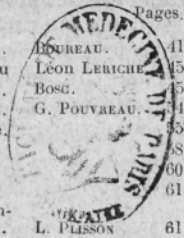


## SOMMAIRE :

	Pages.
Travaux Originaux.....	41
Actualités Médicales. — A propos de l'impôt sur le Revenu Que faire d'un Enfant qui pisse au lit.....	45
Contribution à l'étude de la Camptodactylie.....	45
Syndicat Médical : Projet d'entente cordiale Intersyndicale. Statistique Sanitaire de la Ville de Tours pour 1909.	58
Société Médicale d'Indre-et-Loire.	60
Sociétés Savantes : Sociétés de Neurologie.	61
Emploi du "Pyroléol" dans le pansement des plaies con- tuses.....	61
Bibliographie.....	62
Nouvelles : Distinctions Honorifiques. — Hospice général de Tours.	62



## TRAVAUX ORIGINAUX

De l'ablation à chaud des végétations adénoïdes  
dans le cours de leurs complications

Par le D<sup>r</sup> BOUREAU  
Chirurgien en chef de l'Hôpital de Clocheville

L'hypertrophie du tissu adénoïdien de la glande de Luschka retentit douloureusement sur l'organisme entier de l'enfant, soit d'une façon mécanique par le volume exagéré des végétations adénoïdes, soit par l'extension périphérique des poussées infectieuses que subissent de loin en loin ces masses hypertrophiées.

L'obstruction du cavum supprime ou diminue la perméabilité du nez; la respiration obligée de s'accomplir par la bouche se fait incomplètement. L'hématose insuffisante modifie la composition du sang. (Leucocytose des adénoïdiens, — Sabrazès). L'organisme entier subit un arrêt de développement. A distance, par voie réflexe ou lymphatique, apparaissent des laryngites striduleuses, des toux tenaces, des bronchites incessantes et certains troubles cérébraux.

Les poussées infectieuses que subit de loin en loin l'amygdale pharyngienne infectent par continuité les organes voisins et provoquent l'explosion de salpingites, d'otites, de mastoïdites, de rhinites, de sinusites, de conjonctivites, de kératites, d'adénites cervicales.

On peut dire qu'un cavum infecté, privé de son drainage naturel nasal ou pharyngien, remplit, à l'égard de l'oreille, du nez ou des yeux, le rôle nocif d'un utérus infecté par rapport aux trompes, aux ovaires et aux ligaments larges.

Si la vie abdominale d'une femme se joue autour de son utérus, on peut dire que la vie de l'enfant, jusqu'à la puberté, sera tributaire de son cavum, dépendra souvent de la perméabilité et de l'intégrité de cette cavité.

Si réelles que soient les causes des complications que nous avons énumérées plus haut, si évidents que soient les dangers que font courir des végétations adénoïdes infectées, il s'en faut de beaucoup que les premières manifestations de cet état pathologique du pharynx nasal, qui aboutit à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne, soient constatées dès le début.

L'adénoïdite aiguë à répétition qui, par d'imparfaites

résolutions, arrive à créer les végétations adénoïdes, passe trop souvent inaperçue.

Ses élévations fugaces de températures, qui apparaissent chez un enfant sain sans causes apparentes, sont mises sur le compte de causes banales qui varient suivant les idées régnantes : poussée de dents, grippe, refroidissement, etc...

A la suite d'une série d'adénoïdites, les végétations se développent graduellement, gardant dans les intervalles de chaque poussée un état d'infection latente qui se réveille sous la plus légère influence et, un beau jour, éclate une infection de voisinage sérieuse : otite, adénite, ou affection oculaire.

La localisation, apparente cette fois, ne permet plus l'erreur de diagnostic. Il faut bien, en présence d'une otite aiguë, d'une mastoïdite consécutive, d'une adénite retro-maxillaire, parler de végétations adénoïdes et remonter par là à l'origine de ces infections.

On a taxé d'exagération l'extension qu'ont donnée aux végétations adénoïdes, dans la pathogénie des maladies de l'enfance, les médecins et chirurgiens d'enfants. Pour les comprendre il faut absolument suivre un service hospitalier de maladies infantiles. On constatera journellement que derrière les espèces pathologiques les plus disparates apparaît trop souvent comme cause cette éternelle lésion, les végétations adénoïdes. Quand on a éliminé la tuberculose on arrive à se dire que la pathologie du segment supérieur de l'enfant est, dans la grande majorité des cas, sous la dépendance des adénoïdites compliquées plus ou moins tardivement de végétations adénoïdes.

Leur fréquence est telle qu'une enquête en Hollande, parmi les enfants des écoles, a montré que 10 à 15 0/0 étaient des adénoïdiens (Lermoyez). Gradenigo, en Italie, les a rencontrés dans une proportion de 36 0/0 à sa clinique laryngologique de Turin. Kafeman, en Allemagne, a trouvé 10.6 0/0 d'adénoïdiens sur 1102 filles.

Il serait curieux d'écrire la vie d'un adénoïdien méconnu, de le suivre pas à pas dans ses étapes médicales, faisant passer en revue à son médecin tous les chapitres de la pathologie infantile, mais dissimulant le seul qui soit intéressant pour lui.

Dès sa naissance parfois un cavum bourré d'adénoïdes hypertrophiées l'empêche de téter. Son nez insuffisant l'oblige d'interrompre son repas pour laisser passer quelques bouffées d'air. Une bouche à deux fins, qui sert d'appareil respiratoire et d'appareil alimentaire, nourrit mal; il devient atrepsique. Le lait de sa nourrice est mauvais, se dit-on, et on lui fait subir tous les quinze jours un changement de régime.

Une dyspnée constante, surtout nocturne, finit par lui fabriquer une poitrine étranglée à sa base, saillante à sa partie antérieure comme un thorax de poulet. On l'accuse d'être rachitique.

Son enfance se passe dans une atmosphère pharmaceutique et médicale. Quel client pour son médecin!

A trois ans il fait une otite, qui continuellement inonde son oreiller de ses pleurs. Un impétigo sans cesse renaissant, qui prend sa source sous un nez leucorrhéique, déforme sa lèvre supérieure, garnit son cou d'un chapelet d'adénites.

Son aspect de scrofuleux le fait bénéficier d'huile de foie de morue, de sirop antiscorbutique.

De loin en loin, ses accès de faux-croup retentissent jusqu'à la sonnette de son médecin, sans compter les nuits orageuses que ses parents passent sur pied à calmer des terreurs nocturnes, des toux qu'on prend pour la coqueluche, des accès d'asthme, des douleurs d'oreilles. Quand il dort, il ronfle comme un aïeul.

On promène ses bronchites, sans cesse renaissantes, à la Bourboule, au Mont-Dore. On le conduit chez l'oculiste pour une keratite, une conjonctivite tenace, chez le dentiste pour une dentition défectueuse, chez l'orthopédiste pour des épaules mal plantées.

Subit-il la grippe, la rougeole? Elles seront chez lui l'occasion de complications nouvelles. Il en guérira avec une série d'adénites, etc.

Son éducation elle-même souffre de ce mal ignoré. Il est apathique au point de vue cérébral, inattentif en classe, mauvais élève, et, enfin vers l'âge de 10 ans, on obtient un petit être pâle, insuffisamment développé pour son âge, chez qui une bouche constamment entr'ouverte, de grosses veines dilatées sur le front et à la racine du nez, une lèvre supérieure saillante, un nez qui gargouille à chaque coup de mouchoir sans jamais se vider, donne l'air hébété.

Il entend mal, parle mal, apprend mal, c'est un raté qui a tout ce qu'il faut pour hospitaliser la tuberculose.

Et dire qu'un coup de curette de 10 secondes aurait, dès le début, éteint cette longue succession d'affolements maternels, de drames nocturnes, d'ordonnances, de voyages, de potions et de sirops.

C'est que le bloc de ces végétations, responsable de cette série d'adénoïdites infectieuses, se dissimulait derrière le voile du palais, ne se présentait pas à la vue comme une amygdale hypertrophiée et que personne n'avait eu la curiosité de regarder derrière ce mur où se passait tant de choses.

C'est en 1868, que W. Meyer, de Copenhague, eut le premier l'idée géniale d'y porter le bout de son index et que ce simple geste explorateur sur une terre inconnue lui permit de réaliser une des plus belles synthèses de la pathologie, de fixer l'étiologie unique d'une série de lésions sans rapport apparent et d'en donner le traitement.

On peut comparer l'évolution qui s'est produite dans les maladies des enfants depuis la découverte de Meyer à ce qui s'est passé en chirurgie après les applications des idées de Pasteur, après l'avènement de l'asepsie. Il semble qu'un rideau se soit levé, qu'une lueur éclatante ait éclairé tout un dédale de coins obscurs.

Nos jeunes confrères, qui sont nés après la Révolution, qui ont été élevés dans un monde nouveau, dans une atmosphère médicale renouvelée, ne peuvent comprendre ce que leurs collègues plus âgés, ceux qui sont nés avant la Révolution, ont ressenti à la naissance de ces réalités modernes, à l'explication subite de problèmes restés insolubles dans leur mémoire, aux regrets que d'anciens malades méconnus leur ont laissés.

On a dit que la vérité sortait d'un puits; en médecine on peut dire que la plupart du temps on est obligé de l'extraire, et on se demande pourquoi il est nécessaire que les générations antérieures disparaissent pour qu'un progrès médical soit complètement conquis, pour qu'une vérité soit solidement établie.

Je me rappelle les longs palabres qu'exigeaient, il y a

encore seulement douze ans, l'ablation des végétations adénoïdes les plus évidentes. Les parents, en présence d'une chirurgie qui prétendait guérir des bronchites à répétition, ouvraient une bouche encore plus large que celle de leur progéniture adénoïdienne; quant au confrère, vous ne le persuadiez pas et un sourire ironique, un silence poli était la seule concession que vous en obteniez.

Une objection vient à l'esprit de tous ceux qui ont lu les travaux de Lévy et de Rothschild, qui ont été convaincus par la thèse intéressante de Delacour. (Le Syndrome adénoïdien: Ozène, végétations adénoïdes, appendicite chronique.)

Si réellement les adénoïdes ne sont qu'un des symptômes d'une insuffisance thyroïdienne, comment leur ablation peut-elle donner les brillants résultats que nous connaissons tous?

Un enfant chétif, pâle, au thorax étroit, mal développé, à la croissance attardée est absolument modifié dans les quelques semaines ou les quelques mois qui suivent l'intervention. On le retrouve la face colorée, le thorax élargi, le squelette développé, augmenté de poids, grandi.

Ces transformations n'ont rien à voir avec son insuffisance thyroïdienne; elles viennent de ce que vous lui avez donné une hématose plus parfaite, que vous l'avez délivré d'une insuffisance respiratoire et, en second lieu, que vous avez supprimé un foyer d'infections dont les explosions multiples sont une source perpétuelle d'arrêt de développement, que vous avez supprimé un tissu déchu de sa fonction primitive, qui peut-être à lui seul constituait une cause d'intoxication continuelle.

Mais, en fait, l'enfant est aussi bien hypothyroïdien avant qu'après son curetage, il gardera de cette orientation congénitale la même susceptibilité intestinale et appendiculaire, et c'est une des raisons qui me fait attacher tant d'importance à la cure qui doit suivre tout curetage et qui tend à modifier le terrain de l'opéré.

Suivant l'aspect du petit malade, les tares que l'on constate, les effets qu'ont produit des traitements antérieurs, tantôt on obtiendra des résultats de l'administration du corps thyroïde; d'autre fois, suivant que vous avez constaté la susceptibilité du malade à l'iode, au brôme ou à l'arsenic, vous verrez l'hypothyroïdisme s'atténuer et se modifier sous l'influence d'un de ces agents.

J'ai peut-être un peu trop longuement, au gré du lecteur déjà convaincu, insisté sur les méfaits des adénoïdes hypertrophiées et perdu un peu de vue le titre de mon article, on m'excusera si on veut bien avoir compris quel intérêt il y a pour un médecin à suspecter le cavum de ses petits clients.

Il doit arriver à lire la signature des adénoïdes sur le facies d'un enfant avec le même coup d'œil qui devine un rachitique à son aspect général, afin de pouvoir, en certaines circonstances, poser rapidement le diagnostic et l'indication d'une intervention.

En présence d'un adénoïdien on a toujours admis jusqu'ici que rien ne pressait, qu'on avait toujours le temps devant soi pour intervenir, et qu'il valait mieux attendre que les lésions soient en état d'accalmie.

Or, je crois qu'il est des cas où une ablation rapide, faite en pleine période aiguë, peut empêcher des désastres, juguler, comme disaient nos aïeux, des complications sérieuses.

Ce sont ces interventions à *chaud* qui ne sont pas admises par les chirurgiens que je désire discuter, ce sont leurs indications que je désire préciser.

Chez un certain nombre d'enfants on constate dès la naissance la présence d'adénoïdes hypertrophiées obstruant le cavum. (Cuvillier : Végétations des nourrissons.)

Bien que le nombre de ces adénoïdes datant presque toujours de la vie utérine soit assez élevé, on ne peut dire qu'il constitue la majorité.

En général les premières atteintes du rhino-pharynx d'un adénoïdien ne sont que des poussées infectieuses d'un tissu adénoïde jusqu'alors normal.

Sous l'influence de ces adénoïdes à répétition que la moindre cause réveille, la muqueuse, s'affaissant complètement après chaque crise, arrive à constituer les bourrelets de tissu pathologique, les languettes adénoïdiennes parallèles, suspendues à la voûte du cavum comme les stalactites au plafond d'une grotte.

Il se passe loin de la vue ce que nous voyons évoluer entre les deux piliers du voile du palais.

Une amygdale palatine d'un volume normal, sous l'influence d'une cause quelconque, s'infecte et donne lieu à une amygdalite vulgaire. L'infection après sa disparition la laisse un peu plus volumineuse qu'auparavant jusqu'à ce que se constitue l'hypertrophie permanente.

En résumé un adénoïdien peut faire des adénoïdites sans végétations, ou des adénoïdites sur des végétations pré-existantes.

Au point de vue des complications cette distinction n'a pas grande importance ; une mastoïdite, une otite grave, une adénite abcédée seront aussi bien provoquées par une adénoïdite évoluant dans un cavum libre, que par une poussée infectieuse évoluant sur des masses adénoïdes hypertrophiées.

Mais au point de vue chirurgical elle a une grande valeur.

Si l'infection périphérique a pour origine un rhino-pharynx, libre de végétations, l'intervention chirurgicale n'a pas de raison d'être. Où il n'y a rien la curette perd ses droits.

Mais si, au contraire, la cause infectieuse primitive est constituée par un bloc d'adénoïdes infectées, il peut être intéressant d'enlever immédiatement la cause de l'infection, de pratiquer à chaud le curettage du cavum.

Cette ligne de conduite, dont je suis devenu par expérience partisan, n'est point admise et le contraire est enseigné partout.

Actuellement dans le cours des complications infectieuses aiguës provoquées par des végétations adénoïdes, l'abstention est la règle.

On ne procède à l'ablation que plus tard après la défervescence.

Dans la « Thérapeutique des maladies des fosses nasales, » de Lermoyez, on peut lire, à propos du curettage des adénoïdes : « Il existe des contre-indications momentanées : C'est la coexistence d'une adénoïdite, d'une otite aiguë, d'un léger état fébrile ».

Calmettes écrivait également : « Les inflammations aiguës des organes voisins sont une contre-indication momentanée de l'opération des adénoïdes ».

Pendant longtemps je suivis scrupuleusement ces indications, mais je me suis lassé à la longue d'assister en spectateur à l'évolution des complications aiguës des adénoïdes, et je me suis demandé s'il n'y avait pas mieux à faire en présence d'une otite aiguë, d'une mastoïdite, d'une adénite que d'attendre le moment d'ouvrir un tympan, une mastoïde ou un ganglion abcédé, et s'il n'y aurait pas avantage à agir sur la cause dès le début, à opérer de suite.

Les faits parleront mieux que toutes les expositions théoriques.

Je vais relater quelques cas typiques qui permettront au lecteur de juger :

I. — Je vois, dans une famille, une fillette atteinte d'otite aiguë avec fièvre intense, douleurs vives, mastoïde rapidement douloureuse, adénite retro-maxillaire.

La veille le tympan a cédé et l'oreille donne issue au pus. Je constate la présence d'adénoïdes hypertrophiées, j'en propose l'ablation immédiate, on ne l'accepte pas et j'assiste à l'évolution de l'otite, qui, soignée, drainée soigneusement, ne disparaît qu'au bout de cinq semaines.

Pendant le cours de cette affection, la sœur de la malade, âgée d'un an de moins, est prise un soir de fièvre intense, de douleurs d'oreilles très vives, la mère, qui depuis 10 jours voyait se dérouler chez la fillette aînée une série d'accidents menaçants, redoutant les mêmes inquiétudes, me permet d'enlever les adénoïdes hypertrophiées, cause certaine de tout cet ensemble dramatique.

En pleine température de 39° je curette le pharynx ; le lendemain matin l'enfant a dormi, donne 37°, ne souffre plus de l'oreille et sa convalescence suit son cours.

II. — Dans le service de Clocheville, je reçois une fillette de 4 ans, atteinte d'otite aiguë avec fièvre intense et suppuration de l'oreille. Depuis la veille la région mastoïdienne est tendue, œdématisée, très douloureuse.

Le matin même de l'entrée j'enlève les adénoïdes.

Le lendemain on constate une détente très nette. La température a baissé. La douleur et l'œdème de la mastoïde disparaissent et nous n'avons plus qu'à traiter l'otite simple. J'eus la conviction dans ces cas d'avoir évité une trépanation de l'apophyse.

III. — On amène à Clocheville une fillette de 10 ans présentant une volumineuse adénite aiguë retro-maxillaire. On a la sensation d'être en présence d'un adeno-phlegmon qu'il sera nécessaire d'ouvrir rapidement.

L'hypertrophie des adénoïdes est considérable. Je les enlève immédiatement, la fièvre tombe dès le lendemain, l'œdème du cou s'affaïsse et l'adénite disparaît graduellement sans qu'il soit nécessaire d'inciser.

IV. — Un enfant de 4 ans nous arrive dernièrement avec une figure œdématisée. Les narines sont excoriées, la lèvre inférieure volumineuse, la conjonctive injectée, le nez obstrué, rouge, œdématisé, atteint d'une rhinite aiguë à l'aspect d'un début d'Erysipèle.

J'enlève les adénoïdes, cause probable de cette poussée infectieuse, et au bout de deux jours la fièvre est tombée et graduellement le nez retrouve son état normal.

V. — Il y a peu de temps, mon collègue, le D<sup>r</sup> Gaudeau, m'envoie de sa consultation de Clocheville un bébé de trois mois, étouffant littéralement, présentant de la fièvre, ne pouvant téter, en pleine poussée d'adénoïdite. J'enlève les végétations adénoïdes — on garnit l'enfant d'une voilette aseptique et on le rend à sa famille. Quelques jours après on nous le fait revoir respirant librement et ayant déjà augmenté de poids.

VI. — Il y a deux mois à peine, je vois en ville avec notre confrère, le D<sup>r</sup> Malaval, un enfant de 10 ans présentant un adeno-phlegmon du cou. Le petit malade venait de subir huit jours de grippe, lorsque tout à coup la fièvre se rallume et on voit apparaître une grosse adénite retro-maxillaire.

L'infection gagne rapidement le tissu cellulaire périphérique. Au moment de notre visite les parties latérales du cou, jusqu'au niveau de la clavicule, sont dures, œdématisées, douloureuses. Le malade ne peut tourner la tête, immobilise son cou.

On a l'aspect d'un adeno-phlegmon qui va suppurer et qu'il sera nécessaire d'ouvrir rapidement. C'est du reste en prévision de cette incision que l'on m'a demandé.

Le malade est un grand garçon au faciès nettement adénoïdien. La mère nous raconte qu'on a voulu lui enlever des végétations adénoïdes, que par simple répugnance elle a attendu.

Le toucher indique du reste de grosses masses hypertrophiées. Avec mon confrère, qui partage mon opinion, je demande aux parents d'intervenir de suite, ajoutant qu'une ablation rapide pourrait peut-être enrayer le phlegmon.

On accepte nos propositions et à 3 heures, le même jour, alors que le malade donne 38,5, je curette le pharynx d'où j'extrait de volumineux paquets. L'hémorragie consécutive ne dépasse pas la moyenne.

Le lendemain le malade a 37° à l'aisselle, il tourne la tête facilement, l'adénite a diminué de moitié et quelques jours après il est complètement guéri.

Je pourrais, en relevant nos feuilles de Clocheville, multiplier les exemples du bénéfice que peut retirer d'une intervention immédiate un adénoïdien en état d'infection aiguë. Le chiffre des observations serait imposant car, depuis longtemps, nous avons adopté ceuramment cette ligne de conduite. Et nous sommes encore à attendre un fait où des accidents consécutifs en restreignent les indications.

Loin de nous arrêter, le bas-âge des adénoïdiens nous a paru une indication pressante d'intervention à chaud.

Chez le nourrisson, plus souvent qu'on ne le croit victime de ses adénoïdes, la présence de ces masses hypertrophiées, datant de la vie utérine très souvent, n'est révélée le plus souvent au médecin qu'à l'occasion d'une poussée d'adénoïdite.

On nous les amène que lorsqu'un accès de fièvre, un écoulement nasal, ou une adénite viennent d'apparaître.

La dyspnée nocturne, l'agitation pendant le sommeil, la difficulté de téter qui leur donne l'aspect chétif, malingre avaient passé inaperçues par les parents.

Or, je n'hésite plus, je curette immédiatement. Les accidents aigus se calment et peu de temps après on nous ramène un enfant transformé par une alimentation que rien ne gêne plus.

On peut dire que plus l'enfant est jeune plus l'intervention est simple. Meilleurs en sont les résultats.

Chez ces bébés l'hémorragie est insignifiante. Après l'opération, le nourrisson se met au sein, et s'endort. Un peu de vaseline dans le nez et une voilette de gaze stérilisée protège la plaie contre les poussières.

On vient de voir quels énormes bénéfices on gagne à enlever, dès le début des accidents infectieux, des adénoïdes infectées et on se demande quels dangers on fait courir au malade.

### Les hémorragies ?

On constate bien que dans ces interventions à chaud la perte de sang est un peu plus grande, mais la différence est souvent peu appréciable et je n'ai jamais observé dans ces cas ni d'hémorragie primitive ni d'hémorragie secondaires.

On ne peut, sous ce rapport, assimiler l'amygdale pharyngée à l'amygdale palatine.

Jamais les vaisseaux des adénoïdes ne prennent le développement qu'ils peuvent atteindre dans les amygdales palatines hypertrophiées chez lesquelles l'hémorragie primitive ou secondaire est déjà à craindre à froid.

Les faits d'hémorragies consécutifs à l'ablation d'adé-

noïdes sont très rares. Ils concernent des hémophiliques qui saignent aussi bien à froid qu'en cours de maladie aiguë. Je n'ai le souvenir que d'un seul cas chez lequel un petit malade de mon ami, le confrère Stecevitz, nous donna une hémorragie le cinquième jour après un curetage fait à froid.

On a observé que ces accidents peuvent être imputables au chirurgien. Si la curette n'a pas été appuyée fortement sur la voûte du cavum, les végétations coupées par le milieu et non à leur base saignent davantage et l'hémostasie spontanée peut être plus difficile en tissu pathologique qu'en tissu sain.

Dans notre service de Clocheville, tous les ans nous observons au plus deux ou trois hémorragies consécutives à l'ablation d'amygdales, hémorragies qu'une pointe de galvano ou une injection de sérum gélatiné arrêtent facilement, mais sur un nombre considérable d'adénoïdes enlevées (en 1907 je trouve 612 ablations de végétations ou amygdales), jamais nous n'avons rencontré d'hémorragies provenant d'un curetage du cavum et nécessitant un traitement.

S'il ya lieu d'établir quelques réserves sur ce sujet, elles ne concerneraient que l'adulte chez qui les végétations dures, fibreuses, peuvent donner lieu à des hémorragies profuses.

On peut objecter qu'une intervention dans un foyer infecté ouvre des lymphatiques qui peuvent à leur tour, devenir l'origine de **Nouvelles infections**.

Cette objection a de la valeur et c'est certainement elle, plus que les craintes d'hémorragies, qui ont dicté la règle classique actuelle.

On remarque que les conditions, au milieu desquelles évolue un cavum infecté, sont bien spéciales. Obstrué par les masses adénoïdiennes, par l'augmentation de volume de sa muqueuse, il constitue en cours d'infection une cavité close où la rétention joue un très grand rôle. L'obstruction des trompes et des choanes par les bourrelets de la muqueuse enflammée augmente la tension de l'oreille moyenne et des tissus. Il y a là des conditions analogues à celles d'un phlegmon bridé par une peau intacte.

La curette, en abattant les adénoïdes, en éraillant forcément la muqueuse, ouvre il est vrai des vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais en même temps les vide, draine et transforme en cavité ouverte une cavité close infectée.

L'intervention joue le rôle d'une incision sur la surface tendue d'un phlegmon.

L'ouverture des vaisseaux provoque un écoulement de sang et de lymphes qui viennent laver, irriguer la cavité en sens inverse du courant infectieux.

Je crois donc que la peur d'élargir une infection est bien illusoire.

Du reste les faits sont là, et constamment après une intervention sur des adénoïdes infectées on relève un abaissement de température semblable à celui qui suit une ouverture d'un foyer purulent en état de tension.

En beaucoup d'autres circonstances est-ce que la Chirurgie ne s'attaque pas directement aux sources mêmes d'une infection sans crainte de traumatiser les tissus environnants ?

Nous ouvrons constamment un foyer d'ostéomyélite aiguë. Quand l'utérus contient un résidu placentaire qui donne lieu à des complications infectieuses de voisinage, nous allons enlever à la curette le cotyledon septique, nous drainons la cavité utérine.

La perte de sang consécutive à l'ablation des adénoïdes est loin d'être à craindre, elle remplit les conditions d'une saignée locale.

L'action bactéricide du sang qui s'écoule, exerce une action protectrice contre une réinfection pourvu que l'opérateur ne vienne pas troubler cette réaction de défense par d'intempestives irrigations.

C'est là, soit dit en passant, la raison qui m'a toujours empêché de laver un cavum cureté.

Il est, je crois, imprudent de venir à grand renfort de seringues ou de bocks détruire l'épithélium des parties saines, leur enlever le mucus défensif, faire passer dans les fosses nasales toujours plus ou moins septiques, un liquide pour l'amener sur la plaie vive que vient de produire une curette.

La douche de Weber, les énémas, ont plus infecté de trompes et de sinus qu'ils n'en ont nettoyé.

L'ennemi à craindre après un curetage ce sont les poussières et pour nous en garantir il est bien facile d'imprégner la muqueuse de vaseline stérilisée introduite par les deux narines pendant que l'enfant est en position horizontale, d'éviter de balayer et d'épousseter pendant deux ou trois jours l'appartement qu'habitera l'opéré, et, s'il y a lieu, de le transporter, le munir d'une voilette faite avec un peu de gaze stérilisée.

Je conclus en demandant qu'en présence des faits on réforme cette règle classique qui ne permettait de curetter des adénoïdes qu'en l'absence de toute fièvre.

Je crois qu'il est des circonstances où un curetage à chaud, pratiqué au début d'une infection périphérique, arrêtera l'évolution de complications sérieuses.

## Actualités Médicales

### A propos de l'Impôt sur le Revenu.

Il y a « Revenus et Revenus » tout comme il y a « fagot et fagot », tout comme il y a « électeur influent et électeur influent » (celui qui porte la valise de son député, et celui qui fait porter sa valise par son député).

C'est ce que cherchent à démontrer nos honorables représentants à notre Grand Argentier, qui ne veut rien savoir et qui veut rogner indistinctement la part de l'Impôt progressif, cédulaire et global sur tous les revenus, y compris, bien entendu, ceux pourtant bien maigres des médecins.

Si ce n'était pas toujours le pauvre contribuable qui paie les pots cassés et les bévues parlementaires, on se tordrait comme une bande de petites folles à la lecture des comptes rendus des séances de la Chambre à l'occasion du lessivage de l'assiette au beurre ! pardon je voulais dire de la fabrication de la nouvelle assiette de l'Impôt.

Parmi nos parlementaires, les plus farouches partisans de l'impôt sur le Revenu sont parfois dans un aussi cruel embarras que Rodrigue entre Chimène et son papa.

Ces farouches ont promis à leurs électeurs l'Impôt sur le Revenu d'une part, mais d'autre part ils ont poussé leurs électeurs à constituer des coopératives, des corporatives, des mutualités, des sociétés pour les logements ouvriers, etc., etc., et pour lesquelles ils avaient fait voter des dégrèvements d'impôts pour les bénéfices réalisés par ces sociétés, à titre d'encouragement ; et vlan ! voilà M. Caillaux qui

demande à prélever la part de l'Etat sur ces revenus ; puisque l'impôt sur le Revenu est l'impôt sur le Revenu, il faut donc que tous les revenus y passent, y compris les revenus des Sociétés philanthropiques, et cela d'autant mieux que l'impôt progressif, global et cédulaire est un impôt philanthropique et *juste* dans son essence.

Pour ma part, je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on dégrève les institutions philanthropiques et les philanthropes qui en vivent, mais à la condition qu'on nous dégrève aussi, nous autres médecins, en proportion des consultations et des visites gratuites que nous donnons, ou que nous faisons à nos pauvres diables de clients.

Il ne faudrait pas oublier non plus qu'il n'est pas une profession libérale ou non qui nécessite autant de frais que la profession médicale : frais d'étude d'abord, puis frais d'installation, d'outillage, de transports, etc., etc.

Et quand je dis qu'il y a revenus et revenus, il suffit, pour comprendre combien j'ai raison, de comparer un revenu *médical* de dix mille francs avec n'importe quel autre revenu : à celui du fonctionnaire qui n'a qu'à attendre le client et à qui on octroie des frais de bureaux ; à celui du rentier qui va toucher ses coupons à l'Etablissement de crédit ou chez son notaire. Ces deux derniers revenus rentrent donc en entier dans les mains des bénéficiaires, tandis que, combien n'en n'avons nous pas laissé de lambeaux le long des rues et des routes, dans le sillage des roues de nos tilburys et de nos autos.

C'est à souhaiter qu'on nous fonctionnarise, ce qui irait peut-être un peu à l'encontre du but actuel que nous poursuivons : le libre choix du médecin, la liberté de confiance.

Le médecin fonctionnaire ! ce serait peu banal — Et, au fait, à quel ministère nous rattacherait-on ?

A l'Intérieur vraisemblablement, ce qui ne nous changerait guère, et nous serions cependant plus justement tributaire des « Travaux Publics » qu'on pourrait désigner plus exactement alors en y ajoutant : « et FORCÉS » — ce qui ne nous changerait pas du tout.

D<sup>r</sup> LÉON LERICHE.

### Que faire d'un enfant qui pisse au lit ?

Par le D<sup>r</sup> BOSC

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Médecin de la Crèche à l'Hospice Général de Tours

Au temps de notre enfance, cette question recevait une solution familiale, qui n'était pas pour embarrasser le praticien : on privait de dessert aux premières manifestations, on donnait le fouet aux récidives, — méthode, qui, pour les raisons que nous exposerons plus loin, donnait d'ailleurs une heureuse proportion de succès : on faisait de la suggestion sans le savoir, et sous une forme héroïque.

Mais l'incontinence nocturne ne tarda pas à traverser une période dite scientifique, d'où elle revint si chargée de traitements incohérents, qu'aujourd'hui encore, lorsqu'on amène consulter un de ces malheureux enfants, le médecin, embarrassé par tant de drogues infaillibles, d'injections et d'électricité, a une tendance fâcheuse à le déclarer incurable, mort socialement, suivant le mot de Pajot (1).

(1) La notion de cette incurabilité est tellement répandue dans le public, que, le plus souvent, on n'en parle même plus au médecin, on la cache comme un deshonneur de famille. Beaucoup d'enfants martyrs sont des incontinents urinaires (Hertoghe).

Le problème est cependant assez simple pour être traité par les axiomes suivants (dont les chiffres n'ont d'autre prétention que de fixer les idées).

1° 98 % des incontinents infantiles sont des nerveux, des psychiques, relevant d'un seul traitement à applications variées, la suggestion, et aisément curables.

2° 2 % à peine ont un rapport avec une maladie organique.

Sur ces 2 %, on recherchera par ordre de fréquence :

1° *La tuberculose rénale*, dont on connaît le retentissement habituel sur la vessie, et à laquelle on doit toujours songer, en présence de phénomènes pollakiuriques (Bazy) : mais l'incontinence, dans la tuberculose rénale, est aussi bien diurne que nocturne.

2° *L'épilepsie infantile*. — Nombre de crises épileptiques n'ont lieu que la nuit, et s'accompagnent de miction involontaire. Mais ces crises ne reviennent qu'à intervalles plus ou moins espacés, — et l'enfant présente le lendemain les stigmates de la crise comitiale, dépression mentale, abattement physique, morsure de la langue.

3° *Quelques cas exceptionnels* de rétrécissement de l'urètre, de cystite, de calculs vésicaux, de pyélite, de pyélonéphrite, et ces faits où la vessie particulièrement irritable a une capacité réduite à 20 grammes, 30 grammes, etc...

Mais là encore, l'incontinence n'est pas uniquement ou surtout nocturne, elle se voit aussi bien le jour que la nuit.

4° Enfin ce qu'on a appelé les *incontinences réflexes*, liées à des malformations ou des irritations de voisinage : phimosis, étroitesse congénitale du méat, certaines variétés d'épispadias ou d'hypospadias, c'est là un chapitre traditionnel, que tous les traités de médecine se passent avec un culte, qui n'appartient qu'aux erreurs (1) : mais de simples coïncidences ne suffisent pas à faire une cause.

En résumé, il existe quelques cas exceptionnels, où le médecin agira sagement, en conduisant son petit malade dans le cabinet du spécialiste. Là les méthodes d'examen modernes, en particulier le cystoscope (2), dont l'introduction est possible dès l'âge de 5 à 6 ans, pourront révéler des lésions de cystite, des altérations des orifices urétraux, des malformations qui indiquent la nature de la maladie.

Nous le répétons, ces faits sont l'infime exception : débarrassée de l'échafaudage qui la masque traditionnellement, étudions donc l'incontinence nocturne infantile, telle qu'elle se présente d'ordinaire à l'examen du médecin.

## I. — INCONTINENCE NOCTURNE ESSENTIELLE

Quand on parle d'incontinence essentielle, on veut dire incontinence, dont on ne connaît pas l'essence (Tédenat).

Les travaux de ces dernières années, inaugurés par la thèse de Guinon (3), ont abouti à une conception simple et logique, qui peut se résumer ainsi :

(1) A propos du phimosis, en particulier, on a édifié un véritable roman de pathologie urinaire, prétexte à retrancher maint prépuce inoffensif : au dernier congrès urologiste, le Docteur Hamonic préconisait encore la circoncision systématique contre l'incontinence infantile : sur 187 circoncisions il relevait 230 guérisons, et 57 opérés perdus de vue : la plupart de ses opérés ne guérirent qu'après 2 à 3 semaines, quelques-uns après 6 semaines seulement.

(2) Desnos, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1908.

(3) Guinon, *Névroses urinaires chez l'enfant*.

Tous ces enfants sont des nerveux, des psychiques.

Si leur incontinence ne se produit le plus souvent que la nuit, c'est qu'il existe, entre le sommeil et la miction involontaire, un rapport que nous allons préciser.

Normalement, la vessie est soumise à deux forces antagonistes ; celle du muscle vésical expulseur, celle du sphincter qui résiste et retient l'urine : toutes les fois que la vessie est pleine, l'urine parvient sur la région membraneuse, celle-ci, douée d'une sensibilité exquise, joue le rôle d'une sonnette d'alarme (Weil) et donne l'éveil à la moelle : de la moelle, la sensation monte au cerveau, et atteint les centres moteurs, qui envoient au sphincter l'ordre de se contracter ; l'urine reste dans la vessie.

Si, la nuit, les choses ne se passent plus ainsi, c'est que les communications entre le cerveau et la vessie sont interrompues (1), et elles peuvent l'être de différentes façons : souvent parce que le sommeil est trop profond, parfois par une sorte d'asphyxie par l'acide carbonique, en particulier chez les enfants atteints d'obstacles respiratoires (végétations, polypes nasaux, goître, etc.), qui ont pendant la nuit une ventilation insuffisante de leur sang ; et, le plus souvent, peut-être, par trouble purement psychique, une sorte d'oubli de fonctionnement que la suggestion rétablit quelquefois d'une façon instantanée.

Alors l'excitation parvient encore à la moelle, mais celle-ci réagit seule, sans le contrôle du cerveau, et laisse le sphincter s'ouvrir. L'enfant commet là un acte de somnambulisme (2) localisé, il réalise inconsciemment pendant le sommeil un acte qui est d'habitude soumis au contrôle de la volonté.

Aussi deux pensées directrices devront guider l'examen du médecin : l'incontinent nocturne est un nerveux, il pisse au lit parce que les communications entre son cerveau et sa vessie sont interrompues.

## II. — EXAMEN DE L'ENFANT.

Il y a deux façons de procéder : l'une, celle du spécialiste, consiste à mettre aussitôt l'enfant sur la table d'examen, à rechercher minutieusement le phimosis, les adhérences préputiales, l'étroitesse du méat, etc... : comme il en existe, à quelque degré chez tous les enfants, ces premières recherches donnent toujours un résultat, si médiocre qu'il soit. — Puis on pratique le cathétérisme à l'aide d'une bougie à boule : et alors, ou bien la sonde pénètre dans la vessie sans rencontrer le moindre obstacle, comme il arrive chez le plus grand nombre des malades sondés, et le médecin déclare, sur la foi de Guyon, qu'il y a *atonie du sphincter* : atonie d'autant plus curieuse d'ailleurs que ce sphincter insuffisant la nuit, fonctionne dans la journée à la satisfaction générale (3). Ou bien la sonde a quelque difficulté à traverser la région membraneuse, en raison du *spasme de ce sphincter*, comme il arrive non moins fréquemment chez tout malade sondé, et le médecin déclare avec non moins de certitude, que l'incontinence est l'effet de ce spasme (4). — Les partisans de ces théories ingénieuses prennent rendez-vous avec les parents pour des séances

(1) M. Perrin, *Société fribourgeoise de médecine*, 18 juillet 1908.

(2) Weill et Péchu, *La Pédiatrie pratique*, novembre 1907.

(3) On a d'ailleurs maintes fois vérifié la manière dont l'urine s'écoule la nuit de la vessie : ce n'est jamais goutte à goutte, comme ne manquerait pas de le laisser faire une atonie sphinctérienne, mais sous forme d'un jet lancé avec brusquerie.

(4) Rochet et Jourdanet (*Gaz. des hôpitaux*, 1897) ont pu réunir quelques cas exceptionnels de spasme vrai : les enfants faisaient de la rétention, et de temps à autre vidaient leur vessie, la nuit en particulier.

d'instillations, de dilatations ou d'électricité ; mais ils ont parfois le désagrément de ne plus revoir leurs petits malades. — Le simple passage d'une bougie exploratrice, effectué dans l'impressionnant décor du cabinet médical, a guéri l'enfant, qui a laissé sur la table d'examen son infirmité, et les théories de son médecin. L'autre méthode, — la meilleure à notre avis. — consiste à s'enquérir d'abord de l'hérédité : on apprendra ainsi que le nervosisme règne en maître dans la famille, que le père ou la mère, ou des frères et sœurs ont été atteints de la même infirmité ; parfois l'interrogatoire des parents fera découvrir des antécédents plus précis : hystérie, hypocondrie, débilité mentale, accès de somnambulisme, alcoolisme, etc....

Les enfants (presque toujours des garçons) présentés au médecin, peuvent eux-mêmes être catalogués en deux variétés : les uns, éveillés, intelligents, mais émotifs, excitable, rêvant la nuit, sont de simples psychiques, et cette infirmité n'est chez eux qu'un stigmate léger d'hérédité nerveuse : elle ne s'oppose nullement à l'intégrité cérébrale.

Les autres sont des dégénérés, depuis les simples indisciplinés, méchants, sournois, jusqu'aux débiles, imbéciles, idiots épileptiques (ce sont les incontinents des asiles), ornés de tous les stigmates physiques de dégénérescence (asymétrie crânienne, prognathisme, etc.)

Les uns et les autres présentent souvent les petits signes de l'hypothyroïdie (Hertoghe), et les végétations adénoïdes sont particulièrement fréquentes chez eux (Major-Lienn).

L'interrogatoire révèle les caractères habituels de l'incontinence nocturne : l'infirmité s'est établie parfois par simple persistance chez l'enfant des habitudes du premier âge, le plus souvent elle n'est apparue qu'à 4, 6, 10 ans, etc... sans cause apparente, ou à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'une maladie aiguë. Les uns mouillent à peine leur lit, les autres ont des mictions si abondantes que la literie est traversée ; le réveil à heures fixes, plusieurs fois la nuit, que les parents essayent toujours avant de consulter un médecin, ne sert à rien : l'enfant se lève docilement, pisse dans son vase, se rendort, et mouille de nouveau son lit. — Le plus souvent d'ailleurs ces mictions involontaires ne le réveillent pas, et il ne se souvient de rien, le matin. — Il y a des périodes d'amélioration, d'arrêt, et d'autres périodes de recrudescence : dans la journée, la plupart retiennent leur urine, tout en restant des pollakiuriques, astreints à uriner toutes les heures, toutes les deux heures.

La guérison spontanée peut survenir brusquement à la suite d'une maladie aiguë, d'une émotion, d'une menace ; ordinairement elle se produit vers l'adolescence, au moment où le sommeil devient moins lourd. Quelques-uns resteront des pollakiuriques nocturnes, sentant le besoin d'uriner, et obligés de se lever plusieurs fois la nuit pour le satisfaire. Certains deviendront des psychopathes urinaires (spasme de l'urètre, névralgie vésico-urétrale) ou génitiaux (hypocondrie, spermatorrhée, etc.) (1) — Très rarement l'incontinence persiste jusqu'à l'âge adulte, et constitue une infirmité incurable : c'est le fait surtout des grands dégénérés.

### III. — TRAITEMENT.

A). *Recommandations d'ordre général.* — Une fois l'interrogatoire et l'examen de l'enfant terminés, les parents seront pris à part, et on essaiera de leur faire comprendre que le traitement doit porter sur le psychisme du petit malade : on leur laissera entendre avec tact et mesure que

le succès est lié au degré d'intelligence et d'éducation de leur enfant : qu'il y a tout à espérer d'un enfant intelligent, qu'il n'y a presque rien à attendre d'un dégénéré complet.

On peut d'ailleurs leur promettre un résultat favorable dans 85 0/0 des cas : c'est la proportion moyenne des statistiques — quel que soit le mode de traitement. — Enfin, ils seront prévenus qu'en cas d'échec, une autre méthode peut donner un succès, là où la première a échoué ; que plusieurs tentatives variées sont parfois nécessaires avant d'obtenir un résultat définitif, et ils seront convaincus de la nécessité de poursuivre le traitement un certain temps après la guérison, afin d'éviter des rechutes, qui sont particulièrement fréquentes, dans cette infirmité.

Une autre question se pose, ces traitements sont-ils indispensables ? — La question a été résolue par Farez pendant le sommeil naturel, par Liebault, Bérillon, Culler, etc.... pendant le sommeil hypnotique : les uns et les autres ont obtenu, même à l'âge de 4 ans, de 3 ans (Bérillon) des cures définitives par la suggestion (1) pure et simple — Mais les pratiques de l'hypnose classique, toujours un peu dramatiques, ne sont pas acceptées sans répugnance par les familles, qui refuseront souvent de laisser endormir leur enfant. Ces manœuvres ne sont peut-être pas sans inconvénient d'ailleurs, sur des cerveaux de nerveux, et peuvent être le point de départ d'autres troubles psychiques.

On se contentera de solliciter le concours mental de l'enfant, de pratiquer, suivant le mot à la mode, de la rééducation psychique en lui expliquant que le traitement va le guérir pour peu que lui-même s'applique à le seconder. On se gardera des affirmations solennelles de guérison instantanée et définitive, — qui en cas d'échec, entretiendraient dans son esprit une méfiance prolongée, — et on se rappellera par ailleurs que les longs raisonnements (2), si souvent nécessaires chez l'adulte, sont rarement de mise chez l'enfant. — La suggestion se fera sous forme de quelques affirmations très simples, parfaitement rationnelles, et aidées d'un appel aux sentiments d'amour-propre de l'enfant : la plupart de ces petits malades, dégoutés de leur infirmité, ne demandent d'ailleurs qu'à guérir le plus rapidement possible. — En un mot la suggestion, loin d'être imposée, sera voulue et consciemment donnée par le sujet lui-même (3).

Nous indiquons maintenant les différentes méthodes auxquelles le médecin peut recourir : nous les donnons par échelle de simplicité, — et de préférence personnelle, — et, dans chacune d'elles, nous mentionnerons également par ordre les procédés qui nous paraissent les meilleurs.

(1) Quand on emploie le sommeil hypnotique, on suggère à l'enfant l'idée qu'il sentira le besoin d'uriner pendant le sommeil, — et qu'il se réveillera pour satisfaire ce besoin. — On peut aussi procéder en deux étapes : dans une première séance, on suggère l'idée de se réveiller à heure fixe pour uriner une fois dans le milieu de la nuit, ou dans le premier tiers (il est indispensable de placer dans la chambre une pendule ou un réveil sonnant l'heure indiquée pour la miction ordonnée). Puis quand ce résultat est obtenu, on lui commande de résister à son besoin tout en dormant, — chez les sujets très faciles à suggestionner, on peut simplement suggérer l'idée qu'ils ne pourront plus jamais uriner dans la station horizontale, — qu'il leur sera désormais indispensable d'être debout pour vider leur vessie. Dans tous les cas, il faudra aussi persuader que la guérison persistera même après la cessation du traitement, sous peine de voir l'affection récidiver.

Deschamps. *Annales de Méd. et Chir. infantiles* 1908.

(1) Paul Emile Levy. *Neurasthénie et névroses*. Leur guérison définitive en cure libre.

(2) Idem.

(1) Association des Urologistes, 1908.

B) *Hygiène générale.* — En quelques cas, elle peut suffire à assurer la guérison, elle est, en tout cas un adjuvant précieux dans l'emploi des autres méthodes. L'enfant sera tonifié, s'il est besoin, pour son état général ; il sera, l'été, conduit aux bains de mer, ou à Salins, ou Salies de Béarn, à Briscous-Biarritz. L'hydrothérapie ne lui sera refusée sous aucune forme : lotions tièdes ou froides, drap mouillé laissé le matin d'un quart d'heure à une heure. Un bain de siège bien froid donné le soir au moment de se coucher.

Son régime alimentaire sera aussi peu carné que possible ; ni vin, ni thé, ni café, ni alcool : les boissons seront diminuées aux repas, en particulier à celui du soir ; un demi-verre sera suffisant pour un enfant de six ans par exemple, on ne donnera de liquide que juste ce qu'il faut pour ne pas étouffer — (Variot).

On l'entraînera pendant la journée à conserver ses urines le plus longtemps possible, pour accroître la tolérance de sa vessie, et éduquer son sphincter ; la nuit on exhaussera les pieds du lit, de façon à ce que le siège étant plus élevé que la tête, le contact de l'urine, avec la région membraneuse, point de départ du réflexe mictionnel, soit retardé le plus possible.

On s'inquiétera du chimisme urinaire ; le bicarbonate de soude sera donné avec uricémiques : l'urotropine à la dose de cinquante centigrammes par jour sera réservée aux urines alcalines.

Enfin si l'enfant présente des signes nets d'infantilisme si c'est un enfant retardataire et arriéré, on aura avantage à essayer des préparations thyroïdiennes : elles peuvent donner des succès définitifs en dehors de toute autre médication. — Il sera bon également de vérifier son nasopharynx, et de faire, d'un coup de curette, tomber des végétations trop encombrantes.

#### C) Médicaments donnés par la voie gastrique.

1° *La Belladone* est un des médicaments qui donnent le plus de succès : admettons avec les auteurs classiques qu'elle le doit à son action antispasmodique.

On donnera de préférence la solution de sulfate d'atropine au millième, la résistance à l'intoxication étant plus grande chez les enfants pour les solutions d'atropine que pour les préparations belladonnées.

On formulera : { Sulfate neutre d'atropine... 0 g. 01 centigr.  
{ Eau distillée ..... 10 grammes.

et on prescrira un nombre de gouttes en rapport avec l'âge du petit malade. — Voici les doses pour un enfant de six ans :

Commencer par quinze gouttes, dans une cuillerée d'eau sucrée, réparties le matin, à midi et le soir, si l'incontinence est à la fois diurne et nocturne, ou données dans une seule prise, après dîner si l'incontinence est uniquement nocturne. Augmenter de trois gouttes par jour jusqu'à 30 gouttes par jour (soit un milligramme et demi d'atropine) ; maintenir cette dose pendant deux à trois jours. Si l'affection a cédé avant cette date, il est bon de continuer le traitement jusqu'au bout pour assurer la persistance plus certaine de la guérison. — Parfois on a vu des enfants guérir définitivement après la première prise, ou au bout de cinq à six jours. En cas d'échec, on peut recommencer une seconde fois, après une quinzaine de jours, et au besoin, en augmentant les doses, si la résistance du sujet le permet.

Pour les tout jeunes enfants, on commence par six gouttes jusqu'à quinze, et vingt gouttes au maximum.

— Pour les grands de 13 à 14 ans, on peut aller sans inconvénient jusqu'à cinquante gouttes.

Quand on donne la dose totale, en une seule fois, il est prudent de la diminuer d'un tiers environ.

Pendant l'administration du médicament, on surveillera les phénomènes d'intoxication belladonnée, en particulier la sécheresse de la bouche et la dilatation pupillaire ; ils n'apparaissent d'ailleurs que dans les cas rebelles où il faut donner des doses considérables : jamais, avec ces chiffres, on n'a eu d'accidents graves.

2° *L'extrait de belladone* a été préconisé par Trousseau, comme l'arme thérapeutique la plus puissante contre l'incontinence nocturne. La dose initiale est de 1 centigramme d'extrait de belladone, tous les soirs au moment du coucher ; augmenter de 1 centigramme tous les 4 ou 5 jours, de façon à arriver aux doses de 10, 15 et même 20 centigrammes pris en une fois au moment du coucher, si la tolérance le permet.

L'énurésis cède en général à ce moment, mais il faut maintenir cette dose maxima pendant des semaines et même deux ou trois mois ; on diminue ensuite progressivement les doses.

On peut associer l'extrait de belladone à la poudre, et formuler :

Extrait de belladone }  
Poudre de belladone } à à 0 g. 01 centig.

pour 1 pilule, et dans ce cas ne pas dépasser la dose de 8 à 10 centigrammes.

3° *L'antipyrine*, préconisée par Perret et Devic (1), est assez efficace, à la dose de 2 à 3 grammes prise le soir en deux ou trois fois à une heure d'intervalle.

4° *Le Bromure de Potassium* est généralement délaissé aujourd'hui. Bouchut le préconisait à la dose de 3 à 4 grammes par jour : Weil, qui lui doit des succès, a pu élever ces doses sans inconvénient, jusqu'à 8 à 10 grammes par jour.

5° *L'adrénaline* vient d'être recommandée par Ferrari, prise à l'intérieur à la dose de 20 à 40 gouttes de la solution au millième deux fois par jour ; elle lui aurait donné de nombreux succès.

6° *La noix vomique* et les médicaments que nous allons maintenant passer en revue, ont été administrés avec l'idée systématique de lutter contre l'atonie du col : ils donnent certainement des résultats inférieurs aux précédents.

7° *Sulfate de strychnine.* — Trousseau n'a pas craint, en débutant par deux doses de 2 milligrammes et demi chaque, et en augmentant de 2 milligrammes et demi tous les deux jours, d'arriver, en cas de tolérance, aux doses de cinq à six centigrammes par jour. Malgré tout le respect dû à ce grand clinicien, nous ne saurions trop conseiller l'oubli d'un pareil traitement.

Nous n'avons pas un enthousiasme beaucoup plus grand pour le sirop de strychnine à cinq centigrammes de sulfate de strychnine par 100 grammes de sirop de sucre, dont une cuiller à café correspond à peu près à 2 milligrammes et demi. On le donne de la façon suivante : deux cuillers à café, 1 le matin et 1 le soir pendant deux jours ; deux jours d'arrêt, et si ces premières doses ont été bien sup-

(1) Perret et Devic Buisson, in thèse, Lyon 1890. De l'antipyrine dans certaines affections de l'enfance.



Ce procédé évite au petit malade et au médecin l'ennui d'introduire un cathéter dans l'urètre, et ne donne pas de résultats inférieurs aux autres méthodes.

2° *Procédé de Guyon.* — On introduit vers la région membraneuse de l'urètre une olive métallique terminant une bougie qui est revêtue d'un manchon isolant. L'olive communique avec le pôle négatif d'un appareil d'induction. Le pôle positif est placé sur le pubis. Le courant induit sera comme dans le cas précédent, à interruptions lentes : on fera des séances de 2 à 3 minutes tous les deux jours.

3° *Procédés d'électrisation galvanique.* — Il y en a de nombreux (Stevaenson, Weill, Marqués, etc...) aucun d'eux n'est de nature à intéresser le médecin praticien. Ils peuvent être décrits de la façon schématique suivante : une électro de négative est placée à la région lombaire, une ou deux positives au périnée : on fait passer un courant, dont l'intensité mesurée en milliampères, varie avec chaque procédé, de 10 à 60 et 80 milliampères : séances d'une demi heure à trois quarts d'heure. D'autres auteurs combinent dans une même séance, la faradisation avec la galvanisation (Erb, Bidon).

4° *Procédés d'électrisation générale.* — Avec non moins de succès, on a utilisé l'électricité statique : on soumet le malade à un bain d'électricité statique, de quinze minutes environ, et on fait suivre ce bain d'une application d'étincelles sur la région lombaire pendant cinq minutes (Deschamps) 1). Dans le même ordre d'idées, Estraband a employé avec succès les rayons X (2).

F). *Traitement local.* — Contrairement à l'opinion des spécialistes c'est celui dont on peut se passer le plus facilement dans la cure de l'incontinence essentielle. Il ne donne de résultats qu'autant que l'enfant est averti du but qu'on se propose, car aucun de ces procédés ne peut avoir la prétention d'éveiller la sensibilité urétrale, ou de vaincre la résistance d'un sphincter comme on le croyait autrefois ; on pourra essayer à tour de rôle.

1° Les instillations de nitrate d'argent, ou de sulfate de cuivre, au niveau du col vésical.

2° Inversement les instillations de cocaïne au même niveau.

3° La dilatation progressive avec de gros béniqués (Roclet et Jourdanet).

4° *La dilatation graduelle de la vessie.* Par des injections intra-vésicales, Haven, de Boston, injecte de l'eau bouillie

ou de l'eau boriquée faible, tiède, jusqu'à ce que l'envie d'uriner apparaisse. Le malade doit garder ce liquide le plus longtemps possible, 10 à 15 minutes dans les débuts, davantage dans les séances ultérieures. Il augmente la quantité du liquide progressivement, et arrive à injecter 500 à 600 grammes en une fois. La durée du traitement est de trois à cinq mois. (Weil.)

#### IV. — RÉSULTAT. MARCHÉ A SUIVRE.

Le médecin a donc à sa disposition, pour lutter contre l'incontinence essentielle, des armes thérapeutiques suffisamment nombreuses : en quelques cas, la première employée lui donnera un succès éclatant et définitif, d'autrefois, il devra recourir à plusieurs méthodes successives, avant d'obtenir un résultat. En retenant nos têtes de chapitre, voici l'ordre dans lequel on aura intérêt à procéder :

1° Débuter par le traitement médicamenteux belladonné avec la solution d'atropine au millième ;

2° Essayer ensuite les injections épidurales de Cathelin, qui sont d'une technique facile, et n'ont aucun inconvénient.

3° Pratiquer, en cas d'échec, la faradisation suivant la méthode très simple de Genouville et Compain.

4° Et enfin, passer quelques béniqués, ou déposer à l'aide d'une sonde quelques gouttes de nitrate d'argent au niveau du col vésical.

Si ce premier cycle est impuissant à guérir l'incontinence, on pourra choisir dans chacun de nos paragraphes, toute autre méthode, mais en se rappelant qu'elles n'ont de valeur que si leur action est fortifiée par un traitement psychique, et une suggestion douce et patiente. En quelques cas, on échouera, et on perdra son temps à vouloir rétablir les communications entre le cerveau et la vessie, pour l'excellente raison que le cerveau du petit infirme n'est apte à recevoir aucune communication.

**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.

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

(1) Dans cet ordre d'idées, il n'y a aucun motif pour s'arrêter : c'est ainsi que Giordano, de Venise (Congrès de l'association des Urologistes 1908 dans un cas où tous les traitements avaient échoué, souleva le col vésical, en le sanglant sous l'arcade pubienne au moyen de 2 lambeaux musculaires rabattus, pris aux muscles droits et entrecroisés derrière l'urètre isolé sur une sonde, au niveau du col après symphyséotomie ! L'incontinence voulut bien disparaître la suite de cette intervention.

**IODO-JUGLANS** (Extrait de Noyer iodé) La plus saine et la plus énergique des préparations iodotanniques. 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. DÉPÔT TOUTES PHARMACIES. — Vente de gros : H. MORAND, Pharmacien, AURAY (Morbihan).

## Contribution à l'étude de la Camptodactylie

Par le D<sup>r</sup> GABRIEL POUVREAU  
D'Archigny (Vienne)

(Thèse de Bordeaux, 1909.)

La question de la *Camptodactylie* a fait l'objet, dans ces dernières années, de nombreux travaux; pour ne parler que des plus récents, nous citerons les recherches de Milian et Crépin, à Paris, de Horand et Poncet, à Lyon; de Mossé et Boyer à Toulouse et celles qui ont été publiées dans ce journal par Louis Dubreuil-Chambardel.

M. Gabriel Pouvreau, dans une thèse fort importante, soutenue ces jours derniers devant la Faculté de Bordeaux, vient de reprendre en détail l'étude de cette variation et apporte dans le débat un faisceau important de documents inédits sous la forme d'une trentaine d'observations personnelles.

L'auteur, après avoir donné la description des doigts camptodactyliques, s'étend sur l'étiologie de cette curieuse disposition anatomique dont il constate le caractère nettement héréditaire: il insiste sur ce fait qu'il a trouvé des doigts en crochet chez de tous jeunes enfants, la malformation paraît donc être aussi congénitale.



M. Pouvreau consacre un chapitre entier à la pathogénie, nous devrions dire plutôt à la *morphogénie* de la camptodactylie et passe en revue les diverses théories qui ont été émises pour en expliquer la formation. D'abord les théories pathologiques; il y en a quatre: théorie arthritique de Landouzy; théorie tuberculeuse de Poncet; théorie dégénérative de Féré; théorie infectieuse de Mossé.

« La camptodactylie tour à tour attribuée à l'arthritisme, à la dégénérescence, à la tuberculose, se rencontre chez des intoxiqués de toutes sortes. Elle ne peut donc être un signe pathognomonique d'aucune de ces maladies. En est-elle même le résultat? N'est-ce pas abuser ici de la loi des coïncidences et établir un argument de cause à effet beaucoup trop spéculatif. De ce que nous rencontrons la campto-

dactylie chez des arthritiques, des tuberculeux, des dégénérés, il n'en faut point forcément conclure que nous sommes en présence de causes et d'effets. Bien mieux la présence d'une déformation unique dans un si grand nombre d'affections variées, nous conduit à penser qu'il doit exister du côté où se produit cette malformation un terrain particulier, un trouble qui lui, seul, serait notre cause cherchée. Voyons donc si du côté des os nous ne relevons aucun fait particulier et si nous ne trouvons pas dans un trouble anatomique la cause de la camptodactylie. »

M. Pouvreau expose alors la théorie anatomique soutenue par Louis Dubreuil-Chambardel, et l'adopte entièrement. Il décrit les variations constantes qu'on observe sur la phalange de l'auriculaire et montre que ces variations sont primitives, et non secondaires à une affection pathologique.

Parmi les observations qu'il apporte comme preuves, il convient de signaler les observations XIV<sup>e</sup>, XV<sup>e</sup>, XVI<sup>e</sup>, et XVII<sup>e</sup>. Elles concernent une famille où la camptodactylie a nettement présenté un caractère héréditaire. Une femme F. 45 ans, ménagère, a de la camptodactylie aux deux mains; à gauche, le petit doigt forme un angle droit, ce qui est un fait très rare; nous donnons ici la photographie de ce doigt. Les trois filles de cette femme, âgées de 15, 19 et 21 ans, ont toutes les trois des déviations très accentuées de l'auriculaire. L'auteur a particulièrement examiné ces sujets pour savoir s'il ne se trouverait pas chez eux d'autres malformations, dont l'ensemble pourrait donner à penser qu'il s'agit là de dégénérescence; il n'en a trouvé aucune.

Voici les conclusions de l'auteur:

- I. — La camptodactylie est une malformation héréditaire.
- II. — La camptodactylie est une malformation congénitale.
- III. — Elle se rencontre chez des arthritiques, des tuberculeux, des dégénérés, des intoxiqués de toutes sortes, mais n'est pas le résultat de ces divers intoxications.
- IV. — C'est une affection primitive due à des déformations osseuses et à des troubles de l'ossification des phalanges.

D<sup>r</sup> PAUL D.

**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.

**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.

## BULGARINE

Culture pure en milieu végétal de ferments lactiques bulgares

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

Bien formuler { 1<sup>o</sup> Comprimés de Bulgarine: 4 à 8 comp<sup>s</sup> par jour (la b<sup>te</sup> de 40 comp<sup>s</sup>: 3 fr. 50);  
l'une des 2 formes { 2<sup>o</sup> Bouillons de Bulgarine: 4 verres à madère 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).

**DIABÈTE : PAIN FOUGERON****Syndicat Médical****Projet d'entente cordiale Intersyndicale**

Réunion du 6 février 1909

## Présents :

MM. GAIRAL, JEAN NOIR.  
 MM. ANDRÉ, ARCHAMBAULT, AUDBERT, BALMELLE, BARNSBY, BATY, BOSCH, BOUREAU, CHAUMIER, M<sup>lle</sup> CHRZANOWSKA, MM. COSSE, COSSON, DAGUE, DECOURT, DEVOUSSOUX, DUBREUIL-CHAMBARDEL, DURAND, FARÉ, FAULOG, GAUDEAU, GILLARD, DE GRAILLY, GRASSET, GRODVOLE, GUÉRARD, HÉRON, JACQUELIN, LAPEYRE, LIEFFRING, MAGNAN, MAHOUEAU, MARNAY, MATTRAIS, MAURICE, MERCIER, MENUET, MOREAU, PATHAULT, PIOGER, PITOT, RELIQUET, ROBERT, ROCHEBOIS, ROUX, RUTHON, SAUVAGE, STECEWICZ, THIERRY, TILLAYE, TULASNE, VIALLE, VAUBOURDOLLE, VINCENT, CAILLET, DELAITTRE, PETIT, SABATHÉ, VERNON.  
 MM. LAURENT, ROUMENTAUX (de l'Indre).  
 MM. BODIN, COMPINDI, CHOUSSAUD, DESCHIEUX, FÉNY, HELLION, LEGROS, MARMESSE, MASSACRÉ, MORNAV, MOUSSY, MARTEVILLE, PATERNE, PIEDALLU, RATIER, RAVAILLER, RICHARD (du Loir-et-Cher).  
 MM. MOTAIS, AVRILLAUD, CHARETTE, FOLLIOU, FOROT, LEVRAUT, TABARAUT, TERRIÈRES (du Maine-et-Loire).  
 MM. BILLAULT, BUGUIN, CHAUDET, COMOY, MASCAREL (de la Sarthe).  
 MM. BARDOU, BENARD, BÉSSONNET, BAUDET, CHRÉTIEN, COMTE, HÉRON, JABLONSKI, LECORETTE, ORILLARD, PERISIER, SERREAU (de la Vienne).  
 MM. DUVAL (du Cher).  
 MM. CHARRIER, FREY (des Deux-Sèvres).

M. LAPEYRE ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux confrères venus assister à cette réunion. Il se réjouit de les voir si nombreux, il espère que la discussion sera intéressante et portera ses fruits. M. Lapeyre remercie MM. Gairal, Noir et Jeanne d'avoir accepté l'invitation du Syndicat Médical d'Indre-et-Loire, il propose de nommer par acclamation M. Gairal président de la réunion et de lui donner comme assesseurs MM. Jeanne et Noir. (Applaudissements.)

## Présidence de M. GAIRAL.

M. GAIRAL remercie le Syndicat Médical d'Indre-et-Loire de l'honneur qu'il lui a fait en le conviant à cette réunion. Il connaît la vitalité du Syndicat Médical d'Indre-et-Loire, mais il sait qu'autour de ce département règne une hésitation — un fléchissement dans l'action syndicale. — « Il est cependant nécessaire et indispensable que les médecins sachent qu'ils ne peuvent plus marcher isolément en présence des lois nouvelles qui, tous les jours, prennent naissance. Le corps médical est un organe indispensable dans notre société. Mais si nous avons des devoirs vis-à-vis de la société, nous avons aussi vis-à-vis de nous-mêmes des droits qu'il faut faire respecter. » Porte-drapeaux de l'action syndicale, MM. Gairal, Jeanne et Noir tiennent droite et ferme la hampe de leur étendard — ils seront heureux de donner, au cours de cette réunion, tous les conseils nécessaires. Mais ce n'est pas le moment de discourir, c'est l'ère et l'heure de l'action, c'est l'heure de se mettre au travail et je donne la parole au docteur Lapeyre. » (Applaudissements.)

## Discours du docteur Lapeyre

MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

En ma qualité de Président du Syndicat organisateur de cette réunion, il m'appartient de vous exposer, d'ailleurs aussi brièvement que possible, le but poursuivi par nous, en conviant à cette Assemblée générale tous nos confrères des départements limitrophes.

Le docteur Cosse et moi avons du reste, dans un article qui vous a été à tous envoyé, précisé autant que possible nos intentions. Si quelques-uns l'ont lu, — on a si peu de temps libre dans notre profession; — ma tâche en sera rendue plus facile.

Je vous dois d'abord une première explication. A côté des Syndicats invités à se faire représenter autant que possible par leur Bureau, nous avons aussi convoqué les

confrères non syndiqués, sous la seule réserve que le syndicat local n'y mette pas d'opposition.

Notre raison, la voici ! Dans notre région l'idée syndicale est loin d'avoir atteint partout le même degré de développement. A côté des syndicats puissants de la Sarthe, de la Flèche, de Saumur, de la Vienne, du nôtre enfin, il est des syndicats de formation récente, l'Indre, le Loir-et-Cher. Il nous a donc paru utile de profiter de cette Assemblée, de la venue des docteurs Gairal, Jeanne, Noir, pour faire de la bonne propagande syndicaliste, propagande par l'exemple. Je m'adresse donc d'abord à nos confrères non syndiqués et, assuré par leur venue même de leur excellent esprit de solidarité médicale, je leur demande d'écouter l'exposé de nos conquêtes. Mieux informés de ce que nous avons fait, de ce que nous pouvons faire, ils n'hésiteront pas, j'en suis sûr, à entrer dans leurs syndicats respectifs.

Nous sommes forts, très forts vis-à-vis des Pouvoirs Publics, vis-à-vis des Collectivités. Il nous suffit de vouloir.

Voyons par exemple l'œuvre du Syndicat d'Indre-et-Loire, en un bref raccourci. C'est :

1° Pour l'Assistance Médicale gratuite le tarif à la visite avec libre choix. La Commission de contrôle comprend des confrères nommés par le Syndicat.

2° Pour les Sociétés de Secours Mutuels, à Tours et dans presque tout le département, le tarif à la visite, avec introduction du principe du libre choix.

3° Pour les Assurances, Accidents de travail, le vote d'un tarif spécial *subi* par les Compagnies. Fait très important. La plupart d'entre elles renoncent à imposer leur médecin.

4° Pour l'hospitalisation des non-indigents, relèvement de 50 p. 100 du prix de journée.

5° Pour le recouvrement des Honoraires, organisation décrite par le Syndicat.

6° Pour éviter les conflits entre médecins de voisinage, fixation de tarifs régionaux signés par tous.

A côté de cette œuvre locale, l'Union des Syndicats médicaux, sous l'impulsion vigoureuse de notre Président, le docteur Gairal, de son secrétaire le docteur Noir, de M. Jeanne, d'autres encore, voit sans cesse grandir son action près des Pouvoirs publics. Saluons, mes chers confrères, ses dernières et toutes récentes victoires :

1° L'échec du Certificat d'Études Médicales supérieures, et, fait inouï, l'annulation du Concours d'Agrégation.

2° L'adoption par la Chambre dans la question de l'Impôt sur le Revenu, de l'Amendement presque entier de M. Dubuisson, vice-président de l'Union.

3° La révision en cours du tarif Dubief avec les distances kilométriques calculées du domicile du médecin à celui du blessé.

4° Une réforme prochaine des Études médicales allongeant d'un an la durée des études et tendant à diminuer l'encombrement.

Je crois, mes chers Confrères, que vous ne pouvez plus douter de l'utilité des Syndicats unis dans l'Union.

Entendez donc notre appel.

Groupez-vous dans vos syndicats locaux.

Groupez vos syndicats locaux (je parle pour le Loir-et-Cher encore isolé) dans l'Union, sous sa bienfaisante tutelle.

Mais ici, mes chers confrères, intervient la question soumise à votre discussion, celle du groupement des syndicats par région.

Il nous a semblé, en Indre-et-Loire, à nous après beaucoup d'autres, qu'une lacune existait dans notre organisation syndicale actuelle.

Entre le Syndicat local trop isolé, et l'Union trop haut, trop loin, il manque un échelon : nous ignorons tout de nos voisins, même parfois leur existence. Nous ne savons rien

des résultats obtenus par eux. Aucune émulation entre nous. Aucune action possible dans un conflit survenant aux confins du département entre confrères appartenant à des Syndicats différents.

Le remède, il n'en est qu'un, le groupement, l'Association par région.

Le Nord, la région lyonnaise ont réalisé ce groupement, sous forme d'une Fédération avec bureau spécial et cotisation régulière.

Faut-il tenter cela dans notre région ? Le docteur Cosse et moi avons écrit que nous ne le pensions pas « tout au moins dans les circonstances actuelles, en l'absence d'une grave raison déterminante ».

La Fédération comporte en effet deux gros écueils :

1° La difficulté de fixer des limites précises à une Région, sans compromettre l'existence des Syndicats locaux.

2° La nécessité de verser une cotisation à la Caisse de la Fédération, ce qui constitue un double emploi dangereux avec la cotisation à verser à l'Union, celle-là vraiment utile et nécessaire.

Le Maine-et-Loire a, du reste, proposé l'organisation d'une Fédération : les réponses ont toutes été négatives, et le docteur Médail, membre du Conseil de l'Union, a, au nom de la Sarthe, nettement manifesté sa désapprobation.

Ainsi « Entente nécessaire, Fédération quasi-impossible », voici notre point d'arrivée.

Devons-nous donc nous résigner à notre isolement qui n'a rien de splendide.

Mes chers Confrères, le Syndicat d'Indre-et-Loire ne le pense pas. Il croit à la possibilité d'une entente permanente sans Bureau spécial, sans cotisation supplémentaire. Une Assemblée générale annuelle et l'étude en commun d'une ou deux grandes questions y suffiraient. Le docteur Cosse vous soumettra tout à l'heure le plan d'une organisation possible.

A vous, mes chers Confrères, à vous, Présidents ou Représentants des Syndicats limitrophes, de dire ce que vous pensez de notre initiative, de décider si cette réunion doit avoir des lendemains.

Je suis sûr en tous cas que du choc de nos idées naîtra quelque lumière, quelque bien pour la dignité et l'indépendance de notre profession.

Discutons en toute sincérité, mes chers Confrères, parlons bien, pas trop longuement cependant, car une bonne table nous attend.

M. JABLONSKI (de Poitiers) :

MES CHERS CONFRÈRES,

J'ai toujours pensé, — et je pense plus que jamais, — que l'union du plus grand nombre possible de médecins dans une fédération départementale ou régionale pouvait, seule, nous tirer des difficultés toujours croissantes que nous rencontrons chaque jour dans nos rapports avec les collectivités, étatiques, départementales, municipales, ou mutualistes, — peu importe, — car toutes font bloc contre nous.

D'autre part, j'ai constaté à mon grand regret, que la plupart des syndicats, — tels qu'ils sont organisés, — sont impuissants, et cela parce qu'ils ne représentent que des intérêts de clocher, — et même parfois de coterries, — ce qui en éloigne un grand nombre d'indépendants, même de ceux qui ont donné leur adhésion de principe, c'est-à-dire qui paient régulièrement leur cotisation.

Dans ces conditions, il me semble qu'une réunion, comme celle dont nos confrères Cosse et Lapeyre ont pris

aujourd'hui l'initiative, peut nous rendre de très grands services, en rapprochant dans un même élan confraternel des hommes qui peuvent facilement s'entendre sur ce que j'appellerai les *grands principes*, c'est-à-dire les résolutions adoptées à la presque unanimité par les Congrès des Praticiens de Paris et de Lille.

Si donc, mettant de côté tout ce qui peut nous diviser, nous acceptons dans cette assemblée les principes du libre choix, de la suppression des diplômes et certificats spéciaux, de la réforme pratique des études médicales, etc., nous aurons fait un grand pas vers cette union que je réclamaï tout à l'heure entre syndiqués et non syndiqués, tous animés du même désir : — améliorer le sort de notre corporation ; — à condition que nous n'aurons pas à faire le sacrifice de notre liberté individuelle, seul privilège que nous donne notre profession.

Je sais bien que certains d'entre vous prétendent que cette liberté est incompatible avec la discipline nécessaire dans un Syndicat où chacun doit se courber devant les décisions de la majorité, mais je répons que les droits de la minorité devraient être entourés de certaines garanties qui n'existent pas dans la plupart des Syndicats, et que c'est précisément cette tendance à l'absolutisme qui éloigne de ces sociétés certains d'entre nous qui voudraient que les statuts qui nous régissent, soient interprétés *dans le sens le plus large*, et qu'ils ne soient pas une arme à deux tranchants qui nous défend ou nous blesse suivant qu'elle est maniée par des mains plus ou moins habiles.

C'est pourquoi, tout en acceptant à la base de notre organisation les syndicats d'arrondissement et de département, dont je reconnais la nécessité pour résoudre certaines questions municipales ou départementales, je voudrais à nos groupements médicaux une ampleur plus grande quand on y traite des questions d'ordre général, telles que les questions de principe dont je parlais il y a un instant, le libre choix et ses conséquences, — la réforme des études, etc.

Les Unions régionales, dont l'idée première appartient aux médecins lyonnais, et particulièrement aux confrères Bolliet et Albertin, me paraissent donc combler une lacune et compléter notre organisation en attirant à elles les médecins qui n'ont pas encore adhéré à nos Syndicats locaux, et en leur démontrant qu'à côté des mesquines questions d'intérêt local sur lesquelles on n'est pas toujours d'accord, — en raison des rivalités ou d'inimitiés personnelles, — il y a des questions d'intérêt général, de défense professionnelle auxquelles aucun membre du corps médical ne doit rester indifférent et pour la bonne solution desquelles le concours de tous est indispensable.

Et puisque je viens de prononcer le mot de *Concours*, pourquoi, Messieurs, n'admettriez-vous pas dans vos rangs, sous le drapeau de la Fédération ou de l'entente cordiale, tous ceux qui ont adhéré aux principes proclamés et défendus depuis de longues années par le *Concours médical*, cette association de médecins honnêtes et convaincus dont émanent les Syndicats eux-mêmes et qui marche à côté d'eux pour fortifier leur action, les encourager et souvent même les guider dans la bonne voie. Ne pensez-vous pas, comme moi, Messieurs, que les Membres du *Concours* et de ses filiales seraient pour les syndiqués des auxiliaires précieux et que leur union commune donnerait des résultats analogues à ceux que les Mutualistes ont obtenu en quelques années avec leurs fédérations départementales et régionales ?

Je n'insiste pas, Messieurs, laissant à d'autres plus autorisés le soin de formuler une proposition qui puisse

aboutir à la réalisation de l'entente cordiale que nous désirons tous et que nous sommes venus affirmer par notre présence au milieu de vous.

M. CHAUDET, de Sainte-Jammes (Sarthe), n'est pas délégué du Syndicat de la Sarthe, il parle à titre personnel. Il croit que le docteur Lapeyre a raison d'appeler son projet : projet d'entente cordiale. Les esprits ne sont pas encore mûrs pour créer une Fédération qui, cependant, se fera un jour ou l'autre. Il est heureux d'assister à cette réunion où sont venus si grand nombre de confrères, il se rallie entièrement au projet d'entente cordiale.

M. COSSE lit ensuite la proposition d'un plan d'organisation d'entente cordiale :

Dans un article paru le mois dernier dans les journaux médicaux publiés à Tours, mon confrère et ami Lapeyre et moi, nous vous avons convié à venir étudier aujourd'hui avec nous s'il ne serait pas possible d'établir des relations de bon voisinage entre les différents syndicats médicaux de notre région qui actuellement, vous le savez tous, vivent complètement isolés les uns des autres.

Ai-je besoin de vous faire ressortir à nouveau tous les avantages que, dans l'intérêt même de l'exercice de notre profession, nous pourrions tirer d'une telle entente ? Je crois cela complètement inutile car, à en juger par les lettres encourageantes que le docteur Lapeyre et moi avons reçues, nombreux sont ceux d'entre vous qui approuvent notre projet. Je me contenterai donc de résumer brièvement notre proposition.

Deux moyens s'offrent à nous pour assurer les relations de bon voisinage entre nos Syndicats : la Fédération officielle et régulière et l'Entente d'un caractère plus officieux et surtout consultatif.

Or, comme nous l'avons exposé, il nous semble complètement impossible, sinon dangereux pour nos syndicats eux-mêmes, de créer une Fédération dans notre région et cela pour de nombreuses raisons :

L'évolution syndicale est trop différente dans nos départements.

La Sarthe, la Vienne, l'Indre-et-Loire et le Saumurois possèdent des syndicats actifs et bien organisés ; l'Indre est au début de sa vie syndicale et fait encore ses premiers pas ; le Loir-et-Cher, que nos confrères de ce département ici présents m'excusent, semble ignorer complètement ce qu'est un syndicat médical. Pour eux, association et syndicat ne semblent faire qu'un.

Dans notre région, une Fédération assemblerait donc des éléments représentant toutes les étapes du progrès syndical. Certes les plus avancés pourraient entraîner derrière eux les retardataires, mais aussi n'y aurait-il pas à craindre qu'ainsi composée, une Fédération manque d'homogénéité et n'ait pas toute la souplesse et toute l'autorité désirables ?

De plus, il nous paraît impossible de créer chez nous une Fédération sans toucher à l'intégrité du Syndicat départemental. La Fédération devant avant tout comprendre parmi ses membres des confrères exerçant dans des régions dont les intérêts sont identiques ou à peu près, il serait impossible de la limiter en tenant compte des frontières de nos départements.

Il y a là, vous en conviendrez, un inconvénient qui à lui seul doit nous faire regretter ce projet.

A ces conditions d'ordre local, nous en voyons d'autres d'ordre général.

La Fédération officielle et régulière forcément s'interpose entre le syndicat départemental et l'Union. Elle alourdit ainsi notre organisation syndicale et cet intermédiaire risque fort d'absorber en pure perte une partie de notre

PRODUITS PHYSIOLOGIQUES

# A. DE MONTCOURT

49, Avenue Victor-Hugo, BOULOGNE-PARIS

<p><b>EXTRAIT Gastro-intestinal MONCOUR</b></p> <p>Hypopépsie</p> <p>Sphérulines dosées à 0 gr. 125</p> <p>à 16 sphérulines par jour.</p>	<p><b>EXTRAIT Hépatique MONCOUR</b></p> <p>Maladies du Foie Diabète par anépathie</p> <p>En sphérulines dosées à 30 c/gr. en doses de 12 gr.</p> <p>En suppositoires dosés à 3 gr.</p> <p>De 4 à 16 sphérulines p. jour. De 1 à 4 suppositoires —</p>	<p><b>EXTRAIT Pancréatique MONCOUR</b></p> <p>Diabète par hyperhépatie</p> <p>En sphérulines dosées à 20 c/gr.</p> <p>En suppositoires dosés à 1 gr.</p> <p>De 2 à 10 sphérulines p. jour. De 1 à 2 suppositoires —</p>	<p><b>EXTRAIT ENTERO-PANCRÉATIQUE MONCOUR</b></p> <p>Affections intestinales Troubles dyspeptiques</p> <p>En sphérulines dosées à 25 c/gr.</p> <p>De 1 à 4 sphérulines par jour.</p>	<p><b>EXTRAIT Intestinal MONCOUR</b></p> <p>Constipation Enterite muco-membraneuse</p> <p>En sphérulines dosées à 30 c/gr.</p> <p>De 2 à 6 sphérulines par jour.</p>
<p><b>EXTRAIT de Bile MONCOUR</b></p> <p>Maladies hépatiques Lithase Stase par rétention</p> <p>Sphérulines dosées à 10 c/gr.</p> <p>à 6 sphérulines par jour</p>	<p><b>EXTRAIT Rénal MONCOUR</b></p> <p>Insuffisance rénale Albuminurie Néphrites, Urémie</p> <p>En sphérulines dosées à 15 c/gr.</p> <p>De 4 à 16 sphérulines par jour</p>	<p><b>CORPS Thyroïde MONCOUR</b></p> <p>Myxœdème, Obésité Arrêt de Croissance Fibrômes</p> <p>En bonbons dosés à 5 c/gr.</p> <p>En sphérulines dosées à 35 c/gr.</p> <p>De 1 à 4 bonbons par jour. De 1 à 6 sphérulines —</p>	<p><b>POUDRE Ovarienne MONCOUR</b></p> <p>Amenorrhée Dysménorrhée Ménopause Neurasthénie féminine</p> <p>En sphérulines dosées à 20 c/gr.</p> <p>De 1 à 3 sphérulines par jour</p>	<p><b>AUTRES Préparations MONCOUR</b></p> <p>Extrait de Muscle lisse Extrait de Muscle strié Moelle osseuse Mycardine Poudre surrénale Thymus, etc., etc.</p>

Toutes ces préparations ont été expérimentées dans les Hôpitaux de Paris. Elles ne se délivrent que sur prescription médicale.

Traitement de la Syphilis par les injections mercurielles intra-musculaires VIGIER.

Huile grise stérilisée indolore VIGIER à 40 %.

Seringue spéciale du D<sup>r</sup> Barthélemy et VIGIER pour injections d'huile grise

Huile au calomel indolore VIGIER à 0 gr 05 par c. m. c.

Huile au bi-iodure de mercure indolore VIGIER à 0 gr 01 par c. m. c.

Huile au Sublimé VIGIER à 0 gr. 01 par c. m. c.

12, Bd Bonne-Nouvelle, Paris

## BRULURES PYROLEOL

Suppression de la douleur

DE TOUTE ESPÈCE Guérison radicale

Laboratoire Ch. EOET (Alençon) et toutes Pharmacies

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine

Le FER le PLUS ASSIMILABLE

Contre ANÉMIE, CHLOROSE, etc.

Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

LABÉLONYE & C<sup>ie</sup>, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

force. C'est ainsi par exemple qu'au point de vue financier la Fédération sera nécessairement obligée de prélever une cotisation sur chaque membre des syndicats adhérents. D'où nouvelle charge pour le Syndicat.

Déjà certains se plaignent que la cotisation de 2 francs par membre à l'Union est une charge, que diront-ils lorsque la Fédération demandera à son tour une subvention personnelle ?

Or, si la cotisation à l'Union n'est pas à regretter, car ce groupement important nous rend en avantages et en utilités beaucoup plus que nous leur donnons, que pourra bien faire pour nous la Fédération ? Pas grand chose d'utile, je le crois bien. Auprès de quel pouvoir la Fédération pourrait-elle exercer son influence ? Je ne le vois pas, car si le syndicat d'arrondissement peut agir auprès des communes, le syndicat départemental auprès des Préfectures et des Conseils généraux, l'Union des syndicats auprès du Parlement et du Gouvernement, la Fédération, elle ne correspond à aucun des organismes de notre Société actuelle.

De plus, légalement elle ne possède pas de personnalité civile.

En effet, que nous dit la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels ? Le dernier paragraphe de l'article 5 est ainsi conçu :

« Elles (les Fédérations) ne pourront posséder aucun immeuble ni ester en justice ».

Voulez-vous maintenant savoir comment les juristes s'expriment au sujet de ce paragraphe :

« Les Fédérations de syndicats ne possèdent pas la personnalité civile. Leur situation est mal établie par la loi de 1884 : cette loi leur permet de posséder des meubles — non des immeubles, pas même leur siège social — et elle leur interdit toute action en justice. »

La loi, vous le voyez, Messieurs, n'accorde aucun pouvoir aux Fédérations et ne semble admettre leur formation qu'à titre officieux ou consultatif. Faisons comme elle.

Certains confrères ont vu dans la Fédération un moyen de propagande par la création d'un Bulletin destiné à faire l'éducation syndicale de nos confrères. Cela est-il bien nécessaire ? Je me le demande, car les organes d'intérêt professionnel sont nombreux aujourd'hui et celui que nous pourrions ainsi créer sera loin d'avoir l'importance, la documentation et l'autorité du *Bulletin de l'Union* ou du *Concours médical*.

Mais, même si nous tenions à avoir notre organe local, serait-il bien nécessaire pour cela de créer une nouvelle publication. Cela me semble douteux, car notre région, vous le savez tous, est amplement pourvue en journaux médicaux qui, j'en ai la certitude, ne demanderont qu'à mettre leurs colonnes à notre disposition.

Une Fédération autonome et régulière semble donc impossible et inutile à réaliser entre nos différents Syndicats, mais ce n'est pas une raison pour continuer à nous ignorer entre voisins et à ne pas chercher à retirer tous les avantages qui peuvent résulter pour nous d'une entente officieuse sinon officielle :

C'est pourquoi je vous proposerai les résolutions suivantes :

1° Les médecins exerçant dans les départements de l'Indre, du Loir-et-Cher, de l'Indre-et-Loire, de la Sarthe, de la Vienne et dans l'arrondissement de Saumur, réunis à Tours, en Assemblée générale, le 5 février 1809, émettent le vœu que les syndicats médicaux de la région ainsi délimitée établissent entre eux des relations de bon voisinage et s'entendent sur les questions générales touchant à

l'exercice de la profession médicale ou intéressant particulièrement le Corps médical de la région

2° En dehors d'une Fédération régulière et autonome, dont la réalisation pourrait, dans la région, présenter de nombreux inconvénients, cette entente s'établira ainsi :

(A Suivre).

## Société Médicale d'Indre-et-Loire

Séance du 9 janvier 1909

Présidence de M. CAILLET, président.

Étaient présents : MM. TILLAYE, PETIT, LAPEYRE, MAGNAN, MARNAY, BOSCH, BAILBY, VILMAIN, SABATHÉ, GRASSET, ANDRÉ, ARCHAMBAULT, GILLARD, BOUREAU, STECEWITZ, NEUMANN, DE GRAILLY, DUBREUIL-CHAMBARDEL.

M. Caillet, en prenant possession du fauteuil présidentiel, prononce une allocution qui a été publiée dans le dernier numéro de la *Gazette Médicale du Centre*.

M. Lapeyre présente un malade porteur d'une hernie du cerveau à la suite d'une trépanation de l'os frontal (sera publié.)

M. Tillaye apporte l'observation d'une intoxication survenue à la suite d'une injection de morphine au cours d'un croup chez un enfant de cinq ans.

Cette petite fille — après avoir reçu deux injections de 20 cent. cubes de sérum antidiphthérique — fut prise le 1<sup>er</sup> janvier 1909 de tirage assez manifeste. Vers 8 heures 1/2 du soir, on lui fit une injection de 1 centimètre cube de la solution de chlorhydrate de morphine à 1 p. 100. Vingt minutes après cette injection survinrent des phénomènes d'intoxication : cyanose, sueurs froides, respirations espacées, irrégulières, pouls petit, dilatation de la pupille. L'enfant resta dans un état alarmant pendant une heure et demie environ. Vers dix heures et demie les signes d'intoxication par la morphine avaient disparu à la suite de piqûres d'éther, de caféine et d'huile camphrée, mais le tirage persistait et M. Tillaye dut faire le tubage. Le tirage disparut aussitôt, l'enfant cracha son tube le lendemain matin et, depuis ce jour, l'enfant semblait entrer en convalescence, quand le 6 janvier débutèrent des symptômes de broncho-pneumonie qui évolue en ce moment.

M. Boureau cite un cas analogue, mais les symptômes, légers, ont disparu rapidement.

M. Bosc pense qu'une dose de 1 demi-centigramme de morphine peut être administrée à un enfant de 15 mois ; il est préférable de la donner en plusieurs fois.

MM. de Grailly et Lapeyre signalent les accidents fréquents survenus après l'emploi de l'héroïne, même à faible dose.

M. Grasset préconise l'emploi d'un mélange de caféine et de morphine, pour mieux faire supporter cette dernière.

M. Boureau rappelle les circonstances de la mort de Broca, empoisonné accidentellement par le laudanum.

M. Stecewitz rapporte un cas de mort par intoxication, causée par les émanations d'oxyde de carbone d'une simple briquette de chauffage dans une chambre à coucher.

Séance du 23 janvier 1909

Présidence de M. CAILLET, président.

*Étaient présents :* MM. BOSG, ECOT, MARNAY, AUDEBERT, SABATHÉ, PETIT, NEUMANN, STECEWITZ, ARCHAMBAULT.

A propos de la lecture du procès-verbal, M. Audebert signale le cas d'une femme de 45 ans qui, à la suite d'une injection d'héroïne de 1 centigramme présenta des accidents d'intoxication qui ne cessèrent qu'au bout de quelques heures.

Le président communique une lettre circulaire de M. le Ministre de l'Instruction publique relative au 47<sup>e</sup> Congrès des Sociétés savantes qui doit avoir lieu à Rennes les 14, 15, 16 et 17 avril prochain.

Séance du 20 février 1909

Présidence de M. CAILLET, président.

*Étaient présents :* MM. MEUNIER, ARCHAMBAULT, BOSG, BOUREAU, SABATHÉ, STECEWITZ, PETIT, ANDRÉ, NEUMANN, SAUVAGE, DUBREUIL-CHAMBARDEL.

M. Meunier fait une communication sur un cas d'endocardite infectieuse avec bruit de souffle systolique de la base, à gauche du sternum. Cette observation suivie d'autopsie et qui sera publiée dans le prochain numéro, confirme les recherches de l'auteur exposées à la Société médicale dans la séance du 19 décembre.

M. Meunier présente les pièces anatomiques relatives à un cas de corps étranger de l'œsophage ayant provoqué une perforation de l'aorte, huit jours après l'ingestion, et suivi de mort (Publié dans le prochain numéro).

M. Bosg présente un jeune garçon de huit ans, offrant un exemple typique de rétrécissement aortique congénital.

M. André présente un homme de 28 ans atteint de torticollis spasmodique du cléido-sterno-mastoldien droit.

## Sociétés Savantes

### SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

4 Février 1909

#### Maladie familiale de l'appareil cérébelleux

MM. RAYMOND et LHERMITTE. A l'autopsie d'un malade présentant le syndrome de l'hérédo-ataxie cérébelleuse, on trouva des lésions multiples du système nerveux : cervelet, fibres cérébello-olivaires, faisceaux de Gowers, cérébelleux direct, colonne de Clarke, cellules des cornes postérieures. Ce syndrome peut donc être produit par des lésions multiples et doit être rapproché de la maladie de Friedreich. L'atteinte des systèmes anatomiques est liée à une dégénération simple, indépendamment de toute lésion toxique ou infectieuse : ces caractères appartiennent à toutes les maladies familiales.

#### Sclérose en plaques débutant par des troubles mentaux simulant la paralysie générale.

MM. RAYMOND et TOUCHARD. Chez un homme de 26 ans, apparurent des troubles de la mémoire, de l'intelligence, du caractère, des paralysies, du tremblement, du bredouillement et de l'échappement de la parole après 5 crises épileptiformes. On crut à la paralysie générale.

Puis les troubles mentaux disparurent et les troubles somatiques se précisèrent pour constituer le tableau de la sclérose en plaques. Les auteurs, cherchant la cause des troubles psychiques du début, rappellent quelles lésions anatomiques des lobes frontaux ont été signalées au début de cette affection.

## Reconstituant du système nerveux

### NEUROSINE PRUNIER

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX CHIMIQUEMENT PUR

## Emploi du "Pyroléol" dans le pansement des plaies contuses

Par le D<sup>r</sup> LUCIEN PLISSON  
Médecin aide-major de 1<sup>re</sup> classe

Les bons résultats que donne le Pyroléol dans le traitement des brûlures, résultats confirmés par de nombreuses publications dont une personnelle, nous a conduit à expérimenter ce produit dans toutes sortes d'affections où la peau offrait une solution de continuité — (Plaies de toute nature, septiques ou non, trophiques, etc.).

Les bons résultats qu'il donne dans le pansement des excoriations diverses, dans le pansement des plaies fistuleuses, des gerçures du sein ont déjà été relatés dans de nombreuses observations de Bloch, Delagenière du Mans, Cotte de Lyon, etc.

En présence de ces faits, nous avons pensé qu'il était peut-être possible d'élargir encore le champ de l'expérimentation et nous avons essayé le pansement au pyroléol dans un assez grand nombre d'affections.

Si, en ce qui concerne les affections cutanées d'origine microbienne, il n'a pas donné tous les résultats qu'on pouvait en attendre, par contre, il a paru être le pansement de choix dans deux ordres de lésions, les ulcères trophiques et les plaies contuses.

Nous nous occuperons ici seulement des dernières, nous réservant de faire connaître les résultats que nous avons obtenus dans le pansement de plaies ulcéreuses trophiques dans un autre article.

On sait que les plaies contuses de toute nature sont en raison même de leurs caractères très facilement infectables et ne guérissent que par des processus de réparation toujours très lents et toujours sous la menace d'une réinfection nouvelle.

En ce qui concerne particulièrement les plaies contuses des extrémités avec lésions osseuses, il n'est pas besoin de rappeler qu'avant l'ère antiseptique, l'amputation précoce restait la seule chance de salut pour le blessé.

Aujourd'hui, grâce à la méthode conservatrice à ouïrance vantée et mise en œuvre par Reclus, on arrive à sauver des parties de membres ou des membres entiers qui paraissaient primitivement réservés au couteau du chirurgien.

Et, c'est grâce à une désinfection rigoureuse suivie d'un « embaumement soigné » qu'on est arrivé à ces heureux résultats.

Précisons tout d'abord ici un point.

Le Pyroléol, quoique légèrement antiseptique, ne peut être considéré comme un désinfectant.

Il doit être exclusivement réservé au pansement des plaies et pas à autre chose.

Toute autre façon de le considérer pourrait amener à lui refuser des propriétés qu'il n'a pas la prétention de posséder, et à faire méconnaître ses propriétés réelles de cicatrisation rapide et régulière que nous lui avons toujours trouvées à un plus haut degré que tous les produits ordinairement employés jusqu'à ce jour.

Ceci, pour dire que toute application de pyroléol sur une plaie infectée en particulier, doit être précédée de toutes

les manœuvres d'asepsie et d'antisepsie ordinairement employés dans le pansement de ces sortes de solutions de continuité.

En présence d'une plaie contuse anfractueuse, il y a donc deux temps bien distincts dans le pansement. Le 1<sup>er</sup> qui sera la désinfection et la préparation de la plaie ; le 2<sup>e</sup> qui sera l'application du pansement nécessaire à l'embaumement de la partie contuse ; embaumement qui lui permettra de réparer et de refaire les tissus contrits à l'abri de toute souillure extérieure, dans un milieu non irritant, légèrement antiseptique, absolument aseptique et possédant des propriétés cicatrisantes non douteuses.

Toutes ces conditions semblent réalisées dans l'emploi du pyroléol.

En résumé, nous pensons qu'en présence d'une plaie contuse toujours infectée, la meilleure méthode à suivre est la suivante :

Désinfection rigoureuse à distance de la peau ; déterision complète de la plaie à l'eau bouillie très chaude ;

Désinfection à l'eau oxygénée ;

Pansement occlusif au pyroléol.

On voit par ce qui précède, que la seule nouveauté introduite dans ce mode de pansement est la substitution du pansement au pyroléol au bourrage à la pommade antiseptique, pansement qui paraît réaliser de meilleures conditions.

1<sup>o</sup> Parce que le pyroléol liquide pénètre de lui-même dans tous les interstices et toutes les anfractuosités de la plaie et qu'il ne nécessite pas un bourrage très soigné, long et douloureux.

2<sup>o</sup> Parce qu'il est absolument aseptique.

3<sup>o</sup> Que sa faible qualité antiseptique est telle qu'il n'irrite pas les tissus.

4<sup>o</sup> Qu'il possède des propriétés analgésiantes non douteuses qui permettent la comparaison avec la pommade de Reclus.

5<sup>o</sup> Qu'enfin, les résultats cliniques qu'il nous a donnés ont paru excellents et dignes d'attirer l'attention, car le clinicien n'est jamais trop bien armé en face de lésions qui mettent le malade, sinon en danger de mort immédiate mais tout au moins aux prises avec l'infection et les déformations et difformités secondaires qui résultent si souvent de la cicatrisation vicieuse des traumatismes compliqués.

**LOTION DEQUÉANT**, contre la *Sebumbacille*, *calvitie*, *pelade*, *teigne*, *trichophyties*, *seborrhée*, *acné*, etc.

L. DEQUÉANT, pharmacien, 38, r. Clignancourt, Paris.

## Bibliographie

### La Femme

Le premier volume de la nouvelle bibliothèque « *La philosophie à la portée de tous* » vient de paraître, édité par la Librairie Nilsson. Ce volume : *La Femme*, écrit par le Docteur Paul de Réglé, pour tous les lecteurs, jeunes ou vieux, est conçu dans un style excellent, clair, précis, sans un mot pouvant choquer la pudeur la plus juvénile. Tout y est à lire. C'est une étude philosophique très fouillée, résumant en ses 192 pages la matière d'un grand nombre d'ouvrages.

Ajoutons que le volume est très bien présenté, qu'il est d'une lecture facile, d'un beau papier et du prix dérisoire de 4 fr. 50

**Dr ROGER TRÉMOLIÈRES. — Biothérapie. Les Eaux minérales en injections hypodermiques.**

Une brochure in-8 (A. Maloine, éditeur à Paris). 1 fr.

Les expériences de l'auteur, associées à celles de MM. Ferreyrolles, Billard, Gastou, avec l'eau de la Bourboule, et de

C. Fleig, avec diverses autres sources salines, ouvrent une nouvelle voie à la thérapeutique.

Les eaux minérales qui, naturellement, se rapprochent de l'isotonie sont injectées pures ; les autres sont rendues isotoniques par addition de chlorure de sodium. R. Trémolières a utilisé pour ramener certaines d'entre elles à la constitution saline la plus voisine du plasma sanguin, leur association avec l'eau de mer. Aux qualités vitales de celle-ci viennent s'ajouter les propriétés des sources médicinales qui, de tout temps, ont servi à soigner les maladies chroniques.

Ces injections participent d'une méthode que l'auteur a nommée : *la biothérapie*.

Le premier pas dans cette voie est fait ; la technique expérimentale, établie ; l'expérimentation clinique, commencée. Ce nouveau mode d'emploi laisse entrevoir de grosses conséquences dans la pratique.

## Nouvelles

### DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Nos excellents confrères, les D<sup>rs</sup> Boutier, de Loches et Houssay, de Pontlevoy, viennent d'être promus : le premier, Officier de l'Instruction publique ; le second, Officier d'Académie. Nous leur adressons nos très sincères félicitations.

### HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS

M. le Dr Gaudeau, professeur adjoint, à l'École de Médecine, vient, après concours, d'être nommé médecin-adjoint à l'Hospice Général de Tours. Nous le félicitons de ce vaillant succès.

## Chemin de fer d'Orléans

*Semaine sainte, Fêtes de Pâques Foire de Séville*

### VOYAGES EN ESPAGNE

BILLETS ALLER ET RETOUR A PRIX RÉDUITS

A l'occasion de la Semaine Sainte, des Fêtes de Pâques à Madrid et de la Foire de Séville (du 18 au 22 Avril), la Compagnie d'Orléans fera délivrer au départ de Paris et de toutes les gares et stations de son réseau des billets aller et retour à prix très réduits pour Madrid et pour Séville avec faculté d'arrêts aux principaux points du parcours.

Ces billets seront délivrés du 27 Mars au 15 Mai et seront indistinctement valables pour le retour jusqu'au 15 Juin inclus, dernière date pour l'arrivée du voyageur à son point de départ.

1<sup>o</sup> **pour Madrid**, Prix : 167 fr. en 1<sup>re</sup> classe. — 119 fr. en 2<sup>e</sup> classe.

Les voyageurs trouveront à Madrid des billets d'aller et retour à prix très réduits leur permettant de visiter l'Escorial, Avila, Ségovie, Tolède, Aranjuez et Guadalajara.

2<sup>o</sup> **pour Séville**, Prix : 222 fr. en 1<sup>re</sup> classe. — 164 fr. en 2<sup>e</sup> classe.

**EXCURSIONS EN ANDALOESIE.** — Pendant la période du 1<sup>er</sup> Avril au 7 Mai, les voyageurs trouveront à Cordoue et à Séville des billets d'excursion à prix réduits valables 30 jours, avec arrêts facultatifs, pour Xérès, Cadix et Grenade, et retour à Séville ou Cordoue.

*Excursions à Algésiras, Gibraltar et au Maroc*

Les relations rapides entre Paris-Quai-d'Orsay et Madrid sont assurées :

1<sup>o</sup> Par un train de luxe « *Sud-Express* » (trajet en 26 heures), exclusivement composé de wagons salons, wagons-lits et restaurant ;

2<sup>o</sup> Par un train *rapide de nuit* (trajet en 27 heures), composé de grandes voitures à bogies de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> classe accessibles sans supplément de prix, et de wagons-lits.

## TUBERCULOSES

Bronchites, Catarrhes, Gripes

Traité par l'**EMULSION MARCHAIS**  
de 3 à 6 cuillerées à café **PHOSPHO - CRÉOSOTÉE**  
dans lait, bouillon

Le Gérant, H. AUBÉGAULT.

Tours, Imprimerie Tourangelle 20-22, rue de la Préfecture.