisme est très rare ! J'ai cité Naples, j'ai cité surtout Constantinople.

Je parlerai aujourd'hui de Palerme. Lorsque j'ai vu Francfort et Hambourg, je venais de voir Palerme. J'ai parcouru les rues de Palerme, une des plus grandes villes d'Italie, pendant deux jours, dont un dimanche (les 6 et 7 septembre). J'ai parcouru les rues étroites et les rues larges, les vieux et les nouveaux quartiers ; les quartiers hygiéniques et ceux qui ne le sont pas du tout.

J'ai vu que les logements populaires, surtout les rez-de-chaussée, étaient en grande partie privés d'air et de lumière ; certains ne sont éclairés que par la porte lorsqu'elle est ouverte et parfois par une toute petite fenêtre. Les troglodites de l'âge de pierre n'étaient pas plus mal logés. La malpropreté proverbiale du peuple à Naples est aussi grande à Palerme. Il y a les mêmes habitudes dans les deux villes. C'est ainsi que si à Naples on rencontre matin et soir des paysans amenant des vaches suivies de leur veau, pour distribuer aux habitants le lait sortant directement de la mamelle (réalisation simple du problème du transport aseptique du lait), si on rencontre d'autres paysans conduisant dans le même but des troupeaux de chèvres, à Palerme soir et matin on

rencontre également les chèvres, les vaches et les veaux. La seule différence c'est que les chèvres de Palerme sont d'une espèce particulière, avec des cornes fort élégantes ; c'est encore que souvent les vaches et les veaux sont attachés à d'élégants chariots ayant, peintes sur les parois extérieures des scènes guerrières, religieuses ou amoureuses encore ; chariots traînés par des ânes aux harnais très ornés et aux sellettes surmontées d'un long appendice empanaché de rouge, et portant fréquemment des images religieuses.

À Naples et à Palerme, il y a la même vie du peuple dans la rue. Dans les petites rues, surtout le dimanche, on s'installe, on y fait la cuisine, on y mange, on y joue aux cartes, on y fait sa toilette. Les femmes s'y peignent ou s'y font peigner : on y fait la guerre à la vermine.

À Palerme comme à Naples, les enfants du peuple sont très peu vêtus ; les enfants complètement nus sont l'exception ; certains ont des chaussures ; d'autres une chemise très ouverte ; tous au moins ont les jambes nues. C'est dire que l'observation est à peu près aussi facile qu'en Extrême-Orient. Eh bien, dans cette ville malpropre, il n'y a pas de rachitiques, ou plutôt, en deux jours, dont un dimanche, j'ai rencontré seulement deux rachitiques.

Je sais bien que si on pouvait examiner tous les jeunes palermitains, on trouverait encore un nombre respectable de rachitiques, mais ce nombre serait infime à côté de celui de Francfort, de Hambourg, et surtout de Venise.

La seconde lettre que je publie est du docteur Félix Regnault, très connu pour ses études sur l'achondroplasie, cette maladie nettement différenciée du rachitisme par Parrot, et si longtemps prise pour du rachitisme intrautérin. Cette lettre n'a pas trait à la distribution géographique du rachitisme, mais seulement à sa nature infectieuse ; c'est une preuve de plus tirée de l'anatomie pathologique que m'apporte mon savant confrère, ce dont je le remercie sincèrement.

Voici sa lettre :

« Mon cher confrère,

« Vous avez reçu plusieurs lettres critiquant la doctrine infectieuse du rachitisme. Permettez-moi de vous signaler un argument en faveur de cette théorie.

« Très généralement les lésions du rachitisme s'étendent à tous les os ; pourtant j'ai remarqué avec étonnement que certaines pièces de nos musées présentaient quelque os des membres qui avait échappé à la maladie et avaient un aspect normal, alors que les autres étaient fortement incurvés.

« Je vous transcris la note que j'ai prise sur le numéro 538, musée Dupuytren, bassin et membres inférieurs d'une femme adulte atteinte de déviations rachitiques. « Le bassin est vicié, le tibia et le péroné droits sont fortement incurvés ; le fémur gauche l'est également. Mais le tibia et le péroné gauche sont rectilignes, bien développés, normaux. Aussi le membre inférieur gauche est-il plus long que le droit de 25 centimètres environ. « Tous ces os appartiennent au même sujet, car les membranes articulaires sont conservées.

« J'ai vu des pièces semblables au musée de Montpellier ; mais, n'ayant pas pris de note à leur sujet, je ne fais que les mentionner.

« Il me semble que si le rachitisme est dû uniquement à une intoxication d'origine digestive, il n'y a pas de

« raison pour qu'un os long, ordinairement atteint comme le tibia, échappe au mal. S'il est dû à une infection, le fait se comprend mieux.

« Le genu valgum, la scoliose des adolescents sont aussi des déformations localisées que beaucoup d'autres attribuent au rachitisme. Mais, en ce cas, il y a contestation, tandis que sur le numéro 538, les lésions rachitiques sont patentes.

« Peut-être réunit-on sous le terme rachitisme des maladies de causes différentes qui présentent des lésions anatomo-pathologiques semblables. En tous cas cette question de l'étiologie du rachitisme me paraît loin d'être élucidée.

FÉLIX REGNAULT. »

La discussion reste, bien entendu, toujours ouverte : mais dès à présent, je crois pouvoir affirmer comme une vérité absolue, ce que j'ai dit en commençant : Il y a des villes à rachitiques très nombreuses ; d'autres avec très peu de rachitiques ; j'ajouterai : il y a des pays où le rachitisme est inconnu. L'infection seule peut donner une explication satisfaisante de tout cela.

La Rougeole chez l'Appendiciteux

Par le D^r A. AUDBERT de Loches

Nous avons eu l'occasion de voir récemment dans notre clientèle un cas de rougeole particulièrement grave, puisqu'elle s'est terminée par la mort, et qui nous a semblé mériter une note spéciale.

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans 1/2, M^{lle} R... Institutrice, seule chargée d'une école mixte de plus de quarante élèves. — Le 30 juillet dernier nous sommes appelé auprès de la malade qui s'était décidée à se plaindre.

J'ouvrirai ici une parenthèse qui n'est pas sans intérêt, malgré toute sa tristesse. — Huit jours avant, mourait sur le même lit la sœur de la malade, de même âge à peu près et dont le bilan pathologique mériterait à lui seul un chapitre spécial ; c'était une jeune phthisique, granulique, dont les premières manifestations morbides avaient été des kystes synoviaux des poignets. Depuis quelques mois, elle présentait le plus beau spécimen de rhumatisme tuberculeux au sens où l'entend l'Ecole de Lyon, forme bien décrite par Poncet, à la fois synovite chronique et polyarthrite chronique déformante. Ces deux malheureuses jeunes filles étaient les seuls enfants subsistant de parents dont la mère seule semble à peu près bien portante, le père étant emphysémateux, maigre et le grand-père ayant été plusieurs fois ponctionné pour ascite (2).

La malade qui fait l'objet de cette observation avait comme antécédents des bronchites emphysémateuses et une crise appendiculaire constatée en notre absence par notre confrère Marnay, de Loches, le 15 mars, et traitée avec un rapide succès par la thérapeutique classique.

Donc le 30 juillet dernier M^{lle} R. se plaignait de : céphalalgie, oppression légère, vomissements, douleur nette

au point de Mac Burney avec réflexe de défense, douleur qui dormait depuis quelques jours, inavouée par cette malade peu pusillanime ; pouls un peu rapide, température autour de 38°5. Constipation habituelle ; pas d'empâtement dans la fosse iliaque, un certain degré de prostration accru par l'acuité du désespoir de la petite sœur soulevée à sa très vive affection. La malade nous confie que depuis un mois, elle n'avait pu prendre qu'une trentaine d'heures de repos effectif.

Le lendemain, après une nuit agitée, température élevée, pouls plus rapide, mais changement surtout des phénomènes algiques. Le point paroxystique douloureux était plutôt dans la fosse iliaque gauche, et le ventre tout entier était légèrement douloureux ; vomissements biliaires répétés. Comme traitement, opium et glace qui amène rapidement, presque instantanément un soulagement et un amendement des phénomènes péritoneaux.

Nous venions de faire licencier l'école de cette institutrice, envahie par la rougeole et la scarlatine, et l'idée nous vint de faire un examen de la gorge qui était d'ailleurs légèrement douloureuse ; nous pûmes faire alors le diagnostic précoce d'une fièvre éruptive qui, vu la forme des pétéchies du voile, l'érythème du bout et des bords de la langue, l'absence de troubles du côté des muqueuses oculaire et conjonctivale, nous incitait à pencher pour la scarlatine.

Le soir même un exanthème très diffus apparaissait, sans netteté topographique sur différentes parties du corps. Les urines contenaient de l'albumine.

Le lendemain 1^{er} août disparition de tout cela, qui nous fit penser à une erreur de diagnostic possible, et pouvant en imposer pour une de ces dermatoses toxémiques dues à des résorptions intestinales chez une surmenée physique et cérébrale ; mais le soir cette rougeole si hésitante levait en plein très confluent et c'est alors que notre confrère et ami le docteur G. Bosc de Tours la vit avec nous, 15 heures environ après notre visite du matin c'est-à-dire en pleine nuit. A ce moment les symptômes péritoneaux étaient suffisamment éteints pour que la malade et son entourage se soient crus autorisés à supprimer la vessie de glace. Le ventre était plus souple et tout semblait vouloir rentrer dans l'ordre avec une température de 37°5. Sans de pareils commémoratifs appelant des réserves sérieuses on pouvait devenir rassurant.

Le D^r Bosc en présence de ce tableau clinique nous rappela si opportunément un article pédiatrique du P^r Hutinel publié par le Journal des praticiens dans le n° du 25 avril 1908, que nous croyons fort à propos de faire ce rapprochement en nous permettant quelques réflexions étiologiques et pratiques.

La grosse différence entre ces deux observations réside en ce que chez la jeune Brésilienne du P^r Hutinel, la scène a été beaucoup plus rapidement dramatique, et que la collection suppurée dont il est question put être évacuée à sa période de localisation. Notre malade resta du 1^{er} au 10 août avec des rémissions rassurantes, semblant terminer là peu près normalement sa rougeole, pourtant toujours accompagnée d'un état de surexcitation nocturne et

Maladies de l'Estomac

Elixir MOSNIER

(Chlorhydro — Cocaino — Peptique — Thébaïque — Chloroformé)

DIGESTIONS PÉNIBLES, BALLONNEMENTS, DILATATIONS, DYSPÉPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES

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

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

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

d'une pyrexie sérieuse. Elle se plaignit à plusieurs reprises de fourmillement dans tous les membres qui tantôt étaient douloureux, tantôt lui donnaient une sensation paralytique.

L'inquiétude subsistait ou plutôt grandissait dans notre esprit avec la crainte de voir se compléter cette similitude des deux malades quand, le 10 au matin M^{lle} R. se plaignit en voulant aller à la selle d'une sensation de gros corps étrangers descendant et remontant dans l'ampoule rectale. Je me décidai aussitôt à pratiquer le toucher digital; et, tout en songeant à la possibilité d'un bol fécal durci par le temps prolongé de croprostase, je découvris ce qui me hantait; *l'abcès du ventre*. Le soir même un chirurgien de Tours confirma le diagnostic et me conseilla l'ouverture *per rectum* pour le lendemain.

La malade passa, paraît-il une nuit affreuse et dès le matin je fis une ouverture sous chloroforme. Mais l'abcès qui, la veille, bombait nettement derrière le corps de la matrice dans le Douglas, n'existait plus: la rapidité de la diffusion nous avait surpris. La laparotomie faite quelques heures plus tard permit d'évacuer une certaine quantité de sérosité louche mais ne put sauver la malade qui mourut dans la nuit du 12 au 13, de toxémie, les conjonctives jaunes, le poulx étant resté pendant 48 heures entre 160 et 180.

Cette lamentable scène laisse évidemment le champ ouvert à nos réflexions sur ce que peuvent être ces accidents, que le professeur Hutinel hésite à qualifier d'*appendicite* et dont il semble faire volontiers des *pseudo-appendicites* des affections morbilleux. Il y a là une incertitude, et pour cause: c'est sans doute l'absence de nécrops pouvant éclairer nos connaissances d'anatomie pathologique. Le titre peut être un peu néologique. « La Rougeole de l'appendiciteux » peut évidemment satisfaire plusieurs opinions, mais toute la question n'est pas là et nous nous contenterons de déclarer que nos préférences tendraient à faire de la gravité particulière de ces accidents une conséquence de la rougeole sur une muqueuse et une séreuse prédisposée et déjà fatiguée.

Nous nous trouvons en présence des hypothèses suivantes:

α) Appendicite ou tuberculeuse ou à infection banale survenue à l'occasion d'un surmenage et d'une infection surajoutée.

β) Rougeole de l'appendice ou appendicite rougeoleuse.

γ) Péritonite d'emblée à l'occasion de l'une ou de l'autre des affections précitées, et à réaction marquée comme appendicite ou péri-appendicite, ou

δ) Pseudo-appendicite

Certes l'infection rubéolique doit être microbienne et l'on peut admettre une localisation quelconque (sur une muqueuse principalement) comme point de départ du processus inflammatoire. La rougeole peut-elle à elle seule créer de toutes pièces l'appendicite ou du moins l'accès appendiculaire, nous ne le pensons pas. Mais puisque, comme le rappelle le professeur Hutinel, le point faible d'un organisme fait un bon appel aux poussées fluxionnaires, nous pouvons penser que le début chez notre malade a été franchement appendiculaire, avec diffusion rapide due, à un genre spécial d'association microbienne encore mal élucidée.

Est-ce bien le cas de dire: Pseudo-appendicite? certes non, et, puisque nous admettons tous la pluralité pathogénique des maladies de l'appendice vermiculaire, nous pouvons aussi entrevoir un jour où nous aurons l'appendicite rubéolique, comme l'appendicite pneumonique etc...

Enfin, nous n'oublions pas, non plus, la proche parenté

bacillaire de notre malade. (1) Quoi qu'il en soit, un point d'une gravité incontestable demande à être tranché par des voix autorisées.

« Lorsque, dit le professeur Hutinel, au début de la rougeole vous constaterez l'existence de symptômes appendiculaires, ne vous pressez pas d'intervenir chirurgicalement..... — Même s'il se forme une collection purulente, tâchez d'en différer l'ouverture pour ne pas opérer un malade en pleine rougeole. » — Faut-il prendre ces paroles pour un axiome? Dans le cas particulier qui nous a si vivement intéressé, ne devons nous pas nous reprocher de n'avoir pas évacué 12 heures plus tôt cette poche infectée qui serait sans doute restée localisée et dont l'évacuation aurait peut-être sauvé la malade comme la jeune Brésilienne des Enfants-Malades? J'ai bien peur que cette thérapeutique expectante ne soit pas toujours de mise.

Nous terminerons cette longue causerie en formulant le principe suivant qui nous paraît au moins empreint de sagesse:

Lorsque, chez un adulte (en raison de la plus grande fréquence de cette affection chez l'adulte) on est appelé à traiter une rougeole, il ne semblera pas superflu de sonder la région appendiculaire ou les commémoratifs de ce côté, en raison des graves réserves qu'on semble en droit de faire en cas de tare préexistante.

Loches, le 26 août 1908.

D^r A. AUDBERT.

Congrès !!!.....

Quand paraîtront ces lignes il y aura eu un Congrès international de la Tuberculose de plus, celui-ci se sera tenu à Washington.

De Candolle, de Jussieu, Linné et quelques autres sont passés à la postérité pour avoir créé des méthodes de classification d'histoire naturelle. Celui qui au XX^e siècle trouvera une bonne classification des Congrès méritera d'avoir son nom à côté des ci-dessus dénommés, car on s'y perd vraiment au milieu de ces congrès régionaux, nationaux, internationaux; congrès de ceci, congrès de cela: bref aujourd'hui il y a un métier celui de « congressiste » qui n'est pas une sinécure pour beaucoup.

Sont-ils au moins d'utilité ces congrès, ces grandes assises de la Science, de la Politique, des Arts et de l'Industrie etc., etc.?

En sort-il au moins du nouveau?

Pour ma part j'ai assisté à quelques-uns; j'y ai écouté des *communications intéressantes*, mais je n'ai jamais remarqué que celles-ci, qui sont d'ailleurs les moins nombreuses, aient été suivies d'un effet quelconque.

Les séances de sections sont entièrement absorbées par les séances générales dans lesquelles comme jadis, autour de la Tour de Babel règne la confusion des langues et encore plus celle des idées; on y émet quelques douzaines de vœux, et chacun se retire de son côté, convaincu qu'il a fait quelque chose d'utile pour l'Humanité.

Je n'y vois pas d'inconvénient et je suis même plein d'admiration pour certains congressistes qui n'ont pas craint de traverser l'océan pour arborer dans le nouveau monde le drapeau de la Médecine française.

Ils auront fait, à leurs frais, pour la plupart, un beau et intéressant voyage, ils auront fait entendre, la note française dans le concert universel, et s'ils ne sont pas écoutés

(1) Il est à regretter que nous ne puissions pas fournir de renseignements dus à une analyse bactériologique.

là-bas, leur voix reviendra ici renforcée par les échos d'Amérique.

Quant à espérer que nos tuberculeux guériront mieux après qu'avant je n'y compte guère. Les Congrès de la Tuberculose, nationaux ou internationaux ; qu'ils se tiennent dans le nouveau ou l'ancien monde, n'ont d'autre but que d'écraser « la Tuberculose » en tant que fléau.

C'est ainsi du reste que toute « le lutte antituberculeuse » est engagée : contre la maladie, contre cette entité polymorphe mais abstraite qu'est la maladie tuberculeuse. Nous nous efforçons de la considérer exclusivement au point de vue général sous prétexte quelle est une maladie sociale.

Et à force d'entendre répéter que les tuberculeux doivent être soignés dès le début pour pouvoir guérir, nous sommes complètement déroutés et désarmés quand nous nous trouvons en présence d'un malade qui est déjà tuberculeux, depuis quelque temps.

Il semble en un mot que toute la *Thérapeutique* de la tuberculose se résume dans la *Prophylaxie* ; et cela, parce que nous avons des idées absolument confuses sur l'Étiologie de la Tuberculose et sur son mode de transmission.

Et je suis certain que ce n'est pas encore le Congrès de Washington qui mettra les choses au point, et on continuera en voyant ces tuberculeux, non à chercher sérieusement comment on pourrait les guérir, mais à se dire : « comment est-ce qu'on pourrait bien faire pour empêcher la Tuberculose de se propager ».

D^r LÉON LERICHE.

Variations sexuelles de l'Atlas (1)

Par le D^r LOUIS DUBREUIL-CHAMBARDEL

Communication faite à la Société d'Anthropologie de Paris

Au cours de recherches étendues que nous poursuivons, à l'École de Médecine de Tours, sur la morphologie des vertèbres cervicales, nous avons pu constater qu'il existait de très notables différences entre l'atlas masculin et l'atlas féminin. Ces variations sexuelles, croyons-nous, n'ont jamais encore été signalées par les auteurs ; étant donnée l'importance toute particulière de cet os, aussi bien en anthropologie qu'en anatomie comparée, nous avons cru qu'il y aurait quelque utilité à le décrire et à présenter les résultats de nos observations à la *Société d'Anthropologie de Paris*.

Nos conclusions sont basées sur l'examen de 45 atlas masculins et de 40 atlas féminins, la plupart disséqués à l'amphithéâtre d'anatomie de l'École de Médecine de Tours. Tous les sujets auxquels ils appartenaient étaient français et, en grande majorité, tourangeaux ; ils étaient tous adultes et de taille moyenne.

Dans son ensemble, l'atlas masculin est plus lourd, plus massif que l'atlas féminin ; les surfaces d'insertions musculaires sont plus rugueuses, les apophyses plus marquées, les arcs osseux plus épais ; sa hauteur est sensiblement plus grande.

(1) Extrait des Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, 1907, p. 399.

Largeur. — La largeur de l'atlas masculin est très notablement plus grande que celle de l'atlas féminin.

La moyenne de 45 atlas masculins a été de 83 millimètres (plus petite largeur : 74 millimètres ; plus grande largeur : 90 millimètres).

La moyenne de 40 atlas féminins a été de 72 millimètres (plus petite largeur : 65 millimètres, plus grande largeur : 76 millimètres).

Il y a donc une différence moyenne de 11 millimètres au profit de l'atlas masculin. C'est un chiffre appréciable.

Distance antéro-postérieure. — La distance antéro-postérieure moyenne a été trouvée chez l'homme de 46^{mm}5 (plus petite distance : 43^{mm} ; plus grande distance : 50^{mm}8) ; et chez la femme de 43^{mm}2 (plus petite distance : 43^{mm} ; plus grande distance : 45^{mm}3).

Il n'y a donc entre les deux sexes qu'une différence de 3 millimètres. Le léger avantage qu'on constate en faveur de l'atlas masculin tient principalement au plus grand développement que présentent le tubercule antérieur, de l'arc antérieur, et le tubercule postérieur, de l'arc postérieur.

Trou vertébral. — Les dimensions du trou vertébral ont été trouvées sensiblement égales dans les deux sexes ; nous avons comme moyenne des deux diamètres antéro-postérieur et transverse :

$$\text{Homme} = 31^{\text{mm}}2 \times 30^{\text{mm}}2.$$

$$\text{Femme} = 30^{\text{mm}}2 \times 29^{\text{mm}}3.$$

Ceci n'est pas pour nous surprendre, car nous savons que la moelle est proportionnellement plus volumineuse chez la femme que chez l'homme, ce qui explique pourquoi, malgré sa taille plus faible, la femme a un canal vertébral presque aussi grand que celui de l'homme.

Distance bi-glénôidienne moyenne. — C'est la distance comprise entre les deux points où une ligne, joignant les extrémités des apophyses transverses, franchit les bords externes des cavités glénôïdes.

C'est là une mesure importante à prendre. Elle permet de juger les dimensions du segment articulaire de l'atlas.

Cette distance est à peu près égale dans l'un et l'autre sexe : 47 millimètres chez l'homme, 45^{mm}5 chez la femme.

Jusqu'ici nous pouvons remarquer que les dimensions du trou vertébral, la distance bi-glénôidienne, la distance antéro-postérieure, ne présentent que peu de différences dans les deux sexes. Une seule mesure diffère singulièrement, c'est la largeur de l'atlas ; mais cette différence ne porte pas sur toute la largeur de l'os et c'est là le point important de cette étude.

Si on mène une ligne joignant les extrémités des apophyses transverses, cette ligne peut être partagée en trois portions : une portion médiane qui est la distance bi-glénôidienne, déterminée plus haut, et qui constitue le segment articulaire de l'os ; et deux portions latérales qui représentent à proprement parler les apophyses transverses et constituent le segment musculaire de l'os.

Nous avons vu que la portion médiane ne variait pas sensiblement dans les deux sexes ; seules les portions latérales varient beaucoup.

IODO-JUGLANS

(Extrait de Noyer iodé)

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

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

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

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

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

Dépot toutes Pharmacies. — Vente de gros : H. MORAND, Pharmacien, AURAY (Morbihan).

Etant données, chez l'homme, la largeur 83 millimètres et la distance bi-glénoïdienne 47 millimètres, chaque portion latérale aura en moyenne 18 millimètres.

Chez la femme, la largeur étant 72 millimètres, et la distance bi-glénoïdienne 46 millimètres, chaque portion latérale aura en moyenne 13 millimètres seulement, soit cinq millimètres de moins que chez l'homme.

Les portions latérales de l'atlas sont donc singulièrement plus développées chez l'homme que chez la femme et présentent des variations caractéristiques.

Le bord externe des cavités glénoïdes est ordinairement, chez l'homme, distant de quelques millimètres du trou transversaire. Parallèlement à ce bord se trouve un sillon, large de 2 millimètres, sur la lèvre externe duquel s'insère la capsule occipito-atloïdienne.

Chez la femme cette distance est très réduite et le bord externe des cavités glénoïdes surplombe en quelque sorte le trou transversaire. Le sillon parallèle est très réduit et généralement effacé à la partie moyenne, où la capsule occipito-atloïdienne s'insère parfois directement sur le bord externe de cavité glénoïde.

La racine antérieure des apophyses transverses s'aplatit sensiblement de haut en bas, chez l'homme; elle présente souvent une crête osseuse oblique de haut en bas et de dedans en dehors, plus marquée en bas qu'en haut, sur laquelle s'insère le muscle petit-droit antérieur. Chez la femme cette racine continue la direction de l'arc antérieur et est, comme ce dernier, aplatie d'arrière en avant.

L'apophyse transverse, chez la femme, est peu développée, sans crête, ni saillies osseuses. Elle est aplatie d'arrière en avant et est ordinairement *monotuberculeuse*.

Chez l'homme cette apophyse prend des dimensions considérables: aplatie de bas en haut et légèrement d'arrière en avant, elle présente à considérer une face antéro-supérieure, rugueuse, où prennent insertion les muscles petit-droit antérieur, droit latéral, petit-oblique et angulaire de l'omoplate; et une face postéro-inférieure, creusée de gouttières pour l'insertion des muscles grand-oblique, splénius, intertransversaires; son bord externe est le plus souvent *bi-tuberculeux*.

En résumé, si on considère dans l'atlas deux portions distinctes: une portion médiane occupée par le trou vertébral et les cavités glénoïdes, et une portion latérale occupée par les apophyses transverses, nous constatons:

Que la portion médiane, qui est destinée à loger la moelle, ne varie pas sensiblement dans l'un et l'autre sexe;

Que la portion latérale, qui est destinée à recevoir des insertions musculaires, est singulièrement plus développée chez l'homme que chez la femme; et que la largeur beaucoup plus grande de l'atlas masculin tient presque uniquement au développement plus considérable des apophyses transverses.

DISCUSSION

M. Marcel Baudouin. — Il y a longtemps déjà qu'il m'est venu à l'idée d'appeler l'Atlas la *vertèbre sexuelle* par excellence, de même que je dénomme l'axis la *vertèbre préhistorique* par excellence.

Mais ne parlons aujourd'hui que de l'Atlas, qui, d'ailleurs est aussi une vertèbre « préhistorique »; ce qui, dans mon esprit, correspond à ce fait qu'elle se *conserve*, presque aussi bien que l'axis, dans les sépultures, parce qu'elle est en tissu compact et ne possède *pas de corps vertébral*. Les autres vertèbres se détruisent plus facilement.

J'ai eu l'attention attirée sur les caractères sexuels possibles de l'atlas pour plusieurs raisons:

1° La première est qu'elle correspond au *crâne* par les condyles de l'*occipital*, et que l'*occipital féminin*, comme le crâne entier des femmes, a des caractères qui, théoriquement, devaient réagir sur l'atlas;

2° La seconde est sa *mobilité* et sa valeur comme point de rotation, en relation avec les muscles profonds de la nuque, qui varient chez l'homme et chez la femme;

3° Diverses remarques (1), sur lesquelles je n'ai pas à insister ici, faites au cours de recherches sur les *luxations traumatiques* de l'atlas et de l'axis, à propos d'un travail publié antérieurement (2).

Il est certain que les remarques de notre collègue, appuyées par les justes réflexions de M. Manouvrier, sont très importantes au point de vue de la *préhistoire* et de la *médecine légale*. Désormais, en effet, on pourra diagnostiquer le sexe d'un *atlas* (et partant celui du sujet porteur, à défaut de *crâne* intact): ce qui est un point très intéressant, et ce qui rendra de très réels services.

M. Manouvrier. — L'objection qui vient d'être faite à M. Dubreuil-Chambardel pourrait être valable s'il s'agissait de rechercher sur des différences ethniques. Mais elle doit être écartée dans le cas dont il s'agit et je considère les séries étudiées comme largement suffisantes et même comme surabondamment fortes pour assurer la validité des faits énoncés par notre collègue.

Il s'agit en effet de différences sexuelles très marquées et dont j'ai donné par avance et bien avant qu'elles fussent mesurées l'interprétation, car elle est semblable à celle des différences sexuelles du crâne. Je puis même prédire avec certitude que les différences sexuelles qui viennent très d'être utilement et très bien décrites par M. Dubreuil-Chambardel pourront être trouvées entre deux séries d'individus masculins, les uns de grande et forte stature, les autres de petite et faible stature. Car ces différences sexuelles sont directement liées au développement des centres nerveux comparé à celui du système musculaire. Ce sont des différences morphologiques liées, autrement dit, aux différences de taille dans une même race, comme du reste la plupart des différences sexuelles du crâne. On les retrouvera (c'est encore une prédiction possible) si l'on compare une série d'atlas de Polynésiens gigantesques et une série de Négritos ou mieux encore de Pygmées. Si les différences sexuelles sont particulièrement saillantes, c'est à cause de l'énorme différence sexuelle des systèmes osseux et musculaire.

Sans avoir jamais étudié l'atlas comparativement dans les deux sexes, j'ai cependant appliqué à la moelle et au

(1) En effet, j'ai constaté que les *luxations traumatiques*, pour ces vertèbres, sont très notablement plus fréquentes chez les hommes, que pour les autres *luxations traumatiques* en général, surtout en ce qui concerne certaines variétés de luxations.

Et, précisément, dans le récent mémoire de E.-M. Comer (*Annals of Surgery*, 1907, janvier n° 1, p. 9), il y a 2 femmes seulement pour 18 hommes, sur 20 cas de *Dislocation rotatoire de l'Atlas*, luxation la plus simple et la moins « traumatique », si on peut ainsi parler! — Or, cela fait 10 0/0 pour les femmes: proportion *trop minime*, à notre avis, étant donné que, dans cette luxation, le *travail vrai* intervient assez peu souvent.

Donc, il devait y avoir une autre cause agissant ici, une cause prédisposante spéciale d'ordre anatomique; nous avions cru la trouver dans une intervention, d'ordre anatomique, *sexuelle* elle-même: ce que semblent appuyer les caractères indiqués aujourd'hui pour l'atlas des femmes.

(2) M. Marcel Baudouin. — *Un cas de luxation simple de l'atlas sur l'axis en avant chez un homme de l'époque mégalithique*. — *Revue de Chirurgie*, Paris 1905, n° 6, 10 juin, XXV, 685-710, 5 fig. — Tiré à part, Paris, F. Alcan, 1906, in-8.

rachis considérés dans leur ensemble mon interprétation générale des différences sexuelles du crâne.

Dans un mémoire publié en 1902 (1) (chap. XVI) après avoir expliqué les variations de la longueur de la moelle par rapport à la longueur du canal rachidien et du rachis et comparé ces variations suivant le sexe, l'âge et la taille à celles de l'écartement des deux tables des os de la voûte du crâne, je m'exprimai ainsi au sujet des différences non encore décrites alors et qui viennent de l'être par M. Dubreuil-Chambardel : « Les apophyses et la grosseur des vertèbres présentent naturellement, dans leur rapport avec la longueur de la moelle et avec la largeur du canal vertébral, la même corrélation. » (P. 158 et 159.)

L'atlas, comme les autres vertèbres cervicales, est assimilable, à ce point de vue, à une section du crâne en totalité, soit antéro-postérieure soit transversale au niveau des apophyses mastoïdes ou des arcades zygomatiques, soit sagittale quelconque. Dans une telle section, l'on verrait la surface vide, représentant le cerveau varier suivant le

(1) L. Manouvrier. — Sur les rapports anthropométriques en général et sur les principales proportions du corps (*Mémoires de la Soc. d'Anthro. de Paris*, 3^e série, t. II, fasc. 3).

sexe, l'âge et la taille par rapport à la surface de section des os représentant le développement osseux et musculaire. On verrait des différences morphologiquement de même ordre que celles décrites sur l'atlas par M. D.-Chambardel.

Un Cas de Polype du Rectum chez un enfant de 26 mois

Par le Dr EDMOND CHAUMIER

17 novembre. — Maurice a eu 2 ans en septembre ; élevé au sein et au biberon. Souvent la diarrhée. Il a eu une angine, de l'impetigo un abcès au front à la suite d'une chute, pendant l'impetigo enfin un érysipèle qui a commencé au niveau de l'abcès et a gagné toute la figure.

Actuellement il a la diarrhée et la mère dit que le fondement lui sort gros comme une petite noix. Il rend du sang.

24. — L'enfant a eu deux selles ce matin, trois hier ; 4 ou 5 avant-hier.

La mère dit que ce qui sort, lorsqu'il fait des efforts, est

FOURNISSEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Le plus puissant antiseptique ni toxique, ni caustique. Essence végétale pure	PROSTATITES URÉTRITES CYSTITES		Le plus actif modificateur du terrain malade (Dujardin-Beaumetz). Antispasmodique et désodorisant
	GOMENOL	GOMENOL	
	Ovules glycérine et huile gomenolée	Instillations huile gomenolée Capsules	
	LEUCORRÉE SALPINGITES MÉTRITES CHRONIQUES		
	DANS TOUTES LES PHARMACIES Littérature et vente en gros		
	PREVET, 48, Rue des Petites-Écuries, PARIS (10 ^e)		

LE COURRIER de la PRESSE

BUREAU de COUPURES de JOURNAUX

Français et Étrangers

Fondé en 1889

21, Boulevard Montmartre, PARIS 2^e

Gallois & Demogeot

Adresse Télégr. : COUPURES PARIS

TÉLÉPHONE 401.59

Le Courrier de la Presse :

Reçoit, lit et découpe tous les Journaux et Revues et en fournit les extraits sur tous sujets et personnalités.

Service spécial à Informations pratiques pour Industriels et Commerçants.

TABIF : 0 fr. 30 par coupure

Tarif réduit, paiement d'avance, sans période de temps limité.

Par 100 Coupures, 25 francs

» 250 » 55 »

» 500 » 105 »

» 1000 » 209 »

On traite à forfait pour 3, 6 mois, un an

JUGLANDINE FERROUILLAT

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

LYMPHATISME, ANÉMIE, TUBERCULOSE

1^o Absorption facile et agréable sans crainte de constipation ;

2^o Éléments toniques, reconstituants, dépuratifs et antineurasthéniques, très assimilables ;

3^o Appétit et toutes les fonctions organiques heureusement stimulées ;

4^o Liquide léger, d'un goût exquis, sans alcool ; elle a cet avantage de pouvoir être prescrite aux estomacs faibles délicats ou épuisés, chez l'enfant comme chez l'adulte ou le vieillard ;

5^o Sa combinaison spéciale des éléments du Noyer avec les Amers francs, l'Iode, le Fer lacté et le Glycérophosphate de chaux, en assurant une action tonique, progressive et mitigée du médicament, ne donne jamais d'iodisme, si fréquent avec les préparations iodées, et le fait, au contraire, toujours disparaître, s'il existait auparavant.

D'où supériorité incontestable et parfaitement démontrée après expérimentation.

Prix : 5 francs

DÉPOT GÉNÉRAL :

PHARMACIE du CHATELET, 35, r. Rivoli, PARIS

Doux Médailles d'or et un Diplôme de Grand Prix

Les SOURCES ECONOMIQUES

Aix-les-Bains, Châtel-Guyon, Contrexéville

Couzan, Evian, Vals, Vichy, Vittel, etc., etc.

0.30 centimes

LE LITRE



0.30 centimes

LE LITRE

FRANCO domicile, TOURS

en siphon-bonbonne de 30 litres

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

Pharmacie GOURDIN, 13, Rue Nationale

TÉLÉPHONE 2 35

gros comme le bout du doigt, dur, rouge et saignant: cela se montre chaque fois qu'il va à la selle.

La mère accroupit l'enfant qui fait des efforts pour aller; on voit alors une petite tumeur rouge, grosse comme le bout du doigt, dure. Il ne s'agit pas d'une chute du rectum, mais d'une petite tumeur. En introduisant le doigt à côté, on sent un pédicule d'abord petit, puis assez important, s'élevant assez haut dans le rectum en arrière. Je fais rentrer le polype assez facilement.

Le 1^{er} décembre. — La mère met l'enfant en position accroupie et le polype sort dès qu'il fait des efforts. Je saisis la tumeur avec une pince et je coupe le pédicule au thermocautère.

L'enfant est resté guéri.

De l'Omentovolvulus (1)

Par le Docteur HENRI MATTRAIS (de Chinon)

SYMPTÔMES

Pour l'étude clinique de l'omentovolvulus, nous dégagerons des chapitres précédents deux grandes formes de torsion déjà distinguées par Vignard, et mieux par Lapeyre.

1^{re} FORME HERNIAIRE, prise presque toujours pour une épiploécèle étranglée.

2^{re} FORME ABDOMINALE OU MIEUX APPENDICULAIRE, car elle simule l'appendicite avec laquelle on l'a souvent confondue.

Nous préférons cette division à celle donnée par Lejars, à savoir :

1^{re} Torsion épiploïque combinée à une hernie irréductible.

2^{re} Torsion épiploïque combinée à une hernie vide.

FORME HERNIAIRE. — *Début.* — Dans les observations des cas de cette forme, il est à remarquer l'existence d'accidents antérieurs plus ou moins atténués. Riedel a particulièrement insisté sur ce point. Il cite trois cas où la crise terminale de torsion complète serrée, avait été précédée à un mois, trois mois et dix-huit mois auparavant d'une crise initiale caractérisée par un malaise général, par des douleurs et des vomissements de courte durée, laissant après elle une certaine sensibilité et pesanteur de la région inguinale. « Comme pour les pédicules ovariens, pour les fibromes utérins ou pour la rate, dit Lejars, il y a là, aussi, des torsions incomplètes, chroniques, successives par étapes. »

Les accidents nous révèlent ainsi la marche progressive de la torsion. « La 6^e crise, dit Malherbe dans son observation, celle qui a décidé le malade à réclamer des secours à l'hôpital, semble avoir été plus vive que les précédentes et un peu différente dans sa modalité. »

Le malade de Lapeyre éprouve depuis quelques mois des coliques fréquentes, des douleurs vagues du côté de sa hernie. Dans l'observation IV, à la suite de quelques fatigues, notre malade ressent lui aussi des douleurs, la torsion est cependant bien faible (1/4 de tour), il est vrai que le testicule en utopie augmente la compression du pédicule encore mal formé.

Ces symptômes de début peuvent-ils être considérés comme caractéristiques de la torsion ?

L'épiploite herniaire se manifeste souvent par des accidents analogues et ce ne sera guère qu'à la période d'état qu'il nous sera possible de faire une distinction.

Etat. — La douleur, que l'on retrouve dans tous les cas d'omentovolvulus, est le symptôme qui domine la scène.

Elle est vive d'emblée, comparable à des coups d'épingles avec quelques périodes de rémission, mais reprend bien vite et oblige le malade à s'aliter, chaque mouvement, en effet, devient très douloureux, et le soulagement n'apparaît que dans un repos complet (observ. de Wiener) : (Vignard), « la douleur apparaît dans l'après-midi, se calme pendant la nuit pour réapparaître plus violente le jour suivant » ; (Malherbe) : « les douleurs persistent très intenses pendant cinq à six heures, elles laissent alors quelque répit au malade qui peut s'endormir vers une heure du matin ».

La marche de la douleur peut aussi être continue et croissante, sans aucune période d'accalmie, ce qui est rare, et nécessiter une intervention plus rapide.

Son siège n'est pas purement herniaire, sans doute aux premiers instants, c'est dans la hernie qu'elle s'est localisée, mais bientôt si on fait un examen direct du ventre, ce siège est plus haut dans la région inguinale profonde, la douleur s'irradie dans la fosse iliaque droite (cas de Oberst, Demons, Bayer, Lucas-Championnière, Potherat, Sourligoux et Deschamps, Moreno, Vignard).

Jamais, dans la torsion épiploïque, l'arrêt des gaz et des matières n'est complet. C'est là un signe très important à connaître, car il nous permet jusqu'à un certain point de distinguer la torsion de l'étranglement herniaire, dans lequel cet arrêt peut être complet.

Les nausées et les vomissements ont presque toujours été notés. Les seconds ont été particulièrement abondants dans certains cas, de Peck, Hochenegg, Lucas-Championnière, Malherbe.

La constipation est fréquente.

Les signes généraux sont très variables et sont en rapport avec la durée de la crise.

Le facies est peu altéré. La température est élevée dans quelques observations : Monod-Baracz, Hochenegg, Lejars, Vignard. Elle varie entre 38° et 39°.

Le pouls est accéléré et petit dans les cas graves.

Signes physiques. — Ce sont d'abord des signes d'épiploécèle : hernie douloureuse au toucher, volumineuse, mate et irréductible. Si on a le soin de bien explorer toute la région inguinale, on sent au palper une « corde épiploïque », continuation nette « de la tumeur dans l'abdomen, ou prolongation dans le ventre d'une tuméfaction diffuse, d'un empatement localisé ». Oberst sentait une tumeur inguinale « se prolongeant dans l'abdomen par un cordon mince, mobile, non réductible ». Monod constatait « profondément, dans la fosse iliaque droite, un cordon, qui paraît se continuer avec la masse inguino-scrotale, et qui ne peut être que l'épiploon ». Avec Baracz, c'était « un cordon dur très perceptible au niveau du canal inguinal dont il suit la direction » et qui partait du testicule gauche. Potherat trouvait « une hernie inguinale épiploïque, avec au-dessus de l'arcade crurale une masse volumineuse ».

Dans le cas de Lucas-Championnière, c'était « une masse irréductible dure et douloureuse se continuant très manifestement avec une masse intra-abdominale, de dureté analogue, qui s'étalait au-dessus du pli de l'aîne et remontait jusqu'à l'ombilic ». Enfin, Vignard remarquait « une tumeur dure, allongée, bosselée, étendue du

(1) Le docteur Henri Mattrais, de Chinon, vient de consacrer sa thèse de doctorat à l'étude de cette importante question. C'est là une revue critique très intéressante et très complète, qui fixe bien les diverses modalités de cette affection rare, mais à laquelle le chirurgien devra toujours penser dans les cas de désordres abdominaux. Nous extrayons de ce travail les pages relatives aux symptômes de l'omentovolvulus et au diagnostic, ainsi que les observations personnelles de l'auteur.

rebord costal jusqu'à la bourse droite et dont l'extrémité effilée s'enfonçait dans le canal jusqu'au testicule. »

La division de Vignard en *forme lente* (torsion insoupçonnée, et que des accidents peuvent venir brusquer) et en *forme aiguë* (à apparition soudaine) pourrait s'appliquer la première à notre torsion herniaire et la seconde à la torsion appendiculaire ; pour celle-ci, comme nous le verrons, les symptômes du début sont, en effet, moins nets et passent souvent inaperçus.

FORME APPENDICULAIRE. — Début. — Les symptômes du début sont moins nets que dans la forme précédente ; les crises douloureuses, aiguës, passagères, sont souvent confondues avec des crises appendiculaires. La crise elle-même, cependant, ne ressemble pas à l'appendicite, « En portant le diagnostic d'appendicite, dit Lejars, on garde presque toujours une arrière-pensée : appendicite ; oui, cela y ressemble bien, mais appendicite un peu étrange d'allure, avec une tumeur exceptionnellement grosse et développée tout de suite, avec un abcès considérable, semblable-t-il, et pourtant très peu douloureuse, sans localisation franche, sans réactions abdominales accusées, avec une fièvre légère et fugace, avec un état général très peu atteint et de plus combinée à cette hernie épiploïque irréductible, qui précisément l'est devenue au moment des accidents. »

Ainsi Lejars nous montre bien la disproportion qu'il y a entre cette énorme et immédiate tuméfaction et les phénomènes généraux très peu marqués.

La douleur ne débute pas aussi brusquement que dans l'appendicite, ce n'est pas le « coup de pistolet », de plus son siège n'est pas localisé. Dans l'observation de Malherbe, le maximum se trouve dans la forme iliaque droite, au point de Mac Burney. Cette précision est rare et le plus généralement, comme l'a décrit Vignard dans son observation, la douleur se promène, « elle se montre d'abord dans le côté droit de l'abdomen, simulant l'appendicite ; quelques jours plus tard, le maximum se trouve dans la bourse droite, faisant songer à une orchite. A l'examen, la douleur disparue des régions scrotale et appendiculaire se localise presque immédiatement au-dessus du rebord costal droit, là où nous avons trouvé la torsion maxima ».

Le siège est à droite dans la plupart des observations de cette forme (Monod, Baracz, Hochenegg, Wiener, Lejars, Vignard, Malherbe, Lapeyre).

Quant aux autres symptômes : nausées, vomissements, arrêt des gaz et des matières, ils sont plus rares.

Tuffier les avait notés et avait pensé à une obstruction intestinale ; on les retrouve peu accentués dans les cas de Hochenegg, Lejars.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'omentovolvulus n'est pas facile.

Aux deux grandes formes que nous avons étudiées peut correspondre des erreurs de diagnostic. Pour la *forme herniaire*, il faudra éviter l'épiplocèle étranglée ; pour la *forme appendiculaire*, l'appendicite et quelquefois l'occlusion.

Lapeyre, dans un cas aigu, grave, sans hernie apparente, disait : « Je faisais le diagnostic appendicite, faute de mieux, comme diagnostic de probabilité. J'ai opéré, surtout parce que j'avais des doutes sur une occlusion possible. Et rappelant encore que M. Tuffier a une fois, en pareil cas, cru à une occlusion, je dirai que l'impression, cette impression si importante dans les affections abdominales, fait hésiter entre appendicite et occlusion ».

Dans la forme purement herniaire, c'est-à-dire sans aucun prolongement intra-abdominal, nous avons vu

qu'il n'existait aucun signe particulier à la torsion. Il y a bien les petits accidents antérieurs, l'absence de phénomène complet d'occlusion, mais ces symptômes ne sont pas suffisants, et le diagnostic d'épiplocèle étranglée est la règle, la torsion n'est plus qu'une trouvaille de l'opération.

Quand la tumeur herniaire envoie un prolongement intra-abdominal, peut-on considérer ce signe comme caractéristique ? Vignard attachait beaucoup d'importance à ce point. « Tous les symptômes sont contingents et banals, un seul d'entre eux peut avoir une très réelle valeur, c'est la présence de la *corde épiploïque*. Celle-ci existe au niveau du canal inguinal et peut se prolonger plus ou moins haut dans la cavité abdominale. Mais l'existence d'une tumeur intra-abdominale, légèrement douloureuse, peut être interprétée différemment. D'abord, ce signe peut faire défaut, soit par modification de l'épiploon, soit par la tension des parois. De plus, les accidents inflammatoires d'épiploite intra-herniaire peuvent se propager à l'abdomen. »

Malgré cela, l'examen du trajet inguinal droit doit rester un point très important pour éclaircir le diagnostic, surtout dans un cas de forme appendiculaire chez un hernieux.

« En effet, dit Lapeyre, si au cas de hernie irréductible et douloureuse, la continuité des tumeurs abdominale et herniaire est encore assez facile à reconnaître, il est des cas où la hernie paraît vide et où ce n'est qu'en palpant profondément, en enfonçant le doigt dans le trajet inguinal, qu'on sentira profondément la tuméfaction douloureuse. »

Le diagnostic d'appendicite en cas de torsion abdominale, nous semble plus facile à éviter. Nous avons vu, dans l'étude des symptômes, la différence qui existait entre la tumeur appendiculaire et la tuméfaction abdominale. Celle-ci se caractérise par son apparition jusqu'à l'ombilic en haut et en bas, dans la région inguinale profonde, derrière l'arcade de Fallope.

Smythe, Lejars, Lapeyre ont déclaré que devant de tels cas, ils ne posèrent le diagnostic appendicite qu'en faisant certaines réserves.

Lapeyre prétend que la tuméfaction abdominale « laisse libre d'habitude la partie externe de la fosse iliaque et peut parfois en être délimitée, déplacée latéralement ».

Le symptôme le plus important et qui nous permettra d'établir avec plus de sûreté le diagnostic de torsion, c'est la présence d'une « *hernie indicatrice* », selon le mot de Lejars.

Deux cas peuvent se présenter :

a) *Hernie volumineuse, irréductible, douloureuse.*

Vignard, dans un cas semblable, posait le diagnostic d'appendicite herniaire. Cette erreur peut être évitée en constatant l'étendue de la tuméfaction et la rapidité de son développement.

Lucas-Championnière et Mauban observent que « la tumeur inguinale droite, très dure, se continuait dans le ventre et dans la direction du canal ».

b) *Hernie vide.*

Ici le diagnostic est toujours difficile. On peut penser, en effet, à une tumeur spontanée. Il n'y a que l'interrogatoire qui nous mette sur la voie d'une hernie qui aurait pu passer inaperçue.

Mais si cette hernie est vide, elle ne nous renseigne que fort peu et on devra procéder avec attention à une exploration profonde de cette région.

Smythe nous fait un tableau de cette exploration particulière. Depuis dix ans, un de ses malades qu'il opéra,

était atteint d'une hernie inguinale gauche, réduite deux fois avec difficulté, mais qui ne « sortait » plus. Brusquement il présente des douleurs abdominales du côté droit, accompagnées de nausées et de température. L'examen « révélait une certaine résistance musculaire de la paroi abdominale, surtout marquée à droite de la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic ; une volumineuse tumeur était facilement délimitée à travers la paroi épaisse, et l'on notait que la palpation se laissait pratiquer de façon beaucoup plus satisfaisante qu'il n'arrive habituellement dans une attaque aiguë d'appendicite », la laparotomie fit découvrir une tumeur épiploïque avec un pédicule tordu six fois.

Cette exploration seule nous permettra de savoir s'il existe des connexions entre la hernie et la tumeur intra-abdominale, d'en connaître leurs principaux caractères, leurs limites et nous aidera ainsi à poser le diagnostic.

TRAITEMENT

Intervention chirurgicale rapide et ablation de la tumeur, tel est le seul traitement de l'omentovolvulus.

La précision du diagnostic acquiert ainsi une très grosse importance. Si l'épiplocèle étranglée exige elle aussi une intervention rapide, il n'en est plus de même de l'appendicite, dont le diagnostic est très souvent posé par erreur dans les cas de torsion abdominale.

L'appendicite peut, en effet, admettre un traitement médical et chirurgical. Le premier, appliqué d'abord, immobilise et le malade et l'intestin, dans le but de refroidir les lésions péritonéales avant d'intervenir dans un cas aigu, qui justement ressemblera le plus à un cas d'omentovolvulus. Nous devons donc admettre le principe suivant énoncé par Lapeyre :

« Ne s'abstenir que devant une appendicite évidente, intervenir toujours et quand même d'urgence, quand le diagnostic appendicite n'est qu'une probabilité. La règle d'exception doit alors céder le pas devant la règle générale. »

L'intervention sera différente suivant la forme de l'omentovolvulus.

Dans la forme herniaire, le traitement est la « hernio-laparotomie ». Mais il ne faut pas oublier que le pédicule tordu étant, près du collet, au-dessus ou au-dessous, nous pouvons avoir une seconde torsion intra-abdominale, sans colique le plus souvent.

Von Eiselsberg opéra un malade qui mourut 36 heures après ; à l'autopsie, on remarqua que la portion inférieure, tordue, avait été réséquée et que l'épiploon, resté dans l'abdomen, était lui aussi tordu trois fois.

Moresco sectionna le pédicule aminci d'une tumeur épiploïque intra-herniaire. Cure radicale. Le malade meurt le lendemain et à l'autopsie on trouve dans le ventre une grosse masse épiploïque à pédicule sous colique, tordu trois fois et en voie de sphacèle.

Ces cas nous prouvent donc que les recherches doivent être complètes et que, pour cela, il faudra continuer en haut et l'incision, s'il est nécessaire et l'examen, jusqu'à la découverte des parties saines de l'épiploon.

Forme appendiculaire. — Incision de Jalaguiet.

Faire une hémostase minutieuse ; détacher avec soin les adhérences qui auraient pu se faire avec les parties voisines. Examiner l'appendice que l'on a sous la main et le réséquer au besoin.

La tumeur épiploïque sera enlevée.

On ne peut guère parler de la simple détorsion de la tumeur comme traitement. C'est un procédé qu'ont essayé Walther et Sonnenburg, mais de courte durée, car ils l'ont fait suivre immédiatement d'une résection de la masse. On comprend que ce serait une grande faute, de laisser un épiploon soi-disant détordu.

Nous avons vu, en effet, dans notre effet pathogénique, que la torsion tend toujours à se refaire parce qu'elle est le résultat d'un travail lent et progressif.

Le traitement sûr, c'est la résection de l'épiploon tordu. La section devra être faite en plein tissu sain, au-dessus du pédicule, après ligature au catgut.

Libérer le bout inférieur avec précaution.

Fermeture de la paroi.

OBSERVATION I. — Personnelle (1)

Forme Herniaire

Hernie inguinale épiploïque droite irréductible. — Omentovolvulus intra-abdominal. — Laparotomie inguinale. — Guérison.

Albert F..., homme d'équipe au P.-O., âgé de 40 ans, est porteur d'une hernie inguinale droite depuis six ans environ ; depuis quelque temps elle n'est qu'incomplètement réductible. F... éprouve depuis plusieurs mois des coliques fréquentes, des douleurs vagues au côté de sa hernie, il digère mal, a beaucoup maigri. Cependant il n'a jamais cessé de travailler. (Fig. 1.)

Brusquement, le 29 avril, en soulevant un colis, il est pris de coliques très violentes dans la fosse iliaque droite ; il rentre péniblement chez lui ; essaie de réduire sa hernie. Cependant les douleurs augmentent, les nausées apparaissent. Appelé le jour même, je trouve une épiplocèle irréductible et douloureuse à la palpation, de la douleur dans le ventre, une tuméfaction paraissant se prolonger dans la région inguinale profonde. Je diagnostique épiplocèle étranglée et opère le lendemain matin.

Le sac ouvert, l'épiploon apparaît adhérent, par endroits violacé, noirâtre par place et comme en voie de sphacèle. Des veines énormes sillonnent la masse, mais il n'existe pas d'anneau d'étranglement ; les portions d'épiploon sus-jacentes au trajet inguinal sont également malades. Je prolonge donc l'incision en haut sur le ventre, et finis par tomber sur une portion rétrécie du volume du ponce où l'épiploon est tordu trois fois sur lui-même de gauche à droite. Epiploon au-dessus manifestement sain. La torsion est à une certaine distance de l'insertion colique. Je lie le pédicule (deux fils de catgut) et résèque la masse qui pèse 220 grammes.

Suites. — Simple guérison avec persistance de quelques troubles gastriques.

OBSERVATION II. — Personnelle (2)

Forme Appendiculaire

Torsion intra-abdominale du grand épiploon, prise pour une appendicite. — Incision de Jalaguiet, le troisième jour. — Mort 54 heures après de péritonite septique.

M. X..., quarante-quatre ans, marchand d'engrais à Saint-Aignan, se rend pour ses affaires à Blois, le 4 août.

(1) Communiquée par M. le Docteur LAPEYRE à la Société de Chirurgie, 1907.

(2) Communiquée par M. le Docteur LAPEYRE, à la Société de Chirurgie, 1907.

Vers trois heures après-midi, après avoir soulevé de lourds sacs, il est pris brusquement d'une douleur en coup de poignard. Il rentre à Saint-Aignan en chemin de fer.

Le D^r Ratier, appelé, hésite entre une appendicite ou une occlusion : douleur aiguë, maxima vers la région abdominale droite.

Constipation absolue. Vomissements porracés. Pouls à 110. Pas de température mais faciès péritonéal très mauvais. Le malade arrive à Tours, à Saint-Gatien, en pleine nuit.

Son état est lamentable. Les douleurs sont atroces, lui arrachent des cris. Les vomissements sont incessants, le pouls à 130. L'examen du ventre, peu facile, révèle une prédominance droite de la douleur et un empatement diffus de tout le côté droit, étendu de l'arcade crurale aux fausses côtes. Il n'existe pas de hernie apparente ; mais le malade interrogé, raconte avoir depuis vingt ans une hernie inguinale droite, pour laquelle il a cessé de porter un bandage depuis trois ou quatre ans, la hernie ne sortant plus. Il attribue l'accident aux efforts faits pour charger ses sacs d'engrais en les appuyant sur son ventre.

Le malade qui vient de subir un voyage de trois heures est dans un état tellement grave que je ne puis penser à intervenir immédiatement. Je crois du reste à une péritonite diffuse de cause appendiculaire. (Fig. 2.)

Traitement : glace, diète absolue, morphine, injection de sérum.

Le lendemain matin, 5 août, l'état est meilleur, la douleur est très calmée, plus de vomissements. Ballonnement du ventre modéré. La sensibilité à la pression est très vive dans tout le flanc droit ; le maximum n'est pas au point de Mac Burney ; il est en haut et en dedans vers l'ombilic.

L'empatement de tout le flanc droit est plus nettement perceptible ; la région inguinale profonde est douloureuse.

Trompé par la rémission des symptômes qui dure toute la journée, je temporise.

Le soir, température : 38,5 ; dans la nuit, nouvelle crise douloureuse, moins vive cependant que la première.

Le 6 au matin, le faciès est redevenu très mauvais, deux ou trois vomissements bilieux sont reparus. Etat local stationnaire. Inquiet de la tournure des événements, doutant du diagnostic d'appendicite, je me décide à intervenir.

Opération. — Incision de Jalaguier. Je tombe immédiatement sur un épiploon très épais, énorme, infiltré de sang, de coloration rouge noirâtre, parsemé de nombreux et volumineux ganglions eux-mêmes gorgés de sang.

Il existe des parties scléreuses, dures, de véritables cordes ; en d'autres points, d'énormes lacis vaineux.

L'épiploon plonge par sa partie inférieure dans le sac herniaire avec lequel il a contracté des adhérences multiples. Je le dégage ; puis, prolongeant en haut mon incision, je tombe sur un pédicule long de 4 à 5 centimètres, de la grosseur du petit doigt, tordu trois ou quatre fois sur lui-même de gauche à droite, ayant l'aspect d'une corde. (Fig. 3.)

Je le lie et enlève en masse tout l'épiploon qui pèse 460 gr. Il existe de la péritonite diffuse avec vascularisation et distension des anses intestinales. Cœcum et appendice parfaitement sains. Drainages et sutures.

Après une période d'amélioration très grande de 36 heures, brusquement l'état s'aggrave. Mort par péritonite septique, en pleine connaissance, 54 heures après l'opération.

OBSERVATION III. — Personnelle (inédite)

Forme Herniaire

Vieille hernie inguinale épiploïque gauche irréductible. — Torsion dans le canal inguinal. — Laparatomie inguinale. — Guérison.

Il s'agit d'un homme, âgé de cinquante ans, habitant Saint-Paterne, porteur d'une vieille hernie inguinale gauche, difficilement réductible. Depuis longtemps il ressent quelques douleurs vagues du côté gauche.

Il est envoyé à l'hôpital de Tours pour une épiplocèle irréductible, après une crise de pseudo-étranglement, c'est-à-dire après l'apparition de coliques très douloureuses, avec quelques vomissements, mais sans que le cours des matières et des gaz soit arrêté complètement.

Ces accidents s'étaient déjà produit avec moins de violence, dans le courant de l'année précédente. Deux fois notre malade fut obligé de cesser son travail et de se reposer pendant quelques jours. Mais pendant ces deux crises il n'eût pas de fièvre, pas de vomissements, seule une douleur vive et exagérée par les mouvements.

A l'examen on sent une tumeur volumineuse, douloureuse à la palpation, très bien délimitée à sa partie inférieure ; mais l'extrémité supérieure est inaccessible, elle semble se perdre dans la région inguinale profonde. Rien n'est trouvé dans la fosse iliaque du côté de la tumeur.

Le diagnostic n'est pas porté, le D^r Lapeyre émet cependant un doute sur la possibilité d'un omentovolvulus, et non d'une simple épiplocèle étranglée.

Opération. — Le sac est ouvert après une incision haute de la paroi ; l'épiploon apparaît tordu dans le canal inguinal, au dessous de l'anneau inguinal profond.

La torsion est de deux tours environ.

La partie inférieure au-dessous de la torsion, est ferme au toucher et gectionnée.

Des adhérences anciennes s'étaient développées à l'extrémité inférieure du sac et supprimaient à l'épiploon toute possibilité de retour complet dans l'abdomen.

A la face interne du sac, il y a des lésions de péritonite récente.

L'opération faite par M. Lapeyre aidé par nous est assez laborieuse à cause d'adhérences nouvelles entourant la partie moyenne de la tumeur.

La masse épiploïque est réséquée au-dessus de la torsion après ligature du pédicule.

Cure radicale.

Suites. — Guérison complète après quelques troubles douloureux.

OBSERVATION IV. — Personnelle (inédite)

Forme Herniaire

Hernie inguinale épiploïque gauche avec ectopie testiculaire double. — Laparotomie inguinale. — Epiploon surpris en voie de torsion. — Guérison complète.

Léon D... est un homme vigoureux, fort et grand, qui exerce la profession de facteur. Il est marié depuis sept ans, père de deux enfants. Soigné par le D^r Mattrais, notre père, il est envoyé à l'hôpital de Tours, pour se faire opérer d'une hernie inguinale épiploïque gauche. Il eût deux crises qui furent assez douloureuses et de courte durée, elles apparurent à chaque fois à la suite de marches assez longues que lui imposait son métier.

A l'examen on constate une absence de testicule dans les bourses, à droite le testicule n'est pas senti dans le

trajet inguinal, il est intra-abdominal ; à gauche le testicule est sorti à l'anneau, encore à l'entrée du canal où il détermine une légère douleur à la pression.

Derrière, dans le trajet du canal inguinal, s'est développée une hernie épiploïque, volumineuse.

Opération. — A l'ouverture du canal inguinal, le testicule apparaît sain, un peu petit cependant. Derrière se trouve une masse épiploïque, volumineuse, légèrement fesserrée au niveau de l'anneau inguinal interne et pas enflammée en apparence. La partie inférieure qui a déjà subi une transformation fibreuse, du volume de deux noix environ, nous présente un phénomène intéressant :

L'épiploon est en voie de torsion ($1/4$ de tour) l'enroulement se fait de gauche à droite.

Pas d'adhérence, pas de liquide.

L'épiploon est réséqué au-dessus de la torsion après ligature du pédicule ; on est obligé pour rentrer dans le ventre l'épiploon sain de débrider l'anneau inguinal interne.

Cure radicale.

Suites. — Nous avons revu, depuis, Léon D... Pendant deux mois après l'opération, il a ressenti encore quelques douleurs.

Il avait repris son métier trente jours après l'opération : aujourd'hui il ne souffre plus du tout (1).

Un cas de rétrécissement congénital de l'iléon chez un nouveau-né

par M. LE BLAYE
Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien interne à l'Hospice de Tours

L'occlusion intestinale congénitale n'est pas une affection très rare chez le nouveau-né ; mais dans ces cas, l'obstacle est, en général, bas placé, il s'agit le plus souvent d'une malformation ano-rectale et il est exceptionnel d'observer des occlusions congénitales siégeant sur l'intestin grêle. C'est en raison de l'intérêt embryologique et tératologique qui s'attache à ces faits que nous publions l'observation suivante :

M... Léon, né le 29 mai 1908, à terme, à la suite d'un accouchement normal, est présenté à la Goutte de lait de Belleville le 5 juin, pour des vomissements qui se répètent depuis la naissance. L'enfant est envoyé à l'hôpital des Enfants-Assistés où il est admis le même jour au pavillon Pasteur lit n° 3. Il pèse à ce moment 2 k. 260 gr. et mesure

(1) Nous croyons devoir relever dans cette observation un autre fait intéressant : Cryptorchidie complète d'un côté ; testicule encore contenu dans le canal inguinal, arrêté à l'anneau du côté de la lésion. Or cet homme est père de deux enfants.

Faut-il admettre que le testicule situé à l'anneau remplissait des conditions suffisantes pour permettre la fécondation. En apparence ce testicule était normal, un peu atrophié cependant et d'autre part il était à la limite de la cryptorchidie.

Nous avons interrogé les dates et relevé celles de son mariage et de la naissance des enfants. Un intervalle de cinq ans s'est écoulé avant la naissance du premier.

Cet intervalle laisse la porte ouverte au doute, doute scientifique tout au moins.

45 cent. Ce poids et cette taille indiquent un certain degré de débilité congénitale. L'inspection ne révèle aucune malformation extérieure : le ventre est proéminent ; il n'y a pas de hernie. Il existe un peu de cyanose des extrémités et des lèvres.

L'examen organique ne montre rien d'anormal ni du côté du poulmon, ni du côté du cœur. L'abdomen au contraire est fortement tendu, météorisé ; le foie ne déborde pas le rebord costal ; la rate n'est pas perceptible. Les troubles fonctionnels consistent essentiellement : d'une part dans l'intolérance absolue pour les liquides ingérés ; d'autre part dans une constipation opiniâtre.

Les vomissements sont très fréquents, s'effectuent sans efforts ; ils offrent une coloration jaune, brunâtre et présentent très nettement l'odeur fécale. La constipation est absolue : une selle a été obtenue quelques jours après la naissance à l'aide d'un lavement, mais il n'y a jamais eu de défécation spontanée.

Quelques heures après l'entrée du petit malade au Pav. Pasteur, la perméabilité du rectum est explorée à l'aide d'une sonde molle qui pénètre sans difficulté et permet le lavage de l'intestin. Le liquide évacué entraîne une certaine quantité de méconium, mais aucune trace de matières fécales.

En raison de ces symptômes témoignant d'une occlusion de l'intestin, M. le Dr Variot émet l'hypothèse d'un rétrécissement congénital de l'intestin grêle.

Le 6 juin, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, la tendance au collapsus s'accroît, la température s'abaisse à 36°4, et la mort survient le soir, neuf jours après la naissance.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen on constate que l'intestin adhère à la paroi abdominale dans la région épigastrique seulement.

Il existe également des adhérences analogues avec la face inférieure du foie. Les unes et les autres, sont facilement rompues, et paraissent récentes. La portion de l'intestin intéressée par ces adhérences est constituée par le cœcum et la partie initiale du gros intestin, le cœcum étant très haut situé, sous-hépatique, au milieu des anses grêles distendues. En suivant l'intestin grêle depuis le duodénum, on constate sa distension régulière jusqu'à la fin de l'iléon. En ce point, il s'engage sous le foie, et contourne le pyllore, en même temps que son calibre diminue des deux tiers ; il n'y a pas de distension du gros intestin.

A l'ouverture de l'intestin, on constate l'existence d'un rétrécissement très marqué sur une longueur de 4 centimètre $1/2$, siégeant sur l'extrémité de l'iléon au voisinage immédiat du cœcum ; la largeur de l'intestin étalé n'est à ce niveau que 10 à 12 millimètres, tandis qu'elle atteint 3 centimètres en amont. Les matières fécales ont néanmoins franchi le rétrécissement et remplissent le cœcum, mais les matières contenues dans le reste du gros intestin ont encore une teinte méconiale.

La muqueuse intestinale ne présente aucune lésion appréciable au niveau du rétrécissement, et les différentes tuniques ne paraissent pas notablement épaissies.

Il y avait donc dans ce cas, à la fois rétrécissement, et

BULGARINE

Culture pure en milieu végétal de ferments lactiques bulgares

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

Bienformuler : 1° Comprimés de Bulgarine : 4 à 8 comp. par jour (la b. de 40 comp. : 3 fr. 50) ; l'une des 2 formes 2° Bouillons de Bulgarine : 4 verres à maderie par jour (le flac. : 3 fr. 50).

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

AMYLODIASTASE

Sirup contenant les diastases naturelles vivantes de l'orge germée et leurs phosphates assimilables

Traitement des maladies stomacales et digestion des féculents. Neurasthénie.

Rachitisme, Alimentation des nourrissons, etc.

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

aussi vice de position. Quant à la péritonite localisée observée à l'autopsie, il ne nous paraît pas douteux qu'elle se soit produite dans les derniers jours de la vie, et qu'elle soit par conséquent l'effet et non la cause de la malformation constatée. La situation haute du cœcum est d'interprétation embryologique facile, puisque c'est là une disposition embryonnaire dont la persistance peut être expliquée par un arrêt de développement ; il n'en est pas de même de l'enroulement de l'iléon autour du pylore, fait dont l'explication nous échappe.

Le siège des rétrécissements de l'intestin grêle est, on le sait, ordinairement situé au niveau du diverticule de Meckel persistant, mais tel n'est pas notre cas. — Les rétrécissements de l'iléon peuvent cependant siéger aussi à son extrémité cœcale — Ballantyne (1) mentionne ainsi l'existence de ces atresies congénitales :

« L'iléon est manifestement un siège fréquent d'occlusion intestinale, fait qui trouve son explication dans la présence fréquente du diverticule de Meckel, et dans la traction qu'il peut exercer. Il est probable que la plupart des cas cités comme exemples d'occlusion congénitale de l'intestin grêle affectent l'iléon. Le siège de l'obstruction est fréquemment aussi le point où l'intestin grêle se continue avec le gros intestin. »

Toutefois, les explications pathogéniques qui attribuent ces rétrécissements à des péritonites fœtales, ou à un arrêt de développement des vaisseaux (Durante et Siron) ne nous ont pas paru applicables à l'observation que nous venons de relater, et dont l'interprétation demeure obscure.

(Extrait de la Clinique infantile 1908 p. 424)

Du Traitement du Faux-Croup

Par le D^r J. COUDERT, de Channay

Traitement Médical

En présence d'un enfant qui a un tirage permanent accentué — le premier soin du médecin doit être de pratiquer une injection de sérum antidiptérique.

En raison de l'incertitude du diagnostic — dans bien des cas, et de l'innocuité absolue de ces injections — nous croyons qu'il y a tout intérêt à le faire, pour le petit malade et pour le médecin traitant : celui-ci sera en effet volontiers accusé de négligence grave si des complications surviennent — et on ne manquera pas d'imputer celles-ci à ce fait que l'enfant peut nécessiter d'un moment à l'autre une intervention sérieuse. Tout enfant en état de tirage doit être surveillé jour et nuit d'une façon constante.

Quant au traitement proprement dit — il comprend plusieurs méthodes classiques, mais d'une efficacité douteuse : les compresses chaudes au-devant du cou sont employées fréquemment, elles tiennent mal d'habitude autour des cous gras et courts des petits enfants.

Les médicaments calmants sont utilisés : nous avons employé successivement le chloral, le bromure, l'antipyrine, — le chlorure de calcium préconisé par Netter dans toutes les affections spasmodiques de l'enfance, etc..., sans succès. — Variot recommande la codéine (1 centigramme par 24 heures chez les enfants au-dessous d'un an — 2 centigrammes chez les enfants de 3 ans et au-dessus. —) Au moins pour satisfaire la famille par l'administration d'une potion — on pourra prescrire la potion de Marfan.

Bromure de potassium.....	5 gr.	Sirop de fleurs d'oranger.....	50 gr.
Antipyrine.....	10 gr.	Eau distillée, q. s. pour.....	150 gr.

2 à 6 cuillerées à café par jour.

(1) Antenatol Pathology by Boblantyne.

De préférence à ces moyens nous préconisons dans le faux-croup grave deux méthodes faciles à employer dans n'importe quel milieu et dont nous avons fait et vu faire des applications nombreuses autant qu'heureuses :

1) *Les enveloppements humides du thorax* avec épaulières, de façon à ce que toute la base du cou soit également enveloppée. — Si l'enfant a 39° — cet enveloppement sera fait froid (18°) : au-dessous de 39° ou s'il n'a pas de température — on emploiera l'enveloppement tiède. — Ces compresses tièdes ou froides seront laissées une heure en place, elles seront renouvelées aussi souvent qu'on le jugera utile : elles ont une action très nette sur la dyspnée et surtout sur l'agitation. — Les enfants s'endorment volontiers dans leurs enveloppements — quelques-uns en éprouvent un tel soulagement qu'ils les réclament d'eux-mêmes.

2°) Le séjour dans une chambre chargée de vapeurs humides a une importance capitale, bien connue aujourd'hui — dans le traitement des dyspnées laryngées.

On le réalise en plaçant l'enfant dans une chambre petite — ou à défaut en tendant un drap au-dessus de son lit ; sous cette tente improvisée on maintiendra en permanence une ou deux bouilloires sur des lampes à alcool : l'air que respire l'enfant est ainsi promptement saturé de vapeurs d'eau — et ces vapeurs humides ont l'effet le plus heureux et souvent le plus rapide sur le spasme glottique. — On peut ajouter des substances médicamenteuses (créosote, feuilles d'eucalyptus, teinture de benjoin, etc...) à l'eau en ébullition.

Dans le numéro de mai 1908 des *Archives générales de Médecine*, Lesage et son interne Cléré ont ajouté au traitement médical l'emploi de la morphine.

Aux enfants atteints du vrai ou du faux-croup, ils injectent les doses suivantes :

Première année : 1/3 de centimètre cube de la solution au centième de chlorhydrate de morphine.

Deuxième année : 1/2 centimètre cube.

Troisième année : 2/3 de centimètre cube.

Au-dessus de la troisième année : 1 centimètre cube.

Grâce à ces injections, toujours bien supportées, le tirage diminue, le spasme se supprime presque constamment et nombre d'interventions sont supprimées.

Ausset, de Lille, dans la *Pédiatrie pratique* relate deux observations de faux-croups grave où, grâce à la morphine, le tubage fut rendu inutile. Il est donc à souhaiter que ce procédé simple et pratique de calmer les spasmes laryngés soit de plus en plus connu et utilisé.

Nous arrivons maintenant à la seconde partie :

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

1) *A quel moment faut-il intervenir ?* — Il est des cas malheureusement non douteux — où l'on est appelé près d'un enfant en état asphyxique — et où la discussion ne se pose pas. — En dehors de ces cas, la décision à prendre est toujours très délicate : elle doit varier suivant la clientèle d'hôpital, de ville ou de campagne, — les ressources opératoires dont le médecin dispose, — et en un mot suivant chaque cas observé.

Aussi est-il impossible de formuler une règle générale : nous dirons cependant qu'en présence d'un tirage accentué — si l'on a la ressource de pouvoir tubé — on le fera le plus tôt possible — la plus grande difficulté et le plus grand danger du tubage étant de le pratiquer à la période asphyxique. — Si l'on doit employer la trachéotomie, — on ne doit pas quitter l'enfant tant que sa dyspnée n'est pas calmée — et l'on se tiendra prêt à intervenir aux premiers signes de la période asphyxique.

2) *Quel procédé choisir ?* — Tubage ou trachéotomie ? La question nous semble devoir être résolue de la façon suivante :

A l'hôpital — parfois en clientèle de ville — le tubage doit être au moins essayé, — et encore avec les réserves qu'on trouvera exposées plus loin.

En clientèle de campagne il n'y a pas à hésiter, c'est la trachéotomie qui doit être employée.

En dehors même de la difficulté habituelle que le tubage présente pour les médecins, — qui n'en ont pas la pratique courante, — il a de plus ici deux inconvénients sérieux :

1) Un enfant tubé en effet ne doit pas être quitté un seul instant : or tout le monde est d'accord pour reconnaître que dans le cas de laryngite striduleuse grave, — le tube doit être conservé plus longtemps (1) que dans la diphtérie laryngée — 5, 6, 7 jours et plus — il est également rejeté plus facilement, et chaque détubage accidentel peut être suivi d'un accès de suffocation mortel. — C'est donc l'immobilisation forcée d'un médecin pendant une semaine environ auprès d'un enfant.

2) La présence d'un tube dans le larynx et particulièrement d'un tube long — venant continuellement irriter la muqueuse sous-glottique — point de départ du réflexe — ne fait qu'augmenter les lésions de cette région (2), —

(1) Ce serait en effet une erreur anatomique de croire que le tube peut faire cesser le spasme par dilatation progressive — à la façon d'un dilateur de sphincter ordinaire. — La plupart des muscles dont l'action synergique réalise la fermeture de la glotte — sont situés à l'extérieur du squelette cartilagineux (VARIOT).

(2) On connaît aujourd'hui la fréquence et la gravité de certaines laryngites traumatiques consécutives au tubage, — et dont quelques-unes se terminent par un rétrécissement cicatriciel.

et par suite entretenir le spasme. — C'est la raison qui a fait préférer la trachéotomie au tubage à nombre d'opérateurs dans le traitement des laryngites graves de la rougeole.

La trachéotomie a l'avantage au contraire de mettre très nettement au repos la glotte et la région hypoglotique, et de fait le spasme cède en général beaucoup plus vite après la trachéotomie qu'après le tubage. — Elle ne nécessite pas en outre une surveillance continuelle — car même dans les cas exceptionnels où l'enfant se décanule — une personne de l'entourage, avec un peu de sang-froid peut toujours replacer la canule. — Et enfin, elle a l'immense avantage de pouvoir être pratiquée dans n'importe quel milieu.

Aussi pour toutes ces raisons — et en dehors de la pratique hospitalière — devons-nous la préférence à la trachéotomie sur le tubage : à ne pas hésiter à la pratiquer, le médecin aura le plus souvent la profonde satisfaction de rendre à sa famille en 24, 48 heures jouant sur son lit et entièrement guéri — un enfant qu'on lui aura confié en état d'asphyxie imminente, — parfois même de mort apparente (1).

(1) Pendant que l'enfant sera tubé ou trachéotomisé, il sera indiqué de continuer les enveloppements humides et les vaporisations d'eau. De même, il sera prudent ensuite de faire examiner cet enfant au point de vue végétations adénoïdes, afin de lui éviter une cause possible de récidives.

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

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

Reconstituant du système nerveux NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

STATISTIQUE SANITAIRE DE LA VILLE DE TOURS POUR L'ANNÉE 1908

Population de la ville de Tours, d'après le dernier recensement de 1906: 67.601 habitants

(GARNISON COMPRISE 4.326 HOMMES)

RÉPARTITION DES DÉCÈS PAR ÂGE (mort-nés non comptés)										RÉPARTITION DES NAISSANCES PAR SEXE					
MOIS						PAR SEXE			MORT-NÉS					MARIAGES	DIVORCES
	moins de 1 an	de 1 an à 19 ans	de 20 à 39 ans	de 40 à 59 ans	de 60 ans et au delà	TOTAUX	Masculin	Féminin		Masculin	Féminin	TOTAUX	Illégitimes		
JANVIER.....	6	11	27	41	79	164	75	89	10	43	37	80	18	42	»
FÉVRIER.....	8	14	17	23	66	128	57	71	9	55	47	102	21	52	1
MARS.....	18	9	34	25	62	148	77	71	7	71	43	114	28	37	2
AVRIL.....	9	13	26	34	75	157	80	77	12	51	50	101	14	63	2
MAI.....	7	12	20	35	59	133	67	66	6	48	47	95	19	32	3
JUIN.....	6	8	18	29	49	110	58	52	9	64	53	117	26	56	3
JUILLET.....	10	12	15	21	36	94	51	40	11	56	54	110	25	46	4
AOUT.....	14	12	19	19	36	100	55	45	7	56	59	115	23	45	»
SEPTEMBRE.....															
OCTOBRE.....															
NOVEMBRE.....															
DECEMBRE.....															
TOTAUX.....	78	91	176	227	462	1034	523	511	71	444	390	834	174	373	15

Situation au 31 août 1907 106 94 194 300 475 1156 602 554 57 399 368 767 151 346 25

Moyenne du mois de août de 1898-1907 119 98 36

FAMILLE HONORABLE louerait chambre à jeune homme ayant bonnes références. — S'adresser, 80, rue du Gazomètre, TOURS.

NOUVELLES

ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DE LYON

A la suite du récent concours pour l'admission à l'Ecole de Médecine militaire de Lyon, M. Dioclès, élève de l'Ecole de Tours, a été reçu avec le numéro 21.

Nous sommes heureux de le féliciter de ce brillant succès, qui fait honneur à l'enseignement donné à notre Ecole de Tours.

LE JUS DE RAISINS FRAIS D'AMBOISE

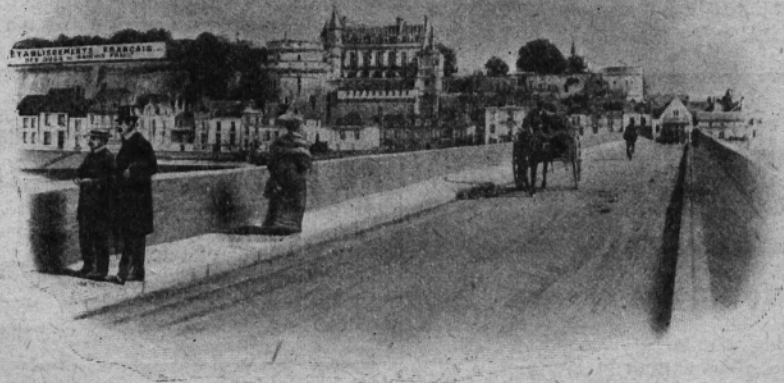
Il nous a été donné de visiter ces temps derniers l'installation toute récente de M. Foltz, à Amboise, pour la fabrication du jus de raisins frais, marque Salvator, et nous avons été ravis de notre promenade. Ravis d'abord par le site : Figurez-vous, à la porte d'Amboise, sur le coteau qui avoisine le vieux château, un belvédère qui vous permet de contempler la vallée majestueuse de la Loire, et d'apercevoir en même temps les tours de Chambord et le clocher de la Cathédrale de Tours. Ravis ensuite par les curiosités archéologiques des caves. C'est

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

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.

rien. Tout y est moderne et tout est fait selon les lois les plus strictes de l'hygiène. Des procédés spéciaux et personnels à M. Foltz permettent d'empêcher toute fermentation de se produire et d'obtenir, chose toujours si difficile, des jus d'une limpidité extraordinaire, et cela sans qu'on soit obligé d'employer un produit chimique quelconque.

Aux caves d'Amboise on a donc trouvé le moyen d'avoir du vrai jus de raisins et qui se conserve. Chaque mois, des centaines de caisses partent pour l'Amérique du Sud, l'Angleterre, la Hollande, etc., c'est dire la vogue que, tout de suite, a obtenu ce produit qui est un agent thérapeutique de premier ordre.



en effet dans des caves datant de l'époque romaine, creusées dans le roc avec trois étages superposés, avec des voûtes ogivales, dans ces caves fameuses au fond desquelles se trouvent les célèbres *silos*, les greniers de César qui ont tant occupé les archéologues tourangeaux, que sont logés les fûts et toute l'installation de M. Foltz.

Les caves de 100 mètres de long sont bordées à droite et à gauche de barriques de divers crus ; chacune de ces dernières est munie d'un petit appareil qui permet de surprendre le moindre début de fermentation. La température y est constante en été comme en hiver, et c'est là un point essentiel pour la fabrication et la conservation des jus de raisins.

Des procédés mécaniques de fabrication nous ne dirons

Aujourd'hui où l'usage du jus de raisins est de plus en plus conseillé par les médecins, c'est une bonne fortune de savoir qu'il existe en Touraine, une cave qui le produit en grande quantité et de qualité excellente, alors que jusqu'à présent nous n'avions à notre disposition que des liquides sirupeux, troubles et fades.

Car, chose également digne de remarque, le jus de raisins d'Amboise conserve son goût de terroir, et on peut ainsi avoir des jus des principaux crus de la région soit blancs, soit rouges.

Nous conseillons à nos confrères une petite excursion archéologico oenophile aux greniers de César. Ils ne la regretteront pas.

D^r C.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS

INTERNAT ET EXTERNAT

Le concours pour la nomination de 3 internes titulaires et de 3 ou 4 internes provisoires aura lieu à l'Hospice général de Tours les 19 et 20 octobre. Le registre d'inscription restera ouvert au secrétariat de l'Hospice jusqu'au 18 octobre.

Le concours pour la nomination d'un nombre indéterminé d'élèves suppléants (externes), aura lieu à l'Hospice général de Tours les 23 et 24 octobre. Le registre d'inscription restera ouvert au secrétariat de l'Hospice jusqu'au 22 octobre.

SERVICE DE SANTÉ DU 9^e CORPS D'ARMÉE

M. Isambert vient de quitter la direction du service de santé du 9^e corps d'armée. Tous ceux qui ont connu M. le Dr Isambert regretteront vivement son départ. Par sa grande autorité et par la compétence qu'il apportait dans les discussions, son passage à la direction du 9^e corps d'armée aura été marqué par d'heureux progrès. C'est ainsi que grâce à son insistance l'Hôpital militaire de Tours a été transformé et qu'une salle d'opération, établie suivant les dernières données de la science, a été installée. Il a donné un particulier concours aux œuvres d'assistance aux blessés, qui ont, depuis quelques années, pris un grand développement dans la région.

Il est remplacé à la direction du service de santé du 9^e corps par M. le Dr Hornus, qui, depuis six mois déjà, dirige l'Hôpital militaire de Tours. Aucun choix ne pouvait être plus heureux, car M. le Dr Hornus sitôt arrivé dans notre ville a su s'attacher toutes les sympathies et tous les concours.

Nous adressons à M. Isambert nos regrets à l'occasion de son départ et sommes heureux de féliciter M. Hornus de sa nomination.

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.

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.

LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

Dans un très remarquable article du *Journal des débats* (29 août), M. Paul Leroy-Beaulieu expose et commente avec une grande clarté les résultats des derniers recensements et montre que le chiffre annuel des naissances qui, sous l'Empire dépassait un million, qui décroît chaque année régulièrement et qui pour la première fois est tombé cette année au-dessous de 800.000, arriverait bientôt fatalement, d'ici douze ou quinze ans, au chiffre de 700.000. A ce moment il nous manquera environ 100.000 naissances par an pour combler les décès.

M. Leroy-Beaulieu termine son article par les remarques suivantes :

« Il y a encore un certain nombre de départements, un bien petit nombre, où la natalité, sans être forte, dépasse de beaucoup la moyenne. Ces quelques départements se divisent en deux catégories : des départements à mentalité primitive, comme on dit, ayant gardé les anciennes croyances, les anciennes traditions, par exemple les départements de Bretagne, la Vendée et quelques autres avoisinants, d'autre part, quel-

ques départements très industriels, comme le Nord, le Pas-de-Calais, la Seine-Inférieure, Meurthe-et-Moselle, trois de ces derniers étant en même temps des départements maritimes.

Le département qui conserve la plus haute natalité est le Finistère, il a 287 naissances par 10.000 habitants, tandis que l'ensemble de la France n'en a que 202 ; le Morbihan, les Côtes-du-Nord, dans une moindre mesure, l'Ille-et-Vilaine, la Vendée, la Lozère, départements réputés primitifs, ont encore une natalité beaucoup plus élevée que le reste de la France. Supposez, ce qui tend à arriver, qu'on détruise dans ce pays la mentalité ancienne, l'attachement aux vieilles croyances et aux traditions séculaires, que l'on modernise absolument ces départements, ils deviendront peu à peu ce que sont les départements bourguignons ou gascons ; c'est-à-dire que la natalité y diminuera d'un bon tiers ou même de moitié, ce sera 25.000 ou 30.000 naissances, sinon davantage, que la France perdra annuellement.

Les départements qui ont le moins de natalité sont ceux où la population est le plus imprégnée de l'esprit moderne, de l'esprit arriviste : voici, par exemple, le Lot-et-Garonne, le département, d'ailleurs petit, qui a fourni de beaucoup le plus de ministres et d'hommes occupant les plus hautes situations sous la troisième république, vient l'avant dernier sous le rapport de la natalité ; son voisin, le Gers, précédant légèrement, n'a que 132 naissances par 10.000 habitants tandis que le Finistère en a 287 et le Morbihan 233.

Quand votre enseignement et votre administration seront arrivés à moderniser tous les départements encore primitifs, la natalité française éprouvera un nouveau et terrible fléchissement. Nous avons calculé que si, depuis 1871, la France entière avait eu la natalité et la mortalité du Finistère, elle aurait gagné 400.000 habitants par an, c'est-à-dire qu'elle aurait actuellement une population de 53 millions d'âmes environ, au lieu de 39 ; d'autre part, si, depuis 1871 également, la France entière avait eu la natalité et la mortalité du Lot-et-Garonne, elle aurait perdu 7 à 8 millions d'âmes et n'en compterait plus que 31 à 32, au lieu de 39. Cependant, c'est la mentalité du Lot-et-Garonne que l'enseignement public cherche à répandre, et c'est la mentalité du Finistère qu'il s'efforce d'éliminer. On ne peut concevoir de plus belle aberration.

La direction donnée à l'enseignement public, le mépris grossier que toutes les autorités manifestent pour les croyances et les mœurs traditionnelles constituent pour la France un véritable suicide, un suicide qui n'a même pas pour circonstance atténuante d'être lent.

Le premier remède à la dépopulation dont la France est menacée et qui risque de lui faire perdre 4 ou 5 millions d'habitants, de souche française du moins, au cours du présent siècle, ce serait de changer toute la direction de l'enseignement public et toute la mentalité gouvernementale.

En dehors de cette sorte de retour à une hygiène morale salubre et normale, il est différentes méthodes positives et précises auxquelles on pourrait recourir pour tâcher d'arrêter cette morbide et fatale tendance à la dépopulation ; ce sont des méthodes énergiques, exigeant de la nation de grands et continus sacrifices ; nous les examinerons dans un prochain article.

OCCASION

A VENDRE AUTOMOBILE MORS, tonneau 4 places, 2 cylindres, 7 chevaux, magnéto, avec dais et tous accessoires.

BON ÉTAT. PRIX DEMANDÉ 1.600 FR.

A vendre pour cause de double emploi.
Demander l'adresse à l'Administration du Journal.

Le Gérant, H. AUBUGEULT.

Tours, imp. Tourangelle.